



**SURAT KEPUTUSAN  
DEKAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS INDONESIA MAJU**

**NOMOR 4861/SK/DKN/FIKES/UIMA/III/2023  
TENTANG**

**DOSEN PENGAMPU MATA KULIAH PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN  
MASYARAKAT TAHUN AJARAN 2022-2023 SEMESTER GENAP DI LINGKUNGAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Menimbang : a. bahwa pelaksanaan Pengajaran Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat diharuskan sesuai dengan kaidah akademik dan peraturan yang berlaku;  
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Surat Keputusan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIMA tentang Dosen Pengampu Mata Kuliah Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Tahun Ajaran 2022-2023 Semester Genap Di Lingkungan Fakultas Ilmu Kesehatan.

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;  
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;  
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;  
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 Tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia;  
5. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2013 Tentang Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia Bidang Pendidikan Tinggi;  
6. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;  
7. Surat Keputusan Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi No. 28/E/O/2022 tanggal 17 Januari 2022 Tentang Izin Penggabungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju di Jakarta dan Sekolah Tinggi Ilmu Komunikasi Indonesia Maju di Jakarta menjadi Universitas Indonesia Maju di Jakarta yang diselenggarakan oleh Yayasan Indonesia Maju;  
8. Surat Keputusan Pengurus Perkumpulan Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan Indonesia (Perkumpulan LAM-PTKes) Nomor 0153/LAM-PT-Kes/Akr/Sar/III/2019 tanggal 22 Maret 2019 Tentang Akreditasi Program Studi Kesehatan Masyarakat (Jenjang S1) dengan Peringkat B;  
9. Peraturan Ketua Yayasan Indonesia Maju No: 001/P/K/Ka/YIMA/II/2021 Tentang Statuta Universitas Indonesia Maju;

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan : SURAT KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS INDONESIA MAJU TENTANG DOSEN PENGAMPU MATA KULIAH PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN AJARAN 2022-2023 SEMESTER GENAP DI LINGKUNGAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Pertama : Menunjuk Saudara **Catur Septiawan, SKM, M.Kes** untuk menjadi pengampu pengajaran mata kuliah:

No.	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	Semester	Jumlah Kelas	Program Studi
1	SKM260 73	Manajemen Risiko di Pelayanan Kesehatan	2	6	2	Sarjana Kesehatan Masyarakat

Kedua : Pengampu pengajaran mata kuliah diharuskan memberikan nilai untuk peserta didiknya, serta untuk kegiatan tersebut sdr/i mendapat imbalan sesuai peraturan yang berlaku di Fakultas Ilmu Kesehatan

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bilamana dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan di dalam keputusan ini, akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di: Jakarta  
Pada Tanggal: 10 Maret 2023  
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Indonesia Maju

ats  


Nina, SKM, M.Kes

Tembusan:

1. Rektor UIMA
2. Wakil Rektor I UIMA
3. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
4. Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
5. BAAK UIMA
6. BAUM UIMA
7. Arsip



**UNIVERSITAS INDONESIA MAJU**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

**RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)**

MATA KULIAH	KODE	RUMPUN MK	BOBOT (SKS)	SEMESTER	Tgl Penyusunan
<b>MANAJEMEN RISIKO PELAYANAN KESEHATAN</b>	SKM26073	Kesehatan Masyarakat	2	4	02 Maret 2022
<b>OTORISASI</b>	<b>Dosen Pengembang RPS</b>		<b>Koordinator RMK</b>		<b>Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan</b>
	Catur Septiawan G, SKM, M.Kes		Ibnu Uzail Yamani, SKM, MKM		Nina, SKM, M.Kes
Deskripsi Mata Kuliah	Materi yang dibahas dalam mata kuliah ini meliputi: Risiko merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam kehidupan manusia, perusahaan dan masyarakat, Konsep Risiko, Manajemen Risiko sebagai fungsi perusahaan, Proses pengelolaan risiko mulai dari pengidentifikasian sampai dengan penanggulangan risiko, selanjutnya mengenai asuransi, khususnya asuransi kerugian, terakhir risiko-risiko fungsional pada unit pelayanan kesehatan.				
Capaian Pembelajaran Lulusan	S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan hukum, agama, moral, dan etika			
	S9	Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri			
	KU1	Mampu menerapkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan inovatif dalam konteks pengembangan atau implementasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora yang sesuai dengan bidang keahliannya			
	KU2	Mampu menunjukkan kinerja mandiri, bermutu, dan terukur			
	KU9	Mampu mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah di bidang keahliannya, berdasarkan hasil analisis informasi dan data			
	KK1	Mampu menggambarkan/ melakukan penilaian situasi kesehatan			
KK2	Mampu mengidentifikasi masalah kesehatan				

	KK3	Mampu merumuskan masalah kesehatan
	KK12	Mampu melakukan lobbi tentang isu kesehatan
	KK21	Mampu membangun kemitraan
	KK33	Mampu memecahkan permasalahan kesehatan dengan pendekatan sistem
Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	Setelah mengikuti kuliah ini, diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan konsep risiko, proses pengelolaan risiko, memberikan contoh risiko serta mampu menghubungkan penyebab risiko, dengan kerugian yang mungkin ditimbulkan dan memperkirakan penanganannya.	
Materi Pembelajaran/ Pokok Bahasan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkup Penerapan Manajemen Risiko</li> <li>2. Prinsip Manajemen Risiko</li> <li>3. Kepemimpinan dan Komitmen</li> <li>4. Pengintegrasian Manajemen Risiko</li> <li>5. Perancangan Dan Implementasi Kerangka Kerja Manajemen Risiko</li> <li>6. Evaluasi Dan Perbaikan Kerangka Kerja Secara Berkelanjutan</li> <li>7. Komunikasi dan Konsultasi</li> <li>8. Lingkup, Konteks dan Kriteria</li> <li>9. Identifikasi Risiko</li> <li>10. Analisis Risiko</li> <li>11. Evaluasi Risiko</li> <li>12. Perlakuan Risiko</li> <li>13. Monitoring dan Review</li> <li>14. Pencatatan dan Pelaporan</li> </ol>	
Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soeisno Djojosoedarso, “Prinsip-prinsip Manajemen Risiko”, Penerbit Salemba Empat, Jakarta 1999.</li> <li>2. Husein Umar, “ Manajemen Risiko Bisnis “, Gramedia, Jakarta 1998.</li> <li>3. C. Arthur William, Jr. and Richard M. Hans, “Risk Management and Insurance”, Mc Graw Hill Book Company.</li> <li>4. Herman, Robert I and BA Hedges, “Risk Management Concept and Applications”, Richard Irwin Hamewood.</li> <li>5. Herman Darmawi, Manajemen Risiko, Bumi Aksara, Jakarta 1992.</li> <li>6. Dahlan Siamat, Manajemen Lembaga Keuangan, Intermedia, Jakarta 1995.</li> </ol>	
Media Pembelajarn	Laptop dan LCD	
Team Teaching	Catur Septiawan G, SKM, M.Kes	



MINGGU KE	KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN	BAHAN KAJIAN (Materi Ajar)	METODE PEMBELAJARAN	WAKTU	PENGALAMAN PELAJAR MAHASISWA	PENILAIAN	
						INDIKATOR	TEKNIK/BOBOT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Menjelaskan tentang Lingkup Penerapan Manajemen Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Lingkup Manajemen Risiko</li> <li>2. Penerapan Manajemen Risiko</li> </ol>	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ol>	Mampu Menjelaskan tentang Ruang Lingkup Manajemen Risiko dan Penerapan Manajemen Risiko	5 %
2	Menjelaskan tentang Prinsip Manajemen Risiko.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian Risiko</li> <li>2. Karakteristik Risiko</li> <li>3. Prinsip Risiko</li> <li>4. Macam-macam Risiko</li> </ol>	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang</li> </ol>	Mampu Menjelaskan tentang Prinsip Manajemen Risiko	10 %

					diberikan		
3	Menjelaskan tentang Kepemimpinan dan Komitmen	Pengertian Kepemimpinan dan	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	1. Menyimak materi yang di sampaikan 2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting 3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas 4. Menjawab pertanyaan yang diberikan	Mampu Menjelaskan tentang Kepemimpinan dan Komitmen terhadap Manajemen Risiko	10 %
4	Menjelaskan tentang Pengintegrasian Manajemen Risiko	1. Pengintegrasian Manajemen Risiko			5.	Mampu Menjelaskan tentang Integrasi Manajemen Risiko	
5	Menjelaskan Tentang Perancangan Dan Implementasi Kerangka Kerja Manajemen Risiko	1. Pengertian Perancangan Dan Implementasi Kerangka Kerja Manajemen Risiko	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	1. Menyimak materi yang di sampaikan 2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting 3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas 4. Menjawab pertanyaan yang diberikan	Mampu memahami Perancangan Dan Implementasi Kerangka Kerja Manajemen Risiko	10 %

6	Evaluasi Dan Perbaikan Kerangka Kerja Secara Berkelanjutan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi Manajemen Risiko</li> <li>2. Membuat Kerangka Kerja Berkelanjutan</li> </ol>	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ol>	Mampu Melakukan Evaluasi Dan Perbaikan Kerangka Kerja Secara Berkelanjutan	5%
7	Menjelaskan Tentang Komunikasi dan Konsultasi	Komunikasi Manajemen Risiko Konsultasi Risiko	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ol>	Mampu melakukan Komunikasi dan Konsultasi terkait manajemen risiko	10 %
8	<b>UTS</b>						
9	Lingkup, Konteks dan Kriteria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ligkup dan Konteks</li> <li>2. Kriteria Manajemen Risiko</li> </ol>	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> </ol>	Mampu Memahami Lingkup, Konteks dan Kriteria	10 %

					<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ul>		
10	Menjelaskan mengenai Identifikasi Risiko	Melakukan Identifikasi Risiko	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ul>	Mampu memahami Identifikasi Risiko	10 %
11	Menjelaskan tentang Analisis Risiko	Analisis Risiko	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ul>	Mampu menjelaskan tentang Analisis Risiko	5 %

12	Menjelaskan Evaluasi Risiko	Melakukan Evaluasi Risiko	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ol>	Mampu melakukan evaluasi risiko	5 %
13	Menjelaskan Perlakuan Risiko	Perlakuan risiko di RS	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ol>	Mampu menjelaskan Perlakuan risiko	5 %
14	Menjelaskan Monitoring dan Review	Monitoring dan Review	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum</li> </ol>	Mampu Monitoring dan Review	5 %

					<p>jelas</p> <p>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</p>		
15	Menjelaskan Pencatatan dan Pelaporan	Pencatatan dan Pelaporan	Ceramah dan Diskusi Kelas	100 mnt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimak materi yang di sampaikan</li> <li>2. Mencatat hal-hal yang dianggap penting</li> <li>3. Menanyakan hal-hal yang belum jelas</li> <li>4. Menjawab pertanyaan yang diberikan</li> </ol>	Mampu mencatat dan melaporkan terkait analisis risiko	5 %
16	<b>UAS</b>						



# UNIVERSITAS INDONESIA MAJU

## FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jalan Harapan Nomor 50, Lenteng Agung Jagakarsa Jakarta Selatan 12610, Telp. 021 78894043; Fax. 021 78894043  
Homepage : www.uima.ac.id, E-mail : info@uima.ac.id

### DAFTAR NILAI AKHIR

**Program Studi KESEHATAN MASYARAKAT - S1 Reguler**  
**Semester : Genap 2022/2023**

Mata Kuliah : Manajemen Risiko di Pelayanan Kesehatan  
Nama Kelas : SKM26073\_02  
Jumlah Peserta : 14  
Dosen : CATUR SEPTIAWAN G

No.	NIM	Nama	Nilai Asal						Absolut	Relatif
			Presensi	Tugas Mandiri	Tugas Kelompok	Kuis	UTS	UAS		
1.	02200100003	DEWI FEBRIANA MUTTAQIN	100.00	85.00	90.00	85.00	85.00	85.00	86.50	A
2.	02200200028	DIAN ARIYANI	100.00	85.00	90.00	85.00	85.00	85.00	86.50	A
3.	02210100001	NELA SEPRIWANTI	100.00	75.00	100.00	98.00	98.00	98.00	96.10	A
4.	02210100002	MAYA DWI LESTARI	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	A
5.	02210100004	SUMIATI	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	A
6.	02210200018	NOORRITA RIZKI	100.00	85.00	100.00	85.00	85.00	85.00	88.00	A
7.	02210200024	PAULA YUNITA	100.00	98.00	90.00	98.00	98.00	98.00	96.90	A
8.	02210200025	ADHELA APRILIANA	100.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.50	A
9.	02210200026	MESTIKA AKHIRUNNISA KHAIR	100.00	85.00	100.00	85.00	85.00	85.00	88.00	A
10.	02210200027	GITA RAMADHANTI	100.00	80.00	90.00	80.00	80.00	80.00	82.50	A
11.	02210200028	SUHARTINA BASARA	100.00	98.00	100.00	98.00	98.00	98.00	98.40	A
12.	02210200029	DIEN FALAH	100.00	98.00	100.00	98.00	98.00	98.00	98.40	A
13.	02210200031	AFIDA RAHMANITA	100.00	80.00	90.00	80.00	80.00	80.00	82.50	A
14.	02220200041	EKA SETIYANI	100.00	85.00	90.00	85.00	85.00	85.00	86.50	A

**Mengetahui,**

Nama Dosen	Tanda tangan
CATUR SEPTIAWAN G	



# UNIVERSITAS INDONESIA MAJU

## FAKULTAS

Jalan Harapan Nomor 50, Lenteng Agung Jagakarsa Jakarta Selatan 12610, Telp. 021 78894043; Fax. 021 78894043  
Homepage : [www.uima.ac.id](http://www.uima.ac.id), E-mail : [info@uima.ac.id](mailto:info@uima.ac.id)

### REKAP PRESENSI KULIAH

**Semester : Genap 2022/2023**

**Mata Kuliah** : Manajemen Risiko di Pelayanan Kesehatan (SKM26073)  
**Nama Kelas** : SKM26073\_02  
**Dosen** : CATUR SEPTIAWAN G  
**Dosen Yang Hadir** : CATUR SEPTIAWAN G (16 dari 16) (100%)  
**Pertemuan Terlaksana** : 16 dari 16

No.	NIM	Nama	Prodi	Jml. Kehadiran	% Kehadiran	Sakit	Ijin	Alpa
1	02200100003	DEWI FEBRIANA MUTTAQIN	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
2	02200200028	DIAN ARIYANI	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
3	02210100001	NELA SEPRIWANTI	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
4	02210100002	MAYA DWI LESTARI	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
5	02210100004	SUMIATI	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
6	02210200018	NOORRITA RIZKI	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
7	02210200024	PAULA YUNITA	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
8	02210200025	ADHELA APRILIANA	KESEHATAN MASYARAKAT	15	93.75	0	0	0
9	02210200026	MESTIKA AKHIRUNNISA KHAIR	KESEHATAN MASYARAKAT	12	75	0	0	0
10	02210200027	GITA RAMADHANTI	KESEHATAN MASYARAKAT	15	93.75	0	0	1
11	02210200028	SUHARTINA BASARA	KESEHATAN MASYARAKAT	10	62.5	0	0	0
12	02210200029	DIEN FALAH	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0
13	02210200031	AFIDA RAHMANITA	KESEHATAN MASYARAKAT	12	75	0	0	0
14	02220200041	EKA SETIYANI	KESEHATAN MASYARAKAT	16	100	0	0	0

Jakarta Selatan , 09 Agustus 2023  
Mengetahui,

NIDN:





**UNIVERSITAS  
INDONESIA MAJU**



# MODUL

*MANAJEMEN RESIKO  
DIBAGIAN PELAYANAN KESEHATAN*

## **KATA PENGANTAR**

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penyusun sehingga penyusun dapat menyelesaikan penulisan makalah Manajemen Risiko Pelayanan Kesehatan dengan baik. Makalah ini ditulis untuk memenuhi salah satu tugas mata kuliah Manajemen Risiko di Pelayanan Kesehatan Universitas Indonesia Maju Semester Genap Tahun 2023

Pada kesempatan yang baik ini, izinkanlah penyusun menyampaikan rasa hormat dan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang dengan tulus ikhlas telah memberikan bantuan dan dorongan kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan makalah ini, terutama kepada/Bapak Catur Septiawan, SKM, M.Kes selaku Dosen mata kuliah Manajemen Risiko di Pelayanan Kesehatan dan Bapak Erwin sebagai pendamping dosen.

Penyusun menyadari bahwa makalah ini masih banyak kekurangan baik bentuk, isi, maupun teknik penyajiannya. Oleh sebab itu, kritikan yang bersifat membangun dari berbagai pihak penyusun terima dengan tangan terbuka dan sangat diharapkan. Semoga kehadiran makalah ini menambah ilmu pengetahuan bagi penyusun dan pembaca.

Jakarta, 2023

Penyusun

## DAFTAR NAMA KELOMPOK

Daftar nama kelompok Manajemen Resiko Antara lain :

Kelompok 1	:	1. Dian Ariyani	(02200200028)
		2. Dewi Febriana M	(02200100003)
		3. Eka Setiyani	(02220200041)
Kelompok 2	:	1. Erni Puji Astuti	(02210220007)
		2. Gita Ramadhanti	(02210200027)
Kelompok 3	:	1. Adhela Apriliana	(02210200025)
		2. Afida Rahmanita	(02210200031)
		3. Paula Yunita	(02210200024)
Kelompok 4	:	1. Mestika Khairunissa	(02210200026)
		2. Suhartina Basara	(02210200028)
Kelompok 5	:	1. Maya Dwi Lestari	(02210100002)
		2. Noorrita Rizki	(02210200018)
Kelompok 6	:	1. Dien Falah	(02210200029)
		2. Nela Sepriwanti	(02210100001)
		3. Sumiati	(02210100004)

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR NAMA KELOMPOK .....	ii
DAFTAR ISI.....	ii
Kelompok 1 ( <i>Failure Mode And Effect Analysis</i> )	
BAB I.....	1
1.1 Sejarah FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) .....	1
1.2 Dasar FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).....	1
1.3 Pengertian FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) .....	2
1.4 Tujuan FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).....	3
1.5 Identifikasi Element-Element FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).....	4
1.6 Langkah - Langkah FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).....	6
1.7 Kelebihan FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) .....	8
1.8 Kekurangan FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).....	9
1.9 Contoh Penerapan FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) .....	9
REFERENSI .....	10
LAMPIRAN.....	1
Kelompok 2 ( <i>Infection Control Risk Assasement</i> )	
BAB I PENDAHULUAN .....	11
1.1 Latar Belakang.....	11
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan Masalah.....	12
BAB II PEMBAHASAN .....	13
2.1 Pengertian.....	13
2.2 Macam-macam ICRA (Infection Control Risk Assessment).....	15
2.3 Tujuan.....	16
2.4 Komponen ICRA (Infection Control Risk Assessment) .....	16
2.5 Langkah-langkah melakukan ICRA (Infection Control Risk Assessment) .....	17

BAB III PENUTUP.....	29
3.1 Kesimpulan.....	29
3.2 Saran.....	30
DAFTAR PUSTAKA .....	31
LAMPIRAN.....	31
Kelompok 3 ( <i>Roof Cause Analysis (RCA)</i> )	
BAB 1 PENDAHULUAN .....	32
1.1. Latar Belakang.....	32
1.2. Tujuan.....	32
1.3. Manfaat.....	33
BAB II PEMBAHASAN .....	34
2.1 Pengertian.....	34
2.2 Langkah Melakukan Root Cause Analysis.....	39
BAB III PENUTUP.....	42
3.1. Kesimpulan.....	42
3.2. Saran.....	43
DAFTAR PUSTAKA .....	44
LAMPIRAN.....	44
Kelompok 4 ( <i>Hazard Vulnerability Analysis (HVA)</i> )	
BAB I DEFINISI.....	45
BAB II RUANG LINGKUP .....	46
BAB III TATA LAKSANA.....	47
BAB IV DOKUMENTASI.....	58
DAFTAR PUSTAKA .....	59
LAMPIRAN.....	60
Kelompok 5 ( <i>Goverence, Risk Management, And Complete</i> )	
BAB I PENDAHULUAN .....	61
1.1 Latar Belakang.....	61
1.2 Ruang Lingkup dan Tujuan.....	62
1.3 Manfaat Model Keunggulan GRC.....	62
1.4 Istilah dan Definisi .....	63
1.5 Perkembangan GRC.....	64

BAB II KERANGKA KERJA .....	65
2.1 Prasyarat.....	65
2.2 Prinsip.....	66
2.3 Model Keunggulan GRC.....	67
2.4 Komponen Keunggulan GRC.....	68
2.5 Tingkat Maturitas (Maturity Level).....	69
BAB III PENGUKURAN .....	71
3.1 Metode Pengukuran.....	71
3.2 Nilai Hasil Pengukuran.....	71
3.3 Tindak Lanjut Hasil Pengukuran.....	71
BAB IV CONTOH PENERAPAN GOOD CORPORATE GOVERNANCE (GCG) DI RS ISLAM X.....	72
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	74
5.1 Kesimpulan.....	74
5.2 Saran.....	75
LAMPIRAN .....	76
Kelompok 6 (Risk Maturity Level)	
BAB I PENDAHULUAN .....	76
1.1. Latar Belakang.....	76
1.2. Rumusan Masalah.....	77
1.3. Tujuan.....	78
BAB II PEMBAHASAN .....	79
2.1. Definisi Risk Maturity.....	79
2.2. Tingkatan Risk Maturity Level .....	81
2.3. Manfaat Risk Maturity Level .....	83
2.4. Ruang Lingkup Penilaian Risk Maturity .....	84
2.5. Komponen Penilaian.....	85
2.6. Prosedur Penilaian.....	86
2.7. Kelebihan dan Kelemahan Risk Maturity Level.....	89
2.8. Upaya Peningkatan Risk Maturity Level.....	91
2.9. Implementasi Risk Maturity Level.....	94
BAB III PENUTUP.....	109
3.1. Kesimpulan.....	109

3.2. Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA .....	110
LAMPIRAN.....	110

# ***FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS (FMEA)***

## **KELOMPOK 1**

- Dian Ariyani (02200200028)
- Dewi Muttaqin (02200100003)
- Eka Setiyani (02220200041)



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Sejarah FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

Di dalam mengevaluasi perencanaan sistem dari sudut pandang *reliability, failure modes and effect analysis* (FMEA) merupakan metode yang sangat vital. /1VBCW 1950 ketika teknik tersebut digunakan dalam merancang dan mengembangkan sistem kendali penerbangan. Sejak saat itu teknik FMEA diterima dengan baik oleh industri luas. Dimana terdapat standar yang berhubungan dengan metode FMEA. Standar Inggris yang digunakan secara garis besar menjelaskan BS 5760 atau British Standard 5760, yaitu :

1. *Guide to the assessment of reliability*
2. *Guide to reliability practice*
3. *Guide failure modes and effect analysis* (FMEA)

FMEA memberikan pedoman dalam pengaplikasian teknik tersebut. Standar militer Amerika, US MIL STD 1629 (*Procedure for performing a failure modes effect and criticality analysis*) yang banyak dipertimbangkan menjadi referensi standar.

Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) memiliki beberapa kegunaan. Beberapa kegunaannya di antara lain adalah :

- Ketika diperlukan tindakan preventif / pencegahan sebelum masalah terjadi.
- Ketika ingin mengetahui / mendata alat deteksi yang ada jika terjadi kegagalan.
- Pemakaian proses baru
- Perubahan / penggantian komponen peralatan
- Pemindahan komponen atau proses ke arah baru

### 1.2 Dasar FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

FMEA atau *Failure Mode and Effect Analysis* merupakan/lalat *Six Sigma* yang sering digunakan untuk mengidentifikasi sumber dan akar penyebab dari suatu masalah kualitas. *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) adalah prosedur terstruktur untuk mengidentifikasi dan

mencegah/sebanyak mungkin *failure modes* (mode kegagalan). Dasar dari *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) ini adalah

- Fungsi atau persyaratan,
- Mode kesalahan,
- Efek dan konsekuensi,
- Penyebab potensial, tindakan dan juga pengendalian untuk bisa menemukan penyebab masalah, dan
- Tindakan pencegahan pada mode kesalahan yang berulang.

Menurut Chrysler (1995),/FMEA dapat dilakukan dengan cara:

1. Mengenali dan mengevaluasi kegagalan potensi suatu produk dan efeknya.
2. Mengidentifikasi tindakan yang bisa menghilangkan atau mengurangi kesempatan dari kegagalan potensi terjadi.
3. Pencatatan proses (*document the process*).

### **1.3 Pengertian FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)**

Terdapat banyak sekali pengertian terkait FMEA dari para ahli. Untuk itu, ada baiknya bila kita mengenal FMEA dari sudut pandang para ahli tersebut. Pengertian berdasarkan pakar Lloyd Omdahl dan organisasi dunia ASQ (American Society for Quality). Berdasarkan keduanya, FMEA adalah suatu teknik engineering yang dilakukan agar bisa mengidentifikasi, menetapkan, mengurangi ataupun menghilangkan suatu kegagalan yang diketahui dan ataupun potensi kegagalan dari proses sebelum kegagalan tersebut bisa sampai ke tangan para pelanggan.

FMEA (*failure mode and effect analysis*) adalah suatu prosedur terstruktur untuk mengidentifikasi dan mencegah sebanyak mungkin mode kegagalan (*failure mode*). FMEA digunakan untuk mengidentifikasi sumber-sumber dan akar penyebab dari suatu masalah kualitas. Suatu mode kegagalan adalah apa saja yang termasuk dalam kecacatan/kegagalan dalam desain, kondisi diluar batas spesifikasi yang telah ditetapkan, atau perubahan dalam produk yang menyebabkan terganggunya fungsi dari produk itu.

Terdapat dua penggunaan FMEA yaitu dalam bidang desain (FMEA Desain) dan dalam proses (FMEA Proses). FMEA Desain akan membantu

menghilangkan kegagalan-kegagalan yang terkait dengan desain, misalnya kegagalan karena kekuatan yang tidak tepat, material yang tidak sesuai, dan lain-lain. FMEA Proses akan menghilangkan kegagalan yang disebabkan oleh perubahan-perubahan dalam variabel proses, misal kondisi diluar batas-batas spesifikasi yang ditetapkan seperti ukuran yang tidak tepat, tekstur dan warna yang tidak sesuai, ketebalan yang tidak tepat, dan lain-lain.

Para ahli memiliki beberapa definisi mengenai *failure modes and effect analysis*, definisi tersebut memiliki arti yang cukup luas dan apabila dievaluasi lebih dalam memiliki arti yang serupa. Definisi *failure modes and effect analysis* tersebut disampaikan oleh :

1. Menurut John Moubray, definisi dari *failure modes and effect analysis* adalah metode yang digunakan untuk mengidentifikasi bentuk kegagalan yang mungkin menyebabkan setiap kegagalan fungsi dan untuk memastikan pengaruh kegagalan berhubungan dengan setiap bentuk kegagalan.
2. Menurut Roger D. Leitch, definisi dari *failure modes and effect analysis* adalah analisis teknik yang apabila dilakukan dengan tepat dan waktu yang tepat akan memberikan nilai yang besar dalam membantu proses pembuatan keputusan dari *engineer* selama perancangan dan pengembangan. Analisa tersebut biasa disebut analisa "*bottom up*", seperti dilakukan pemeriksaan pada proses produksi tingkat awal dan mempertimbangkan kegagalan sistem yang merupakan hasil dari keseluruhan bentuk kegagalan yang berbeda.

#### **1.4 Tujuan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)**

Terdapat banyak variasi di dalam rincian *failure modes and effect analysis* (FMEA), tetapi semua itu memiliki tujuan untuk mencapai:

1. Mengenal dan memprediksi potensial kegagalan dari produk atau proses yang dapat terjadi.
2. Memprediksi dan mengevaluasi pengaruh dari kegagalan pada fungsi dalam sistem yang ada.
3. Menunjukkan prioritas terhadap perbaikan suatu proses atau sub sistem melalui daftar peningkatan proses atau sub sistem yang harus diperbaiki.

4. Mengidentifikasi dan membangun tindakan perbaikan yang bisa diambil untuk mencegah atau mengurangi kesempatan terjadinya potensi kegagalan atau pengaruh pada sistem.
5. Mendokumentasikan proses secara keseluruhan.

### **1.5 Identifikasi Element-Element FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)**

Proses Elemen FMEA dibangun berdasarkan informasi yang mendukung analisa. Beberapa elemen-elemen FMEA adalah sebagai berikut :

1. Nomor FMEA (*FMEA Number*) Berisi nomor dokumentasi FMEA yang berguna untuk identifikasi dokumen.
2. Jenis (item) Berisi nama dan kode nomer sistem, subsistem atau komponen dimana akan dilakukan analisa FMEA.
3. Penanggung Jawab Proses (*Process Responsibility*) Adalah nama departemen/bagian yang bertanggung jawab terhadap berlangsungnya proses item di atas.
4. Disiapkan Oleh (*Prepared by*) Berisi nama, nomor telepon, dan perusahaan dari personal yang bertanggung jawab terhadap pembuatan FMEA ini.
5. Tahun Model (*Model Year (s)*) Adalah kode tahun pembuatan item, bentuk ini yang dapat berguna terhadap analisa sistem ini.
6. Tanggal Berlaku (*Key Date*) Adalah FMEA *due date* dimana harus sesuai dengan jadwal.
7. Tanggal FMEA (*FMEA Date*) Tanggal dimana FMEA ini selesai dibuat dengan tanggal revisi terkini.
8. Tim Inti (*Core Team*) Berisi daftar nama anggota tim FMEA serta departemennya.
9. Fungsi Proses (*Process Function*) Adalah deskripsi singkat mengenai proses pembuatan item dimana sistem akan dianalisa.
10. Bentuk Kegagalan Potensial (*Potential Failure Mode*) Merupakan suatu kejadian dimana proses dapat dikatakan secara potensial gagal untuk memenuhi kebutuhan proses atau tujuan akhir produk.
11. Efek Potensial dari Kegagalan (*Potential Effects of Failure*) Merupakan suatu efek dari bentuk kegagalan terhadap pelanggan. Dimana setiap

perubahan dalam variabel yang mempengaruhi proses akan menyebabkan proses itu menghasilkan produk diluar batas-batas spesifikasi.

12. Tingkat Keparahan (*Severity (S)*) Penilaian keseriusan efek dari bentuk kegagalan potensial.
13. Klasifikasi (*Classification*) Merupakan dokumentasi terhadap klasifikasi karakter khusus dari sub proses untuk menghasilkan komponen, sistem atau subsistem tersebut.
14. Penyebab Potensial (*Potential Cause (s)*) Adalah bagaimana kegagalan tersebut bisa terjadi. Dideskripsikan sebagai sesuatu yang dapat diperbaiki.
15. Keterjadian (*Occurrence (O)*) Adalah sesering apa penyebab kegagalan spesifik dari suatu proyek tersebut terjadi.
16. Pengendali Proses saat ini (*Current Process Control*) Merupakan deskripsi dari alat pengendali yang dapat mencegah atau memperbesar kemungkinan bentuk kegagalan terjadi atau mendeteksi terjadinya bentuk kegagalan tersebut.
17. Deteksi (*Detection (D)*) Merupakan penilaian dari kemungkinan alat tersebut dapat mendeteksi penyebab potensial terjadinya suatu bentuk kegagalan.
18. Nomor *Prioritas Risiko (Risk Priority Number (RPN))* Merupakan angka prioritas resiko yang didapatkan dari perkalian *Severity*, *Occurrence*, dan *Detection*
19. Tindakan yang direkomendasikan (*Recommended Action*). Setelah bentuk kegagalan diatur sesuai peringkat RPN-nya, maka tindakan perbaikan harus segera dilakukan terhadap bentuk kegagalan dengan nilai RPN tertinggi.
20. Penanggung jawab Tindakan yang direkomendasikan (*Responsibility for the Recommended Action*) Mendokumentasikan nama dan departemen penanggung jawab tindakan perbaikan tersebut serta target waktu penyelesaian.
21. Tindakan yang diambil (*Action Taken*) Setelah tindakan diimplementasikan, dokumentasikan secara singkat uraian tindakan tersebut serta tanggal efektifnya.

22. Hasil RPN (*Resulting RPN*) Setelah tindakan perbaikan diidentifikasi, perkiraan dan rekam *Occurrence*, *Severity*, dan *Detection* baru yang dihasilkan serta hitung RPN yang baru. Jika tidak ada tindakan lebih lanjut diambil maka beri catatan mengenai hal tersebut.
23. Tindak Lanjut (*Follow Up*) Dokumentasi proses FMEA ini akan menjadi dokumen hidup dimana akan dilakukan perbaikan terus menerus sesuai kebutuhan perusahaan.

### 1.6 Langkah - Langkah FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

Dalam menggunakan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*), terdapat langkah-langkah untuk melakukan metode tersebut. Hal ini dilakukan agar masalah dalam proses mudah ditemukan dan pengambilan keputusan untuk rekomendasi sesuai dengan kebutuhan. Berikut ini merupakan langkah - langkah dari FMEA menurut Joint Commission Resources:

Langkah	Deskripsi
1	Menentukan proses yang mempunyai resiko tinggi dan membentuk tim ( <i>Select a high-risk process and assemble a team</i> ) ... lihat HFMEA Decision Tree
2	Menyusun diagram proses ( <i>Diagram the process</i> )
3	<i>Brainstorming potential failure modes</i> dan akibat-akibat yang ditimbulkan ( <i>Brainstorm potential failure modes and determine their effects</i> )
4	Menentukan prioritas <i>failure modes</i> ( <i>Prioritize failure modes</i> ) ... lihat Langkah Penetapan Prioritas berdasarkan <i>Risk Priority Number</i> (RPN)
5	Identifikasi akar penyebab masalah dari <i>failure modes</i> ( <i>Identify root causes of failure modes</i> )
6	Membuat rancangan ulang proses ( <i>Redesign the process</i> )
7	Analisa dan pengujian proses baru ( <i>Analyze and test the new process</i> )
8	Implementasi dan monitoring rancangan ulang proses ( <i>Implement and monitor the new process</i> )

Secara umum, untuk melakukan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) adalah sebagai berikut.

#### 1. Identifikasi jenis-jenis kegagalan (*failure mode*).

Pada tahap ini akan dilakukan identifikasi setiap penyimpangan dari spesifikasi yang disebabkan oleh perubahan-perubahan dalam variabel yang mempengaruhi produksi.

2. Mengidentifikasi akibat dari kegagalan (*effect of failure*).

Tahap ini akan dilakukan identifikasi akibat atau konsekuensi yang didapat dari failure mode pada tahap setelahnya, operasi, produk, pelanggan, dan atau peraturan pemerintah (Stamatis, 1995).

3. Mengidentifikasi penyebab kegagalan yang terjadi pada proses berlangsung (*cause of failure*).

Pada tahap ini akan dilakukan identifikasi faktor-faktor apa saja yang dapat membuat produk menjadi gagal.

4. Menentukan *Severity Rating* (S) atau tingkat keparahan kegagalan.

**Tabel 1. Severity Rating**

Rank		Criteria
1	Minor	Unreasonable to expect that the minor nature of this failure would cause any real effect on the product and/or service. Customer will probably not even notice the failure.
2 - 3	Low	Low severity ranking due to nature of failure causing only a slight customer annoyance. Customer probably will notice a slight deterioration of the product and/or service. A slight inconvenience in the next process, or minor rework action.
4 - 6	Moderate	Moderate ranking because failure cause some dissatisfaction. Customer is made uncomfortable or is annoyed by the failure. May cause the use of unscheduled repairs and/or damage of equipment.
7 - 8	High	High degree of customer dissatisfaction due to the nature of the failure such an inoperable product or inoperative convenience. Does not involve safety issues or government regulation. May cause disruptions to subsequent processes and/or
9 - 10	Very High	Very high severity is when the failure affects safety and involves non-compliance with government regulations.

5. Menentukan *Occurrence Rating* (O) atau seberapa sering suatu penyebab kegagalan terjadi.

**Tabel 2. Occurance Rating**

Rank		Criteria
1	Unlikely	Failure is unlikely (less than 1 in 1.000.000)
2	Very Low	Process is in statistical control. Isolated failure exist. (1 in 20.000)
3	Low	Process is in statistical control. Isolated failure occur sometimes (1 in 4.000)
4 - 6	Moderate	Process is in statistical control with occasional failure but not in major proportion. (1 in 1.000 to 1 in 800)
7 - 8	High	Process no in statistical control. Have failure often. (1 in 40 to 1 in 20)
9 - 10	Very High	Failure are inevitable.

6. Mengidentifikasi *current control* yang telah dilakukan untuk mencegah failure mode.

Tahapan ini akan dilakukan identifikasi kegiatan yang telah dilakukan oleh perusahaan untuk mengatasi kegagalan proses yang terjadi.

- Menetapkan Detection Rating (D) atau penilaian dari kemungkinan alat tersebut dapat mendeteksi penyebab potensial kegagalan.

**Tabel 3. Detection Rating**

Rank		Criteria
1	Very High	Remote likelihood that the product or service will be delivered. The defect is functionally obvious and readily detected. Detection reliability at least 99,99%.
2 - 5	High	Low likelihood that the product would be delivered with defect. The defect is obvious. Detection reliability at least 99,80%.
6 - 8	Moderate	Moderate likelihood that the product will be delivered with defect. The defect is easily identified. Detection reliability at least 98,00%.
9	Low	High likelihood that the product would be delivered with defect. The defect is subtle. Detection reliability at greater than 90%.
10	Very Low	Very likelihood that the product and/or service will be delivered with defect. Item is usually not check or not checkable . Quite often the defect is latent and would not appear during the process or service. Detection reliability 90% or less.

- Menentukan nilai *Risk Priority Number* (RPN).

RPN menegaskan tingkat prioritas dari suatu failure (Stamatis, 1995). Nilai RPN bergantung pada nilai *severity rating*, *occurrence rating*, dan *detection rating*. Rumus yang digunakan untuk menghitung RPN yaitu :

$$RPN = \textit{severity rating} \times \textit{occurrence rating} \times \textit{detection rating}$$

$$/1= S \times O \times D$$

**Langkah Penetapan Prioritas berdasarkan Risk Priority Number (RPN)**

#	Tahapan Proses	Kegagalan	OCC	SEV	DET	RPN	Prioritas
1							
2							
3							

**1.7 Kelebihan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)**

Beberapa kelebihan dari FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) adalah sebagai berikut:

- Hemat biaya karena sistematis. Untuk karena itu penyelesaiannya tertuju pada *potensial causes* (penyebab yang potensial) sebuah kegagalan / kesalahan.
- Hemat waktu dan lebih tepat pada sasaran.



3. Dapat diterapkan secara luas, pada manusia, teknis sistem, desain produk, proses produksi dan perakitan, fungsi jasa, fungsi perangkat lunak dan prosedur.
4. Hasil analisis sistematis sehingga mudah dipahami
5. Program penanganan fokus pada proses yang memerlukan perhatian khusus

### 1.8 Kekurangan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

Disamping memiliki kelebihan yang banyak, *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) juga memiliki beberapa kekurangan yaitu:

1. Analisis FMEA hanya dapat dilakukan untuk setiap satu modus kegagalan sehingga tidak bisa menggabungkan beberapa modus kegagalan lainnya.
2. Penerapan FMEA memerlukan biaya yang tinggi sehingga waktu yang dibutuhkan lama.
3. Analisis FMEA hanya mudah diterapkan pada sistem satu lapis sehingga sulit untuk diterapkan pada sistem multi-lapis yang kompleks.

### 1.9 Contoh Penerapan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

Di bawah ini merupakan contoh dari penerapan *Failure Mode and Effect Analysis* dalam lingkup pelayanan kesehatan.

**Tabel Failure Mode pada Rumah Sakit**

PENDAFTARAN	POLIKLINIK	IGD	RANAP	KASIR	KLAIM
UMUM & ADM	PELAYANAN MEDIS	PELAYANAN MEDIS	PELAYANAN MEDIS	UMUM & ADM	UMUM & ADM
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumen tidak lengkap</li> <li>▪ Rujukan salah RS</li> <li>▪ Rujukan expired</li> <li>▪ SEP tidak tercetak</li> <li>▪ Pasien tidak sesuai</li> <li>▪ Salah entri penjamin</li> <li>▪ Salah entri dokter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak sesuai prosedur/kmkb</li> <li>▪ Surat kontrol tidak lengkap</li> <li>▪ Pasien sudah stabil masih kontrol</li> <li>▪ Diagnosa tidak berhubungan</li> <li>▪ Diagnosa tidak lengkap</li> <li>▪ Readmision</li> <li>▪ Pasien pegang rujukan &gt; 1 tapi kasus berhubungan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kasus elektif</li> <li>▪ Tidak memenuhi kriteria emergensi</li> <li>▪ Kasus kontrol</li> <li>▪ Diagnosa tidak lengkap</li> <li>▪ Readmision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pembatalan pelayanan</li> <li>▪ Dokumen keselip</li> <li>▪ Resume tidak lengkap</li> <li>▪ Tidak sesuai standar (PPK/CP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salah transaksi</li> <li>▪ Dokumen keselip</li> <li>▪ Dokumen belum siap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klaim keselip</li> <li>▪ Salah koding</li> <li>▪ Klaim expired pdhal data sudah lengkap</li> <li>▪ Salah alamat kirim</li> </ul>

## REFERENSI

- Anggi (2022) FMEA , Accurate Online. Available at: <https://accurate.id/marketing-manajemen/fmea-adalah/#:~:text=Beberapa%20hal%20dasar%20yang%20harus,pada%20mode%20kesalahan%20yang%20berulang.> (Accessed: April 13, 2023).
- Hidayat, M.T. and Rochmoeljati, R. (2020) “Perbaikan Kualitas Produk menggunakan metode fault tree analysis (FTA) dan failure mode and effect analysis (FMEA) di pt. IFMFI, Surabaya,” JUMINTEN, 1(4), pp. 70–80. Available at: <https://doi.org/10.33005/juminten.v1i4.76>.
- Leitch, R.D. (1995) Reliability Analysis for Engineers, Google Buku. Google. Available at: [https://books.google.co.id/books/about/Reliability\\_Analysis\\_for\\_Engineers.html?id=4zxiQgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Reliability_Analysis_for_Engineers.html?id=4zxiQgAACAAJ&redir_esc=y) (Accessed: April 14, 2023).
- Moubray, J. (1992) Reliability-centered maintenance, Google Buku. Google. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=bNCVF0B7vpIC&lpg=PP1&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q&f=false> (Accessed: April 14, 2023).
- Nugraha, E. and Sari, R.M. (no date) Analisis defect dengan metode fault tree analysis dan failure mode effect analysis, Organum: Jurnal Saintifik Manajemen dan Akuntansi. Available at: <http://ejournal.winayamukti.ac.id/index.php/Organum/article/view/58> (Accessed: April 13, 2023).
- Satria P, B. (2019) Analisa Penerapan Lean HEALTHCARE Untuk Menghilangkan Pemborosan Pada Sistem Pelayanan BPJS dengan pendekatan failure mode and effect ANALISYS (FMEA), Repository Universitas Putra Indonesia. Available at: <http://repository.upiypk.ac.id/2024/> (Accessed: April 14, 2023).
- QAPI (no date) Guidance for Performing Failure Mode and Effects Analysis with Performance Improvement Projects. Available at: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/Downloads/GuidanceForFMEA.pdf> (Accessed: April 13, 2023).

# FMEA

## Kelompok 1

1. Dian Ariyani – 02200200028
2. Dewi Febriana M – 02200100003
3. Eka Setiyani – 02220200041

# Daftar Isi

**01** Sejarah

**02** Dasar

**03** Pengertian

**04** Tujuan

**05** Identifikasi  
elemen

**06** Langkah -  
langkah

**07** Kelebihan

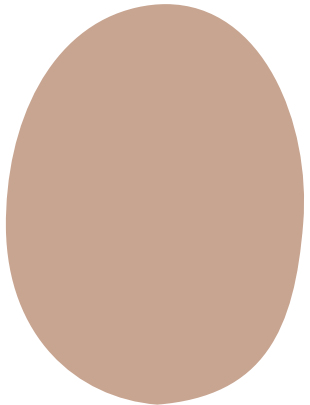
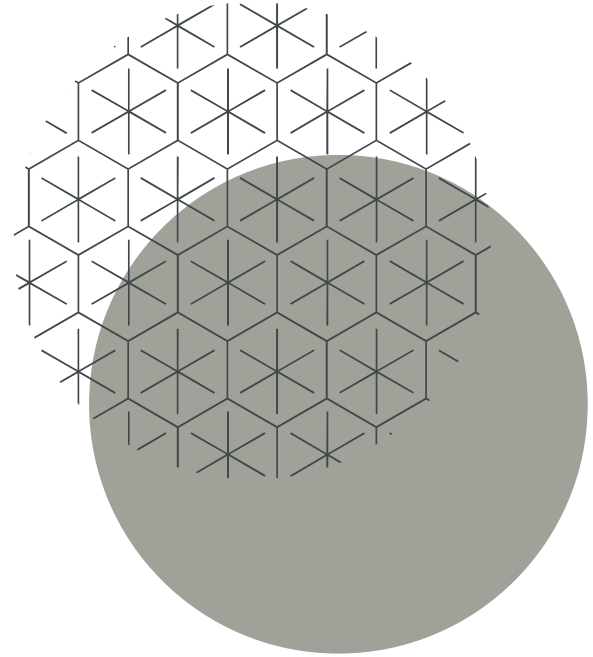
**08** Kekurangan

**09** Contoh



# Oil Sejarah

---



# Sejarah FMEA

1. 1950 - Merancang dan Mengembangkan sistem kendali penerbangan
2. British Standard 5760
  - *Guide to the assessment of reliability*
  - *Guide to reliability practice*
  - *Guide failure modes and effect analysis (FMEA)*
1. US MIL STD 1629 (*Procedure for performing a failure modes effect and criticality analysis*)





02

# Dasar FMEA

---

# Dasar FMEA

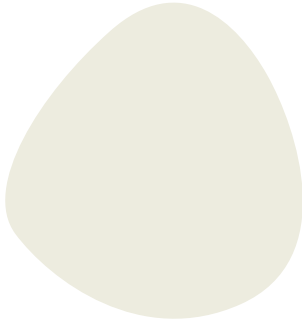
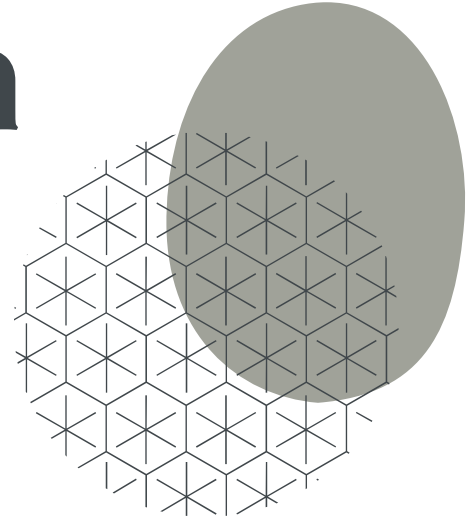




03

# Pengertian

---



# Pengertian FMEA

Suatu teknik engineering yang dilakukan agar bisa mengidentifikasi, menetapkan, mengurangi ataupun menghilangkan suatu kegagalan yang diketahui dan ataupun potensi kegagalan dari proses sebelum kegagalan tersebut bisa sampai ke tangan para pelanggan.

*- Pakar Lloyd Omdahl dan organisasi dunia ASQ (American Society for Quality) -*

# Pengertian FMEA

Metode yang digunakan untuk mengidentifikasi bentuk kegagalan yang mungkin menyebabkan setiap kegagalan fungsi dan untuk memastikan pengaruh kegagalan berhubungan dengan setiap bentuk kegagalan.

*- John Moubray -*

# Pengertian FMEA

Analisis teknik yang apabila dilakukan dengan tepat dan waktu yang tepat akan memberikan nilai yang besar dalam membantu proses pembuatan keputusan dari engineer selama perancangan dan pengembangan. Analisa tersebut biasa disebut analisa “bottom up”, seperti dilakukan pemeriksaan pada proses produksi tingkat awal dan mempertimbangkan kegagalan sistem yang merupakan hasil dari keseluruhan bentuk kegagalan yang berbeda.

- Roger D. Leitch -



04

# Tujuan

---

# Tujuan FMEA

1	2	3	4	5
Mengenal & memprediksi potensi kegagalan	Memprediksi & mengevaluasi pengaruh kegagalan	Menunjukkan prioritas perbaikan	Mengidentifikasi & membangun perbaikan	Mendokumentasikan proses

05

**Identifikasi Elemen**





# Elemen FMEA (I)



## FMEA Number

Nomor FMEA



## Item

Nama, kode nomor sistem



## Process Responsibility

Penanggung jawab



## Prepared by

Nama, nomor telepon perusahaan / personal



## Model year (s)

Kode pembuatan item



## Key date

FMEA due date







## Elemen FMEA (2)



### FMEA date

Tanggal FMEA  
selesai dibuat



### Core team

Daftar anggota  
FMEA



### Process function


Deskripsi singkat  
proses pembuatan  
item

### Potential Failure Mode




Kegagalan potensial  
dari produk

### Potential Effect of Failure



Efek potensial dari  
kegagalan

### Severity (S)



Tingkat keparahan  
dari kegagalan



# Elemen FMEA (3)



## Classification

Klasifikasi karakter khusus dari sub-proses



## Potensial cause (s)

Penyebab potensial



## Occurrence (O)

Sesering apa suatu penyebab kegagalan



## Current Process Control

Alat pengendali proses saat ini



## Detection (D)

Penilaian kemungkinan alat pendeteksi kegagalan



## RPN (Risk Priority Number)

Angka prioritas risiko yang didapatkan





# Elemen FMEA (4)



## Recommendation action

Tindakan yang direkomendasikan



## Action taken

Tindakan yang diambil



## Resulting RPN

Hasil dari RPN



## Follow up

Dokumentasi dan tindak lanjut FMEA

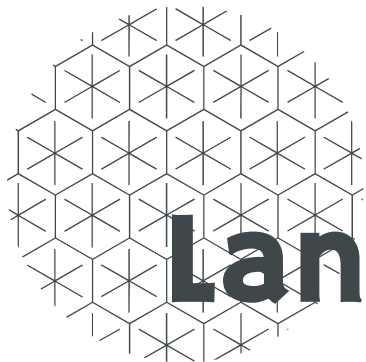


## Responsibility for the recommended action

Penanggung jawab tindakan yang direkomendasikan



06



**Langkah - langkah**

---



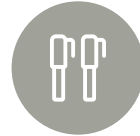
# Langkah - Langkah pada FMEA

Identifikasi failure mode



Identifikasi effect of failure & cause of failure

Identifikasi Current Control



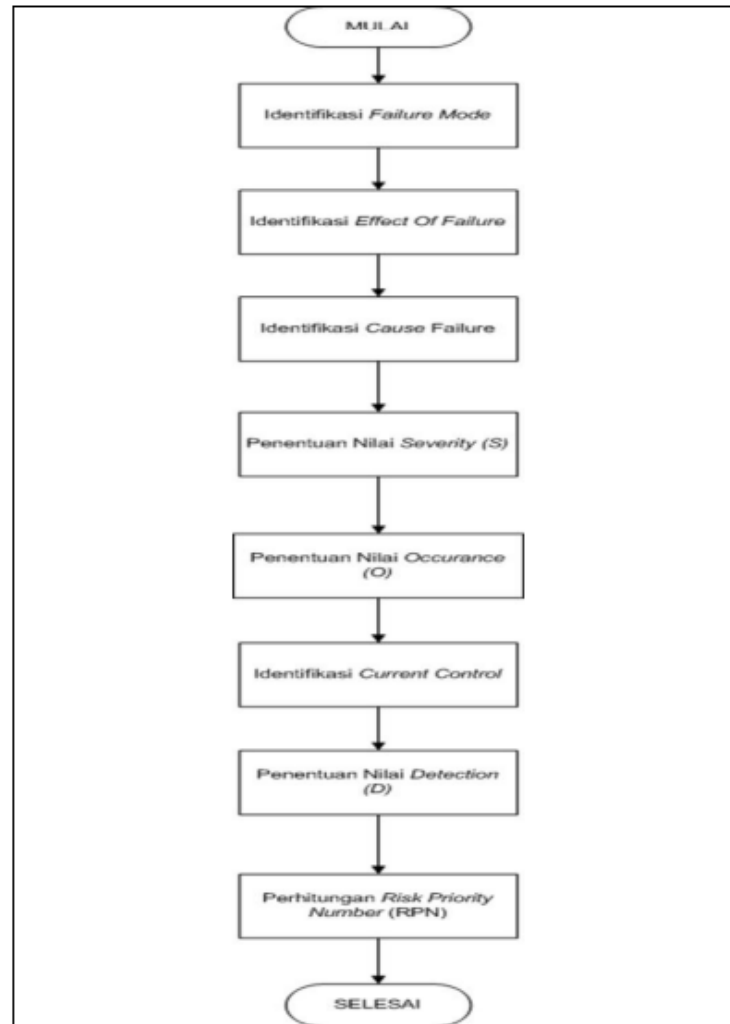
Penentuan nilai S (*Severity*) & O (*Occurrence*)

Penentuan nilai D (*Detection*)



Menghitung RPN (Risk Priority Number)

# Alur FMEA



# Tabel dari alur FMEA

Tabel S (*Severity*) rating

<b>Rank</b>		<b>Criteria</b>
1	<i>Minor</i>	<i>Unreasonable to expect that the minor nature of this failure would cause any real effect on the product and/or service. Customer will probably not even notice the failure.</i>
2 - 3	<i>Low</i>	<i>Low severity ranking due to nature of failure causing only a slight customer annoyance. Customer probably will notice a slight deterioration of the product and/or service. A slight inconvenience in the next process, or minor rework action.</i>
4 - 6	<i>Moderate</i>	<i>Moderate ranking because failure cause some dissatisfaction. Customer is made uncomfortable or is annoyed by the failure. May cause the use of unscheduled repairs and/or damage of equipment.</i>
7 - 8	<i>High</i>	<i>High degree of customer dissatisfaction due to the nature of the failure such an inoperable product or inoperative convenience. Does not involve safety issues or government regulation. May cause disruptions to subsequent processes and/or</i>
9 - 10	<i>Very High</i>	<i>Very high severity is when the failure affects safety and involves non-compliance with government regulations.</i>

# Tabel dari alur FMEA

Tabel O (*Occurrence*) rating

<b>Rank</b>		<b>Criteria</b>
1	<i>Unlikely</i>	<i>Failure is unlikely (less than 1 in 1.000.000)</i>
2	<i>Very Low</i>	<i>Process is in statistical control. Isolated failure exist. (1 in 20.000)</i>
3	<i>Low</i>	<i>Process is in statistical control. Isolated failure occur sometimes (1 in 4.000)</i>
4 - 6	<i>Moderate</i>	<i>Process is in statistical control with occasional failure but not in major proportion. (1 in 1.000 to 1 in 800)</i>
7 - 8	<i>High</i>	<i>Process no in statistical control. Have failure often. (1 in 40 to 1 in 20)</i>
9 - 10	<i>Very High</i>	<i>Failure are inevitable.</i>



# Tabel dari alur FMEA

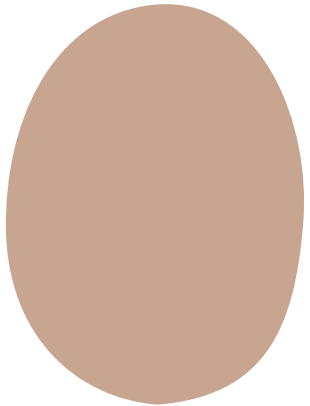
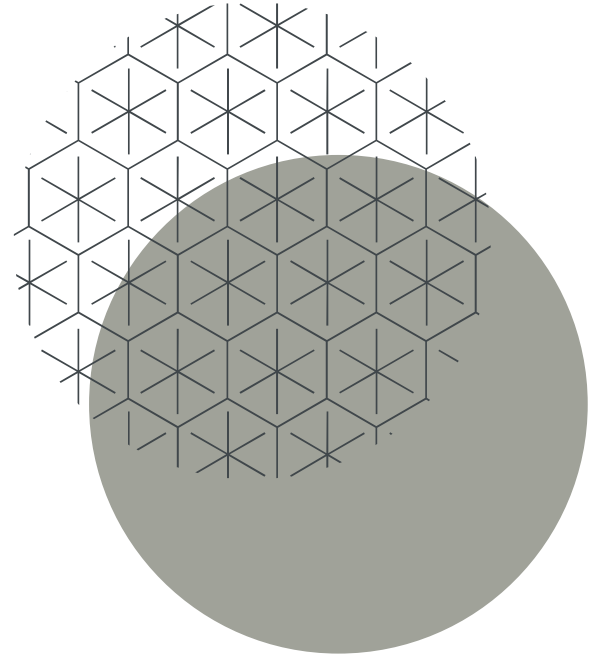
Tabel D (*Detection*) rating

<b>Rank</b>		<b>Criteria</b>
1	<i>Very High</i>	<i>Remote likelihood that the product or service will be delivered. The defect is functionally obvious and readily detected. Detection reliability at least 99,99%.</i>
2 - 5	<i>High</i>	<i>Low likelihood that the product would be delivered with defect. The defect is obvious. Detection reliability at least 99,80%.</i>
6 - 8	<i>Moderate</i>	<i>Moderate likelihood that the product will be delivered with defect. The defect is easily identified. Detection reliability at least 98,00%.</i>
9	<i>Low</i>	<i>High likelihood that the product would be delivered with defect. The defect is subtle. Detection reliability at greater than 90%.</i>
10	<i>Very Low</i>	<i>Very likelihood that the product and/or service will be delivered with defect. Item is usually not check or not checkable . Quite often the defect is latent and would not appear during the process or service. Detection reliability 90% or less.</i>



07

# Kelebihan



# Kelebihan FMEA

**Hemat biaya**



**Hemat waktu**



**Fleksibel**



**Sistematis**



**FMEA**

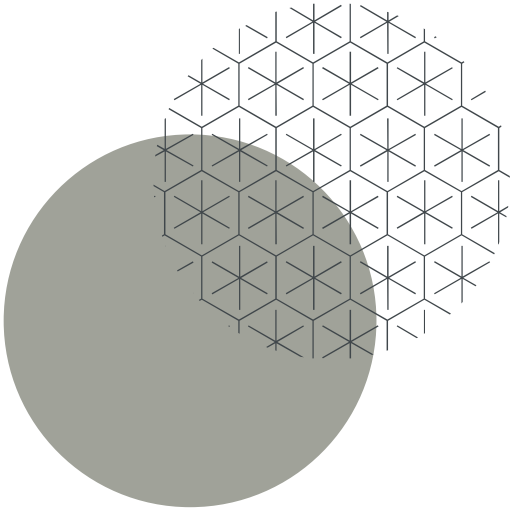


**Fokus ke proses**

08

# Kekurangan

—



# Kekurangan FMEA



1

Hanya fokus dalam  
1 modus kegagalan.



2

Biaya tinggi & Waktu  
lama



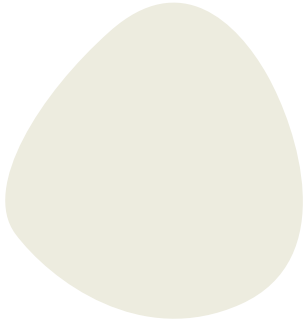
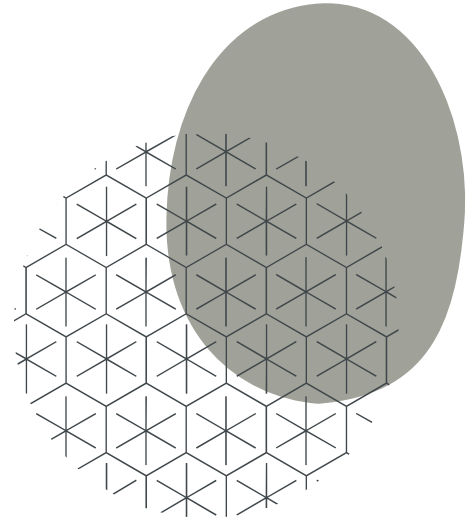
3

Diterapkan pada  
sistem 1 lapis (tidak  
kompleks)

09

**Contoh**

---



# Tabel Failure Mode pada Rumah Sakit

PENDAFTARAN	POLIKLINIK	IGD	RANAP	KASIR	KLAIM
UMUM & ADM	PELAYANAN MEDIS	PELAYANAN MEDIS	PELAYANAN MEDIS	UMUM & ADM	UMUM & ADM
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumen tidak lengkap</li> <li>Rujukan salah RS</li> <li>Rujukan expired</li> <li>SEP tidak tercetak</li> <li>Pasien tidak sesuai</li> <li>Salah entri penjamin</li> <li>Salah entri dokter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak sesuai prosedur/kmkb</li> <li>Surat kontrol tidak lengkap</li> <li>Pasien sudah stabil masih kontrol</li> <li>Diagnosa tidak berhubungan</li> <li>Diagnosa tidak lengkap</li> <li>Readmision</li> <li>Pasien pegang rujukan &gt; 1 tapi kasus berhubungan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kasus elektif</li> <li>Tidak memenuhi kriteria emergensi</li> <li>Kasus kontrol</li> <li>Diagnosa tidak lengkap</li> <li>Readmision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembatalan pelayanan</li> <li>Dokumen keselip</li> <li>Resume tidak lengkap</li> <li>Tidak sesuai standar (PPK/CP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salah transaksi</li> <li>Dokumen keselip</li> <li>Dokumen belum siap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klaim keselip</li> <li>Salah koding</li> <li>Klaim expired pdhal data sudah lengkap</li> <li>Salah alamat kirim</li> </ul>

# Referensi

Anggi (2022) *FMEA*, *Accurate Online*. Available at: <https://accurate.id/marketing-manajemen/fmea-adalah/#:~:text=Beberapa%20hal%20dasar%20yang%20harus,pada%20mode%20kesalahan%20yang%20berulang>. (Accessed: April 13, 2023).

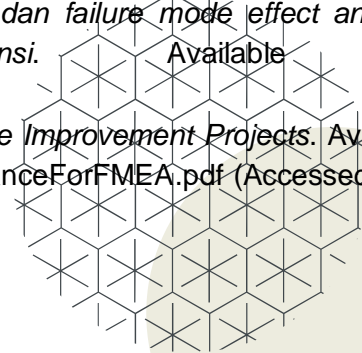
Hidayat, M.T. and Rochmoeljati, R. (2020) "Perbaikan Kualitas Produk menggunakan metode fault tree analysis (FTA) dan failure mode and effect analysis (FMEA) di pt. IFMFI, Surabaya," *JUMINTEN*, 1(4), pp. 70–80. Available at: <https://doi.org/10.33005/juminten.v1i4.76>.

Leitch, R.D. (1995) *Reliability Analysis for Engineers*, *Google Buku*. Google. Available at: [https://books.google.co.id/books/about/Reliability\\_Analysis\\_for\\_Engineers.html?id=4zxiQgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Reliability_Analysis_for_Engineers.html?id=4zxiQgAACAAJ&redir_esc=y) (Accessed: April 14, 2023).

Moubray, J. (1992) *Reliability-centered maintenance*, *Google Buku*. Google. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=bNCVF0B7vpIC&lpg=PP1&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q&f=false> (Accessed: April 14, 2023).

Nugraha, E. and Sari, R.M. (no date) *Analisis defect dengan metode fault tree analysis dan failure mode effect analysis*, *Organum: Jurnal Saintifik Manajemen dan Akuntansi*. Available at: <http://ejournal.winayamukti.ac.id/index.php/Organum/article/view/58> (Accessed: April 13, 2023).

QAPI (no date) *Guidance for Performing Failure Mode and Effects Analysis with Performance Improvement Projects*. Available at: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/Downloads/GuidanceForFMEA.pdf> (Accessed: April 13, 2023).





The background features several abstract, organic shapes in muted colors: a large brown shape on the left, a large light green shape in the center, and a large grey shape on the right. A small, dark grey oval is positioned in the lower right. At the top center, there is a black line-art illustration of a leafy branch.

**Terima Kasih**

# Q & A



## **Lampiran 2 Notulensi**

Kel. 1

Pertemuan ke: 2

Topik: FMEA

Presenter :

1. Eka Setiyani
2. Dewi Febriana M
3. Dian Ariyani

Penanya:

1. Maya Dwi Lestari
2. Mestika Khair
3. Paula yunita
4. Nela Sepriwanti

Moderator : Suhartina Basara

Notulensi: Dewi Febriana M

Keterangan:

### **Pertanyaan**

#### **1. Maya Dwi Lestari**

*Indikator keberhasilan FMEA seperti apa ?*

FMEA adalah Failure Mode Effect Analysis, yang artinya adalah suatu analisis yang dilakukan untuk bisa menemukan efek atau dampak yang kemungkinan akan membuat kesalahan pada suatu produk ataupun pada proses produksi. Dalam dunia industri, FMEA adalah suatu metode analisa potensi kegagalan yang dilakukan sebelum mendesain suatu produk yang direalisasikan ataupun sebelum dilakukannya produksi massal

FMEA dikatakan berhasil, jika tim FMEA berhasil dalam mengidentifikasi semua potensi kegagalan dan melakukan tindakan untuk menghilangkan atau mengurangi risiko dari kegagalan tersebut. Analisa, dokumentasi dan memperbaiki FMEA . Failure modes and effect analysis (FMEA) merupakan dokumen yang harus dianalisa dan diurus secara terus-menerus.

## **2. Nela Sepriwanti**

*Mohon dijelaskan Mengapa harus menggunakan metode FMEA?*

Alasan penggunaan FMEA menurut Hyatt (2003) adalah sebagai berikut : a. Untuk mengidentifikasi situasi kecelakaan tertentu. b. Untuk mempertimbangkan peningkatan keselamatan alternatif c. Untuk memperoleh data untuk analisis resiko kuantitatif. d. Untuk mengevaluasi bahaya dari desain awal dan prosedur operasi.

## **3. Paula yunita**

*Kapan FMEA digunakan dan apa yang dinilai dalam metode FMEA??*

FMEA digunakan selama desain untuk mencegah kegagalan. Kemudian digunakan untuk kontrol, sebelum dan selama operasi proses yang sedang berlangsung. Idealnya, FMEA dimulai selama tahap konseptual awal desain dan berlanjut sepanjang umur produk atau layanan.

Yang di nilai dalam metode FMEA Dalam dunia industri, FMEA adalah suatu metode analisa potensi kegagalan yang dilakukan sebelum mendesain suatu produk yang direalisasikan ataupun sebelum dilakukannya produksi massal.

## **4. Mestika Khair**

*Bentuk analisisnya FMEA seperti apa, Apa di centang” ?*

Iya bentuk analisisnya FMEA di centang centang sesuai kondisi dan akan diases

*Mengenai biaya dan waktu kelebihan dan kekurangan bedanya apa?*

Kelebihan biaya waktu : murah karena sistem nya tidak sulit

Kekurangan biaya waktu : waktu pemantauan lama, jadi biaya pemantauan yg di keluarkan untuk pemantauan cukup besar

## **5. Bapak Catur**

FMEA adalah suatu metode analisa potensi kegagalan yang dilakukan sebelum mendesain suatu produk yang direalisasikan ataupun sebelum dilakukannya produksi massal.

Di dalam industri kesehatan FMEA adalah suatu alat yang cukup kuat untuk merancang / merancang ulang suatu proses layanan kesehatan yang berisiko tinggi membahayakan pasien, menjadi suatu proses baru yang lebih aman. Dengan FMEA suatu proses yang berpotensi bahaya akan lebih mudah dideteksi,

dikurangi kemungkinan terjadinya dan dikurangi dampak bahayanya. Sesuai regulasi, semua fasyankes melakukan evaluasi proses yang berisiko tinggi dengan perangkat FMEA, minimal sekali dalam setahun.

# ***INFECTION CONTROL RISK ASSASSMENT (ICRA)***

## **KELOMPOK 2**

- Erni Puji Astututi (02210200007)
- Gita Ramadhanti (02210200027)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Healthcare Associated Infections (HAIs) atau infeksi nosokomial telah banyak terjadi baik di negara yang sedang berkembang maupun negara maju sekalipun. Berbagai penelitian menunjukkan HAIs merupakan komplikasi yang paling sering terjadi di era terapi kedokteran saat ini dikarenakan oleh meningkatnya umur dan kompleksitas pasien, peningkatan penggunaan alat invasif, dan seringnya penggunaan terapi antibiotik yang tidak sesuai. Selain itu, HAIs juga sangat berkaitan dengan peningkatan angka mortalitas, morbiditas serta peningkatan biaya perawatan yang signifikan (Al-tawfiq and Tambyah 2014). Terjadinya infeksi di rumah sakit (nosokomial dan komunitas) dan upaya untuk mengendalikan infeksi ditentukan oleh komitmen rumah sakit dalam menjaga mutu, kontrol infeksi, dan keselamatan pasien.

Insiden infeksi nosokomial berbeda disetiap rumah sakit, angka infeksi nosokomial yang tercatat di beberapa negara berkisar antara 3,3% sampai 9,2% artinya sekian persen penderita yang dirawat tertular infeksi nosokomial dan dapat terjadi secara akut maupun secara kronis (Darmadi, 2016). Infeksi nosokomial menyebabkan 1,5 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. Di negara berkembang, diperkirakan >40% pasien di RS terserang infeksi nosokomial. Sebesar 8,7% pasien RS menderita infeksi nosokomial selama menjalani perawatan di RS (Wiku, 2019).

Berdasarkan data WHO tahun 2016 kejadian HAIs terjadi pada 15% dari semua pasien rawat inap. HAIs menjadi penyebab sekitar 4 - 56% penyebab kematian neonatus, dengan tingkat kejadian sekitar 75% terjadi di Asia Tenggara dan Subsahara Afrika. Berdasarkan hasil survey HAIs tahun 2014 di rumah sakit AS didapatkan angka kejadian HAIs mencapai 722.000 di unit perawatan akut dan 75.000 pasien dengan HAIs meninggal ketika dirawat di rumah sakit (Sapardi et al., 2018).

Studi yang dilakukan di negara-negara berpenghasilan tinggi menemukan bahwa 5% - 15% dari pasien yang dirawat di rumah sakit mendapatkan HAIs yang dapat mempengaruhi 9% - 37% dari mereka yang dirawat di ICU. Setiap tahunnya, ICU didiagnosa sekitar 0,5 juta HAIs setiap tahunnya.(Haque et al., 2018) Penelitian diberbagai universitas di Amerika Serikat menyebutkan bahwa pasien yang dirawat di ICU mempunyai kecendrungan terkena infeksi nosokomial 5-8 kali lebih tinggi dari pada pasien yang dirawat di ruang biasa. Infeksi nosokomial banyak terjadi di ICU

pada kasus pasca bedah dan kasus dengan pemasangan infus dan kateter yang tidak sesuai dengan prosedur standar pencegahan dan pengendalian infeksi yang diterapkan di rumah sakit (Salawati, 2012).

Indonesia melalui Departemen Kesehatan RI, telah melakukan survey pada tahun 2019 terhadap 10 Rumah Sakit Umum Pendidikan, didapatkan angka yang cukup tinggi 6-16 % angka infeksi nosokomial, dengan rata-rata 9,8%. Survey yang dilakukan di 10 rumah sakit di DKI Jakarta ini menunjukkan bahwa pasien rawat inap yang mendapat infeksi yang baru selama dirawat di rumah sakit adalah sebanyak 9,8%. Phlebitis adalah infeksi yang tertinggi di rumah sakit swasta atau pemerintah dengan jumlah pasien 2.168 pasien dari jumlah pasien berisiko 124.733 (1.7%) (Riani & Syafriani, 2019).

Kejadian infeksi nosokomial merupakan gambaran mutu pelayanan rumah sakit dengan demikian pengendalian juga pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit adalah hal yang sangat penting untuk dilakukan. Resiko terjadinya infeksi di rumah sakit bisa dikurangi atau diminimalisir dengan salah satunya melakukan manajemen Resiko ICRA (*Infection Control Risk Assessment*).

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Apa Pengertian dari ICRA (*Infection Control Risk Assessment*) ?
2. Macam-macam ICRA apa saja?
3. Komponen dari ICRA apa saja ?
4. Langkah-langkah dalam melakukan ICRA ?

## **1.3 Tujuan Masalah**

Berdasarkan rumusan masalah yang disusun oleh penulis, maka tujuan dalam penyusunan makalah ini sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui pengertian dari ICRA
2. Untuk mengetahui macam-macam ICRA
3. Untuk mengetahui Komponen dari ICRA
4. Untuk mengetahui Langkah-langkah dalam melakukan ICRA



## **BAB II**

### **PEMBAHASAN**

#### **2.1 Pengertian**

Salah satu program dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah melakukan pengkajian risiko. Pengkajian risiko sebaiknya dilakukan setiap awal tahun sebelum memulai program dan dapat setiap saat ketika dibutuhkan.

Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yg dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian dimasa datang (ERM, *Risk Management Handbook for Health Care Organization*).

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Suatu proses penilaian untuk menguji sebuah proses secara rinci dan berurutan, baik kejadian yang aktual maupun yang potensial berisiko ataupun kegagalan dan suatu yang rentan melalui proses yang logis, dengan memprioritaskan area yang akan di perbaiki berdasarkan dampak yang akan di timbulkan baik aktual maupun potensial dari suatu proses perawatan, pengobatan ataupun pelayanan yang diberikan.

Pencatatan risiko (Risk Assessment) adalah pencatatan semua risiko yang sudah diidentifikasi, untuk kemudian dilakukan pemeringkatan (*grading*) untuk menentukan matriks risiko dengan kategori merah, kuning dan hijau.

Infection Control Risk Assessment (ICRA) merupakan suatu sistem pengontrolan pengendalian infeksi yang terukur dengan melihat kontinuitas dan probabilitas aplikasi pengendalian infeksi di lapangan berbasiskan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan, mencakup penilaian beberapa aspek penting pengendalian infeksi seperti kepatuhan cuci tangan, pencegahan penyebaran infeksi, manajemen kewaspadaan kontak, dan pengelolaan resistensi antibiotic (Lardo, dkk. 2016). Menurut definisi APIC (Association for Professionals In Infection Control and Epidemiology), ICRA merupakan suatu perencanaan proses dan bernilai penting dalam menetapkan program dan pengembangan kontrol infeksi.

ICRA merupakan bagian proses perencanaan pencegahan dan kontrol infeksi, sarana untuk mengembangkan perencanaan, pola Bersama Menyusun perencanaan, menjaga focus surveilans dan aktivitas program lainnya, serta melaksanakan program pertemuan regular dan upaya pendanaan. Tim yang dibentuk multidisiplin mencakup personil pengendalian infeksi, staf medis, perawat, dan unsur pimpinan yang memiliki prioritas dalam kebijakan, mendokumentasikan resiko dan implementasinya (Anderson, 2011). Jadi, ICRA merupakan pengkajian yang di lakukan secara kualitatif dan kuantitatif terhadap resiko infeksi terkait aktifitas pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan serta mengenali ancaman/bahaya dari aktifitas tersebut. ICRA berfokus pada pengurangan resiko dari infeksi, tahapan perencanaan fasilitas, desain, kontruksi, renovasi, pemeliharaan fasilitas dan pengetahuan tentang infeksi, dan lingkungan perawatan yang memungkinkan organisasi untuk mengantisipasi dampak potensial. ICRA dapat dilakukan oleh panitia PPI bila terdapat rencana perbaikan, renovasi dan pembangunan Gedung baru atau pembangunan Kembali bangunan yang ada dir rumah sakit, yang memungkinkan terjadinya infeksi pada pasien, pekerja dan orang yang beraktivitas di rumah sakit, rekomendasi dari PPI sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya infeksi akibat aktivitas pembangunan tersebut. Aplikasi ICRA tidak terbatas hanya dalam menghadapi kejadian resiko infeksi, namun membuat alat pengendalian infeksi terukur berdasarkan aspek pencegahan dan penyebaran infeksi yang didukung oleh kebijakan dan manajemen rumah sakit. Melalui ICRA tahap pengendalian infeksi akan berjalan dinamik dan mencapai optimasi terbaik terutama untuk mutu dan keselamatan pasien.

Infection Control Risk Assessment (ICRA), terdiri dari :

#### A. External

1. Terkait dengan komunitas : kejadian KLB dikomunitas yang berhubungan dengan penyakit menular seperti Influenza, meningitis
2. Penyakit lain yang berhubungan dengan kontaminasi pada makanan dan air seperti hepatitis A dan Salmonella
3. Terkait dengan bencana alam seperti tornado, banjir, gempa
4. Kecelakaan massal : pesawat, bus

## B. Internal

1. Resiko terkait pasien : Jenis kelamin (Wanita lebih beresiko), usia (anak-anak lebih beresiko) dan populasi kebutuhan khusus seperti perawatan lama, dan rehabilitasi
2. Resiko terkait petugas kesehatan
  - Kebiasaan kesehatan perorangan
  - Budaya keyakinan tentang penyakit menular
  - Pemahaman tentang pencegahan dan penularan penyakit
  - Tingkat kepatuhan dalam mencegah infeksi (Kebersihan tangan, pemakaian APD, tehnik isolasi)
  - Skrining yang tidak adekuat terhadap penyakit menular
  - Kebersihan tangan dan NSI (needle stick injuries)
3. Resiko terkait pelaksanaan prosedur
  - Prosedur invasive yang dilakukan
  - Peralatan yang dipakai
  - Pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan suatu Tindakan
  - Persiapan pasien yang memadai
  - Kepatuhan terhadap tehnik pencegahan yang direkomendasikan
4. Resiko terkait peralatan  
Pelaksanaan pembersihan, desinfeksi dan sterilisasi untuk proses peralatan :
  - Instrument bedah
  - Alat sekali pakai
  - Pembungkusan Kembali alat medis
  - Peralatan yang dipakai
5. Resiko terkait lingkungan
  - Pembangunan/renovasi
  - Kelengkapan peralatan
  - Pembersihan lingkungan

## 2.2 Macam-macam ICRA (*Infection Control Risk Assessment*)

### a. ICRA Program

ICRA Program merupakan proses perencanaan, pencegahan, dan pengendalian, infeksi, yang berhubungan dengan pelaksanaan program PPI di Rumah sakit. ICRA ini dilakukan dalam satu tahun

b. ICRA Konstruksi

ICRA Konstruksi merupakan proses perencanaan, pencegahan, dan pengendalian infeksi yang berhubungan dengan pembongkaran, konstruksi, renovasi Gedung di area mana saja di fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat menjadi sumber infeksi. ICRA konstruksi dilakukan setiap diadakannya renovasi di lingkungan RS

### 2.3 Tujuan

1. Tujuan dari dilakukannya ICRA adalah untuk mencegah dan mengurangi resiko terjadinya HAIs (Healthcare Associated Infections) pada pasien, petugas dan pengunjung di rumah sakit dengan cara :
  - a. Mencegah dan mengontrol frekuensi dan dampak resiko terhadap :
    - Paparan kuman pathogen melalui petugas, pasien, dan pengunjung
    - Penularan melalui Tindakan/prosedur invasive yang dilakukan baik melalui peralatan, tehnik pemasangan, ataupun perawatan terhadap HAIs
  - b. Melakukan penilaian terhadap masalah yang ada agar dapat ditindak lanjuti berdasarkan hasil penilaian skala prioritas
2. Tercapainya perlindungan terhadap pasien, petugas dan pengunjung rumah sakit dari resiko infeksi
3. Tersusunnya data identifikasi dan grading risiko infeksi di Rumah Sakit.
4. Tersedianya acuan penerapan langkah-langkah penilaian risiko infeksi di rumah sakit
5. Tersedianya rencana program pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di seluruh area rumah sakit (Subhan, 2011).

### 2.4 Komponen ICRA (Infection Control Risk Assessment)

Komponen metode ICRA meliputi:

- 1) Aspek standar prosedur operasional (SPO) bidang terkait.
- 2) Monitoring kelayakan fasilitas seperti : alat medik, non medik, kelayakan bangunan, kebersihan lingkungan, pengelolaan limbah rumah sakit.

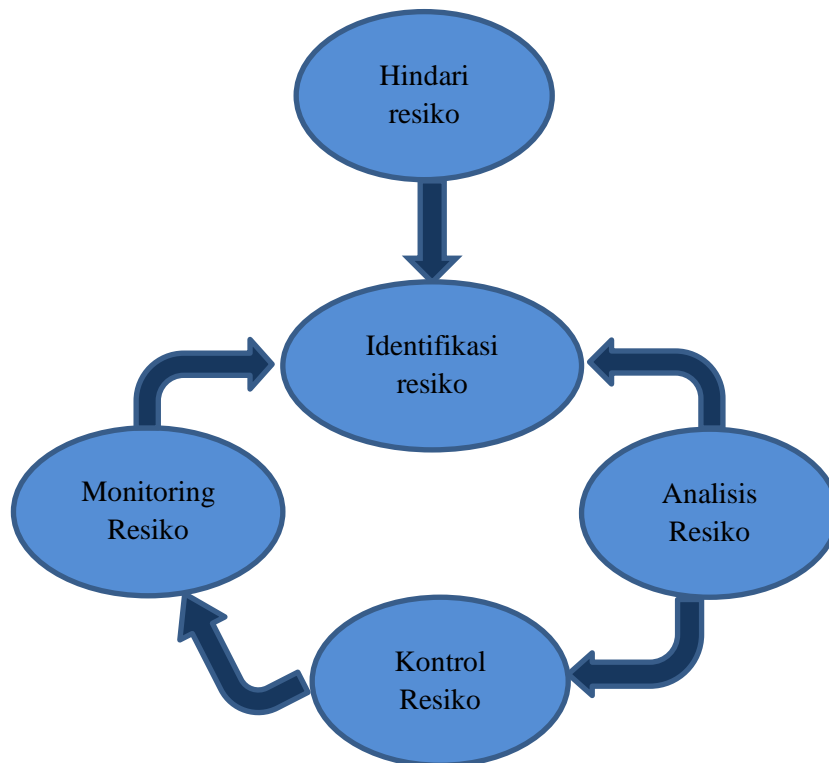
3) Edukasi dan kepedulian staf.

## 2.5 Langkah-langkah melakukan ICRA (Infection Control Risk Assessment)

Bentuk TIM yang terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota Orang-orang yang terlibat dalam pembuatan ICRA Program & Konstruksi :

- Tim multidisiplin mencakup personil pengendalian infeksi, staf medis, perawat, dan unsur pimpinan yang memiliki prioritas dalam kebijakan, mendokumentasikan resiko dan implementasinya
- Komite PPI membuat ICRA dan memberikan Pendidikan dan pelatihan
- Bagian Teknik memfasilitasi dengan memberikan Pendidikan dan pelatihan
- Sanitasi lingkungan, terkait dengan pembuangan limbah
- Tim K3 RS melakukan edukasi dan supervise tentang keamanan dan keselamatan
- Bagian keamanan

Ada 4 langkah untuk melakukan ICRA :



## 1. Identifikasi Resiko

- a. Memahami dan mengidentifikasi kegiatan utama unit kerja
- b. Mengidentifikasi tujuan dari masing-masing kegiatan tersebut
- c. Mengumpulkan data dan informasi tentang resiko yang mungkin terjadi atas kegiatan tersebut, baik resiko yang pernah terjadi maupun yang belum pernah terjadi
- d. Mencari penyebab dari resiko-resiko yang telah diidentifikasi untuk mendapatkan penyebab utamanya
- e. Mengidentifikasi apakah penyebab tersebut sifatnya dapat dikendalikan atau tidak dapat dikendalikan dengan system yang ada
- f. Mengidentifikasi dampak jika resiko tersebut terjadi
- g. Penghitungan beratnya dampak potensial dan kemungkinan frekuensi munculnya resiko

Cara melakukan identifikasi resiko menurut dr. Yanto Suparyanto, M.Kes (Surveyor Akreditasi FKTP, 2022)

1. Mengidentifikasi resiko aktifitas apa saja yang dapat menyebabkan infeksi di tiap-tiap unit di lingkungan RS contohnya :
  - Petugas masih belum menggunakan APD sesuai indikasi
  - Sarana kebersihan tangan belum terpenuhi secara rutin
  - Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas
  - Tindakan pelayanan gigi, beresiko menimbulkan infeksi karena ada Tindakan mencabut gigi
  - Pertolongan persalinan, karena banyak darah yang keluar dan jaringan yang robek jadi sangat beresiko terjadi infeksi jadi perlu dijadikan pencegahan agar tidak terjadi infeksi
  - Tindakan pemberian nebulizer oksigen, beresiko terjadinya infeksi karna ada zat-zat yang masuk ke dalam paru-paru seperti bakteri atau jamur
  - Penyuntikan yang aman dan pemasangan infus belum semua petugas melakukan sesuai standar
  - Laporan surveillans tentang HAIs, jika dilakukan surveillans maka penyakit-penyakit atau resiko yang akan terjadi pada HAIs perlu di kaji dan di minimalisir kejadiannya

- Hasil audit program PPI, dengan dilakukan audit maka dapat diketahui resiko infeksi yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut

Setelah dilakukan identifikasi resiko aktifitas apa saja yang beresiko terjadinya infeksi maka selanjutnya di prioritaskan aktifitas mana saja yang perlu dilakukan ICRA dengan kriteria aktifitas tersebut berulang atau sering dilakukan dan beresiko meningkatkan kejadian infeksi jadi jika resiko semakin besar dan frekuensi semakin sering maka itu resiko/masalah yang perlu diutamakan untuk dilakukan ICRA.

## 2. Analisis Resiko

Setelah dilakukan identifikasi maka masalah/resiko tersebut di Analisa, dengan dilakukan pembahasan dan penetapan grading resiko dengan cara melakukan scoring dengan 3 variabel/kriteria yaitu :

- a. Frekuensi (probability), adalah kemungkinan resiko itu terjadi dan berapa frekuensinya
- b. Dampak (impact), jika resiko itu terjadi akan berdampak seberapa besar
- c. Current system (system yang sedang dijalankan saat ini) seperti peraturan, sarana dijalankan atau tidak

### Probability

Tingkat Resiko (Skor)	Deskripsi	Kejadian
1	Sangat rendah	Hampir tidak mungkin terjadi (dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun)
2	Rendah	Jarang (Frekuensi 1-2 x/tahun) Jarang tapi bukan tidak mungkin terjadi (dapat terjadi dalam 2-5 tahun)
3	Sedang	Kadang (Frekuensi 3-4 x/tahun) Mungkin terjadi/bisa terjadi (dapat terjadi tiap 1-2 tahun)
4	Tinggi	Agak sering (Frekuensi 4-6 x/tahun) Sangat mungkin (dapat terjadi setiap bulan/beberapa kali dalam setahun)
5	Sangat Tinggi	Sering (Frekuensi > 6-12 x/tahun) Hampir pasti akan terjadi (terjadi di setiap minggu/bulan)

### Dampak

Tingkat Resiko (Skor)	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera. Kerugian keuangan kecil
2	Minor	Cedera ringan, misalnya luka lecet, dapat diatasi dengan P3K, kerugian keuangan sedang
3	Moderat	- Cedera sedang, misalnya luka robek perlu dilakukan penjahitan - Berkurangnya fungsimotorik/sensoric/psikologis - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas/berat, misalnya cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motoric/sensocirc/psikologis - Kerugian keuangan besar
5	Katatropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

### System

Tingkat Resiko (Skor)	Deskripsi	Kegiatan
1	Solid	Peraturan ada, fasilitas ada, SOP dilaksanakan
2	Good	Peraturan ada, fasilitas ada, SOP tidak selalu dilaksanakan
3	Fair	Peraturan ada, fasilitas ada, SOP tidak pernah dilaksanakan
4	Poor	Peraturan ada, fasilitas tidak ada, SOP tidak dilaksanakan
5	None	Tidak ada peraturan

### Contoh Penilaian dan penentuan skor resiko

SKOR : Nilai probability x dampak x sistem

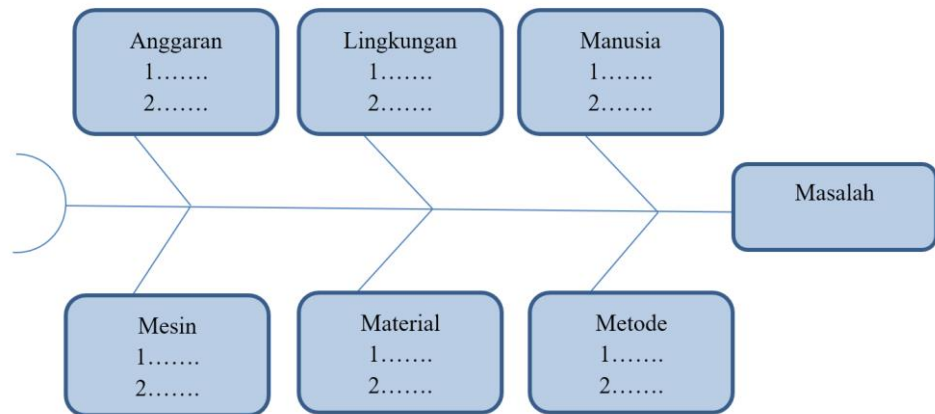
Resiko	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Prioritas
Masalah 1	3	3	3	27	2
Masalah 2	4	3	4	48	1
Masalah 3	2	2	2	8	3



### 3. Pengelolaan/kontrol Resiko

- a. Mencari strategi untuk mengurangi resiko yang akan mengeliminasi atau mengurangi resiko atau mengurangi kemungkinan resiko yang ada menjadi masalah
- b. Menempatkan rencana pengurangan resiko yang sudah disetujui pada masalah

Setelah dilakukan skoring maka sudah diketahui prioritas dari resiko tersebut, resiko tertinggi (prioritas) dianalisa untuk menentukan penyebab masalahnya kenapa resiko tersebut dapat terjadi. Cara mencari penyebab akar masalah dari resiko tersebut dapat menggunakan five why atau fish bone diagram



Berdasarkan akar masalah tadi ditentukan RTLnya (Rencana tindak lanjut) atau POA (Plan Of Action) untuk membuat suatu rekomendasi

Menyusun Plan Of Action (POA)

Aspek	Uraian
Kelompok Resiko	.....
Potensial Resiko	.....
Skor	.....
Prioritas	.....
Tujuan Umum	.....
Tujuan Khusus	.....

Strategi	.....
Evaluasi	.....
Progress/analisis	RTL (Rencana Tindak Lanjut).....

#### 4. Monitoring Resiko

- a. Memastikan rencana pengurangan resiko dilaksanakan
- b. Hal ini dapat dilakukan dengan audit dan atau surveilans dan memberikan umpan balik kepada staf dan manajer terkait

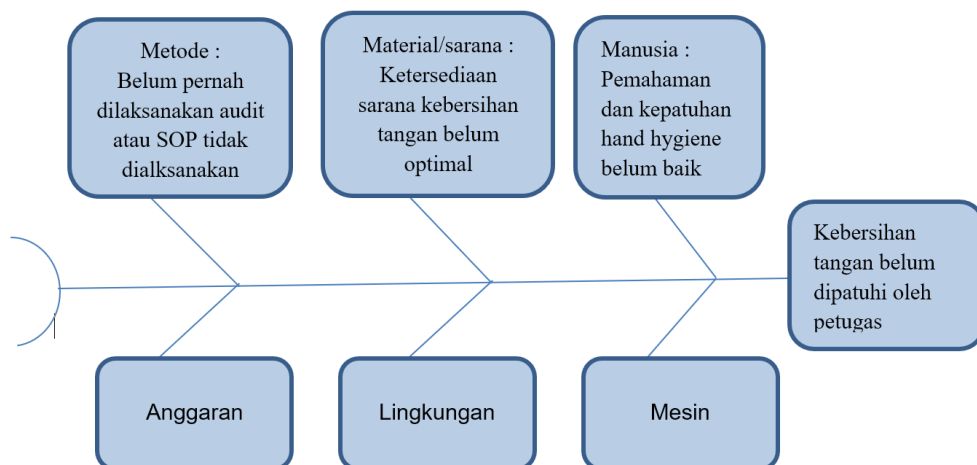
#### Contoh pembuatan ICRA Program di lingkungan Rumah sakit

Contoh masalah dilapangan (berdasarkan hasil audit)

1. Petugas masih belum menggunakan APD sesuai indikasi
2. Sarana kebersihan tangan belum terpenuhi secara rutin
3. Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas
4. Penyuntikan yang aman belum semua petugas melakukan sesuai standar

Resiko	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Prioritas
Petugas masih belum menggunakan APD sesuai indikasi	3	3	4	36	2
Sarana kebersihan tangan belum terpenuhi secara rutin	4	3	2	24	3
Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas	4	3	4	48	1
Penyuntikan yang aman belum semua petugas melakukan sesuai standar	2	3	3	18	4

Lalu dilakukan Fish bone diagram (untuk mencari akar penyebab masalah dari prioritas 1)



Pengelolaan Resiko :

Akar Masalah Resiko	Pengelolaan Resiko (RTL)
1. Pemahaman dan kepatuhan Hand Hygiene belum baik	1. Memberikan sosialisasi & pelatihan Hand Hygiene
2. Ketersediaan kebersihan tangan belum optimal	2. Melengkapi ketersediaan kebersihan tangan : sabun, air mengalir, tisu dan handrubs
3. Belum pernah dilaksanakan audit kebersihan tangan	3. Melaksanakan audit kepatuhan kebersihan tangan dengan baik

Menyusun Plan Of Action

Aspek	Uraian
Kelompok Resiko	HAIs (infeksi nasokomial)
Potensial Resiko	Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas kesehatan
Skor	48
Prioritas	1
Tujuan Umum	Mengurangi resiko terjadinya infeksi silang akibat ketidakpatuhan kebersihan tangan
Tujuan Khusus	1. Semua petugas sudah paham tentang kebersihan tangan 2. Tingkat kepatuhan terhadap kebersihan tangan baik > 85 %
Strategi	1. Memenuhi sarana kebersihan tangan di area pelayanan

	2. Membersihkan edukasi dan pelatihan tentang kebersihan tangan 3. Melakukan audit kepatuhan kebersihan tangam
Evaluasi	Tingkat kepatuhan terhadap kebersihan tangan 76 % sarana kebersihan tangan belum memadai
Progress/analisis	Rencana : 1. Koordinasi pemenuhan sarana kebersihan tangan 2. Edukasi tentang Hand Hygiene kepada seluruh petugas secara bertahap dalam 1 bulan

Setelah Menyusun Plan Of Action (POA) atau Rencana Tindak Lanjut (RTL) maka langkah terakhir memonitoring resiko, memastikan rencana pengurangan resiko yang telah dibuat sudah dilaksanakan atau belum dengan cara melakukan audit dan atau surveillans dan memberikan umpan balik kepada staf dan manajer terkait

#### **Contoh cara melaksanakan ICRA Konstruksi/Renovasi**

Membentuk TIM, terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota diambil dari tim multidisplin

1. Tentukan tipe konstruksi atau renovasi yang akan dilakukan

Konstruksi dibagi menjadi 4 tipe :

- a. Konstruksi tipe A

Inspeksi dan aktifitas non invasive (tidak melukai), misalnya : mengangkat papan langit-langit/plafon, pengecatan (tetapi bukan melakukan plesteran), pekerjaan jaringan listrik, memperbaiki pompa, dan aktivitas yang tidak menghasilkan debu.

- b. Konstruksi tipe B

Skala kecil, durasi aktifitas pendek dan dapat menghasilkan debu minimal, misalnya : memperbaiki instalasi telepon dan kabel computer, akses untuk keruangan, memotong dinding atau langit-langit dimana migrasi debu dapat dikontrol

- c. Konstruksi tipe C

Aktivitas yang menghasilkan debu dari tingkat moderat sampai tinggi atau membutuhkan penghancuran dan pemusnahan komponen kerangka Gedung, misalnya : melakukan plesteran

dinding untuk dicat atau pelapisan dinding, mengangkat penutup lantai, papan langit-langit dan papan penghalang, konstruksi dinding baru, membuat akses kerja minor atau pekerjaan listrik di atas langit-langit

d. Konstruksi tipe D

Aktivitas membangun konstruksi baru, misalnya merobohkan dan membangun konstruksi dari awal

2. Mengidentifikasi kelompok pasien yang beresiko di sekitar konstruksi

Resiko Rendah	Resiko Sedang	Resiko Tinggi	Sangat Tinggi
Area perkantoran (hanya bagian administrasinya saja)	Tempat pendaftaran, tempat pemeriksaan, dan apotik	Ruang bersalin, UGD, Radiologi, laboratorium, perawatan BBL (bayi baru lahir)	Ruang ICU, PICU, CSSD, Isolasi

3. Menentukan level/kelas ICRA Konstruksi

Kel. Pasien Beresiko	Tipe A	Tipe B	Tipe C	Tipe D
Resiko rendah	I	II	II	III/IV
Resiko sedang	I	II	III	IV
Resiko tinggi	I	II	III/IV	IV
Resiko sangat tinggi	II	III/IV	III/IV	IV

Catatan : persetujuan IC diperlukan bila kegiatan konstruksi dan tingkat resiko menunjukkan kelas III atau IV, maka prosedur pengendalian diperlukan

4. Membuat rekomendasi tim PPI berdasarkan kelas ICRA konstruksi

Level/kelas 1

Selama Pekerjaan Konstruksi	Setelah Pekerjaan Selesai
1. Lakukan pekerjaan dengan metode yang dapat meminimalisir debu dari aktivitas konstruksi	1. Bersihkan area setiap selesai pekerjaan

2. Segera mengganti/menggeser papan langit-langit yang salah posisi selama inspeksi visua;	
--	--

Level/kelas II

Selama Pekerjaan Konstruksi	Setelah Pekerjaan Selesai
<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan metode yang aktif untuk mencegah debu berterbangan dari tempatnya ke udara</li> <li>Segera mengganti/menggeser papan langit-langit yang salah posisi selama inspeksi visual</li> <li>Tutup pintu yang tidak dipakai dengan lakban</li> <li>Memblok dan menutup ventilasi udara</li> <li>Letakkan keset di pintu masuk dan pintu keluar dari area konstruksi</li> <li>Matikan atau lakukan isolasi system HVAC (Heating, ventilation, and air conditioning) atau system tata udara di area kerja</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan permukaan kerja dengan desinfektan</li> <li>Kumpulkan limbah konstruksi dengan container yang tertutup rapat sebelum dibawa/dikirim</li> <li>Lakukan pengepelan basah atau vacuum dengan vacuum HEPA filter sebelum meninggalkan area kerja</li> <li>kembalikan system HVAC pada area kerja</li> </ol>

Level/kelas III

Selama Pekerjaan Konstruksi	Setelah Pekerjaan Selesai
<ol style="list-style-type: none"> <li>Cabut atau lakukan isolasi system HVAC pada area yang sedang dikerjakan untuk mencegah kontaminasi dari system saluran</li> <li>Lengkapi semua penghalang kritikal, seperti lembaran penutup, triplek, plastic, untuk menutup area non kerja atau melakukan implementasi dengan metode control cube (kereta dorongan dengan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jangan melepaskan penghalang dari area sampai proyek yang selesai telah diinspeksi oleh K3RS dan PPIRS dan secara keseluruhan telah dibersihkan</li> <li>Lepaskan pembatas material secara hati-hati untuk meminimalisasi penyebaran</li> </ol>

<p>penutup plastic dan penghubung tertutup pada area kerja dengan vakum HEPA untuk melakukan vakum sampai ke pintu keluar sebelum konstruksi dimulai</p> <p>3. Jaga tekanan negative udara dalam area kerja menggunakan HEPA yang dilengkapi dengan unit filtrasi udara</p> <p>4. Wadah tempat limbah konstruksi sebelum di transportasi harus tertutup rapat</p>	<p>debu dan debris sisa-sisa konstruksi</p> <p>3. Vakum area kerja dengan HEPA filter</p> <p>4. Kembalikan system HVAC pada area kerja</p>
---	--

Level/kelas IV

Selama Pekerjaan Konstruksi	Setelah Pekerjaan Selesai
<p>1. Jaga tekanan negative udara dalam area kerja menggunakan HEPA yang dilengkapi dengan unit filtrasi udara</p> <p>2. Saat melakukan pengiriman barang, tutup rapat dengan lakban kecuali sudah ada penutupnya</p> <p>3. Untuk mencegah kontaminasi system saluran maka isolasi system HVAC di area kerja</p> <p>4. Segel lubang, pipa, saluran, lubang-lubang kecil yang bisa menyebabkan kebocoran</p> <p>5. Membangun serambi/ruangan dan semua personil melewati ruangan ini sehingga dapat disedot debunya dengan vakum cleaner HEPA sebelum meninggalkan tempat kerja atau mereka bisa memakai kain atau baju kertas yang di lepas setiap kali</p>	<p>1. Vakum area kerja dengan vakum HEPA filter</p> <p>2. Area dilakukan pengepulan basah dengan desinfektan</p> <p>3. Hentikan isolasi system HVAC pada area yang sedang dikerjakan</p> <p>4. Jangan menghilangkan penghalang dari area kerja sampai proyek selesai diperiksa oleh PPIRS dan dibersihkan oleh bagian kebersihan RS</p> <p>5. Hilangkan penghalang material dengan hati-hati untuk meminimalisasi penyebaran dari kotoran dan puing-puing yang terkait dengan konstruksi</p> <p>6. Wadah untuk limbah konstruksi harus ditutup rapat sebelum konstruksi</p>

<p>mereka meninggalkan area kerja</p> <p>6. Semua personil di area kerja diwajibkan untuk menggunakan penutup sepatu. Penutup sepatu harus diganti setiap kali pekerja keluar dari area kerja</p>	
---	--



## **BAB III**

### **PENUTUP**

#### **3.1 Kesimpulan**

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Suatu proses penilaian untuk menguji sebuah proses secara rinci dan berurutan, baik kejadian yang aktual maupun yang potensial berisiko ataupun kegagalan dan suatu yang rentan melalui proses yang logis, dengan memprioritaskan area yang akan di perbaiki berdasarkan dampak yang akan di timbulkan baik aktual maupun potensial dari suatu proses perawatan, pengobatan ataupun pelayanan yang diberikan.

ICRA merupakan bagian proses perencanaan pencegahan dan kontrol infeksi, sarana untuk mengembangkan perencanaan, pola Bersama Menyusun perencanaan, menjaga focus surveilans dan aktivitas program lainnya, serta melaksanakan program pertemuan regular dan upaya pendanaan. Tim yang dibentuk multidisiplin mencakup personil pengendalian infeksi, staf medis, perawat, dan unsur pimpinan yang memiliki prioritas dalam kebijakan, mendokumentasikan resiko dan implementasinya (Anderson, 2011). ICRA dapat dilakukan oleh panitia PPI bila terdapat rencana perbaikan, renovasi dan pembangunan Gedung baru atau pembangunan Kembali bangunan yang ada dir rumah sakit, yang memungkinkan terjadinya infeksi pada pasien, pekerja dan orang yang beraktivitas di rumah sakit, rekomendasi dari PPI sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya infeksi akibat aktivitas pembangunan tersebut. Aplikasi ICRA tidak terbatas hanya dalam menghadapi kejadian resiko infeksi, namun membuat alat pengendalian infeksi terukur berdasarkan aspek pencegahan dan penyebaran infeksi yang didukung oleh kebijakan dan manajemen rumah sakit. Melalui ICRA tahap pengendalian infeksi akan berjalan dinamik dan mencapai optimasi terbaik terutama untuk mutu dan keselamatan pasien.

### **3.2 Saran**

Diharapkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan melakukan ICRA di lingkungan mereka bekerja ICRA Program maupun ICRA Konstruksi untuk meminimalisir resiko terjadinya infeksi. Untuk pembaca diharapkan makalah ini dapat menambah wawasan pengetahuan terkait dengan Manajemen Resiko ICRA (*Infection Control Risk Assassment*)

## DAFTAR PUSTAKA

[https://www.academia.edu/37554084/Analisis\\_Infection\\_Control\\_Risk\\_Assessment\\_ICRA](https://www.academia.edu/37554084/Analisis_Infection_Control_Risk_Assessment_ICRA)

<http://repository.umsida.ac.id/bitstream/handle/123456789/3398/NASpub%20ICRA%202016.pdf>

<https://persi.or.id/wp-content/uploads/2018/04/icra.pdf>

<https://www.slideshare.net/WawanWahyudi7/icra-manajemen-risikopptx>

[https://www.academia.edu/41174650/PANDUAN\\_ICRA\\_\(ICRA\\_KONSTRUKSI\)](https://www.academia.edu/41174650/PANDUAN_ICRA_(ICRA_KONSTRUKSI))

<https://news.unair.ac.id/2021/05/01/program-pencegahan-dan-pengendalian-infeksi-di-rumah-sakit/?lang=id>

Br Sinulingga, Malinti.(2021). *“Pengetahuan sikap dan Tindakan pencegahan infeksi di ruang rawat inap rumah sakit x Bandar Lampung”*. Jurnal Penelitian Perawat Profesional Volume 3. Nomor 4

Chairani Ruhul, Saiful Riza, Yadi Putra. (2022). *“Hubungan Pengetahuan dan sikap pencegahan infeksi nasokomial dengan kepatuhan perawat dalam mencuci tangan di ruang rawat inap terpadu Rumah Sakit Umum Daerah Aceh Besar Tahun 2022”*. Journal of Healthcare Technology and Medicine Volume 8 Nomor 2

# **MANAJEMEN RESIKO ICRA** *(Infection Control Risk Assessment)*



**Kelompok 2 :**

**Gita Ramadhanti      (02210200027)**

**Erni Puji Astuti      (02210200007)**

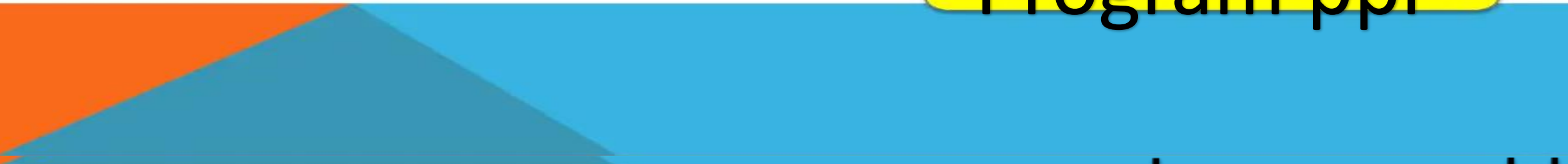
# PENDAHULUAN

Community Acquired Infection

Healthcare Associated Infections (HAIs)

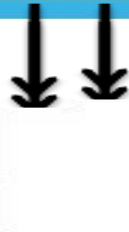
Masalah di Yankes

Program ppi



Patient Safety

Infection Control Risk Assessment (ICRA)



# PENGERTIAN

## DEFINISI RISIKO

*Adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat ditimbulkan dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian dimasa datang.*

*ERM, Risk Management Handbook for Health Care Organization)*

## MANAJEMEN RISIKO

ADALAH PENDEKATAN PROAKTIF UNTUK MENGIDENTIFIKASI, MENILAI DAN MENYUSUN PRIORITAS RISIKO, DENGAN TUJUAN UNTUK MENGHILANGKAN ATAU MEMINIMALKAN DAMPAKNYA.

# RISK ASSESSMENT

Suatu proses penilaian untuk menguji sebuah proses secara rinci dan berurutan, baik kejadian yang aktual maupun yang potensial berisiko ataupun kegagalan dan suatu yang rentan melalui proses yang logis, dengan memprioritaskan area yang akan di perbaiki berdasarkan dampak yang akan di timbulkan baik aktual maupun potensial dari suatu proses perawatan, pengobatan ataupun service yang diberikan“

Proses untuk membantu organisasi menilai tentang luasnya risiko yg dihadapi, kemampuan mengontrol frekuensi dan dampak risiko.”

Harus dilakukan oleh seluruh staf dan semua pihak yg terlibat termasuk Pasien dan Publik dapat terlibat bila memungkinkan (TJC 2010)

# INFECTION CONTROL RISK ASSESSMENT

Adalah proses multidisiplin yang berfokus pada pengurangan infeksi, pendokumentasian bahwa dengan mempertimbangkan populasi pasien, fasilitas dan program :

- \*Focus pada pengurangan risiko dari infeksi
- \*Tahapan perencanaan fasilitas, desain, konstruksi, renovasi, pemeliharaan fasilitas dan
- \* Pengetahuan tentang infeksi, agen infeksi, dan lingkungan perawatan yang memungkinkan organisasi untuk mengantisipasi dampak potensial



# Tujuan ICRA

1. Mengembangkan program pencegahan pengendalian infeksi diunit terkait berdasarkan hasil indentifikasi risiko tinggi
2. Tersusunnya data indentifikasi dan grading risiko infeksi di FKTP
3. Tersedianya acuan penerapan Langkah-Langkah penilaian risiko infeksi di FKTP
4. Tersedianya rencana program pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di seluruh area FKTP
5. Diharapkan menimbulkan dampak perbaikan dan menurunkan kejadian dan risiko infeksi

# INFECTION CONTROL PROGRAM RISK ASSESSMENT

## **EXTERNAL**

- Terkait dengan komunitas
- Terkait dengan bencana
- Persyaratan peraturan dan akreditasi

## **INTERNAL**

- Terkait pasien
- Terkait petugas
- Terkait prosedur
- Peralatan
- Lingkungan
- Pengobatan
- Sumber daya

# ICRA

## **ICRA PROGRAM**

Penilaian Risiko Infeksi Terkait Program PPI

1. Identifikasi risiko
2. Analisa risiko (pembuatan matriks grading)
3. Penilaian dan penentuan skor
4. Pengelolaan risiko
5. Membuat plan of action

## **ICRA KONSTRUKSI**

- Suatu pengkajian multidisiplin yang prosesnya di dokumentasikan untuk mengidentifikasi secara proaktif dan mengurangi risiko infeksi yang bisa terjadi selama kegiatan konstruksi (APID report 2000)
- Pembongkaran, konstruksi, renovasi Gedung diarea mana saja di fasyankes yang dapat menjadi sumber infeksi.

## KEWASPADAAN STANDAR

Kebersihan tangan

Alat Pelindung Diri

Penyuntikan yang aman

Kebersihan pernafasan/etika batuk

Kesehatan petugas

Pengendalian Lingkungan

Pengendalian Limbah RS

Manajemen Linen

Penempatan pasien

Pengelolaan alkes

Praktek lumbal fungsi



# KAJIAN RISIKO PELAYANAN DI PUSKESMAS



## IDENTIFIKASI MASALAH RISIKO INFEKSI



Pemasangan infus dan imunisasi



Risiko Pneumonia



Pertolongan persalinan /IDO



Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) ISK

Ada 4 langkah untuk melakukan ICRA :

Hindari  
resiko

Identifikasi  
resiko

Monitoring  
Resiko

Analisis  
Resiko

Kontrol  
Resiko

# 1. IDENTIFIKASI RESIKO

Mengidentifikasi resiko aktifitas apa saja yang dapat menyebabkan infeksi di tiap-tiap unit di lingkungan RS misalnya :

- Petugas masih belum menggunakan APD sesuai indikasi
- Sarana kebersihan tangan belum terpenuhi secara rutin
- Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas
- Tindakan pelayanan gigi, beresiko menimbulkan infeksi
- Pertolongan persalinan
- Penyuntikan yang aman dan pemasangan infus belum semua petugas melakukan sesuai standar

## 2. ANALISIS RESIKO

Menetapkan 3 grading resiko dengan cara melakukan scoring dengan 3 variable/kriteria yaitu :  
Frekuensi, Dampak, Sistem

Frekuensi/Probability

Tingkat Resiko (Skor)	Deskripsi	Kejadian
1	Sangat rendah	Hampir tidak mungkin terjadi (dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun)
2	Rendah	Jarang (Frekuensi 1-2 x/tahun) Jarang tapi bukan tidak mungkin terjadi (dapat terjadi dalam 2-5 tahun)
3	Sedang	Kadang (Frekuensi 3-4 x/tahun) Mungkin terjadi/bisa terjadi (dapat terjadi tiap 1-2 tahun)
4	Tinggi	Agak sering (Frekuensi 4-6 x/tahun) Sangat mungkin (dapat terjadi setiap bulan/beberapa kali dalam setahun)
5	Sangat Tinggi	Sering (Frekuensi > 6-12 x/tahun) Hampir pasti akan terjadi (terjadi di setiap minggu/bulan)



# Dampak

Tingkat Resiko (Skor)	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera. Kerugian keuangan kecil
2	Minor	Cedera ringan, misalnya luka lecet, dapat diatasi dengan P3K, kerugian keuangan sedang
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cedera sedang, misalnya luka robek perlu dilakukan penjahitan</li><li>- Berkurangnya fungsi motorik/sensoric/psikologis</li><li>- Setiap kasus yang memperpanjang perawatan</li></ul>
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cedera luas/berat, misalnya cacat, lumpuh</li><li>- Kehilangan fungsi motoric/sensocirc/psikologis</li><li>- Kerugian keuangan besar</li></ul>
5	Katatropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

# Sistem

Tingkat Resiko (Skor)	Deskripsi	Kegiatan
1	Solid	Peraturan ada, fasilitas ada, SOP dilaksanakan
2	Good	Peraturan ada, fasilitas ada, SOP tidak selalu dilaksanakan
3	Fair	Peraturan ada, fasilitas ada, SOP tidak pernah dilaksanakan
4	Poor	Peraturan ada, fasilitas tidak ada, SOP tidak dilaksanakan
5	None	Tidak ada peraturan

## SKOR : Nilai Probability x Dampak x Sistem

Resiko	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Prioritas
Masalah 1	3	3	3	27	2
Masalah 2	4	3	4	48	1
Masalah 3	2	2	2	8	3

Resiko tertinggi (prioritas 1) dianalisis untuk menentukan penyebab masalahnya dengan cara mencari penyebab masalah dengan menggunakan fish bone diagram

### 3. KONTROL RESIKO

## Fish Bone Diagram

Anggaran

1.....

2.....

Lingkungan

1.....

2.....

Manusia

1.....

2.....

Masalah

Mesin

1.....

2.....

Material

1.....

2.....

Metode

1.....

2.....

Berdasarkan akar masalah yang sudah ditemukan ditentukan RTL atau POA untuk membuat suatu rekomendasi

Aspek	Uraian
Kelompok Resiko	.....
Potensial Resiko	.....
Skor	.....
Prioritas	.....
Tujuan Umum	.....
Tujuan Khusus	.....
Strategi	.....
Evaluasi	.....
Progress/analisis	RTL (Rencana Tindak Lanjut).....

## 4. MONITORING RESIKO

- a. Memastikan rencana pengurangan resiko dilaksanakan
- b. Hal ini dapat dilakukan dengan audit dan atau surveilans dan memberikan umpan balik kepada staf dan manajer terkait

# Contoh Pembuatan Manajemen Resiko ICRA di lingkungan RS

Contoh masalah dilapangan (berdasarkan hasil audit)

1. Petugas masih belum menggunakan APD sesuai indikasi
2. Sarana kebersihan tangan belum terpenuhi secara rutin
3. Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas
4. Penyuntikan yang aman belum semua petugas melakukan sesuai standar

<b>Resiko</b>	<b>Probability</b>	<b>Dampak</b>	<b>Sistem</b>	<b>Skor</b>	<b>Prioritas</b>
<b>Petugas masih belum menggunakan APD sesuai indikasi</b>	3	3	4	36	2
<b>Sarana kebersihan tangan belum terpenuhi secara rutin</b>	4	3	2	24	3
<b>Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas</b>	4	3	4	48	1
<b>Penyuntikan yang aman belum semua petugas melakukan sesuai standar</b>	2	3	3	18	4



Metode :  
Belum pernah  
dilaksanakan  
audit atau  
SOP tidak  
dialaksanakan

Material/sarana :  
Ketersediaan  
sarana  
kebersihan  
tangan belum  
optimal

Manusia :  
Pemahaman  
dan kepatuhan  
hand hygiene  
belum baik

Kebersihan  
tangan belum  
dipatuhi oleh  
petugas

Anggaran

Lingkungan

Mesin

Akar Masalah Resiko	Pengelolaan Resiko (RTL)
<b>1. Pemahaman dan kepatuhan Hand Hygiene belum baik</b>	1. Memberikan sosialisasi & pelatihan Hand Hygiene
<b>1. Ketersediaan kebersihan tangan belum optimal</b>	2. Melengkapi ketersediaan kebersihan tangan : sabun, air mengalir, tisu dan handrubs
<b>1. Belum pernah dilaksanakan audit kebersihan tangan</b>	3. Melaksanakan audit kepatuhan kebersihan tangan dengan baik

Menyusun  
POA (Plan  
of Action

Aspek	Uraian
Kelompok Resiko	HAIs (infeksi nasokomial)
Potensial Resiko	Kebersihan tangan belum dipatuhi oleh petugas kesehatan
Skor	48
Prioritas	1
Tujuan Umum	Mengurangi resiko terjadinya infeksi silang akibat ketidakpatuhan kebersihan tangan
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Semua petugas sudah paham tentang kebersihan tangan</li><li>2. Tingkat kepatuhan terhadap kebersihan tangan baik &gt; 85 %</li></ol>
Strategi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memenuhi sarana kebersihan tangan di area pelayanan</li><li>2. Membersihkan edukasi dan pelatihan tentang kebersihan tangan</li><li>3. Melakukan audit kepatuhan kebersihan tangam</li></ol>
Evaluasi	Tingkat kepatuhan terhadap kebersihan tangan 76 % sarana kebersihan tangan belum memadai
Progress/analisis	Rencana : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Koordinasi pemenuhan sarana kebersihan tangan</li><li>2. Edukasi tentang Hand Hygiene kepada seluruh petugas secara bertahap dalam 1 bulan</li></ol>

Setelah Menyusun Plan Of Action (POA) atau Rencana Tindak Lanjut (RTL) maka langkah terakhir memonitoring resiko, memastikan RTL yang telah dibuat sudah dilaksanakan atau belum dengan cara melakukan audit dan atau surveillans kepada staff dan manajemen terkait

# KESIMPULAN

1. Risk Assesment adalah penilaian yang meneliti proses secara rinci termasuk urutan kejadian dan risiko actual dan potensi, kegagalan, atau titik kerentanan dan bahwa melalui proses logis memprioritaskan area untuk perbaikan didasarkan pada dampak actual atau potensial (kekritisian) perawatan, pengobatan atau pelayanan (TJC,2010)
2. ICRA adalah system yang digunakan untuk menilai bahaya dari infeksi difasilitas pelayanan Kesehatan yang dapat menyebabkan kerugian bagi pasien, keluarga, petugas,pengunjung dan lingkungan (JCIA,2010)
3. ICRA dapat dilakukan dengan kajian program PPI dan adanya konstruksi/renovasi
4. Tujuan ICRA adalah mencegah, menurunkan risiko infeksi.

Terima Kasih

## **Lampiran 2 Notulensi**

Notulen : Nela Sepriwanti (02210100001)

### **1. Dewi Febriana**

*dalam ICRA apa saja aspek penting penilaiannya yang harus di perhatikan?*

- Mengidentifikasi resiko aktifitas apa saja yang dapat menyebabkan infeksi di tiap-tiap unit di lingkungan RS
- Analisis risiko dengan Menetapkan 3 grading resiko dengan cara melakukan scoring
- Control risiko dengan fishbone
- Membuat POA dan RTL
- Monitoring Risiko

### **2. Noorita Rizky**

*Kapan waktu di lakukannya ICRA ? Dan apakah petugas dari penilaian ICRA secara eksternal & internal itu sama?*

Waktu di lakukannya ICRA Ketika ada potensi-potensi terjadinya kerugian yang dapat ditimbulkan dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian dimasa datang seperti Penilaian Risiko Infeksi Terkait Program PPI. Petugas yang melakukan penilaian ICRA secara eksternal maupun internal itu sama, namun hanya klp resikonya saja yang berbeda

### **3. Mestika Khair**

*PPI apakah termasuk dalam program ICRA?*

PPI termasuk salah satu program ICRA karena ICRA merupakan system yang digunakan untuk menilai bahaya dari infeksi difasilitas pelayanan Kesehatan yang dapat menyebabkan kerugian bagi pasien, keluarga, petugas, pengunjung dan lingkungan dan tujuan ICRA adalah mencegah, menurunkan risiko infeksi.

# ***ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)***

## **KELOMPOK 3**

- Adhela Apriliana (02210200025)
- Afida Rahmanita (02210200031)
- Paula Yunita (02210200024)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Berdasarkan PMK 11 tahun 2017, 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.

Ketentuan tersebut merupakan salah satu persyaratan yang harus dipenuhi pada saat pelaksanaan akreditasi FKTP. Hal tersebut juga diperkuat dengan berbagai ketentuan terkait keselamatan pasien dan manajemen risiko yang termuat dalam Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Tahun 2018.

Pada pedoman tersebut dijelaskan berbagai aspek terkait pengelolaan risiko yang harus dilakukan oleh FKTP, diantaranya penggunaan Root Cause Analysis (RCA) sebagai salah satu tools kajian risiko yang bersifat reaktif untuk berbagai insiden keselamatan pasien yang terjadi di FKTP. Secara sederhana Root Cause Analysis (RCA) dilakukan jika terjadi suatu insiden yang masuk kategori risiko ekstrem dan risiko tinggi FKTP, maka tim Keselamatan Pasien perlu dilakukan investigasi lebih lanjut, jika kejadian termasuk risiko rendah atau risiko minimal maka dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung.

### **1.2. Tujuan**

- 1) Memperkenalkan konsep Root Cause Analysis.
- 2) Mampu memahami konsep Root Cause Analysis.
- 3) Mampu mengidentifikasi sumber masalah atau suatu kecelakaan sampai akar(menyangkut manajemennya).



- 4) Mampu menerapkan konsep Root Cause Analysis pada suatu kasus kecelakaan dan dianalisa.

### **1.3. Manfaat**

Manfaat dari tulisan makalah ini atau rangkuman metode dalam analisa suatu kecelakaan ini sangat bermanfaat, diantaranya;

- 1) Mengerti cara mengidentifikasi suatu kejadian kecelakaan yang telah terjadi dengan metode RCA.
- 2) Banyak sekali metode yang digunakan dalam analisa suatu kecelakaan, namun ujungnya menggunakan RCA juga.

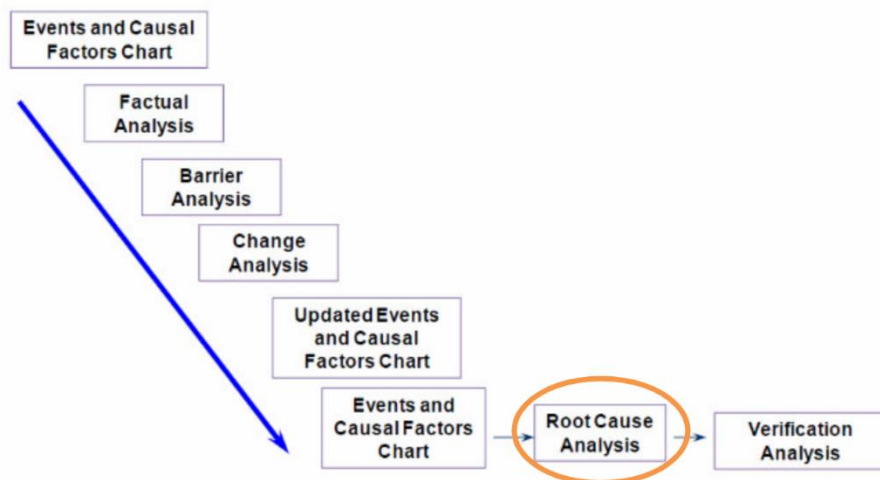
## BAB II

### PEMBAHASAN

#### 2.1 Pengertian

Menurut DOE untuk mengidentifikasi suatu kejadian menggunakan lima teknik analisa. Kelima teknik analisa adalah sebagai berikut;

- 1) Event and Causal Factors Charting and Analysis
- 2) Barrier Analysis
- 3) Change Analysis
- 4) Root Cause Analysis
- 5) Verification Analysis



Gambar 2.1 Proses Analisis Secara Menyeluruh

Sumber : Departement Of Energi Handbook

Root Cause Analysis adalah setiap analisis yang mengidentifikasi kekurangan yang mendasari dalam sistem manajemen keselamatan yang, jika dikoreksi, akan mencegah kecelakaan yang sama dan serupa dari terjadi (Methods for accident investigation). RCA adalah proses sistematis yang menggunakan fakta-fakta dan hasil dari teknik analitik inti untuk menentukan alasan yang paling penting untuk kecelakaan. Sedangkan teknik analisis intinya harus memberikan jawaban atas pertanyaan tentang apa, kapan, di mana, siapa, dan bagaimana, RCA harus

menyelesaikan pertanyaan mengapa. Analisis akar penyebab membutuhkan sejumlah sanksi (Methods for accident investigation).

Root Cause Analysis (RCA) merupakan suatu metode untuk penyelesaian permasalahan, mencoba mengidentifikasi faktor penyebab dari suatu permasalahan atau kejadian yang tidak diharapkan. Root Cause Analysis merupakan suatu metode untuk membantu menjawab pertanyaan ‘apa yang terjadi?’, ‘bagaimana bias terjadi?’, dan ‘mengapa itu terjadi?’. Tujuan utama metode ini adalah untuk mengidentifikasi faktor yang dinyatakan dalam bentuk alami, besaran, lokasi dan waktu akibat dari kebiasaan, tindakan dan kondisi tertentu yang harus diubah untuk menghindari kesalahan yang tidak perlu. Metode Root Cause sering digunakan dalam menjalankan berbagai macam kegiatan bisnis, termasuk proyek pembangunan gedung dan semacam itu. Pengidentifikasian faktor utama penyebab sisa material menggunakan Metode Root Cause dapat memperoleh hasil yang tepat dan sistematis.

## **1. METODE RCA (Root Cause Analysis)**

### **a. Teknik RCA dengan Utilisasi 5 Whys**

Root Cause Analysis atau RCA adalah salah satu tool yang digunakan dalam inisiatif Lean Six Sigma di organisasi. RCA adalah salah satu metode problem solving yang berfungsi untuk mengidentifikasi akar masalah (root causes) dari masalah yang terjadi dalam operasional (shiftindonesia.com). Praktek RCA fokus pada identifikasi akar masalah dan bagaimana cara memperbaikinya, sehingga masalah akan tuntas secara menyeluruh dan tidak akan kembali terjadi. Tata cara melakukan RCA dengan 5 whys adalah sebagai berikut;

- Tulislah masalah yang spesifik. Dengan menuliskan masalah, anda akan terbantu dalam pemetaan masalah dan mendapatkan deskripsi yang mendetail. Selain itu, tim bisa fokus kepada masalah yang sama.
- Lakukan brainstorming untuk mencari tahu bagaimana masalah bisa terjadi, dan tuliskan juga jawabannya.

- Jika jawaban-jawaban tersebut tidak membantu identifikasi sumber masalah, tanyakan ‘mengapa?’ sekali lagi dan tuliskan jawabannya.
- Kembalilah kepada langkah 3 hingga tim sepakat bahwa mereka telah menemukan akar permasalahan. Proses ini mungkin membutuhkan lima atau lebih pertanyaan ‘mengapa?’.

#### Mengapa Menggunakan 5-Whys?

- 5-Whys akan membantu mengidentifikasi akar masalah.
- 5-Whys membantu menemukan hubungan antara akar masalah yang berbeda.
- 5-Whys adalah salah satu metode analisa yang paling sederhana dan mudah, tanpa perlu melakukan Analisa statistik. Mudah dipelajari dan diaplikasikan.
- 5-Whys dan Diagram Sebab Akibat (Fishbone Diagram)
- 5-Whys dapat digunakan secara terpisah ataupun sebagai bagian dari diagram sebab akibat (fishbone / Ishikawa diagram). Diagram ini akan membantu anda mengeksplorasi semua potensi kesalahan ataupun masalah. Ketika anda telah memasukkan semua input dalam diagram sebab akibat, anda bisa menggunakan teknik 5-Whys untuk menggali akar permasalahannya.

Beberapa Tips dalam mengidentifikasi dengan RCA menggunakan 5-Whys ;

- Bergerak kepada aksi perbaikan terlalu cepat akan membuat anda menysasar simptonnya saja, tidak menyelesaikan masalah hingga akarnya. Dengan kata lain, inisiatif problem solving terancam gagal dan masalah mungkin akan kembali muncul. Penggunaan teknik RCA seperti 5-Whys dan diagram Fishbone (tulang ikan/sebab akibat) akan menghindarkan anda dari resiko ini.
- Jika anda tidak melontarkan pertanyaan yang tepat, maka anda takkan mendapat jawaban yang tepat. Usahakan ketepatan pertanyaan yang diajukan dalam proses 5-Whys.

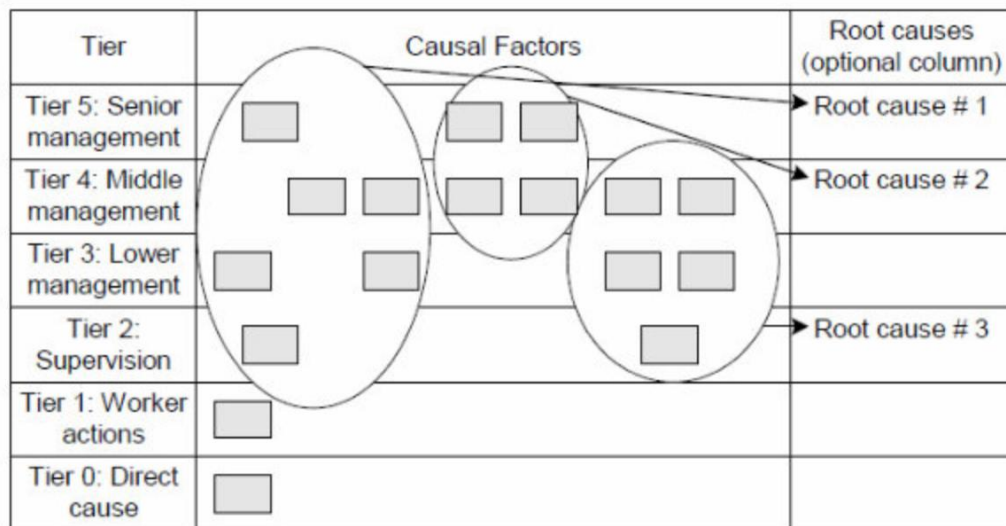
b. Diagram TIER

Salah satu metode untuk analisis akar penyebab dijelaskan oleh DOE adalah TIER diagram. TIER-diagram digunakan untuk mengidentifikasi baik akar penyebab kecelakaan dan tingkat manajemen lini yang memiliki tanggung jawab dan wewenang untuk memperbaiki faktor penyebab kecelakaan itu. Para peneliti menggunakan TIER-diagram untuk hirarki dan mengkategorikan faktor-faktor penyebab yang berasal dari peristiwa dan analisis faktor penyebabnya (Methods for accident investigation).

Tabel 2.1 Format Untuk TIER Diagram

TIER	Causal Factor	Root Cause
5 : Senior Management		
4 : Middle Management		
3 : Lower Management		
2 : Supervision		
1 : Workers Action		
0 : Direct Cause		

Faktor-faktor penyebab yang diidentifikasi dalam suatu kejadian kecelakaan dan semua penyebab/faktor grafik diinput ke TIER-diagram. Setelah mengatur semua faktor-faktor penyebab, memeriksa faktor-faktor penyebab untuk menentukan apakah ada hubungan antara dua atau lebih faktor yang terkait dengan kejadian kecelakaan. Mengevaluasi setiap pernyataan faktor penyebab jika faktor tersebut adalah akar penyebab kecelakaan. Mungkin ada lebih dari satu akar penyebab kecelakaan tertentu. Dibawah ini merupakan contoh diagram TIER.



Gambar 2.2 Mengidentifikasi Menggunakan TIER-Diagram

Tier analisis merupakan sebuah analisis yang dilakukan berdasarkan tingkat atau level permasalahan untuk mencari akar permasalahan, selain itu secara tegas menekankan kepada investigator untuk mempertimbangkan faktor-faktor organisasi atau manajemen sebagai bagian dari permasalahan awal semua kegagalan atau kecelakaan. Tier diagram adalah sebuah teknik analisa akar permasalahan dalam bentuk table yang memusatkan pada tingkatan manajemen yang memiliki pertanggung jawaban dalam sebuah kecelakaan/kegagalan suatu proses pada industri yang digunakan untuk mengevaluasi potensi permasalahan dan mencari akar permasalahan.

Ada enam tahapan dalam pembuatan TIER-diagram, yaitu;

- Develop the Tier Diagram: menunjukkan struktur manajemen yang terlibat
- Identifikasi Direct Cause: memeriksa dan memastikan penyebab langsung, yang mempercepat penyebab tersebut dan yang mempengaruhinya.
- Identify Workers Actions: mencari tahu tugas pekerja, skill, pengetahuan dan lainnya yang membantu mengetahui faktor penyebab
- Analysis remaining tiers: menganalisa faktor yang sama untuk setiap level, tujuannya mengetahui keterkaitan antar level manajemen

- e. Identify Links: Mengidentifikasi seluruh hubungan antara level, baik khusus maupun umum untuk mencari keterkaitan setiap level
- f. Identify Root Causes: Dengan membandingkan seluruh causal factor yang ada untuk setiap level

## **2. Langkah Melakukan Root Cause Analysis**

### **1) Identifikasi Peristiwa Risiko**

Pada tahap ini Anda diminta untuk menemukan suatu potensi peristiwa risiko di tempat kerja Anda. Untuk menemukan peristiwa risiko Anda dapat melihat kembali seluruh proses pekerjaan Anda dan mengidentifikasi apakah terdapat potensi kesalahan / kegagalan / ketidaksesuaian yang dapat menyebabkan peristiwa risiko terjadi. Selain itu, Anda juga dapat merujuk pada gejala-gejala apa yang dapat menyebabkan peristiwa risiko terjadi.

### **2) Kumpulkan Informasi**

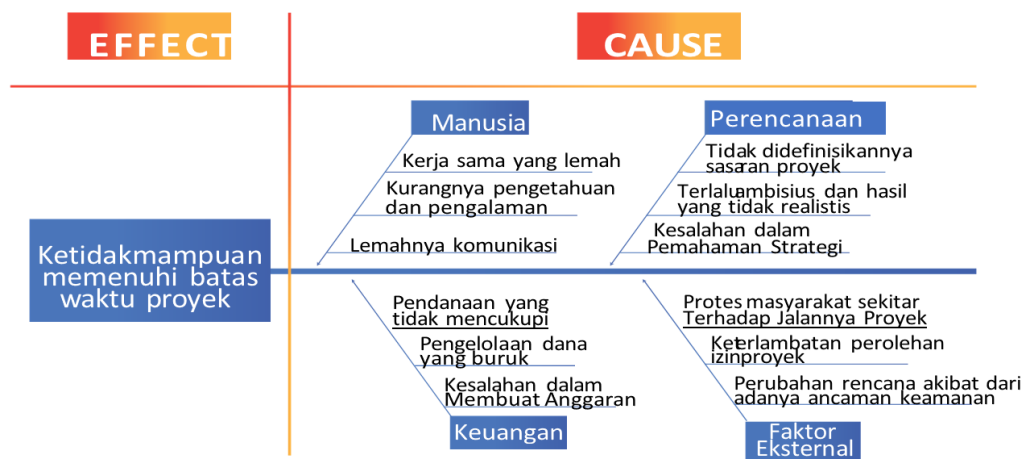
Memahami situasi yang ada merupakan langkah yang wajib dilakukan sebelum dapat menentukan faktor apa saja yang mempengaruhi suatu peristiwa risiko terjadi. Pemahaman terkait dengan konteks/situasi ini harus benar-benar dilakukan secara menyeluruh agar tidak terdapat informasi penting yang tertinggal. Untuk dapat mengoptimalkan pengumpulan informasi, Anda dapat mengajak pihak-pihak yang relevan dalam proses pekerjaan Anda, bisa jadi atasan atau bahkan bawahan Anda. Pihak-pihak yang sangat kenal dengan situasi tertentu dapat membantu Anda mendapatkan pemahaman yang lebih baik. Terdapat tiga hal yang perlu Anda cari tahu atau Anda gali dalam proses pengumpulan informasi ini, yaitu:

- a. Bukti-bukti bahwa suatu peristiwa risiko dapat terjadi.
- b. Gejala-gejala yang menunjukkan bahwa suatu peristiwa risiko akan terjadi.
- c. Dampak-dampak yang dapat ditanggung apabila suatu peristiwa risiko terjadi

### **3) Identifikasi seluruh faktor penyebab**

Langkah berikutnya adalah mengidentifikasi sebanyak-banyaknya faktor penyebab yang dapat membuat suatu peristiwa risiko terjadi. Hati-hati bahwa faktor penyebab mungkin berasal lebih dari satu faktor, bisa dua atau tiga dan seterusnya. Kebanyakan orang berhenti untuk mengidentifikasi faktor penyebab setelah menemukan satu atau dua faktor saja. Untuk membantu hal ini, Anda dapat menggunakan Ishikawa Diagram atau Teknik Analisis Sebab dan Akibat (Cause and Effect Analysis - CEA<sup>1</sup>) sebagai alat bantu untuk mencari tahu penyebab dan konsekuensi dari suatu peristiwa risiko.

**Gambar 1. Contoh Diagram Identifikasi Faktor Penyebab Pada Aktivitas Proyek Menggunakan Teknik CEA**



4) Tentukan Penyebab Utama

Membedakan mana yang menjadi penyebab risiko yang utama dan yang bukan utama merupakan tahapan yang cukup sulit. Salah satu metode yang bisa digunakan adalah menganalisis hubungan antara setiap penyebab yang telah teridentifikasi dengan peristiwa risikonya. Anda harus bertanya kembali pada setiap turunan penyebab, "mengapa peristiwa risiko tersebut dapat terjadi" hingga Anda tidak dapat menemukan penyebabnya pada turunan tertentu. Jika Anda bertanya bagaimana cara untuk mengetahui dengan pasti bahwa manakah



penyebab yang merupakan penyebab utama, jawabannya adalah hanya yang menjalankan proses tersebut yang paling mengetahuinya. Anda harus mampu menemukannya karena Anda adalah pemilik proses / pemilik sasaran / pemilik risiko tersebut

5) Berikan dan Implementasikan rekomendasi perlakuan Risiko

Pada tahap ini Anda perlu melakukan analisis ulang terkait dengan penyebab utama yang sudah Anda tentukan. Tujuan dari analisis ini adalah untuk memberikan rekomendasi perlakuan risiko yang tepat untuk menangani penyebab utama tersebut. Setelah memberikan rekomendasi, Anda juga harus membuat rencana bagaimana perlakuan tersebut diimplementasikan. Tahap implementasi merupakan tahap yang cukup sulit dikarenakan pada tahap ini diperlukan komitmen yang kuat dari pemilik proses dan sumber daya yang cukup untuk mengimplementasikan suatu perlakuan risiko. Untuk membantu Anda mengimplementasikan rekomendasinya, Anda dapat merujuk pada empat pertanyaan utama di bawah ini:

- a. Bagaimana suatu perlakuan risiko diimplementasikan?
- b. Siapa yang bertanggungjawab atas pengimplementasian perlakuan risiko tersebut?
- c. Apakah ada risiko yang timbul dalam pengimplementasian suatu perlakuan risiko? Jika ada, apa saja risiko-risiko tersebut?
- d. Pemantauan dan tinjauan (monitoring and review) seperti apa yang perlu dilakukan terkait risiko-risiko yang timbul akibat pengimplementasian perlakuan tersebut?

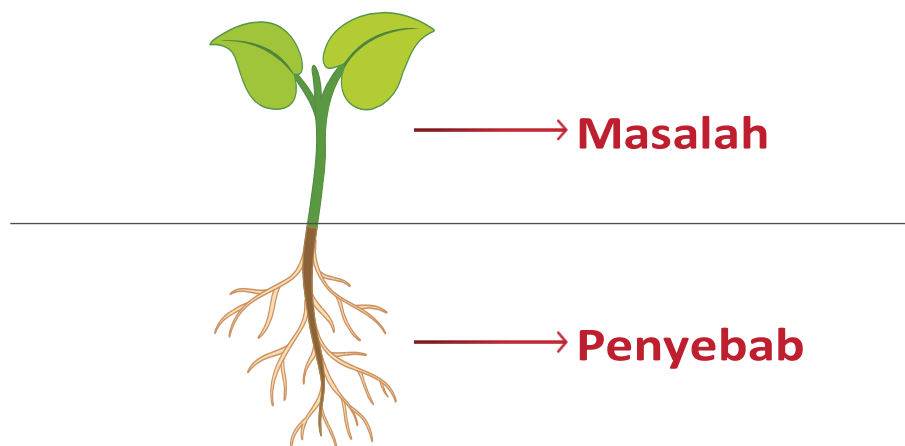
## BAB III

### PENUTUP

#### 3.1.Kesimpulan

Teknik RCA adalah tentang menggali sebanyak mungkin penyebab terjadinya suatu peristiwa risiko dan mencari penyebab mana penyebab yang merupakan penyebab utama dari peristiwa risiko tersebut. Walaupun terdengar cukup mudah, teknik ini membutuhkan keahlian dan kemampuan yang mumpuni agar analisis yang dilakukan tepat dan akurat. Maka dari itu, penerapan teknik ini juga membutuhkan waktu dan sumber daya yang tidak sedikit.

Terlepas dari kekurangannya, teknik ini apabila digunakan dan dilakukan dengan baik akan mampu membantu organisasi untuk mencari perlakuan risiko paling efektif dalam menangani suatu peristiwa risiko. Untuk dapat mengoptimalkan penerapan teknik ini, Anda dapat menggunakan beberapa teknik pendukung seperti *brainstorming* atau *cause and effect analysis*. Ingat, selalu tanyakan mengapa suatu peristiwa dapat terjadi hingga Anda tidak dapat lagi memikirkan alasan lainnya. Jangan pernah berhenti hanya pada penemuan satu atau dua penyebab saja.




### **3.2.Saran**

Setelah membaca makalah ini diharap tenaga medis khususnya yang bekerja di pelayanan kesehatan seperti perawat dapat memanfaatkan dan mengaplikasikan Root Cause Analysis (RCA) dalam tindakan medis. Untuk meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

Alijoyo, Antonius, Bobby Wijaya, and Intan Jacob, 'Root Cause Analysis (Analisis Akar Penyebab)', *CRMS Indonesia*, 2021, 22–25

Kristanto Wibowo 1 , Sugiyarto<sup>2</sup>, Setiono<sup>3</sup> Jurusan Teknik Sipil, Fakultas Teknik, Universitas Sebelas Maret, Surakarta Jalan Ir. Sutami Nomor 36A Ketingan Surakarta 57126, Indonesia



# Manajemen Risiko Root Cause Analysis (RCA)

kelompok 3  
Afida  
Adhela  
Paula



# Pengertian

Root Cause Analysis (RCA) Adalah suatu metode pemecahan masalah yang bertujuan untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah atau peristiwa. digunakan dan menindaklanjuti tingkat risiko tinggi dan ekstrim (kategori kuning dan merah).



# Langkah-langkah untuk melakukan RCA adalah

## LANGKAH ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

1. IDENTIFIKASI INSIDEN YANG AKAN DI INVESTIGASI
2. TENTUKAN TIM INVESTIGATOR
3. KUMPULKAN DATA (OBSERVASI – DOKUMENTASI – INTERVIEW)
4. PETAKAN KRONOLOGI KEJADIAN (NARASI – TIME LINE – TABULAR TIME LINE)
5. IDENTIFIKASI MASALAH (CMP)
6. ANALISA INFORMASI (5WHY, ANALISA PERUBAHAN, FISH BONE)
7. REKOMENDASI RENCANA KERJA

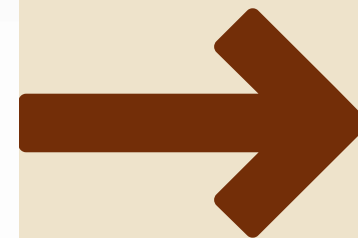


## IDENTIFIKASI INSIDEN

### INSIDEN “KTD”

**Kesalahan pemberian obat  
Nebulizer secara injeksi**

1



## PENTUKAN TIM

**TIM : PATIENT SAFETY RUMAH SAKIT**  
**KETUA : Ka.Tim Patient safety/Ka.Komite Mutu RS**  
**Sekretaris : MR. X**  
**Anggota : Karu MAWAR**

1. Apakah semua area yang terkait sudah terwakili : **Ya**
  2. Apakah macam-macam & Tingkat pengetahuan yang berbeda sudah diwakili dalam TIM tersebut? : **Ya**
- Siapa yang menjadi notulen : **MR. X**  
Tanggal dimulai : **14 Januari 2022**  
Tanggal selesai : **28 Januari 2022**



DISI SOLUSI MANDIRI

2

## DATA DAN INFORMASI

- ▶ Obsevasi Langsung : Ruang jaga, tempat meletakkan macam-macam injeksi
- ▶ Dokumentasi :
  1. Rekam Medik pasien Tn. M ( 38 tahun)  
No.RM : 10152086
  2. S.P.O Melakukan injeksi
- ▶ Interview :
  1. kepala Ruang MAWAR
  2. Perawat Jaga yang bertugas
  3. Ka Bid Keperawatan

3



# PETAKAN KRONOLOGIS

4



DISI SOLUSI MANDIRI

## NARASI

### PUKUL 05.45

Pasien mengeluh muntah-muntah (3x), perawat A lapor dr Jaga, dan mendapat terapi ranitidine injeksi 1 ampul

### PUKUL 06.30

Perawat B menyiapkan obat ranitidine dan akan disuntikkan ke pasien. Sampai di ruang pasien, pasien baru ke kamar mandi. Kemudian perawat B kembali ke ruangan. Di pintu keluar ruangan bertemu dengan perawat A, tempat injeksi (bak) ranitidine injeksi diberikan kepada perawat A, karena perawat B akan membuang urine di ruang 21 (R21). Tempat injeksi oleh perawat A ditaruh di meja perawat karena Perawat A mendatangi ruang 18 yang membunyikan bel.



PUKUL 06.35

Pasien Tn.M (R.15) membunyikan bel, di datangi perawat C dan pasien bilang, “ tadi suruh ngebel, katanya mau disuntik”. Perawat C kembali ke ruangan, bertanya kepada perawat B,” R.15 katanya mau disuntik”, perawat B menjawab ,” suntik ranitidine”. Perawat C mengambil spuit 3 cc yang ada di meja injeksi (isi nampan injeksi: masker nebulizer, pulmicort, spuit 3 ml, bertuliskan nebulizer yang berisi farbivent

Perawat C bertanya kepada perawat B, apakah ini obatnya, sambil menunjukkan spuit yang diambil dari nampan

Perawat B menjawab “Iya”

Perawat C menyuntikkan ke pasien Tn.M (R.15).

Tidak lama kemudian perawat A mendatangi R.15 sambil membawa injeksi



ranitidin  
DISI SOLUSI MANDIRI

Perawat A bilang ke pasien “ Pak disuntik buat muntahnya” Pasien , “ barusan disuntik mbak, tetapi malah berdebar-debar”

Perawat A melakukan palpasi dan ada tachicardi Perawat A kembali ke ruang jaga, dan menanyakan injeksi yang diberikan ke pasien R15 ke perawat B

Perawat B ,” iya, sudah diinjeksi oleh perawat C”

Perawat A, “ Lha ini ranitidinya?”

Perawat A dan B mengkoscek obat ke meja injeksi, ternyata spuit 3 ml yang berisikan farbivent sudah tidak ada



**PUKUL 06.40**

Perawat C lapor ke dokter jaga, kemudian dokter jaga memeriksa. Dokter jaga segera lapor ke Spesialis penyakit dalam . Pasien mendapat terapi : Oksigenasi 3 Lpm, Loading NaCl 500 ml, Farsik 1 ampul, Bisoprolol 1 tablet, Ukur Vital sign, Hasil : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi > 100x/menit, frekuensi ireguler, laju pernafasan 28x/menit

**PUKUL 07.15**

Hasil pengukuran tekanan darah 130/70 mmHg, Laju nadi > 100X/ menit, ireguler, Laju respirasi 22x/menit. Infus NaCl 30 tpm. B.a.k banyak, dilakukan EKG ulang hasilnya SVT (supra ventrikuler tachicardi)



DISI SOLUSI MANDIRI

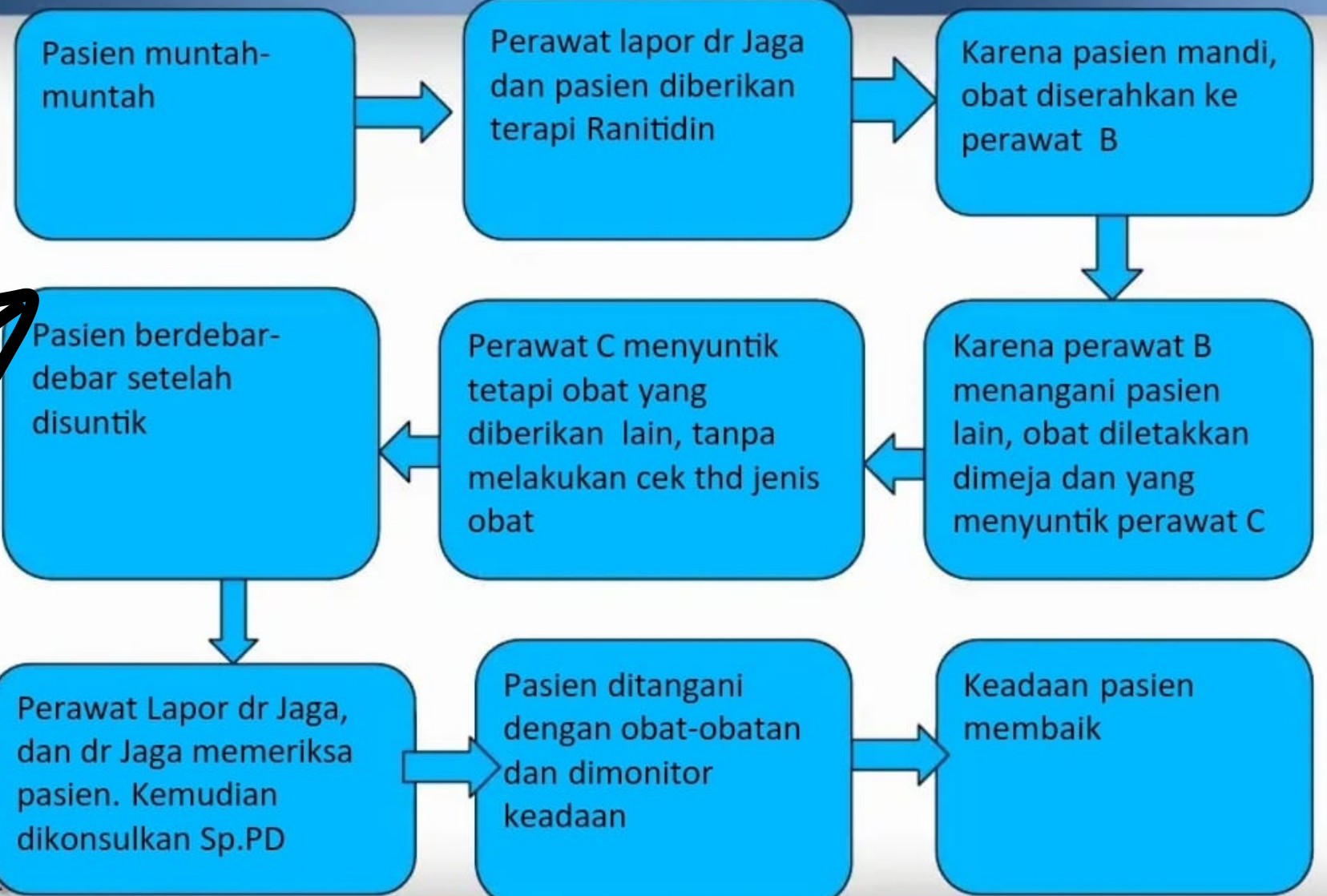
**PUKUL 07.30**

Diperiksa Sp.PD , kondisi pasien compos mentis. Advis monitor EKG, Lead II 0,5 menit perjam, awasi keadaan umum dan VS. Jika tekanan darahnya sistoliknya < 90 mmHg, EKG tetap SVT, rawat inap ICU

**PUKUL 08.30**

Pasien menyatakan sudah tidak berdebar-debar, kesadaran compos mentis Vital sign Normal . Tidak masuk ICU

**TIME LINE**

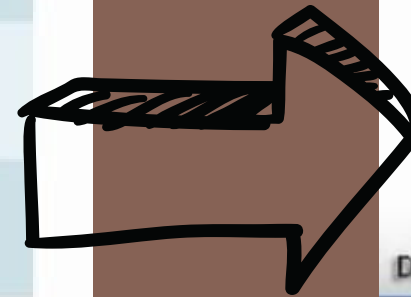


DISI SOL

# IDENTIFIKASI CMP

## FORM MASALAH / CARE MANAGEMENT PROBLEM (CMP)

Masalah	Instrumen
• Komunikasi antar perawat kurang baik	Teknik 5 Why
• Salah dalam memberikan obat injeksi	Fishbone diagram Analisis perubahan



### ALASAN CMP I MENGGUNAKAN 5 WHY:

- Masalah yang pertama sederhana
- Teknik ini bisa untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi / penyebab masalah

### ALASAN CMP II MENGGUNAKAN FISH BONE:

Karena masalah kedua ada multifaktor yang diperkirakan bisa menjadi kontribusi dalam masalah tersebut

### ALASAN CMP II MENGGUNAKAN ANALISIS PERUBAHAN

Karena jika dalam sistem atau prosedur terjadi perubahan dari yang seharusnya



DISI SOLUSI MANDIRI

6



# ANALISIS INFORMASI

## FORM TEKNIK (5) MENGAPA

Masalah	Komunikasi antar perawat kurang baik
Mengapa komunikasi antar perawat kurang baik	Serah terima obat tidak dilaksanakan dengan baik
Mengapa serah terima obat tidak dilaksanakan dengan baik	Petugas tidak menerapkan budaya safety dengan baik
Mengapa tidak menerapkan budaya safety dengan baik	Petugas terbiasa dengan rutinitas lama, dan belum memahami pentingnya budaya safety
Mengapa terbiasa dengan rutinitas	Belum adanya kesadaran untuk berubah ke perilaku safety








### ANALISIS PERUBAHAN

PROSEDUR YANG NORMAL	PROSEDUR YG DILAKUKAN SAAT INSIDEN	APA TERDAPAT BUKTI PERUBAHAN	APA PERUBAHAN MENYEBABKAN MASALAH
IDENTIFIKASI KEBENARAN JENIS OBAT, DOSIS, ORANGNYA	TIDAK MENGIDENTIFIKASI JENIS OBAT DAN DOSISNYA	YA	MASALAH



DISI SOLUSI MANDIRI



# ANALISIS MATRIKS GRADING RISIKO



DISI SOLUSI MANDIRI

## MENENTUKAN DERAJAT RISIKO SUATU INSIDEN

### BERDASARKAN :

- DAMPAK ( SEBERAPA BERAT AKIBAT YANG DIALAMI PASIEN MULAI DARI TIDAK ADA CEDERA SAMPAI MENINGGAL)
- PROBABILITY (SEBERAPA SERINGNYA INSIDEN TERSEBUT TERJADI)



DISI SOLUSI MANDIRI

## RISK GRADING MATRIX

### Dampak Klinis / Consequences / Severity

Level	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	Insignificant / No Harm	Tidak ada cedera, kerugian keuangan kecil
2	Minor	•Dapat diatasi dengan pertolongan pertama, •kerugian keuangan sedang
3	Moderate	•Berkurangnya fungsi motorik / sensorik / psikologis atau intelektual secara permanent) tidak berhubungan dengan penyakit •Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Major	•Cedera luas •Kehilangan fungsi utama permanent (motorik, sensorik, psikologis, intelektual), tidak berhubungan dengan penyakit •Kerugian keuangan besar
5	Cathastropic	•Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit. •Kerugian keuangan sangat besar.

DISI SOLUSI MANDIRI

## PROBABILITY / LIKELIHOOD / FREKUENSI

Level	CONTOH DESKRIPSI
1	Rare (>5 thn/x)
2	Unlikely (2-5 thn/x)
3	Possible (1-2 thn/x)
4	Likely (Bebrp x/thn)
5	Almost certain (Tiap mgg/bln)

DISI SOLUSI MANDIRI



## MATRIX ASSESSMENT

Likelihood / Probability	Potencial Consequences / Impact				
	Insignificant 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastropic 5
Almost certain (Tiap mngg/bln) 5	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Likely (Bebrp x/thn) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Possible (1-2 thn/x) 3	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Unlikely (2-5 thn/x) 2	Low	Low	Moderate	High	Extreme
Rare (>5 thn/x) 1	Low	Low	Moderate	high	Extreme

### ACTION :

Can be manage by procedure	Clinical Manager / Lead Clinician should assess the consequences againts cost of treating the risk	Detailed review & urgent treatment should be undertaken by senior management	Immediate review & action required at Board level. Director must be informed
----------------------------	--	--	--

## MATRIKS Grading Risiko

Level/ Bands	Tindakan
Ekstrim/sangat tinggi	Resiko ekstrim,dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera,perhatian sampai direktur
High/Tinggi	Resiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
Moderate/ Sedang	Risiko sedang, dilakukan investigasi aederhana paling lama 2 minggu. Manajer/ pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola resiko
Low/ Rendah	Risiko rendah dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin

## PENILAIAN DAMPAK KLINIS/ KONSEKUENSI/SEVERITY PADA KASUS INI :

- ▶ Tingkat resiko : 2
- ▶ Deskripsi : Minor
- ▶ Dampak : Ada tachicardi, tapi bisa diatasi dengan pertolongan pertama
- ▶ Kejadian serupa pernah terjadi pada 1 bulan sebelumnya di ruangan lain. Pada kejadian 1 bulan sebelumnya peristiwa tertukarnya obat Nebulizer
- ▶ Resiko pada kejadian ini dapat diatasi dengan pertolongan pertama, kerugian keuangan sedang



## PENILAIAN PROBABILITAS/ FREKUENSI

**Penilaian tingkat probability adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi, pada kasus ini :**

- **Tingkat resiko : 4**
- **pernah terjadi kasus serupa dalam tahun tersebut di bangsal lain**
- **Deskripsi : Sering ( beberapa kali/ tahun)**



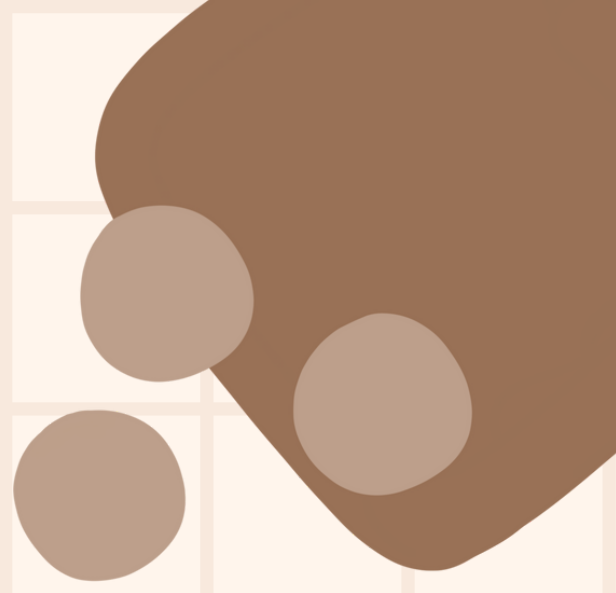
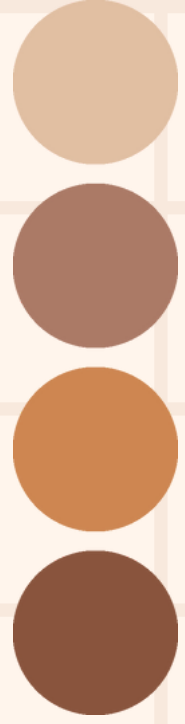
## REREKOMENDASI & RENCANA TINDAKAN

AKAR MASALAH	TINDAKAN	TINGKAT REKOMENDASI	PENANGGUNG JAWAB	WAKTU	SUMBER DAYA	BUKTI PENYELESAIAN	PARAF
BELUM OPTIMALNYA SISTEM MONITORING & EVALUASI PENERAPAN BUDAYA SAFETY	PENYUSUNAN SISTEM MONITORING & EVALUASI BUDAYA SAFETY	INSTALASI RANAP	MANAJER RANAP	2 MINGGU SETELAH INVESTIGASI	PENGADAAN LEMBAR MONITORING		

7

PELUANG MANDIRI





**THANK YOU  
SO MUCH!**



## **Lampiran 2 Notulensi**

Topik : Root Cause Analysis (RCA)  
Presenter : Paula Yunita & Afida Rahmanita  
Moderator : Adhela Apriliana  
Notulensi : Paula Yunita  
Penanya : 1. Eka Setiyani  
2. Gita Ramadhanti  
3. Dian Ariyani  
4. Maya  
5. Nella  
6. Dien Falah

Tanya Jawab Keompok 3 RCA

### **1. Dian**

*RCA jelaskan kategori kuning dan merah , serta kelemahan dari RCA ?*

Jawab : yang di maksud kategori kuning hingga merah adalah cedera luas, bisa kehilangan fungsi utama permanent ( motoric, sensorik, psikologis, intelektual,) tidak berhubungan dengan penyakit serta kerugian keuangan besar, kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit, yang kejadian nya bisa terjadi 1-2 tahun perkali atau bahkan bisa hamper tiap minggu atau bulan perkali. Sehingga kategori ini bila terjadi wajib di lakukan RCA.

Kelemahan dari RCA ini adalah memerlukan banyak uang, keterbatasan waktu serta keterbatasan tenaga, serta setiap kasuss yang memperpanjang perawatan.

### **2. Eka**

*Apakah di sertai solusi dari masing masing masalah ?*

Jawab : RCA adalah salah satu solusi untuk mencari akar penyebab masalah , sehingga nanti hasil akhir nya akan di hasilkan RTL untuk di evaluasi.

RCA adalah kegiatan yang berdampak besar , sehingga jika kita melakukan RCA dapat dapat menyelesaikan masalah serta mencegah terulangnya insiden yang sama.

### **3. Gita**

Kesalahan apa yang timbul saat melakukan Teknik RCA dalam 5 why

Jawaban : kesalahan bisa terjadi jika di salah satu saksi atau pelaku tidak bisa berkomunikasi secara jelas, serta terjadi kebohongan saat di lakukan investigasi.

Tambahan pertanyaan

**4. Maya & Dien**

*Ada contoh dalam banyak kegiatan, namun ada beberapa kegiatan yang terjadi masalah, apakah kegiatan yang bermasalah ini yang hanya di lakukan RCA atau semua kegiatan di lakukan RCA ?*

**5. pak catur**

Menurut teori RCA wajib di lakukan pada kematian yang tidak di harapkan, semua kejadian yang menyebabkan kematian atau kejadian yang menyebabkan kehilangan atau fungsi bagian tubuh, jadi setiap masalah tidak perlu di lakukan RCA, yang masuk dalam kategori kuning hingga merah baru di lakukan RCA, karena RCA ini sangat membutuhkan waktu, uang yang besar serta tenaga.

**6. Nella**

*RTL itu apakah ada lanjutan evaluasi lagi dan bisa di jadikan program lanjut ?*

Jawab : pak catur : RTL ini mengacu pada kelalaian manusia atau SOP nya , dan hasil evaluasi ini untuk dijadikan program agar tidak terjadi lagi kejadian serupa.

# ***HAZARD VULNERABILITY ANALYSIS (HVA)***

## **KELOMPOK 4**

- Mestika Khasirunissa (02210200026)
- Suhartina Basara (02210200028)

# **BAB I**

## **DEFINISI**

Rumah Sakit diharuskan untuk melakukan peninjauan setiap tahun. HVA (*Hazard Vulnerability Analysis*) menyediakan pendekatan sistematis untuk mengenali bahaya yang dapat mempengaruhi permintaan untuk layanan rumah sakit atau kemampuannya untuk menyediakan layanan tersebut. Risiko yang terkait dengan bahaya yang dianalisis untuk memprioritaskan perencanaan, mitigasi, respon dan kegiatan pemulihan. HVA berfungsi sebagai penilaian kebutuhan untuk program manajemen risiko.

Analisis Kerentanan Bahaya (*Hazard Vulnerability Analysis*) adalah cara untuk fokus/memusatkan perhatian pada bahaya-bahaya yang paling mungkin terjadi dan memberikan dampak pada fasilitas Rumah Sakit dan masyarakat sekitarnya dan harus ditinjau lagi setiap tahun atau suatu proses untuk melakukan identifikasi, menilai dan mengevaluasi panduan keadaan darurat dan dampak langsung atau tidak langsung akibat keadaan emergensi yang terjadi di rumah sakit dan upaya layanannya yang akan memberikan dampak terhadap fasilitas RS dan masyarakat sekitarnya.

Tujuan dari *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) adalah

1. Untuk membantu mengevaluasi kerentanan terhadap bahaya tertentu
2. Menempatkan setiap bahaya dalam perspektif dengan menggunakan kategori :
  - a. Kemungkinan
  - b. Dampak manusia
  - c. Fasilitas dan dampak bisnis
  - d. Tanggapan
3. Menciptakan nilai numerik untuk menentukan ancaman relative
4. Menurunkan risiko bahaya dan dampak dari bahaya terkait fasilitas dan keselamatan di rumah sakit.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Yang menjadi lingkup dari Analisis kerentanan/bahaya potensial dalam manajemen fasilitas dan keselamatan adalah melakukan analisa dan mengelola risiko atau potensi bahaya untuk ke-enam aspek dibawah ini :

- a. Keselamatan dan Keamanan
- b. Bahan Berbahaya
- c. Manajemen Emergensi
- d. Pengamanan Kebakaran
- e. Peralatan Medis
- f. Sistem Utilitas

## **BAB III**

### **TATA LAKSANA**

Dalam melakukan analisis terhadap kerentanan bahaya fasilitas dan keselamatan di rumah sakit atau yang sering disebut dengan *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA), dikenal berbagai faktor yang akan dianalisa dan dikelola, yaitu :

1. Potensi kejadian apa saja yang dapat terjadi jika tidak ditangani Potensi kejadian adalah keadaan yang kemungkinan terjadi.
2. Penilaian probabilitas akan terjadinya kejadian yang telah diidentifikasi
3. Penilaian dampak kejadian terhadap manusia, barang, bisnis
4. Mitigasi :
  - a. Penentuan Kesiapan (*Preparedness*), sumber internal, sumber eksternal
  - b. Penentuan Respon : sumber internal dan sumber Eksternal
5. Penentuan risiko dari setiap kejadian

#### **Langkah-langkah membuat *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA)**

1. Menyusun tim penyusun HVA di tingkat RS dan masing-masing unit kerja
2. Membuat daftar dan identifikasi semua potensi bahaya dan bencana yang mungkin terjadi. Menuliskan semua kejadian/*hazard* yang bisa terjadi di lingkungan Rumah Sakit. Contohnya HVA renovasi gedung maka peristiwa yang akan terjadi diantaranya kebisingan, debu, dinding roboh, kecelakaan kerja, dan seterusnya. Kejadian tersebut diidentifikasi untuk semua aspek manajemen fasilitas dan keselamatan yang dikelompokkan dalam 6 kategori yaitu :
  - a. Keselamatan dan Keamanan
  - b. Bahan Berbahaya
  - c. Manajemen Emergensi
  - d. Pengamanan Kebakaran
  - e. Peralatan Medis
  - f. Sistem Utilitas

Metode yang dapat digunakan adalah:

- a. *Brainstorming*
- b. Analisa data kecelakaan

- c. Kepustakaan dan metode-metode lainnya
3. Membuat analisa risiko bahaya/bencana yang teridentifikasi berdasarkan :
- a. Kategori kemungkinan terjadinya (*probability of occurrence*) Isu yang dipertimbangkan dalam membuat analisa probabilitas, tidak terbatas pada :
- 1) Risiko yang diketahui/known risk
  - 2) Data historis/Historical data
  - 3) Data pabrik/vendorstatistik (Manufacturer/Vendor statistics)

Penentuan probabilitas untuk masing-masing kejadian adalah 0 – 3, makin sering probabilitasnya maka semakin tinggi nilainya. Pertanyaan kunci pada tahap ini adalah “berapa besar kemungkinan dampak ini akan terjadi?”. Contoh dampak yang terjadi misalnya kebocoran pipa air bersih saat melakukan renovasi bangunan.

Deskripsi Penentuan Probabilitas Kejadian :

Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Applicable</i> )	Peristiwa bencana sangat jarang/tidak mungkin terjadi
1	Rendah	Peristiwa bencana terjadi lebih dari 3 tahun sekali
2	Sedang	Peristiwa bencana terjadi 1 – 3 tahun sekali
3	Tinggi	Peristiwa bencana terjadi beberapa kali (>3)dalam setahun

- b. Kategori dampaknya (*magnitude*) :
- 1) Pada manusia (*human impact*), yaitu tidak terbatas pada:
    - a) Potensi cedera atau kematian pada staff (*Potential for staff death or injury*)
    - b) Potensi cedera atau kematian pada pasien (*Potential for patient death or injury*)

Menentukan dampak terhadap manusia untuk masing-masing kejadian digunakan angka 0 – 3, semakin buruk dampaknya maka semakin tinggi nilainya. Deskripsi Dampak bahaya pada manusia



Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Aplicable</i> )	Tidak ada dampak yang berarti/bahaya yang mempengaruhi masyarakat, walaupun terjadi pengaruhnya minimal.
1	Rendah	Dampak rendah berarti kejadian bencana umumnya melibatkan ancaman terhadap sejumlah masyarakat. Mungkin ada beberapa penduduk yang luka ringan dan membutuhkan pertolongan pertama.
2	Sedang	Dampak sedang berarti kejadian bencana menyebabkan sejumlah besar penduduk cedera yang membutuhkan perawatan medis lebih lanjut.
3	Tinggi	Dampak tinggi berarti kejadian bencana terjadi pada masyarakat luas atau daerah yang terkonsentrasi dengan dampak yang parah. Ini dapat mengakibatkan sejumlah besar kematian dan cedera dan melibatkan evakuasi besar-besaran dan / atau membutuhkan tempat penampungan.

- 2) Barang (*property impact*): isu yang dipertimbangkan dalam penentuan dampak pada barang atau property adalah, namun tidak terbatas pada:
- Biaya untuk menggantikan/membangun lagi (*Cost to replace*)
  - Biaya untuk pengganti sementara (sewa, pembelian) / *Cost to set up temporary replacement (rental, purchase)*
  - Biaya untuk memperbaiki (*Cost to repair*)
  - Waktu untuk pulih / bertahan dalam bisnis, melanjutkan pelayanan secara normal (*Time to recover (stay in business, resume normal operations)*)

Menentukan dampak terhadap fasilitas untuk masing-masing kejadian digunakan angka 0 – 3, semakin buruk dampaknya maka semakin tinggi nilainya.

Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Applicable</i> )	Tidak ada dampak berarti, ada kemungkinan sedikit atau tidak ada bahaya mempengaruhi masyarakat atau, jika itu terjadi, kerusakan terhadap properti publik dan swasta minimal
1	Rendah	Dampak rendah artinya kejadian bencana umumnya melibatkan hanya kerusakan properti publik atau swasta. Sumber daya lokal dapat memperbaiki atau mengganti properti yang rusak
2	Sedang	Dampak sedang artinya dampak kejadian bencana menyebabkan kerusakan moderat di area yang luas atau terkonsentrasi. Kerusakan terhadap properti publik dan swasta dapat melebihi sumber daya lokal untuk memperbaiki atau mengganti
3	Tinggi	Dampak tinggi artinya dampak kejadian bencana menyebabkan kerusakan berat pada properti publik dan swasta di area yang luas atau daerah terkonsentrasi dengan dampak yang parah. Besarnya bencana dapat menghasilkan Deklarasi Pemerintah Bencana besar / Nasional atau Darurat

- 3) Pada bisnis (*business impact*) : isu yang dipertimbangkan dalam penentuan dampak pada bisnis adalah, namun tidak terbatas pada :
- a) Gangguan bisnis (berapa lama?) / *Business interruption (how long?)*
  - b) Staff tidak dapat melaporkan pekerjaan / *Employees unable to report to work*
  - c) Pelanggan tidak dapat mencapai fasilitas / *Customers unable to reach facility*
  - d) Perusahaan yang melanggar perjanjian kontrak / *Company in violation of contractual agreements*

- e) Pengenaan denda dan hukuman atau biaya hukum / *Imposition of fines and pinalties or legal costs*
- f) Gangguan pasokan yang kritis / *Interruption of critical supplies*
- g) Gangguan distribusi pada produk / *Interruption of critical product.*

Menentukan dampak terhadap gangguan pelayanan RS untuk masing – masing kejadian ( 0 – 3 ), makin buruk dampaknya makin tinggi nilainya.

Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Aplicable</i> )	Tidak ada dampak berarti, ada kemungkinan sedikit atau tidak ada bahaya mempengaruhi masyarakat atau, jika itu terjadi, tidak akan mengganggu jalannya pelayanan
1	Rendah	Dampak rendah artinya kejadian bencana umumnya mempengaruhi pelayanan namun hanya dalam waktu kurang dari 2 jam
2	Sedang	Dampak sedang artinya kejadian bencana umumnya mempengaruhi pelayanan namun hanya dalam waktu kurang lebih dari 8 jam
3	Tinggi	Dampak rendah artinya kejadian bencana umumnya mempengaruhi pelayanan namun hanya dalam waktu kurang lebih dari 24 jam.

#### 4. Mitigasi

- a. Kategori penentuan kesiapan (*preparedness*) aktifitas RS untuk identifikasi.

Isu yang perlu dipertimbangkan untuk menilai kesiapan, tidak terbatas pada :

- 1) Status rencana saat ini / status of current plans
- 2) Frekuensi latihan / Frequency of drills
- 3) Status pelatihan / Training status
- 4) Asuransi / Insurance
- 5) Ketersediaan sumber alternatif untuk pelayanan/pasokan kritis/  
*Availability of alternate source for critical supplies/services.*

Menentukan nilai kesiapan RS untuk masing-masing kejadian digunakan angka 0 – 3 ), semakin siap RS maka semakin rendah nilainya.

Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Applicable</i> )	Tidak ada kesiapan sama sekali untuk menghadapi bencana yang akan terjadi
1	Tinggi	Kesiapan yang dilakukan sudah terbentuk, bisa dilihat dari adanya dokumen, SDM, dan simulasi risiko bencana yang terjadi.
2	Sedang	Kesiapan yang dilakukan sudah terbentuk, namun hanya berupa dokumen dan SDM
3	Rendah	Kesiapan yang dilakukan sudah terbentuk, namun hanya berupa dokumen

b. Kategori penentuan respon (tindakan yang dilakukan management dan staff RS bila terjadi kedaruratan :

Isu untuk menentukan respon, tidak terbatas pada waktu untuk merespon kejadian ke TKP (*Time to organize an on-scene response*), lingkup kemampuan respon (*Scope of response capability*) dan riwayat evaluasi keberhasilan respon (*Historical evaluation of response success*).

1) Respon internal, isu yang dipertimbangkan dalam penentuan respon terkait sumber daya internal, tetapi tidak terbatas pada :

- Jenis persediaan yang ada / apakah memenuhi kebutuhan? (*Types of supplies on hand/will they meet need?*)
- Volume persediaan yang ada/apakah memenuhi? (*Volume of supplies on hand/will they meet need?*)
- Distribusi pasokan/*Distribution of supplies*
- Ketersediaan staff / *Staff availability*
- Koordinasi dengan MOB / *Coordination with MOB's = MOD*
- Ketersediaan sistem cadangan / *Avaiability of back up system*
- Kemampuan Sumber daya internal untuk bertahan terhadap bencana

Menentukan nilai respon internal RS untuk masing – masing kejadian ( 0 – 3 ), makin baik respon internal makin rendah nilainya.

Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Applicable</i> )	Tidak ada sama sekali
1	Tinggi	Respon tinggi yaitu sudah ada tim darurat dan sudah mengikuti pelatihan kegawat daruratan
2	Sedang	Respon sedang yaitu sudah ada tim darurat namun belum diikutsertakan pelatihan
3	Rendah	Respon rendah yaitu belum ada tim darurat yang jelas

2) Respon eksternal, isu yang dipertimbangkan dalam penentuan sumber daya eksternal, tidak terbatas pada:

- Jenis perjanjian dengan lembaga masyarakat / latihan ? (*Types of agreements with community agencies/drills?*)
- Koordinasi dengan lembaga lokal dan nasional (*Coordination with local and state agencies*)
- Koordinasi dengan fasilitas perawatan kesehatan yang lebih tinggi (*Coordination with proximal health care facilities*)
- Koordinasi dengan fasilitas pengobatan khusus (*Coordination with treatment specific facilities*)
- Sumber daya masyarakat (*Community resources*)

Menentukan nilai respon eksternal RS untuk masing-masing kejadian digunakan angka 0 – 3, semakin baik respon eksternal maka semakin rendah nilainya.

Level	Deskripsi	Keterangan
0	N/A ( <i>Not Applicable</i> )	Tidak ada sama sekali
1	Tinggi	Respon tinggi yaitu rumah sakit sudah melakukan kerjasama dengan semua instansi terkait adanya bencana yang terjadi.
2	Sedang	Respon sedang yaitu rumah sakit sudah melakukan kerjasama dengan beberapa instansi.
3	Rendah	Respon rendah yaitu rumah sakit belum melakukan kerjasama namun sudah ada rencana untuk melakukan kerjasama.

5. Menghitung Risiko

Yaitu dengan menghitung frekuensi kejadian dikalikan dengan dampak kejadian

6. Menentukan prioritas

Setelah setiap jenis bahaya/bencana selesai dievaluasi, maka akan didapat nilai total risiko untuk setiap bahaya/ bencana tersebut. Dalam menentukan prioritas penanganan bahaya/bencana dan keperluan penyusunan *emergensi planning*, pertimbangannya adalah sebagai berikut :

- a. Bahaya/ bencana yang nilai total risikonya  $\geq 55\%$ .
- b. Bahaya/ bencana yang meskipun nilai total risikonya di bawah  $< 55\%$ , tapi harus dibuat penanganannya sesuai rekomendasi dan ketentuan dari JCI, KARS, Departemen Kesehatan RI dan badan lainnya.
- c. Bahaya/bencana yang meskipun nilai total risikonya di bawah  $< 55\%$ , tapi merupakan bahaya/bencana dengan nilai total resiko terbesar pertama dan terbesar kedua.

Pengisian Tabel HVA

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL

KEJADIAN	PROBABILITAS	DAMPAK = (L UAS KEJADIAN - MITIGASI)						RISIKO
		DAMPAK MANUSIA	DAMPAK PROPERTI	DAMPAK BISNIS	KESIAPAN	RESPON INTERNAL	RESPON EXTERNAL	
	<i>Probabilitas akan terjadi</i>	<i>Kemungkinan meninggal atau cedera</i>	<i>Kehilangan dan kerusakan fisik</i>	<i>Gangguan pelayanan</i>	<i>Praperencanaan</i>	<i>Waktu, efektifitas, sumberdaya</i>	<i>Masyarakat/Bantuan umum dan supli</i>	<i>Ancaman relatif*</i>
<b>NILAI</b>	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Rendah 2 = Moderat 3 = Tinggi	0 = N/A 1 = Rendah 2 = Moderat 3 = Tinggi	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Tinggi 2 = Moderat 3 = Rendah atau tidak ada	0 = N/A 1 = Tinggi 2 = Moderat 3 = Rendah atau tidak ada	0 = N/A 1 = Tinggi 2 = Moderat 3 = Rendah atau tidak ada	0 - 100%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
	0	0	0	0	0	0	0	0%
<b>AVERAGE</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0%</b>

\*Makin besar persentase makin tinggi ancaman

<b>RISIKO</b>	<b>=</b>	<b>FREKUENSI KEJADIAN *</b>
<b>DAMPAK</b>		
<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
		<b>0,00</b>



Contoh Perhitungan :

1. Probabilitas/Frekuensi Kejadian

Cara perhitungannya adalah total jumlah nilai probability / (jumlah kejadian x 3). Misal  $11 / (10 \times 3) = 0,3666$

2. Dampak

Cara perhitungannya adalah nilai mulai dari Dampak manusia s/d Respon eksternal / 180. Misal 180 merupakan perkalian dari  $30 \times 6$ . Masing-masing kolom nilai maksimal 30.

## **BAB IV**

### **DOKUMENTASI**

Penilaian dan analisis potensi bahaya fasilitas dan keselamatan dicatat dalam formulir HVA. Hasil dari HVA dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit dan melakukan tinjauan ulang HVA setiap satu tahun sekali, dengan tembusannya diberikan kepada seluruh manajemen, unit kerja dan komite-komite di Rumah Sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Antariksa. 2011. *Metode Pelestarian Bangunan*.  
<http://antariksaarticle.blogspot.com/2011/10/metode-pelestarian-bangunan.html>. (diakses tanggal 6 Desember 2011)
- Budihardjo, Eko. 1997. *Arsitektur pembangunan dan Konservasi*. Jakarta: Djambatan
- Handinoto, 2010. *Arsitektur dan Kota-kota di Jawa pada Masa Kolonial*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

# TUGAS KELOMPOK

## HAZARD VULNERABILITY ANALYSIS (HVA)



NAMA KELOMPOK 4

SUHARTINA BASARA

MESTIKA KHAIRUNISA

## Defenisi HVA

Rumah Sakit diharuskan untuk melakukan peninjauan setiap tahun. HVA (*Hazard Vulnerability Analysis*) menyediakan pendekatan sistematis untuk mengenali bahaya yang dapat mempengaruhi permintaan untuk layanan rumah sakit atau kemampuannya untuk menyediakan layanan tersebut. Risiko yang terkait dengan bahaya yang dianalisis untuk memprioritaskan perencanaan, mitigasi, respon dan kegiatan pemulihan. HVA berfungsi sebagai penilaian kebutuhan untuk program manajemen risiko

Analisis Kerentanan Bahaya (*Hazard Vulnerability Analysis*) adalah cara untuk fokus/memusatkan perhatian pada bahaya-bahaya yang paling mungkin terjadi dan memberikan dampak pada fasilitas Rumah Sakit dan masyarakat sekitarnya dan harus ditinjau lagi setiap tahun atau suatu proses untuk melakukan identifikasi, menilai dan mengevaluasi panduan keadaan darurat dan dampak langsung atau tidak langsung akibat keadaan emergensi yang terjadi di rumah sakit dan upaya layanannya yang akan memberikan dampak terhadap fasilitas RS dan masyarakat sekitarnya.

# Tujuan HVA

1. Untuk membantu mengevaluasi kerentanan terhadap bahaya tertentu
2. Menempatkan setiap bahaya dalam perspektif dengan menggunakan kategori :
  - a. Kemungkinan
  - b. Dampak manusia
  - c. Fasilitas dan dampak bisnis
  - d. Tanggapan
3. Menciptakan nilai numerik untuk menentukan ancaman relative
4. Menurunkan risiko bahaya dan dampak dari bahaya terkait fasilitas dan keselamatan di rumah sakit.

# Ruang Lingkup

Yang menjadi lingkup dari Analisis kerentanan/bahaya potensial dalam manajemen fasilitas dan keselamatan adalah melakukan analisa dan mengelola risiko atau potensi bahaya untuk ke-enam aspek dibawah ini :

- a. Keselamatan dan Keamanan
- b. Bahan Berbahaya
- c. Manajemen Emergensi
- d. Pengamanan Kebakaran
- e. Peralatan Medis
- f. Sistem Utilitas

# Tata laksana

Dalam melakukan analisis terhadap kerentanan bahaya fasilitas dan keselamatan di rumah sakit atau yang sering disebut dengan *Hazard Vulnerability Analysis (HVA)*, dikenal berbagai faktor yang akan dianalisa dan dikelola, yaitu :

1. Potensi kejadian apa saja yang dapat terjadi jika tidak ditangani Potensi kejadian adalah keadaan yang kemungkinan terjadi.
2. Penilaian probabilitas akan terjadinya kejadian yang telah diidentifikasi
3. Penilaian dampak kejadian terhadap manusia, barang, bisnis
4. Mitigasi :
  - a. Penentuan Kesiapan (*Preparedness*), sumber internal, sumber eksternal
  - b. Penentuan Respon : sumber internal dan sumber Eksternal
    1. Penentuan risiko dari setiap kejadian



► Langkah-langkah membuat *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA)

1. Menyusun tim penyusun HVA di tingkat RS dan masing-masing unit kerja
2. Membuat daftar dan identifikasi semua potensi bahaya dan bencana yang mungkin terjadi. Menuliskan semua kejadian/*hazard* yang bisa terjadi di lingkungan Rumah Sakit.
3. Membuat analisa risiko bahaya/bencana yang teridentifikasi berdasarkan
  - a. Kategori kemungkinan terjadinya (*probability of occurrence*)
  - b. Kategori dampaknya (*magnitude*)
  - c. Pada bisnis (*business impact*)
4. *Mitigasi*
5. *Menghitung resiko*
6. *Menentukan prioritas*

**Terima kasih**

## **Lampiran 2 Notulensi**

Kelompok 4 Manajemen Resiko

Materi terkait HVA (Hazard and Vulnerability Analysis)

Penanya :

### **1. Eka Setiyani**

*Masalah apa saja yang dapat ditangani dalam penanganan HVA?*

Jawab : Masalah yang mungkin terjadi yang dapat ditangani adalah semua masalah yang bisa dapat terjadi di Rumah sakit dengan cara penilaian resiko dan menganalisis resiko yang terjadi . misal kebakaran, gempa, banjir dan membuat penilaian resiko terbesar yang sering terjadi

### **2. Dewi Febriana**

*Apa itu mitigasi dalam HVA dan berikan contohnya?*

Jawab : Mitigasi adalah upaya yang dilakukan untuk mengurangi risiko bencana. Mitigasi salah satunya dengan *mbacked up* data , contoh lain dapat membuat peta wilayah gempa, pembuatan bangunan tahan gempa dengan menilai proses resiko bencana yang terjadi memperkuat keamanan sistem informasi serta ruangan penyimpanan server, membuat dan menjalankan SOP bagi setiap aktivitas

# ***GOVERNANCE, RISK MANAGEMENT, AND COMPLIANCE (GRC)***

## **KELOMPOK 5**

- Maya Dwi Lestari (02210100002)
- Noorita Rizki (02210200018)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Lingkungan bisnis yang dinamis memberikan tantangan yang kompleks bagi seluruh jenis organisasi, baik Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM), korporasi, organisasi nirlaba maupun lembaga pemerintahan. Untuk dapat menghadapi tantangan dinamis tersebut, organisasi membutuhkan suatu pendekatan penerapan GRC (*Governance, Risk Management, and Compliance*) yang unggul.

Survei Tingkat Maturitas GRC (*GRC Maturity Survey*) yang dilakukan Open *Compliance & Ethics Group* (OCEG) pada tahun 2019 memaparkan fakta bahwa sebanyak 14% responden telah sepenuhnya atau secara substansial mengintegrasikan proses dan teknologi GRC, sementara 23% masih memiliki GRC yang terkotak-kotak (silo), sedangkan sisanya belum memiliki tingkat maturitas GRC yang memadai.

Dalam survei lain yang dirilis oleh *Asian Corporate Governance Association* (ACGA) dan CLSA Limited tahun 2018 mengenai *CG Watch 2018: Hard Decisions Asia Faces Tough Choices in CG Reform*, didapatkan fakta bahwa Indonesia memerlukan usaha perbaikan yang signifikan untuk dapat bersaing dengan negara-negara lain di Asia. Meskipun praktik transparansi oleh organisasi di Indonesia menunjukkan perbaikan melalui penerapan standar akuntansi pelaporan keuangan yang lebih baik, namun berdasarkan hasil survei tersebut masih terdapat beberapa pelanggaran dalam perdagangan dan insider trading.

Pencapaian organisasi lokal di Indonesia dalam pemeringkatan *ASEAN Corporate Governance Scorecard* atau pemberian penghargaan sejenis di regional ASEAN dalam 3 tahun terakhir belum begitu baik meskipun sudah menunjukkan tren positif pada tahun 2018.

Perlu adanya upaya untuk merumuskan perbaikan implementasi GRC di Indonesia. Hal inilah yang mendorong GRC Forum Indonesia menyusun Panduan Mencapai Model Keunggulan GRC.

## 1.2 Ruang Lingkup dan Tujuan

### a. Ruang Lingkup

Panduan ini menguraikan Model Keunggulan GRC dengan kerangka kerja yang meliputi prasyarat, prinsip, Komponen Keunggulan dan tingkat maturitas. Panduan ini bersifat umum yang dapat diterapkan pada seluruh jenis organisasi.

Dalam mengukur tingkat maturitas, Model Keunggulan GRC ini memberikan gambaran bagi organisasi guna mengetahui kesenjangan, serta memberikan saran perbaikan dalam mengembangkan implementasi GRC yang mendukung pencapaian dan keberlangsungan organisasi.

Penerapan GRC tidak terpisahkan dari peraturan perundang-undangan yang berlaku sesuai dengan jenis organisasinya khususnya terkait dengan pengelolaan tata kelola yang baik, manajemen risiko, dan kepatuhan serta ketentuan lainnya.

### b. Tujuan

Melalui panduan ini, diharapkan seluruh pemangku kepentingan organisasi memiliki kesamaan pandangan, bahasa, dan pengukuran yang terintegrasi dalam rangka meningkatkan nilai organisasi, serta siap menghadapi perubahan dan mengambil keputusan yang berintegritas.

## 1.3 Manfaat Model Keunggulan GRC

Model Keunggulan GRC dapat memberikan manfaat bagi organisasi sebagai berikut:

### a. Keunggulan kompetitif yang berkelanjutan

Peningkatan nilai organisasi melalui penetapan focus corporate strategy yang baik, dapat mendukung terciptanya inovasi dan keunggulan diferensiasi yang tidak dimiliki oleh pesaingnya. Inovasi merupakan sumber keunggulan kompetitif (*competitive advantage*) bagi organisasi.

### b. Tangkas (agile) dalam setiap pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan secara terpadu dan tepat sasaran dilakukan dengan mempertimbangkan antara lain: informasi penting yang relevan; risiko yang akan dihadapi; dan regulasi yang berlaku serta kekuatan intuisi bisnis.

- c. Efektif dan efisien atas sumber daya yang dimiliki

Efektivitas dan efisiensi waktu serta sumber daya yang diperlukan untuk melakukan aktivitas-aktivitas organisasi, yang didukung oleh kesamaan pandangan, bahasa, dan pengukuran. Organisasi sepatutnya memiliki GRC yang unggul untuk meningkatkan nilai organisasi bagi para pemangku kepentingan, serta siap menghadapi perubahan. Organisasi memerlukan dukungan kuat dari pemangku kepentingan internal dan eksternal untuk mencapai Model Keunggulan GRC.

#### 1.4 Istilah dan Definisi

Istilah dan definisi dimaksudkan untuk menghindari kerancuan dari berbagai macam istilah dan definisi yang digunakan dalam berbagai macam sumber. Berikut beberapa istilah dan definisi Model Keunggulan GRC yang diadopsi:

- a. *Governance* (Tata Kelola):

Menurut OCEG, *Governance* adalah tindakan yang mengarahkan, mengendalikan, dan mengevaluasi secara eksternal suatu entitas, proses, atau sumber daya.

- b. Risiko:

Menurut ISO 31000:2018, Risiko adalah dampak dari ketidakpastian terhadap pencapaian objektif (tujuan) atau dengan kata lain adalah deviasi dari apa yang diharapkan, bisa bersifat positif dan/atau negatif. Dalam sebuah organisasi, risiko tidak selalu negatif, tetapi risiko harus dihadapi sehingga tidak menimbulkan risiko tambahan.

Cara menghadapi risiko adalah dengan mengidentifikasi risiko tersebut, melakukan analisis terhadap risiko, dan melakukan evaluasi apakah risiko tersebut harus di atasi atau dikelola.

- c. *Compliance* (Kepatuhan):

Menurut OCEG, *Compliance* adalah kemampuan untuk membuktikan pemenuhan suatu persyaratan, aturan, dan hukum yang berlaku.

- d. Model Keunggulan GRC

Kondisi ideal GRC yang dimiliki oleh organisasi untuk memastikan tujuan organisasi tercapai secara optimal.

## 1.5 Perkembangan GRC

Akronim GRC digunakan sejak tahun 2003. Makalah akademis pertama tentang topik GRC ini telah diterbitkan pada tahun 2007 oleh pendiri OCEG, Scott L. Mitchell, dalam *International Journal of Disclosure and Governance*. Makalah yang inovatif ini telah memengaruhi seluruh pemangku kepentingan dan industri di seluruh dunia.

Tinjauan publikasi yang dilakukan pada tahun 2009 selanjutnya menemukan bahwa hampir tidak ada penelitian ilmiah tentang GRC. Selanjutnya definisi yang telah disebutkan di atas, divalidasi dalam survei di kalangan profesional GRC.

Dalam perkembangannya terbentuk kesepakatan bahwa GRC adalah pendekatan terpadu dan holistik terhadap organisasi untuk memastikan suatu organisasi bertindak secara etis dan sesuai dengan selera risiko, kebijakan internal, dan peraturan eksternal melalui penyelarasan strategi, proses, teknologi dan manusia, sehingga meningkatkan efisiensi dan efektivitas. Para ahli kemudian menerjemahkan definisi tersebut ke dalam kerangka referensi untuk penelitian GRC.

Masing-masing disiplin Tata kelola, Manajemen Risiko, dan Kepatuhan terdiri dari empat komponen dasar: strategi, proses, teknologi, dan manusia. Selera risiko organisasi, kebijakan internal dan peraturan eksternal merupakan aturan GRC. Disiplin, komponen, dan peraturan organisasi harus digabungkan secara terpadu, holistik, dan seluruh organisasi (tiga karakteristik utama GRC) – selaras dengan operasi (bisnis) yang dikelola dan didukung melalui GRC.



## **BAB II**

### **KERANGKA KERJA**

#### **2.1 Prasyarat**

Model Keunggulan GRC membutuhkan aktivitas-aktivitas utama yang ditentukan secara bersama-sama oleh para pemangku kepentingan di suatu organisasi seperti unit-unit bisnis, fungsi manajemen risiko, kepatuhan, dan audit.

Untuk mencapainya, diperlukan prasyarat sebagai berikut:

a. *Tone from the top* dan dukungan semua pemangku kepentingan

Peran pimpinan untuk mendorong tercapainya tujuan organisasi sangat diperlukan sebagai bagian dari strategi manajemen untuk menerapkan Model Keunggulan GRC pada semua lini organisasi.

b. Pemetaan kondisi yang ada dalam batasan eksternal dan internal

1) Organisasi harus memahami batasan-batasan internal antara lain nilai-nilai organisasi, kewajiban hukum berdasarkan kontrak dengan pelanggan, kebijakan, dan pedoman internal, maupun batasan lainnya.

2) Organisasi harus memahami batasan-batasan eksternal yang ditentukan oleh regulator terkait dalam menjalankan usaha atau aktivitas bisnisnya, seperti Undang-undang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK), Peraturan Bank Indonesia (PBI), dan sebagainya.

c. Penetapan prioritas risiko-risiko utama dan target kinerja

1) Organisasi harus menguasai model bisnis yang dimiliki, seperti strategi, sumber daya manusia, proses bisnis, teknologi dan infrastruktur untuk mencapai tujuan usaha. Dalam hal ini, diperlukan forum dengan pihak terkait untuk menentukan sumber daya yang diperlukan.

2) Organisasi harus dapat mengidentifikasi risiko yang dihadapi serta melakukan mitigasi risiko untuk mencegah terjadinya kerugian bagi organisasi sehingga tujuan organisasi dapat tercapai dengan baik.

d. Penentuan sasaran organisasi yang jelas

Organisasi harus dapat menetapkan tujuan organisasi secara SMART yaitu *Specific*, *Measurable* (terukur), *Achievable* (dapat dicapai), *Relevant* dan *Time-based* (tenggat waktu). Tujuan organisasi dapat bersifat antara lain strategis, operasional, customer oriented, berdasarkan proses.

## 2.2 Prinsip

Model Keunggulan GRC memuat prinsip-prinsip yang mengacu pada praktik internasional, yaitu sebagai berikut:

a. Prinsip 1: Aktivitas yang bertanggung jawab.

Prinsip aktivitas yang bertanggung jawab adalah pendekatan aktivitas organisasi yang mempertimbangkan aspek-aspek pembangunan berkelanjutan, produk pelestarian alam, dan kebijakan yang mendukung pembangunan ekonomi berkelanjutan serta meyakini bahwa penciptaan keuntungan investasi jangka panjang tergantung pada sistem ekonomi, sosial, lingkungan hidup, dan tata kelola.

Organisasi secara sadar dan terencana menggunakan konsep kombinasi GRC dan memadukan aspek ekonomi, sosial, dan lingkungan hidup ke dalam strategi pembangunan untuk menjamin keutuhan lingkungan hidup serta keselamatan, kemampuan, kesejahteraan, dan mutu hidup generasi masa kini dan generasi masa depan (holistic).

b. Prinsip 2: Strategi yang berkelanjutan serta fokus pada pengembangan program prioritas

Prinsip strategi yang berkelanjutan serta fokus pada pengembangan program prioritas adalah pembentukan nilai ekonomis bagi organisasi melalui penetapan prioritas area organisasi yang memiliki keunggulan sehingga tujuan organisasi tercapai. Dalam hal ini organisasi juga perlu memperhatikan performance dan conformance terhadap eksposur risiko serta tata kelola dalam setiap aktivitas untuk menjaga integritas dalam pembentukan nilai tersebut.

Dalam pembentukan nilai ekonomis, organisasi juga perlu memerhatikan kontribusi yang dapat diberikan kepada lingkungan sekitarnya melalui kebijakan dan praktik bisnis serta penerapan strategi bisnis oleh organisasi yang meminimalisir dampak negatif dan

mengintegrasikan aspek ekonomi, sosial, lingkungan hidup, dan tata kelola baik pada setiap sektor maupun strategi dari masing-masing lini bisnis.

c. Prinsip 3: Pengelolaan Risiko dan Tata Kelola Yang Baik

Prinsip pengelolaan Risiko dan Tata Kelola yang Baik adalah pelaksanaan fungsi tata kelola, pengelolaan risiko serta kepatuhan di dalam organisasi untuk menghindari, mencegah, dan/atau meminimalisir dampak negatif yang dapat timbul dari eksposur kerugian baik materiil maupun imaterial.

Organisasi juga perlu memperhatikan penerapan pada aspek tanggung jawab sosial serta perlindungan dan pengelolaan lingkungan di sekitarnya secara transparan, akuntabel, bertanggung jawab, independen, setara, dan wajar.

d. Prinsip 4: Komunikasi yang Informatif untuk mendukung konektivitas, koordinasi dan kolaborasi

Prinsip komunikasi yang informatif untuk mendukung konektivitas, koordinasi, dan kolaborasi adalah penggunaan model komunikasi yang tepat oleh organisasi terkait strategi, tata kelola, kinerja, dan prospek usaha kepada seluruh pemangku kepentingan untuk mencapai efektivitas operasional.

Hal ini diharapkan memudahkan organisasi untuk memahami kebutuhannya serta meningkatkan koordinasi dan kolaborasi dengan seluruh pihak yang berkepentingan yang memiliki program kerja berkaitan erat dengan pencapaian tujuan organisasi. Organisasi memerlukan kesamaan vocabulary dan taxonomy informasi, menciptakan repository data/dokumen/informasi bersama, menciptakan prosedur dan program pelatihan yang standar serta konsistensi komunikasi di antara para pemangku kepentingan, dan sebagainya. Termasuk forum dan waktu pertemuan rutin oleh para pemangku kepentingan organisasi untuk melakukan kajian secara periodik.

### **2.3 Model Keunggulan GRC**

Merupakan kondisi ideal yang ingin dicapai dalam menerapkan GRC sebagai representasi prinsip-prinsip penerapan GRC. Model Keunggulan

tersebut bersifat recursive (siklus berkesinambungan) yang terdiri dari elemen-elemen di bawah ini:

a. Pembelajaran

Kemampuan belajar berkelanjutan dan terarah berdasarkan input dari hasil review untuk mendukung kemampuan beradaptasi.

b. Adaptif

Kemampuan beradaptasi secara tepat terhadap dinamika perubahan lingkungan baik eksternal maupun internal.

c. Inovatif

Kemampuan mencari solusi atas tantangan yang dihadapi dan tujuan yang ingin dicapai secara efektif dan efisien untuk mendukung kemampuan beradaptasi.

d. Kesinambungan /kontinuitas

Kemampuan melakukan reviu dan tindakan koreksi secara konsisten untuk memperbaiki proses dan hasil akhir.

## 2.4 Komponen Keunggulan GRC

Kondisi ideal setiap elemen Model Keunggulan GRC tercermin dalam komponen keunggulan process, people, and tools, sebagaimana tergambar pada ilustrasi di bawah ini:



**Gambar. Interaksi Model Keunggulan GRC**






Masing-masing komponen keunggulan terdiri dari beberapa kriteria yaitu: Komponen Keunggulan Process memiliki 4 (empat) kriteria, Komponen Keunggulan People (sumber daya manusia) memiliki 3 (tiga) kriteria, dan Komponen Keunggulan Tools (metodologi dan sistem informasi) memiliki 2 (dua) kriteria. Berikut ini adalah penjelasan dari masing-masing kriteria komponen keunggulan:

<b>Aspek Process</b>	<b>Aspek People</b>	<b>Aspek Tools</b>
<b>Proses dan Kapabilitas</b>	<b>Sumber Daya Manusia dan Kompetensi</b>	<b>Metodologi dan Sistem Informasi</b>
1. Diseminasi informasi dan komunikasi secara transparan, relevan, handal, dan tepat waktu. [P1]	1. Pengembangan sumber daya manusia yang handal dan berintegritas. [M1]	1. Sistem informasi yang mendukung proses pengambilan keputusan yang efektif. [T1]
2. Pembelajaran dan inovasi yang berkelanjutan dan unggul. [P2]	2. Peningkatan pengetahuan berkelanjutan dan pengukuran kinerja yang efektif. [M2]	2. Sistem pengawasan yang efektif untuk memantau deviasi atas objektif dan ancaman baru. [T2]
3. Tata kelola yang efektif dengan pendefinisian struktur dan tugas yang memadai. [P3]	3. Pemberian penghargaan atas kinerja dan remunerasi yang tepat. [M3]	
4. Manajemen risiko yang efektif dan melekat pada strategi bisnis yang berkelanjutan. [P4]		

## 2.5 Tingkat Maturitas (*Maturity Level*)

Merupakan serangkaian pengukuran untuk mengetahui sejauh mana penerapan GRC telah efektif dijalankan berdasarkan bukti dokumentasi dan

prosedur pengukuran. Tingkat maturitas (maturity level) GRC suatu organisasi yang terdiri dari 5 (lima) tingkatan, yaitu:

 <p><b>Initial</b></p>	<p>Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC sudah ada secara parsial.</p>
 <p><b>Siloed</b></p>	<p>Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC sudah ada secara lengkap, namun masih tersebar, terpisah satu dengan lainnya tanpa adanya penyesuaian yang memadai.</p>
 <p><b>Managed</b></p>	<p>Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC pada tingkat maturitas <i>Siloed</i> telah didukung oleh kebijakan, prosedur dan metodologi, namun keselarasan di antara kebijakan, prosedur dan metodologi masih dalam tahap minimal.</p>
 <p><b>Transformed</b></p>	<p>Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC pada tingkat maturitas <i>Managed</i> telah didukung oleh kebijakan, prosedur dan metodologi yang selaras satu sama lain sehingga elemen dari setiap Model Keunggulan GRC terus menerus diperbaharui dan ditingkatkan seiring dengan tantangan dan perubahan yang dihadapi.</p>
 <p><b>Proactive</b></p>	<p>Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC pada tingkat maturitas <i>Transformed</i>, telah memiliki kemampuan inovatif dan proaktif untuk memprediksi tantangan dan perubahan di masa yang akan datang.</p>

## **BAB III**

### **PENGUKURAN**

#### **3.1 Metode Pengukuran**

Metode pengukuran dapat dilakukan dengan observasi, analisis dokumen dan interview pihak terkait secara self-assessment atau menggunakan pihak independen secara periodik baik semesteran atau tahunan.

#### **3.2 Nilai Hasil Pengukuran**

Berdasarkan hasil pengukuran untuk seluruh Komponen Keunggulan, didapatkan nilai rata-rata hasil pengukuran. Selanjutnya, tingkat maturitas GRC ditentukan berdasarkan tabel sebagai berikut:

<b>Rentang Nilai</b>	<b>Tingkat Maturitas</b>
$\leq 1,5$	Initial
$>1,5$ sd $2,5$	Siloed
$>2,5$ sd $3,5$	Managed
$>3,5$ sd $4,5$	Transformed
$>4,5$ s.d $5$	Proactive

#### **3.3 Tindak Lanjut Hasil Pengukuran**

Setelah hasil pengukuran diketahui, organisasi yang menggunakan Panduan Mencapai Model Keunggulan GRC ini dapat mengambil langkah-langkah tindak lanjut sebagai berikut:

- a. Melengkapi dan memperbaiki Komponen keunggulan sehingga dapat mencapai target tingkat maturitas yang diinginkan;
- b. Melakukan asesmen secara berkala; dan
- c. Melakukan kaji ulang, dengan cara membandingkan tingkat maturitas yang telah dicapai dengan organisasi sejenis yang menerapkan panduan ini, guna mencapai Model Keunggulan yang lebih optimal.

## **BAB IV**

### **CONTOH PENERAPAN *GOOD CORPORATE GOVERNANCE* (GCG) DI RS ISLAM X**

*Good Corporate Governance* merupakan suatu sistem, dimana yang mengoperasikannya adalah manusia, adapun kesuksesan penerapannya sangat bergantung pada integritas dan komitmen. GRC memiliki fungsi bertanggung jawab mengembangkan dan memantau penerapan GCG (*Good Corporate Governance*), Manajemen Resiko dan Manajemen Kepatuhan secara keseluruhan dan berkesinambungan.

Salah satu contoh penerapan prinsip *Good Corporate Governance* yaitu apakah proses pengambilan keputusan sudah transparan, laporan keuangan tersajikan tepat waktu dan teraudit, apakah gaji karyawan sudah sesuai UMK, apakah pemasok sudah diperlakukan wajar dan adil, dll.

Ada lima prinsip GCG yaitu, *transparency*, *accountability*, *responsibility*, *independency* dan *fairness*. Hasil implementasi *Good Corporate Governace* di RSI X telah dilakukan dengan baik dengan lima prinsip sebagai berikut :

1. Keterbukaan Informasi (*Transparency*)

Adanya rapat berjenjang dan berkala dimulai minimal satu minggu sekali. Dari Yayasan sampai karyawan garis depan minimal satu minggu sekali.

2. Akuntabilitas (*Accountability*)

Ditunjukkan dengan audit internal dan penilaian Audit eksternal oleh KAP Made Sudarma, Thomas dan Dewi. dinyatakan wajar tanpa pengecualian (WTP).

3. Pertanggungjawaban (*Responsibilities*)

Pertanggungjawaban RSI X terhadap peraturan kesehatan yang berlaku ditunjukkan dengan diperolehnya Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2019 versi SNARS (Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit) tingkat paripurna. Kepatuhan membayar pajak tiap bulan sesuai ketentuan



Dirjen Pajak. Tanggungjawab pada masyarakat, CSR RSI X dusalurkan melalui LAZISNU.

4. Kemandirian (*Independency*)

RSI X telah dikelola secara mandiri dan profesional tanpa tekanan dan intervensi dari pihak manapun. Disisi lain RSI juga telah memenuhi kewajiban pada internal membayar karyawan sesuai UMK dan kewajiban pihak eksternal : para pemasok, rekanan kontraktor, perbankan, dan pemerintah (Dinas Kesehatan dan Dirjen Pajak).

5. Kesetaraan dan Kewajaran (*Fairness*)

Pada manajemen SDM, RSI X telah melakukan dengan adil (proporsional & profesional) dan setara artinya setiap karyawan diberi kesempatan yang sama berkarir sampai tingkatan direksi. Dengan pihak eksternal, RSI X telah berusaha adil dan transparan dalam proses tender serta memenuhi kewajiban pada para rekanan/kontraktor sesuai kesepakatan yang telah ditandatangani

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

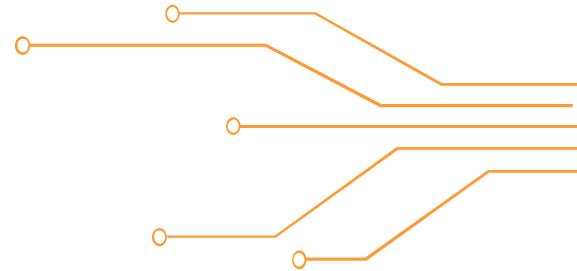
RSI X telah melaksanakan lima prinsip GCG dengan baik, meliputi :

- a. Transparansi, Dengan adanya rapat secara berjenjang (mulai dari Yayasan sampai dengan SDM garis depan) dan berkala (mingguan dan bulanan), berbasis data dan fakta, sehingga selalu ada target progres penyelesaian masalah secara bertahap. Pola ini akan memberikan proses pengambilan keputusan manajemen disetiap lini (atas, menengah dan bawah) menjadi terbuka dan transparan.
- b. Akuntabilitas, Organ-organ dalam struktur organisasi RSI X telah berjalan sesuai dengan fungsi dan tanggungjawabnya. Dengan adanya audit internal dan eksternal, maka akuntabilitas Laporan keuangan sudah transparan dan dapat dipercaya.
- c. Pertanggungjawaban, Pertanggungjawaban RSI terhadap peraturan kesehatan yang berlaku ditunjukkan dengan diperolehnya Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2019 versi SNARS (Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit) tingkat paripurna. Kepatuhan membayar pajak sesuai ketentuan Dirjen Pajak. RSI X juga telah mengeluarkan dana CSR (corporate social responsibility) atau tanggungjawab sosial perusahaan untuk berbagai aktivitas sosial, pendidikan, kesehatan, dan lingkungan.
- d. Kemandirian, RSI X telah dikelola dengan profesional dan mandiri serta tanpa tekanan dari pihak manapun. Hal ini ditunjukkan dengan perkembangan dan pertumbuhan pendapatan dan laba RSI yang tumbuh berkelanjutan atau meningkat setiap tahunnya.
- e. Pada manajemen SDM, RSI telah melakukan dengan adil (proporsional & profesional) dan setara artinya setiap karyawan diberi kesempatan yang sama berkarir sampai tingkatan direksi. Disisi lain balas jasa yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kemampuan RSI X

dan peraturan ketenagakerjaan. Dengan pihak eksternal, RSI X telah berusaha adil dan wajar pada semua rekanan. Disamping itu berusaha memenuhi perjanjian dengan para rekanan/kontraktor sesuai kesepakatan yang telah ditandatangani.

## **5.2 Saran**

1. Dalam rangka meningkatkan '*Good communication & Good management*', perlu adanyaruang rapat yang representatif dan terpisah dengan ruang kerja serta dilengkapi dengan peralatan persentasi *white board*, LCD, dll. Ruang rapat tersebut bisa difungsikan untuk DIKLAT.
2. Untuk lebih meningkatkan akuntabilitas laporan keuangan, perlu dikembangkan terus Sistem Informasi Akutansi (SIA), sehingga laporan keuangan lebih tetap waktu.
3. Meningkatkan fungsi dan peran Yayasan dengan adanya SDM yang memahami manajmen Rumah Sakit, sehingga perkembangan RSI X akan lebih terarah, terukur dan terkendali.



# GOVERNANCE, RISK AND COMPLIANCE (GRC)

Kelompok 5:

Maya Dwi Lestari  
Noorita Rizki

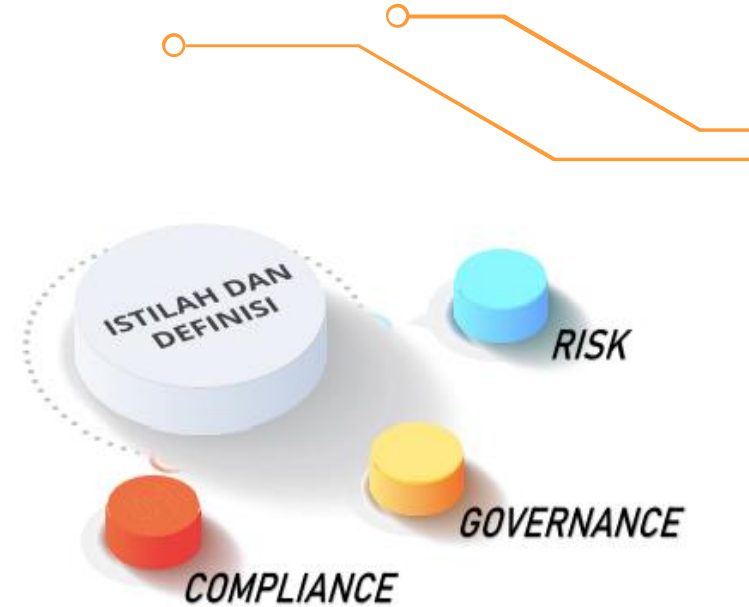
...



Governance adalah tindakan yang mengarahkan, mengendalikan, dan mengevaluasi secara eksternal suatu entitas, proses, atau sumber daya.

Risiko adalah dampak dari ketidakpastian terhadap pencapaian objektif /tujuan (Menurut ISO 31000:2018)

Compliance adalah kemampuan untuk membuktikan pemenuhan suatu persyaratan, aturan, dan hukum yang berlaku



Kondisi ideal GRC yang dimiliki oleh organisasi untuk memastikan tujuan organisasi tercapai secara optimal



# PERKEMBANGAN GRC

oleh pendiri DCEG, Scott L. Mitchell, dalam International Journal of Disclosure and Governance. Makalah yang inovatif ini telah memengaruhi seluruh pemangku kepentingan dan industri di seluruh dunia.

Penerbitan makalah akademis pertama kali mengenai GRC

2007

Dalam perkembangannya terbentuk kesepakatan bahwa “GRC adalah pendekatan terpadu dan holistik terhadap organisasi untuk memastikan suatu organisasi bertindak secara etis dan sesuai dengan selera risiko, kebijakan internal dan peraturan eksternal melalui penyelarasan strategi, proses, teknologi dan manusia, sehingga meningkatkan efisiensi dan efektivitas”. Para ahli kemudian menerjemahkan definisi tersebut ke dalam kerangka referensi untuk penelitian GRC.

2003

Muncul pertama kali akronim GRC

2009

Hampir tidak ada penelitian ilmiah tentang GRC

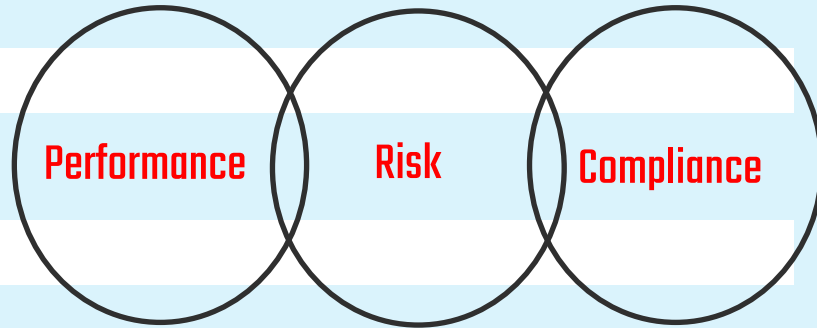
# Konsep GRC:

GRC dipandang sebagai kumpulan semua kemampuan yang diperlukan untuk mendukung kinerja utama pada setiap tingkatan organisasi

**Governance**

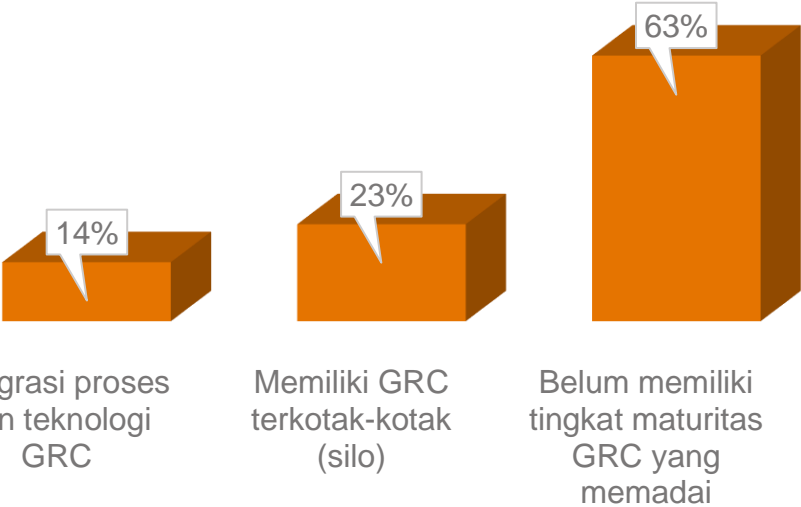
**Management**

**Assurance**



- Pencapaian tujuan secara handal (missal: berbisnis secara bersih, bebas dari suap dan korupsi)
- Menghilangkan ketidakpastian
- Secara berintegritas

# Survei Tingkat Maturitas GRC di Indonesia Tahun 2019

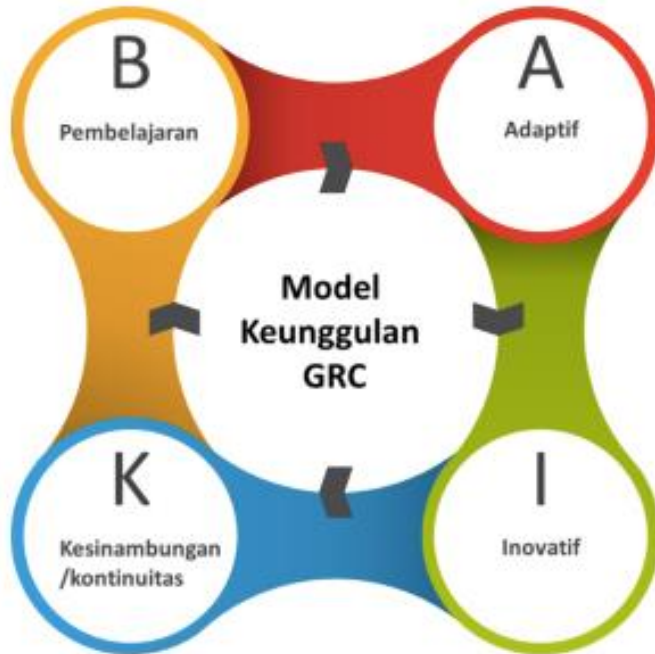






# Prasyarat










## MODEL KEUNGGULAN GRC (Bersifat berkelanjutan)

Merupakan kondisi ideal yang ingin dicapai dalam menerapkan GRC sebagai representasi prinsip-prinsip penerapan GRC. Model Keunggulan tersebut bersifat **recursive** (siklus berkesinambungan).

# Tingkat Maturitas:

1. Initial
2. Siloed
3. Managed
4. Transformed
5. Proactive

 <b>Initial</b>	Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC sudah ada secara parsial.
 <b>Siloed</b>	Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC sudah ada secara lengkap, namun masih tersebar, terpisah satu dengan lainnya tanpa adanya penyesuaian yang memadai.
 <b>Managed</b>	Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC pada tingkat maturitas <i>Siloed</i> telah didukung oleh kebijakan, prosedur dan metodologi, namun keselarasan di antara kebijakan, prosedur dan metodologi masih dalam tahap minimal.
 <b>Transformed</b>	Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC pada tingkat maturitas <i>Managed</i> telah didukung oleh kebijakan, prosedur dan metodologi yang selaras satu sama lain sehingga elemen dari setiap Model Keunggulan GRC terus menerus diperbaharui dan ditingkatkan seiring dengan tantangan dan perubahan yang dihadapi.
 <b>Proactive</b>	Komponen Keunggulan dari Model Keunggulan GRC pada tingkat maturitas <i>Transformed</i> , telah memiliki kemampuan inovatif dan proaktif untuk memprediksi tantangan dan perubahan di masa yang akan datang.



# MANFAAT GRC

## a. Keunggulan kompetitif yang berkelanjutan

Peningkatan nilai organisasi melalui penetapan focus corporate strategy yang baik, dapat mendukung terciptanya inovasi dan keunggulan diferensiasi yang tidak dimiliki oleh pesaingnya. Inovasi merupakan sumber keunggulan kompetitif (competitive advantage) bagi organisasi.



## b. Tangkas (agile) dalam setiap pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan secara terpadu dan tepat sasaran dilakukan dengan mempertimbangkan antara lain: informasi penting yang relevan; risiko yang akan dihadapi; dan regulasi yang berlaku serta kekuatan intuisi bisnis.



## c. Efektif dan efisien atas sumber daya yang dimiliki

Efektivitas dan efisiensi waktu serta sumber daya yang diperlukan untuk melakukan aktivitas-aktivitas organisasi, yang didukung oleh kesamaan pandangan, bahasa, dan pengukuran





# POWER OF GRC

## COMMIT

Komitmen pimpinan:  
Tone at the top

## PLAN

Penerapan GRC:  
1. prosedur, strategi,  
dan langkah-langkah  
2. peran dan  
tanggung jawab  
individu/departemen

## DO

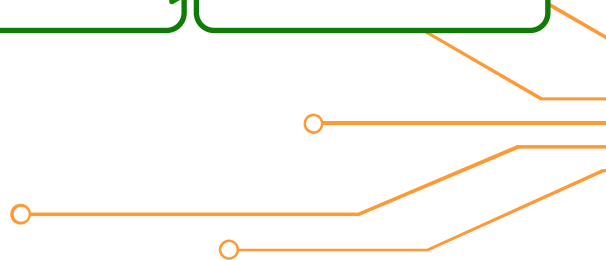
Eksekusi:  
1. Konsistensi  
2. Penggunaan  
teknologi  
3. Pemetaan data  
GRC  
4. support

## CHECK

Evaluasi:  
1. Pengawasan dan  
tinjauan  
2. Key Performance  
Indicators

## ACT

Peningkatan:  
Ulangi langkah-  
langkah berkelanjutan

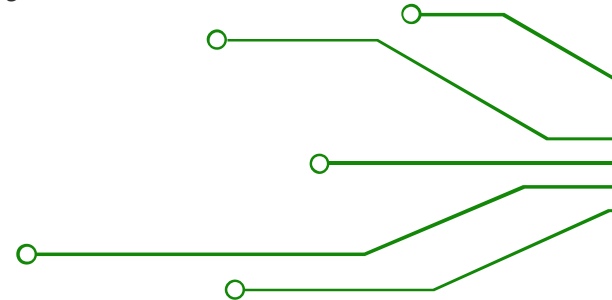




## CONTOH PENERAPAN GCG DI RS ISLAM X

...

Salah satu contoh penerapan prinsip *Good Corporate Governance* yaitu apakah proses pengambilan keputusan sudah transparan, laporan keuangan tersajikan tepat waktu dan teraudit, apakah gaji karyawan sudah sesuai UMK, apakah pemasok sudah diperlakukan wajar dan adil



# 5 PRINSIP GCG : *transparency, accountability, responsibility, independency dan fairness.*

Hasil implementasi *Good Corporate Governace* di RS ISLAM X :

## 1. Keterbukaan Informasi (*Transparency*)

Adanya rapat berjenjang dan berkala dimulai minimal satu minggu sekali. Dari Yayasan sampai karyawan garis depan minimal satu minggu sekali.

## 2. Akuntabilitas (*Accountability*)

Ditunjukkan dengan audit internal dan penilaian Audit eksternal dinyatakan wajar tanpa pengecualian (WTP). Dengan adanya audit internal dan eksternal, maka akuntabilitas Laporan keuangan sudah transparan dan dapat dipercaya.

## 3. Pertanggungjawaban (*Responsibilities*)

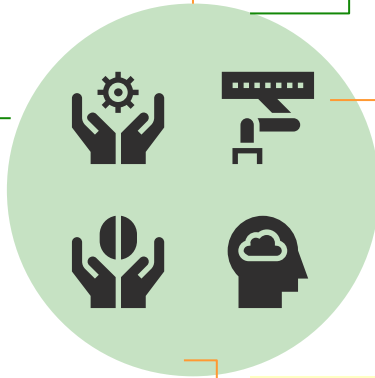
Hasil akreditasi oleh KARS adalah tingkat paripurna. Kepatuhan membayar pajak sesuai ketentuan Dirjen Pajak. RS Islam X juga telah mengeluarkan dana CSR

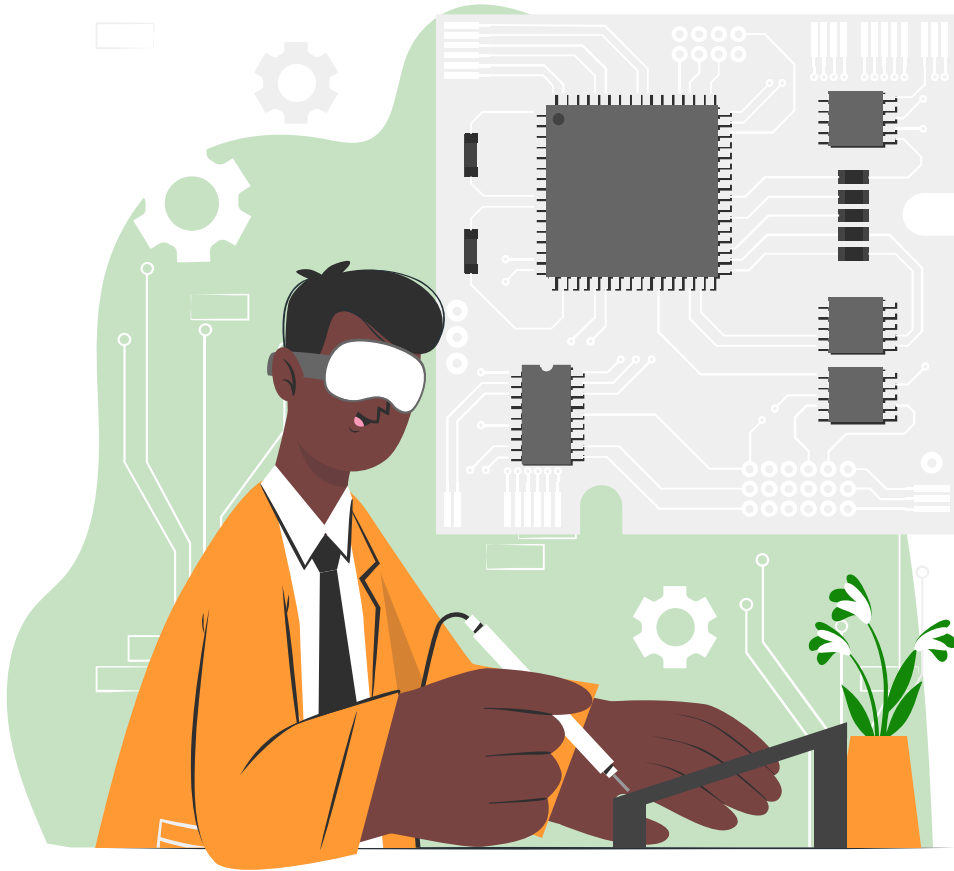
## 4. Kemandirian (*Independency*)

Hal ini ditunjukkan dengan perkembangan dan pertumbuhan pendapatan dan laba RSI yang tumbuh berkelanjutan atau meningkat setiap tahunnya.

## 5. Kesetaraan & Kewajaran (*Fairness*)

RS Islam X secara adil dan setara sebab setiap karyawan diberi kesempatan yang sama berkarir sampai tingkatan direksi. Dengan pihak eksternal, RS Islam X telah berusaha adil dan transparan dalam proses tender serta memenuhi kewajiban pada para rekanan/kontraktor sesuai kesepakatan yang telah ditandatangani.





**THANKS!**

**DO YOU HAVE ANY QUESTIONS?**



## Lampiran 2 Notulensi

### **Pertanyaan:**

1. Dari tingkat maturitas yang ada, manakah yang paling unggul? dan bagaimana cara penilaiannya? (**Pertanyaan dari Dewi Febrina**)
2. Tantangan apa saja yang dapat ditemui dalam penerapan GRC? (**Pertanyaan dari Suhartina basara**)
3. Gangguan apa saja yang dapat menghalangi dalam penerapan GRC? (**Pertanyaan dari Eka setiyani**)

### Jawab:

1. Yang paling unggul adalah tingkatan **proactive**, sebab komponen keunggulan dari model keunggulan GRC pada tingkat maturitas transformed, telah memiliki kemampuan inovatif dan proaktif untuk memprediksi tantangan dan perubahan di masa yang akan datang. Penilaiannya dapat dilakukan dengan observasi, analisis dokumen dan interview pihak terkait secara self-assessment atau menggunakan pihak independen secara periodik baik semesteran atau tahunan.
2. jawaban no 2 dan 3 digabungkan:  
Dalam penerapan GRC di organisasi, akan banyak ditemui tantangan dan gangguan, antara lain:
  - a. kerjasama antarprogram atau departemen yang kurang baik
  - b. tidak adanya strategi yang matang untuk integrasi
  - c. tidak tahu bagaimana memulai untuk menerapkan GRC
  - d. kurangnya ahli pada bidang terkait
  - e. ketersediaan teknologi tidak sesuai dengan kebutuhan GRC
  - f. ketidakmampuan untuk mengamankan anggaran yang diperlukan.

Tantangan dalam setiap perusahaan dan organisasi berbeda-beda. Hasil polling CRMS terkait penerapan GRC menunjukkan bahwa sebanyak 33% responden memilih belum memiliki strategi tata kelola TI yang kuat untuk mengintegrasikannya pada sistem perusahaan atau instansi.

# ***RISK MATURITY LEVEL***

## **KELOMPOK 6**

- Dien Falah (02210200029)
- Nela Sepri Wanti (02210100001)
- Sumiati (02210200004)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Menurut ISO 31000, Risiko adalah ketidakpastian yang berdampak pada sasaran. Oleh karena itu, semua organisasi tunduk pada risiko dan ketidakpastian, dan kebutuhan untuk mengelola risiko secara terstruktur semakin diakui.<sup>1</sup> Manajemen risiko merupakan strategi penting yang perlu dilakukan oleh organisasi. Hal ini dikarenakan penerapan manajemen risiko dapat menjadi tindak preventif agar perusahaan memiliki kesempatan untuk menghindari dan meminimalisir risiko yang ada. Menurut data dari CRMS Indonesia (2019), 76% organisasi di Indonesia sudah menerapkan manajemen risiko dan 24% sisanya belum. Meskipun telah menerapkan manajemen risiko, tingkat maturitas penerapan manajemen risiko juga perlu diukur agar dapat menjadi bahan evaluasi bagi organisasi.<sup>2</sup>

Untuk meningkatkan efektivitas dan capaian tingkat maturitas yang lebih tinggi, organisasi perlu mengetahui faktor apa saja yang dapat mempengaruhi tingkat maturitas yang tinggi dalam penerapan manajemen risiko bagi organisasi. Secara umum, faktor yang mempengaruhi dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor yang berasal dari internal serta faktor yang berasal dari eksternal. Faktor yang berasal dari eksternal diantaranya adalah ketersediaan regulasi yang akan mendorong organisasi untuk mematuhi regulasi dan jika organisasi bisa mengelola kepatuhan tersebut maka implementasi manajemen risiko akan efektif. Selain itu, capaian maturitas manajemen risiko yang juga akan menggambarkan tingkat efektivitas penerapan manajemen risiko akan sangat dipengaruhi oleh karakteristik organisasi.<sup>3</sup>

Menurut Bhosale et al. (2018) *risk maturity* dapat menjadi metode yang sangat tepat untuk mengevaluasi praktik manajemen risiko. *Risk maturity* merupakan alat untuk mengembangkan kerangka kerja *risk maturity model* yang diawali dengan mengidentifikasi parameter dari *risk maturity*. *Risk maturity* dapat membantu organisasi dalam mengetahui tingkat maturitas dan

gambaran posisi organisasinya dalam penerapan manajemen risiko. Dalam implementasi *risk maturity* tidak seharusnya hanya berfokus pada perancangan *risk maturity* model saja, namun juga pada pengukuran *risk maturity level* dan evaluasi penerapan manajemen risikonya. Dengan melakukan evaluasi, diharapkan perusahaan akan melakukan perbaikan hingga mencapai *risk maturity level* yang lebih tinggi. Hal ini dikarenakan pengukuran *risk maturity level* dapat membantu perusahaan dalam mengidentifikasi komponen dalam manajemen risikonya yang membutuhkan perbaikan.<sup>2</sup>

*Maturity model* adalah alat yang relatif umum, sering digunakan berdasarkan penilaian diri, untuk membantu organisasi memahami tingkat kemampuan mereka saat ini dalam area fungsional, strategis, atau organisasi tertentu. Selain itu, penetapan tingkat dan deskripsi kematangan yang berbeda dapat membantu organisasi mencapai sebuah pemahaman umum tentang jenis perubahan yang akan memungkinkan untuk mencapai tingkat yang lebih tinggi matang dari waktu ke waktu (OECD Tax Administration Maturity Model Series). *Maturity model* adalah alat yang mewakili jalur menuju yang semakin terorganisir dan cara sistematis untuk melakukan bisnis yang biasanya melibatkan orang, organisasi, dan proses. Telah ada mempopulerkan alat-alat ini dalam beberapa tahun terakhir menggunakan *maturity model* di beberapa domain, misalnya: manajemen data, keamanan informasi (*information security*), dan manajemen proyek.<sup>2</sup>

Disadari atau tidak, penilaian akan *maturity level* dari penerapan manajemen risiko pun sama pentingnya dengan proses penerapan manajemen risiko itu sendiri, sebagai bagian dari proses monitoring and kontrol. Usaha yang terus menerus dijalankan tidak ada artinya tanpa adanya monitoring and kontrol untuk mengetahui posisi organisasi kita saat ini, apakah proses yang dijalankan telah sesuai dengan yang direncanakan. Oleh karena itu, menilai *maturity level* dalam penerapan manajemen risiko di dalam organisasi bagi para praktisi manajemen risiko adalah penting.<sup>1</sup>

## **1.2. Rumusan Masalah**

- a. Bagaimana definisi dari *Risk Maturity Level*?
- b. Bagaimana tingkatan dari *Risk Maturity Level*?

- c. Bagaimana manfaat dari *Risk Maturity Level*?
- d. Bagaimana ruang lingkup penilaian *Risk Maturity Level*?
- e. Bagaimana komponen penilaian dari *Risk Maturity Level*?
- f. Bagaimana kelebihan dan kelemahan dari *Risk Maturity Level*?
- g. Bagaimana upaya peningkatan dari *Risk Maturity Level*?
- h. Bagaimana implementasi dari *Risk Maturity Level*?

### **1.3. Tujuan**

- a. Untuk mengetahui dan memahami definisi dari *Risk Maturity Level*
- b. Untuk mengetahui dan memahami tingkatan dari *Risk Maturity Level*
- c. Untuk mengetahui dan memahami manfaat dari *Risk Maturity Level*
- d. Untuk mengetahui dan memahami ruang lingkup penilaian *Risk Maturity Level*
- e. Untuk mengetahui dan memahami komponen penilaian dari *Risk Maturity Level*
- f. Untuk mengetahui dan memahami kelebihan dan kelemahan dari *Risk Maturity Level*
- g. Untuk mengetahui dan memahami upaya peningkatan dari *Risk Maturity Level*
- h. Untuk mengetahui dan memahami implementasi dari *Risk Maturity Level*

## **BAB II**

### **PEMBAHASAN**

#### **2.1. Definisi *Risk Maturity***

Manajemen risiko adalah budaya, proses dan struktur yang diarahkan untuk mewujudkan peluang potensial sambil mengelola peristiwa yang merugikan. Proses manajemen risiko melibatkan komunikasi, penetapan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, perawatan, pemantauan, dan peninjauan risiko. Proses manajemen risiko harus didukung oleh integritas, nilai-nilai etika, tata kelola organisasi, kompetensi, dan tanggung jawab para pemangku kepentingan organisasi. Proses ini sebaiknya juga didukung dengan penetapan tujuan organisasi yang mempertimbangkan dimensi risiko, komunikasi dan aliran informasi yang dinamis, serta pemantauan yang berkelanjutan terhadap seluruh komponen kerangka manajemen risiko.<sup>1</sup>

*Risk Maturity* atau maturitas risiko merupakan aktivitas untuk mengetahui tingkat kematangan manajemen risiko pada suatu organisasi, pemahamannya terhadap risiko, dan sejauh mana suatu organisasi mampu memberi penanganan terhadap risiko yang dihadapi serta proses penerapannya. Diketahui bahwa organisasi yang menerapkan serta meningkatkan maturitas manajemen risikonya dapat meningkatkan kualitas, menghemat biaya, serta meningkatkan penjadwalan pekerjaan.<sup>2</sup>

Sejarah awal *maturity models* kembali ke teori hierarki kebutuhan manusia, pertumbuhan ekonomi dan perkembangan teknologi informasi dalam organisasi. Jenis model ini menggambarkan perkembangan suatu entitas dari waktu ke waktu. Jenis model ini didasarkan pada prinsip kualitas produk yang dikembangkan selama "*quality revolution*" oleh penulis seperti Shewart, Deming, Juran dan Crosby. Pada tahun 1986, Departemen Pertahanan AS membutuhkan metode untuk menilai kemampuan perusahaan perangkat lunak yang bekerja sama dengannya, sehingga Watts Humphrey, tim SEI dan *Mitre Corporation* ditugaskan untuk tugas ini. Pada tahun 1991 dirilis versi pertama, CMM (*Maturity model of capabilities*). Model ini telah mencapai kesuksesan luar biasa dan telah direvisi dan ditingkatkan setelah berevolusi menjadi

CMMI, terintegrasi dengan *Capability Maturity Model Integration* version 1.3. Karena keberhasilan yang diperoleh, prinsip-prinsip yang digunakan untuk mengembangkan SEI *maturity models* berfungsi sebagai inspirasi bagi penulis lain, baik akademisi dan praktisi, dan sekarang ada ratusan model yang diterapkan pada domain yang berbeda.<sup>1</sup>

Secara umum, kedewasaan (*maturity*) dapat didefinisikan sebagai suatu perkembangan evolusi dalam mendemonstrasikan keterampilan tertentu atau dalam pencapaian suatu tujuan dari keadaan awal ke keadaan akhir yang diinginkan. Selain itu, ada banyak definisi *maturity* yang terkait langsung dengan domain yang merujuk istilah ini. Karena pekerjaan ini akan mengembangkan *maturity model* yang diterapkan pada proses manajemen risiko, penting juga untuk menentukan *maturity* yang diterapkan pada suatu proses. *Maturity* kemudian dapat didefinisikan sebagai tingkat dimana suatu organisasi menjalankan proses yang secara eksplisit dan konsisten didokumentasikan, dikelola, diukur, dikendalikan, dan terus ditingkatkan. *Maturity* dapat diukur melalui penilaian. Konsep fundamental lainnya adalah kemampuan (*capability*) yang didefinisikan sebagai kompetensi organisasi untuk melakukan aktivitas tertentu atau mencapai kinerja yang diinginkan dengan cara yang dapat diprediksi dan konsisten.<sup>1</sup>

Berdasarkan pada pendekatan strategis dalam pengelolaan risiko perusahaan, *risk maturity model* diketahui sebagai salah satu alat pengukuran yang valid sehingga dapat mendukung peningkatan prosedur dalam manajemen risiko sehingga menjadi lebih unggul. Dengan adanya *risk maturity model*, maka suatu organisasi dapat mengukur maturitas manajemen risikonya yang digambarkan pada *risk maturity level*. Skala *maturity level* terdiri atas 5 skala, hanya memiliki penamaan yang sedikit berbeda pada setiap literatur. Sedangkan nilai dari *risk maturity level* berada pada angka 0 hingga 100 yang menggambarkan hasil evaluasi pada kematangan risiko perusahaan.<sup>2</sup> Dalam model ini juga diwakili jalur evolusi, diantisipasi (*anticipated*), diinginkan atau khas (*desired or typical*), melalui level diskrit. Model ini memberikan kriteria yang diperlukan untuk mencapai masing-masing *model's maturity levels*. Dengan demikian *maturity models* memungkinkan kita untuk melihat pada

tingkat proses evolusi dari objek pada pencapaiannya. *Maturity levels* diatur dari tingkat awal kapasitas yang lebih rendah ke tingkat lanjutan yang sesuai dengan kapasitas maksimum dari realitas yang dimaksud. Untuk mencapai maturity level yang lebih tinggi, perlu adanya pengembangan berkelanjutan dari kemampuan objek yang diberikan.<sup>1</sup>

Penilaian *risk maturity level* sangat penting karena memungkinkan identifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan tata kelola perusahaan dan manajemen risiko organisasi. *Risk maturity model* ini tidak terbatas hanya untuk tujuan analitis. Ini juga dapat digunakan untuk mendapatkan roadmap menuju peningkatan evolusi fungsi manajemen risiko terkait kemampuannya dan efektivitas serta efisiensinya.<sup>2</sup>

## 2.2. Tingkatan Risk Maturity Level

Model ini menetapkan lima tingkat kematangan. Alasan dipilihnya lima tingkat adalah untuk memudahkan administrasi dalam mengambil penilaian tingkat kematangan saat ini dengan memberikan perbedaan yang jelas dalam deskripsi tingkat kematangan. Sedangkan nilai dari *risk maturity level* berada pada angka 0 hingga 100 yang menggambarkan hasil evaluasi pada kematangan risiko perusahaan.<sup>2</sup>

Tingkat Kematangan	Skala (%)	Penjelasan
<i>Risk Naïve</i> (Level 1)	≤ 20%	Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko <i>risk naïve</i> belum memiliki pendekatan formal dalam menerapkan manajemen risiko. Tergantung pada individu perorangan
<i>Risk Aware</i> (Level 2)	>20% - 40 %	Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko <i>risk aware</i> memiliki karakteristik pendekatan manajemen risiko yang masih silo. Kedisiplinan dalam proses tidak ketat.
<i>Risk Defined</i> (Level 3)	>40% - 60%	Organisasi yang <i>risk defined</i> telah memiliki strategi dan kebijakan terkait manajemen risiko serta telah dikomunikasikan, selain itu manajemen organisasi juga telah menetapkan selera risiko. Pelaksanaan rencana diimplementasikan dengan memprioritaskan risiko yang tinggi.
<i>Risk Managed</i> (Level 4)	>60% - 80%	Organisasi dengan status risk managed telah menggunakan pendekatan secara menyeluruh ( <i>enterprise approach</i> ) dalam mengembangkan manajemen risiko. Organisasi juga telah mengkomunikasikan penerapan manajemen risiko



<i>Risk Enable</i> (Level 5)	>80% - 100%	Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko <i>risk optimized</i> memiliki karakteristik utama yaitu manajemen risiko dan pengendalian internal telah sepenuhnya menyatu pada kegiatan operasional organisasi.
------------------------------	-------------	--

Tabel 1. *Risk Management Maturity Level*

Tingkat kematangan ditentukan di setiap atribut dan kematangan penerapan ERM (*Enterprise Risk Management*) ditentukan dari link terlemahnya. Berikut adalah atribut yang digunakan dalam pengukuran tingkat kematangan ERM.<sup>1</sup>

No	Atribut	Keterangan
1	<i>ERM-based approach</i>	Tingkat dukungan eksekutif untuk pendekatan berbasis ERM dalam budaya organisasi. Dukungan mencakup kepatuhan terhadap peraturan dalam setiap proses, fungsi, lini bisnis, peran, dan geografi. Tingkat integrasi, komunikasi dan koordinasi audit internal, teknologi informasi, kepatuhan, kontrol dan manajemen risiko.
2	<i>ERM Process Management</i>	Tingkat merangkaikan proses ERM kedalam proses bisnis dan menggunakan proses ERM untuk mengidentifikasi, menilai, mengevaluasi, memitigasi, dan memantau risiko. Tingkat penggabungan metode kualitatif yang didukung metode kuantitatif, analisis, dan model untuk mengevaluasi risiko.
3	<i>Risk-Appetite Management</i>	Tingkat pemahaman atas <i>trade-off</i> antara risiko dengan reward. Akuntabilitas dalam kepemimpinan dan kebijakan untuk memandu pengambilan keputusan dan kesenjangan antara risiko yang dipersepsikan dengan risiko sebenarnya. Selera risiko mendefinisikan batas risiko yang dapat diterima dan toleransi risiko mendefinisikan variasi pengukuran selera risiko yang dianggap dapat diterima oleh manajemen.
4	<i>Root Cause Discipline</i>	Tingkat pengetahuan yang diterapkan untuk mengukur akar atau penyebab masalah dan mengaitkan kejadian dengan sumber proses untuk mendorong mitigasi, melakukan pengumpulan informasi, dan kontrol pengukuran efektivitas. Mengeksplorasi tingkat risiko para karyawan, lingkungan eksternal, sistem, proses, dan relasi.
5	<i>Uncovering Risks</i>	Tingkat kualitas dan penetrasi mencakup kegiatan penilaian risiko dalam mendokumentasikan risiko dan peluang. Tingkat pengumpulan pengetahuan dari keahlian karyawan, database dan file elektronik lainnya untuk mengungkapkan dependensi dan korelasi di seluruh organisasi.
6	<i>Performance Management</i>	Tingkat pelaksanaan visi dan strategi, dari keuangan, pelanggan, proses bisnis dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (misal: <i>balanced scorecard</i> atau pendekatan lain). Tingkat paparan ketidakpastian, atau potensi penyimpangan dari rencana.

7	<i>Business Resiliency and Sustainability</i>	Sejauh mana aspek keberlanjutan proses ERM terintegrasi dalam perencanaan operasional organisasi. Mengevaluasi perencanaan mendukung ketahanan dan nilai organisasi. Tingkat kepemilikan dan perencanaan untuk memulihkan platform teknologi, misal: gangguan rantai pasokan, perubahan harga pasar, volatilitas arus kas, likuiditas bisnis, dan lainnya.
---	---	--

Tabel 2. *Atribut ERM Maturity Level*

Penilaian *risk maturity level* sangat penting karena memungkinkan identifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan tata kelola perusahaan dan manajemen risiko organisasi. *Risk maturity model* ini tidak terbatas hanya untuk tujuan analitis. Ini juga dapat digunakan untuk mendapatkan roadmap menuju peningkatan evolusi fungsi RM terkait kemampuannya dan efektivitas serta efisiensinya.<sup>1</sup>

### 2.3. Manfaat *Risk Maturity Level*

Suatu organisasi dalam menciptakan dan melindungi nilai organisasinya perlu memastikan bahwa mereka memiliki kemampuan mengeksploitasi risiko sisi atas, yang sering dikaitkan dengan kesempatan, dan memitigasi risiko sisi bawah, yang sering dikaitkan dengan ancaman. Suatu organisasi perlu memahami maturitas manajemen risiko mereka sehingga pimpinan dapat mengetahui sejauh apa budaya sadar risiko yang ada di organisasi saat ini dan sejauh mana kapasitas dan kapabilitas yang masih perlu dibangun. Berdasarkan hal tersebut pimpinan perlu membuat peta jalan pembangunan budaya sadar risiko sehingga arah dan sasaran efektivitas manajemen risiko dapat menjadi alat pemampu unggulan organisasi baik di saat ini maupun di masa mendatang.<sup>4</sup>

Menjadi kewajiban bagi pimpinan organisasi dalam hal organisasi perusahaan adalah direksi dan dewan komisaris untuk memastikan maturitas manajemen risiko selalu terukur dan senantiasa ditingkatkan. Dengan memiliki peta jalan dan mengarah pada maturitas yang lebih tinggi, organisasi dapat membangun kapasitas dan kapabilitas mereka secara efektif. Di bawah ini adalah contoh beberapa indikator keberhasilan peningkatan maturitas manajemen risiko di suatu organisasi berbentuk perusahaan:

- Selalu patuh 100% dengan aturan dan peraturan, baik peraturan eksternal yang bersifat mandatori, maupun peraturan internal yang bersifat sukarela.

- Selalu waspada terhadap risiko operasional yang melekat di proses bisnis sehingga perusahaan dapat terus menjaga baik penciptaan nilai perusahaan melalui proses bisnis unggulan (proses bisnis yang membangun keunggulan perusahaan untuk memberikan produk dan/atau jasa di atas garis persaingan pasar), maupun perlindungan nilai perusahaan melalui proses bisnis yang tidak boleh sedikitpun di bawah garis persaingan.
- Memiliki waktu, kapasitas, dan kompetensi yang dibutuhkan untuk membangun kemampuan pengelolaan risiko strategis yang menjadi sumber penciptaan nilai perusahaan di masa mendatang.<sup>4</sup>

#### **2.4. Ruang Lingkup Penilaian *Risk Maturity***

Ruang lingkup penilaian *maturity level* penerapan manajemen risiko adalah penerapan manajemen risiko secara komprehensif/menyeluruh meliputi:<sup>5</sup>

- a. Komunikasi dan konsultasi yang dilakukan di setiap tahapan Proses Manajemen Risiko, baik kepada para pemangku kepentingan internal maupun pemangku kepentingan eksternal.
- b. Penetapan konteks yang dilakukan dengan cara menjabarkan tujuan, mendefinisikan parameter internal dan eksternal yang akan dipertimbangkan dalam mengelola Risiko serta menetapkan cakupan dan kriteria Risiko untuk proses selanjutnya.
- c. Identifikasi Risiko yang dilakukan dengan cara mengidentifikasi kejadian, penyebab, dan konsekuensi dari peristiwa Risiko yang dapat menghalangi, menurunkan, atau menunda pencapaian tujuan organisasi.
- d. Analisis Risiko yang dilakukan dengan cara menentukan tingkat konsekuensi (dampak) dan tingkat kemungkinan terjadinya berdasarkan kriteria mempertimbangkan pengendalian yang ada.
- e. Evaluasi Risiko yang dilakukan untuk membantu dalam pengambilan keputusan mengenai perlu tidaknya dilakukan upaya mitigasi risiko lebih lanjut serta penentuan prioritas mitigasinya.
- f. Mitigasi Risiko yang dilakukan dengan mengidentifikasi berbagai opsi mitigasi Risiko yang mungkin diterapkan dan memilih satu atau lebih opsi mitigasi Risiko yang terbaik, dilanjutkan dengan penyusunan rencana mitigasi Risiko dan pelaksanaan rencana mitigasi tersebut.

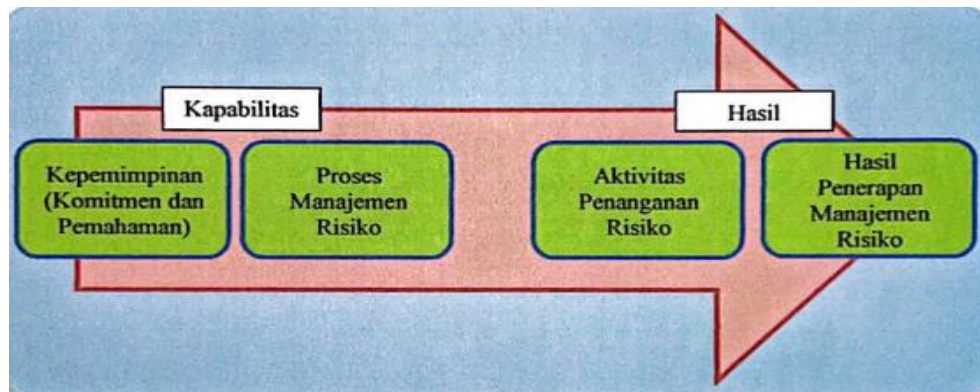
- g. Pemantauan dan reuiu, yang dilakukan terhadap seluruh aspek dari Proses Manajemen Risiko.

## 2.5. Komponen Penilaian

Kematangan penerapan manajemen risiko dinilai dengan mengevaluasi 4 komponen yaitu:<sup>5</sup>

### 1. Kepemimpinau

Tujuan evaluasi komponen kepemimpinan adalah mengukur komitmen pimpinan dan pemahaman pimpinan terhadap manajemen risiko dalam meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan penerapan manajemen risiko.



Gambar 1. Komponen penilaian level kematangan penerapan manajemen risiko

Dari tujuan tersebut dapat ditarik 2 (dua) elemen utama evaluasi kepemimpinan, yaitu komitmen pimpinan dan pemahaman pimpinan terhadap manajemen risiko.

#### a. Komitmen Pimpinan

Komitmen pimpinan dinilai dengan mengevaluasi 3 (tiga) subelemen, yaitu: rapat pimpinan, dukungan sumber daya, dan dukungan perangkat penerapan terkait manajemen risiko. Rapat pimpinan terkait manajemen risiko terdiri dari rapat Komite Manajemen Risiko, rapat Komite Pelaksana, dan rapat OPD. Dukungan sumber daya terdiri dari dana implementasi dan pengembangan sumber daya manusia. Dukungan perangkat penerapan terkait manajemen risiko terdiri dari prinsip, kerangka, strategi dan kebijakan manajemen risiko, organisasi dan prosedur tata kerja dan dokumentasi manajemen risiko.

#### b. Pemahaman Pimpinan terhadap Manajemen Risiko

Evaluasi pemahaman pimpinan merupakan elemen penilaian yang digunakan dalam menilai kesadaran risiko pada level pimpinan, yaitu: pemilik risiko, Komite Manajemen Risiko, Komite Pelaksana, dan seluruh pejabat OPD. Nilai pemahaman pimpinan diperoleh dari hasil tes tertulis.

## **2. Proses Manajemen Risiko**

Tujuan evaluasi komponen proses manajemen risiko adalah menilai kualitas seluruh tahapan proses manajemen risiko pada OPD. Proses manajemen risiko meliputi tujuh tahapan yang terdiri dari penetapan konteks, identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, mitigasi risiko, monitoring dan review, serta komunikasi dan konsultasi.

## **3. Aktivitas Mitigasi risiko**

Tujuan evaluasi komponen aktivitas, mitigasi risiko adalah menilai tingkat realisasi mitigasi risiko yang dijalankan dan efektivitasnya dalam menurunkan level risiko.

## **4. Hasil Penerapan Manajemen Risiko**

Tujuan evaluasi komponen hasil penerapan manajemen risiko adalah menilai efektivitas manajemen risiko dalam mendukung organisasi mencapai tujuannya.

### **2.6. Prosedur Penilaian**

Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (2018) telah memberikan pedoman mengenai hal-hal yang perlu dilakukan dalam mengukur *risk maturity* yaitu:<sup>6</sup>

- Mencari tahu seberapa jauh pemahaman manajemen terhadap manajemen risiko dan proses-proses yang sudah dilakukan dalam membangun manajemen risiko pada organisasi.
- Mengumpulkan informasi serta dokumen yang berkaitan dengan penerapan manajemen risiko, seperti proses analisis risiko, pengukuran risiko, hingga bagaimana manajemen melakukan pengambilan keputusan dengan pertimbangan risiko.

- Mengukur tingkat kematangan risiko berdasarkan informasi dan dokumen yang telah diperoleh. Hasil pengukuran yaitu berupa pengelompokan kedalam setiap tingkatan (Tifa Ayu).

Uraian prosedur evaluasi penerapan manajemen risiko adalah sebagai berikut:<sup>5</sup>

### **1. Tujuan**

- Menilai apakah proses manajemen risiko yang dilakukan Pemerintah Kabupaten Majalengka telah berjalan dengan efektif, efisien, sistematis, terstruktur, komprehensif dan terintegrasi.
- Evaluasi penerapan manajemen risiko dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- Seluruh pihak memahami tujuan evaluasi penerapan manajemen risiko, mendukung pelaksanaannya dan memahami secara tepat peran dan tanggung jawab masing-masing.

### **2. Ruang Lingkup**

- Penyusunan tim yang akan melakukan evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Penetapan tujuan evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Penetapan kriteria yang akan digunakan untuk melakukan evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Penetapan unit yang akan menjadi responden dalam evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Penetapan metode evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Pelaksanaan evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Pengambilan simpulan hasil evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Pemaparan hasil evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*)
- Penyusunan Laporan hasil evaluasi penerapan manajemen risiko (*risk maturity level*).

### 3. Risiko

Terdapat potensi pelaksanaan evaluasi penerapan manajemen risiko tidak berjalan dengan optimal karena:

- Pelaksanaan evaluasi hanya menjadi sebuah formalitas dan tidak memberikan *feedback* bagi perbaikan manajemen risiko
- Kurangnya partisipasi dan peran aktif dari unit kerja
- Pedoman evaluasi penerapan manajemen risiko kurang dipahami

### 4. Teknik

- Review dokumen, digunakan untuk parameter yang pembuktiannya berupa dokumen, laporan, formulir dan sebagainya
- Kuesioner, digunakan untuk parameter yang membutuhkan pendapat responden dan informasi yang diperoleh melalui reviu dokumen tidak cukup.
- Wawancara, digunakan sebagai pelengkap teknik pengujian lainnya dan untuk memperdalam simpulan hasil kuesioner. Jenis-jenis wawancara adalah wawancara terstruktur dan wawancara tidak berstruktur (bebas).
- Observasi, digunakan bila ketiga teknik di atas masih perlu diperdalam dengan pengamatan lapangan.

### 5. Dokumentasi

- Daftar permintaan dokumen
- Kertas Kerja Review Dokumen
- Kuesioner
- Tabulasi Hasil Kuesioner
- Kertas Kerja Wawancara
- Kertas Kerja Observasi
- Scorecard Evaluasi Penerapan Manajemen Risiko
- Ringkasan Perhitungan Nilai *Maturity Level*

### 6. Evaluasi

#### *Persiapan evaluasi*

- Melakukan pembentukan tim evaluasi dengan memperhatikan komposisi pengetahuan dan keahlian sesuai dengan kualifikasi pelaksana dan ruang

lingkup evaluasi. Jumlah personil yang melakukan evaluasi disesuaikan dengan lingkup evaluasi dan jangka waktu evaluasi. Susunan tim minimal terdiri dari penanggungjawab, pengawas, ketua tim dan anggota tim.

- Tim evaluasi menyusun program kerja, time *schedule*, pembagian tugas sebelum melakukan evaluasi. Dokumen-dokumen tersebut harus mendapat persetujuan penanggung jawab evaluasi sebelum pelaksanaan evaluasi.
- Sebelum melakukan evaluasi, tim evaluasi harus melakukan pemaparan awal kepada evaluatan untuk menjelaskan tujuan, ruang lingkup, jadwal, dan metodologi evaluasi. Selain itu juga harus dicapai kesepakatan dengan evaluatan mengenai scorecard yang digunakan.
- Melakukan pemaparan awal kepada manajemen mengenai rencana penugasan evaluasi.

***Pelaksanaan Evaluasi*** → Pelaksanaan evaluasi dapat dirinci dalam flowchart dan rincian.

***Penyusunan dan Pendistribusian*** → Laporan Evaluasi Hasil akhir evaluasi penerapan manajemen risiko adalah score tingkat kematangan (*maturity level*) manajemen risiko yang terbagi dalam 5 tingkat, yaitu: Risk Naive, Risk Aware, Risk Defined, Risk Managed dan Risk Enabled. Namun agar kelemahan dan rekomendasi dapat dijalankan, hasil evaluasi harus dituangkan dalam laporan evaluasi penerapan manajemen risiko. Laporan evaluasi ditandatangani penanggung jawab evaluasi.

## **2.7. Kelebihan dan Kelemahan *Risk Maturity Level***

### **a. Kelebihan *Risk Maturity Level***

Adapun kelebihan dari manajemen risiko dengan risk maturity level ini adalah sebagai berikut:

1. Mendapatkan gambaran efektivitas implementasi ERM (*Enterprise Risk Management*) tidak hanya dari sisi proses saja namun juga prinsip dan *framework*



2. Membandingkan pencapaian dengan kriteria atau acuan *best practices* yang digunakan, misalkan ISO 31000, COSO ERM, RIMS, dan lain-lain.
3. Mengetahui posisi perusahaan dalam pengelolaan risiko dibandingkan dengan perusahaan lain berdasarkan capaian nilai atau tingkat maturitas. Nilai yang diperoleh merupakan angka dengan skala 5 atau 4.
4. Asesmen dilakukan berdasarkan parameter yang telah ditetapkan dan pemenuhan *gap*/kesenjangan terhadap parameter tersebut menjadi pijakan dalam penyusunan strategi dan rencana improvement pengelolaan risiko. Apabila acuan yang digunakan berdasarkan *best practice* global maka diperoleh hasil assessment sesuai praktek yang berlaku secara internasional.
5. Diperoleh *roadmap* pengembangan manajemen risiko sesuai *best practice* yang berlaku.<sup>7</sup>

#### **b. Kelemahan *Risk Maturity Level***

*Maturity Model* sering diterapkan pada arsitektur perangkat lunak dan proses pengembangan. Mereka populer karena menjanjikan kejelasan, meskipun mereka memiliki beberapa kelemahan yang melekat. Adapun kelemahan dari model *risk maturity level* meliputi:

1. Ada bahaya dalam mendefinisikan “keadaan akhir” kedewasaan. Keadaan ideal cenderung bervariasi menurut keadaan. Keadaan akhir dapat merusak dorongan menuju perbaikan terus-menerus. Apa yang terjadi ketika Anda mencapai tingkat akhir model kedewasaan? Apakah pernah aman untuk berhenti membaik?
2. Masalah tidak selalu dapat didefinisikan dalam hal perkembangan linier. Masalah dunia nyata cenderung tunduk pada rintangan, garis singgung dan jalan memutar dan jarang mengikuti jalur yang teratur. Hasil yang baik lebih cenderung melibatkan perpaduan nuansa kemampuan daripada tingkat kedewasaan yang berubah-ubah.
3. Model kematangan cenderung menjadi usang. Mereka menyiratkan domain masalah statis dan tidak berubah sebagai respons terhadap konteks teknis dan bisnis yang berkembang. Dalam lingkungan yang

berubah dengan cepat, apa yang mungkin dianggap “dewasa” hari ini mungkin akan menjadi usang di kemudian hari.

4. Seringkali ada kesewenang-wenangan tertentu tentang cara model kematangan dikembangkan. Mereka sering didasarkan pada pandangan satu orang tentang suatu masalah. Pembuat model jarang mengungkapkan motif pembuatannya atau menjelaskan proses apa yang mereka gunakan. Dengan tidak adanya proses desain yang kredibel dan dipublikasikan, model kedewasaan dapat terasa tidak lebih dari alat pemasaran untuk konsultan.
5. Sebagian besar model maturitas tidak memiliki dasar teoritis formal dan dibangun di atas pengambilan keputusan yang sewenang-wenang dan asumsi yang belum teruji. Mereka mungkin didasarkan pada penilaian "orang yang sangat berpengetahuan" tetapi mereka dapat memberikan analisis yang lemah, terutama bila diterapkan pada solusi teknologi.<sup>8</sup>

## **2.8. Upaya Peningkatan Risk Maturity Level**

Menurut Hopkin RMM Level 1 dapat menggambarkan proyek yang tidak menerapkan proses apa pun untuk mengelola risiko. Ini akan mencakup proyek yang mengklaim secara implisit mengelola risiko berdasarkan efektivitas proses manajemen proyek lainnya seperti perencanaan (sehingga mengabaikan fakta bahwa proses manajemen proyek deterministik seperti perencanaan tidak dirancang untuk mengelola implikasi ketidakpastian). Dalam praktiknya, sebagian besar masalah pada level ini sama dengan kegagalan aplikasi. Sementara proses manajemen risiko mungkin telah dimulai, membiarkan salah satu komponen kritisnya menjadi tidak digunakan akan menghasilkan keseluruhan proses yang tidak menambah nilai, sehingga menghasilkan penilaian Level 1.<sup>1</sup>

Untuk berpindah dari level 1 ini organisasi perlu menyadari bahwa proses RM diperlukan sebagai fungsi yang relevan dari organisasi. Selanjutnya, tugas-tugas RM dasar dilakukan dengan tujuan untuk memastikan bahwa risiko dikelola di seluruh organisasi. Akibatnya, pada maturity level 1 (*Initial*), organisasi memang memiliki persepsi tentang perlunya proses manajemen risiko. Organisasi dapat menerapkan beberapa kegiatan manajemen risiko

tetapi sebagian besar bersifat sementara dan kacau (*ad-hoc and chaotic*). Tindakan ini cenderung reaktif daripada preventif. Organisasi tidak menyediakan lingkungan yang stabil untuk menetapkan proses manajemen risiko. Hasil manajemen risiko dan tidak dapat diprediksi (*unpredictable*) serta sulit ditiru (*replicate*) dan cenderung lebih bergantung pada kompetensi orang-orang dalam organisasi daripada penggunaan proses yang sudah terbukti.<sup>1</sup>

Setelah sebuah proyek telah mengambil saran profesional atau mengikuti panduan standar untuk memulai prosesnya, pindah ke kemampuan Level 2 RMM harus menjadi target yang relatif mudah untuk dicapai. Level 2 tidak menetapkan standar yang sangat menuntut. Akibatnya, diperlukan nilai tambah dengan menerapkan proses manajemen risiko harus lebih besar daripada biaya dan implikasi sumber daya lainnya dari penerapannya.<sup>1</sup>

Pada *maturity level 2 (Managed)*, organisasi berupaya untuk merencanakan dan melakukan kegiatan proses manajemen risiko sejalan dengan kebijakan manajemen risiko yang ditetapkan oleh organisasi dengan para pemangku kepentingan (*stakeholders*). Meskipun demikian, upaya manajemen risiko pada akhirnya dipengaruhi oleh pengulangan tindakan yang telah berhasil di masa lalu alih-alih (daripada) proses formal. Kegiatan manajemen risiko ditugaskan kepada orang-orang dengan kemampuan, tanggung jawab yang jelas, dan sumber daya yang cukup untuk menghasilkan pengulangan dalam batas tertentu. Pada tingkat ini organisasi tidak memiliki penyeragaman manajemen risiko dapat sangat berbeda di seluruh departemen dalam organisasi.<sup>1</sup>

Sebuah proyek akan dapat mencapai RMM Level 3 dengan pendekatan praktik umum sederhana menggunakan daftar risiko (*risk register*) untuk mendukung tinjauan rutin implikasi risiko dan efektivitas dan implementasi dari respons yang dirancang untuk mengelolanya. Meskipun ini adalah proses yang sederhana, ada sejumlah keterampilan penting yang terlibat dalam memanfaatkan potensinya secara maksimal. Sebagai contoh, risiko harus dipahami dengan cara yang mengklarifikasi semua sumber ketidakpastian yang relevan dan signifikan. Kegagalan untuk melakukan ini akan merusak efektivitas respons risiko. Demikian pula, ada keterampilan utama yang terlibat

dalam memastikan *risk register* itu mengandung risiko yang tepat, (dan risiko itu terus menjadi risiko yang tepat), bahwa risiko itu dikelola oleh pemilik risiko yang tepat, dan bahwa metode yang tepat dan sehat digunakan untuk memilih dan memprioritaskan risiko untuk ditinjau.<sup>1</sup>

Dalam prakteknya, proyek yang lebih besar seringkali lebih sulit mencapai RMM Level 3 dari pada proyek yang lebih kecil. Sementara mereka mungkin menemukan proses lebih mudah untuk memulai, masalah aplikasi proses cenderung lebih umum. Pada *maturity level 3 (Defined)*, proses manajemen risiko dikarakterisasi, dipahami, dan dijelaskan dalam prosedur, alat, dan metode standar. Proses ini digunakan untuk membangun konsistensi di seluruh organisasi, dan ada pendekatan terpusat (*centralized approach*) untuk manajemen risiko.<sup>1</sup>

Perubahan langkah terbesar dalam Project RMM terletak pada perbedaan antara Level 3 dan Level 4. Mencapai Level 4 membutuhkan proses manajemen risiko untuk dapat mengarah pada pemilihan pilihan strategis yang efisien risiko ketika menetapkan tujuan proyek dan memilih antara opsi untuk solusi atau pengiriman proyek. Oleh karena itu, kemampuan manajemen risiko Level 4 mencakup manajemen risiko dari perspektif strategi proyek dan membantu memberikan jaminan bahwa proyek yang direncanakan adalah '*the right project*'.

Langkah dari RMM Level 3 ke Level 4 membutuhkan perubahan pola pikir dan tingkat manajemen dimana keputusan risiko didukung. Kekuatan untuk mengotorisasi tujuan proyek dan perubahan mendasar pada solusi proyek (misalnya, produknya, pemanfaatan sumber daya organisasi atau pilihan pihak yang akan dilibatkan) biasanya diberikan kepada sponsor proyek dari pada manajer proyek. Karena manajemen risiko menawarkan berbagai teknik, kemampuan Level 4 mengharuskan orang dengan kemampuan dan pengalaman untuk memilih teknik yang sesuai dengan proyek yang bersangkutan. Pada maturity level 4 (*Qualitatively Managed*), pada rumah sakit menerapkan metode kuantitatif dan statistik untuk mengelola (*manage*), mengukur (*measure*), dan mengevaluasi (*evaluate*) proses manajemen risiko.

Akhirnya, pada maturity level 5 (*Optimizing*), proses manajemen risiko terus ditingkatkan berdasarkan data yang dikumpulkan di tingkat sebelumnya. Setiap orang memiliki tingkat komitmen yang tinggi dan manajemen risiko dianggap sebagai alat strategis. Jenis organisasi ini selalu berinovasi dan mengembangkan proses manajemen risiko sehingga organisasi pada maturity level ini memberikan kontribusi ilmiah untuk pengembangan manajemen risiko sebagai domain. Pada maturity level tertinggi (level 5) organisasi menggunakan manajemen risiko untuk memberikan keunggulan kompetitif dan sepenuhnya terintegrasi dalam strategi organisasional.<sup>1</sup>

## 2.9. Implementasi Risk Maturity Level

Dibawah ini adalah contoh proses pemberian penilaian *risk maturity level* berdasarkan Peraturan Bupati Majalengka Nomor 24 Tahun 2018. Proses penilaian dilakukan dengan mengevaluasi dokumentasi serta melakukan wawancara dan tes tertulis terkait penerapan manajemen risiko OPD selama satu periode menggunakan 4 (empat) komponen penilaian, yaitu: Kepemimpinan, Proses manajemen risiko, Aktivitasmitigasi risiko, Hasil penerapan manajemen risiko.

<b>Komponen Penilaian</b>	<b>Bobot</b>
A. Kepemimpinan	15%
1. Komitmen	75%
1) Rapat Pimpinan	20%
a. Rapat Komite MR	10%
b. Rapat Komite Pelaksana	10%
c. Rapat OPD	80%
2) Dukungan Sumber Daya	40%
a. Dana Implementasi	50%
b. Pengembangan SDM	50%
a) Pegawai yang mengikuti pelatihan MR	70%
b) <i>In-House Training MR</i>	30%
3) Dukungan Perangkat Penerapan	40%
a. Prinsip, kerangka, strategi, dan kebijakan	25%
b. Organisasi dan prosedur/ tata kerja	50%
c. Dokumentasi MR	25%

2. Pemahaman	25%
1) Komite manajemen risiko	30%
2) Komite pelaksana	30%
3) Pemilik risiko	20%
4) Pegawai internal lainnya	20%
B. Proses Manajemen Risiko	45%
1. Penetapan konteks	15%
2. Identifikasi risiko	30%
3. Analisis risiko	10%
4. Evaluasi risiko	5%
5. Mitigasi risiko	25%
6. Monitoring dan reviu	5%
7. Komunikasi dan konsultasi	10%
C. Aktivitas Mitigasi Risiko	25%
1. Mitigasi risiko yang dijalankan	70%
2. Keberhasilan menurunkan level risiko	30%
D. Hasil Penerapan Manajemen Risiko	15%
Pencapaian kinerja OPD	100%

Tabel 3. Komponen penerapan manajemen risiko serta bobotnya

Langkah-langkah untuk melakukan penghitungan nilai akhir sebagaimana disebutkan di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

### **Langkah I: Menilai setiap Bagian Terinci pada setiap Komponen**

Untuk menentukan nilai bagian terinci pada setiap komponen yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Menentukan bagian terinci pada setiap komponen
- b. Mengevaluasi aspek penilaian untuk setiap bagian terinci
- c. Menentukan nilai setiap bagian terinci pada komponen dengan menggunakan bagan dan/ atau rumus sederhana.

## **A. Kepemimpinan**

### **1. Komitmen**

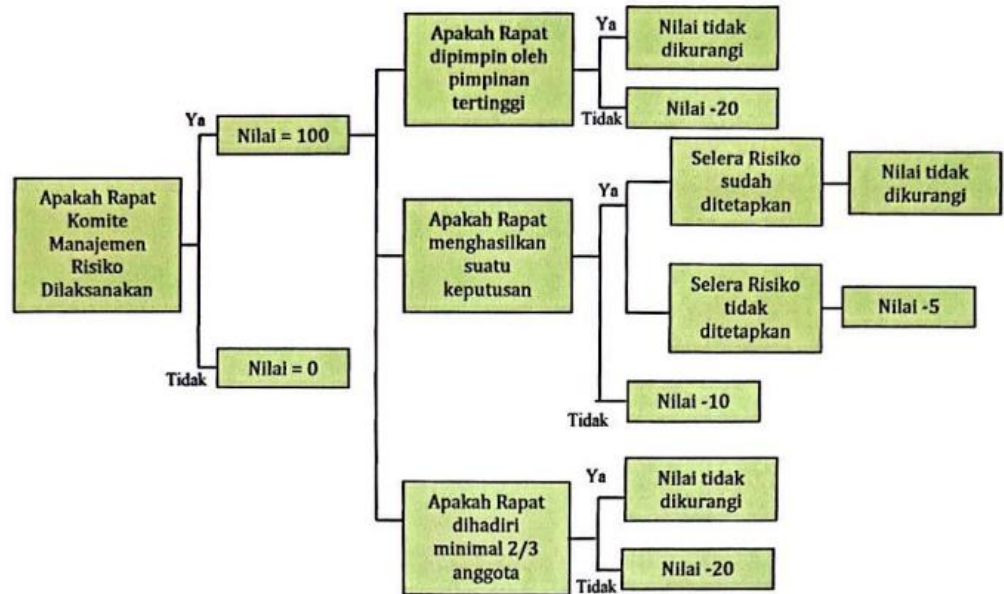
#### **1) Rapat Pimpinan**

##### **a. Rapat Komite Manajemen Risiko**

- Rapat Komite Manajemen Risiko minimal 1 kali/ semester

- Dipimpin langsung oleh pimpinan tertinggi
- Menghasilkan suatu keputusan Dihadiri minimal 2/3 anggota

Penentuan nilai untuk setiap rapat Komite Manajemen Risiko dilakukan dengan menggunakan bagan dan/ atau rumus sederhana sebagai berikut:



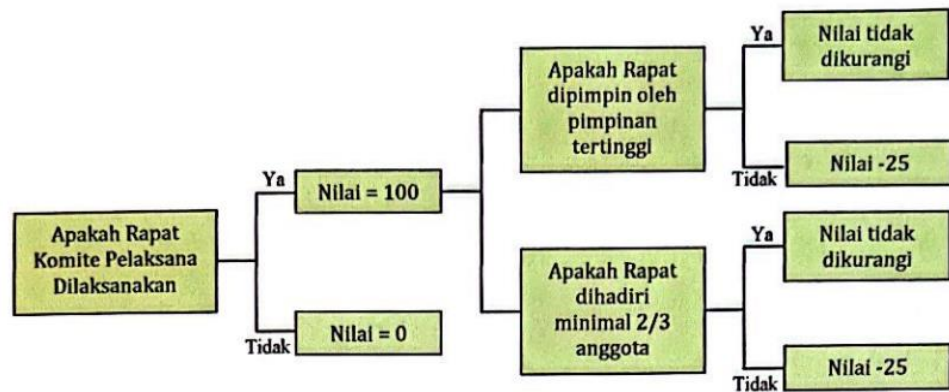
Selanjutnya dari hasil proses di atas, nilai rapat Komite Manajemen Risiko ditentukan dengan cara sebagai berikut:

- Bila rapat hanya dilakukan sekali dalam satu periode maka nilai rapat ini menjadi nilai rapat Komite Manajemen Risiko.
- Bila rapat dilakukan lebih dari sekali dalam satu periode maka nilai rapat Komite Manajemen Risiko adalah nilai rapat yang tertinggi

### **b. Rapat Komite Pelaksana**

- Rapat Komite Pelaksana minimal 2 kali/ semester
- Dipimpin langsung oleh pimpinan tertinggi
- Dihadiri minimal 2/3 anggota.

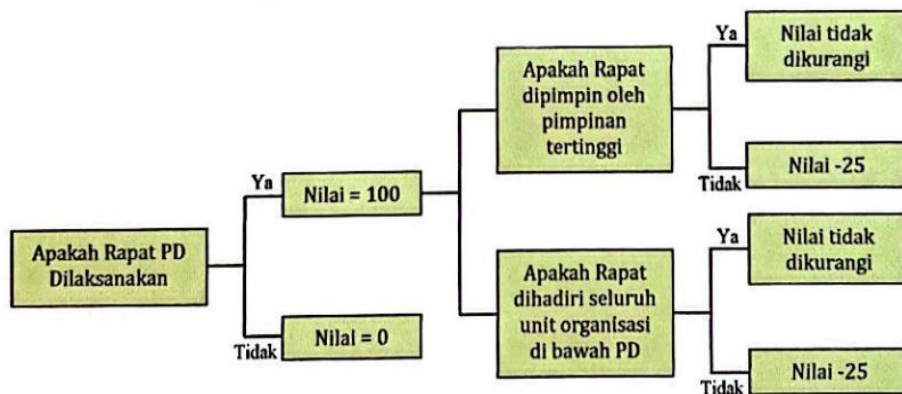
Penentuan nilai untuk setiap rapat Ketua Manajemen Risiko dilakukan dengan menggunakan bagandan/atau rumus sederhana sebagai berikut:



**c. Rapat OPD**

- Rapat OPD minimal 2 kali/semester.
- Dipimpin langsung oleh pimpinan tertinggi.
- Dihadiri oleh perwakilan seluruh unit organisasi di bawah OPD.

Penentuan nilai untuk setiap rapat OPD dilakukan dengan menggunakan bagan dan/atau rumus sederhana sebagai berikut:



Jenis rapat manajemen risiko (Rapat Komite Manajemen Risiko, Rapat Komite Pelaksana, Rapat OPD) dinyatakan dengan jelas pada dokumen pendukung.

**2) Dukungan sumber daya**

**a. Dana Implementasi**

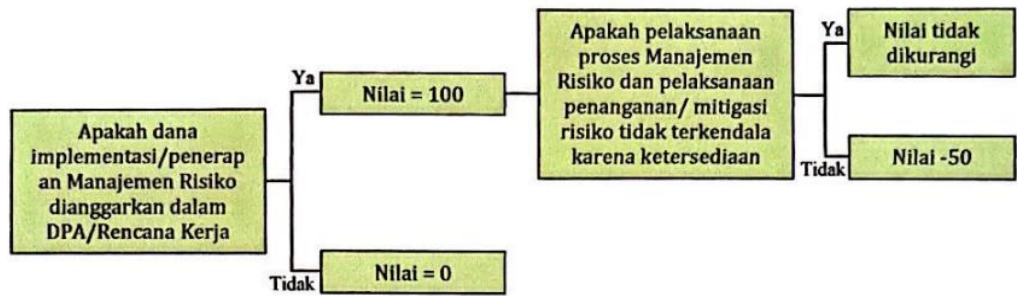
Penilaian terkait dana implementasi/penerapan manajemen risiko dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa aspek penilaian sebagai berikut:

- Implementasi/ penerapan manajemen risiko seperti rapat terkait manajemen risiko, penyusunan profil risiko, pelaksanaan



mitigasi/ mitigasi risiko, dan monitoring risiko telah dianggarkan dalam rencana kerja/DPA/Program Kerja Pengawasan Tahunan.

- Pelaksanaan proses manajemen risiko dan pelaksanaan mitigasi/ mitigasi risiko tidak terkendala karena ketersediaan dana. Penentuan nilai untuk dana implementasi terkait manajemen risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



### b. Pengembangan SDM

- Pegawai mengikuti pelatihan MR

Penentuan nilai terkait pegawai yang mengikuti pelatihan manajemen risiko dilakukan dengan menggunakan bagan dan/ atau rumus sederhana. Menghitung persentase pegawai yang mengikuti pelatihan manajemen risiko dengan rumus sebagai berikut:

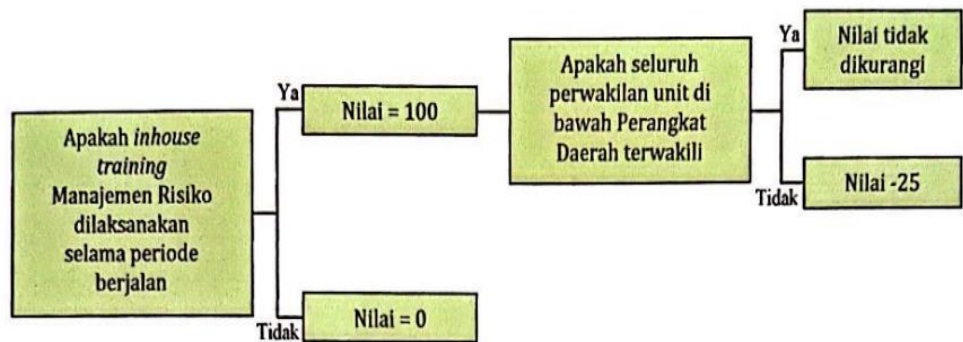
$$\text{Persentase pegawai yang mengikuti} = \frac{\text{Jumlah pegawai pada Perangkat Daerah yang telah mengikuti pelatihan Manajemen Risiko}}{\text{Jumlah total pegawai pada Perangkat Daerah}} \times 100\%$$

Selanjutnya nilai pegawai yang telah mengikuti pelatihan manajemen risiko disesuaikan dengan mempertimbangkan apakah seluruh pengelola manajemen risiko pada OPD telah mengikuti pelatihan manajemen risiko



- *In-House training MR*

Penentuan nilai terkait in-house training manajemen risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



3) Dukungan perangkat penerapan

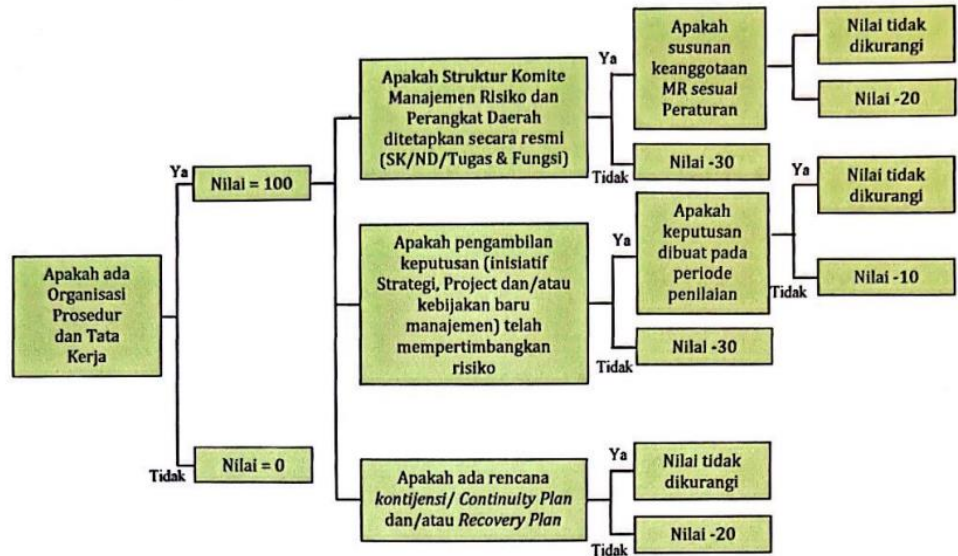
a. Prinsip, kerangka, strategi dan kebijakan

Penentuan nilai terkait prinsip, kerangka, strategi, dan kebijakan manajemen risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



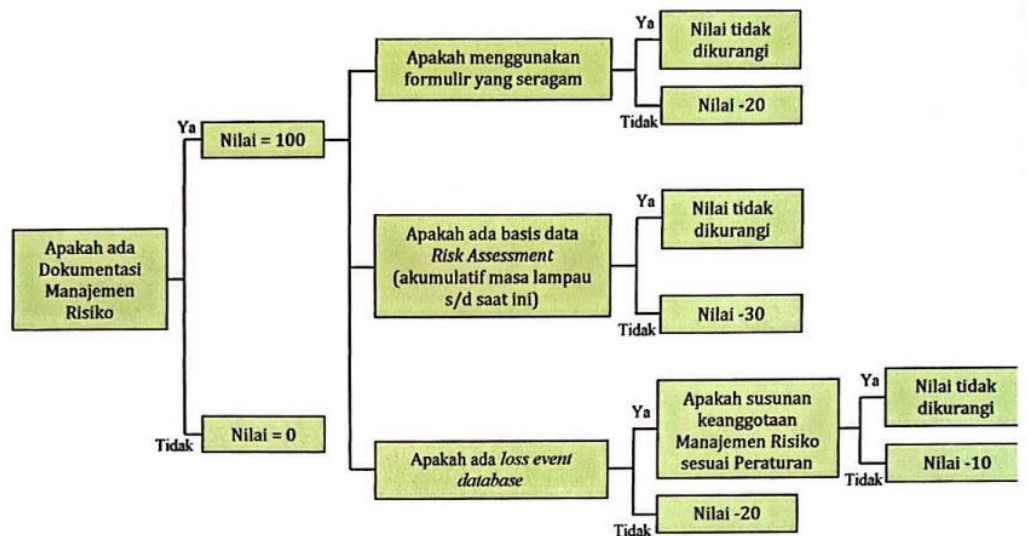
b. Organisasi dan Prosedure/ Tata Kerja

Penentuan nilai terkait organisasi dan prosedur/ tata kelja manajemen risiko dilakukan dengan risiko dilakukan dengan menggunakanbagan sederhana sebagai berikut:



### c. Dokumentasi MR

Penentuan nilai dokumentasi manajemen risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



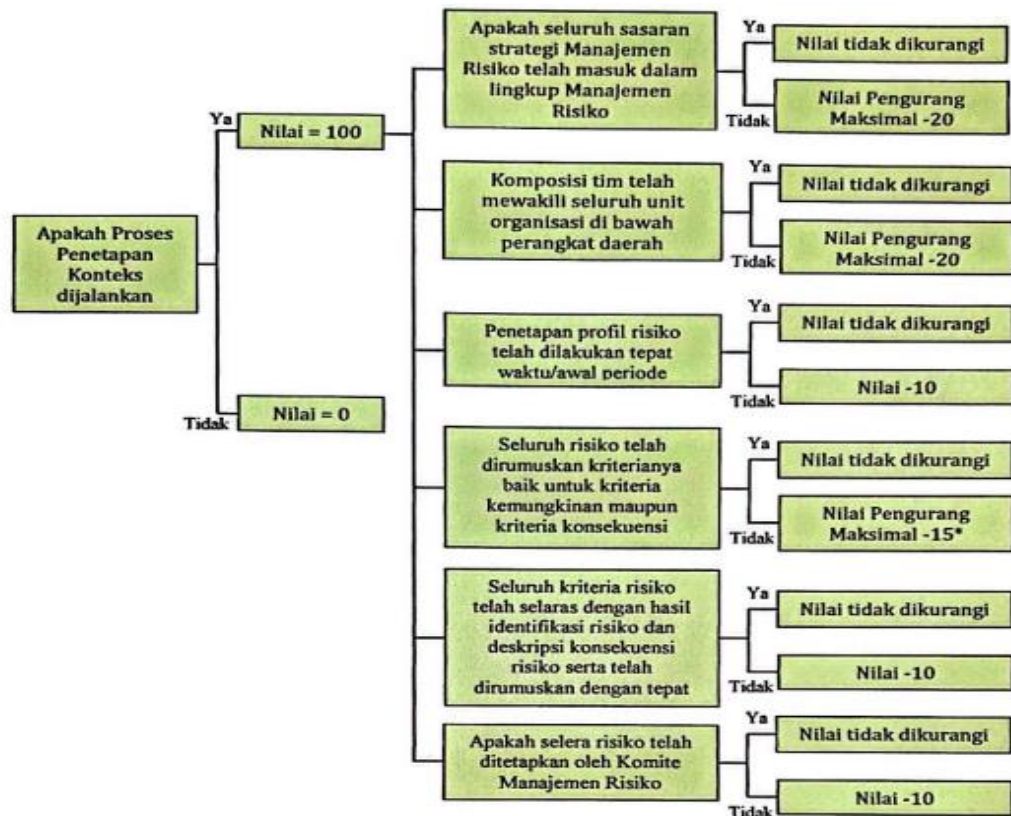
## 2. Pemahaman

Nilai pemahaman Komite manajemen risiko, Komite pelaksana, Pemilik risiko dan Pegawai internal lainnya didasarkan atas hasil tes tertulis dengan rentang nilai 0-100.

## B. Proses Manajemen Risiko

### 1. Penetapan konteks

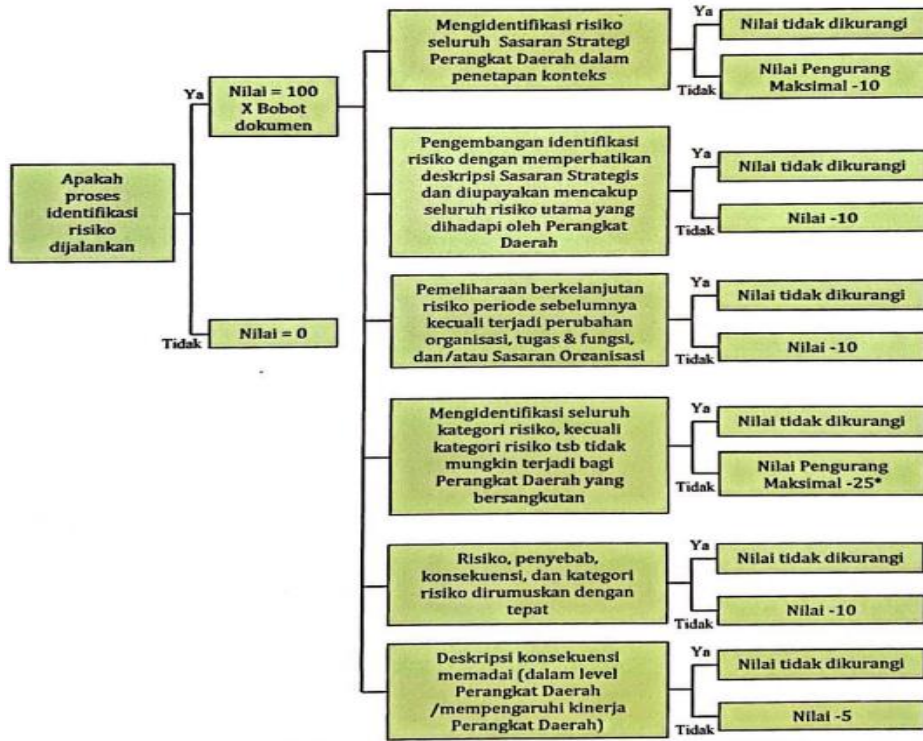
Penentuan nilai penetapan konteks dilakukan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



### 2. Identifikasi risiko

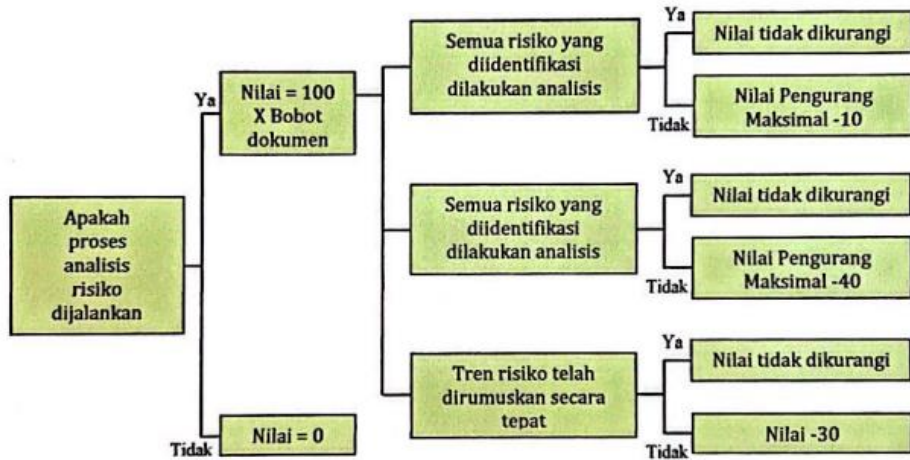
Penentuan nilai identifikasi risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:





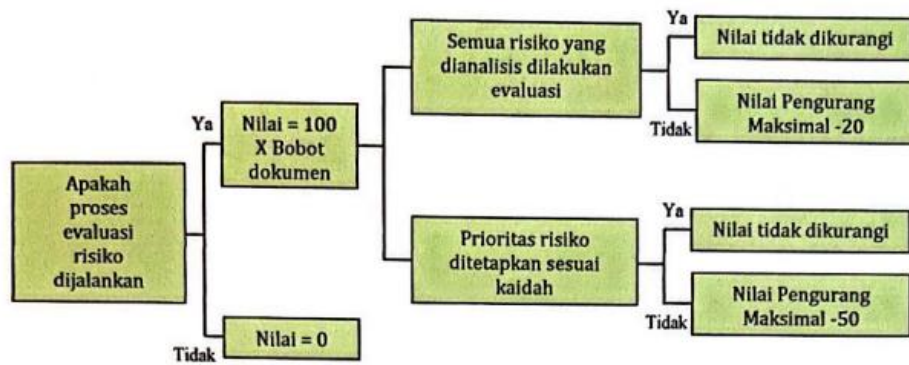
### 3. Analisis risiko

Penentuan nilai analisis risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



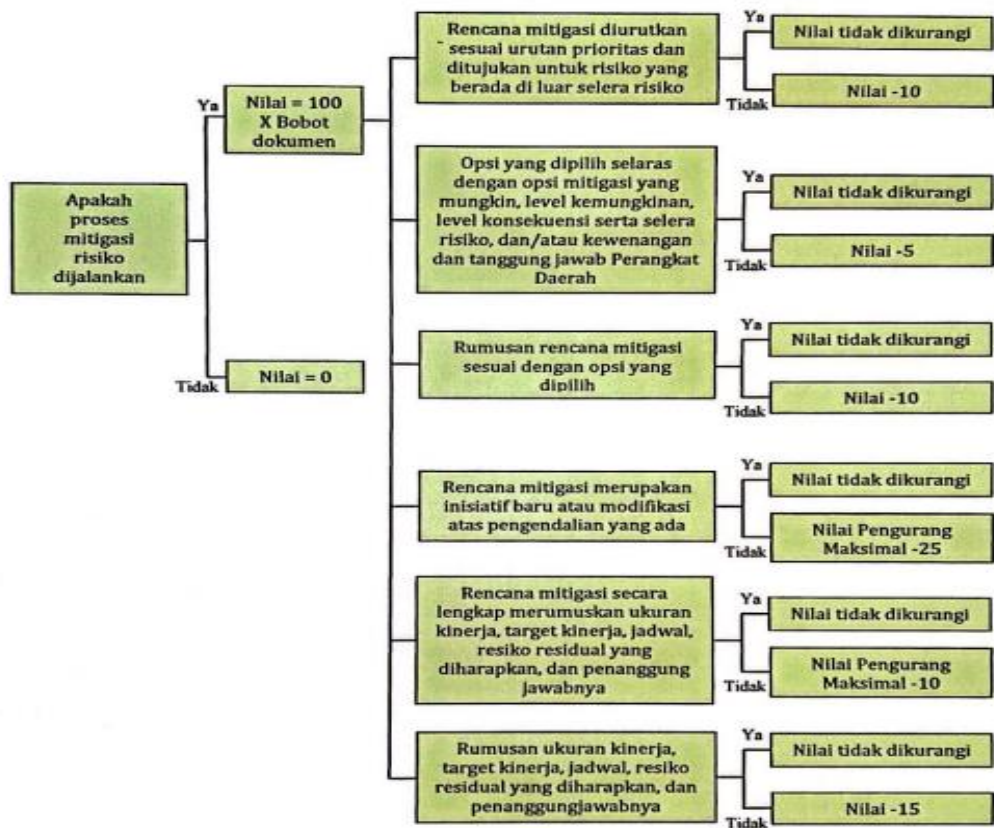
### 4. Evaluasi risiko

Penentuan nilai evaluasi risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



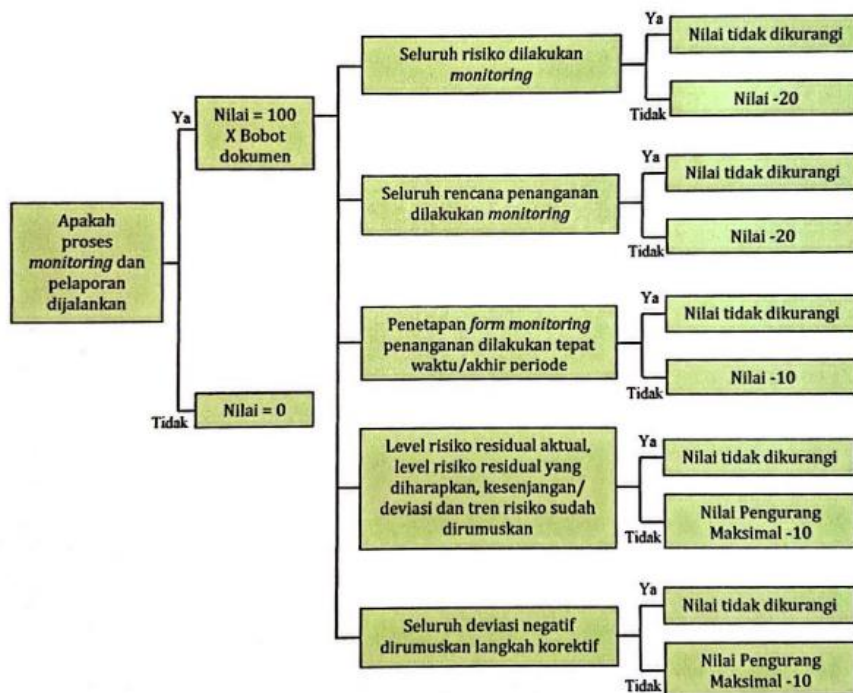
## 5. Mitigasi risiko

Penentuan nilai mitigasi risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



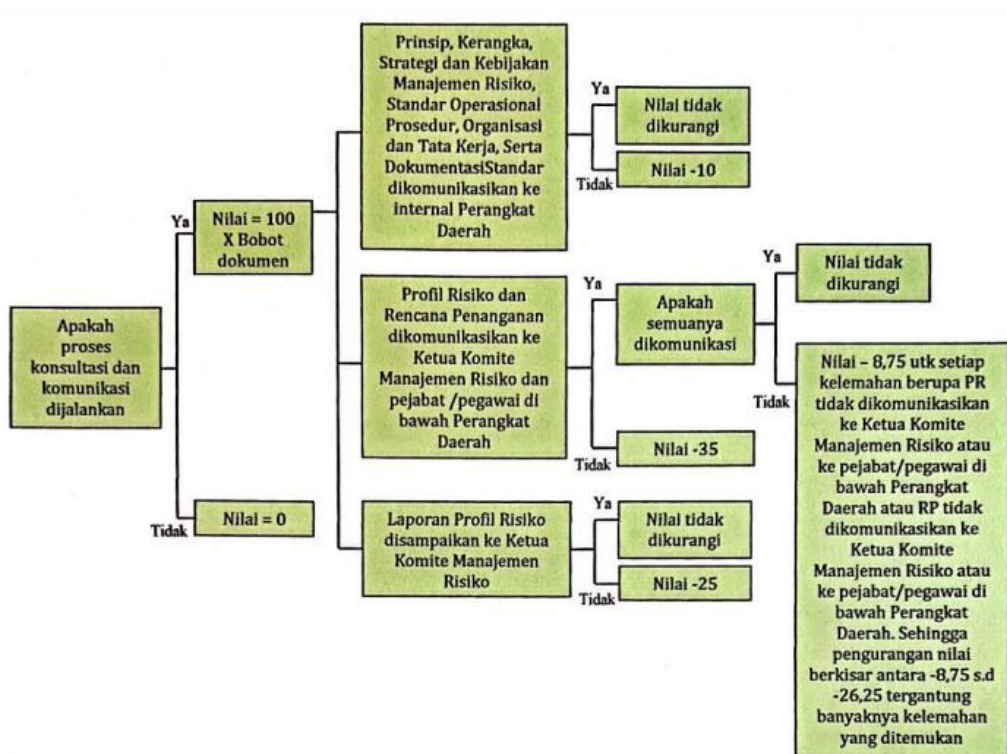
## 6. Monitoring dan reuiu

Penilaian terkait proses monitoring dan reuiu dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa aspek penilaian sebagai berikut:



## 7. Komunikasi dan konsultasi

Penentuan nilai komunikasi dan konsultasi dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



### C. Aktivitas Mitigasi Risiko

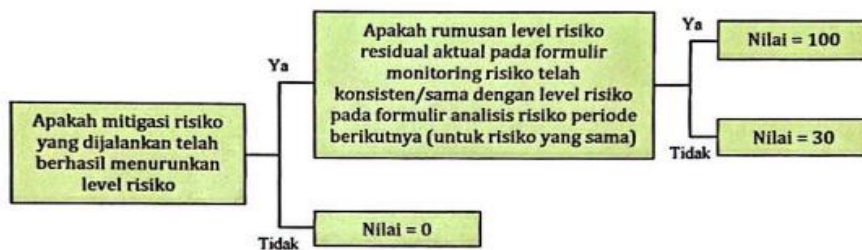
#### 1. Mitigasi risiko yang dijalankan

Penentuan nilai realisasi mitigasi risiko dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



#### 2. Keberhasilan menurunkan level risiko

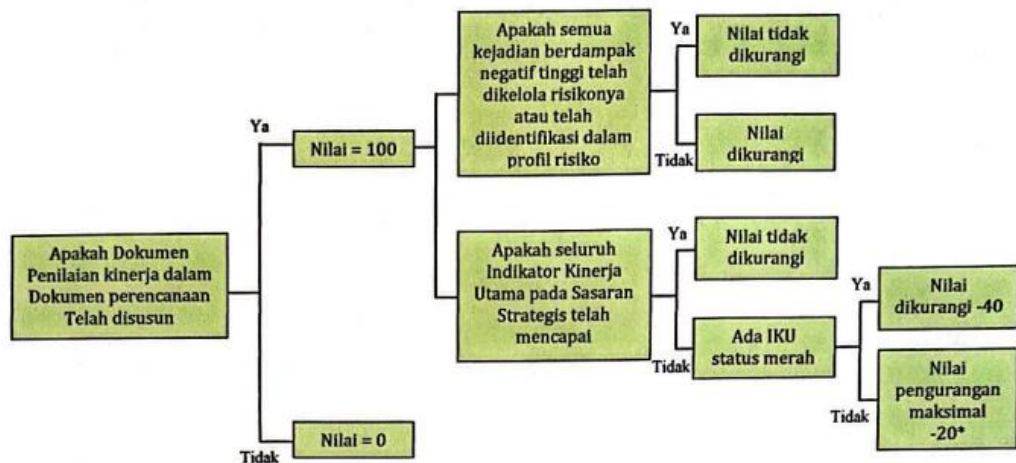
Nilai keberhasilan mitigasi risiko ditentukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:



### D. Hasil Penerapan Manajemen Risiko

Penentuan nilai pencapaian kinerja OPD dilakukan dengan menggunakan bagan sederhana sebagai berikut:





## Langkah II: Menentukan Nilai Tertimbang Komponen Penilaian Manajemen Risiko

Setelah itu untuk mendapatkan nilai tertimbang komponen penilaian, langkah yang harus dilakukan adalah mengalikan nilai hasil evaluasi setiap bagian terinci dengan bobotnya masing-masing sebagaimana terangkum pada tabel dibawah ini.

Unsur Penilaian	Bobot	Nilai	Nilai
	A	B	C = Ax B
A. Kepemimpinan	15%	B1=C2+C16	C1=15% x B1
1. Komitmen	75%	B2=C3+C7+C12	C2=75% x B2
1) Rapat Pimpinan	20%	B3=C4+C5+C6	C3=20% x B3
a. Rapat Komite MR	10%	B4	C4=10% x B4
b. Rapat Komite Pelaksana	10%	B5	C5=10% x B5
c. Rapat OPD	80%	B6	C6=80% x B6
2) Dukungan Sumber Daya	40%	B7=C8+C9	C7=40% x B7
a. Dana Implementasi	50%	B8	C8=50% x B8
b. Pengembangan SDM	50%	B9=C10+C11	C9=50% x B9
a) Pegawai yang mengikuti pelatihan MR	70%	B10	C10=70% x B10
b) <i>In-House Training MR</i>	30%	B11	C11=30% x B11
3) Dukungan Perangkat Penerapan	40%	B12=C13+C14+C15	C12=40% x B12
a. Prinsip, kerangka, strategi, dan kebijakan	25%	B13	C13=25% x B13
b. Organisasi dan prosedur/ tata kerja	50%	B14	C14=50% x B14
c. Dokumentasi MR	25%	B15	C15=25% x B15
2. Pemahaman	25%	B16=C17+C18+C19+C20	C16=25% x B16
1) Komite manajemen risiko	30%	B17	C17=30% x B17
2) Komite pelaksana	30%	B18	C18=30% x B18
3) Pemilik risiko	20%	B19	C19=20% x B19
4) Pegawai internal lainnya	20%	B20	C20=20% x B20

B. Proses Manajemen Risiko	45%	$B_{21}=C_{22}+C_{23}+C_{24}+C_{25}+C_{26}+C_{27}+C_{28}$	$C_{21}=45\% \times B_{21}$
1. Penetapan konteks	15%	B <sub>22</sub>	$C_{22}=15\% \times B_{22}$
2. Identifikasi risiko	30%	B <sub>23</sub>	$C_{23}=30\% \times B_{23}$
3. Analisis risiko	10%	B <sub>24</sub>	$C_{24}=10\% \times B_{24}$
4. Evaluasi risiko	5%	B <sub>25</sub>	$C_{25}=5\% \times B_{25}$
5. Mitigasi risiko	25%	B <sub>26</sub>	$C_{26}=25\% \times B_{26}$
6. Monitoring dan reuiu	5%	B <sub>27</sub>	$C_{27}=5\% \times B_{27}$
7. Komunikasi dan konsultasi	10%	B <sub>28</sub>	$C_{28}=10\% \times B_{28}$
C. Aktivitas Mitigasi Risiko	25%	$B_{29}=C_{30}+C_{31}$	$C_{29}=25\% \times B_{29}$
1. Mitigasi risiko yang dijalankan	70%	B <sub>30</sub>	$C_{30}=70\% \times B_{30}$
2. Keberhasilan menurunkan level risiko	30%	B <sub>31</sub>	$C_{31}=30\% \times B_{31}$
D. Hasil Penerapan Manajemen Risiko	15%	$B_{32}=C_{33}$	$C_{32}=15\% \times B_{32}$
Pencapaian kinerja OPD	100%	B <sub>33</sub>	$C_{33}=100\% \times B_{33}$
<b>Nilai Akhir</b>			<b><math>C_{34}=C_{1}+C_{21}+C_{29}+C_{32}</math></b>

Dari nilai akhir yang diperoleh selanjutnya dikonversikan ke dalam yudisium berupa Model Kematangan Manajemen Risiko yang menunjukkan tingkat kematangan organisasi dalam menjalankan proses manajemen risiko yang dibagikan dalam 5 (lima) level yaitu:

Level 1 = 0 - 29,99 (*Risk Naïve*)

Level 2 = 30 - 54,99 (*Risk Aware*)

Level 3 = 55 - 74,99 (*Risk Defined*)

Level 4 = 75 - 89,99 (*Risk Managed*)

Level 5 = 90 - 100 (*Risk Enabled*)

Selain contoh yang dijabarkan diatas, penilaian kematangan manajemen risiko ada juga yang menggunakan aplikasi atau pemograman. Berikut merupakan ilustrasi tampilan *dashboard* penilaian maturitas BLU.<sup>6</sup>

## Tampilan Dashboard

Di bawah ini merupakan ilustrasi tampilan dashboard penilaian maturitas BLU.



Gambar 10. Tampilan Dashboard Hasil Penilaian Maturity Rating BLU

## **BAB III**

### **PENUTUP**

#### **3.1. Kesimpulan**

Manajemen risiko adalah budaya, proses dan struktur yang diarahkan untuk mewujudkan peluang potensial sambil mengelola peristiwa yang merugikan. Proses manajemen risiko melibatkan komunikasi, penetapan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, perawatan, pemantauan, dan peninjauan risiko. *Risk Maturity* atau maturitas risiko merupakan aktivitas untuk mengetahui tingkat kematangan manajemen risiko pada suatu organisasi, pemahamannya terhadap risiko, dan sejauh mana suatu organisasi mampu memberi penanganan terhadap risiko yang dihadapi serta proses penerapannya.

Model ini menetapkan lima tingkat kematangan (Level 1-5) dan nilai dari *risk maturity level* berada pada angka 0 hingga 100 yang menggambarkan hasil evaluasi pada kematangan risiko perusahaan. Adapun tingkat kematangan *risk maturity level* meliputi *Risk Naïve* (Level 1), *Risk Aware* (Level 2), *Risk Defined* (Level 3), *Risk Managed* (Level 4), *Risk Enable* (Level 5).

Ruang lingkup penilaian *maturity level* penerapan manajemen risiko adalah penerapan manajemen risiko secara komprehensif/menyeluruh. Adapun pedoman mengenai hal-hal yang perlu dilakukan dalam mengukur *risk maturity* yaitu:

- Mencari tahu seberapa jauh pemahaman manajemen terhadap manajemen risiko dan proses-proses yang sudah dilakukan dalam membangun manajemen risiko pada organisasi.
- Mengumpulkan informasi serta dokumen yang berkaitan dengan penerapan manajemen risiko, seperti proses analisis risiko, pengukuran risiko, hingga bagaimana manajemen melakukan pengambilan keputusan dengan pertimbangan risiko.
- Mengukur tingkat kematangan risiko berdasarkan informasi dan dokumen yang telah diperoleh. Hasil pengukuran yaitu berupa pengelompokan kedalam setiap tingkatan (Tifa Ayu).

Di bawah ini adalah contoh beberapa indikator keberhasilan peningkatan maturitas manajemen risiko di suatu organisasi berbentuk perusahaan:

- Selalu patuh 100% dengan aturan dan peraturan, baik peraturan eksternal yang bersifat mandatori, maupun peraturan internal yang bersifat sukarela.
- Selalu waspada terhadap risiko operasional yang melekat di proses bisnis sehingga perusahaan dapat terus menjaga baik penciptaan nilai perusahaan melalui proses bisnis unggulan maupun perlindungan nilai perusahaan melalui proses bisnis yang tidak boleh sedikitpun di bawah garis persaingan.
- Memiliki waktu, kapasitas, dan kompetensi yang dibutuhkan untuk membangun kemampuan pengelolaan risiko strategis yang menjadi sumber penciptaan nilai perusahaan di masa mendatang

### **3.2. Saran**

*Maturity levels* diatur dari tingkat awal kapasitas yang lebih rendah ke tingkat lanjutan yang sesuai dengan kapasitas maksimum dari realitas yang dimaksud. Untuk mencapai maturity level yang lebih tinggi, perlu adanya pengembangan berkelanjutan dari kemampuan objek yang diberikan. Penilaian *risk maturity level* sangat penting karena memungkinkan identifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan tata kelola perusahaan dan manajemen risiko organisasi. *Risk maturity model* ini tidak terbatas hanya untuk tujuan analitis. Ini juga dapat digunakan untuk mendapatkan roadmap menuju peningkatan evolusi fungsi manajemen risiko terkait kemampuannya dan efektivitas serta efisiensinya.

Pada penjelasan diatas, terdapat beberapa kelemahan dari penilaian manajemen risiko dengan menggunakan *Risk Maturity Level*, maka sangat diperlukannya kejujuran dan tingkat komitmen yang tinggi dalam melakukan analisis risiko. Jika sudah mencapai pada level tertinggi (Level 5) diharapkan perusahaan atau organisasi tidak berhenti untuk selalu berinovasi dan mengembangkan proses manajemen risiko sehingga organisasi pada maturity level ini memberikan kontribusi ilmiah untuk pengembangan manajemen risiko sebagai domain. Karena pada maturity level tertinggi (level 5) organisasi menggunakan manajemen risiko untuk memberikan keunggulan kompetitif dan sepenuhnya terintegrasi dalam strategi organisasional.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sari, W. Risk Maturity Level dan Upaya Peningkatannya. *Karyailmiah.Trisakti.Ac.Id* (2018).
2. Pradita, T. A. Perancangan Risk Maturity Model Berdasarkan ISO 31000:2018 Pada Perusahaan di Indonesia. 1–106 (2021).
3. Suparto, E. R. A. & Lukmandono, L. Penilaian Maturity Level ERM (Enterprise Risk Management) Berbasis ISO 31000 : 2018. *Pros. SENIATI* **6**, 478–482 (2022).
4. Alijoyo, A. No Title. *Indonesia Risk Management Profesional Association* <https://irmapa.org/maturitas-risiko-risk-maturity-mengapa-diperlukan/> (2023).
5. Majalengka, B. Berita daerah kabupaten majalengka. 2–10 (2006).
6. Direktorat Pembinaan Pengelolaan Keuangan BLU, K. K. R. I. Buku Pedoman: BLU Maturity Rating Assessment Tools and Evaluation. 2–117 (2020).
7. Risangadi, R. RISK MATURITY INDEX vs RISK MATURITY LEVEL SEBAGAI KINERJA PENGELOLAAN RISIKO BUMN. *GRC* <https://theigrca.org/2021/05/05/risk-maturity-index-vs-risk-maturity-level-sebagai-kinerja-pengelolaan-risiko-bumn/> (2023).
8. Morris, B. Kasus Terhadap Model Jatuh Tempo. *Arsitektur perangkat lunak dan desain sistem* [https://www-ben--morris-com.translate.google.com/the-case-against-maturity-models/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=rq#:~:text=The weaknesses of maturity models&text=Firstly%2C there are dangers in,a drive towards continuous improvement](https://www-ben--morris-com.translate.google.com/the-case-against-maturity-models/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=rq#:~:text=The+weaknesses+of+maturity+models&text=Firstly%2C+there+are+dangers+in,+a+drive+towards+continuous+improvement) (2019).



# MANAJEMEN RISIKO DI PELAYANAN KESEHATAN RISK MATURITY LEVEL



OLEH : KELOMPOK 6

DIEN FALAH (02210200029)  
NELA SEPRIWANTI (02210100001)  
SUMIATI (02210100004)



# TABLE OF CONTENT

- ✓ Definisi Risk Maturity Level
- ✓ Tingkatan Risk Maturity Level
- ✓ Manfaat Risk Maturity Level
- ✓ Komponen penilaian Risk Maturity Level
- ✓ Prinsip penilaian Risk Maturity Level
- ✓ Upaya peningkatan Risk Maturity Level
- ✓ Implementasi Risk Maturity Level





## Definisi

Risk Maturity atau maturitas risiko merupakan aktivitas untuk mengetahui tingkat kematangan manajemen risiko pada suatu organisasi, pemahamannya terhadap risiko, dan sejauh mana suatu organisasi mampu memberi penanganan terhadap risiko yang dihadapi serta proses penerapannya. Diketahui bahwa organisasi yang menerapkan serta meningkatkan maturitas manajemen risikonya dapat meningkatkan kualitas, menghemat biaya, serta meningkatkan penjadwalan pekerjaan

# Manfaat

Penilaian risk maturity level sangat penting karena memungkinkan identifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan tata kelola perusahaan dan manajemen risiko organisasi. Risk maturity model ini tidak terbatas hanya untuk tujuan analitis. Ini juga dapat digunakan untuk mendapatkan roadmap menuju peningkatan evolusi fungsi manajemen risiko terkait kemampuannya dan efektivitas serta efisiensinya



# Tingkatan Risk Maturity Level

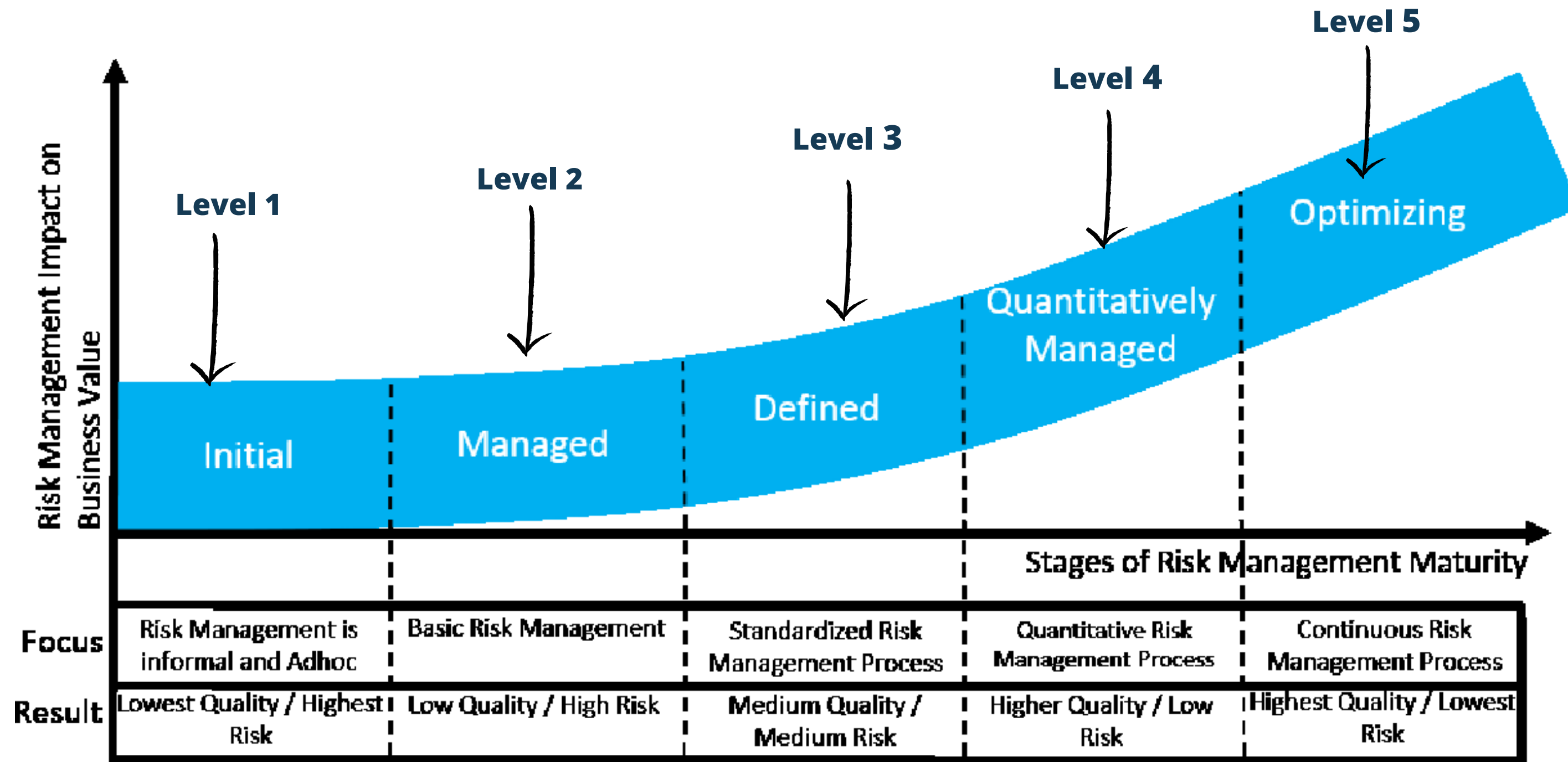


Figure 3. RM Maturity Curve







## Ruang lingkup penilaian risk maturity level

- Komunikasi dan konsultasi
- Penetapan konteks
- Identifikasi Risiko
- Analisis Risiko
- Evaluasi Risiko
- Mitigasi Risiko
- Pemantauan dan reuiu



**PROSEDUR EVALUASI  
PENERAPAN  
MANAJEMEN RISIKO**





# Kelebihan dan Kekurangan Risk Maturity Level



## KELEBIHAN


- Mendapatkan gambaran efektivitas implementasi ERM (Enterprise Risk Management) tidak hanya dari sisi proses saja namun juga prinsip dan framework
- Membandingkan pencapaian dengan kriteria atau acuan best practices yang digunakan, misalkan ISO 31000, COSO ERM, RIMS, dan lain-lain.
- Mengetahui posisi perusahaan dalam pengelolaan risiko dibandingkan dengan perusahaan lain berdasarkan capaian nilai atau tingkat maturitas. Nilai yang diperoleh merupakan angka dengan skala 5 atau 4.
- Asesmen dilakukan berdasarkan parameter yang telah ditetapkan dan pemenuhan gap/kesenjangan terhadap parameter tersebut menjadi pijakan dalam penyusunan strategi dan rencana improvement pengelolaan risiko.
- Diperoleh roadmap pengembangan manajemen risiko sesuai best practice yang berlaku

## Kelemahan

- Ada bahaya dalam mendefinisikan "keadaan akhir" kedewasaan
- Masalah tidak selalu dapat didefinisikan dalam hal perkembangan linier
- Model kematangan cenderung menjadi usang
- Seringkali ada kesewenang-wenangan tertentu tentang cara model kematangan dikembangkan
- Sebagian besar model maturitas tidak memiliki dasar teoritis formal dan dibangun di atas pengambilan keputusan yang sewenang-wenang dan asumsi yang belum teruji



# UPAYA PENINGKATAN RISK MATURITY LEVEL

- 
- Untuk berpindah dari level 1 ini organisasi perlu menyadari bahwa proses RM diperlukan sebagai fungsi yang relevan dari organisasi. Selanjutnya, tugas-tugas RM dasar dilakukan dengan tujuan untuk memastikan bahwa risiko dikelola di seluruh organisasi.
  - Pada maturity level 2 (Managed), organisasi berupaya untuk merencanakan dan melakukan kegiatan proses manajemen risiko sejalan dengan kebijakan manajemen risiko yang ditetapkan oleh organisasi dengan para pemangku kepentingan (stakeholders).
  - Pada maturity level 3 (Defined), proses manajemen risiko dikarakterisasi, dipahami, dan dijelaskan dalam prosedur, alat, dan metode standar. Proses ini digunakan untuk membangun konsistensi di seluruh organisasi, dan ada pendekatan terpusat (centralized approach) untuk manajemen risiko
  - Level 4 mencakup manajemen risiko dari perspektif strategi proyek dan membantu memberikan jaminan bahwa proyek yang direncanakan adalah 'the right project'
  - pada maturity level 5 (Optimizing), proses manajemen risiko terus ditingkatkan berdasarkan data yang dikumpulkan di tingkat sebelumnya. Setiap orang memiliki tingkat komitmen yang tinggi dan manajemen risiko dianggap sebagai alat strategis



# IMPLEMENTASI RISK MATURITY LEVEL



1

Dibawah ini adalah contoh proses pemberian penilaian risk maturity level berdasarkan Peraturan Bupati Majalengka Nomor 24 Tahun 2018

Unsur Penilaian	Bobot	Nilai	Nilai
	A	B	C = AxB
A. Kepemimpinan	15%	$B1=C2+C16$	$C1=15\% \times B1$
1. Komitmen	75%	$B2=C3+C7+C12$	$C2=75\% \times B2$
1) Rapat Pimpinan	20%	$B3=C4+C5+C6$	$C3=20\% \times B3$
a. Rapat Komite MR	10%	B4	$C4=10\% \times B4$
b. Rapat Komite Pelaksana	10%	B5	$C5=10\% \times B5$
c. Rapat OPD	80%	B6	$C6=80\% \times B6$
2) Dukungan Sumber Daya	40%	$B7=C8+C9$	$C7=40\% \times B7$
a. Dana Implementasi	50%	B8	$C8=50\% \times B8$
b. Pengembangan SDM	50%	$B9=C10+C11$	$C9=50\% \times B9$
a) Pegawai yang mengikuti pelatihan MR	70%	B10	$C10=70\% \times B10$
b) <i>In-House Training MR</i>	30%	B11	$C11=30\% \times B11$
3) Dukungan Perangkat Penerapan	40%	$B12=C13+C14+C15$	$C12=40\% \times B12$
a. Prinsip, kerangka, strategi, dan kebijakan	25%	B13	$C13=25\% \times B13$
b. Organisasi dan prosedur/ tata kerja	50%	B14	$C14=50\% \times B14$
c. Dokumentasi MR	25%	B15	$C15=25\% \times B15$
2. Pemahaman	25%	$B16=C17+C18+C19+C20$	$C16=25\% \times B16$
1) Komite manajemen risiko	30%	B17	$C17=30\% \times B17$
2) Komite pelaksana	30%	B18	$C18=30\% \times B18$
3) Pemilik risiko	20%	B19	$C19=20\% \times B19$
4) Pegawai internal lainnya	20%	B20	$C20=20\% \times B20$
B. Proses Manajemen Risiko	45%	$B21=C22+C23+C24+C25+C26+C27+C28$	$C21=45\% \times B21$
1. Penetapan konteks	15%	B22	$C22=15\% \times B22$
2. Identifikasi risiko	30%	B23	$C23=30\% \times B23$
3. Analisis risiko	10%	B24	$C24=10\% \times B24$
4. Evaluasi risiko	5%	B25	$C25=5\% \times B25$
5. Mitigasi risiko	25%	B26	$C26=25\% \times B26$
6. Monitoring dan reuiu	5%	B27	$C27=5\% \times B27$
7. Komunikasi dan konsultasi	10%	B28	$C28=10\% \times B28$
C. Aktivitas Mitigasi Risiko	25%	$B29=C30+C31$	$C29=25\% \times B29$
1. Mitigasi risiko yang dijalankan	70%	B30	$C30=70\% \times B30$
2. Keberhasilan menurunkan level risiko	30%	B31	$C31=30\% \times B31$
D. Hasil Penerapan Manajemen Risiko	15%	$B32=C33$	$C32=15\% \times B32$
Pencapaian kinerja OPD	100%	B33	$C33=100\% \times B33$
Nilai Akhir			$C34=C1+C21+C29+C32$

Level 1 = 0 - 29,99 (*Risk Naïve*)

Level 2 = 30 - 54,99 (*Risk Aware*)

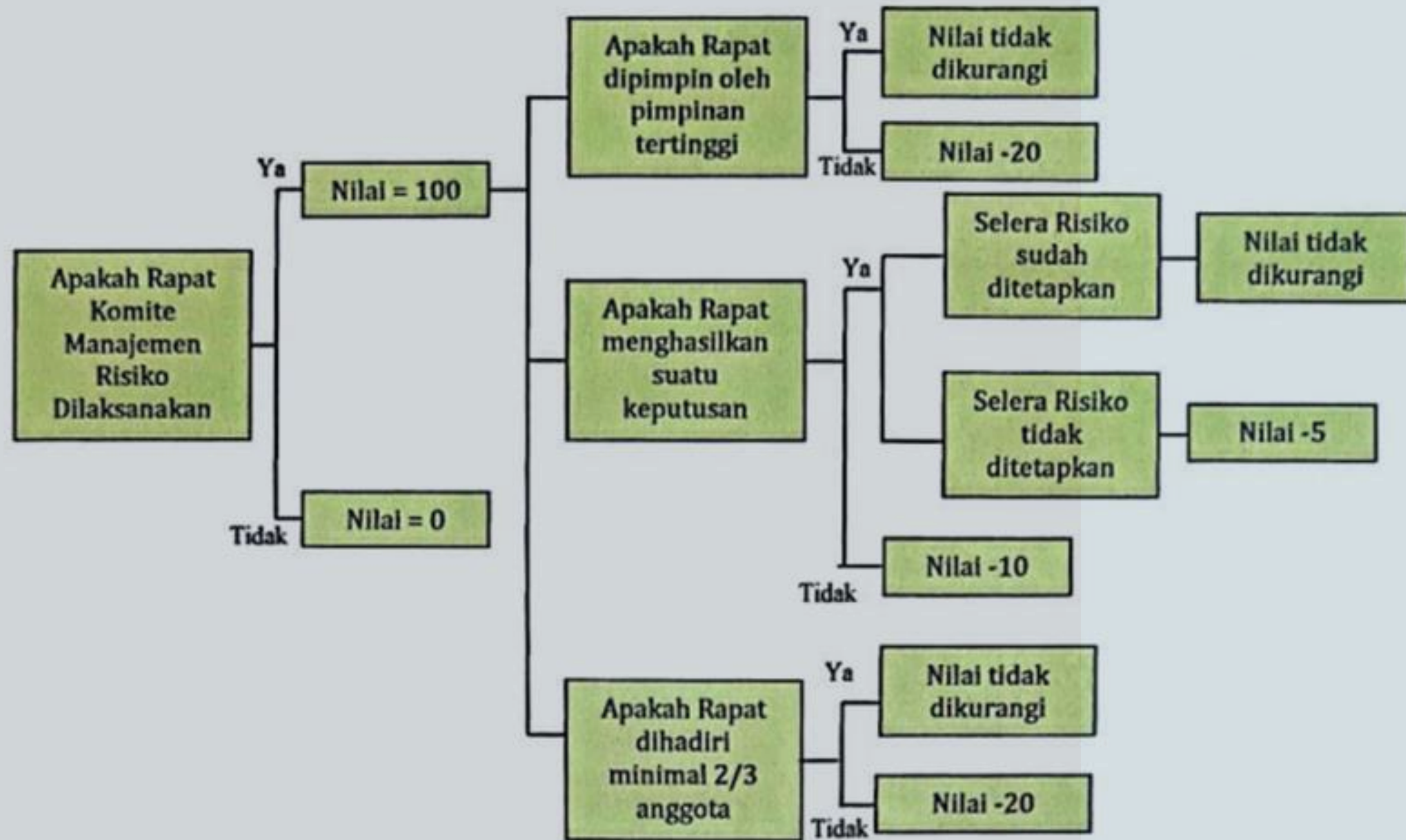
Level 3 = 55 - 74,99 (*Risk Defined*)

Level 4 = 75 - 89,99 (*Risk Managed*)

Level 5 = 90 - 100 (*Risk Enabled*)

2

salah satu contoh Penentuan nilai untuk setiap rapat Komite Manajemen Risiko dilakukan dengan menggunakan bagan dan/ atau rumus sederhana sebagai berikut:



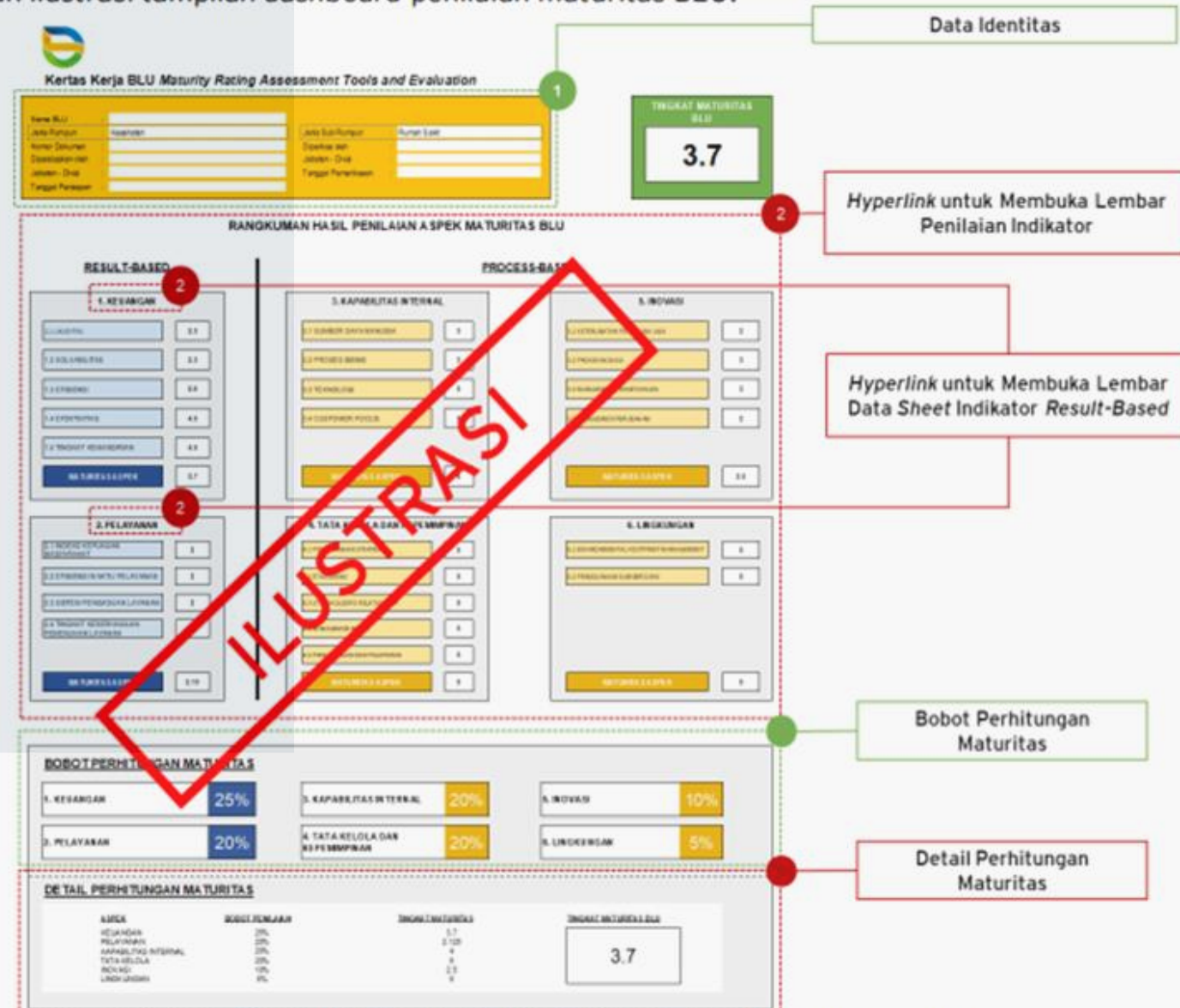


3

penilaian menggunakan aplikasi atau pemograman

### Tampilan Dashboard

Di bawah ini merupakan ilustrasi tampilan dashboard penilaian maturitas BLU.



Gambar 10. Tampilan Dashboard Hasil Penilaian Maturity Rating BLU





**TERIMA KASIH**

SUDAH MENYIMAK PRESENTASI INI.



## **Lampiran 2 Notulensi**

Topik : Risk Maturity Level (MRL)  
Presenter : Sumiati, Dien Falah, Nela S  
Moderator : Sumiati  
Notulensi : Dien Falah  
Penanya : 1. Dian Ariyani  
2. Paula Yunita

Tanya Jawab:

1. Dian Ariyani

*Apakah ada kendala dalam upaya kenaikan level di RML?*

Jawab :

(Nela)

Kendala pasti adad, contoh seperti kepemimpinan dalam mengikuti rapat, dalam menaikkan kuantitas menghadiri rapat perlu ada perubahan perilaku dari pemimpin tersebut. Kemudaian ada kendala dari pengumpulan bukti-bukti dokumen sebagai penunjang dari penilaian tersebut . bukan hanya berdasar wawancara dan kuesioner saja tapi diperlukan bukti fisik dokumen, yang bisa jadi hilang atau terlewat.

2. Paula Yunita

*Jika suatu resiko yang sering terjadi atau bahkan tidak pernah terjadi, itu termasuk level berapa dalam RML?*

Jawab :

(Dien)

Dalam manajemen resiko RML, penilaian level tidak bisa dilihat dari 1 aspek penilaian saja, melainkan semua aspek/ komponen dalam suatu organisasi itu di nilai. Mulai dari aspek kepemimpinan, kedisiplinan pegawai, sampai manajemen keuangan. Dan dari keseluruhan skor tersebut barulah dapat di tarik kesimpulan termasuk ke dalam level 1, 2, 3, 4, atau 5 kah? Dimana level 1 merupakan level terendah dan level 5 merupakan level tertinggi suatu perusahaan/instansi dalam kemampuan manajemen resiko nya.