

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI KLINIK MEDICAL CENTER
INSTITUT TEKNOLOGI SEPULUH NOPEMBER**

MANAJEMEN RISIKO KESELAMATAN PASIEN



Oleh :

NUR SYARIFAH WARDANI YAHYA

101511133200

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI KLINIK MEDICAL CENTER ITS SURABAYA**

Disusun Oleh :

NUR SYARIFAH WARDANI YAHYA

NIM. 101511133200

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Pembimbing Departemen,

Tanggal : 18 April 2019



Tito Yustiawan, drg., M.Kes

NIP. 197905212010121003

Pembimbing di Klinik Medical Center ITS

Tanggal : 18 April 2019



Nur Laily Yudisca Dwi A, S.KM

NIP. 1990201822408

Mengetahui,

Ketua Departemen

Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Tanggal : 18 April 2019



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes

NIP. 196509141996011001

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan magang yang berjudul “Manajemen Risiko Keselamatan Pasien” dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan. Laporan individu magang ini merupakan pertanggungjawaban selama pelaksanaan magang di Klinik Medical Center Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) Surabaya yang termasuk dalam salah satu mata kuliah di semester 8. Laporan individu magang ini menjabarkan mengenai hasil dan pembahasan dari kegiatan magang untuk melihat tujuan yang telah tercapai selama pelaksanaan magang. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada dosen pembimbing baik di fakultas maupun di instansi yaitu Tito Yustiawan, drg., M.Kes dan Nur Laily Yudisca Dwi A., S.KM yang telah memberikan petunjuk serta saran yang membangun dan motivasi yang sangat berharga dalam terwujudnya proposal magang ini.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

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 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
3. Dr. Vita Ratnasari, S.Si, M.Si selaku Ketua UPT Medical Center ITS Surabaya.
4. Feryna Juliani, drg. selaku koordinator pelayanan Klinik Medical Center ITS Surabaya.
5. Aulia, Nadhif, dan Ika sebagai teman sepermagangan di Klinik Medical Center ITS Surabaya yang selalu menemani dan memberikan wawasan baru bagi penulis setiap harinya.
6. Serta pihak lain yang belum tercantum.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa 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, 8 Februari 2019

RINGKASAN

Berdasarkan Surat Jawaban Permohonan Izin Magang Nomor 093181/IT2.VIII.2.6/KM.05.00/2018 kegiatan magang dilaksanakan di Klinik Medical Center ITS Surabaya dengan waktu pelaksanaan magang dimulai tanggal 7 Januari 2019 hingga 8 Februari 2019. Kegiatan magang yang dilakukan adalah mempelajari manajemen risiko keselamatan pasien.

Tujuan umum kegiatan magang adalah mempelajari proses manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya.. Tujuan khusus kegiatan magang adalah mempelajari visi dan misi Klinik Medical Center ITS Surabaya; mempelajari ruang lingkup pelayanan Klinik Medical Center ITS Surabaya; mempelajari struktur organisasi dan komposisi sumber daya manusia di Klinik Medical Center ITS Surabaya; mempelajari uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab SDM di Klinik Medical Center ITS Surabaya; mempelajari, mengidentifikasi, dan mengkaji risiko terkait keselamatan pasien di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya. Berdasarkan proses pembelajaran tersebut nantinya dapat dilakukan kajian dan analisis proses pelaksanaan yang telah dilakukan serta memberikan usulan maupun rekomendasi untuk pelaksanaan manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya.

Metode yang digunakan dalam kegiatan magang adalah wawancara, observasi, partisipasi aktif, dan kajian literatur. Data yang dikumpulkan berupa data primer yaitu dengan wawancara dengan pembimbing instansi dan pegawai Klinik Medical Center ITS Surabaya terkait pelaksanaan proses manajemen risiko keselamatan pasien. Data sekunder berupa data mengenai dokumen yang terkait dengan proses pelaksanaan manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya. Kajian literatur yang digunakan berupa pedoman dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, Peraturan Menteri kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, serta kebijakan yang ada di Klinik Medical Center ITS Surabaya yang terkait dengan manajemen risiko keselamatan pasien.

Hasil temuan selama pelaksanaan magang adalah Klinik Medical Center ITS Surabaya masih belum menerapkan manajemen risiko keselamatan pasien, sehingga penulis dalam kegiatan magang melakukan penerapan manajemen risiko keselamatan pasien secara sederhana

mulai dari menentukan ruang lingkup risiko, identifikasi risiko, analisis risiko menggunakan matriks grading risiko, dan RCA. Selama proses penerapannya, proses yang panjang adalah saat melakukan identifikasi risiko dan analisis risiko menggunakan RCA.

Kesimpulan dari pelaksanaan kegiatan magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah gambaran umum Klinik Medical Center ITS sebagian besar telah sesuai dengan hasil kajian. Pelaksanaan manajemen risiko keselamatan pasien yang dilakukan oleh penulis ada yang belum sempurna dan belum sesuai antara yang ada pada referensi dengan pelaksanaannya.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	ii
RINGKASAN	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Magang	2
1.2.1 Tujuan Umum	2
1.2.2 Tujuan Khusus	2
1.3 Manfaat	2
1.3.1 Bagi Klinik Medical Center ITS Surabaya	2
1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat	3
1.3.3 Bagi Mahasiswa	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Klinik	4
2.1.1 Definisi Klinik	4
2.1.2 Jenis Klinik	4
2.1.3 Kewajiban Klinik	5
2.1.4 Fungsi Klinik	6
2.1.5 Akreditasi Klinik	6
2.2 Struktur Organisasi	7
2.2.1 Definisi Struktur Organisasi	7
2.2.2 Prinsip Struktur Organisasi	8
2.2.3 Jenis Struktur Organisasi	8
2.2.4 Elemen Struktur Organisasi	9
2.3 Standar Prosedur Operasional	10
2.3.1 Definisi Standar Prosedur Operasional	10
2.3.2 Tujuan Standar Prosedur Operasional	11
2.3.3 Manfaat Standar Prosedur Operasional	11
2.3.4 Format Penulisan Prosedur Operasional	13
2.3.5 Syarat Penyusunan Standar Prosedur Operasional	16
2.4 Bagan Alir (<i>Flowchart</i>)	17
2.4.1 Definisi Bagan Alir (<i>Flowchart</i>)	17

2.4.2 Tujuan Bagan Alir (<i>Flowchart</i>)	17
2.4.3 Kelebihan Bagan Alir (<i>Flowchart</i>)	18
2.4.4 Jenis Bagan Alir (<i>Flowchart</i>)	18
2.5 <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i>	20
2.5.1 Definisi <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i>	20
2.5.2 Ruang Lingkup <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i>	21
2.5.3 Tujuan <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i>	22
2.5.4 Prinsip <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i>	23
2.5.5 Unsur dan Tahapan Pembuatan <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i>	24
2.6 Keselamatan Pasien	27
2.6.1 Keselamatan Pasien	27
2.6.2 Tujuan Keselamatan Pasien	28
2.6.3 Standar Keselamatan Pasien	28
2.6.4 Langkah Keselamatan Pasien	28
2.6.5 Sasaran Keselamatan Pasien	31
2.6.6 Insiden Keselamatan Pasien	31
2.6.7 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	33
2.7 Manajemen Risiko	34
2.7.1 Definisi Manajemen Risiko	34
2.7.2 Ruang Lingkup Manajemen Risiko	34
2.7.3 Tahapan Manajemen Risiko	35
BAB 3 METODE MAGANG	47
3.1 Lokasi Magang	47
3.2 Waktu Magang	47
3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan	48
3.4 Teknik Pengumpulan Data	49
3.5 Kerangka Operasional	49
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Gambaran Umum Klinik Medical Center ITS Surabaya	50
4.1.1 Profil, Visi dan Misi	50
4.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan	51
4.1.3 Struktur Organisasi dan Komposisi Sumber Daya Manusia	54
4.1.4 Uraian Tugas, Wewenang, dan Tanggungjawab	55
4.2 Pelaksanaan Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	56
4.2.1 Ruang Lingkup Manajemen Risiko	57
4.2.2 Identifikasi Risiko	58
4.2.3 Analisis Risiko	64
4.2.4 Evaluasi Risiko	75
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	76
5.1 Kesimpulan	76
5.2 Saran	77

DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	84

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
2.1	Contoh Format Tabel Komponen SPO	14
2.2	Simbol <i>Flowchart</i> Mikro	20
2.3	Skala Dampak Risiko (<i>Severity</i>)	40
2.4	Skala Kemungkinan Terjadinya Risiko (<i>Probability</i>)	40
2.5	<i>Grading</i> Risiko berdasarkan <i>Severity Assessment</i>	41
3.1	Timeline Kegiatan Magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya	47
4.1	Jabatan, Jumlah, dan Persentase Staf Tetap Klinik Medical Center ITS Surabaya	54
4.2	Uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab kepala klinik	55
4.3	Kesesuaian Penulisan Job Description	55
4.4	Hasil identifikasi risiko di poli umum	60
4.5	Hasil identifikasi risiko di poli gigi	60
4.6	Hasil identifikasi risiko di poli BKIA	61
4.7	Hasil identifikasi risiko di UGD	61
4.8	Alat dan Metode Identifikasi Risiko	62
4.9	Hasil Analisis Risiko Poli Umum	65
4.10	Hasil Analisis Risiko Poli Gigi	66
4.11	Hasil Analisis Risiko Poli BKIA	67
4.12	Hasil Analisis Risiko di UGD	67
4.13	<i>Grading</i> Risiko berdasarkan <i>Severity Assessment</i>	69
4.14	Pelaksanaan Langkah RCA	74

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
2.1	Struktur Mekanis dan Struktur Organik	9
2.2	Contoh Kop atau <i>Header</i> SOP	14
2.3	Simbol Balok	19
2.4	Sistem Keselamatan Pasien	27
2.5	Proses Manajemen Risiko	35
2.6	Matriks Tingkat Keparahan Risiko (<i>grading risk</i>)	41
3.1	Kerangka Operasional Kegiatan Magang	49
4.1	Struktur Organisasi Klinik Medical Center ITS Surabaya	54
4.2	Tahapan Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	57
4.3	Langkah identifikasi risiko yang dilakukan penulis.....	58
4.4	Langkah <i>Grading Risk Matrix</i> yang dilakukan penulis.....	64

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul Lampiran	Halaman
1	Berita Acara Perbaikan Seminar Magang	84
2	Surat Balasan Izin Kegiatan Magang	88
3	Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang	89
4	Rekomendasi SPO Penanganan KTD, KTC, KNC, dan KPC.....	92
5	Rekomendasi SPO Hand Hygiene.....	94
6	Flowchart Alur Pelayanan.....	96
7	Surat Izin Meninggalkan Kegiatan Magang.....	108
8	Dokumentasi Kegiatan Magang.....	109

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

&	= dan
%	= persen
/	= per

Daftar Singkatan

BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BKIA	= Balai Kesehatan Ibu dan Anak
Faskes	= Fasilitas Kesehatan
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
IKP	= Insiden Keselamatan Pasien
ITS	= Institut Teknologi Sepuluh Nopember
KNC	= Kejadian Nyaris Cedera
KPC	= Kejadian Potensial Cedera
KTC	= Kejadian Tidak Cedera
KTD	= Kejadian Tidak Diharapkan
RCA	= <i>Root Cause Analysis</i>
SKP	= Sasaran Keselamatan Pasien
SK	= Surat Keputusan
SPO	= Standar Prosedur Operasional
UGD	= Unit Gawat Darurat
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perorangan
WHO	= <i>World Health Organization</i>

Daftar Istilah

et al.	= <i>et alii atau and others</i>
etc	= <i>and so forth</i>
mis.	= misal

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam melakukan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan karena berkaitan erat dengan mutu dan citra fasilitas pelayanan kesehatan. Klinik sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama merupakan *gate keeper* diharapkan dapat menciptakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan (medik pasien dan holistik), melaksanakan upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif secara berkesinambungan.

Keselamatan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama merupakan upaya yang dilakukan pada faskes agar asuhan pasien lebih aman, terwujudnya tertib pelaporan dan analisis insiden, implementasi solusi untuk meminimalisir timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera, tidak hanya berkaitan dengan pelayanan klinis tetapi juga berkaitan dengan upaya kesehatan masyarakat. Upaya keselamatan pasien dilakukan dengan memperbaiki tata kelola risiko terkait dengan pencapaian kinerja dan menganalisis risiko yang mungkin terjadi pada saat proses pelayanan. Pasien, pengunjung, dan masyarakat dapat mengalami cedera atau kejadian yang tidak diharapkan terkait dengan kesalahan pemberian obat, diberikan fasilitas pelayanan yang tidak aman, infeksi, kesalahan identifikasi, maupun penyelenggaraan pelayanan yang tidak memperhatikan aspek keselamatan.

Risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi dan dikelola dengan baik untuk mengupayakan keselamatan pasien, pengunjung, dan masyarakat yang dilayani. Standar akreditasi FKTP mensyaratkan diterapkan manajemen risiko sebagai upaya untuk meminimalkan risiko bagi pasien, sasaran kegiatan upaya kesehatan masyarakat, dan lingkungan, yang terkait dengan pelayanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama dan menjamin keselamatan pasien.

Berkaitan dengan hal itu, maka Kementerian Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, sebagai acuan dalam menerapkan penyelenggaraan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 juga mengamanatkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan dan mengutamakan keselamatan pasien. Pelaksanaan keselamatan pasien di klinik membutuhkan komitmen dan kesadaran dari seluruh

staf di faskes. Kerjasama dari seluruh pihak faskes akan berdampak dalam pelaksanaan keselamatan pasien di faskes, khususnya klinik dalam penulisan laporan ini. Apabila keselamatan pasien klinik dikelola dengan baik, maka akan memengaruhi mutu dan citra klinik.

Oleh karena itu, maka perlu dilakukan manajemen risiko keselamatan pasien agar dapat mengurangi dan mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan dan risiko insiden lainnya yang mungkin terjadi. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien berdampak pada peningkatan mutu pelayanan dan citra klinik, sehingga kepercayaan masyarakat terhadap klinik akan meningkat.

1.2 Tujuan Magang

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pelaksanaan magang adalah untuk mempelajari proses manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pelaksanaan magang adalah :

1. Mempelajari visi dan misi Klinik Medical Center ITS Surabaya.
2. Mempelajari ruang lingkup pelayanan Klinik Medical Center ITS Surabaya.
3. Mempelajari struktur organisasi dan komposisi sumber daya manusia di Klinik Medical Center ITS Surabaya.
4. Mempelajari uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab SDM di Klinik Medical Center ITS Surabaya.
5. Mempelajari, mengidentifikasi, dan mengkaji risiko terkait keselamatan pasien di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya.
6. Memberikan usulan kepada kepala Klinik terkait pelaksanaan manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Klinik Medical Center ITS Surabaya

Manfaat yang diperoleh Klinik Medical Center ITS Surabaya antara lain adalah kontribusi pendapat dan usulan saran mengenai beberapa permasalahan yang ditemukan selama proses magang berlangsung sehingga dapat dijadikan sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Manfaat yang diperoleh Fakultas Kesehatan Masyarakat adalah dapat menambah jejaring dengan instansi lain.

1.3.3 Bagi Mahasiswa

Manfaat yang akan diperoleh mahasiswa dari kegiatan magang adalah :

1. Menambah pengalaman bekerja dengan mengaplikasikan teori ilmu kesehatan masyarakat, terutama di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan.
2. Mengupgrade ilmu pengetahuan berkaitan dengan manajemen risiko keselamatan pasien dan pelayanan medis atau klinis.
3. Mempelajari gambaran umum Klinik Medical Center ITS Surabaya, pelayanan yang diberikan, struktur organisasi, sumber daya manusia, serta tugas, wewenang, dan tanggungjawab SDM di Klinik medical Center ITS Surabaya.
4. Mengetahui cara melakukan proses manajemen risiko keselamatan pasien secara sederhana pada Klinik Medical Center ITS Surabaya, terutama di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD.
5. Memiliki kemampuan untuk menyusun *flowchart* alur pelayanan, dan SPO.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Klinik

2.1.1 Definisi Klinik

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan, bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Salah satu jenis FKTP adalah Klinik, dalam hal ini adalah Klinik Pratama. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik, definisi klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik. Menurut badan Pengembangan dan pembinaan Bahasa (2012), klinik adalah lembaga kesehatan tempat orang berobat dan memperoleh advisi medis serta tempat melakukan pengamatan terhadap kasus penyakit yang diderita para pasien.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa klinik adalah suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan berupa tempat memperoleh pengobatan dan advisi medis baik untuk pelayanan medis dasar maupun spesialisik.

2.1.2 Jenis Klinik

Jenis klinik menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanannya maupun jenis kepemilikannya. Menurut jenis pelayanannya terdiri dari :

1. Klinik Pratama

Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus.

2. Klinik Utama

Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik.

Menurut jenis kepemilikannya, klinik dapat dimiliki oleh pemerintah, pemerintah daerah atau masyarakat dengan ketentuan sebagai berikut.

1. Klinik yang dimiliki oleh pemerintah dan pemerintah daerah harus didirikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Klinik yang dimiliki oleh masyarakat yang menyelenggarakan rawat jalan dapat didirikan oleh perorangan atau badan usaha.

Klinik yang dimiliki oleh masyarakat yang menyelenggarakan rawat inap harus didirikan oleh badan hukum.

2.1.3 Kewajiban Klinik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, kewajiban klinik adalah sebagai berikut :

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan yang diberikan.
2. Memberikan pelayanan yang efektif, aman, bermutu, dan nondiskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional.
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan finansial.
4. Memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan (*informed consent*).
5. Menyelenggarakan rekam medis.
6. Melaksanakan sistem rujukan dengan tepat.
7. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan.
8. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
9. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
10. Melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. Memiliki standar prosedur operasional.
12. Melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
13. Melaksanakan fungsi sosial.
14. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan.

15. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal klinik.
16. Memberlakukan seluruh lingkungan klinik sebagai kawasan tanpa rokok.

2.1.4 Fungsi Klinik

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, fungsi klinik adalah fungsi sosial dimana klinik berfungsi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan membantu masyarakat untuk mencapai kesejahteraan sesuai dengan norma sosial. Fungsi utama dari klinik sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah sebagai berikut (Tilton *and* Edward, 2011).

1. Clinical Services

Pelayanan diberikan kepada pasien, masyarakat, keluarga pasien, meliputi perawatan, pencegahan dan diagnosis dini, rehabilitasi dan penyembuhan, dan sistem pendukung klinis.

2. Health Promotion

Pengukuran non-klinis bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Promosi kesehatan meliputi serangkaian aktivitas dari membangun kebijakan kesehatan masyarakat untuk menyediakan informasi dan edukasi kesehatan yang sesuai, memberikan dukungan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat.

3. Corporate Services and Infrastructure

Mendukung penyediaan layanan kesehatan, termasuk ketersediaan dan dukungan staf yang terlatih, manajemen finansial, infrastruktur, teknologi informasi, administrasi, kepemimpinan dan manajemen, sistem untuk meningkatkan kualitas di seluruh organisasi.

4. Advocay, Knowledge and Research, Policy and Planning

Termasuk advokasi atas nama klien secara individu, pada isu lokal atau regional, atau untuk perubahan seluruh sistem. Kegunaan dari riset adalah untuk menginformasikan pemberian layanan kesehatan sebaik partisipasi dalam proyek riset. Serta partisipasi dalam kebijakan dan proses perencanaan.

5. Community Engagement, Control and Cutural Safety

Proses untuk meyakinkan budaya keselamatan melalui organisasi, keterlibatan klien dan keluarga dengan kesehatan dan perawatan mereka, partisipasi masyarakat menjadi prioritas, desain dan penyampaian program, dan struktur kontrol serta tata kelola masyarakat.

2.1.5 Akreditasi Klinik

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi FKTP, akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen

penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. Menurut Anggraeny *and* Ernawaty (2016), Akreditasi merupakan proses pengamatan yang dilakukan terhadap pelayanan kesehatan yang berpartisipasi untuk memenuhi kriteria dan standar akreditasi yang telah ditentukan dan dapat dilakukan pembinaan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan.

Pengaturan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk:

1. Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
2. Meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi.
3. Meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat.

Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi. Akreditasi Puskesmas dan Klinik Pratama dilakukan setiap 3 (tiga) tahun. Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan melalui tahapan berikut.

1. Survei akreditasi
2. Penetapan akreditasi

Penyelenggaraan akreditasi dapat dilakukan dengan pendampingan dan penilaian pra-akreditasi. Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah terakreditasi dapat mengajukan permohonan pendampingan pasca-akreditasi kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.

2.2 Struktur Organisasi

2.2.1 Definisi Struktur Organisasi

Struktur organisasi menentukan cara pekerjaan dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan secara tertulis (Robbins *and* Judge, 2007). Struktur organisasi dirancang untuk mencegah kekacauan melalui serangkaian hubungan pelaporan dan jalur komunikasi yang teratur (Aquinas, 2008). Struktur organisasi menggambarkan tipe organisasi, pendepartemenan

organisasi, kedudukan dan jenis wewenang pejabat, bidang dan hubungan pekerjaan, garis perintah dan tanggungjawab, rentang kendali dan sistem pimpinan organisasi.

2.2.2 Prinsip Struktur Organisasi

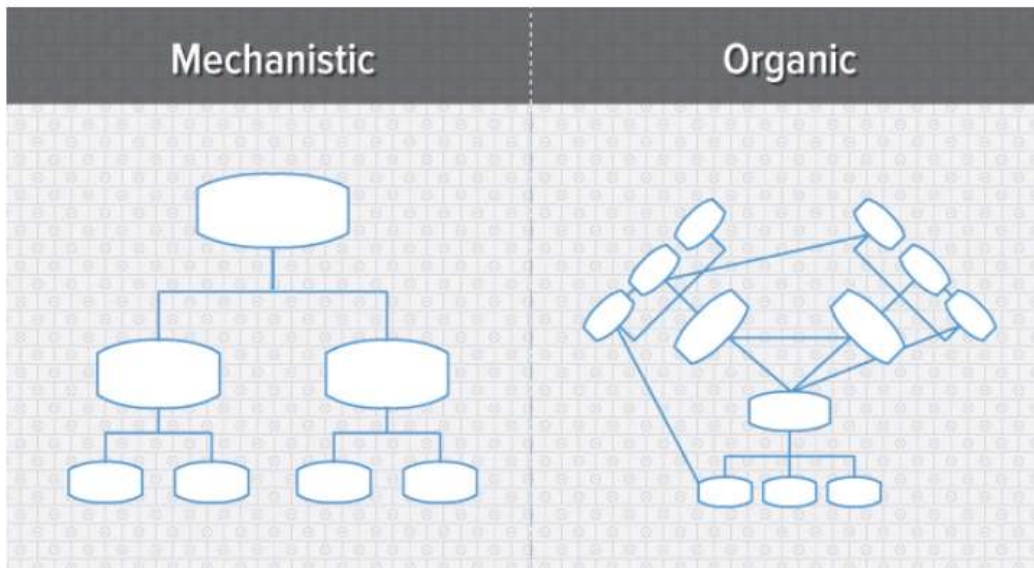
Struktur organisasi dimanifestasikan dalam bagan organisasi. Perencanaan struktur organisasi, ada tiga prinsip yaitu (Ahmady, 2016) :

1. Struktur organisasi menentukan hubungan formal dan pelaporan dalam organisasi dan ini menunjukkan jumlah level dalam hierarki dan menentukan rentang kendali manajer.
2. Struktur organisasi menentukan posisi orang yang bekerja dalam kelompok dalam satu unit dan membagi unit dalam seluruh organisasi.
3. Struktur organisasi mencakup desain sistem dimana semua unit dikoordinasikan dan hubungan yang efektif dalam organisasi dijamin.

2.2.3 Jenis Struktur Organisasi

Para ahli teori organisasi menganggap ada dua bagian dari struktur yaitu struktur fisik dan struktur sosial. Struktur sosial mengacu pada hubungan antara elemen fisik organisasi sebagai bangunan dan tempat geografis pekerjaan dilakukan (bisnis). Struktur sosial dalam teori organisasi mengacu pada hubungan antara unsur sosial seperti orang, posisi, dan unit, contoh organisasi adalah departemen dan sektor (Ahmady, 2016).

Struktur organisasi dapat dimulai dari bentuk mekanistik di satu ujung dan organik di ujung lainnya. Struktur mekanis dicirikan oleh rentang kontrol yang sempit, sentralisasi tinggi, spesialisasi dan formalisasi oleh departemen yang kaku serta rantai komando baik panjang atau pendek yang selalu jelas. Sebaliknya, struktur organik (juga dikenal sebagai struktur datar) ditandai dengan rentang kontrol yang luas, desentralisasi, spesialisasi rendah dan formalisasi yang lepas dari departemen serta rantai komando baik panjang atau pendek kadang-kadang sulit untuk diuraikan.



Sumber : Ahdiyana (2016)

Gambar 2.1 Struktur Mekanis dan Struktur Organik

Berdasarkan gambar struktur mekanis dan organis dapat diketahui bahwa struktur mekanistik mewakili pendekatan tradisional, dari atas ke bawah ke struktur organisasi, sedangkan struktur organik mewakili pendekatan yang lebih kolaboratif dan fleksibel.

2.2.4 Elemen Struktur Organisasi

Struktur organisasi dibuat agar penggunaan sumber daya perusahaan berjalan efisien terutama pada sumber daya manusia dan keuangan. Terdapat 6 elemen kunci yang perlu diperhatikan untuk mendesain struktur organisasi menurut Sukoco (2007) sebagai berikut.

1. Spesialisasi Kerja

Derajat di mana tugas dalam organisasi dibagi menjadi beberapa pekerjaan, dengan adanya spesialisasi kerja, penggolongan tugas yang spesifik dan berulang 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 dari spesialisasi pekerjaan, dengan mengelompokkan pekerjaan yang serupa dalam satu departemen. Departementalisasi adalah aktivitas untuk menyusun 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. Rantai komando juga dapat diperluas dengan pertanyaan “Kepada siapa saya harus bertanggung jawab dan kepada siapa saya harus berkonsultasi, jika terdapat masalah dalam pekerjaan?”. 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 setiap 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 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. Keuntungan 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 atau dituliskan dalam lembaran kertas yang didokumentasikan kemudian, akan diketahui pekerjaan apa saja yang harus dikerjakan, kapan harus diselesaikan, dan cara menyelesaikannya.

2.3 Standar Prosedur Operasional

2.3.1 Definisi Standar Prosedur Operasional

Terdapat sejumlah definisi dari prosedur operasional, menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur, Standar Prosedur Operasional adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, cara dan waktu pelaksanaan, tempat, penanggungjawab, dan pelaksana kegiatan. Prosedur Operasional diistilahkan sebagai instruksi kerja, yaitu petunjuk kerja terdokumentasi yang dibuat secara rinci, spesifik, dan bersifat instruktif, yang dipergunakan oleh pekerja sebagai acuan dalam melaksanakan suatu pekerjaan spesifik agar dapat mencapai hasil kerja

sesuai persyaratan yang telah ditetapkan. 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 di dalam organisasi yang merupakan anggota organisasi agar berjalan efektif dan efisien, konsisten, standar dan sistematis.

SPO adalah prosedur khusus untuk kegiatan perusahaan yang menggambarkan kegiatan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas sesuai dengan peraturan industri, undang-undang provinsi atau nasional, atau bahkan standar internal organisasi untuk menjalankan bisnis. Setiap dokumen yang merupakan “cara” masuk dalam kategori prosedur. Contoh SPO dalam lingkungan kesehatan yang paling jelas adalah langkah demi langkah prosedur klinis dalam pelayanan kesehatan (Brampton, 2015).

Maka dapat disimpulkan bahwa 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.

2.3.2 Tujuan Standar Prosedur Operasional

SPO disusun dan disajikan untuk tujuan sebagai berikut (Tambunan, 2013).

1. Menjamin terlaksananya kegiatan organisasi sesuai dengan kebijakan dan ketentuan organisasi secara efektif dan efisien.
2. Menjamin keandalan pemrosesan dan produksi laporan yang dibutuhkan organisasi.
3. Menjamin kelancaran proses pengambilan keputusan organisasi secara efektif dan efisien.
4. Menjamin terlaksananya aspek kontrol kegiatan yang dapat mencegah terjadinya penyelewengan maupun penggelapan oleh anggota organisasi maupun pihak lain.

Berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan (2018), tujuan Standar Prosedur Operasional adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam, dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

2.3.3 Manfaat Standar Prosedur Operasional

Manfaat Standar Prosedur Operasional itu sendiri adalah (Direktorat Bina Upaya Kesehatan, 2018) sebagai berikut.

1. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
2. Mendokumentasi langkah kegiatan.
3. Memastikan staf FKTP memahami cara melaksanakan pekerjaannya, contoh : SPO Pemberian informasi, SPO Pemasangan infus, SPO Pemindahan pasien dari tempat tidur ke kereta dorong.

Sebagai sebuah pedoman, SPO berperan dalam memberikan acuan terkait dengan kegiatan yang dijalankan dalam organisasi agar berjalan efektif, sehingga membantu organisasi untuk mencapai tujuannya, baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang. Secara terperinci, peran dan manfaat SPO sebagai pedoman didalam suatu organisasi adalah (Tambunan, 2013) :

1. Pedoman kebijakan

Sebagai suatu pedoman kebijakan merupakan peran dan manfaat pertama SPO bagi organisasi. SPO yang efektif pastilah disusun dengan berdasarkan kebijakan yang ada dalam organisasi. Kebijakan ini menjadi sumber prosedur operasional standar. Jadi, boleh dikatakan bahwa, SPO adalah bentuk praktis kebijakan organisasi. SPO menjadi sangat penting bagi organisasi untuk membuat kebijakan organisasi menjadi aplikatif atau layak terap dan mencapai manfaat yang optimal bagi organisasi.

2. Pedoman kegiatan

Organisasi yang memiliki SPO bisa mengatur kegiatannya dengan lebih efektif. SPO yang efektif harus mampu menyederhanakan setiap pekerjaan agar tidak mempersulit orang yang berhubungan dengan kegiatan tersebut atau orang yang membutuhkan hasil dari kegiatan tersebut. Sebagai pedoman kegiatan, SPO harus berperan mengulangi pengulangan kerja yang tidak perlu, karena pengulangan kerja adalah bentuk lain dari ketidak efektifan. Jadi, sebagai pedoman kegiatan, SPO harus berjalan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan organisasi, dan dalam kondisi apapun.

3. Pedoman birokrasi

SPO yang diterapkan, seharusnya menjadikan birokrasi kegiatan lebih jelas dan tidak berbelit. Peran dan manfaat ini, terkait dengan anggota organisasi pada tingkatan jabatan yang mempunyai wewenang birokrasi. SPO, diharuskan menggambarkan setiap titik pengesahan birokrasi sebagai kontrol keabsahan langkah kegiatan.

4. Pedoman administrasi

SPO yang diterapkan dalam organisasi, maka sudah seharusnya organisasi mampu menyelenggarakan administrasi kegiatan secara baik. Sangat penting bagi organisasi untuk

menyelenggarakan administrasi secara baik, sebab banyak bukti praktis yang menunjukkan bahwa kemampuan operasional yang baik, tidak ada gunanya tanpa administrasi yang baik. Setiap prosedur operasional standar pada dasarnya mengandung juga kegiatan administrasi. Administrasi dalam SPO yang efektif harus diterapkan dalam setiap prosedur, yaitu dengan pengertian bahwa administrasi merupakan metode untuk memastikan dokumen, formulir, blanko, dan laporan digunakan, didistribusikan, dan didokumentasikan dalam setiap prosedur yang ada.

5. Pedoman evaluasi kinerja

Organisasi yang menerapkan SPO akan mempunyai ukuran kinerja yang lebih baik. Evaluasi kinerja yang dilaksanakan dengan penerapan SPO, merupakan ukuran ketaatan (*compliance*) kepada prosedur. Ukuran ketaatan ini, apabila berjalan secara optimal dapat membantu organisasi untuk mengurangi terjadinya penggelapan dan penyelewengan dalam kegiatan yang dilaksanakannya. Evaluasi kinerja yang dilakukan intensif dan teratur, dapat membantu menilai efektifitas dan efisiensi SPO, dan meningkatkan kinerja organisasi yang bersangkutan.

6. Pedoman integrasi

SPO yang diterapkan dalam organisasi, diharapkan organisasi memiliki rangkaian alur kinerja yang terpadu satu dengan yang lainnya. Tidak ada gunanya memiliki dan menerapkan SPO apabila prosedur yang terdapat dalam organisasi berdiri sendiri, dimana terdapat kegiatan yang tumpang tindih atau ada banyak penggunaan dokumen dan formulir yang berulang, terdapat banyak laporan yang tidak termanfaatkan secara optimal, terjadi distribusi laporan yang tidak tepat atau malah tidak ada standar dalam penerapan prosedur.

2.3.4 Format dan Unsur Penulisan Standar Prosedur Operasional

Format penulisan Standar Prosedur Operasional menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia No. 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur terdiri dari :

1. Kop atau *header* SPO

Kop atau *header* SPO yang terdiri dari judul SPO, logo FKTP, nama kepala FKTP, nama FKTP, nomor dokumen, nomor revisi, tanggal terbit, halaman, dan tanda tangan kepala FKTP. Apabila SPO disusun lebih dari satu halaman, maka pada halaman kedua kop SPO dibuat tanpa menyertakan logo. Berikut adalah contoh format kop atau *header* SPO.

Logo FKTP	Judul SPO		Nama Ka FKTP
	SPO	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
	Halaman :		
Nama FKTP	Ttd Ka FKTP		

Sumber : Permenpan No. 35 Tahun 2012

Gambar 2.2 Contoh Kop atau *Header* SPO

2. Komponen atau isi SPO

Memuat pengertian, tujuan, kebijakan, referensi, prosedur/langkah, bagan alir (apabila dibutuhkan), dan unit terkait. Berikut adalah contoh format tabel komponen SPO.

Tabel 2.1 Contoh Format Tabel Komponen SPO

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Prosedur / Langkah	
6. Bagan alir (apabila dibutuhkan)	
7. Unit Terkait	

Sumber : Permenpan No. 35 Tahun 2012

Isi dari SPO minimal terdiri atas berikut ini :

1. Pengertian, diisi definisi judul SPO dan berisi penjelasan dan/atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/menimbulkan multi persepsi.
2. Tujuan, berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci “sebagai acuan penerapan langkah untuk”
3. Kebijakan, berisi kebijakan kepala FKTP yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut, misalnya untuk SPO pelaporan insiden KTD, pada kebijakan dituliskan : Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
4. Referensi, berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SPO, bisa berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.
5. Langkah prosedur, merupakan bagian utama yang menguraikan langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
6. Unit terkait, berisi unit yang terkait dan/atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

7. Dapat ditambahkan bagan alir dan dokumen terkait dalam isi SPO.

Oxford University Hospitals (2013) memiliki format penulisan *Standard Operating Procedure* (SPO) atau Standar Prosedur Operasional. Berikut ini merupakan format yang terdapat di dokumen SPO menurut Oxford University Hospitals (2013).

1. *Department*, berisikan departemen atau unit terkait yang membuat SPO.
2. *SPO number*, penomoran SPO sesuai standar yang berlaku dalam organisasi.
3. *SPO title*, berisikan judul SPO yang jelas tentang prosedur yang dibuat, dan di unit mana.
4. *Author*, berisikan nama dan unit pihak yang terlibat dalam pembuatan SPO.
5. *Reviewer*, berisikan nama dan unit pihak yang mereview langkah kegiatan dalam SPO
6. *Authoriser*, berisikan pihak yang mengesahkan SPO.
7. *Signature*, berisikan tanda-tangan pihak yang berwenang, misalnya, kepala organisasi, kepala unit.
8. *Effective Date*, tanggal dibuatnya SPO.
9. *Review Date*, tanggal SPO direview oleh *reviewer*.
10. *Purpose*, merupakan uraian singkat tentang tujuan SPO, harus menjelaskan alasan SPO diperlukan. Setiap peraturan atau prosedur yang mengacu pada bagian "Tujuan" harus diidentifikasi. Sumber harus diberikan di bagian referensi daripada kutipan langsung.
11. *Introduction*, berisi pengantar umum, dengan pernyataan yang rasional.
12. *Scope*, Pernyataan yang menguraikan bidang dan konteks yang dicakup oleh SPO. Jika ada area di mana SPO ini secara khusus tidak berlaku, maka hal tersebut harus disebutkan.
13. *Definitions* bila diperlukan, daftar definisi harus dimasukkan untuk istilah yang digunakan dalam SPO. Akronim dan singkatan harus dijelaskan pada titik penggunaan dalam SPO dan tidak terdaftar di bagian ini.
14. *Responsibilities*, Ringkasan peran yang tercantum dalam prosedur dan tanggung jawab masing-masing pemegang peran untuk prosedur yang dirinci dalam SPO. Rincian tanggung jawab harus menjadi daftar singkat dari tugas utama yang dilakukan. Bagian ini seharusnya tidak menjadi ringkasan lengkap dari SPO.

15. *Specific Procedure*, bagian ini adalah isi utama dari SPO. *Specific Procedure* merupakan rincian prosedur untuk tugas yang harus dilakukan. *Specific Procedure* harus memiliki detail yang cukup, jelas dinyatakan, untuk memungkinkan orang yang terlatih untuk melakukan prosedur tanpa pengawasan. Selain itu juga terdapat rincian detail untuk memungkinkan orang yang terlatih menggunakan dokumen itu untuk melatih orang lain untuk melakukan tugas itu. Penggunaan bagan alir untuk menggambarkan SPO, terutama dalam prosedur yang rumit.

16. *Forms/Templates To Be Used*, terdapat bentuk baku penulisan SPO yang telah disepakati oleh suatu organisasi. Bentuk baku tersebut mengatur mengenai penulisan isi, teks, nomor dan judul.

17. *Internal And External References*, bagian ini digunakan untuk mendaftarkan semua referensi internal yang terkontrol (misalnya SPO) dan referensi eksternal yang mengacu pada teks SPO saja.

18. *Change History*, bagian ini mencatat jika terjadi adanya perubahan SPO di suatu bagian dalam organisasi.

2.3.5 Syarat Penyusunan Standar Prosedur Operasional

Syarat penyusunan Standar Prosedur Operasional menurut Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar (2018) adalah :

1. Perlu ditekankan bahwa SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas/FKTP hanya untuk menanggapi dan mengoreksi SPO tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SPO hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan personel/unit kerja dalam penyusunan SPO.
2. SPO harus merupakan flow charting dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.
3. SPO harus dapat dikenali dengan jelas kegiatan yang dilakukan, pelaku kegiatan, tempat kegiatan, waktu kegiatan, dan tujuan kegiatan.
4. SPO jangan menggunakan kalimat majemuk. Subjek, predikat dan objek SPO harus jelas.
5. SPO harus menggunakan kalimat perintah/instruksi bagi pelaksana dengan bahasa yang dikenal pemakai.

6. SPO harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan. Untuk SPO pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. SPO profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) kesehatan, dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

2.4 Bagan alir (*Flowchart*)

2.4.1 Definisi Bagan alir (*Flowchart*)

The flowchart is a diagram which visually presents the flow of data through processing systems (Mahdi, 2013). A flowchart is a pictorial representation depicting the flow of steps in a program, people in an organization, or pages in a presentation (De Bonte and Fletcher, 2014). From the very earliest days of electronic computing, flowcharts have been used to represent the conceptual structure of complex software systems. In much of the literature on software development, the flowchart serves as the central design document around which systems analysts, computer programmers, and end-users communicate, negotiate, and represent complexity (Ensmenger, 2016).

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa *flowchart* merupakan langkah atau sub-sub sistem yang ada pada sebuah sistem yang disajikan dalam bentuk box, gambar atau simbol lainnya. *Flowchart* digambarkan sesuai dengan alur dari suatu sistem, dan sistem *flowchart* adalah bagan yang menggambarkan komponen diskrit fisik dari suatu sistem seperti program, prosedur, laporan yang disajikan secara runtut dari *input* hingga *output*.

2.4.2 Tujuan Bagan Alir (*Flowchart*)

O'Brien (2011) menjelaskan tujuan bagan alir adalah sebagai berikut.

1. Mendeskripsikan suatu proses atau sistem sehingga lebih mudah dipahami karena menggunakan simbol yang standar.
2. *Flowchart* membantu dalam memahami urutan logika yang rumit dan juga panjang.
3. *Flowchart* sangat berguna khususnya untuk menjelaskan urutan proses yang pelaksanaannya memiliki banyak option pilihan atau percabangan.
4. Pembuat maupun pembaca akan terbiasa berpikir secara sistematis dan terstruktur sehingga tidak terjadi kesalahpahaman dalam menerapkan prosedur atau proses tersebut.
5. Dapat digunakan untuk memodelkan perencanaan prosedur bisnis.

2.4.3 Kelebihan Bagan alir (*Flowchart*)

Kelebihan menggunakan *flowchart* dalam mendeskripsikan suatu proses atau sistem adalah dapat dengan mudah menyelesaikan permasalahan dengan desain grafis yang dapat dibayangkan sehingga lebih mudah untuk diterapkan. *User* akan terbiasa berpikir secara sistematis dan terstruktur dan prosedur atau proses yang dikembangkan akan lebih mudah dipahami oleh orang lain sehingga tidak terjadi kesalahpahaman dalam menerapkan prosedur atau proses tersebut.

Selain itu di dalam penyusunan prosedur maupun instruksi kerja sebaiknya dalam langkah kegiatan dilengkapi dengan *flowchart* untuk memudahkan pembaca memahami langkahnya. Jadi penggunaan *flowchart* sangat diperlukan dalam mendeskripsikan suatu proses agar dapat dengan mudah dimengerti oleh orang lain.

2.4.4 Jenis Bagan Alir (*Flowchart*)

Menurut konteksnya, *Flowchart* dapat dibedakan menjadi 5 jenis *flowchart*, antara lain system *flowchart*, document flowchat, schematic *flowchart*, program *flowchart*, process *flowchart* (O'Brien, 2011). Setiap jenis *flowchart* akan di jelaskan seperti berikut ini:

1. *Flowchart System*

Didefinisikan sebagai bagan yang menunjukkan arus pekerjaan secara keseluruhan dari sistem. Bagan ini menjelaskan urutan dari prosedur yang ada di dalam sistem. Bagan alir sistem menunjukkan apa yang dikerjakan di sistem.

2. *Document Flowchart*

Dokumen bagan alir atau disebut juga bagan alir formulir (*form flowchart*) atau *paperwork flowchart* merupakan bagan alir yang menunjukkan arus dari laporan dan formulir termasuk tembusannya.

3. *Schematic Flowchart*

Merupakan bagan alir yang mirip dengan bagan alir sistem, yaitu untuk menggambarkan prosedur di dalam sistem. Perbedaannya adalah, bagan alir skematik selain menggunakan simbol bagan alir sistem, juga menggunakan gambar komputer dan peralatan lainnya yang digunakan. Maksud penggunaan gambar ini adalah untuk memudahkan komunikasi kepada orang yang kurang paham dengan simbol bagan alir. Penggunaan gambar ini memudahkan untuk dipahami, tetapi sulit dan lama menggambarnya.

4. *Program Flowchart*

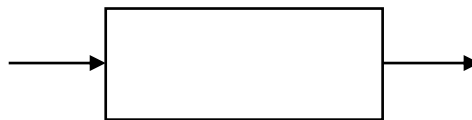
Merupakan bagan yang menjelaskan secara rinci langkah dari proses program. Bagan alir program dibuat dari derivikasi bagan alir sistem. Bagan alir program dapat terdiri dari dua macam, yaitu bagan alir logika program (*program logic flowchart*) dan bagan alir program komputer terinci (*detailed computer program flowchart*). Bagan alir logika program digunakan untuk menggambarkan tiap langkah di dalam program komputer secara logika. Bagan alat- logika program ini dipersiapkan oleh analis sistem. Gambar berikut menunjukkan bagan alir logika program. Bagan alir program komputer terinci (*detailed computer program flow-chart*) digunakan untuk menggambarkan instruksi program komputer secara terinci. Bagan alir ini dipersiapkan oleh pemrogram.

5. *Process Flowchart*

Merupakan bagan alir yang banyak digunakan di teknik industri. Bagan alir ini juga berguna bagi analis sistem untuk menggambarkan proses dalam suatu prosedur.

Adapun menurut kekompleksannya, bagan alir atau *flowchart* secara garis besar dibagi menjadi dua jenis, yaitu bagan alir makro dan mikro (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, 2018).

1. *Flowchart* makro, menunjukkan kegiatan secara garis besar dari proses yang ingin kita tingkatkan, hanya mengenal satu simbol, yaitu balok :



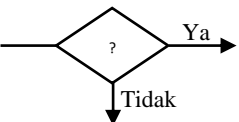
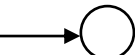




Sumber : Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, 2018

Gambar 2.3 Simbol Balok

2. *Flowchart* mikro, menunjukkan rincian kegiatan dari tiap tahapan diagram makro, bentuk simbol sebagai berikut :

Tabel 2.2 Simbol *Flowchart* Mikro

Simbol	Keterangan
Awal kegiatan	
Akhir kegiatan	
Simbol Keputusan	
Penghubung	
Dokumen	
Arsip	

Sumber : Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, 2018

2.5 Job Description dan Job Specification

2.5.1 Definisi Job Description dan Job Specification

Job description (uraian pekerjaan) adalah dokumen tertulis yang menguraikan tugas dan tanggung jawab, kondisi pekerjaan, hubungan pekerjaan dan aspek pekerjaan pada suatu jabatan tertentu dalam organisasi. *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 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. Unsur *job description* terdiri atas *job title*, *department*, *report relationships*, *summary of position*, *distinguishing characteristics*, *typical work*, *essential functions*,

education, experience, skill, licensure, other requirements/working conditions, completed by, dan *date*.

Deskripsi pekerjaan atau jabatan (*job description*) adalah suatu pernyataan tertulis yang menguraikan fungsi, tugas, wewenang, tanggung jawab, kondisi kerja dan aspek pekerjaan tertentu lainnya. Semua deskripsi pekerjaan mempunyai bentuk (*style*) yang sama, meskipun diantara perusahaan yang berbeda bentuk dan isi deskripsi jabatan bisa bervariasi. 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 specification* memiliki tujuan agar persyaratan bagi pekerja yang akan direkrut menjadi jelas. *Job specification* 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. *Job Specification* dikerjakan menunjukkan persyaratan orang yang akan direcrut 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 pelaku yang melakukan pekerjaan itu dan faktor manusia yang disyaratkan. *Job Spesification* merupakan profil karakteristik manusia yang diperlakukan suatu pekerjaan. Persyaratan tersebut menyangkut pendidikan, latihan, pengalaman dan persyaratan fisik serta mental.

2.5.2 Ruang Lingkup *Job Description* dan *Job Specification*

Ada lima konsep dasar dalam menyusun sebuah *Job Description* yang dijadikan pertimbangan sehingga tidak keluar dari ruang lingkup penulisan deskripsi pekerjaan, yaitu:

- a. Deskripsi pekerjaan adalah suatu dokumen singkat dari informasi faktual yang merupakan tugas yang harus dilakukan dan merupakan pertanggungjawaban yang melekat erat pada sebuah jabatan tertentu.

- b. Deskripsi pekerjaan akan diuraikan secara garis besar lingkup jabatan tersebut dan jabatan lainnya dalam organisasi/perusahaan dan prasyarat jabatan.
- c. Deskripsi pekerjaan selalu mendasarkan pada hakekat pekerjaan daripada individu yang melaksanakannya, dengan demikian orientasi yang termasuk di dalam deskripsi jabatan akan menekankan pada aktifitas yang harus dilakukan oleh individu yang memegang jabatan itu.
- d. Deskripsi pekerjaan juga berbicara mengenai informasi yang selektif yang diperoleh dari laporan analisis jabatan. Oleh karenanya deskripsi jabatan akan menampilkan pernyataan yang relevan dengan jabatan tersebut.
- e. Data yang tercatat dalam deskripsi pekerjaan akan lebih ditekankan pada hakekat atau sifat dari jabatan yang bersangkutan.

2.5.3 Tujuan *Job Description* dan *Job Specification*

Deskripsi pekerjaan yang ditulis dengan baik dapat menjadi langkah pertama untuk mencegah hal ini terjadi di tempat pertama. Dokumen ini dapat mendesain deskripsi pekerjaan yang dibuat dengan baik yang dapat digunakan sebagai awal untuk menemukan kandidat yang tepat untuk peran tersebut. Deskripsi pekerjaan yang ditulis dengan baik dan dikembangkan secara efektif adalah alat komunikasi yang memungkinkan karyawan dan kandidat untuk memahami dengan jelas harapan peran, tugas dasarnya, kompetensi dan tanggung jawabnya, bersama dengan kredensial dan pengalaman pendidikan yang diperlukan. Deskripsi pekerjaan harus terus diperbarui karena tugas berubah dari waktu ke waktu. Deskripsi pekerjaan perlu dikembangkan dan terus diklasifikasikan dengan benar. Deskripsi pekerjaan yang terdokumentasi dengan baik adalah alat yang hidup atau berkembang yang mencerminkan kebutuhan saat ini dari posisi, yang terus mendorong organisasi ke depan (Ceplenski, 2013).

Tujuan dalam penyusunan *job specification* yaitu:

1. Membantu kandidat menganalisis memenuhi syarat untuk melamar lowongan pekerjaan tertentu atau tidak.
2. Ini membantu merekrut tim dari suatu organisasi untuk memahami tingkat kualifikasi, kualitas, dan karakteristik yang harus ada dalam diri seorang kandidat untuk membuatnya memenuhi syarat untuk pembukaan pekerjaan.
3. Memberikan informasi terperinci tentang pekerjaan termasuk tanggung jawab pekerjaan, keterampilan teknis dan fisik yang diinginkan dan kemampuan dalam komunikasi.

4. Membantu dalam memilih kandidat yang paling tepat untuk pekerjaan tertentu

2.5.4 Prinsip *Job Description* dan *Job Specification*

Elemen deskripsi pekerjaan yang baik secara singkat diuraikan di bawah ini. Meskipun tidak termasuk semua, keenam elemen ini adalah tempat yang baik untuk memulai (Clark, 2013) :

1. Fungsi dan tanggung jawab tugas

Menggambarkan dengan jelas semua fungsi dan tanggung jawab pekerjaan yang terkait dengan kinerja tugas karyawan. Fungsi dan tanggung jawab akan mencakup aspek teknis dari posisi, pengawasan atau tanggung jawab manajerial (jika berlaku), keterampilan komunikasi dan persyaratan pengalaman, dan fungsi cadangan seperti "fungsi lain yang dianggap perlu oleh keadaan."

2. Standar kinerja

Mengindikasikan standar produktivitas dan kualitas yang diperlukan bagi individu untuk menjadi sukses dalam peran barunya.

3. Keterampilan terkait pekerjaan

Menyebutkan tingkat keterampilan, pengetahuan, pengalaman, dan kemampuan yang diminta oleh pekerjaan, termasuk keterampilan teknis apa pun; persyaratan fisik seperti pengangkatan berulang, penarik atau pendorong dan ujian fisik yang harus dilewati sebelum memenuhi syarat untuk posisi tersebut; keterampilan komunikasi seperti persyaratan tertulis, verbal dan bahasa; dan keterampilan interpersonal seperti interaksi pelanggan, keterampilan pemain tim yang kuat dan kemampuan untuk bekerja secara harmonis dengan tenaga kerja yang beragam. Jika pekerjaan tersebut membutuhkan keterampilan komputer, tunjukkan perangkat keras dan perangkat lunak yang akan digunakan karyawan dan tingkat keterampilan minimal dan / atau pengalaman yang diperlukan dengan perangkat keras atau perangkat lunak tersebut.

4. Lingkup dan batas wewenang

Garis besar bidang tanggung jawab yang diberikan kepada setiap orang, termasuk di mana tugas mungkin tumpang tindih dan siapa yang pada akhirnya bertanggung jawab atas produk atau layanan yang sudah jadi. Juga, secara khusus menggambarkan tingkat otoritas yang dimiliki orang tersebut terhadap orang lain, fungsi atau produk.

5. Harapan manajemen

Harapan manajemen mencakup harapan untuk ketersediaan seperti lembur, malam, akhir pekan, liburan; fleksibilitas dalam penjadwalan tentang hari libur; pembatasan waktu

liburan; kebijakan dan akuntabilitas atas keterlambatan dan ketidakhadiran; dan perilaku karyawan yang diharapkan terkait interaksi dengan rekan kerja, pelanggan, vendor, dan manajer.

6. Hubungan

Klarifikasi struktur pelaporan untuk setiap departemen atau divisi, yang menyatakan kepada siapa karyawan melaporkan atau yang melaporkan kepada karyawan, jika berlaku. Juga, jika proyek tim atau kelompok diperlukan.

2.5.5 Unsur dan Tahapan Pembuatan *Job Description* dan *Job Specification*

Deskripsi pekerjaan pada dasarnya menggambarkan tentang cara suatu kegiatan/pekerjaan dilakukan. Secara komprehensif deskripsi pekerjaan berisi tentang:

1. Nama Jabatan, di sini akan disebutkan masa jabatan yang ada dan sesuai dengan struktur organisasi yang telah dirancang dalam proses pembuatan struktur organisasi sebelumnya. Sekaligus di sini akan disebutkan nomor kode dari jabatan tersebut untuk memudahkan dalam proses pendataan nantinya.
2. Kedudukan Jabatan, di sini akan disebutkan kedudukan jabatan tersebut dalam struktur organisasi yang ada, misalkan berada di departemen/bagian/seksi apa. Berdasarkan pernyataan ini akan dapat diketahui dengan mudah tingkat/hirarki jabatan tersebut dalam struktur organisasinya.
3. Ikhtisar Jabatan, menjelaskan mengenai tujuan umum atau tujuan dasar dari suatu jabatan yang membedakannya dengan jabatan yang lain. Ikhtisar jabatan ini bisa pula dikatakan sebagai kesimpulan dari tugas pokok.
4. Tugas Pokok, berisikan daftar tugas yang harus dilaksanakan; meliputi tugas rutin (harian), tugas berkala (periodik mingguan/bulanan), dan tugas insidental/tambahan yang kejadiannya berlangsung secara random. Tugas yang dituliskan terutama sekali yang frekuensi kegiatannya cukup sering. Berdasarkan daftar tugas ini, maka tugas apa saja yang harus dilakukan suatu jabatan dan cara tugas tersebut harus dilaksanakan akan dituliskan serinci mungkin.
5. Wewenang, menunjukkan "*the right & power*" dari suatu jabatan untuk memerintah, memutuskan, menegaskan aturan/prosedur yang harus ditaati, dan sebagainya. Wewenang biasanya akan lebih banyak ditujukan kepada yang memiliki kedudukan level/hirarki) yang berada langsung di lini-atas suatu jabatan.

Tujuh Langkah dalam membuat *job description* terdiri dari:

1. Tentukan fungsi utama (Judul/pengelompokan tugas) fungsi utama dan hanya menggunakan 1-5 kata untuk setiap fungsi.
2. Tentukan persentase fungsi-fungsi ini terkait dengan total pekerjaan.
3. Untuk setiap fungsi, tentukan tugas, yang merupakan tindakan yang diambil saat melakukan pekerjaan dengan memuaskan. Tulisan tidak lebih dari 6-8 tugas. Harus dapat menjawab pertanyaan apa, bagaimana dan mengapa. Gunakan kata sederhana, non-teknis, tetapi spesifik.
4. Tentukan frekuensi masing-masing tugas (mis. Harian, mingguan, bulanan).
5. Tentukan persyaratan posisi (keterampilan, pengetahuan & kemampuan). Ikat secara langsung dengan tugas (tindakan) yang harus dilakukan dalam pekerjaan. Pengetahuan atau keterampilan adalah sesuatu yang bisa lakukan yang membantu. Contohnya adalah:
 - a) Keterampilan berbicara di depan umum; termasuk merencanakan dan menyiapkan bahan dan mempresentasikannya secara efektif
 - b) Keterampilan pengetikan
 - c) Keterampilan berbicara untuk berbicara dengan orang dari berbagai latar belakang pendidikan dan sosial-budaya
 - d) Keterampilan dalam negosiasi, termasuk mendengarkan dan membujuk
 - e) Penulisan laporan dan surat yang jelas, singkat dan tepat
6. Tentukan tuntutan fisik, lingkungan, atau khusus. Jika demikian, sertakan yang ada di belakang halaman formulir deskripsi pekerjaan.
 - a) Ketika suatu pekerjaan dilakukan oleh banyak unit, gabungkan elemen prinsip menjadi satu deskripsi pekerjaan umum dan menghindari menentukan perbedaan kecil dalam cara pekerjaan mungkin dilakukan.
 - b) Hindari pengulangan nama organisasi/unit dalam deskripsi pekerjaan
 - c) Hindari nomor bagian khusus organisasi atau nomor formulir
7. Tulis pernyataan ringkasan, berikan ikhtisar pekerjaan singkat. Tentukan tingkat pengawasan dan sertakan ini dalam ringkasan jika berlaku.

Job specification memuat beberapa aspek sebagai berikut.

1. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang untuk mampu mengemban sebuah jabatan wajib disesuaikan dengan jabatan agar mampu menjalankan pekerjaannya dengan baik. Semakin tinggi jabatan, maka pengetahuan yang dimiliki juga harus tinggi. Diharapkan dengan adanya pengetahuan yang baik akan timbul peningkatan kinerja dari pegawai sehingga dapat memberikan kontribusi positif pada kemajuan organisasi.

2. Keterampilan

Setiap jabatan memerlukan keterampilan yang berbeda untuk membantu menjalankan suatu pekerjaan nantinya. Oleh sebab itu, seorang pekerja harus memiliki ketrampilan tertentu agar mampu bekerja secara optimal.

3. Pendidikan

Terlepas dari spesialisasi pendidikannya, lulusan perguruan tinggi diharapkan dapat fleksibel mampu dan mau memberikan kontribusi terhadap inovasi, mampu mengatasi ketidakpastian, siap untuk belajar sepanjang hidup, memiliki sensitifitas sosial dan keterampilan komunikasi, menyiapkan diri untuk menghadapi kompetisi internasional, memiliki pengetahuan di luar wilayah spesifik keahliannya, dan mengerti cara mengkombinasikan berbagai disiplin dan kreatif.

4. Pengalaman

Pengalaman akan menjadi nilai tambah bagi seseorang dengan jabatan. Semakin berpengalaman dalam bidang yang spesifik dengan jabatannya, maka semakin dipercaya orang tersebut berada dalam posisinya saat ini.

5. Sertifikasi

Sertifikasi adalah salah satu bukti bahwa seseorang telah memiliki keahlian, keterampilan, kemampuan, atau pengalaman tertentu. Sertifikasi merupakan bukti tertulis bahwa orang tersebut telah memiliki standar minimal dalam memegang sebuah jabatan.

6. Kemampuan

Kemampuan bekerja yang didefinisikan sebagai sekumpulan pencapaian meliputi keterampilan, pemahaman, dan atribut personal yang lebih memungkinkan lulusan untuk memperoleh pekerjaan dan sukses dalam pilihan kerjanya serta memberi keuntungan bagi diri mereka sendiri, tenaga kerja, masyarakat, dan ekonomi secara keseluruhan.

Kemampuan bekerja sangat terkait dengan kapabilitas yaitu memiliki kemampuan

- a. Mengambil tindakan yang efektif dan tepat
- b. Menjelaskan apa yang ingin mereka capai
- c. Hidup dan bekerja dengan yang lain
- d. Dapat terus belajar baik secara individual maupun dengan yang lain dalam masyarakat yang beragam dan terus berubah.

2.6 Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

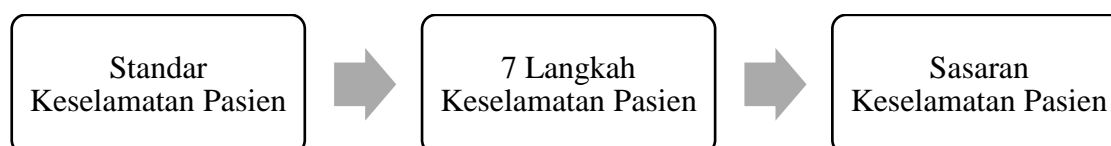
2.6.1 Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien menurut WHO (2017) adalah pencegahan kesalahan dan efek samping untuk pasien yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Sementara perawatan kesehatan telah menggunakan teknologi baru, obat-obatan, dan perawatan yang lebih efektif dan menjadi lebih kompleks. Keselamatan pasien dapat dipertahankan dan ditingkatkan dengan mencegah dan meminimalisir kesalahan serta efek samping yang terjadi dalam proses pelayanan.

Menurut Vincent (2010), keselamatan pasien adalah usaha untuk menghindari, mencegah, dan memperbaiki kemungkinan kesalahan dan kerugian yang akan diterima oleh pasien selama menjalani perawatan akibat suatu penyakit atau luka. Keselamatan pasien juga merupakan bentuk dasar dari pemberian layanan kesehatan baik dari segi biologis, fisiologi, maupun kebutuhan akan keselamatan selama mendapatkan perawatan kesehatan (Ulrich *and* Kear, 2014).

Keselamatan pasien dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan hal berikut.



Sumber : Permenkes No. 11 Tahun 2017

Gambar 2.4 Sistem Keselamatan Pasien

2.6.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas layanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien juga bertujuan untuk mengurangi bahaya *medication-related* yang disebabkan oleh praktik medis yang tidak aman dan eror (WHO, 2017).

2.6.3 Standar Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu segera ditangani di fasilitas kesehatan di Indonesia, maka dari itu diperlukan standar keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya (Direktorat Mutu dan Akreditasi, 2018).

Standar keselamatan pasien wajib diterapkan oleh faskes dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi. Ada 7 standar keselamatan pasien yang menjadi acuan, yaitu sebagai berikut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien) :

1. Hak pasien.
2. Mendidik pasien dan keluarga.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
4. Penggunaan metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

2.6.4 Langkah Keselamatan Pasien

Langkah keselamatan pasien ada sebanyak 7 (tujuh) langkah, yang apabila diterapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Pelaksanaan 7 (langkah) keselamatan pasien ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Selain itu langkah ini dapat

membantu faskes untuk mencapai sasarannya dalam Tata kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu. Berikut adalah 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien :

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan membangun budaya keselamatan.
2. Memimpin dan mendukung staf dengan melibatkan seluruh staf dalam membangun paradigma keselamatan pasien.
3. Mengintegrasikan aktivitas atau kegiatan manajemen risiko dengan membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.
4. Mengembangkan sistem pelaporan untuk mengumpulkan informasi sebagai dasar analisa dan penyampaian rekomendasi.
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
7. Menerapkan solusi untuk mencegah cedera.

Menurut Williams (2009) terdapat tujuh langkah menuju keselamatan pasien secara umum sebagai berikut.

1. *Build a safety culture.*
 - a. Lakukan audit untuk menilai budaya keselamatan tim dalam organisasi.
 - b. Soroti keberhasilan dan pencapaian dalam meningkatkan keselamatan, dan bersikap terbuka dan jujur ketika ada masalah.
 - c. Menerapkan tingkat tensi yang sama untuk semua aspek keselamatan, termasuk pelaporan dan investigasi insiden, keluhan, kesehatan dan keselamatan, perlindungan staf, Audit Kejadian Penting dan jaminan kualitas klinis.
2. *Lead and support your practice team.*
 - a. Bicarakan tentang pentingnya keselamatan pasien dan tunjukkan bahwa organisasi berusaha meningkatkannya dengan memasukkan ringkasan keselamatan pasien tahunan dalam laporan praktik organisasi atau laporan kualitas praktik organisasi.
 - b. Masukkan keselamatan pasien dalam pelatihan staf di rumah, termasuk penggunaan metode peningkatan, dan perintahkan penggunaan metode peningkatan itu menjadi bagian dari melanjutkan pendidikan di luar praktik.
 - c. Promosikan keselamatan dalam pertemuan tim dengan membahas masalah keselamatan dan menjadikannya sebagai agenda yang tetap.
3. *Integrate your risk management activity.*

- a. Tinjau catatan pasien secara berkala (mis. Menggunakan alat ulasan kasus) agar bidang yang membahayakan umum seperti diagnosa / perawatan yang tertunda atau terlewatkan dapat diidentifikasi.
 - b. Menyimpan catatan pelaporan yang baik yang dapat digunakan untuk kontrak Layanan Medis Umum, tata kelola klinis, penilaian, dan validasi ulang.
 - c. Melibatkan anggota tim kesehatan primer yang lebih luas dalam meningkatkan keselamatan pasien dan menggunakan informasi dari sebanyak mungkin sumber untuk mengukur dan memahami masalah keselamatan dalam praktik.
4. *Promote reporting.*
- a. Bagikan insiden keselamatan pasien dengan Layanan Pelaporan dan Pembelajaran Nasional (*National Reporting and Learning System*) sehingga pembelajaran dapat disebarluaskan secara nasional.
 - b. Catat peristiwa, risiko, dan perubahan, dan sertakan dalam laporan praktik tahunan organisasi.
 - c. Insiden keselamatan dan pembelajaran yang dipetik untuk semua staf organisasi dan praktik lainnya melalui perawatan primer organisasi.
5. *Involve and communicate with patients and the public.*
- a. Mencari pandangan pasien, terutama pada aktifitas yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien, dan menggunakan keluhan sebagai bagian penting dari praktik modern dan responsif.
 - b. Dorong umpan balik menggunakan survei pasien dan situs web seperti NHS Choices.
 - c. Libatkan populasi praktik organisasi melalui kelompok pasien, pertemuan terbuka atau dengan mengundang perwakilan pasien ke pertemuan keselamatan pasien.
6. *Learn and share safety lessons.*
- a. Adakan pertemuan secara teratur, yang mencerminkan kualitas organisasi, keselamatan pasien, dan pelajaran untuk masa depan.
 - b. Buat diskusi tentang peristiwa penting dan analisis nasional tentang pola bisnis semua orang yang berisiko, termasuk tim perawatan kesehatan primer yang lebih luas sebagaimana mestinya, dan tindak lanjuti temuan organisasi.
 - c. Bagikan pengalaman dengan praktik lain dengan membuat pelajaran keselamatan pasien organisasi tersedia secara luas.
7. *Implement solutions to prevent harm.*

- a. Pastikan bahwa tindakan yang disetujui untuk meningkatkan keselamatan didokumentasikan, ditindaklanjuti dan ditinjau, dan sepakati orang yang harus bertanggung jawab untuk ini.
- b. Gunakan teknologi, jika perlu, untuk mengurangi risiko pada pasien.
- c. Libatkan pasien dan staf karena mereka dapat menjadi kunci untuk memastikan perubahan yang diajukan adalah yang tepat.

2.6.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah untuk menggiatkan perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran dalam SKP menyoroti bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti, dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Sasaran sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem.

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari :

SKP 1. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar.

SKP 2. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif.

SKP 3. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang harus diwaspadai.

SKP 4. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar.

SKP 5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan.

SKP 6. Mengurangi Risiko Pasien Akibat Terjatuh.

2.6.6 Insiden Keselamatan Pasien

Insiden Keselamatan adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017). Setiap Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penanganan insiden keselamatan dan kejadian sentinel. Insiden Keselamatan pasien meliputi:

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Cedera yang diakibatkan oleh tatakelola klinis, bukan karena latar belakang kondisi pasien.

2. Kejadian Tidak Cedera (KTC), yaitu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera. Terjadi penanganan klinis yang tidak sesuai pada pasien, tetapi tidak terjadi cedera.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), yaitu terjadinya insiden yang belum sampai terpapar kepada pasien. Kejadian yang sebenarnya dapat menimbulkan cedera tetapi belum terjadi karena secara kebetulan diketahui dan upaya pencegahan segera dilakukan.
4. Kondisi Potensial Cedera (KPC) yaitu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden.

Penanganan Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Tim keselamatan pasien melakukan kegiatan penanganan insiden berupa pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum dan memermalukan seseorang. Tim Keselamatan pasien bertanggung jawab langsung kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Keanggotaan Tim tersebut paling sedikit terdiri atas unsur manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan unsur klinisi di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tim Keselamatan Pasien memiliki tugas sebagai berikut.

1. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Mengembangkan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Melakukan pelatihan Keselamatan Pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Melakukan pencatatan dan pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.
6. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.
7. Membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas kesehatan.
8. Mengirim laporan insiden secara kontinu.

Jika sudah terjadi insiden, maka upaya korektif maupun tindakan korektif harus dikerjakan. Akibat dari kejadian harus dikoreksi, dan tindak korektif melalui analisis terhadap kejadian harus dilakukan agar tidak terjadi lagi di masa mendatang. Risiko yang mungkin

terjadi dalam pelayanan klinis harus diidentifikasi, dianalisis, dan ditindak lanjuti dalam upaya meminimalkan terjadinya risiko dan melakukan penanganan jika terjadi kejadian tidak diharapkan. Jika terjadi kejadian tidak diharapkan maka harus ditindak lanjuti dengan melakukan analisis tingkat keparahan kejadian tersebut untuk menentukan langkah berikutnya. Jika dari hasil kajian tingkat keparahan ternyata masuk dalam kategori risiko ekstrim atau risiko tinggi, maka harus dilakukan RCA, tim RCA harus segera dibentuk oleh Kepala FKTP untuk melakukan investigasi dan tindak lanjut terhadap kejadian. Keseluruhan langkah RCA jika terjadi kejadian harus diselesaikan paling lambat 45 hari. Jika kejadian tersebut masuk dalam kategori risiko sedang atau minimal, maka dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung untuk segera dilakukan upaya tindak lanjut, paling lambat keseluruhan upaya tindak lanjut sudah dapat diselesaikan dalam waktu 12 hari.

2.6.7 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Setiap insiden keselamatan pasien harus dilaporkan kepada Pimpinan FKTP. Budaya untuk melaporkan jika terjadi insiden keselamatan pasien perlu dikembangkan bersamaan dengan budaya just culture, budaya memberikan perlakuan yang adil perlu dikembangkan sehingga tidak terjadi budaya menyalahkan dalam penyelenggaraan pelayanan klinis pada pasien. Kebijakan dan prosedur pelaporan insiden perlu disusun dengan alur, setiap kejadian harus dilaporkan kepada pimpinan organisasi, selanjutnya berdasarkan hasil analisis terhadap insiden tersebut dilakukan tindak lanjut sesuai dengan tingkat keparahan kejadian. Insiden keselamatan pasien harus dilaporkan paling lambat 2 x 24 jam kepada Kepala FKTP dengan menggunakan form Laporan Insiden Keselamatan Pasien.

Setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi, fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir Pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak menyalahkan orang lain. Pelaporan insiden harus:

1. Dijamin keamanannya.
2. Bersifat rahasia.
3. Anonym (tanpa identitas).
4. Tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak.

2.7 Manajemen Risiko

2.7.1 Definisi Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah suatu proses mengenal, mengevaluasi, mengendalikan, dan meminimalkan risiko dalam suatu organisasi secara menyeluruh (Direktorat Mutu dan Akreditasi, 2018). Manajemen risiko adalah inti bagian dari manajemen strategi organisasi, manajemen risiko adalah proses dimana organisasi secara sistematis mengatasi risiko yang melekat dalam aktivitas mereka dengan tujuan mencapai keuntungan yang berkelanjutan dalam setiap aktivitas dan seluruh portofolio dari seluruh kegiatan (Institute of Risk Management, 2002).

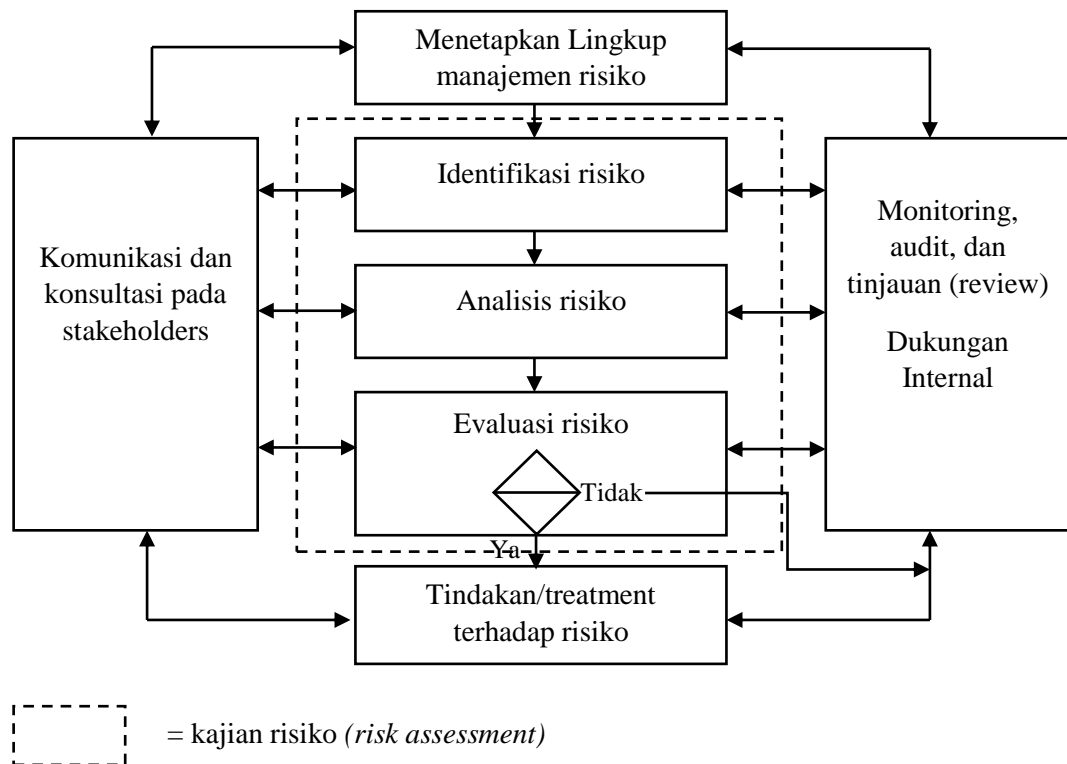
2.7.2 Ruang Lingkup Manajemen Risiko

Berdasarkan direktorat mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan, lingkup manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Risiko yang berkaitan dengan pelayanan terhadap pasien atau kegiatan pelayanan kesehatan, yaitu risiko yang mungkin dialami oleh pasien, sasaran kegiatan UKM, atau masyarakat sebagai akibat dari pelayanan yang disediakan oleh FKTP. Misalnya : risiko yang dialami pasien ketika terjadi kesalahan pemberian obat.
2. Risiko yang berkaitan dengan petugas klinis atau kesehatan yang memberikan pelayanan, yaitu risiko yang mungkin dialami oleh petugas klinis ketika memberikan pelayanan. Misalnya : perawat tertusuk jarum suntik setelah melakukan penyuntikan.
3. Risiko yang berkaitan dengan petugas non-klinis yang memberikan pelayanan, yaitu risiko yang mungkin dialami oleh petugas non-klinis seperti petugas laundry, petugas sanitasi, petugas kebersihan, petugas lapangan ketika melakukan kegiatan pelayanan.
4. Risiko yang berkaitan dengan sarana tempat pelayanan, yaitu risiko yang mungkin dialami oleh pasien, petugas klinis dan non-klinis, sasaran kegiatan pelayanan, masyarakat, maupun lingkungan diakibatkan oleh fasilitas pelayanan.
5. Risiko finansial, yaitu risiko yang berkaitan dengan kerugian finansial yang dialami oleh FKTP akibat pelayanan yang disediakan.
6. Risiko selain 5 (lima) risiko di atas. Misalnya : kecelakaan ambulans, kecelakaan kendaraan dinas yang digunakan.

2.7.3 Tahapan Manajemen Risiko

Tahapan manajemen risiko dimulai dari menetapkan lingkup manajemen risiko, lalu melakukan kajian risiko yang meliputi mengidentifikasi risiko, menganalisis risiko, dan mengevaluasi risiko, kemudian diakhiri dengan menentukan tindakan terhadap risiko. Setiap tahapan proses manajemen risiko harus dikomunikasikan dan dikonsultasikan pada pihak yang berkepentingan. Tiap tahapan manajemen risiko perlu dimonitor, diaudit, ditinjau, dan memerlukan dukungan internal.



Sumber : Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2018

Gambar 2.5 Proses manajemen risiko

1. Menetapkan lingkup manajemen risiko

Lingkup manajemen risiko yang akan dianalisis harus ditetapkan terlebih dahulu, 6 ruang lingkup manajemen risiko berdasarkan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2018) yaitu :

- a. Risiko yang berkaitan dengan pasien, pengunjung, keluarga pasien, dan masyarakat.
- b. Risiko yang berkaitan dengan petugas klinis atau medis atau yang memberikan pelayanan.
- c. Risiko yang berkaitan dengan petugas non-klinis atau nonmedis.

- d. Risiko yang berkaitan dengan finansial.
- e. Risiko yang berkaitan dengan sarana tempat pelayanan.
- f. Risiko yang diluar 5 tersebut di atas.

Adapun contoh sebagai berikut : risiko yang berkaitan dengan pelayanan pasien, risiko yang berkaitan dengan pelayanan UKM, risiko yang berkaitan dengan petugas klinis, risiko yang berkaitan dengan petugas non-klinis atau staf lain, risiko yang berkaitan dengan fasilitas.

2. Identifikasi risiko

Setelah menentukan lingkup manajemen risiko, maka selanjutnya adalah mengenali atau mengidentifikasi risiko yang mungkin terjadi dalam lingkup tersebut. Proses untuk mengidentifikasi risiko adalah langkah awalan dari manajemen risiko, yang membentuk seluruh prosesnya. Proses mengidentifikasi risiko atau proses mengumpulkan dan mengenali risiko dapat dicapai dengan menggunakan tools dan teknik yang berbeda. Alat dan teknik yang paling umum menurut Rostami (2016) adalah sebagai berikut :

1. *Documentation reviews*, mengumpulkan data dan mereview data yang sudah ada sebelumnya.
2. *Expert judgement*, proses yang ditemukan dalam individu atau kelompok yang memiliki pengetahuan dan pengalaman yang lebih banyak. Orang dengan pengetahuan spesifik dan spesial disebut *expert*.
3. *Diagramming techniques*,
4. *Assumption analysis*,
5. *Information gathering*, proses mengumpulkan informasi dapat membantu organisasi meningkatkan memori organisasi, mengembangkan manajemen yang efektif dan hemat sumber daya. Teknik yang paling penting dalam metode ini meliputi wawancara, *brainstorming*, teknik Delphi, dan *Root Cause Analysis*. Proses identifikasi risiko melalui teknik wawancara dapat dilakukan secara penilaian individu atau melibatkan sekelompok orang.
6. *Checklists Analysis*, adalah metode dasar dari identifikasi risiko dimana ancaman dan peluang yang sudah diidentifikasi, diinvestigasi sebagai risiko potensial.
7. *SWOT Techniques*. Sebagai contoh : lingkup risiko yang berkaitan dengan pelayanan pasien, kemudian mengenali risiko apa saja yang mungkin terjadi

dalam pelayanan pasien. Manajer dapat menyusun daftar risiko yang mungkin atau pernah terjadi.

Risk identification means looking at all possible sources of risk, both internal and external. There is not one 'right way' to identify risk. A combination of methods is best, such as inspections, checklists, rules, review of policies and gathering information from people both inside (staff, volunteers, members) and outside (stakeholders, funding bodies, council) of your organisation. Those who have been around for a while can be useful resources, but do not ignore the fresh eyes of those who are new to your organisation. You should look at the current skills required by staff/volunteers and how they compare to the accepted industry standards or best practice (Government of South Africa, 2016).

Pencegahan dan/atau Manajemen Insiden Keselamatan Pasien hanya dapat terjadi apabila insiden keselamatan pasien diidentifikasi tepat pada waktunya. Meskipun ada perbedaan mekanisme yang digunakan untuk mendeteksi insiden keselamatan pasien, sebagian besar manajer mengetahui insiden keselamatan pasien di instansi internal organisasi, media publikasi dan perkara hukum atau dari komplain yang dilakukan oleh pasien dan masyarakat. Ada berbagai macam cara yang digunakan untuk mendeteksi insiden keselamatan pasien tanpa memerlukan biaya tambahan. Seluruh insiden harus dilaporkan ke dalam sistem manajemen insiden keselamatan pasien yang terpusat, terlepas dari cara dideteksi/diidentifikasi. Berikut adalah beberapa metode mengidentifikasi insiden keselamatan pasien menurut Health Department of South Africa (2017).

1. Patient safety incident reporting by health professionals

Sebagian besar Sistem Manajemen Insiden Keselamatan Pasien bergantung pada pendeteksian insiden keselamatan pasien melalui pelaporan oleh para profesional kesehatan meskipun hanya sejumlah kecil insiden yang dilaporkan dengan cara ini.

Peneliti kesehatan telah menetapkan bahwa hanya 10 hingga 20 persen kesalahan yang pernah dilaporkan dan, dari jumlah tersebut, 90 hingga 95 persen tidak menyebabkan bahaya pada pasien. Oleh karena itu informasi tentang insiden sangat sedikit di sebagian besar perusahaan. Alasan kurangnya pelaporan bervariasi, oleh karena itu kebutuhan untuk mencari opsi alternatif untuk mengidentifikasi insiden. Filosofi Budaya Adil (*Just culture*) harus dikembangkan dalam perusahaan

kesehatan untuk memungkinkan lingkungan yang kondusif untuk melaporkan insiden.

2. *Medical record/retrospective patient record review*

Catatan medis dari ukuran sampel pasien yang dirawat atau dirawat di area layanan tertentu (pada waktu tertentu) ditinjau oleh tim yang dipilih. Proses peninjauan rekam medis mengikuti acara rawat inap yang ditentukan.

3. *Focus team*

Tim fokus menawarkan kesempatan untuk lingkungan belajar yang sangat kaya ketika anggota dalam tim mendiskusikan dan mengembangkan ide. Contoh dari tim fokus adalah komite peninjau morbiditas dan mortalitas, tim audit klinis, komite jaminan kualitas.

4. *External sources*

Keluarga dan perwakilan pasien, setiap anggota publik yang peduli (yang mungkin bukan pasien tetapi telah mengamati insiden yang terjadi atau mendengarnya) dan media, juga dapat melaporkan kejadian buruk. Pelaporan insiden dapat melalui kampanye Speak Up, sistem manajemen pengaduan, perwakilan publik (mis. Dewan rumah sakit atau komite klinik). Setelah insiden dilaporkan, departemen kesehatan berkewajiban untuk memulai penyelidikan yang tepat terhadap dugaan tersebut.

5. *Review of record on follow-up of patients*

Mengingat bahwa insiden dapat terjadi atau dikenali setelah pasien keluar dari fasilitas kesehatan, formulir kemajuan pasien yang diformulasikan secara khusus dilampirkan pada laporan ringkasan pembuangan. Setelah insiden teridentifikasi oleh profesional kesehatan selama tindak lanjut pasien, formulir diisi dan dikembalikan ke fasilitas kesehatan yang awalnya merawat pasien.

6. *Surveys on patients' experience of care*

Survei teratur dan terstruktur dengan baik tentang persepsi pasien tentang perawatan memberikan informasi berharga tentang masalah yang berkaitan dengan PSI. Meskipun mereka mungkin tampak umum dan tidak menunjukkan dengan tepat lokasi kejadian, survei tentang persepsi pasien tentang perawatan membantu

untuk mengarahkan dan membimbing manajer menuju area fokus kritis (dalam sistem perawatan kesehatan) yang harus ditingkatkan.

7. *Safety walk rounds*

Putaran keselamatan terdiri dari sekelompok inti manajer senior yang berjalan melalui fasilitas kesehatan secara teratur. Putaran berlangsung di enam hingga delapan area layanan fasilitas kesehatan. Putaran keseluruhan harus berlangsung selama 60 menit atau lebih. Selama putaran, anggota staf operasional, tidak termasuk manajer langsung mereka, ditanyai pertanyaan tentang pengetahuan mereka tentang insiden menggunakan 'kotak peralatan' putaran keselamatan. Semua komentar oleh staf dicatat. Tim manajemen melakukan pengamatan sendiri di semua area layanan. Setelah setiap putaran berjalan, tim bertemu untuk tanya jawab.

8. *Use data to identify and guide management of patient safety incidents*

Banyak organisasi memiliki sistem informasi lokal, provinsi, dan nasional, misalnya Sistem Informasi Kesehatan Daerah dimana analisis dapat dibuat. Sangat penting bahwa manajer menyelidiki tren negatif menggunakan data statistik pada insiden dan kemudian meningkatkan kinerja tersebut.

9. *Research studies and findings*

Studi penelitian dapat mencakup studi penelitian terkait keselamatan pasien yang mungkin telah dilakukan dari waktu ke waktu. Seorang individu, kelompok atau fasilitas kesehatan mungkin telah melakukan penelitian. Temuan dan rekomendasi penelitian dipertimbangkan dalam proyek peningkatan kualitas dan kemudian diimplementasikan.

3. Melakukan kajian risiko (*risk assessment*)

a. Kajian tingkat keparahan (*risk severity assessment*)

Apabila diidentifikasi ternyata terdapat sekian banyak risiko maka dapat dilakukan kajian tingkat keparahan risiko dari risiko yang dikenali tersebut, demikian juga jika terjadi suatu kejadian, maka dapat dikaji tingkat keparahan dari insiden tersebut.

Kajian tingkat keparahan risiko dilakukan untuk menentukan tingkat keparahan risiko, dengan memperhatikan dua variabel, yaitu dampak risiko (*severity*) dan kemungkinan terjadinya (*probability*). Penentuan dampak risiko dan kemungkinan terjadinya, dapat digunakan tabel di bawah ini.

Tabel 2.3 Skala Dampak Risiko (*Severity*)

Tingkat Risiko	Dampak	Keterangan
1	Minimal	Tidak ada cedera.
2	Minor	Cedera ringan, misalnya luka lecet yang dapat diatasi dengan P3K.
3	Moderat	Cedera sedang, misalnya luka robek, fungsi motorik, sensorik, psikologis atau intelektual menjadi berkurang (bersifat <i>reversible</i>), tidak berhubungan dengan penyakit atau memperpanjang hari perawatan.
4	Mayor	Cedera luas atau berat, misalnya kelumpuhan, cacat, kehilangan fungsi motorik, sensorik, psikologis atau intelektual yang bersifat <i>irreversible</i> , tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Ekstrem (katastropik)	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Sumber : Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2018

Tabel 2.4 Skala Kemungkinan Terjadinya Risiko (*probability*)

Tingkat Kemungkinan terjadi	Probabilitas	Keterangan
1	Sangat jarang terjadi	Sama atau lebih dari lima tahun sekali.
2	Jarang terjadi	Sama atau lebih dari 2 tahun tetapi kurang dari lima tahun sekali.
3	Mungkin terjadi	Sama atau lebih dari setahun tetapi kurang dari dua tahun sekali.
4	Sering terjadi	Beberapa kali dalam setahun.
5	Sangat sering terjadi	Sangat sering terjadi, hampir setiap minggu atau setiap bulan terjadi.

Sumber : Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2018

Setelah dilakukan *assessment* terhadap dampak risiko dan kemungkinan terjadinya risiko, maka tingkat keparahan risiko dapat ditetapkan dengan *Risk Grading Matrix*. *Risk ranking is based on a matrix whose axes are the ranks of consequences and probability. The combination of ranks of consequence and likelihood creates risk rank. Although many risk matrices have already been developed and implemented, the development of new risk assessment matrices is a special challenge* (Ristic, 2013).

Dampak Probabilitas	1	2	3	4	5
5					
4					
3					
2					
1					

Sumber : Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan 2018

Gambar 2.6 Matriks Tingkat Keparahan Risiko (*grading risk*)

Tabel 2.5 *Grading* Risiko berdasarkan *Severity Assessment*

Grade	Tingkat Risiko
Merah	Risiko Ekstrem
Kuning	Risiko Tinggi
Hijau	Risiko Sedang
Biru	Risiko Rendah

Sumber : Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan 2018

Apabila terjadi suatu insiden, harus dilakukan *severity assessment*, kemudian apabila hasil kajian masuk dalam kategori *grade* merah dan kuning, maka harus dilakukan *Root Cause Analysis*. Apabila termasuk dalam kategori *grade* hijau atau biru, maka cukup dilakukan investigasi sederhana.

b. Analisis Akar Masalah (*root cause analysis*)

1. Definisi

Root Cause Analysis adalah suatu proses untuk mengeksplorasi semua faktor yang mungkin berhubungan dengan suatu kejadian dengan menanyakan apa kejadian yang terjadi, mengapa kejadian tersebut terjadi, dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut terjadi lagi di masa mendatang. Apabila terjadi suatu insiden yang masuk kategori risiko ekstrem dan risiko tinggi, maka tim Keselamatan Pasien perlu melakukan investigasi lebih lanjut, jika kejadian termasuk risiko rendah atau risiko minimal, maka cukup dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung. *Root Cause Analysis* dapat didefinisikan sebagai proses

identifikasi penyebab dasar timbulnya suatu masalah. (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2018).

2. Fungsi

Root Cause Analysis memiliki fungsi utama sebagai metode penyelesaian masalah dalam *Problem Solving Cycle*. Berikut beberapa fungsi RCA.

- a. *Helps auditors to reach a better understanding of issues detected during the audit*, RCA berfungsi dalam membantu auditor memahami isu bahkan masalah yang terdeteksi saat dilaksanakan audit.
- b. *Is one of the core building blocks in a competent authority's continuous improvement efforts*, RCA berfungsi sebagai salah satu inti dari *building blocks* dalam upaya peningkatan kompetensi pemegang kebijakan secara berkelanjutan.
- c. *Is an important part of a problem-solving process*, RCA memiliki fungsi yang sangat penting dalam *problem solving process*. Salah satunya karena RCA menganalisis akar masalah dan menyelesaikan masalah dari akarnya.

3. Metode

RCA memiliki beberapa metode penentuan akar masalah meliputi *Why-Why Analysis*, *Events and Causal Factor Charting*, *Change Analysis*, *Barrier Analysis*, *Storytelling*, serta *Fault Tree Analysis* (Battacharya, 2014).

4. Tahapan

Joint Commission International (2013) menganjurkan melakukan pelaksanaan RCA menggunakan 21 langkah berikut.

1. *Organize a team*
2. *Define the problem*
3. *Study the problem*
4. *Determine what happen*
5. *Identify contributing factors*
6. *Identify other contributing factors*
7. *Measure, Collect, and Assess data on proximate and underlying causes*
8. *Design and implement interim changes*
9. *Identify which systems are involved (the root causes)*
10. *Prune the list of root causes*

11. *confirm root causes*
12. *explore and identify risk-reduction strategies*
13. *formulate improvement actions*
14. *evaluate proposed improvement actions*
15. *design improvements*
16. *ensure acceptability of the action plan*
17. *implement the improvement plan*
18. *develop measures of effectiveness and ensure their success*
19. *evaluate implementation of improvement plan*
20. *take additional action*
21. *communicate the results*

Langkah melakukan RCA menurut Kum *and* Bekir (2015) adalah sebagai berikut.

1. *Definition of the problem and description of the intended events.*
2. *Data gathering and classification events*
3. *Identification the causes*
4. *Classification of the events in the sequence*
5. *Construction of the general diagram.*
6. *Identifying of corrective actions for each basic event.*
7. *Implementing the rearranged root causes.*
8. *Test the efficiency of the final diagram.*
9. *Identification of usage of other methodologies for the problem solution*
10. *Improvement of the system by the other instances of the event*

c. *Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)*

1. *Definisi*

FMEA merupakan suatu pendekatan untuk mengenali dan menemukan kemungkinan terjadinya kegagalan pada sistem dan strategi untuk mencegah terjadinya kegagalan tersebut. FMEA digunakan untuk mengkaji suatu desain atau prosedur secara rinci dengan cara mengenali model kegagalan atau kesalahan yang mungkin terjadi pada suatu proses, melakukan penilaian terhadap setiap model tersebut, mencari akar penyebab terjadinya, mengenali akibat dari model tersebut, dan mencari solusi dengan melakukan perubahan desain atau prosedur. Jadi hasil akhir dari FMEA adalah disusunnya desain

baru atau prosedur baru. Memperbaiki suatu proses pelayanan agar minim dari risiko dapat dilakukan analisis dengan menggunakan instrumen FMEA. Menurut Gaspersz (2002), *failure mode and effect analysis* didefinisikan sebagai suatu alat, teknik, dan metode kualitas proaktif untuk mengidentifikasi dan mencegah sumber dan akar penyebab proses atau kesalahan produk sebelum terjadi. Suatu mode kegagalan termasuk dalam kecacatan/kegagalan dalam desain, kondisi diluar batas spesifikasi yang telah ditetapkan, atau perubahan dalam produk yang menyebabkan terganggunya fungsi dari produk. Pada bidang pelayanan kesehatan, FMEA bertujuan untuk menghindari efek samping yang berpotensi membahayakan pasien, keluarga, karyawan atau orang lain selama perawatan pasien. FMEA merupakan salah satu alat metodologi Six Sigma, yang dapat membantu mengidentifikasi dan menghilangkan kekhawatiran di awal pengembangan proses atau penyediaan layanan baru.

Metode ini dapat digunakan secara sistematis untuk memeriksa kemungkinan kegagalan proses dapat terjadi dan melakukan proses *redesign* sehingga terbentuk model baru dengan menghilangkan kemungkinan kegagalan. Penggunaan FMEA secara tepat dapat membantu dalam meningkatkan kepuasan dan tingkat keamanan secara keseluruhan. Ada banyak cara untuk mengevaluasi keamanan dan kualitas layanan perawatan kesehatan, tetapi ketika mencoba merancang lingkungan perawatan yang aman, pendekatan proaktif jauh lebih disukai daripada pendekatan reaktif.

2. Prinsip

Menurut Carlson (2012), FMEA yang efektif harus memiliki prinsip:

- a. Right objectives, dengan berfokus pada pencegahan masalah, desain, dan perbaikan proses.
- b. Right resources, FMEA merupakan kegiatan berbasis tim sehingga diperlukan seseorang dengan multidisiplin dan tingkat pengalaman yang beragam untuk melakukan analisis yang efektif dari risiko.
- c. Right procedure, dengan tetap fokus pada bidang kekhawatiran dan risiko dan melakukan FMEA dalam kerangka waktu yang tepat untuk memastikan pengurangan risiko ke tingkat normal.

3. Kelebihan dan kekurangan

Menurut Xu, *et al* (2002), Yeh and Hsieh (2007) FMEA memiliki kelebihan dan kelemahan, antara lain :

1. Kelebihan

- a. Meningkatkan kualitas produk, *reliability*, dan *safety*.
- b. Meningkatkan nama perusahaan atau organisasi dan kompetisi.
- c. Meningkatkan kepuasan customer.
- d. Menguangi pengembangan produk.
- e. Mengurangi risiko dengan dokumentasi.

2. Kelemahan

- a. Pernyataan dalam FMEA sering bersifat subjektif dan kualitatif sehingga tidak jelas dalam bahasa ilmiah,
- b. Ketiga parameter (keparahan, kejadian dan deteksi) biasanya memiliki kepentingan yang sama padahal seharusnya ketiga parameter tersebut memiliki kepentingna yang berbeda,
- c. Nilai RPN yang dihasilkan dari perkalian S, O, dan D sering sama, padahal sebenarnya mempersentasikan nilai risiko yang berbeda.

4. Tahapan

Berikut adalah langkah menggunakan FMEA (Direktorat Mutu dan Akreditasi, 2018) :

- a. Membentuk tim FMEA yang terdiri dari orang yang menjadi pemilik proses.
- b. Menetapkan tujuan analisis, keterbatasan yang dimiliki tim tersebut, dan menyusun jadwal kegiatan tim untuk melaksanakan FMEA.
- c. Menetapkan peran dari setiap anggota tim saat melakukan analisis dengan FMEA.
- d. Menggambarkan alur proses yang ada saat ini.
- e. Mengenali model kegagalan atau kesalahan pada proses tersebut.
- f. Mengenali penyebab terjadinya kegagalan atau kesalahan untuk setiap model tersebut.
- g. Mengenali akibat dari kegagalan untuk setiap model tersebut.
- h. Melakukan penilaian terhadap setiap model kegagalan atau kesalahan.
- i. Menghitung *Risk Priority Number* (RPN).

- j. Menentukan batasan (*cut-off point*) RPN untuk menentukan urutan prioritas dari model yang diidentifikasi.
- k. Menyusun kegiatan untuk mengatasi (*design actions/solution*).
- l. Menentukan cara memvalidasi untuk menilai keberhasilan solusi yang direncanakan.
- m. Menggambarkan alur proses yang baru.

Menurut Robin, Raymond, dan Michael, terdapat 10 tahapan dalam pembuatan FMEA:

- 1. Identifikasi komponen dan fungsi terkait.
 - 2. Identifikasi *failure modes*
 - 3. Identifikasi efek dari *failure modes*
 - 4. Tentukan tingkat keparahan *failure modes*
 - 5. Identifikasi penyebab dari *failure modes*
 - 6. Tentukan *Probability of Occurance*
 - 7. Identifikasi kontrol
 - 8. Tentukan efektivitas kontrol saat ini
 - 9. Hitung *Risk Priority Number (RPN)*
 - 10. Tentukan tindakan untuk mengurangi risiko *failure modes*.
4. Mengevaluasi risiko
- Setiap risiko harus dievaluasi yaitu memerlukan tindak lanjut atau tidak. Apabila perlu tindak lanjut, maka harus disusun rencana tindak lanjut terhadap risiko atau kejadian tersebut.
5. Menyusun rencana dan melaksanakan tindakan/treatment terhadap risiko
- Apabila dari hasil evaluasi diperlukan tindak lanjut terhadap risiko, maka perlu disusun rencana aksi yang berisi kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi akibat risiko dan melakukan tindakan pencegahan agar tidak terjadi insiden terkait dengan risiko tersebut.

BAB 3

METODE MAGANG

3.1 Lokasi Magang

Kegiatan magang dilakukan di Klinik Medical Center ITS Surabaya yang beralamatkan di jalan Arief Rahman Hakim, kelurahan Keputih, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya.

3.2 Waktu Magang

Kegiatan magang dilaksanakan selama 5 minggu aktif setiap hari kerja (Hari Senin sampai Hari Jum'at) pada rentang waktu 7 Januari – 8 Februari 2019 dengan jam kerja 8 jam per hari sehingga total waktu magang adalah 200 jam kerja.

Tabel 3.1 Timeline kegiatan magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya

Kegiatan Magang	Januari				Februari				Maret
	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Pengenalan tempat magang	■	■	■						
Mempelajari gambaran umum Klinik Medical Center ITS Surabaya	■	■	■						
Mempelajari struktur organisasi dan SDM di Klinik Medical Center ITS Surabaya	■	■	■						
Mempelajari tugas, wewenang, dan tanggungjawab SDM di Klinik Medical Center ITS Surabaya	■	■	■						
Mempelajari kebijakan dan SPO berkaitan dengan manajemen risiko keselamatan pasien yang ada di Klinik Medical Center ITS Surabaya		■	■	■					
Mempelajari akreditasi klinik berkaitan dengan manajemen risiko keselamatan pasien		■	■	■					
Mempelajari alur pelayanan dan menyusun <i>flowchart</i> pelayanan di Klinik Medical Center ITS Surabaya		■	■	■					
Mengidentifikasi risiko di Poli Umum, Gigi, BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya		■	■	■					
Melakukan analisis atau grading risiko di Poli Umum, Gigi, BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya		■	■	■					
Memberikan usulan terkait pelaksanaan manajemen risiko keselamatan pasien pada Klinik Medical Center ITS Surabaya								■	■
Menyusun laporan magang					■	■	■	■	
Seminar hasil magang									■

3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan

Metode yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan magang adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Metode ini dilakukan dengan melakukan wawancara kepada dokter, perawat, bidan, koordinator pelayanan, pimpinan, dan pembimbing lapangan yang ada di klinik Medical Center ITS Surabaya. Wawancara dilakukan untuk mengetahui gambaran umum manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya, wawancara dapat dilakukan kepada dokter, perawat, bidan, koordinator pelayanan, pimpinan, dan pembimbing lapangan Klinik Medical Center ITS Surabaya mengenai alur pelayanan dan manajemen risiko keselamatan pasien meliputi identifikasi risiko, analisis risiko, dan evaluasi risiko.

2. Observasi atau pengamatan

Metode ini merupakan pengamatan pelaksanaan kegiatan di Klinik Medical Center ITS Surabaya. Observasi ini dilakukan untuk mengetahui proses alur pelayanan klinis yang ada di Klinik Medical Center ITS Surabaya.

3. Partisipasi aktif

Partisipasi aktif adalah melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi dari Klinik Medical Center ITS Surabaya. Metode ini dilaksanakan dengan ikut berperan aktif dalam melatih kemampuan dan keterampilan dalam bekerja secara mandiri atau tim di Klinik Medical Center ITS.

4. Kajian literatur

Metode kajian literatur dilakukan dengan cara mengkaji beberapa literatur berupa teori atau kebijakan. Kebijakan yang dapat diambil antara lain Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, Peraturan Menteri kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, serta kebijakan yang ada di Klinik Medical Center ITS Surabaya yang terkait dengan manajemen risiko keselamatan pasien.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Pelaksanaan kegiatan magang dilakukan dengan mengumpulkan data berupa data primer dan data sekunder yang dipelajari dan dianalisis berdasarkan literatur dan kebijakan.

1. Data Primer

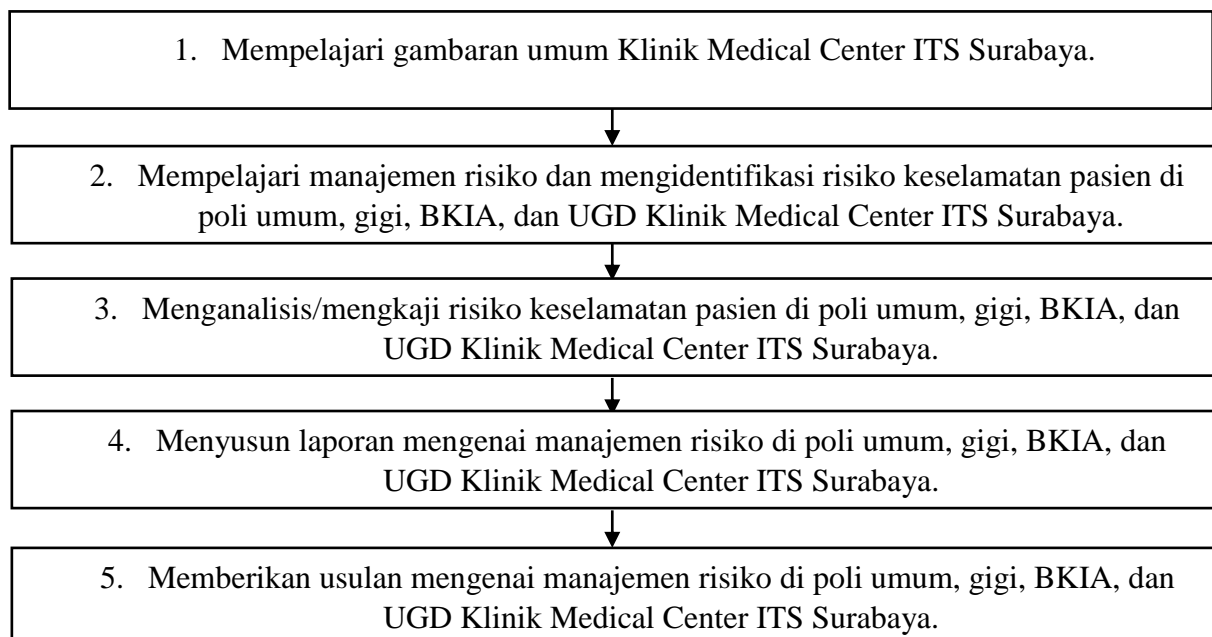
Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara melakukan wawancara dan dengan petugas yang terlibat dan observasi terkait dengan alur pelayanan klinis dan manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya.

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dapat dilakukan dengan cara menganalisis data yang sudah dimiliki oleh pihak Klinik Medical Center ITS Surabaya.

3.5 Kerangka Operasional

Berikut ini adalah kerangka operasional kegiatan magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya mengenai manajemen risiko keselamatan pasien :



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Kegiatan Magang

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Klinik Medical Center ITS Surabaya

4.1.1 Profil, Visi dan Misi

1. Profil Klinik Medical Center ITS Surabaya

Klinik Medical Center ITS Surabaya merupakan salah satu unit pelayanan yang ada di ITS yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan, sebagai wujud kepedulian ITS terhadap kesehatan mahasiswa, dosen, karyawan beserta keluarga dan masyarakat disekitar kampus ITS. Klinik Medical Center ITS Surabaya berdiri sejak tahun 2006 yang merupakan pengembangan dari Balai Pengobatan ITS (BP ITS) yang sudah ada sejak tahun 1982. Klinik Medical Center ITS mulai bekerjasama dengan Inhealth sejak 1 April 2009, sedangkan 1 April 2011 mulai bekerjasama dengan BPJS.

Dasar hukum pembentukan Klinik Medical Center ITS Surabaya yang merupakan pengembangan Balai Pengobatan ITS berdasarkan :

1. SK Rektor Nomor : 3122.1/K03/OT/2006

Sudah terdaftar di Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya sebagai Praktek Berkelompok Dokter Spesialis sesuai dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor:

2. 503.445/3174/024-PBDS/436.5.5/X/2006

Diperbaharui sebagai penyelenggara Praktek Klinik Pratama sesuai dengan surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya nomor.

3. 503.445/180-KP/P/436.6./II/2013 tentang ijin penyelenggaraan Klinik Pratama.

Klinik Medical Center ITS Surabaya merupakan salah satu unit pelaksana teknis di Institut Sepuluh Nopember yang merupakan bagian dari Aset Manajemen Unit. Klinik Medical Center ITS terletak di Jl. Arief Rahman Hakim, Kelurahan Keputih, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya.

Tugas Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah melakukan kegiatan pelayanan kesehatan kepada sivitas akademika, tenaga kependidikan, dan masyarakat sebagai *revenue generator* bagi ITS.

Fungsi dalam melaksanakan tugasnya, Klinik Medical Center ITS Surabaya menyelenggarakan fungsi :

- a. Pengembangan sistem dan program pelayanan fasilitas kesehatan.
- b. Pelaksanaan koordinasi dan pelayanan sesuai sistem dan program pelayanan fasilitas kesehatan.
- c. Pengembangan kerja sama layanan kesehatan dengan pihak lain.

Tujuan berdirinya Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kepada sivitas akademika ITS beserta keluarga dan masyarakat di wilayah Surabaya Timur yang membutuhkan pelayanan kesehatan demi tercapainya derajat kesehatan setinggi-tingginya. Tujuan khusus Medical Center ITS terdiri dari:

- a. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar.
- b. Terselenggaranya pelayanan kesehatan rujukan.
- c. Terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan.
- d. Terselenggaranya pencatatan rekam medis yang akurat serta terekamnya semua kegiatan pelayanan.

2. **Visi dan Misi**

Visi Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah “Menjadi pusat pelayanan kesehatan yang terbaik untuk sivitas akademika ITS dan masyarakat umum di wilayah Surabaya Timur”

Untuk mendukung visi tersebut, misi Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah :

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang efektif, efisien, bermutu, aman, dan informatif.
2. Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
3. Mendorong terwujudnya sumber daya manusia yang profesional, akuntabel berorientasi pelanggan.
4. Memberikan pelayanan kesehatan dengan tetap memperhatikan aspek sosial ekonomi.

4.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan

Kegiatan pelayanan yang ada di Medical Center adalah pelayanan promotif yang bersifat meningkatkan kualitas kesehatan antara lain: penyuluhan, talkshow. Pelayanan preventif

berupa pelayanan yang mencegah sakit yaitu berupa imunisasi, pelayanan kuratif berupa pelayanan yang bersifat mengobati, pemeriksaan medis, pemeriksaan penunjang medis, tindakan medis, dan pengobatan. Selain itu pelayanan kesehatan juga terbuka untuk peserta BPJS, pelayanan kesehatan umum, gigi dan mulut murid TK/SD, Medical Check Up untuk seluruh dosen dan karyawan ITS, pelayanan *home visit*, pelayanan posyandu balita, dan pelayanan ambulans. Tipe Pasien yang dilayani adalah Mahasiswa ITS, peserta BPJS, peserta umum, dan peserta Inhealth.

Kegiatan yang dilaksanakan pada tahap pengoperasian Medical Center ITS diuraikan sebagai berikut:

1. Poli Umum

Tujuan dari pelayanan poliklinik umum adalah memberikan pelayanan medis pada pasien yang berobat jalan secara efektif dan efisien. Aktivitas yang dilakukan adalah memberikan konsultasi dan pengobatan pada pasien yang datang. Waktu layanan yaitu pukul 08.00 – 18.00 WIB dengan jumlah pasien layanan sekitar 50 – 100 pasien per hari.

2. UGD

Tujuan layanan Unit Gawat Darurat adalah pelayanan penderita gawat darurat yang efektif, efisien secara cepat, tepat dan cermat. Aktivitas yang dilakukan di UGD adalah pelayanan rawat darurat yang diberikan pada kasus gawat darurat dengan segera guna mencegah terjadinya kecacatan atau kematian yang seharusnya dapat dihindari. Waktu layanan UGD dimulai pukul 08.00 - 18.00 WIB dengan jumlah pasien sekitar 10 pasien/hari. Standar operasional prosedur untuk pelayann UGD tercatat dalam nomor SPO-MC.YM.UGD-01.

3. Poli Gigi

Tujuan dari pelayanan poliklinik gigi adalah memberikan pelayanan medis pada pasien yang berobat jalan secara efektif dan efisien. Aktivitas yang dilakukan di Poli Gigi adalah pelayanan kesehatan gigi agar gigi tetap sehat dan menjalankan fungsinya dengan baik. Waktu layanan Poli Gigi dimulai pukul 08.00 – 15.30 WIB. Standar operasional prosedur untuk pelayann Poli Gigi tercatat dalam nomor SPO-MC.YM.PG-01.

4. Poli BKIA

Tujuan dari pelayanan BKIA adalah memberikan asuhan kebidanan pada pasien yang berobat jalan secara efektif dan efisien. Aktivitas yang dilakukan di Poli BKIA adalah pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak seperti pemeriksaan ibu hamil, konsultasi kesehatan balita, dan imunisasi. Waktu layanan poli BKIA dimulai pukul 08.00 – 15.30 WIB dengan tenaga 1 orang bidan. Standar operasional prosedur untuk pelayanan Poli BKIA tercatat dalam nomor SPO-MC.YM.KIA-01.

5. Poli Psikologi

Aktivitas yang dilakukan pada pelayanan psikologi berupa bimbingan konseling dan penyuluhan. Waktu pelayanan dimulai pukul 08.00- 15.30 WIB dengan 1 orang psikolog.

6. Poli Perawatan Kulit Wajah

Aktivitas yang dilakukan adalah layanan kecantikan diantaranya facial dan konsultasi kecantikan. Waktu pelayanan ini dimulai 08.00 – 16.00 pada hari senin-jumat dan pukul 09.00 – 15.00 pada hari sabtu. Klinik kecantikan dilayani oleh 1 orang dokter dan 2 orang perawat.

7. Apotek

Tujuan dari pelayanan apotek adalah menjamin pelayanan yang optimal dari petugas depo farmasi/apotek demi kepuasan pasien. Aktivitas yang dilakukan adalah pelayanan untuk memudahkan pasien mendapatkan kebutuhan obat dan alat kesehatan yang diperlukan oleh pasien. Waktu layanan Apotek dimulai pukul 08.00 -18.00 WIB dengan tenaga 1 orang apoteker dan 3 orang asisten apoteker. Standar operasional prosedur untuk pelayanan Farmasi tercatat dalam nomor SPO-MC.YM.DF-01.

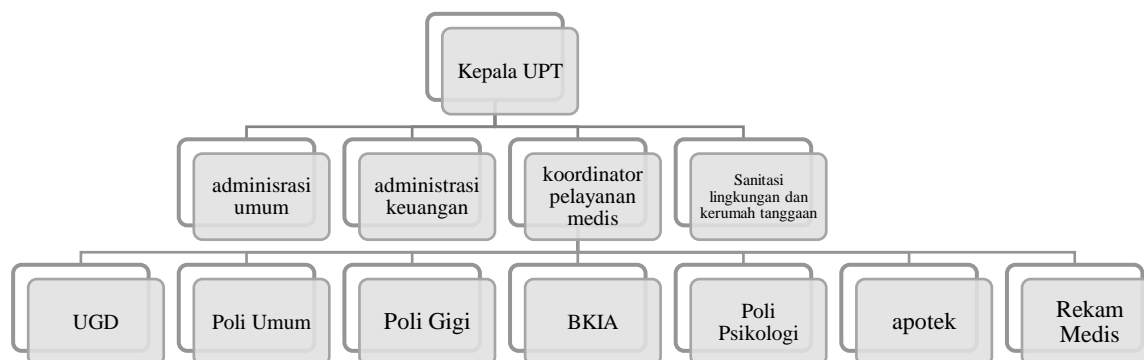
8. Ambulans

Pelayanan ambulans dioperasikan jika ada kondisi darurat untuk rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut atau digunakan untuk kegiatan operasional lainnya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik penyelenggaraan klinik meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pada Medical Center ITS Surabaya telah diselenggarakan seluruh kegiatan tersebut pelayanan promotif yang bersifat meningkatkan kualitas kesehatan antara lain: penyuluhan, talkshow. Pelayanan preventif berupa pelayanan yang mencegah sakit yaitu berupa imunisasi, pelayanan kuratif berupa pelayanan yang bersifat mengobati, pemeriksaan medis, pemeriksaan penunjang medis, tindakan medis, dan pengobatan.

4.1.3 Struktur Organisasi dan Komposisi Sumber Daya Manusia

A. Hasil



Sumber : Dokumen Pendukung Manual Mutu No. RF-MC1-01

Gambar 4.1 Struktur Organisasi Klinik Medical Center ITS Surabaya

Sumber daya manusia Klinik Medical Center ITS Surabaya sebanyak 27 orang terdiri dari staf tetap dan staf tidak tetap. Penjabarannya sebagai berikut:

- a. Staf Tetap adalah pegawai negeri dan pegawai honorer yang merupakan pegawai dari ITS.

Staf tetap yang ada di Medical Center ITS antara lain :

Tabel 4.1 Jabatan, Jumlah dan Persentase Staf Tetap Klinik Medical Center ITS Surabaya

No	Jabatan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Kepala UPT	1	4
2	Koordinator Pelayanan dan Penunjang Medis	1	4
3	Dokter Umum	3	12
4	Dokter Gigi	2	8
5	Perawat Umum	3	12
6	Perawat Gigi	2	8
7	Apoteker	1	4
8	Asisten Apoteker	3	12
9	Bidan	1	4
10	Admnistrasi Umum dan Kepegawaian	1	4
11	Administrasi Keuangan	1	4
12	Sanitasi Lingkungan dan Kerumahtangaan	1	4
13	Rekam Medis dan <i>Front Office</i>	2	8
14	Psikolog	1	4
15	Tenaga Sarana dan Prasarana	2	8
Total		25	100

Sumber : Dokumen Pendukung Manual Mutu Klinik Medical Center ITS, 2014

b. Staf tidak tetap adalah pegawai kontrak di Klinik Medical Center ITS Surabaya. Staf tidak tetap yang ada di Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah dokter konsultan perawatan kulit dan wajah Estetiderma dan perawat masing-masing 1 orang.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik pasal 12 menjelaskan bahwa Tenaga medis pada Klinik pratama yang memberikan pelayanan kedokteran paling sedikit terdiri dari 2 (dua) orang dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan. Jumlah tenaga medis di Klinik Medical Center ITS Surabaya sudah sesuai dengan peraturan. Terdapat 3 orang dokter dan 2 orang dokter gigi dalam pemberian pelayanan poli umum dan poli gigi.

4.1.4 Uraian Tugas, Wewenang, dan Tanggungjawab

Berikut adalah uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab Kepala Unit Klinik Medical Center ITS Surabaya.

Tabel 4.2 Uraian Tugas, Wewenang, dan Tanggung Jawab Kepala Unit Klinik Medical Center ITS Surabaya

No	Jabatan	Job Description	Wewenang dan tanggung jawab
1	Kepala unit	1. Membuat struktur organisasi 2. Membuat program kerja sesuai visi dan misi Medical Center ITS 3. Membuat SPO Medical Center ITS 4. Membuat Formalarium Medical Center ITS 5. Mengesahkan peraturan yang berlaku di Medical Center ITS	Memimpin, membina, mengoordinasikan, mengawasi dan melakukan pengendalian terhadap pelaksanaan tugas Medical Center ITS sesuai peraturan dan perundangan-undangan

Sumber : Dokumen Pendukung Manual Mutu Klinik Medical Center ITS Surabaya, 2014

Berdasarkan lembar *job description* diatas maka dapat disusun tabel kesesuaian penulisan *job description* sebagai berikut :

Tabel 4.3 Kesesuaian Penulisan *Job Description* antara Dokumen Manual Mutu Klinik Medical Center ITS dengan Panduan penulisan *Job Description* Sedarmayanti (2010)

Unsur	Kesesuaian	
	Sesuai	Tidak Sesuai
Nama Jabatan	√	
Departemen/Bagian		√
Nomor/Kode Jabatan		√
Jumlah Karyawan		√
Perincian tugas dan tanggung jawab serta wewenang	√	
Hubungan jabatan dengan jabatan lain		√

Lanjutan Tabel 4.3...

Unsur	Kesesuaian	
	Sesuai	Tidak Sesuai
Peralatan yang digunakan dalam melaksanakan suatu pekerjaan		√
Durasi/Lama jam kerja		√
Kondisi dan Lingkungan Kerja		√

Perbandingan kesesuaian penulisan *job description* yang disusun berdasarkan pendapat dari Sedarmayanti (2010). Berdasarkan Tabel 4.3 didapatkan informasi bahwa terdapat beberapa unsur yang belum ada dalam pedoman yang dimiliki Medical Center ITS. Unsur yang belum ada yaitu Departemen/Bagian, Nomor/Kode Jabatan, Jumlah Karyawan, Hubungan jabatan dengan jabatan lain, Peralatan yang digunakan dalam melaksanakan suatu pekerjaan, Durasi/Lama Jam Kerja serta Kondisi dan Lingkungan Kerja.

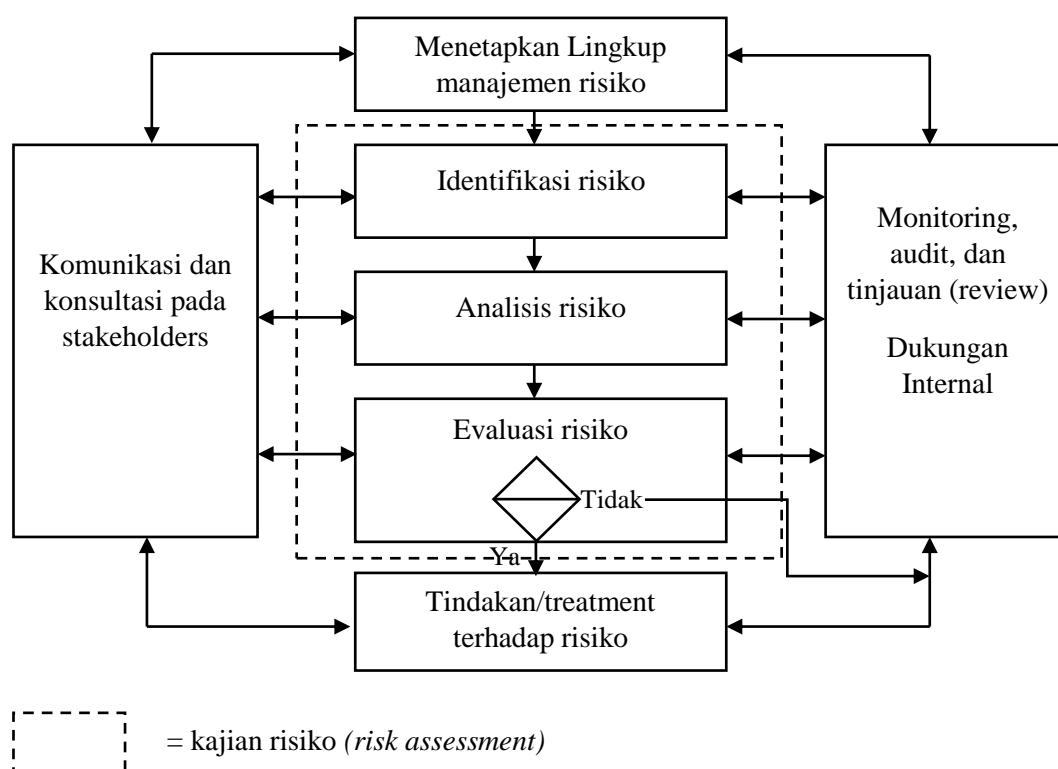
4.2 Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam melakukan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan karena merupakan prinsip yang sangat fundamental dalam pelayanan kesehatan. Klinik Medical Center ITS Surabaya merupakan *gate keeper* dalam pelayanan kesehatan, diharapkan dapat menciptakan pelayanan yang terbaik untuk sivitas akademika ITS dan masyarakat umum di wilayah kerjanya. Klinik Medical Center ITS Surabaya sarat dengan risiko yang dapat menimbulkan cedera baik bagi pasien, keluarga pasien, petugas klinis/kesehatan, masyarakat, bahkan lingkungannya sebagai akibat dari penyelenggaraan pelayanan pelayanan atau kegiatan upaya kesehatan, sama dengan pelayanan kesehatan lainnya. Cedera tersebut dapat terjadi dikarenakan oleh tindakan yang tidak aman, bisa jadi dikarenakan kesalahan yang dilakukan oleh seseorang dalam penyelenggaraan pelayanan, dan/atau akibat dari kegagalan sistem.

Kementrian Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 dalam rangka meningkatkan upaya keselamatan pasien, sebagai acuan dalam menerapkan penyelenggaraan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan Indonesia. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah upaya yang dilakukan pada fasilitas kesehatan tingkat primer agar asuhan pasien lebih aman, tertibnya pelaporan dan analisis insiden, implementasi solusi untuk meminimalisir timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, tidak hanya terkait dengan pelayanan klinis tapi juga terkait dengan upaya kesehatan

masyarakat. Upaya keselamatan pasien dilakukan dengan memperbaiki tata kelola risiko terkait dengan pencapaian kinerja dan menganalisis risiko yang mungkin terjadi pada saat proses pelayanan, baik pelayanan Administrasi dan Manajemen, UKM maupun UKP.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien mengamanatkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan dan mengutamakan Keselamatan Pasien. Penulis belajar untuk melakukan penerapan manajemen risiko dan analisis sederhana dari tahapan manajemen risiko keselamatan pasien di Klinik Medical Center ITS Surabaya. Berikut adalah tahapan manajemen risiko keselamatan pasien yang digunakan oleh penulis.



Gambar 4.2 Tahapan Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

4.2.1 Ruang Lingkup Manajemen Risiko

Berdasarkan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2018), ruang lingkup risiko adalah sebagai berikut :

1. Risiko yang berkaitan dengan pasien, pengunjung, keluarga pasien, dan masyarakat.
2. Risiko yang berkaitan dengan petugas klinis atau medis atau yang memberikan pelayanan.
3. Risiko yang berkaitan dengan petugas non-klinis atau nonmedis.
4. Risiko yang berkaitan dengan finansial.
5. Risiko yang berkaitan dengan sarana tempat pelayanan.

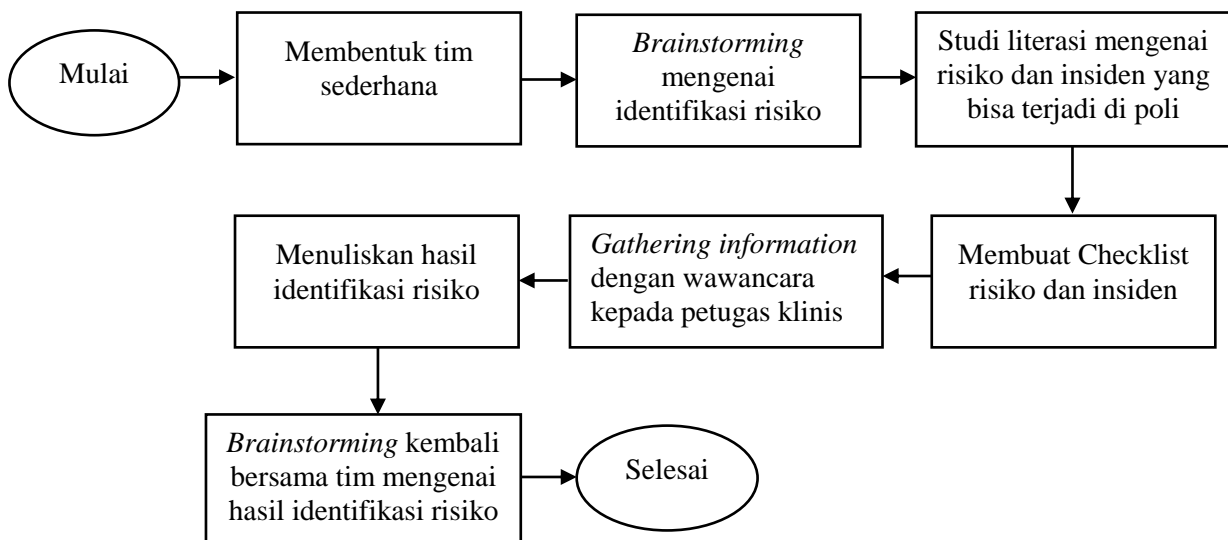
6. Risiko yang diluar 5 tersebut di atas.

Penulis melakukan identifikasi risiko di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya, oleh karena itu ruang lingkup manajemen risiko yang penulis lakukan berkaitan dengan pasien, pengunjung, keluarga pasien, dan masyarakat serta risiko yang berkaitan dengan petugas klinis/medis yang memberikan pelayanan. Penetapan ruang lingkup manajemen risiko penulis lakukan sebelum melakukan identifikasi risiko. Sumber daya manusia yang terlibat dalam penetapan ruang lingkup manajemen risiko adalah mahasiswa magang, disetujui oleh petugas klinis di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD. Penetapan ruang lingkup manajemen risiko ini adalah langkah pertama dan penting dalam penerapan manajemen risiko yang akan menentukan proses selanjutnya dalam hal ini adalah identifikasi risiko. Penulis dan mahasiswa magang lainnya menetapkan ruang lingkup manajemen risiko ini pada minggu kedua magang karena pada saat itu kami sudah mengenal tempat magang, poli yang akan terlibat, dan petugas klinis yang terlibat.

4.2.2 Identifikasi Risiko

A. Hasil

Penulis melakukan identifikasi risiko di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya dengan langkah sebagai berikut.



Gambar 4.3 Langkah identifikasi risiko yang dilakukan oleh penulis di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya

Waktu yang penulis butuhkan untuk melakukan identifikasi risiko tergolong cukup lama yaitu, sekitar 7-10 hari, dikarenakan penulis harus mempelajari literatur terlebih dahulu serta cara melakukan identifikasi risiko, selain itu, waktu untuk melakukan wawancara kepada

petugas klinis yang bersangkutan hanya dapat dilakukan pada sore hari sekitar pukul 15.00 WIB, dikarenakan pada saat pagi hari petugas klinis melakukan jam pelayanan dan pada saat sore hari pasien mulai sepi. Waktu melakukan wawancara pun tergolong singkat yaitu kurang lebih 2 jam. Penulis harus memberikan penjelasan terlebih dulu mengenai manajemen risiko dan tahapannya kepada petugas klinis, kemudian menjelaskan tujuan dilakukannya identifikasi risiko, setelah itu penulis dapat menggali lebih dalam memori dari petugas klinis mengenai risiko yang pernah terjadi, dan risiko yang mungkin terjadi berdasarkan checklist yang telah penulis daftar, selain itu merecall kembali ingatan petugas klinis mengenai dampak dan probabilitas hasil identifikasi risiko, kemudian penulis mengetik dan mengonfirmasi kembali kepada petugas klinis, oleh karena itu hasil identifikasi risiko, tidak dapat dilakukan secara cepat.

Setelah konfirmasi ulang kepada petugas klinis bersangkutan, penulis melakukan *brainstorming* kembali dengan tim sederhana yang terdiri dari mahasiswa magang, pembimbing instansi, koordinator pelayanan klinis, dan juga kepala Klinik Medical Center ITS Surabaya, mengenai identifikasi risiko yang telah dilakukan, tim memberikan pendapat mengenai redaksi dalam penyebutan risiko, penambahan risiko, dan penilaian dampak serta probabilitas.

Penulis melakukan identifikasi risiko di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya dengan menggunakan *tools* identifikasi risiko sebagai berikut.

1. *Research studies and findings (literature study)*, melakukan studi literatur mengenai risiko dan insiden yang bisa terjadi di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD.
2. *Checklist*, membuat *checklist* insiden yang dapat terjadi, bersumber dari Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan *National Guideline for Patient Safety Incident Reporting and Learning in the Public Health Sector of South Africa*.
3. *Gathering information*, dengan melakukan *interview* kepada tenaga klinis dan *brainstorming* bersama dengan tim sederhana.

Berdasarkan *tools* identifikasi risiko tersebut, didapatkan hasil identifikasi risiko sebagai berikut.

1. Identifikasi Risiko Poli Umum Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil identifikasi risiko di Poli Umum Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan wawancara kepada petugas yang bersangkutan yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.4 Hasil Identifikasi Risiko di Poli Umum Medical Center ITS Surabaya

No.	Hasil Identifikasi Risiko
1.	Kesalahan identifikasi pasien dikarenakan berkas RM masuk ke poli lain
2.	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan: salah bagian tubuh, tidak melakukan prosedur klinis
3.	Risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik
4.	Pasien jatuh : tersandung, kepeleset, jatuh
5.	Perilaku pasien tidak kooperatif, contoh : hiperaktif, ketakutan, cuek, tidak patuh, tidak jujur, sembrono
6.	Fasilitas kesehatan : tidak berfungsi, rusak, tidak steril, tidak ada
7.	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut
8.	Stok Handrub/sabun kosong

2. Identifikasi Risiko Poli Gigi Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil identifikasi risiko di Poli Gigi Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan wawancara kepada petugas yang bersangkutan yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.5 Hasil Identifikasi Risiko di Poli Gigi Medical Center ITS Surabaya

No.	Hasil Identifikasi Risiko
1.	Kesalahan identifikasi pasien dikarenakan berkas RM masuk ke poli lain
2.	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan : salah bagian gigi, tidak melakukan prosedur klinis
3.	Risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien terkena bahan kimia atau tertusuk jarum suntik
4.	Pasien jatuh : tersandung, kepeleset, jatuh
5.	Perilaku pasien tidak kooperatif, contoh : hiperaktif, ketakutan, cuek, tidak patuh, tidak jujur, sembrono
6.	Fasilitas kesehatan: tidak berfungsi, rusak, tidak steril.
7.	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut
8.	Stok Handrub/sabun kosong

3. Identifikasi Risiko Poli BKIA Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil identifikasi risiko di Poli BKIA Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan wawancara kepada petugas yang bersangkutan yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.6 Hasil Identifikasi Risiko di Poli BKIA Medical Center ITS Surabaya

No.	Hasil Identifikasi Risiko
1.	Kesalahan identifikasi pasien : dikarenakan berkas RM masuk ke poli lain
2.	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan : kurang konsentrasi saat melakukan tindakan, tidak melakukan prosedur klinis
3.	Risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik, tidak menggunakan APD
4.	Pasien jatuh: tersandung, kepeleset, jatuh
5.	Pasien tidak membawa buku kontrol
6.	Perilaku pasien tidak kooperatif, contoh : hiperaktif, ketakutan, cuek, tidak patuh, tidak jujur, sembrono
7.	Fasilitas kesehatan: tidak berfungsi, rusak, tidak steril, tidak ada
8.	Perbedaan penentuan status RISTI antara bidan dan dokter RS (Perbedaan persepsi antara bidan dan dokter kandungan mengenai update ilmu)
9.	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut
10.	Stok Handrub/sabun kosong

4. Identifikasi Risiko UGD Klinik Medical Centere ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil identifikasi risiko di UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan wawancara kepada petugas yang bersangkutan yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.7 Hasil Identifikasi Risiko di UGD Medical Center ITS Surabaya

No.	Hasil Identifikasi Risiko
1.	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan : Salah bagian tubuh, tidak melakukan prosedur klinis
2.	Risiko infeksi di klinik : pasien atau dokter terkena bahan kimia atau tertusuk jarum suntik, tidak menggunakan APD
3.	Pasien jatuh: tersandung, kepeleset, jatuh
4.	Alat medis : tidak steril, tidak tersedia
5.	BHP dan Obat : tidak tersedia, kadaluwarsa
6.	Stok Handrub/sabun kosong
7.	Telat respon penanganan
8.	Pasien poli umum ingin cepat ditangani, sehingga mendaftar ke UGD
9.	Komunikasi yang tidak baik dengan keluarga pasien

B. Pembahasan

Identifikasi risiko berarti mencari segala kemungkinan sumber risiko, baik dari dalam atau luar organisasi. Proses untuk mengidentifikasi risiko adalah langkah awalan dari manajemen risiko, yang akan membentuk seluruh prosesnya. Tidak ada “cara yang paling benar” dalam mengidentifikasi risiko, penggabungan metode adalah yang paling baik. Tujuan identifikasi risiko yang kuat adalah untuk menyusun daftar risiko yang komprehensif dalam ruang lingkup manajemen risiko. Identifikasi risiko memainkan peran penting dalam proses manajemen risiko, karena mekanisme kontrol jauh lebih kecil kemungkinannya untuk

menghindari atau mengurangi efek risiko yang tidak teridentifikasi. (Government of South Africa, 2016).

Berdasarkan Government of South Africa (2016), metode identifikasi risiko yang dapat digunakan adalah sebagai berikut.

1. Inspeksi,
2. Checklist,
3. Peraturan,
4. Review kebijakan,
5. Pengumpulan informasi dari dalam (staff, sukarelawan, anggota) dan dari luar (*stakeholder*, pemerintahan, *funding bodies*).

Menurut Health Department of South Africa (2017), metode yang dapat digunakan untuk melakukan identifikasi risiko adalah sebagai berikut.

1. *Patient safety incident reporting by health professionals*,
2. *Medical record/retrospective patient record review*,
3. *Focus team*,
4. *External sources*,
5. *Review of record on follow-up of patients*
6. *Surveys on patients' experience of care*
7. *Safety walk rounds*
8. *Use data to identify and guide management of patient safety incidents*
9. *Research studies and findings*

Menurut Simsekler, *et al.* (2015), alat dan metode identifikasi risiko adalah sebagai berikut.

Tabel 4.8 Alat dan Metode Identifikasi Risiko menurut Simsekler, *et al.* (2015)

No	<i>Tools and Methods</i>	No	<i>Tools and Methods</i>
1.	<i>Incident Reporting</i>	18.	<i>Risk Profiling Exercise</i>
2.	<i>Risk Register</i>	19.	<i>Observation</i>
3.	<i>Complaints</i>	20.	<i>Whistle-blowing</i>
4.	<i>Claims Reporting</i>	21.	<i>Backlog Maintenance</i>
5.	<i>Audit</i>	22.	<i>Training</i>
6.	<i>Near Miss Reporting</i>	23.	<i>Hazard/Safety/Alert Notices</i>
7.	<i>Issues Raised Thorough the Board</i>	24.	<i>Unions</i>
8.	<i>National Reports</i>	25.	<i>Trigger Lists</i>
9.	<i>External Audit/inspection</i>	26.	<i>Brainstorming</i>
10.	<i>RCA</i>	27.	<i>Grapevine and Intuition</i>

Lanjutan Tabel 4.8...

No.	<i>Tools and Methods</i>	No.	<i>Tools and Methods</i>
11.	<i>Patient and staff survey</i>	28.	<i>Exit Questionnaires</i>
12.	<i>Patient and staff survey</i>	28.	<i>Exit Questionnaires</i>
13.	<i>New Legislation</i>	29.	<i>The Health Check Self Assesments</i>
14.	<i>Safety Walkabouts</i>	30.	<i>Risk Identification Workshops</i>
15.	<i>Checklists</i>	31.	<i>Lean Analysis</i>
16.	<i>Coroner Reports</i>	32.	<i>Information Governance Toolkit</i>
17.	<i>Benchmarking</i>	33.	<i>SWOT Analysis</i>
18.	<i>Media</i>	34.	<i>PHA Methods (in total)</i>

Berdasarkan sumber yang penulis dapatkan, metode yang penulis lakukan untuk mengidentifikasi risiko dapat dikatakan hanya sebagian kecil dari berbagai metode yang ada, karena penulis hanya melakukan :

1. *Research studies and findings (literature study)*, melakukan studi literatur mengenai risiko dan insiden yang bisa terjadi di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD.
2. *Checklist*, membuat *checklist* insiden yang dapat terjadi bersumber dari Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan *National Guideline for Patient Safety Incident Reporting and Learning in the Public Health Sector of South Africa*,
3. *Gathering information*, dengan melakukan *interview* kepada tenaga klinis dan *brainstorming* bersama dengan tim sederhana,

Wawancara yang penulis lakukan kepada tenaga klinis di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik medical Center ITS Surabaya adalah untuk mengumpulkan informasi mengenai risiko yang pernah terjadi selama ini, risiko yang mungkin saja bisa terjadi, alasan terjadinya risiko, dampak dari risiko tersebut, tingkat keparahan dampak tersebut, kemudian probabilitas risiko itu terjadi, serta tindakan yang dilakukan untuk mencegah risiko tersebut ataupun penanganan yang dilakukan pada risiko tersebut.

Sebelum penulis melakukan wawancara kepada petugas klinis yang bersangkutan mengenai jenis risiko yang mungkin terjadi dan pernah terjadi, penulis melakukan *research studies and findings* atau bisa disebut melakukan studi literatur untuk menambah wawasan mengenai risiko dan insiden yang dapat terjadi di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD. penulis membaca literatur dari Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan *National Guideline for Patient Safety Incident Reporting and Learning in the Public Health Sector of South Africa* mengenai tipe insiden, jurnal, laporan insiden keselamatan pasien di Klinik lain, serta mempelajari sasaran dan standar keselamatan pasien yang masih bisa dijadikan indikator dalam mengidentifikasi risiko. Kemudian, setelah melakukan studi literatur, penulis membuat *checklist* yang berisikan daftar risiko dan insiden, kemudian melakukan wawancara.

Kendala yang penulis dapatkan dalam melakukan identifikasi risiko di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah penulis hanya bisa mengandalkan studi literatur kemudian dituangkan ke dalam checklist, kemudian melakukan wawancara, padahal ada metode lainnya yang seharusnya dapat memudahkan penulis melakukan identifikasi risiko seperti *incident reporting*, *near miss reporting*, *claims reporting*, *risk register* ataupun dokumen internal lainnya yang memuat insiden, masalah, dan risiko. Klinik Medical Center ITS Surabaya masih belum menerapkan pelaporan insiden keselamatan pasien, sehingga tidak ada dokumentasi mengenai insiden yang pernah terjadi yang dapat penulis review.

4.2.3 Analisis Risiko

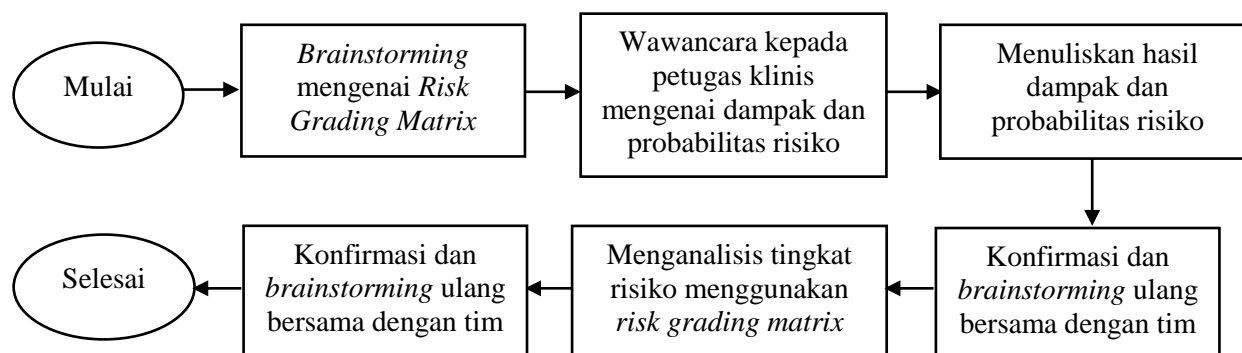
A. Hasil

Setelah dilakukan identifikasi risiko yang berkaitan dengan pasien dan petugas klinis, maka selanjutnya adalah menganalisis risiko tersebut. Analisis risiko dianalisis dengan menggunakan analisis berikut.

1. *Risk Grading Matrix*, untuk menentukan prioritas risiko dan tindakan yang akan dilakukan untuk mencari akar masalah yang mendasari terjadinya insiden
2. *Root Cause Analysis (RCA)*, untuk mencari akar penyebab masalah dari risiko dengan kategori tinggi atau ekstrem.

A. *Risk Grading Matrix*

Penulis melakukan *Risk Grading Matrix* dari hasil identifikasi risiko di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya dengan langkah sebagai berikut.



Gambar 4.4 Langkah *Grading Risk Matrix* yang dilakukan oleh penulis di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berdasarkan langkah *Grading Risk Matrix* tersebut, penulis mendapatkan hasil analisis risiko di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya sebagai berikut.

1. Analisis risiko Poli Umum Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil analisis risiko di poli umum Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan hasil wawancara kepada petugas klinis yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.9 Hasil Analisis Risiko Poli Umum Klinik Medical Center ITS Surabaya

No	Hasil Identifikasi Risiko	Probabilitas	Dampak	Tingkat Risiko
1	Risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik	3	3	Tinggi
2	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut	1	4	Tinggi
3	Kesalahan identifikasi pasien dikarenakan berkas RM masuk ke poli lain	2	3	Sedang
4	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan: salah bagian tubuh, tidak melakukan prosedur klinis	1	3	Sedang
5	Perilaku pasien tidak kooperatif, contoh : hiperaktif, ketakutan, cuek, tidak patuh, tidak jujur, sembrono	5	2	Sedang
6	Pasien jatuh : tersandung, kepeleset, jatuh	1	2	Rendah
7	Fasilitas kesehatan : tidak berfungsi, rusak, tidak steril, tidak ada	1	1	Rendah
8	Stok Handrub/sabun kosong	1	1	Rendah

Setelah mengidentifikasi risiko yang berkaitan dengan pasien dan petugas klinis, menilai dampak dan probabilitas, dapat dilihat pada hasil analisis risiko bahwa, hasil identifikasi risiko dengan probabilitas tinggi di Poli Umum adalah “perilaku pasien tidak kooperatif”, yang dimaksud disini adalah pasien yang menghambat proses pelayanan dikarenakan sikapnya. Pasien anak-anak biasanya sangat hiperaktif, tidak bisa diam, bisa juga ketakutan karena melihat jarum suntik. Ada pula pasien yang cuek dengan apa yang dikatakan oleh dokter. Berdasarkan hasil identifikasi risiko tersebut, tindakan yang dilakukan oleh petugas klinis baik itu dokter atau perawat, adalah dengan berkomunikasi secara efektif dan baik kepada pasien, sehingga pasien dapat menjadi lebih mengerti dan kooperatif. Hasil identifikasi risiko dengan dampak paling tinggi adalah “memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut”, petugas klinis mengatakan bahwa hal tersebut dikarenakan oleh pasien yang tidak mengetahui dirinya memiliki alergi terhadap obat-obatan tertentu atau tidak, sehingga dia tidak memberitahunya kepada petugas klinis.

2. Analisis Risiko Poli Gigi Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil analisis risiko di Poli Gigi Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan hasil wawancara kepada petugas klinis yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.10 Hasil Analisis Risiko Poli Gigi Klinik Medical Center ITS Surabaya

No	Hasil Identifikasi Risiko	Probabilitas	Dampak	Tingkat Risiko
1	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut	3	3	Tinggi
2	Risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien terkena bahan kimia atau tertusuk jarum suntik	3	2	Sedang
3	Perilaku pasien tidak kooperatif, contoh : hiperaktif, ketakutan, cuek, tidak patuh, tidak jujur, sembrono	4	2	Sedang
4	Fasilitas kesehatan: tidak berfungsi, rusak, tidak steril.	4	1	Sedang
5	Kesalahan identifikasi pasien dikarenakan berkas RM masuk ke poli lain	1	1	Rendah
6	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan : salah bagian gigi, tidak melakukan prosedur klinis	1	1	Rendah
7	Pasien jatuh : tersandung, kepeleset, jatuh	1	1	Rendah
8	Stok Handrub/sabun kosong	1	1	Rendah

Hasil analisis risiko di Poli Gigi dengan probabilitas tinggi adalah “pasien tidak kooperatif” dan “Fasilitas kesehatan yang tiba-tiba tidak berfungsi”. Fasilitas yang dimaksud adalah *Dental Unit*, semprotan air/angin di *Dental Unit* seringkali tiba-tiba tidak berfungsi, sehingga proses pelayanan terhambat, masih belum diketahui penyebab dari kejadian tersebut. Hasil analisis risiko dengan dampak paling tinggi adalah “memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut” sama seperti di Poli Umum.

3. Analisis Risiko Poli BKIA Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil analisis risiko di Poli BKIA Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan hasil wawancara kepada petugas klinis yaitu dokter dan perawat yang difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.11 Hasil Analisis Risiko Poli BKIA Klinik Medical Center ITS Surabaya

No	Hasil Identifikasi Risiko	Probabilitas	Dampak	Tingkat Risiko
1	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan : kurang konsentrasi saat melakukan tindakan, tidak melakukan prosedur klinis	2	3	Sedang
2	Risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik, tidak menggunakan APD	1	3	Sedang
3	Pasien tidak membawa buku kontrol	4	1	Sedang
4	Perilaku pasien tidak kooperatif, contoh : hiperaktif, ketakutan, cuek, tidak patuh, tidak jujur, sembrono	5	2	Sedang
5	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut	1	3	Sedang
6	Kesalahan identifikasi pasien : dikarenakan berkas RM masuk ke poli lain	1	1	Rendah
7	Pasien jatuh: tersandung, kepeleset, jatuh	1	2	Rendah
8	Fasilitas kesehatan: tidak berfungsi, rusak, tidak steril, tidak ada	1	1	Rendah
9	Perbedaan penentuan status RISTI antara bidan dan dokter RS (Perbedaan persepsi antara bidan dan dokter kandungan mengenai update ilmu)	3	1	Rendah
10	Stok Handrub/sabun kosong	1	1	Rendah

Hasil analisis risiko di Poli BKIA, “pasien tidak kooperatif” dan “pasien tidak membawa buku kontrol” adalah risiko yang probabilitasnya paling tinggi, dikarenakan Poli BKIA memang kebanyakan pasiennya adalah anak-anak yang tidak bisa diam, suka menangis, dan takut. Hasil identifikasi risiko dengan dampak paling tinggi di Poli BKIA adalah risiko infeksi karena petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik.

4. Analisis Risiko UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya

Berikut adalah tabel hasil analisis risiko di UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya berdasarkan hasil wawancara kepada petugas klinis yaitu dokter dan perawat yang kemudian difiksasi oleh tim sederhana.

Tabel 4.12 Hasil Analisis Risiko UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya

No	Hasil Identifikasi Risiko	Probabilitas	Dampak	Tingkat Risiko
1	Risiko infeksi di klinik : pasien atau dokter terkena bahan kimia atau tertusuk jarum suntik, tidak menggunakan APD	3	3	Tinggi
2	Alat medis : tidak steril, tidak tersedia	4	3	Tinggi
3	BHP dan Obat : tidak tersedia, kadaluwarsa	4	3	Tinggi
4	Kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan : Salah bagian tubuh, tidak melakukan prosedur klinis	1	3	Sedang
5	Telat respon penanganan	1	3	Sedang

Lanjutan Tabel 4.12...

No	Hasil Identifikasi Risiko	Probabilitas	Dampak	Tingkat Risiko
6	Pasien poli umum ingin cepat ditangani, sehingga mendaftar ke UGD	4	2	Sedang
7	Pasien jatuh: tersandung, kepeleset, jatuh	1	1	Rendah
8	Stok Handrub/sabun kosong	1	1	Rendah
9	Komunikasi yang tidak baik dengan keluarga pasien	1	1	Rendah

Hasil analisis risiko di UGD dengan probabilitas tinggi adalah “obat dan BHP yang kadaluwarsa, atau tidak tersedia”, “Alat medis tidak steril atau tidak tersedia”, dan banyaknya “pasien poli umum yang ingin cepat ditangani sehingga mendaftar ke UGD”.

B. Pembahasan

Risk ranking is based on a matrix whose axes are the ranks of consequences and probability. The combination of ranks of consequence and likelihood creates risk rank. Although many risk matrices have already been developed and implemented, the development of new risk assessment matrices is a special challenge (Ristic, 2013).

Grading risiko dilakukan untuk menentukan prioritas risiko dan tindakan yang akan dilakukan untuk mencari akar masalah yang mendasari terjadinya kejadian. Langkah dalam melakukan grading risiko menurut Williams (2009) adalah sebagai berikut.

Severity (1) Probability (2)	1	2	3	4	5
5	5	10	15	20	25
4	4	8	12	16	20
3	3	6	9	12	15
2	2	4	6	8	10
1	1	2	3	4	5

1. Tetapkan risiko secara eksplisit dalam hal konsekuensi buruk yang mungkin timbul dari risiko tersebut.
2. Gunakan tabel 1 untuk menentukan skor dampak (S).

3. Gunakan tabel 2 untuk menentukan skor kemungkinan (P) untuk hasil yang merugikan. Jika memungkinkan, nilai kemungkinan dengan menetapkan frekuensi yang diperkirakan terjadi dari hasil yang merugikan. Jika ini tidak memungkinkan, tetapkan probabilitas untuk hasil buruk yang terjadi dalam jangka waktu tertentu, seperti masa proyek atau episode perawatan pasien. Jika probabilitas numerik tidak dapat ditentukan, gunakan deskripsi probabilitas untuk menentukan skor yang paling tepat.
4. Hitung skor keparahan risiko dengan mengalikan konsekuensi dengan kemungkinan: S (Dampak) \times P (kemungkinan) = R (skor keparahan risiko)

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2018) menjelaskan langkah dalam menentukan tingkat keparahan risiko berdasarkan grading risk juga sama seperti yang dijelaskan oleh Williams (2009). Kemudian dikategorikan berdasarkan nilai dan warna, dimana warna merah merupakan risiko ekstrem, kuning sama dengan risiko tinggi, hijau risiko sedang, dan biru merupakan risiko rendah, digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 4.13 *Grading Risiko berdasarkan Severity Assessment*

Grade	Tingkat Risiko
Merah	Risiko Ekstrem
Kuning	Risiko Tinggi
Hijau	Risiko Sedang
Biru	Risiko Rendah

Penulis melakukan analisis risiko menggunakan matriks grading risiko dibantu oleh mahasiswa magang lainnya dan disetujui oleh petugas klinik yang bersangkutan. Tidak ada kendala saat melakukan analisis risiko menggunakan matriks grading risiko, dikarenakan langkah melakukan analisis ini termasuk sederhana, akan tetapi ada beberapa kelemahan apabila melakukan analisis menggunakan matriks grading risiko, sebagaimana berikut ini (Ristic, 2013).

1. Kemungkinan hanya menerapkan bahaya yang teridentifikasi (bukan alat untuk mengidentifikasi bahaya).
2. Subjektivitas dikarenakan dinilai oleh orang yang bersangkutan.
3. Kemungkinan analisis risiko komparatif saja.

Kelebihan melakukan analisis dengan matriks grading risiko menurut Ristic (2013), adalah sebagai berikut.

1. Ini adalah panduan yang berguna untuk praktik teknik.

2. Ini adalah alat standar untuk membangun hubungan antara dampak dan probabilitas dalam penilaian risiko dari paparan risiko tertentu.
3. Ini menonaktifkan penerimaan risiko yang tidak dapat diterima dan memungkinkan membuat keputusan operasi, meningkatkan distribusi sumber daya untuk mengurangi kerugian.

Setelah mendapatkan kategori risiko yang dibedakan berdasarkan warna, risiko yang termasuk ekstrem (merah) dan tinggi (kuning) perlu dilakukan *Root Cause Analysis* (RCA) untuk mengetahui lebih dalam mengenai penyebab dan tindak lanjut yang akan diberikan terhadap risiko tersebut. Risiko yang termasuk sedang (hijau) dan rendah (biru) cukup dilakukan investigasi sederhana.

Berdasarkan hasil analisis yang penulis lakukan, dapat diketahui bahwa ada beberapa risiko yang tergolong risiko tinggi di Poli Umum, Gigi, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya yaitu :

1. Terjadinya risiko infeksi di klinik : petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik. (Poli Umum dan UGD).
2. Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut. (Poli Umum dan Poli Gigi).
3. Alat medis tidak steril (UGD).
4. Obat dan BHP Medis kadaluwarsa (UGD).

Hasil identifikasi risiko di atas termasuk risiko dengan tingkat keparahan tinggi (grade kuning), sehingga penulis melanjutkan untuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) pada hasil identifikasi risiko di atas.

B. Root Cause Analysis

Hasil

Berdasarkan hasil analisis risiko yang didapatkan, ada 4 hasil identifikasi risiko yang tergolong tinggi dan tindakan yang selanjutnya dilakukan adalah *Root Cause Analysis*. Penulis melakukan *Root Cause Analysis* di Poli Umum, Poli Gigi, dan UGD, dimana RCA dilakukan secara sederhana sebagai berikut.

A. RCA pada hasil identifikasi risiko “memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut”

I. Hasil Identifikasi Risiko	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut
II. Tim RCA	- Dokter bersangkutan - Mahasiswa magang
III. Deskripsi Kejadian	Pasien mendapati dirinya alergi setelah mendapatkan pengobatan, sehingga kembali esok harinya untuk diperiksa kembali.
IV. Faktor Penyebab	1. Riwayat alergi tidak dituliskan dalam berkas Rekam Medis. 2. Pasien tidak memberitahu riwayat alergi obat. 3. Pasien tidak mengetahui riwayat alergi terhadap obat apa. 4. Kesalahan dalam pembacaan resep

V. Root Cause Analysis menggunakan “5 Why”

Hasil Identifikasi Risiko	Memberikan obat pada pasien, padahal pasien alergi terhadap obat tersebut
Kenapa?	Sudah dituliskan dalam berkas Rekam Medis dan kertas resep, namun ada kesalahan dalam pembacaan resep
Kenapa?	Karena tulisan dokter kurang jelas
Kenapa?	Sudah ada SPO dalam menuliskan resep secara jelas, penerapannya saja yang masih belum optimal

VI. Rekomendasi

No.	Akar Masalah	Rekomendasi
1.	Sudah ada SPO penulisan resep yang jelas, akan tetapi penerapan belum optimal	1. Konfirmasi ulang segera apabila ragu dalam pembacaan resep. 2. Dokter dan perawat saling mengingatkan dalam penulisan resep agar menulis lebih jelas. 3. Menempelkan SPO atau notifikasi yang dapat terlihat jelas di dalam poli agar selalu ingat untuk menuliskan resep secara jelas.

**B. RCA pada hasil identifikasi risiko “terjadinya risiko infeksi di klinik :
petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik”**

I. Hasil Identifikasi Risiko	Petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik
II. Tim RCA	- Dokter bersangkutan - Mahasiswa magang
III. Deskripsi Kejadian	Petugas klinis atau pasien terkena jarum suntik saat petugas klinis saat melakukan tindakan medis
IV. Faktor Penyebab	1. Petugas klinis tidak menggunakan Handscoon 2. Pasien menghindari jarum suntik

V. Root Cause Analysis menggunakan “5 why”

Hasil Identifikasi Risiko	Petugas klinis atau pasien tertusuk jarum suntik
Kenapa?	Karena petugas klinis tidak menggunakan handscoon
Kenapa?	Karena handscoon <i>stock-out</i>
Kenapa?	Karena tidak rutin melakukan pengecekan
Kenapa?	Karena belum ada kebijakan mengenai pengontrolan BHP Medis

VI. Rekomendasi

No.	Akar Masalah	Rekomendasi
1.	Belum ada kebijakan mengenai pengontrolan BHP Medis	Disusun kebijakan mengenai pengontrolan BHP Medis.

C. RCA pada hasil identifikasi risiko “alat medis : tidak steril”

II. Hasil Identifikasi Risiko	Alat medis : tidak steril
II. Tim RCA	- Dokter bersangkutan - Mahasiswa magang
III. Deskripsi Kejadian	Saat akan melakukan tindakan medis di UGD, alat yang digunakan diketahui tidak steril
IV. Faktor Penyebab	1. Karena alat sudah terkontaminasi

V. Root Cause Analysis menggunakan “5 why”

Hasil Identifikasi Risiko	Alat medis tidak steril
Kenapa?	Karena alat sudah terkontaminasi
Kenapa?	Karena alat tidak dikemas dalam medipack
Kenapa?	Karena persediaan medipack tidak banyak
Kenapa?	Karena harga medipack tidak murah

VI. Rekomendasi

No.	Akar Masalah	Rekomendasi
1.	Karena harga medipack tidak murah	Mencari pengganti medipack dengan merk yang lebih murah dan fungsi yang sama

D. RCA pada hasil identifikasi risiko “Obat dan BHP medis : kadaluwarsa”

I. Hasil Identifikasi Risiko	Obat dan BHP Medis : kadaluwarsa
II. Tim RCA	- Dokter bersangkutan - Mahasiswa magang
III. Deskripsi Kejadian	Saat akan melakukan tindakan medis di UGD, obat emergency dan BHP medis yang ada di UGD diketahui kadaluwarsa
IV. Faktor Penyebab	1. Kurang rutin dalam melakukan pengecekan kadaluwarsa obat dan BHP medis. 2. Jarang ada pasien UGD, sehingga jarang terpakai dan akhirnya kadaluwarsa 3. Tidak ada informasi yang terpampang agar dapat dengan mudah melihat tanggal kadaluwarsa obat dan BHP medis

V. Root Cause Analysis menggunakan “5 why”

Hasil Identifikasi Risiko	Obat dan BHP Medis : Kadaluwarsa
Kenapa?	Karena tidak mengetahui bahwa Obat dan BHP telah kadaluwarsa
Kenapa?	Karena kurang rutin dalam melakukan pengecekan kadaluwarsa obat dan BHP medis.
Kenapa?	Karena jarang ada pasien UGD, sehingga jarang untuk memeriksa obat emergency di UGD
Kenapa?	Karena belum ada kebijakan mengenai pengontrolan Obat dan BHP Medis secara rutin di UGD

Hasil Identifikasi Risiko	Obat dan BHP Medis : Kadaluwarsa
Kenapa?	Karena tidak mengetahui bahwa Obat dan BHP telah kadaluwarsa
Kenapa?	Karena tidak ada informasi yang terpampang agar dapat dengan mudah melihat tanggal kadaluwarsa obat dan BHP medis
Kenapa?	Pencatatan tanggal kadaluwarsa sudah dilakukan, namun tidak dibuat dalam infografis yang mudah terlihat, sehingga saat ada obat dan bhp medis kadaluwarsa tidak perhatian.

VI. Rekomendasi

No.	Akar Masalah	Rekomendasi
1.	Karena belum ada kebijakan mengenai pengontrolan rutin Obat dan BHP Medis di UGD	Disusun kebijakan mengenai pengontrolan rutin Obat dan BHP Medis di UGD
2.	Pencatatan tanggal kadaluwarsa sudah dilakukan, namun tidak dibuat dalam infografis yang mudah terlihat, sehingga saat ada obat dan bhp medis kadaluwarsa tidak perhatian.	Membuat infografis atau papan kontrol mengenai tanggal kadaluwarsa obat dan BHP Medis sehingga dapat lebih mudah dikontrol.

Pembahasan

Root Cause Analysis is a process for identifying the basic or causal factor(s) underlying variation in performance. Root Cause Analysis (RCA) adalah sebuah pendekatan terstruktur untuk mengidentifikasi berbagai faktor diantaranya alam, situasi dan kondisi, magnitude, lokasi, manusia, waktu terjadinya masalah dari kejadian di masa lalu untuk mengidentifikasi penyebab masalah yang bisa diperbaiki untuk mencegah masalah yang sama terjadi kembali. RCA juga berguna untuk mengidentifikasi pelajaran yang dapat dipetik untuk mencegah kerugian kembali terjadi dalam proses (JCI, 2015). Langkah melakukan RCA menurut Kum (2015), JCI (2015), dan RSUD Lasinrang (2016) disesuaikan dengan apa yang penulis lakukan adalah sebagai berikut.

Tabel 4.14 Pelaksanaan Langkah *Root Cause Analysis*

No	Langkah	Dilakukan	Tidak dilakukan
1	Membentuk tim	√	
2	Definisikan risiko	√	
3	Identifikasi risiko	√	
4	Kumpulkan data dan informasi	√	
5	Petakan kronologi kejadian		√
6	Identifikasi penyebab	√	
7	Identifikasi faktor pendukung	√	
8	Analisis akar masalah	√	
9	Rekomendasi	√	
10	Rencana tindak lanjut		√
11	Implementasi rencana tindak lanjut		√
12	Evaluasi implementasi		√

Dari tabel tersebut, dapat diketahui bahwa penulis tidak sepenuhnya melakukan langkah dalam *Root Cause Analysis*. Tim yang terlibat dalam melakukan RCA adalah penulis, mahasiswa magang, dan petugas klinis yang terkait. Dapat dikatakan bahwa tim ini tidak memenuhi standar langkah RCA, dikarenakan tidak ada ketua tim dalam pelaksanaannya. Penulis dan tim mendefinisikan risiko berdasarkan risiko yang telah diidentifikasi dan memiliki risiko tergolong tinggi. Penulis tidak dapat menuliskan secara lengkap waktu kejadian risiko, dikarenakan pada saat mengumpulkan informasi kepada petugas klinis yang terlibat, petugas klinis sudah lupa waktu tepatnya kejadian terjadi, tindakan yang mereka lakukan saat itu, dan kondisi kejadian saat itu. Ketidaklengkapan inilah yang menjadi penyebab tidak dilakukan pemetaan kronologi kejadian secara lengkap.

Pemetaan kronologi kejadian, dapat dilakukan dengan mereview dokumen *timeline*, *tubular timeline*, *time person grid*, dan *narrative chronology* ataupun melakukannya. tapi

dikarenakan kejadiannya sudah lama, dan tidak dilakukan *timeline*, *tubular timeline*, *time person grid*, ataupun *narrative chronology* maka dari itu penulis tidak dapat melakukan pemetaan kronologi kejadian. Identifikasi penyebab, faktor pendukung, analisis akar masalah, dan juga rekomendasi, dilakukan dengan melakukan wawancara kepada petugas klinis yang terkait.

Penulis menggunakan *tools* “5 why” untuk melakukan analisis akar penyebab masalah dikarenakan analisis 5 why merupakan salah satu metode analisa yang paling sederhana dan mudah, tanpa perlu melakukan analisa statistik, mudah dipelajari dan diaplikasikan, sedangkan untuk rencana tindak lanjut, implementasi rencana, dan juga evaluasi implementasi, tidak dapat penulis lakukan dikarenakan proses pelaksanaan RCA yang kurang sempurna, sehingga tidak berani untuk melakukan langkah tersebut.

Kendala yang penulis alami dalam melakukan *Root Cause Analysis* adalah pada saat melakukan 5 whys. Penulis menganalisis akar penyebab masalah dari hasil identifikasi risiko yang ada, kepada petugas klinis di poli yaitu dokter dan perawat, namun penulis masih bingung dalam membedakan penyebab masalah yang berasal dari internal yaitu Klinik Medical Center ITS Surabaya dan eksternal yaitu pasien dan pengunjung Klinik Medical Center ITS Surabaya. Analisis 5 why yang seharusnya lebih mencari tahu mengenai penyebab di dalam internal, akan tetapi penulis masih mencari penyebab dari eksternal. Selain itu, analisis 5 why yang dilakukan penulis tidak mencapai 5 pertanyaan “kenapa” karena memang sudah ada kebijakan yang mengatur operasional pelayanan klinis di Klinik Medical Center ITS Surabaya, akan tetapi penerapannya belum dilakukan secara optimal.

4.2.4 Evaluasi Risiko

Setiap risiko harus dievaluasi, memerlukan tindak lanjut atau tidak. Apabila perlu tindak lanjut, maka harus disusun rencana tindak lanjut terhadap risiko atau kejadian tersebut. Apabila dari hasil evaluasi diperlukan tindak lanjut terhadap risiko, maka perlu disusun rencana aksi yang berisi kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi akibat risiko dan melakukan tindakan pencegahan agar tidak terjadi insiden terkait dengan risiko tersebut (Direktorat Mutu dan Akreditasi, 2018).

Proses penerapan manajemen risiko yang penulis lakukan hanya sampai pada analisis risiko, tidak sampai melakukan evaluasi risiko bersama dengan pihak Klinik Medical Center ITS Surabaya, oleh karena itu tidak ada evaluasi risiko yang disampaikan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari pelaksanaan kegiatan magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah sebagai berikut.

1. Klinik Medical Center ITS Surabaya merupakan klinik pratama yang terletak di Jalan Arief Rahman Hakim berdiri sejak tahun 2006 dan merupakan pengembangan dari Balai Pengobatan ITS (BP ITS). Tugas Klinik Medical Center ITS Surabaya adalah melakukan kegiatan pelayanan kepada sivitas akademika ITS, tenaga pendidikan, dan masyarakat sebagai *revenue generator* bagi ITS.
2. Visi Klinik Medical Center ITS Surabaya yang menjadi pusat pelayanan kesehatan yang terbaik untuk sivitas akademika ITS dan masyarakat umum di wilayah Surabaya Timur, sudah sejalan dengan misi yang diterapkan yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan informatif, telah menyelenggarakan pelayanan rujukan, memiliki sumber daya manusia yang selalu didorong untuk profesional, akuntabel, dan berorientasi pelanggan.
3. Ruang lingkup pelayanan yang diberikan Klinik Medical Center ITS meliputi pelayanan promotif, preventif, dan kuratif yang sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik. Pelayanan promotif berupa kegiatan penyuluhan dan *talkshow*, pelayanan preventif berupa imunisasi, dan pelayanan kuratif yang bersifat mengobati, seperti pemeriksaan medis, pemeriksaan penunjang medis, tindakan medis, dan pengobatan.
4. Sumber Daya Manusia Klinik Medical Center ITS Surabaya sebanyak 27 orang terdiri dari staf tetap dan tidak tetap. Jumlah dokter dan/atau dokter gigi sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik pasal 12 yang menjelaskan bahwa pelayanan kedokteran paling sedikit terdiri dari 2 (dua) orang dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan, yaitu terdapat 3 orang dokter di poli umum dan 2 dokter gigi di poli gigi.
5. Format penulisan dokumen *Job Description* Klinik Medical Center ITS Surabaya, masih belum sesuai apabila dibandingkan dengan format penulisan *Job Description* menurut Sedarmayanti (2010). Hanya 2 (dua) unsur yang memiliki kesesuaian format dari total 9

unsur yang harus ada dalam format penulisan *Job Description*, yaitu nama jabatan dan perincian tugas dan tanggung jawab, serta wewenang.

6. Klinik Medical Center ITS Surabaya, memang masih belum menerapkan manajemen risiko keselamatan pasien, oleh karena itu dalam kegiatan magang, penulis melakukan penerapan manajemen risiko keselamatan pasien secara sederhana. Penulis menyadari bahwa masih banyak ketidaksempurnaan dalam menerapkan tahapan manajemen risiko selama kegiatan magang dan ketidaksesuaian antara yang ada pada referensi dengan pelaksanaannya.
7. Identifikasi risiko merupakan tahapan yang paling sulit dilakukan karena merupakan salah satu tahapan awal untuk memulai manajemen risiko. Identifikasi risiko dilakukan dengan menggunakan 3 metode gabungan dari beberapa literatur mengenai *tools* identifikasi risiko. Kendala dalam melakukan identifikasi risiko adalah kesulitan dalam menggali risiko yang ada di Klinik medical Center ITS Surabaya dikarenakan klinik tidak memiliki dokumen internal mengenai pelaporan insiden atau mengenai risiko yang pernah terjadi, sehingga penulis merecall memori petugas klinis terkait kejadian yang telah berlalu.
8. Analisis risiko dilakukan menggunakan *risk grading matrix* dan *root cause analysis*. Terdapat 4 hasil identifikasi risiko yang setelah dilakukan grading, termasuk dalam kategori risiko tinggi dengan warna grade kuning, sehingga dilanjutkan dengan melakukan *root cause analysis*. Berdasarkan kesesuaian dengan literatur, penulis hanya melakukan 8 langkah dari 12 langkah RCA. Penulis tidak melakukan pemetaan kronologi kejadian, tidak melakukan koordinasi terkait rencana tindak lanjut, tidak mengimplementasikan tindak lanjut, dan tidak melakukan evaluasi implementasi.

5.2 Saran

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan, terdapat beberapa saran yang diusulkan berdasarkan kajian terhadap pelaksanaan kegiatan magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya. Berikut ini merupakan saran yang dapat penulis berikan, yaitu :

1. Menyusun dokumen *Job Description* dengan 12 unsur yang lengkap dapat mengacu pada literatur Manajemen Sumber Daya Manusia : Reformasi Birokrasi, dan Manajemen Pegawai yang ditulis oleh Sedarmayanti (2010).
2. Menyusun kebijakan mengenai manajemen risiko keselamatan pasien yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien untuk meningkatkan mutu dan perbaikan pada proses pelayanan sekaligus persiapan akreditasi.

3. Membuat tim pelaksanaan manajemen risiko keselamatan pasien yang dibuat oleh kepala UPT Klinik Medical Center ITS Surabaya minimal terdiri dari 1 orang sebagai ketua tim dan 2 orang sebagai anggota tim manajemen risiko keselamatan pasien.
4. Dapat mulai melaksanakan dan mendokumentasikan identifikasi risiko berdasarkan kejadian yang pernah terjadi ataupun belum terjadi menggunakan langkah RCA dan FMEA setiap 3 bulan sekali bersama tim yang dibuat oleh kepala UPT Klinik Medical Center ITS Surabaya yang mengacu pada Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko FKTP yang diterbitkan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi.
5. Melaksanakan kajian risiko dimulai dengan *grading* risiko untuk mengkaji lebih lanjut tingkat risiko (risiko rendah, sedang, tinggi, dan ekstrem). Kajian risiko dapat dilaksanakan bersama dengan tim yang telah dibuat oleh kepala UPT Klinik Medical Center ITS Surabaya yang mengacu pada Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko FKTP yang diterbitkan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi.
6. Melaksanakan investigasi sederhana apabila risiko termasuk kategori rendah dengan warna grade biru dan kategori sedang dengan warna grade hijau, serta melaksanakan RCA apabila ada risiko yang termasuk kategori tinggi dengan warna grade kuning dan kategori ekstrem dengan warna grade merah. Pelaksanaan dapat mengacu pada Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko FKTP yang diterbitkan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi.
7. Klinik Medical Center ITS Surabaya dapat mulai menyusun Standar Prosedur Operasional mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien, SPO pelaksanaan identifikasi risiko, SPO pelaksanaan *grading* risiko, SPO pelaksanaan RCA, SPO pelaksanaan FMEA, dan SPO penanganan KTD, KTC, KNC, dan KPC. Penyusunan SPO dapat mengacu pada Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP yang diterbitkan oleh Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

Saran di atas dapat diterapkan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan perbaikan pada proses pelayanan sekaligus persiapan akreditasi. Proses yang penulis lakukan terkait manajemen risiko keselamatan pasien di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya ini adalah sebagai gambaran sederhana proses manajemen risiko keselamatan pasien dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahdiyana, M., 2016. *Struktur dan Desain Organisasi*. Yogyakarta: UNY Press.
- Ahmady, G., 2016. Organizational Structure. *Procedia-Social and Behavioral Science Journal*, 230(2016): pp.455-462.
- Anggraeny, A.P., and Ernawaty, E., 2016. The Readiness of Airlangga Health Care Centers (AHCC) B Faced Accreditation for First Level Clinics. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 4(2): pp.1-7.
- Aquinas, P., 2008. *Organizational Structure and Design : Application & Challenges*. New Delhi: Excel Books.
- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2012. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). [Online] Tersedia di: <https://kbbi.web.id/klinik>. [Diakses pada 20 Februari 2019].
- Bhattacharya, J., 2014. Root Cause Analysis – A Practice to Understanding and Control the Failure Management in Manufacturing Industry. *International Journal of Business and Management Invention*, [e-journal] 3(10): pp. 12-20. Tersedia di: [https://www.ijbmi.org/papers/Vol\(3\)10/Version-2/B03102012020.pdf](https://www.ijbmi.org/papers/Vol(3)10/Version-2/B03102012020.pdf) [17 Februari 2019]
- Brampton Small Business Enterprise Centre, 2015. What is a Standard Operating Procedures?. [Online] Tersedia di : [https://www.brampton.ca/EN/Business/BEC/resources/Documents/What%20is%20a%20Standard%20Operating%20Procedure\(SPO\).pdf](https://www.brampton.ca/EN/Business/BEC/resources/Documents/What%20is%20a%20Standard%20Operating%20Procedure(SPO).pdf). [Diakses pada 1 Maret 2019].
- Carlson, C. S., 2012. *Effective FMEAs: Achieving Safe, Reliable, and Economical Products and Processes using Failure Mode and Effects Analysis*. 1st ed. [e-book] United State: John Wiley & Sons, Inc. Tersedia di: https://media.wiley.com/product_ancillary/33/11180074/DOWNLOAD/Carlson%20Effective%20FMEAs.pdf [17 Februari 2019]
- Ceplenski, C., 2013. What is the Purpose of a Job Description. [Online] Tersedia di : <https://hrdailyadvisor.blr.com/2013/11/04/what-is-the-purpose-of-a-job-description/>. [Diakses pada 1 Maret 2019].
- Clark, M.M., 2013. *Job Description Handbook 3rd Edition*. USA: Nolo.

- De Bonte, A., and Fletcher, D., 2014. *Scenario-Focused Engineering : A Toolbox for Innovation and Customer-Centricity*. Washington: Microsoft Press.
- Direktorat Mutu dan Akreditasi. 2018. *Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Mutu dan Akreditasi.
- Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, 2018. *Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar.
- Ensmenger, N., 2016. The Multiple Meanings of a Flowchart. [Online] Tersedia di : <https://pdfs.semanticscholar.org/9641/77f619a9a8e7e069e12833423e61411cb329.pdf>. [Diakses pada 28 Februari 2019].
- Gaspersz, V., 2002. *Pedoman Implementasi Program Six Sigma*. Jakarta: PT Gramedia.
- Government of South Africa, 2016. Risk Management Resource-Risk Management Resource for Recreation and Sport Organisations. [pdf] South Africa: Office for Recreation and Sport. Tersedia di: http://www.ors.sa.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/255309/Risk_Management_Booklet_20164_2.pdf [17 Februari 2019]
- Hasibuan, M. S. P., 2010. *Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Health Department of South Africa, 2017. *National Guideline for Patient Safety Incident Reporting and Learning in the Public Health Sector of South Africa*. [pdf] South of Africa: Department of Health. Tersedia di: [file:///C:/Users/a/Downloads/march%202017%20national%20%20guideline%20for%20patient%20safety%20incident%20reporting%20and%20learning%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/a/Downloads/march%202017%20national%20%20guideline%20for%20patient%20safety%20incident%20reporting%20and%20learning%20(1).pdf) [17 Februari 2019]
- Institute of Risk Management, 2002. *Risk Management Standard*. United Kingdom: Intitute of Risk Management. Tersedia di: https://www.theirm.org/media/886059/ARMS_2002_IRM.pdf [17 Februari 2019]
- JCI, 2013. *Joint Commission Internationa Accreditation Standards for Hospitals*. 5th ed. [pdf] Joint Commission International. Tersedia di: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf> [17 Februari 2019]

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Analisis Jabatan. Jakarta: Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara.

Kum, S., and Bekir S., 2015. Patient Safety: A Root Cause Analysis for Arctic Marine Accidents from 1993 to 2011. *Safety Science*, [e-journal] 74(2015): pp. 206-220. Tersedia di: <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/a-root-cause-analysis-for-arctic-marine-accidents-from-1993-to-2011-0Yu1JPtcOE> [17 Februari 2019]

Mahdi, A. Y., 2013. *Algorithm and Flowchart*. s.l.:s.n.

O' Brien J, A., 2011. *Manajemen Information System 10th Edition*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.

Oxford University Hospital, 2013. *Information on Clinical Research Study Protocol Template Version 8.0*. Oxford: The University of Oxford and Oxford University Hospitals NHS Trust.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Presiden RI.

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia Nomor 035 Tahun 2012 tentang Standar Prosedur Operasional. Jakarta: Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara.

RSUD Lasinrang, 2016. *Panduan RCA dan FMEA*. [pdf] Pinrang: RSUD Lasinrang. Tersedia di : <https://www.scribd.com/document/348900890/Panduan-RCA-Dan-FMEA> [17 Februari 2019]

- Ristic, D., 2013. A Tool for Risk Assessment. *Safety Engineering Journal* [e-journal] 3(3): pp. 121-127. Tersedia di: <https://www.znrfak.ni.ac.rs/SE-Journal/Archive/SE-WEB%20Journal%20-%20Vol3-3/pdf/3.pdf> [17 Februari 2019]
- Robbins, S., and Judge, 2007. *Organizational Behavior*. New Jersey: Pearson Education.
- Rostami, A., 2016. Tools and Techniques in Risk Identification : a Research within SMEs in the UK Construction Industry. *Universal Journal of Management*, 4(4). pp.203-210.
- Sedarmayanti, S., 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Simsekler, M. C. E., Alan, J. C., James, R. W., and Jhon, C., 2015. Trust-Level Risk Identification Guidance in the NHS East of England. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, [e-journal] 30(4): pp. 1-29. Tersedia di: <https://www.repository.cam.ac.uk/bitstream/handle/1810/253466/Simsekler%20et%20al%202015%20International%20Journal%20of%20Risk%20%26%20Safety%20in%20Medicine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sukoco, B. M., 2007. *Manajemen Administrasi Perkantoran Modern*. Jakarta: Erlangga.
- Tambunan, R. M., 2013. *Pedoman Penyusunan Standard Operating Procedures (SPO)*. Jakarta: Maistas Publishing.
- Tilton, E., and David T., 2011. *Core Functions of Primary Health Care : a Framework for the Northern Territory*. Australia: Northern Territory Aboriginal Heath Forum.
- Ulrich, B., and Kear, T., 2014. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal*, [e-journal] 41(5), pp. 447-456. Tersedia di: <https://www.annanurse.org/download/reference/journal/patientSafety1.pdf> [17 Februari 2019]
- Vincent, C., 2010. *Patient Safety*. 2nd ed. [e-book] Oxford: Wiley-Blackwell. Tersedia di: www.wiley.com/go/vincent/patientsafety/essentials [17 Februari 2019]
- WHO, 2017. *Patient Safety : Making Health Care Safer*. Geneva: World Health Organization. Tersedia di: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1> [17 Februari 2019]

Wether, W. B., and Davis, K., 1996. *Human Resource and Personnel Management*. 5th ed. Newyourk: McGrew Hill.

Williams, S., 2009. *Seven Steps to Patient Safety : a Route Map to Delivering a Safer Health Care System in England & Wales*. [e-book] England: National Patient Safety Agency. Tersedia di: https://www.who.int/patientsafety/events/04/7_Williams.pdf [17 Februari 2019]

Xu, K., Tang, L.C., Xie, M., Ho, S.L., and Zhu, M.L., 2002. Fuzzy assessment of FMEA for engine system. *Reliability Engineering and System Safety*, 25(2002): pp. 17-29.

Yeh, R. H., and Hsieh, H. M., 2007. Fuzzy assessment of FMEA for a sewage plant. *Journal of the Chinese Institute of industrial Engineers*, 24(06): pp. 505-512.

Lampiran 1. Berita Acara Perbaikan Seminar Magang**BERITA ACARA PERBAIKAN
SEMINAR MAGANG**

Nama : Nur Syarifah Wardani Yahya
 NIM : 101511133200
 Waktu Pelaksanaan : Semim, 04 Maret 2019
 Judul Laporan Magang : Laporan Pelaksanaan Magang di Klinik Medical Center ITS
 Surabaya "Manajemen Risiko Keselamatan Pasien"
 Dosen Penguji : Nuzulul Kusuma Putri, S.KM., M.Kes

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	20, 81	Pembuatan alur dicek kembali apakah sudah sesuai dengan yang seharusnya (sesuai teori atau sumber),
2	2	Diperhatikan kembali dalam penyusunan tujuan khusus : minimal dia harus runtut dengan apa yang dibahas
3	96	Untuk menyusun kesimpulan dan saran : tolong dibuat bener-bener . dibuat lebih operasional : yang mana yang kurang, bagaimana caranya
4	34,35	Gambar dan keterangan gambar tidak boleh terpisah
5	59	Diperhatikan kembali bullet and numbering
6	93,94	Tabel tidak boleh terpotong dan diberi keterangan apabila terpotong.

Dosen Penguji,



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN
SEMINAR MAGANG**

Nama : Nur Syarifah Wardani Yahya
 NIM : 101511133200
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 04 Maret 2019
 Judul Laporan Magang : Laporan Pelaksanaan Magang di Klinik Medical Center ITS Surabaya "Manajemen Risiko Keselamatan Pasien"
 Dosen Penguji : Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	59	Penyajian yang terbalik, sebaiknya penjelasan teori terlebih dahulu, kemudian hasil pengamatan disana, setelah itu kesimpulan
2	59	Tambahkan sumber lain yang paling dekat dengan Indonesia seperti Asia
3	-	Lebih detail lagi dalam pembahasan, siapa yang terlibat dan bagaimana prosesnya
4	34,35	Judul gambar dan gambar jangan dipisah

Dosen Penguji,



Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS
 NIP. 197111081998021001

**BERITA ACARA PERBAIKAN
SEMINAR MAGANG**

Nama : Nur Syarifah Wardani Yahya
 NIM : 101511133200
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 04 Maret 2019
 Judul Laporan Magang : Laporan Pelaksanaan Magang di Klinik Medical Center ITS
 Surabaya "Manajemen Risiko Keselamatan Pasien"
 Dosen Penguji : Prof. Dr. Wasis Budiarto, Drs.Ec., MS

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	34, 35	Judul gambar dan gambar tidak boleh terpisah
2	-	Pertanyaan apakah di BKIA tidak ada risiko contohnya imunisasi?

Dosen Penguji,



Prof. Dr. Wasis Budiarto, Drs.Ec., MS
 NIP. 195208022017016101

**BERITA ACARA PERBAIKAN
SEMINAR MAGANG**

Nama : Nur Syarifah Wardani Yahya
 NIM : 101511133200
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 04 Maret 2019
 Judul Laporan Magang : Laporan Pelaksanaan Magang di Klinik Medical Center ITS
 Surabaya "Manajemen Risiko Keselamatan Pasien"
 Dosen Penguji : Tito Yustiawan, drg., M.Kes.

No.	Halaman	Hasil Perbaikan
1	-	Memperbaiki penyajian laporan yang mudah dipahami oleh pembaca, dan sesuai dengan standar akademik.
2	xi	Telah melengkapi daftar singkatan, istilah, dan singkatan.
3	8, 11, 14, 16, 26, 35, 43, 44, 45	Telah memperbaiki penulisan sitasi yang kurang lengkap.
4	98, 99, 100	Telah mensinkronkan sitasi dan daftar pustaka dalam laporan.
5	8, 9, 11, 12, 13, 18, 22, 31, 32	Telah memperbaiki kata yang berulang, kata penghubung yang berada di awal kalimat, dan kata tanya dalam kalimat.
6	Seluruh halaman	Telah memperbaiki jenis <i>font</i> calibri menjadi TNR untuk penulisan halaman.

Dosen Penguji,



Tito Yustiawan, drg., M.Kes
 NIP. 197905212010121003

Lampiran 2. Surat Balasan Izin Kegiatan Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
INSTITUT TEKNOLOGI SEPULUH NOPEMBER
BADAN PENGEMBANGAN DAN PENGELOLA USAHA
UPT. MEDICAL CENTER
 Jl. Arief Rahman Hakim 213, Kampus ITS Sukelilo - Surabaya 60111
 Telp : 031-5925405, 5927347, Fax : 031-5927211
<http://www.medicalcenter.its.ac.id>

Nomor : 09317 / IT2.VIII.2.6/KM.05.00/2018 28 Desember 2018
 Perihal : Persetujuan Magang

Kepada Yth : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Airlangga
 Surabaya

Menindak lanjuti surat Nomor : 8842/UN3.1.10/PPd/2018 tanggal 28 November 2018 tentang Permohonan izin magang, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa :

No	Nama	NIM
1.	Ika Santi Widyasari	101511133060
2.	Nurul Aulia D.H.	101511133075
3.	Nur Syarifah W	101511133200
4.	Nadhif Alfia C.K.	101511133202

diperkenankan untuk magang di UPT. Medical Center ITS selama 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal **07 Januari 2019** sampai dengan **08 Februari 2019**.

Dengan ketentuan, wajib menyerahkan laporan hasil kegiatan yang dilakukan di UPT. Medical Center ITS setelah masa magang berakhir.

Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih


 Ka. UPT Medical Center ITS
 Dr. Vha Ratnasari, S.Si., M.Si.
 NIP. 19700910 199702 2 001

Tembusan :

1. Ka. Bag. Tata Usaha ITS






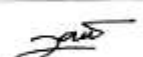
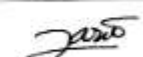

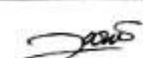
Lampiran 3. Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang**Lampiran 2. Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang**


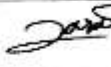
Nama Mahasiswa : Nur Syarifah Wardani Yahya

NIM : 101511133200

Tempat Magang : Klinik Medical Center ITS Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
1/07/2019	Pengenalan tempat magang, briefing/koordinasi pelayanan klinis	
1/08/2019	Pengenalan tempat magang dan staff, pemusnahan berkas rekam medis	
1/09/2019	Penerimaan dokumen pendukung manual mutu, pemusnahan berkas rekam medis	
1/10/2019	Mempelajari dokumen pendukung manual mutu, pemusnahan berkas rekam medis	
1/11/2019	presentasi kegiatan perminggu	
Minggu ke-2		
1/14/2019	pemusnahan berkas rekam medis, mempelajari manajemen risiko keselamatan pasien	
1/15/2019	wawancara alur pelayanan di poli gigi dan poli BKIA, pemusnahan berkas rekam medis	
1/16/2019	pemusnahan berkas rekam medis, wawancara alur pelayanan di poli umum, mempelajari akreditasi klinik	
1/17/2019	pemusnahan berkas rekam medis, wawancara alur di UGD, mempelajari akreditasi klinik	
1/18/2019	presentasi kegiatan perminggu, mengikuti kegiatan prolanis	

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-3		
1/21/2019	Pemusnahan berkas rekam medis, membuat flowchart pelayanan di poli gigi (BPJS, umum, mhs ITS), mempelajari pelaporan IKP	
1/22/2019	Pemusnahan berkas rekam medis, membuat flowchart pelayanan di poli BKIA (BPJS, umum, mhs ITS), mempelajari insiden kea pasien	
1/23/2019	Pemusnahan berkas rekam medis, membuat flowchart pelayanan di poli umum (BPJS, umum, mhs ITS), identifikasi risiko di poli umum	
1/24/2019	Pemusnahan berkas rekam medis, membuat flowchart pelayanan di poli umum (BPJS, umum, mhs ITS), identifikasi risiko di UGD	
1/25/2019	presentasi kegiatan perminggu	
Minggu ke-4		
1/28/2019	identifikasi risiko di poli Gigi, mempelajari pedoman pengukuran dokumen akreditasi, observasi alur pelayanan di front office	
1/29/2019	identifikasi risiko di poli BKIA, mempelajari pedoman manajemen risiko di FKTP observasi alur pelayanan di UGD	
1/30/2019	analisis risiko dan wawancara mengenai risiko di poli gigi	
1/31/2019	analisis risiko dan wawancara mengenai risiko di poli umum dan ugd	
2/01/2019	analisis risiko dan wawancara mengenai risiko di poli BKIA	
Minggu ke-5		
2/05/2019	izin kegiatan di luar magang	
2/06/2019	membuat berkas laporan magang, menuliskan hasil yg didapat saat wawancara dan observasi	

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
2/07/2019	Pegandu dan pemberian vitamin A	
2/08/2019	Presentasi kegiatan perminggu	

Lampiran 4. Rekomendasi Standar Prosedur Operasional Penanganan KTD, KTC, KNC, dan KPC

Logo Medical Center ITS	PENANGANAN KTD, KTC, KNC, DAN KPC		Nama Ka Medical Center ITS
	SPO	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
Halaman :			
Medical Center ITS	TTD Ka Medical Center ITS		
1. Pengertian	<p>Pelayanan klinis yang bermutu sangat dipengaruhi oleh kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi, mendokumentasi, menganalisis, dan melaporkan permasalahan mutu pelayanan klinis seperti KTD, KTC, KNC, dan KPC. Untuk itu perlu dibuat suatu standar prosedur operasional yang dapat membakukan manajemen risiko klinis.</p> <ol style="list-style-type: none"> Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar kepada pasien, tapi tidak menimbulkan cedera. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. 		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah untuk penanganan KTD, KTC, KNC, dan KPC.		
3. Kebijakan	SK tentang penanganan KTD, KTC, KNC, dan KPC (internal organisasi)		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Standar Akreditasi Klinik 2/2014 bagian peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, kriteria 4.1.1. Tenaga klinis (dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan pasien) berperan aktif dalam proses peningkatan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien. 		
5. Persiapan	<p>Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> Laptop LCD ATK Blangko manajemen KTD, KPC, KNC Formulir laporan KTD, KTC, KNC, dan KPC 		
6. Prosedur/ Langkah-Langkah	<ol style="list-style-type: none"> KTD, KTC, KNC, atau KPC yang terjadi ditangani terlebih dahulu sesuai dengan prosedur. Penanggung jawab manajemen mutu klinik menerima laporan adanya KTD, KTC, KNC, atau KPC. Penanggung jawab manajemen mutu klinik melakukan identifikasi terhadap KTD, KTC, KNC, atau KPC sesuai dengan yang dilaporkan. Penanggung jawab manajemen mutu klinik menganalisa penyebab dari KTD, KTC, KNC, atau KPC yang terjadi. Penanggung jawab manajemen mutu klinik mencatat hasil identifikasi dan analisa penyebab dari KTD, KTC, KNC, atau KPC di dalam buku laporan KTD, KTC, KNC, dan KPC. Penanggung jawab manajemen mutu klinik melaporkan hasil temuan KTD, KTC, KNC, atau KPC yang terjadi kepada Kepala UPT. Kepala UPT menerima laporan dari penanggung jawab manajemen mutu klinik. 		

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Kepala UPT merencanakan pertemuan dengan penanggung jawab masing-masing upaya yang terkait dengan KTD, KTC, KNC, atau KPC yang terjadi. 9. Kepala UPT mengundang penanggung jawab mutu klinik dan unit terkait membahas mengenai penanganan KTD, KTC, KNC, atau KPC yang terjadi. 10. Kepala UPT dan penanggung jawab manajemen mutu klinik bersama unit terkait membuat rencana penanganan KTD, KTC, KNC, atau KPC yang terjadi. 11. Penanggung jawab manajemen mutu klinik mencatat rencana penanganan KTD, KTC, KNC, atau KPC yang telah disepakati dalam buku tindak lanjut KTD, KTC, KNC, dan KPC. 12. Penanggung jawab manajemen mutu klinik dan penanggung jawab masing-masing unit berupaya melaksanakan penanganan KTD, KTC, KNC, atau KPC sesuai dengan rencana. 13. Penanggung jawab manajemen mutu klinik mengevaluasi penanganan terhadap KTD, KTC, KNC, atau KPC yang dilakukan masing-masing unit. 14. Penanggung jawab manajemen mutu klinik mencatat hasil evaluasi penanganan KTD, KTC, KNC, atau KPC yang telah dilakukan. 15. Penanggung jawab manajemen mutu klinik melaporkan hasil evaluasi penanganan KTD, KTC, KNC, atau KPC kepada Kepala UPT.
7. Unit yang terkait	Seluruh unit pelayanan

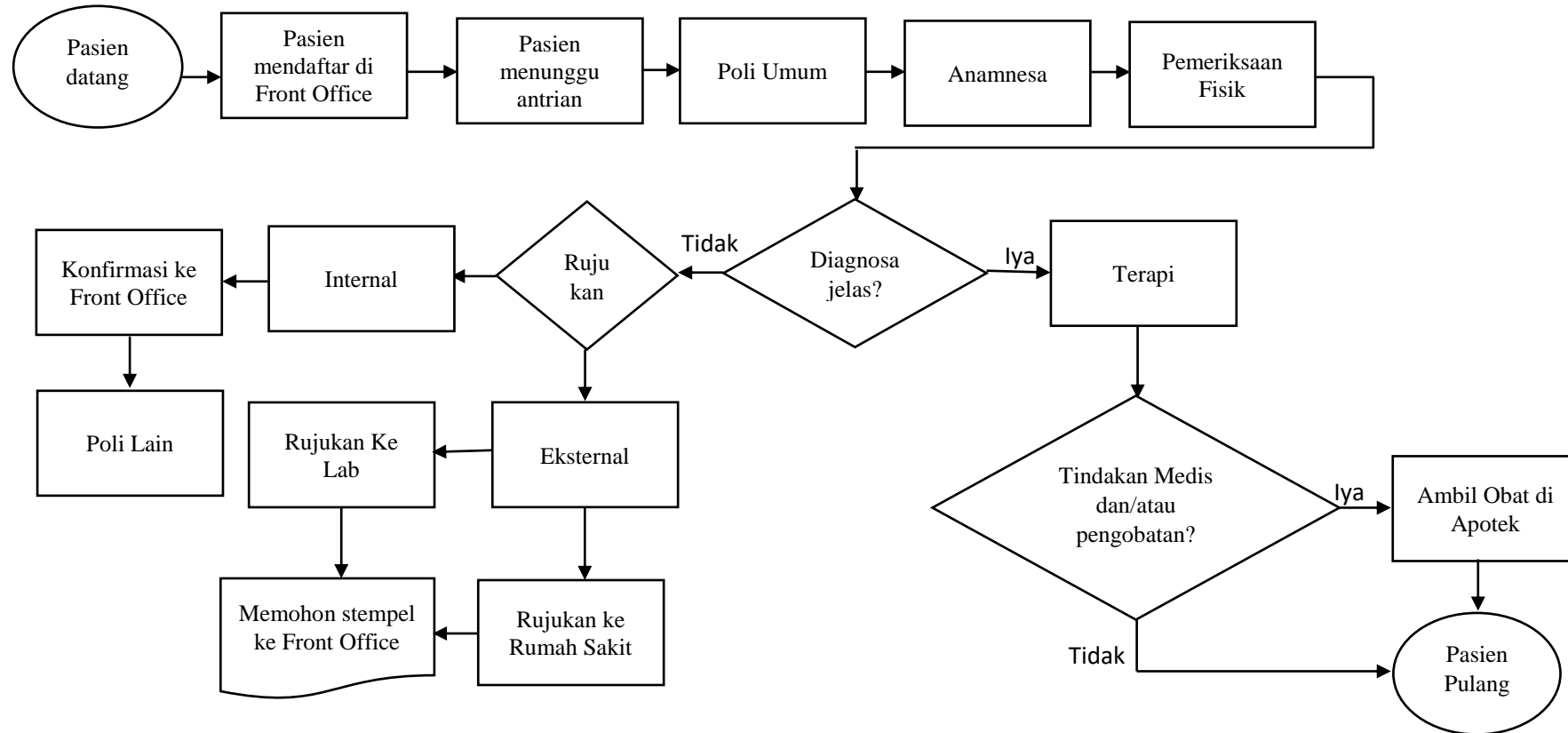
Lampiran 5. Rekomendasi Standar Prosedur Operasional Hand Hygiene

Logo Medical Center ITS	HAND HYGIENE		Nama Ka Medical Center ITS	
	SPO	No. Dokumen :		
		No. Revisi :		
		Tanggal Terbit :		
		Halaman :		
Medical Center ITS	TTD Ka Medical Center ITS			
1. Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan adalah proses pembersihan kotoran dari mikroorganisme pada tangan yang didapat melalui kontak dengan pasien, petugas kesehatan lain, dan permukaan lingkungan (<i>flora transien</i>) dengan menggunakan sabun/antiseptik di bawah air mengalir atau menggunakan hand rub berbasis alkohol. 2. Pembersihan tangan dengan cairan antiseptik (handrub) adalah mencuci tangan dengan menggunakan cairan antiseptik yang berbasis dasar alkohol gel diseluruh permukaan tangan untuk meminimalisir pertumbuhan mikroorganisme tanpa menggunakan air dan handuk (pada tangan yang bersih). 3. Pembersihan tangan dengan sabun antiseptik/cairan/larutan dan air mengalir (handwash) adalah mencuci tangan dengan air mengalir dengan menggunakan sabun/cairan antiseptik yang bertujuan membersihkan tangan dari transien mikroorganisme ddi tangan (pada tangan yang kotor). 			
2. Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme. 2. Mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas ke pasien dari pasien ke petugas, dari pasien ke pasien serta lingkungan sekitar pasien. 3. Tindakan utama 			
3. Kebijakan	SK tentang hand hygiene (internal organisasi)			
4. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien			
5. Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik harus dilakukan oleh semua petugas kesehatan, keluarga, pengunjung yang berhubungan langsung dengan pasien atau lingkungan pasien. 2. Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik dilakukan sebelum kontak dengan psaien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah terpajan dengan cairan tubuh pasien yang berisiko, sesudah kontak dengan pasien dan sesudah kontak dengan area sekitar pasien. 3. Setiap ruangan harus tersedia fasilitas : <ol style="list-style-type: none"> a. wastafel dengan air yang mengalir dengan kran bergagang panjang. b. sabun atau cairan antiseptik mengandung <i>chlorhexidine</i> 2% dan 4% untuk pembersihan tangan operasi. c. cairan handrub. d. pengering tangan (tisu/paper, handuk satu kali pakai). e. gambar prosedur pembersihan tangan terlihat di semua fasilitas. 			
6. Prosedur/ Langkah- Langkah	<p>Langkah pembersihan tangan dengan sabun dan air (handwash) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka perhiasan yang digunakan, basahi tangan dengan air mengalir. 2. Tuangkan sabun ke telapak tangan 3-5 cc. 3. Ratakan dengan kedua telapak tangan. 4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. 5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari. 6. Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan. 7. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya. 			

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya. 9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir. 10. Keringkan kedua tangan dengan tisu sekali pakai. 11. Gunakan bekas tisu tersebut untuk menutup kran air. 12. Sekarang tangan sudah aman prosedur dilakukan 40-60 detik). <p>Langkah pembersihan tangan dengan cairan antiseptik (handrub):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuangkan larutan antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan sebanyak 3-5 cc. 2. Gosok kedua telapak tangan hingga merata. 3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. 4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari. 5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan. 6. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya. 7. Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya. 8. Sekarang tangan sudah aman (prosedur dilakukan 20-30 detik).
7. Unit yang terkait	Seluruh unit pelayanan

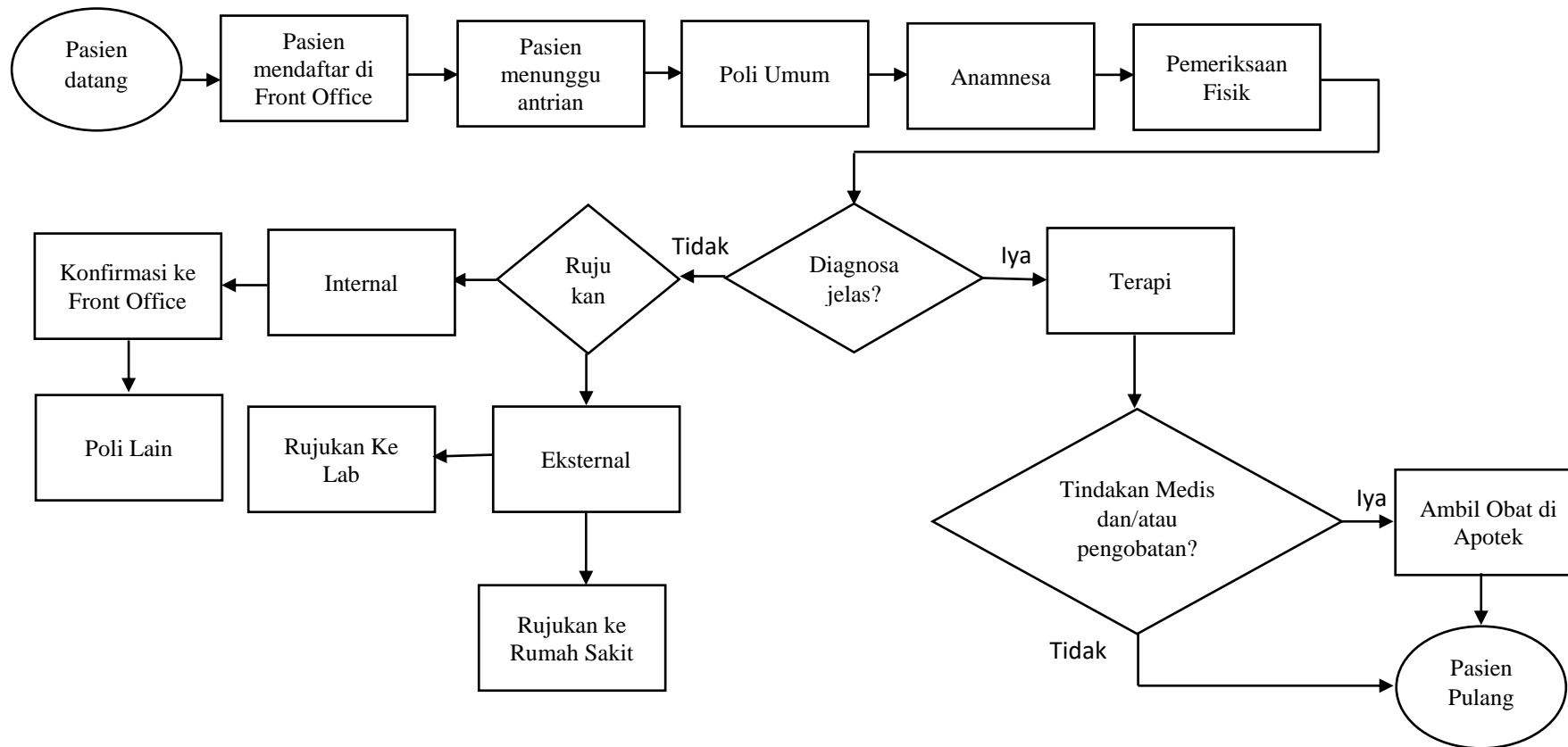
Lampiran 6. Flowchart Alur Pelayanan di Poli Umum, Poli Gigi, Poli BKIA, dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya

1. Flowchart Pelayanan Poli Umum Kepesertaan BPJS



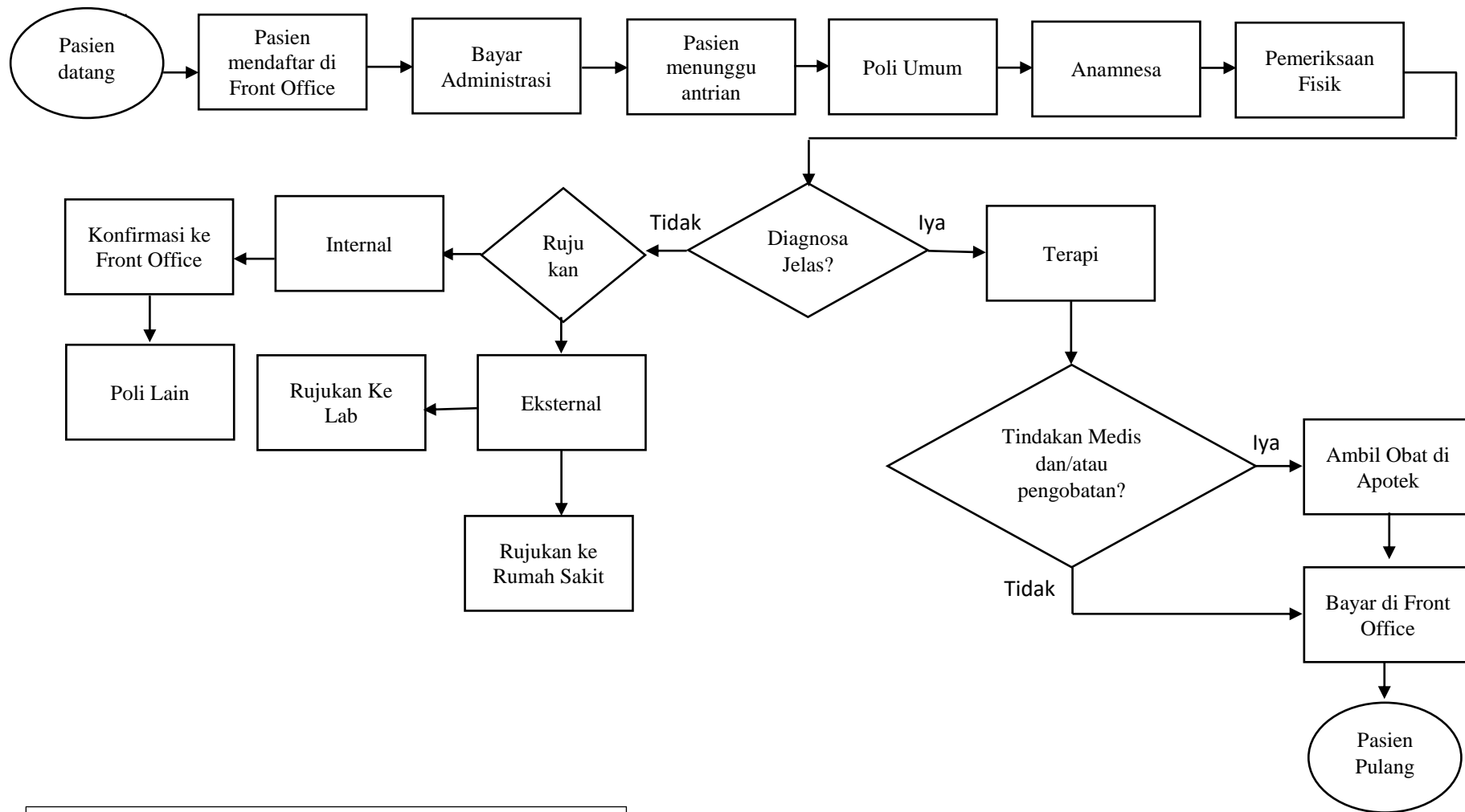
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

2. Flowchart Pelayanan Poli Umum Kepesertaan Mahasiswa ITS



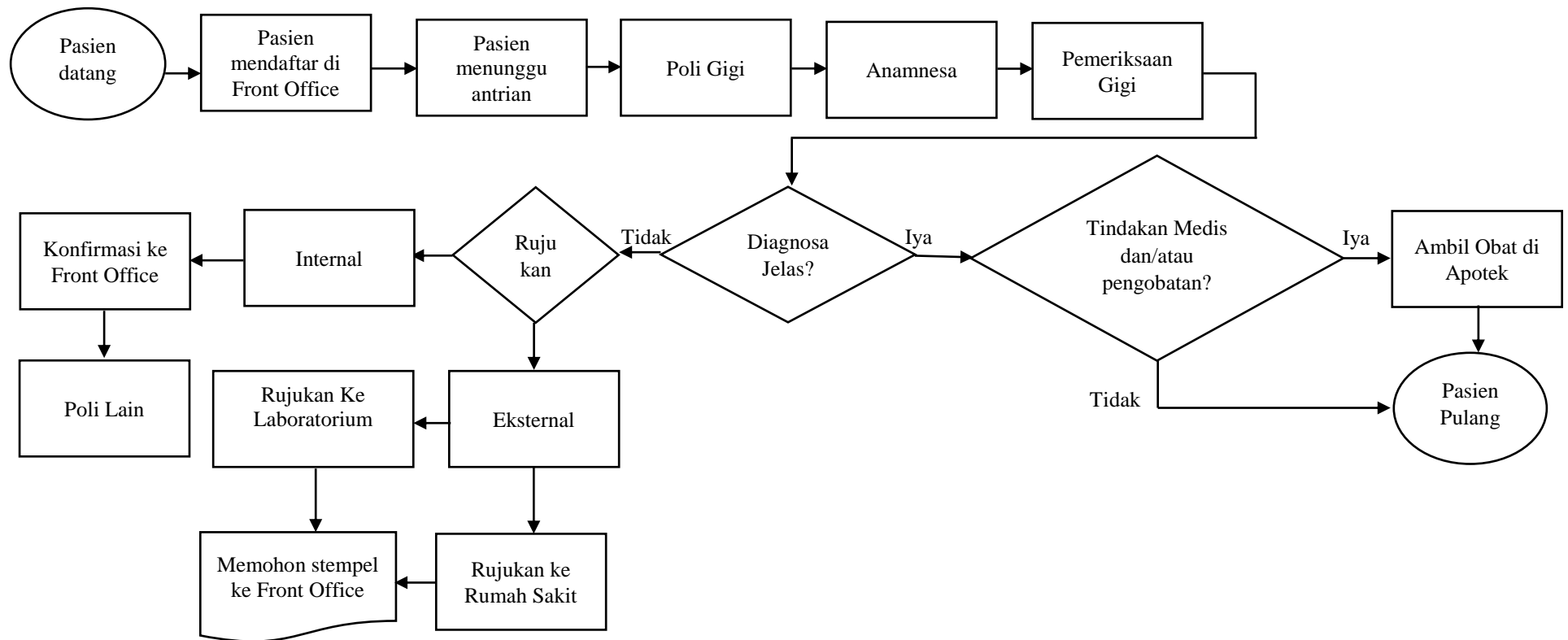
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

3. Flowchart Pelayanan Poli Umum Kepesertaan Umum



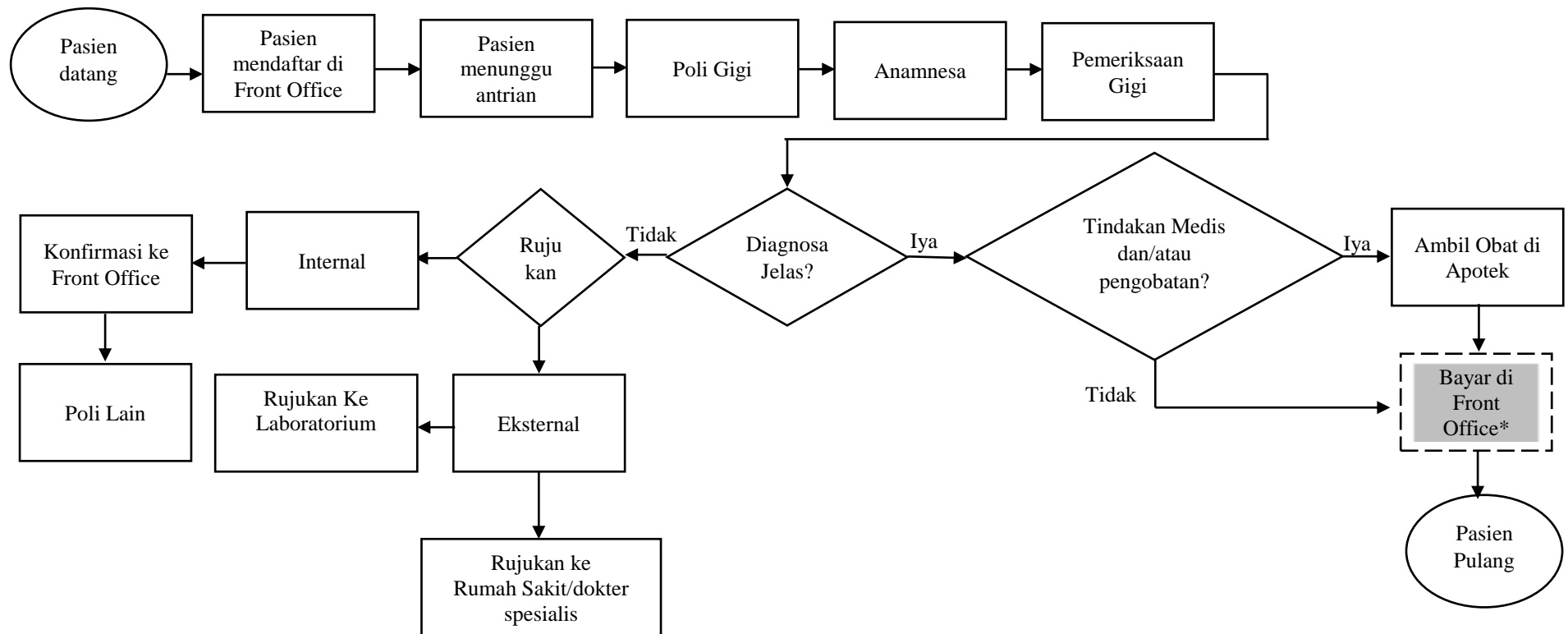
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

4. Flowchart Pelayanan Poli Gigi Kepesertaan BPJS



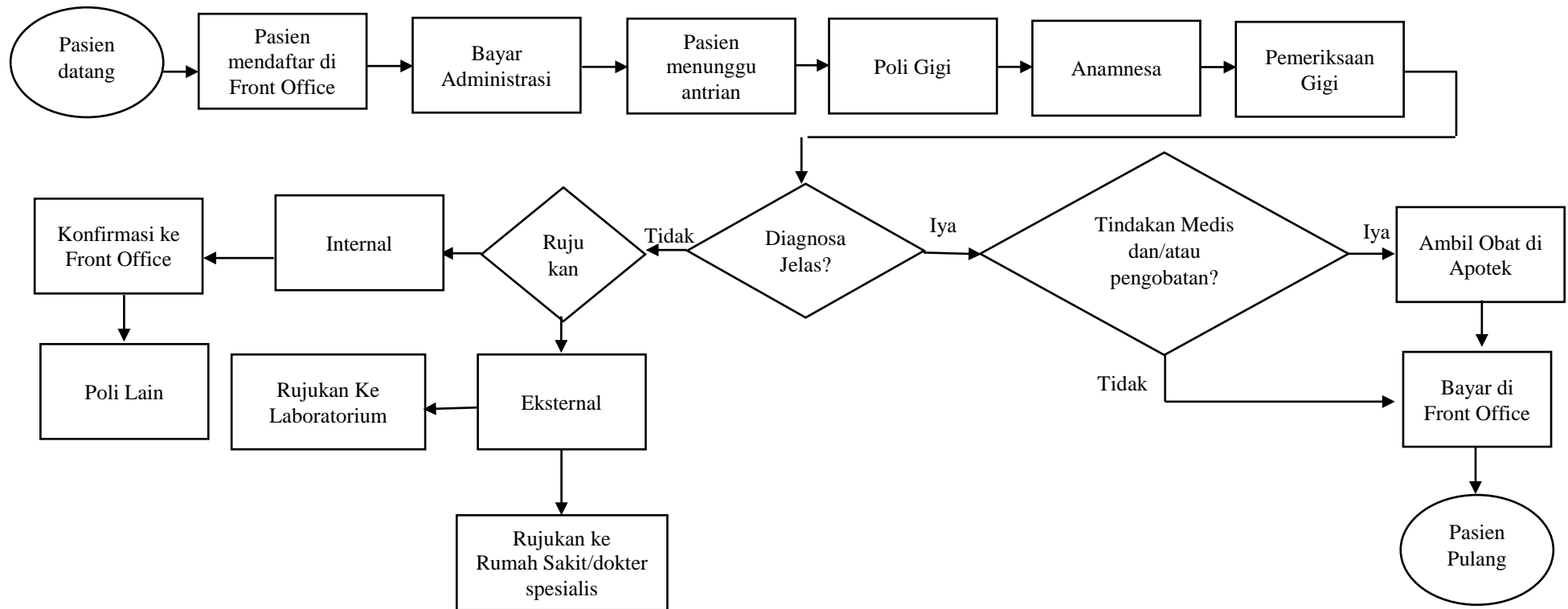
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

5. Flowchart Pelayanan Poli Gigi Kepesertaan Mahasiswa ITS



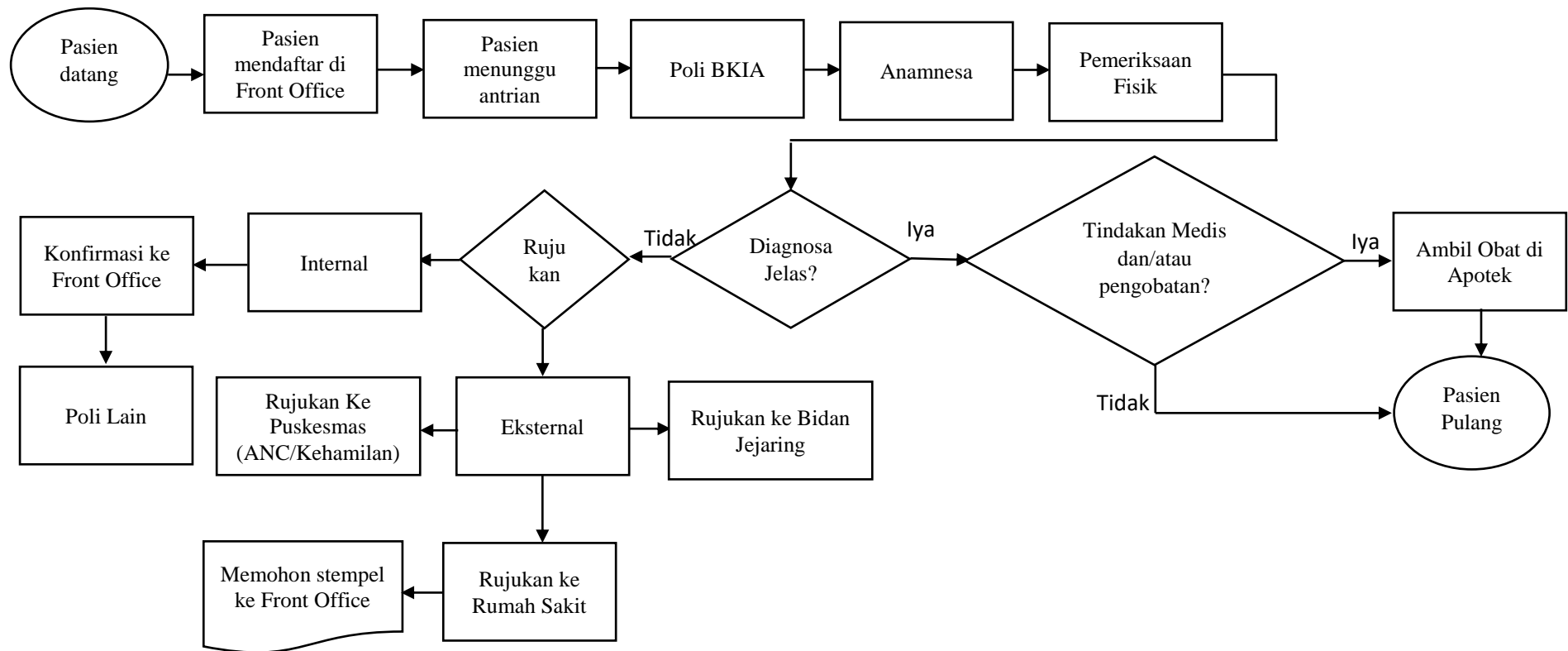
NB :
 Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan
 *Khusus tindakan medis berbayar

6. Flowchart Pelayanan Poli Gigi Kepesertaan Umum



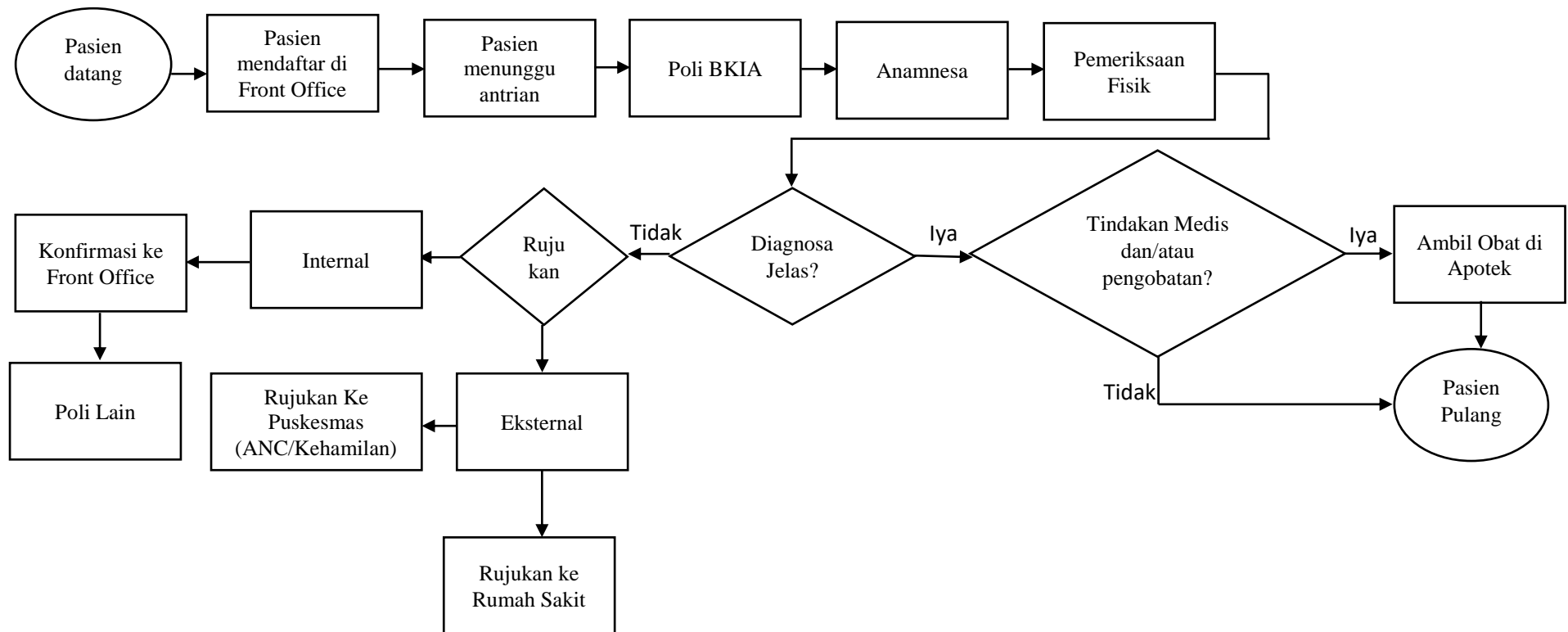
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

7. Flowchart Playanan Poli BKIA Kepesertaan BPJS



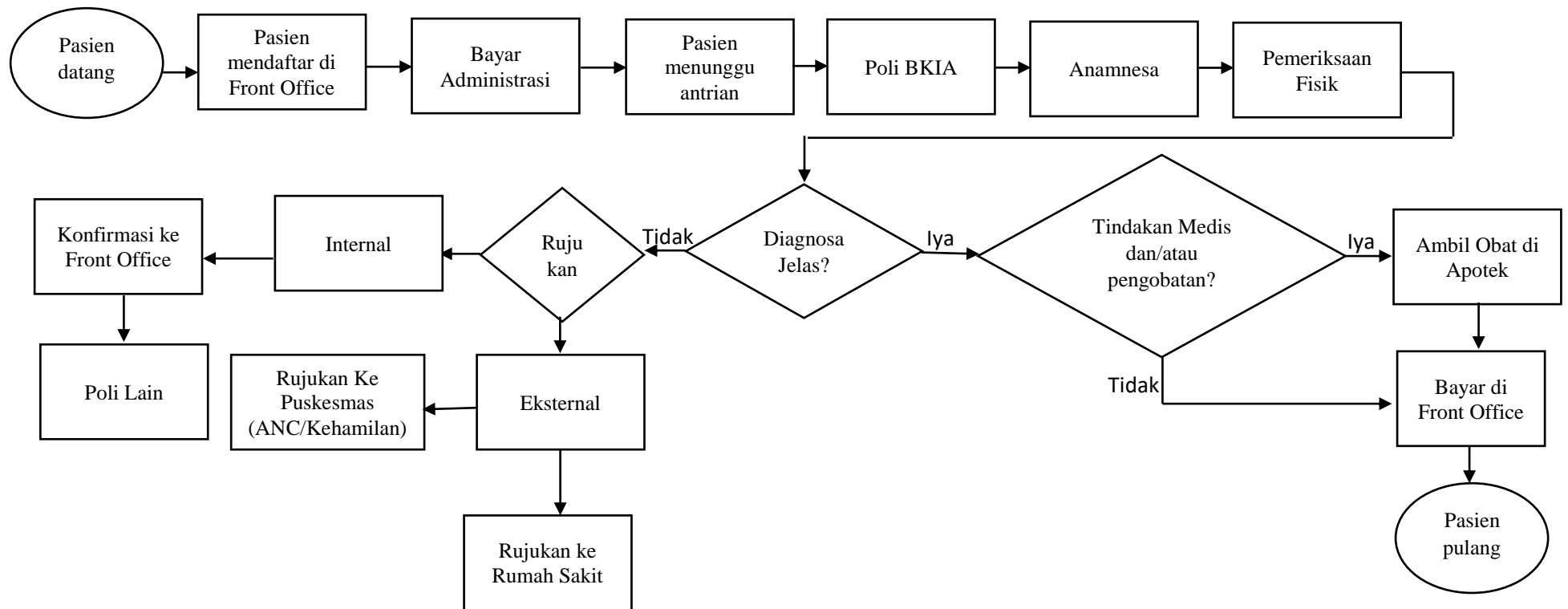
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

8. Flowchart Playanan Poli BKIA Kepesertaan Mahasiswa ITS



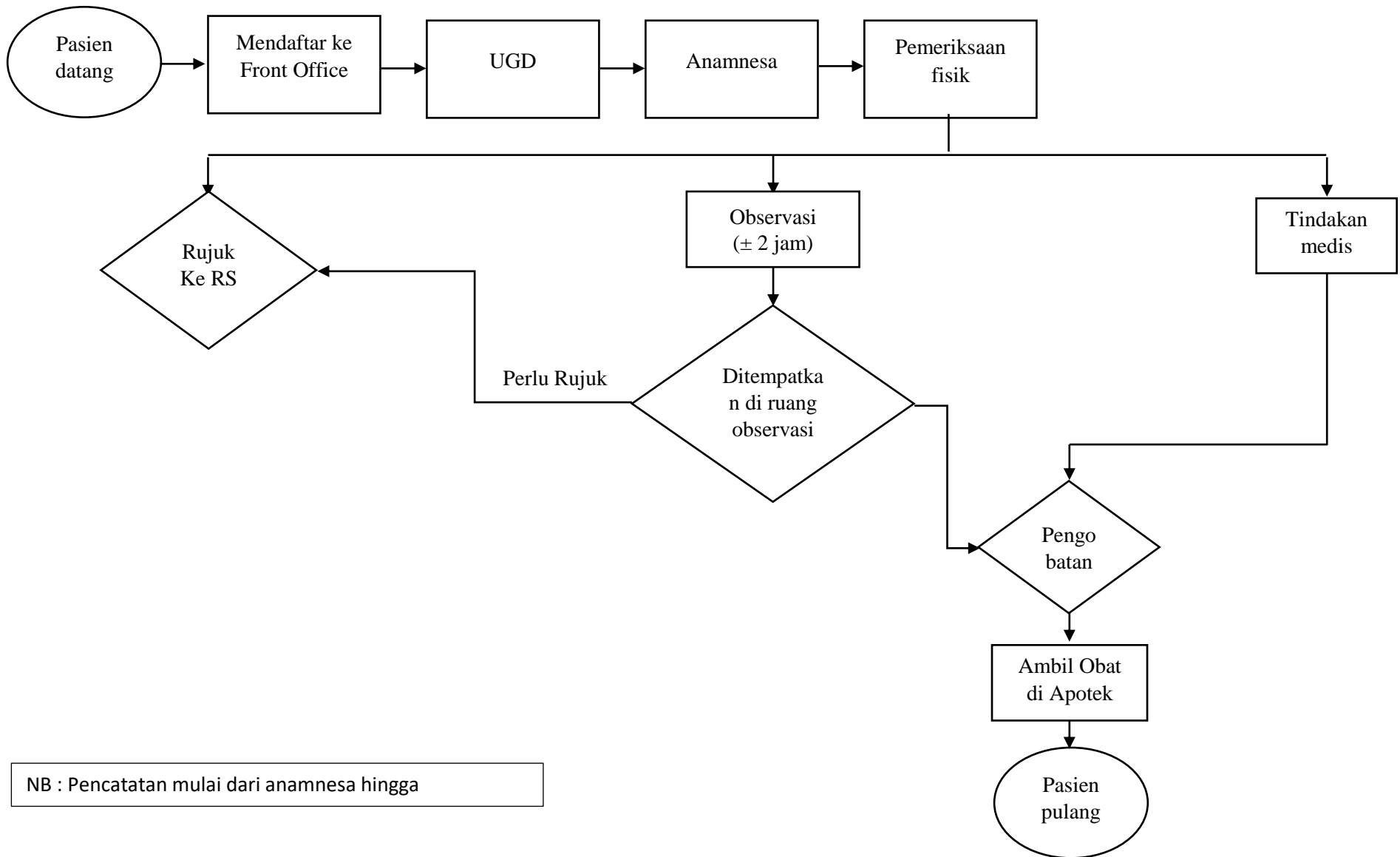
NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

9. Flowchart Playanan Poli BKIA Kepesertaan Umum

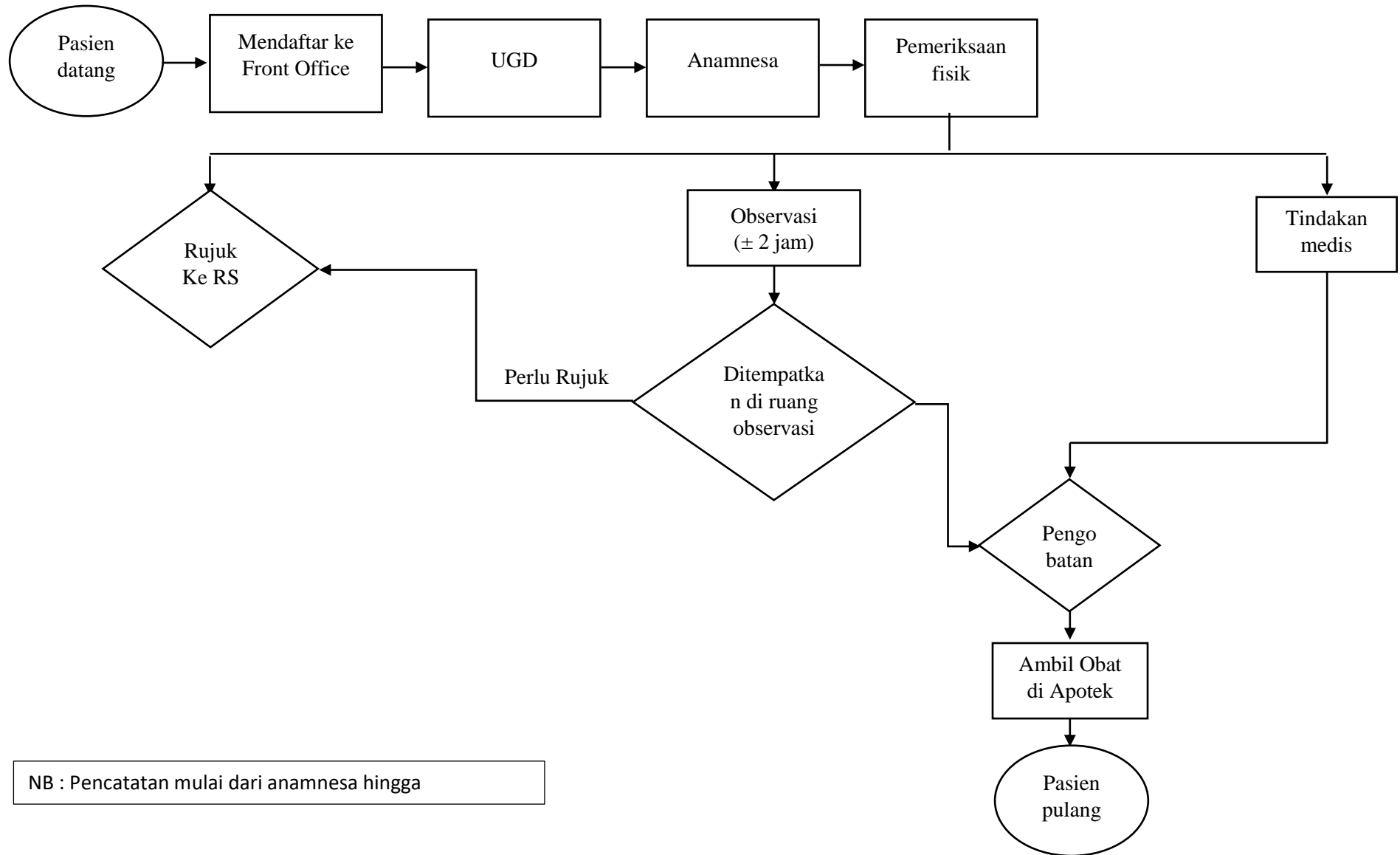


NB : Pencatatan mulai dari anamnesa hingga pengobatan

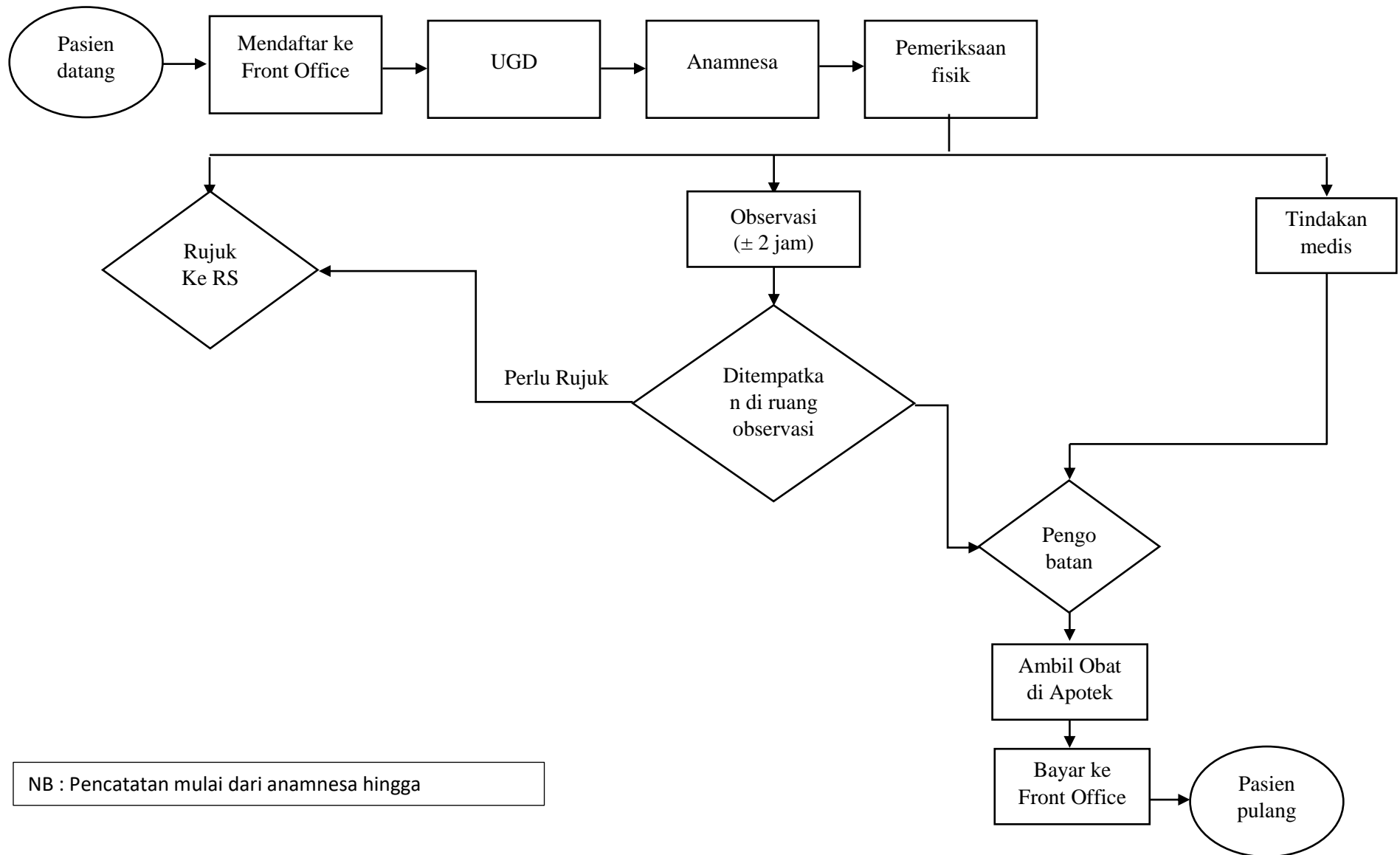
10. Flowchart Pelayanan UGD Kepesertaan BPJS



11. Flowchart Pelayanan UGD Kepesertaan Mahasiswa ITS



12. Flowchart Pelayanan UGD Kepesertaan Umum



Lampiran 7. Surat Izin Meninggalkan Kegiatan Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
DIREKTORAT KEMAHASISWAAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5929970, 5922267, Fax (031) 5911444
Website : <http://www.kemahasiswaan.unair.ac.id> ; e-mail : dirmawa2013@gmail.com

Nomor : 227 /UN3.4/KM/2019
Hal : Permohonan Dispensasi

11 Februari 2019

Yth.

1. Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat
 2. Wakil Dekan I Fakultas Vokasi
- Universitas Airlangga

Menindaklanjuti surat dari FORKOM UKM nomor 009/B/FORKOM/UNAIR/II/2019 tanggal 7 Februari 2019 perihal permohonan ijin mengikuti kegiatan **Pendadaran FORKOM UKM UNAIR Periode 2019**, dengan ini kami mohon bantuan Saudara memberikan dispensasi meninggalkan kegiatan kurikuler kepada mahasiswa Saudara tersebut dibawah ini,

NO	NAMA	NIM	FAKULTAS	TEMPAT MAGANG
1	Nur Syarifah Wardani Y	101511133200	Kesehatan Masyarakat	Medical Center ITS
2	Safira Inda Millati	101511133041	Kesehatan Masyarakat	Rumah Sakit Surabaya Medical Service
3	Septian Bayu Aji	151510383026	Vokasi	Rumah Sakit RKZ Surabaya

untuk mengikuti kegiatan tersebut di atas sebagai **Panitia** dari FORKOM UKM 2018 pada tanggal 3-5 Februari 2019 di Villa Rama, Tawas, Mojokerto. Surat dispensasi ini, mahasiswa yang bersangkutan dimohon untuk menginformasikan kepada dosen wali dan dosen mata kuliah masing-masing.

Demikian atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



Direktor Kemahasiswaan,

Dr. M. Hadi Shubhan, S.H., M.H., CN.
NIP. 197304062003121002

Tembusan :

1. Wakil Rektor I;
 2. Dosen Wali Mahasiswa yang bersangkutan;
 3. Ketua FORKOM UKM;
 4. Mahasiswa bersangkutan.
- Universitas Airlangga

Rhm.

Lampiran 8. Dokumentasi Kegiatan Magang di klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 1. Kegiatan Prolanis di Klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 2. Front Office Klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 3. Wawancara dengan dokter di Poli Umum dan UGD Klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 4. Wawancara dengan bidan di Poli BKIA Klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 5. Proses pemusnahan berkas rekam medis



Gambar 6. Wawancara dengan dokter gigi di Poli Gigi Klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 7. Wawancara dengan Apoteker Klinik Medical Center ITS Surabaya



Gambar 8. Kegiatan Posyandu dan Pemberian Vitamin A