

IMPLEMENTASI MANAJEMEN RISIKO TERINTEGRASI SESUAI ISO 31000 DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI SEMARANG

Dharma Wahyu Edhy¹, Fitri Lukiaستی²

Magister Manajemen, STIE Bank BPD Jateng

¹didikdharma0@gmail.com

Magister Manajemen, STIE Bank BPD Jateng

²fitrilukiaستی@gmail.com

ABSTRACT

Enterprise risk management (ERM) plays a very important role in overseeing business processes to achieve goals and prevent risks that may arise. This study aims to determine the implementation of MRT in dr. kariadi hospital semarang, with the output of organization's risk register. Method used is qualitative and refers to ISO 31000 and Regulation of the Minister of Health No. 25 of 2019 concerning the implementation of integrated risk management in the organizational unit of the Ministry of Health. Data were obtained through in-depth interviews with 11 sections/fields and 19 installations at Kariadi Hospital Semarang to obtain a hospital risk map. Result of the research is the compilation of hospital risk register, namely the Assessment and its mitigation plan. By compiling a list of hospital risks, it will help decision makers/team ranks in carrying out missions and overseeing hospital processes in order to achieve good hospital organizational governance.

Keywords: Risk, Integrated Risk Management, Business Process, ISO 31000 2018, PMK no 25 of 2019, hospital risk management guidelines

1. PENDAHULUAN

Dalam menjalankan bisnisnya Rumah Sakit selalu dihadapkan pada risiko-risiko yang menghadang. Risiko dapat terjadi sewaktu-waktu, tidak peduli kapan terjadi dan pada situasi apa akan terjadi (Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2020, 2020; Zaboli, R., Karamali, M., Salem, M. & Rafati, 2011). Risiko dapat terjadi pada bisnis rumah sakit, lingkungan rumah sakit, pasien dan keluarga serta pegawai rumah sakit (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017). Sesungguhnya risiko hampir tidak dapat dicegah atau disingkirkan, sehingga diperlukan pengelolaan risiko agar tidak menimbulkan kerugian lebih banyak dan dipergunakan untuk perbaikan mutu dan keselamatan pasien dan pegawai rumah sakit (Amal, 2016; Briner, M., Kessler, O., Pfeiffer, Y., Wehner, T. & Manser, 2010). Sehingga dapat dikatakan bahwa manajemen risiko merupakan suatu kegiatan yang terkoordinir untuk mengantisipasi atau mengurangi, mencegah terulangnya kejadian yang merugikan pelanggan internal dan eksternal rumah sakit (Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2020, 2020).

Pada organisasi penyedia jasa pelayanan kesehatan yang kompleks seperti rumah sakit, tantangan terhadap keselamatan pasien dan staff lebih sering disebabkan oleh faktor organisasi dibanding faktor klinis. Oleh karena itu untuk menghadapi tantangan tersebut perlu penerapan dan pengembangan manajemen risiko yang sistematis (Kaya et al., 2019). Manajemen risiko memainkan peran yang sangat penting dalam mencegah

dan menangani kesalahan medis, mencegah potensi bahaya yang mengancam staff dan organisasi serta memastikan bahwa organisasi berjalan sesuai perencanaan yang telah disusun sebagai strategi untuk mencapai sasaran secara maksimal (Olii, 2018; Zaboli, R., Karamali, M., Salem, M. & Rafati, 2011).

ISO 31000:2018 menggariskan secara tegas tentang perlu mengintegrasikan perencanaan manajemen risiko untuk seluruh organisasi ke dalam seluruh proses bisnis yang ada di organisasi (Institution, 2018). Pelaksanaan manajemen risiko terintegrasi ini mengacu pada standar internasional *ISO 31000* tahun 2018 dan Peraturan Menteri Kesehatan no 25 tahun 2019 tentang pelaksanaan manajemen risiko terintegrasi di unit organisasi kesehatan.

Implementasi manajemen risiko di RSUP Dr. Kariadi belum dilaksanakan secara baik, hal ini terlihat dari kurangnya pemahaman SDM tentang manajemen risiko, SDM kurang memahami tentang arti penting dari pelaksanaan proses manajemen risiko, SDM kurang memahami bahwa proses manajemen risiko merupakan salah satu strategi dalam pencapaian tujuan / sasaran, sehingga penyusunan identifikasi, analisa dan evaluasi risiko belum dilakukan secara benar sesuai dengan pedoman yang sudah disusun dan hanya sekedar memenuhi kebutuhan akreditasi rumah sakit terkait ketersediaan dokumen *risk register*. Pelaporan *risk register* juga masih berupa pemenuhan kewajiban administratif saja, tetapi secara konten masih belum memenuhi standar kualitas dan prinsip prinsip manajemen risiko.

Tinjauan Pustaka

Pengertian Manajemen Risiko Organisasi

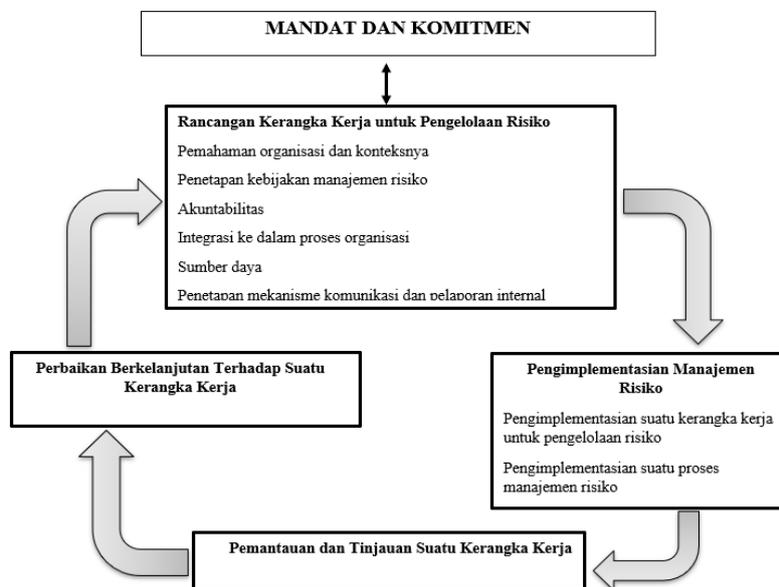
Risiko merupakan efek dari ketidak pastian pada pencapaian sasaran, (Institution, 2018; International Organization for Standardization ISO 31000: Risk Management - Principles and Guidelines, 2009; ISO 31000 2018 Risk Management Definitions in Plain English, 2018). Permenkes 25 tahun 2019 mendefinisikan risiko sebagai kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan organisasi (Berita Negara, 2019). Sedangkan Antonius Alijoyo, 2016 mendefinisikan risiko sebagai fungsi dari berbagai ketidak pastian dan tingkat eksposur suatu entitas terhadap ketidak pastian tersebut. (Alijoyo, 2016). Setiap keputusan yang kita ambil pasti ada risikonya, dan risiko tidak dapat kita hindari tapi dapat kita cegah. (International Standart, Risk Management – Guidelines, 2018; ISO 31000 2018 Risk Management Definitions in Plain English, 2018).

Pada prinsipnya risiko tidak saja bersifat dinamis, berubah ubah mengikuti bentuknya, tetapi juga bisa saling mempengaruhi satu sama lain. Suatu risiko bisa menjadi mata rantai dari munculnya risiko bagian lain di organisasi yang sama, atau sebuah risiko terjadi disebabkan kejadian di bagian lain. Karena terdapat saling ketergantungan ini maka risiko harus dikelola secara terintegrasi. Pengelolaan risiko secara terintegrasi inilah yang sering disebut dengan *Enterprise Risk Management (ERM)* (Usman, 2020). *ERM* atau disebut juga manajemen risiko organisasi adalah kegiatan yang terkoordinasi untuk dapat mengarahkan serta mengendalikan risiko organisasi. (Susilo, 2017). Menurut *ISO 31000:2018* Manajemen Risiko Organisasi adalah suatu upaya yang terkoordinir untuk dapat mengarahkan dan mengendalikan kegiatan perusahaan terhadap berbagai potensi risiko yang mungkin muncul. Dengan kata lain, manajemen risiko adalah seperangkat arsitektur (prinsip, kerangka kerja dan proses) yang dikolaborasikan untuk mengelola risiko secara efektif (Institution, 2018; ISO 31000 2018 Risk Management Definitions in Plain English, 2018). *Committee of*

Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) mendefinisikan *ERM* sebagai suatu rangkaian proses yang dipengaruhi oleh jajaran direksi, manajemen dan anggota lain, yang diimplementasikan untuk menentukan strategi perusahaan, didesain guna mengidentifikasi potensi kejadian merugikan yang mungkin mempengaruhi entitas, serta melakukan kelolaan risiko dan potensi risiko yang terjadi, untuk menyediakan jaminan yang layak mengenai pencapaian tujuan perusahaan. (Alijoyo, 2016). Penerapan manajemen risiko pada organisasi mempunyai manfaat : membantu suatu organisasi guna mencapai target kinerja dan profitabilitas, mencegah potensi terjadinya kerugian sumber daya, membantu mewujudkan pelaporan yang efektif, berdampak pada hukum dan peraturan yang berlaku, mencegah rusaknya reputasi perusahaan dan konsekuensi konsekuensi lainnya.

Kerangka Kerja Manajemen Risiko

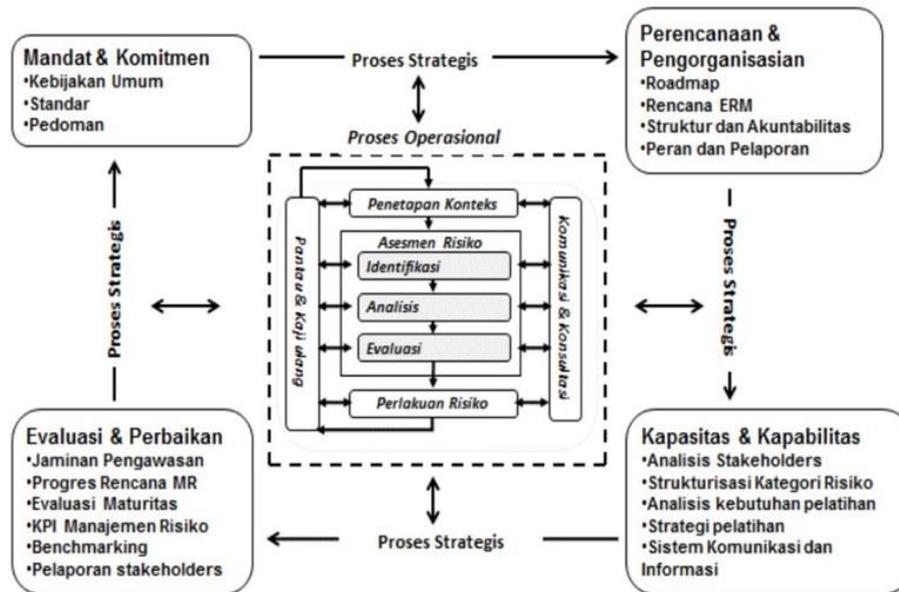
Berhasil dan tidaknya manajemen risiko tergantung pada efektifitas kerangka kerja manajemen risiko yang menjadi dasar yang akan ditanamkan pada organisasi, digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1. Kerangka Kerja Manajemen Risiko

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2019 *ISO:31000*, 2018

Kerangka Konsep Analisis Implementasi



Gambar 2. Kerangka Konsep Analisis Implementasi

Sumber: Di adap dari Peraturan Menteri Kesehatan no 25 tahun 2019, tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan, *ISO31000:2018*

ISO 31000 merupakan standar manajemen risiko yang generik, standar ini tidak menafikan standar manajemen risiko yang dibuat untuk keperluan spesifik dan khusus. Satu hal yang membedakan *ISO 31000* dengan standar manajemen risiko yang lain adalah perspektif *ISO 31000* yang lebih luas dan lebih konseptual dibandingkan dengan lainnya.

Peraturan Menteri Kesehatan tentang penerapan manajemen risiko terintegrasi disusun dengan mempertimbangkan pelaksanaan sistem pengendalian intern dilingkungan pemerintah, sehingga diperlukan penerapan manajemen risiko guna menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik, bahwa dengan perkembangan kompleksitas penyelenggaraan pemerintahan guna mewujudkan efisien, efektif, ekonomis, kredibilitas laporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan pada peraturan perundang undangan di lingkungan Kementerian Kesehatan, perlu menerapkan manajemen risiko terintegrasi dalam setiap pengambilan keputusan, penyusunan dan pelaksanaan program dan kegiatan.

2. METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang bertujuan menghasilkan rancangan produk baru, dimana data penelitian yang didapat dianalisis secara deskriptif (Sugiyono, 2019). Bertindak sebagai instrumen penelitian yaitu peneliti sendiri. Peneliti bertindak sebagai perencana, pelaksana, dan pengambil data, analisis data, pendeskripsi dan penafsir data, serta pelapor hasil penelitian. Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini yaitu templat risk register, grading matriks manajemen risiko, diskripsi risiko, program kerja strategis rumah sakit, program kerja instalasi, alat rekam dan buku catatan.

Variabel yang diteliti adalah variabel tunggal yaitu proses manajemen risiko terintegrasi (penyusunan *Risk Register*) di RSUP Dr. Kariadi Semarang yang

disesuaikan dengan Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang. Penelitian dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Semarang pada periode 1 Januari 2020 sampai dengan 30 Juli 2021.

Populasi dan Sampel

Populasi meliputi 5 direktorat dan 19 instalasi yang ada di rumah sakit dokter kariadi Semarang. Penetapan besarnya sampel menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu mempertimbangkan kebutuhan akan data yang diinginkan yaitu oleh individu yang mempunyai kapabilitas dan akuntabilitas untuk menyampaikan wawasan/pendapatnya mewakili unit kerjanya masing masing (Rokhmat Subagiyo, SE, 2017), dengan kriteria :

- 4 direktorat oleh pejabat struktural dibawah direktur masing masing, yang diwakili oleh kepala bagian/kepala bidang dan 1 kepala seksi/kepala sub bagian (risiko korporat).
- 19 instalasi diwakili oleh kepala instalasi dan 1 penanggung jawab instalasi (risiko unit).

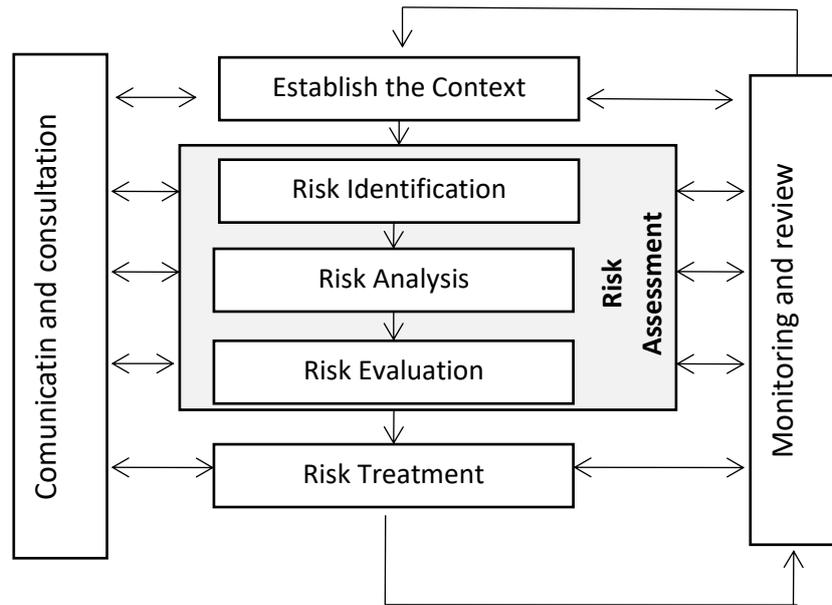
Metode Pengumpulan dan Sumber Data

Metode penelitian ini mengacu pada *ISO 31000*, Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi dan Peraturan Menteri Kesehatan No 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Tahapannya adalah : identifikasi risiko, analisa risiko, evaluasi risiko (assesmen risiko) dan perencanaan pengelolaan risiko. Data primer didapat dari *FGD*, *brainstorming* dan observasi langsung, data sekunder yaitu studi dokumen dari total sampel.

Assesmen risiko yang dilakukan adalah diskusi semi-terstruktur untuk berdiskusi mengenai risiko dari proses bisnis dan sasaran/tujuan proses bisnis direktorat dan instalasi. Selanjutnya peneliti dan sub komite manajemen risiko akan mengundang jajaran direksi (Kepala Bagian/Bidang beserta para kepala sub bagian/kepala seksi) dan para kepala instalasi beserta penanggung jawab instalasi untuk dilakukan pendampingan dan wawancara secara mendalam dengan sistem *FGD* untuk memastikan identifikasi, analisa, evaluasi dan rencana pengelolaan risiko.

Proses Manajemen Risiko

Proses manajemen risiko merupakan sub unit *manajemen* umum yang menjadi bagian budaya organisasi, praktek terbaik perusahaan dan proses bisnis organisasi. (Institution, 2018; Berita Negara, 2019)



Gambar 3. Proses Manajemen Risiko

Sumber : (International Standart, Risk Management – Guidelines, 2018; Berita Negara, 2019)

- 1) **Konsultasi dan komunikasi**
Konsultasi merupakan suatu proses komunikasi antar organisasi dengan pemangku kepentingan, mengenai suatu keadaan tertentu, terkait perihal pengambilan keputusan termasuk implementasi proses manajemen risiko. Kegiatan komunikasi dan konsultasi merupakan tanggung jawab pemilik risiko (Berita Negara, 2019; Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2020, 2020).
- 2) **Penetapan konteks**
 - a. **Konteks Eksternal**
Merupakan kondisi dari luar yang bisa mempengaruhi cara organisasi dalam mengelola risiko.
 - b. **Konteks Internal**
 - c. Merupakan semua yang ada di dalam organisasi yang bisa mempengaruhi cara organisasi dalam mengelola risiko.
 - d. Kriteria Risiko Organisasi harus menetapkan kriteria yang akan digunakan untuk melakukan assesmen risiko.
 - e. Kriteria risiko harus konsisten dan sesuai dengan regulasi manajemen risiko organisasi, yang didefinisikan pada awal setiap proses manajemen risiko dan akan terus ditinjau.(Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2020, 2020).
- 3) **Penilaian/Assesmen risiko**
 - a. **Identifikasi Risiko**
Adalah untuk menghasilkan daftar lengkap risiko organisasi serta peristiwa yang mungkin mendukung, meningkatkan, menurunkan, mencegah, menunda atau mempercepat pencapaian tujuan setiap proses bisnis organisasi.
 - b. **Analisis Risiko**
Merupakan proses untuk memahami sifat risiko dan menentukan peringkat risiko. Level risiko ditentukan berdasarkan 2 (dua) dimensi, yaitu level dampak dikalikan level kemungkinan (DxF) terjadinya risiko. Kedua

dimensi tersebut harus diperhitungkan dan dikombinasikan secara bersamaan dalam penentuan level risiko. Level dampak dan level kemungkinan masing masing menggunakan 5 (lima) skala tingkatan (Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2020, 2020).

Penentuan level risiko beserta dengan urutan prioritasnya menggunakan matriks analisis risiko sebagai berikut :

REKUENSI/ PROBABILITAS	DAMPAK				
	Negligible 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastropic 5
Sangat Sering Terjadi (Tiap jam, tiap hari) 5	Moderate	High	Extreme	Extreme	Extreme
Sering terjadi (>1 hari – < 4 bulan) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Mungkin terjadi (≥4 – <8 bulan) 3	Low	Moderate	High	High	Extreme
Jarang terjadi (≥8 – 12 bulan) 2	Low	Low	Moderate	Moderat	High
Sangat jarang sekali (>12 bulan/1 tahun) 1	Low	Low	Low	Moderat	Moderat

Gambar 4. Grading Matriks Analisa Risiko

Sumber : (Pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2020, 2020)

- c. Evaluasi Risiko adalah proses membandingkan hasil antara analisa risiko dengan kriteria risiko untuk menentukan apakah risiko beserta besarnya dapat ditoleransi atau diterima. Tujuannya adalah untuk membantu membuat keputusan, berdasarkan hasil analisis risiko, berkaitan dengan risiko dengan prioritas penanganan.
- 4) Penanganan Risiko
Setelah risiko diuraikan dalam register risiko, maka perlu dijelaskan juga pengendalian yang telah ada kemudian dilakukan perencanaan pengendalian dalam rangka mengelola risiko sesuai dengan selera risiko (*risk appetite*) organisasi.

5) **Monitoring dan Review**

Monitoring adalah pemantauan rutin terhadap kinerja dan implementasi proses manajemen risiko dibandingkan dengan rencana yang akan dihasilkan. Review adalah pengkajian atau peninjauan berkala atas kondisi saat ini dan dengan fokus tertentu. Monitoring dan review merupakan bagian mendasar dan sangat penting dalam proses manajemen risiko, terutama pada proses manajemen risiko terintegrasi bagi keseluruhan organisasi. Pelaksanaan monitoring dan review secara kontinyu mempunyai tujuan untuk memberikan jaminan yang wajar terhadap pencapaian sasaran penerapan proses manajemen risiko terintegrasi.

3. **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dari hasil seluruh wawancara yang dilakukan terjadi peningkatan jumlah narasumber, dimana pada perencanaan ini kami mengambil sampel 2 orang dari setiap Kelompok Substansi (KS) dan instalasi, tapi pada pelaksanaannya saat wawancara terjadi perkembangan jumlah narasumber. Hal ini sesuai dengan teori Sugiyono (metodologi penelitian kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi) yg di sadur dari Lincoln dan Guba tentang ciri ciri sampel purposive, salah satunya yaitu *serial slection of sample units* yang artinya menggelinding seperti bola salju (snowball), sesuai dengan petunjuk yang didapatkan dari informan yang telah diwawancarai. Pada prakteknya ketika wawancara mendalam berjalan beberapa informan mengembangkan penambahan jumlah personil yang mengikuti wawancara dikarenakan personil tersebut lebih menguasai pada topik/proses bisnis tertentu.

Metode implementasi ini mengacu pada ISO 31000 dan Peraturan Menteri Kesehatan No 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Tahapannya dimulai dari identifikasi risiko, analisa risiko, evaluasi risiko dan rencana pengelolaan risiko.

Hasilnya berupa daftar risiko rumah sakit yang menggambarkan peta risiko organisasi beserta rencana pengelolaannya, didapatkan dari hasil wawancara secara mendalam dengan panduan daftar pertanyaan yang sudah disiapkan. Setelah melalui rangkaian wawancara secara mendalam kepada seluruh informan yang mewakili unitnya masing masing dengan format FGD dan *brainstorming* (beberapa unit/KS meminta dilakukan pengulangan untuk pembahasan secara lebih detail atau ada unit yang belum melakukan wawancara), maka dihasilkan daftar risiko rumah sakit. Dari *risk register* yang berhasil disusun, risiko dengan band hijau/RPN dengan nilai maksimal 3 di dikeluarkan dari direktorat yang bersangkutan, hal ini karena sesuai dengan *risk appetitite* (selera risiko) rumah sakit dimana risiko dengan band hijau dianggap kurang berpengaruh terhadap pencapaian organisasi. Berikut daftar risiko RSUP Dr. Kariadi Semarang beserta analisis dan rencana mitigasinya.

Tabel 1. Daftar Risiko Corporate

STRATEGIC GOALS	RISK IDENTIFICATION	RISK SOURCE	O	S	RPN	BAND	RISK CONTROL
DIREKTORAT KEUANGAN							
1. Pembayaran remun tepat jumlah	Keterlambatan update data status keluarga pegawai mempengaruhi perhitungan	Verifikasi dan mengolah data remun dengan perhitungan PPh-21	4	4	16		SPO verifikasi pembayaran remun
2. Terwujudnya penurunan angka klaim pending/ dispute	Target penerimaan RS tidak tercapai	Satu episode gagal kalim	5	5	25		Pemenuhan SDM dan sarana prasarana maksimal 6 bulan pra operasionalisasi
		Ketidak lengkapan data dukung					
3. Kelengkapan dokumen pendukung pengajuan klaim	Proses melengkapi dokumen pendukung pengajuan klaim tidak efektif dan tidak efisien	Kelengkapan dokumen pendukung masih belum sepenuhnya digitalisasi	5	5	25		Dokumen pendukung sepenuhnya difasilitasi secara digital pada RME (Rekam Medik Elektronik)
4. Ketepatan waktu pengajuan klaim JKN	Keterlambatan pengajuan klaim JKN	Keterlambatan penyerahan data dukung klaim dari unit terkait	5	5	25		pengembangan sistem persyaratan klaim pedoman pengakuan klaim JKN
5. Tersusunnya Rencana Belanja Rumah Sakit tahun yang akan datang	Keterlambatan pengiriman data usulan	belum ada SPO tentang PBE	5	4	20		Pembuatan SPO tentang PBE dan disosialisasikan
	Ketidak sesuaian mata anggaran	Barang yang diusulkan tidak terdefiniskan	3	4	12		Pembuatan SPO tentang PBE dan disosialisasikan
	Input data ke aplikasi PBE online tidak sesuai penempatannya berdampak pada tidak disetujuinya usulan PBE	Aplikasi masih dalam pengembangan	4	4	16		
		Database yang ada di aplikasi belum lengkap	4	4	16		
		Informasi penempatan alat belum tersedia	4	4	16		

6. Tersusunnya Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit tahun yang akan datang	Keterlambatan penerimaan data dari PE	Keterlambatan usulan program kerja dari user	3	4	1 2		Merevisi SPO
	dokumen RBA tidak akurat	Satuan kerja belum melakukan monitoring,	3	4	1 2		Merevisi SPO pembuatan RBA, Membuat aplikasi sistem penyusunan RBA
		Bagian Akuntansi belum melakukan monitoring & evaluasi					
Kesulitan mendapat persetujuan RBA oleh Dewan dan Direksi yang mengakibatkan keterlambatan pengiriman RBA ke Yankes.	Rencana Bisnis Anggaran belum mendapat pengesahan	3	4	1 2		Membuat SPO sign elektronik	
7. Terwujudnya Dokumen tagihan lengkap, benar dan tepat waktu.	Pengajuan dokumen tagihan lebih dari 1 bulan setelah pekerjaan selesai	Tagihan penyedia	3	4	1 2		SPO tentang utang Kebijakan Direktur tentang persyaratan penagihan penyedia barang dan jasa
		Tidak segera menyusun BAST/BAPB					
		Data dukung kurang lengkap					
8. Terwujudnya laporan pendapatan yang valid	Terjadi selisih data pendapatan dari sistem HMIS dengan sistem informasi akuntansi (Medinfras)	Update aplikasi HMIS disesuaikan dengan aplikasi Medinfras	4	4	1 6		Membuat SPO tentang Rekonsiliasi pengakuan pendapatan dari sistem HMIS dan Medinfras Mengupdate data yang ada data di HMIS
		Belum ada SPO rekonsiliasi pengakuan pendapatan dari 2 sistem aplikasi					
9. Terwujudnya laporan piutang yang valid	Terjadi selisih data piutang pasien dari sistem HMIS dengan laporan manual piutang pasien	Adanya revisi Billing pasien	4	3	1 2		Revisi SPO tentang pengakuan piutang pasien
10. Terwujudnya laporan persediaan yang akurat	Ketidaksesuaian data persediaan barang farmasi, rumah tangga dan suku cadang dalam sistem persediaan HMIS dengan dokumen kontrak persediaan	Petugas rumah sakit	4	5	2 0		Revisi SPO tentang Sistem Persediaan Update aplikasi HMIS
		Dokumen kontrak belum diterima oleh petugas gudang					
		Belum ada SPO tentang alur input persediaan					
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN							

1. Terpenuhi nya standart jumlah dan kompetensi seluruh pegawai 90%	Perubahan regulasi pusat terhadap pengelolaan SDM BLU berdampak menurunnya mutu layanan Rumah Saki	Perubahan arah pembangunan SDM Kementerian Kesehatan	5	4	20		1. Pendistribusian SDM sesuai kompetensi
		Pemenuhan SDM untuk pengembangan layanan	5	4	20		2. Peningkatan kompetensi SDM dengan pelatihan
2. Tercapain ya sasaran budaya kerja > 80%	Menurunnya budaya kerja pegawai berdampak tidak terstandarnya implementasi performa SDM (Perilaku & kinerja pegawai)	Rendahnya pengawasan manajemen	4	4	16		1. Melaksanakan survei budaya secara berkala
		Leader pada unit tertentu belum mampu menjadi role model bagi pegawai bawahannya	3	4	12		2. Menggerakkan dan mengaktifkan kembali AoC di masing2 Unit Kerja
3. Terciptanya WBBM/WBBK	Potensi penyalahgunaan wewenang yang merugikan organisasi	Integritas pegawai yang kurang	3	4	12		3. Memasukkan kepatuhan budaya kerja dalam penilaian IKI pegawai
4. Terwujudnya keselamatan Pasien pada subyek penelitian	Terjadi efek samping pada subyek penelitian klinis yang berdampak pada reputasi RS	Peneliti dan RS belum mengetahui efek samping dari uji klinis	3	5	15		4. Melakukan review range capaian kinerja pegawai
	Complain pasien subyek penelitian klinis yang berdampak hukum	Terjadi efek samping negatif pada subyek yang tidak diantisipasi	3	5	15		1. Forum komunikasi untuk para leader
							2. Pembekalan untuk para leader baru
							Penerimaan pegawai (Mitra, kontrak) dengan sistim On line
							1. Melibatkan unit terkait dan KMKP pada waktu review
							2. Membentuk unit Cyber crymeMembentuk unit
							3. Mengasuransikan penelitian

	Terjadi efek samping pada subyek penelitian klinis yang berdampak pada keuangan organisasi	Peneliti dan RS belum mengetahui efek samping dari uji klinis	3	5	1 5		1. Perjanjian dg peneliti terkait pembiayaan 2. Perjanjian dg peneliti terkait pembiayaan
5. Terpenuhinya jam pembelajaran SDM 20 JP/th/Pegawai	Pegawai tidak mendapatkan up date ilmu dan peningkatan kompetensi 20 JPL/SDM/tahun yang berdampak penurunan kualitas pelayanan	Regulasi Kementerian Kesehatan tentang petunjuk pelaksanaan pelatihan bidang kesehatan pada masa pandemi corona virus	4	4	1 6		Tersedianya micro learning System (Soft ware IT utk pelatihan, Ruangan MLS, Sarpras Komputer, laptop, kamera, Audio visual)
	Tidak semua pelatihan in House memenuhi kebutuhan kompetensi sehingga tidak semua pegawai mendapatkan pelatihan yang dibutuhkan	Platihan yang dibutuhkan tidak tersedia	2	4	8		Mencari informasi terkait pelatihan yang dibutuhkan terselenggara
		Narasumber internal tidak berkompeten	1	4	4		Melaksanakan pelatihan yang dibutuhkan dengan melibatkan narasumber dari luar
6. Tercapainya kompetensi peserta didik sesuai target	Peserta Didik melakukan tindakan tanpa pendampingan pembimbing klinik	Pembimbing Klinik belum melakukan supervisi sesuai dengan ketentuan	3	5	1 5		1. Refres pelatihan CI dan Pembimbing klinik 2. Peningkatan peran CI dan supervisor 3. Ada reward utk CI
	Terjadi penularan penyakit dari peserta didik ke pasien	Peserta didik dengan penyakit menular melakukan praktek di RS	4	5	2 0		Ketentuan Skrining kesehatan bagi peserta didik
	Tidak tercapainya kompetensi peserta didik pada masa pandemi	Jumlah kasus kurang, tempat praktek terbatas	5	3	1 5		Membuat video pembelajaran sesuai kebutuhan
DIREKTORAT PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG							
1. Terlaksananya dan terevaluasinya CP sesuai panduan	CP tidak terlaksana dengan baik oleh staf medis dan tenaga kesehatan lainnya berdampak menurunnya mutu pelayanan	CP tidak terlaksana sesuai pedoman	3	4	1 2		1. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap pelaksanaan Clinical Pathway 2. Memasukkan

							kepatuhan pengisian CP sebagai salah satu penilaian kinerja
2. Termutakhirkan dan terinformasinya jadwal praktik DPJP di rumah sakit	Perubahan jadwal praktik DPJP yang tidak termonitoring berdampak pada mutu pelayanan dan pengajuan klaim BPJS	DPJP tidak mematuhi jadwal praktik yang telah disetujui	4	4	16		Melakukan monitoring dan evaluasi berkala di dalam sistem HFIS dan HMIS
3. Terfasilitasinya semua formulir Rekam Medik yang sebelumnya berupa <i>hard copy</i> di dalam RME	Pemberlakuan rekam medis elektronik belum untuk semua formulir berdampak menurunnya kepatuhan pengisiannya	Formulir rekam medis yang masih dalam bentuk <i>hardcopy</i> tidak terisi	5	4	20		Melakukan monitoring dan evaluasi pengisian Rekam Medik secara berkala
4. Meminimalisasi kejadian transmisi COVID-19 dari pasien kepada tenaga kesehatan pemberi layanan	Pasien tidak selalu mau jujur mengenai kondisinya saat skrining sebelum mendapat layanan	Skrining pasien belum optimal	4	5	20		Melakukan skrining menggunakan GeNose bagi pasien yang akan rawat inap dan Rapid antigen bagi pasien rawat inap yang akan dilakukan tindakan operatif
5. Meminimalisasi inefisiensi obat dan peluang terjadinya fraud	Penulisan resep oleh DPJP tidak sesuai formularium	DPJP meminta obat mahal di luar formularium	3	4	12		Mitigasi risiko dengan memperbaiki alur persetujuan (acc)
6. Optimalisasi peran kepala ruang dalam peningkatan pelayanan keperawat	Penurunan kepedulian kepala ruang terhadap pengelolaan unit kerja yang berdampak penurunan kualitas dan kuantitas pelayanan di	Ketidakmampuan mengikuti perubahan organisasi	4	4	16		1. Melaksanakan workshop manajerial PPJA, 2. Membuat AOC (Agent Of Chainc) manajemen ruang rawat

an	ruangan						3. Refres berkala pemenuhan standar manajemen ruang rawat
DIREKTORAT PERENCANAAN, ORGANISASI DAN UMUM							
Terwujudnya tata kelola organisasi yang baik/ Tersusunnya Perencanaan Program RS	Beberapa kegiatan yang sudah direncanakan tidak dapat terlaksana, yang mengakibatkan kegiatan pelayanan tidak dapat berjalan secara optimal yang berdampak pada tidak tercapainya kinerja rumah sakit	Perencanaan program tidak sesuai.	4	4	1	6	1. Melakukan koordinasi dgn unit terkait 2. Membuat surat edaran tentang program kerja 3. Desk dengan unit kerja 4. Menyusun usulan prioritas kegiatan
		Keterbatasan anggaran	4	4	1	6	Mengusulkan kegiatan yang sdh direncanakan namun belum terlaksana melalui revisi anggaran
Ketepatan waktu pengadaan barang dan jasa	Data dukung SP2 belum lengkap antara lain karena spesifikasi barang/jasa belum jelas, referensi harga sudah tidak berlaku, KAK belum tersedia dapat berakibat pada terlambatnya waktu pengadaan barang dan jasa yang berdampak pada terganggunya pelayanan	Pengusul kesulitan menyusun spesifikasi barang/jasa yang dibutuhkan,	4	4	1	6	1. Melakukan rapat koordinasi dengan tim teknis, pokmil dan user untuk penyusunan spesifikasi barang yang akan diadakan 2. Melakukan koreksi dan feedback terhadap usulan yang belum lengkap data dukungnya 3. Membuat aplikasi usulan pengadaan dari unit pengusul (penunjang, IPS, SIRS, Gizi, Farmasi, Umum, SDM)
		Penyedia membutuhkan waktu untuk membuat penawaran harga yang baru,					
		Pengusul kesulitan menyusun KAK pengadaan barang/jasa tertentu					

3. Terpenuhi nya kebutuhan barang & jasa pada tahun berikutnya	Data dukung dan justifikasi usulan belum lengkap sehingga tidak dapat diajukan pada usulan anggaran	Keterlambatan pengumpulan usulan pengadaan barang dan jasa dari unit kerja Belum jelas kebutuhan	3	4	1 2		1. Melakukan desk/ rapat koordinasi dengan unit pengusul. 2. Membuat surat edaran tentang usulan kebutuhan maksimal di awal tahun 3. Usulan dari unit kerja lebih awal
4. Tersusun nya laporan evaluasi kinerja RS yang baik	Pengiriman data laporan berkala (semester/tahunan/L AKIP) dari unit kerja belum sesuai jadwal	Ketidapatuhan unit kerja dalam pengumpulan laporan	3	4	1 2		1. Menyusun format baru tentang permintaan data 2. Merevisi pedoman pelaporan rumah sakit
5. Terwujud nya up date data RS on line	Pengiriman data dukung RS On Line dari unit kerja belum tepat waktu yang berdampak pada tidak terisinya data RS On Line sesuai waktu yang ditetapkan	Ketidapatuhan unit kerja dalam pengumpulan laporan Terlalu banyak laporan yg harus dibuat Sering terjadi perubahan format di RS On Line dan bersifat mendadak	3	4	1 2		1. Melakukan koordinasi dgn unit terkait 2. Membuat format dalam bentuk excel utk diisi oleh unit kerja 3. Menyusun SPO pengisian data RS On Line
6. Tervalid asinya data rumah sakit	Validasi data tidak sesuai prosedur yg mengakibatkan data yang divalidasi tidak valid	Data dasar yang dikirimkan tidak lengkap	2	4	8		1. Melakukan validasi langsung ke unit kerja bekerja sama dengan komite mutu 2. Menyusun SOP tentang pengiriman kelengkapan data dasar
7. Terpuhin ya kompetensi SDM promosi kesehatan di bagian HUKORM AS	Promosi rumah sakit keluar/eksternal belum terstandar/sesuai dengan visi dan misi RS dr. Kariadi	Belum mempunyai SDM yang kompeten di bidang promosi kesehatan	3	3	9		Peningkatan kompetensi SDM yang sudah ada Rekrutmen pegawai sesuai spesifikasi/ kompetensi yang di harapkan

8. Terwujudnya konektivitas surat menyurat internal dengan pusdatin dan kemenkes	Surat menyurat internal elektronik menggunakan aplikasi tanpa koneksi dengan Kemenkes	Aplikasi yang digunakan saat ini tidak sesuai	5	5	2 5		Beralih secara bertahap ke TNDE Kemenkes. Pengajuan TNDE ke Kemenkes dan koordinasi dengan SIRS
Terwujudnya surat menyurat sesuai TND	Surat tidak sesuai Tata Naskah Dinas	Petugas kurang faham tentang TND	5	3	1 5		1. Sosialisasi ulang TND 2. Membuat jadwal Sosialisasi
10. Dokumen yang dikirim unit terdata dengan baik	Dokumen inaktif belum didata unit kerja sehingga perlu tenaga, waktu dan tempat penyimpanan.	Tidak adanya tenaga dan ketidak tahuan petugas	4	3	1 2		1. Edukasi ke unit kerja. 2. Membuat jadwal Visitasi ke ruangan utk edukasi
11. Terlaksananya pelayanan pengambilan barang afkir	Kehilangan barang di eks garasi yang tidak terkunci	Tidak semua ruang ada kuncinya	4	5	2 0		1. Dibuat jadwal pengangkutan secara rutin 2. Memanag gembok kunci
12. Terlaksananya pengadmis trasian yang terintegrasi	SPK Belum terinput pada sistem	Belum menerima kontrak dari ULP	5	3	1 5		1. Melakukan entry kontrak pada sistem dengan No sementara yang bersumber dari Surat Jalan dari penyedia 2. Pengarsipan surat jalan 3. Kerja sama dengan bagian ULP
13. Terpenuhinya kebutuhan barang-barang di ruangan/instalasi	Belum terpenuhinya barang-barang kebutuhan di ruangan/instalasi	Kurangnya informasi tentang kebutuhan di ruangan/instalasi	2	5	1 0		1. Melakukan tindak lanjut pembelian langsung terhadap kebutuhan barang-barang dari ruangan/instalasi 2. Pembelian langsung bersifat rutin 3. Kerja sama dengan Ka. Instalasi dan Penyedia

14. Terlaksananya pengendalian distribusi barang RT untuk ruangan dan instalasi	Pengebonan barang Rt tidak bisa menggunakan HMIS dikarenakan stok di sistem 0 berakibat...	Terjadinya keterlambatan entry pada sistem	5	2	1 0	1. Sebelum menerima SPK dari ULP sebagai dasar input pada sistem aktivitas keluar masuk barang di catat di buku besar 2. Rekap penerimaan barang 3. Kerja sama dengan logistik ruangan/instalasi
15. Terlaksananya sistem perkiraan di rumah sakit	Sistem gate yang kadang tidak bisa membaca kartu ,sistem palang yang kadang tidak membuka padahal kartu dapat di baca, sistem error/down	Sistem software parkir yang belum memadai, sarana prasarana yang belum mencukupi	5	5	2 5	1. Sebelum sistem parkir menggunakan E-money masih menggunakan sistem karcis 2. Backup sistem di pihak pengelola PT MKP dan SIRS 3. Kerjasama antara MKP dan SIRS
16. Terwujudnya pemenuhan kebutuhan SDM Hukormas yang berkualitas	Tidak terpenuhinya kompetensi pegawai sesuai dengan kebutuhan	Pelatihan yang dibutuhkan tidak tersedia Tidak ada penyelenggara yang mengadakan pelatihan karena pandemi	3	3	9	Mengadakan in house training atau pelatihan daring Usulan pelatihan sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan
17. Terwujudnya pelayanan pengaduan dengan sistem grading	Pengaduan berdampak pada citra organisasi Pengaduan meluas ke media massa Pengaduan berdampak laporan hukum	Pengaduan menggandeng LSM dan media massa, membuat komplain semakin kompleks	3	4	1 2	Melakukan sosialisasi rutin kepada unit di pelayanan terkait penanganan pengaduan dan komunikasi yang efektif kepada keluarga, sehingga repon cepat unit meminimalisir kesalahpahaman komunikasi keluarga pasien

18. Terwujudnya tata kelola organisasi yang baik / Terwujudnya kegiatan protokoler dengan baik	Tidak professional dalam menyelenggarakan suatu kegiatan	Kunjungan tamu penting mendadak Koordinasi protokoler RS terkait dengan banyak pihak	3	3	9		Menyusun SPO tentang protokoler rumah sakit dengan pembagian tugas yang jelas untuk unit-unit yang terlibat
19. Terwujudnya pengembangan digitalisasi pelayanan Rumah Sakit/E-complain dan e-logistik	Proses penyelesaian pengaduan tidak termonitoring dengan baik dan tepat waktu	Unit kerja terkait tidak selalu memantau hal-hal yang berkaitan dengan substansi yang ada dalam kontrak	3	3	9		1. Melakukan follow up untuk pengajuan sistem manajemen kontrak dan e-logistik 2. Melakukan promosi e-complaint
	Tidak teridentifikasi persediaan jenis dan jumlah barang	Kurangnya akses masyarakat terhadap e-complaint					
		Logistik media dan souvenir yang beraneka ragam memerlukan kontrol persediaan yang tepat,					

Hasil identifikasi risiko ini selain bertujuan untuk membantu rumah sakit menyusun peta risiko organisasi (*Risk Register*) juga mempunyai maksud untuk memitigasi dampak dan frekuensi risiko yang mungkin muncul pada proses bisnis yang akan dikerjakan dan berpotensi menghambat pencapaian sasaran organisasi. Oleh karena itu wawancara dilakukan dalam bentuk FGD dan *Brainstorming* untuk menggali semua jenis potensi masalah yang mungkin muncul beserta rencana pengelolannya dalam upaya memitigasi dampak serta frekuensinya dengan harapan setiap proses bisnis yang dilakukan baik oleh unit kerja maupun organisasi secara keseluruhan mampu mencapai sasaran dengan maksimal untuk mewujudkan tata kelola organisasi yang baik.

Data ini (*risk register*) diambil dengan mengundang informan yang diwakili oleh minimal 2 orang yang sangat mengerti situasi dan kondisi bagiannya serta mempunyai kewenangan dalam pengambilan keputusan dan kebijakan. Satu persatu informan di undang dan dilakukan wawancara terstruktur secara mendalam untuk mengurai 15 pertanyaan inti terkait proses bisnis yang akan dan sedang mereka kerjakan, sasaran/tujuan dari proses bisnis, potensi risiko yang muncul beserta dampak dan seberapa besar kemungkinannya terjadi dan rencana mitigasinya.

Kelimabelas pertanyaan inti diberikan kepada masing-masing informan yang merupakan kepala unit atau penanggung jawab unit atau orang yang ditunjuk sebagai penanggung jawab implementasi manajemen risiko di bagiannya masing-masing. Pertanyaan yang diajukan merupakan format pertanyaan terstruktur yang diajukan untuk menghasilkan data penelitian dan disesuaikan dengan template/kertas kerja pelaksanaan implementasi manajemen risiko. Wawancara mendalam dilaksanakan sesuai pedoman wawancara yang sudah disiapkan oleh peneliti. Validasi data penelitian dengan tehnik delphi dilakukan dengan cara meminta bantuan seorang expert di bidang manajemen rumah sakit, mantan kepala instalasi dan kepala sub koordinator yang saat ini sudah purna tugas, dan 4 orang ahli tentang manajemen risiko di rumah sakit dokter kariadi

(anggota sub komite manajemen risiko) untuk turut serta memberikan penilaian terhadap hasil wawancara/diskusi dan meminta masukan masukannya.

Validasi data kedua dilakukan dengan metode triangulasi, yaitu membandingkan hasil wawancara mendalam dengan informan atau narasumber yang menjadi subjek penelitian dengan objek penelitian kemudian dibuktikan dengan pengamatan peneliti dilapangan dan dikuatkan dengan hasil observasi yang diamati.

Dari seluruh rangkaian pengambilan data, berikut hasil yang di dapatkan yang menggambarkan peta risiko rumah sakit yang di dokumentasikan dalam kertas kerja *risk register* dan peneliti melaporkan dalam bentuk tabel yang disederhanakan.

4. PENUTUP

Daftar risiko RSUP Dr. Kariadi dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu daftar risiko korporat dan daftar risiko unit kerja. Pada daftar risiko korporat terdapat 42 sasaran proses bisnis, 54 pernyataan risiko, 74 sumber risiko dan 32 risiko dengan band merah/risiko tinggi yang mempunyai potensi bahaya dan mengancam pencapaian organisasi yang jika tidak dilakukan penanganan dengan segera dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit bahkan keberlangsungan rumah sakit. Pada semua pernyataan risiko khususnya risiko dengan band merah sudah direncanakan upaya mitigasinya untuk meniadakan atau meringankan dampak maupun keseringannya terjadi. Rencana mitigasi ini harus diupayakan oleh rumah sakit kedepannya agar bisa mencapai sasaran dengan optimal, mampu memenuhi visi dan misinya.

Untuk risiko unit kerja/risiko instalasi terdapat variasi pernyataan risiko dari risiko sedang/band biru dengan nilai analisa 4 – 8, risiko tinggi/band kuning dengan nilai analisa 9 – 12 dan risiko ekstrim/band merah dengan nilai analisa 15 – 25. Risiko ekstrim dilakukan pengelolaan prioritas karena paling mengancam pencapaian proses kerja unit yang akan berimbas kepada pencapaian organisasi secara korporat. Karakteristik struktur organisasi yang menunjukkan maturitas pada implementasi manajemen risiko adalah status, tipe rumah sakit, mandat dan komitmen pimpinan, akreditasi, ketersediaan bagian dan posisi penanggung jawab/koordinator manajemen risiko serta kebijakan rumah sakit.

Saran bagi pimpinan rumah sakit :

- a. Agar program manajemen risiko bisa berjalan semakin maksimal maka diperlukan komitmen dan peran serta dari seluruh staf terutama manajemen rumah sakit. Direktur/pimpinan harus melakukan upaya penguatan budaya risiko/risk based thinking kepada seluruh jajarannya, menunjukkan komitmen secara tegas untuk mendukung implementasi manajemen risiko di rumah sakit.
- b. Direktur rumah sakit harus memasukkan manajemen risiko sebagai salah satu kebijakan strategis rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu dan terwujudnya tata kelola organisasi yang baik.
- c. Direktur dan manajemen rumah sakit sebaiknya memfasilitasi kegiatan peningkatan keilmuan manajemen risiko bagi seluruh pegawainya yang diharapkan berdampak positif terhadap peran aktif pegawai pada kegiatan manajemen risiko.

Saran bagi peneliti lain :

- a. Dari hasil ini diharapkan adanya penelitian lanjutan yang mengkaji implementasi rencana manajemen risiko yang telah disusun. Hasil dari penelitian ini diharapkan ada kesinambungan penelitian yang melakukan kajian hubungan antara maturitas

- implementasi manajemen risiko terintegrasi dengan tata kelola organisasi yang baik.
- b. Melihat dampak antara manajemen risiko dan peningkatan mutu rumah sakit, maka disarankan dilakukan penelitian lanjutan tentang hubungan antara peningkatan mutu rumah sakit dengan implementasi manajemen risiko terintegrasi.
 - c. Dilakukan penelitian dampak implementasi manajemen risiko terhadap tata kelola rumah sakit, untuk melihat sejauh mana dampak positif yang muncul.
 - d. Dilakukan penelitian serupa di rumah sakit lain untuk melihat peta risiko yang diperoleh sebagai bench mark antar rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- International standart, risk management – guidelines, (2018).
- Alijoyo, antonius with jacobus deddy. (2016). *Dasar-dasar ENTERPRISE RISK MANAGEMENT untuk direktur dan komisaris*.
- Amal, A. N. (2016). Manajemen risiko di rumah sakit. *Working People, March*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1019.0484>
- Briner, M., Kessler, O., Pfeiffer, Y., Wehner, T. & Manser, T. (2010). *Assessing hospitals clinical risk management: Development of a monitoring instrument. BMC Health services research, 1-11. 10*, 1–11.
- Implementing enterprise risk management – Case studies and best practices. New Jersey USA: John Wiley & Sons Inc., (2015).
- Green, P. E. J. (2016). *Enterprise Risk Management* (P. E. J. Green (Ed.); 1st editio). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-18651-5>
- Hanafi, M. M. (2016). *Manajemen risiko* (Ed. III;). UPP STIM YKPN : YOGYAKARTA., 2016.
- Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA., C. (2019). *Manajemen risiko bisnis* (C. Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA. (Ed.); 1st ed.). PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Institution, T. british standards. (2018). *BS ISO 31000:2018 risk management - guidelines* (second edi). BSI Standards Limited 2018.
- International, J. C. (2017). *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*. Joint Comission International.
- International organization for standardization ISO 31000: risk management - principles and guidelines, 2009 Iso 31000 36 (2009).
- Kaya, G. K., Ward, J. R., & Clarkson, P. J. (2019). A framework to support risk assessment in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care, 31*(5), 393–401. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy194>
- Berita Negara, Pub. L. No. 25, Nomor 16 Menteri kesehatan republik indonesia peraturan menteri kesehatan republik indonesia 2004 (2019).
- Undang-undang (UU) no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, (2009).
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (Ed.). (2017). *Standar nasional akreditasi rumah sakit*

edisi 1, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, point 12, elemen penilaian manajemen risiko (1st ed.).

- Olii, marsela wahyuni. (2018). *Analisis implementasi manajemen risiko klinis dan faktor-faktor yang mempengaruhi pada rumah sakit di kota makassar*. Program pasca sarjana universitas hasanuddin makasar.
- ISO 31000 2018 risk management definitions in plain english, (2018). <http://www.praxiom.com/iso-31000-terms.htm>
- Rokhmat Subagiyo, SE, M. (2017). *Metode penelitian ekonomi islam : konsep dan penerapan*. Alim's Publishing, Jakarta, Indonesia. <http://repo.iain-tulungagung.ac.id/id/eprint/7300>
- Pedoman manajemen risiko rumah sakit dokter kariadi semarang tahun 2020, Pub. L. No. HK.02.03/I.V/766/2020, 1 (2020).
- Sanjaya, L. (2015). *Pengaruh penerapan enterprise risk management dan variabel kontrol terhadap nilai perusahaan di sektor keuangan*. 3.
- Semarang, R. dokter kariadi. (2020). *Rencana strategis bisnis tahun 2020 – 2024 badan layanan umum rumah sakit umum pusat dokter kariadi semarang tahun 2019*. RSUP dokter kariadi.
- Sugiyono, prof. D. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D – MPKK* (P. D. Sugiyono (Ed.); Edisi ke 2). Alfabeta.
- Susilo, leo j. (2017). *Governance, risk management, and compliance. Executive's guide to risk governance and risk oversight* (D. Novita (Ed.); 1st ed.). Gramedia widiasarana.
- Usman, syarif. I. M. M. (2020). *Manajemen risiko dalam industri* (I. M. M. Usman, syarif (Ed.); 1st ed.). Mandar Maju.
- Zaboli, R., Karamali, M., Salem, M. & Rafati, H. (2011). *Risk management assessment in selected wards of hospitals of Tehran. Iranian journal of military medicine*, 12, 197-202. 12.
- Zimer, M., Wassmer, R., Latasch, L., Oberndorfer, D., Wilken, V., Ackermann, H. & Breitzkreutz, R. (2010). *Initiation of risk management: incidence of failures in simulated emergency medical service scenarios. Resuscitation*, 81, 882-886.