

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Landasan Teori

2.1.1 Ranah Kognitif dalam Taksonomi Bloom

Menurut Pusat Pengembangan Pendidikan dan Aktivitas Instruksional Politeknik Negeri Sriwijaya (2018) ranah ini meliputi kemampuan menyatakan kembali konsep atau prinsip yang telah dipelajari, yang berkenaan dengan kemampuan berpikir, kompetensi memperoleh pengetahuan, pengenalan, pemahaman, konseptualisasi, penentuan dan penalaran. Tujuan pembelajaran dalam ranah kognitif (intelektual) atau yang menurut Bloom merupakan segala aktivitas yang menyangkut otak dibagi menjadi 6 tingkatan sesuai dengan jenjang terendah sampai tertinggi yang dilambangkan dengan C (Cognitive) (Dalam buku yang berjudul *Taxonomy of Educational Objectives. Handbook 1 : Cognitive Domain* yang diterbitkan oleh McKey New York. Benyamin Bloom pada tahun 1956) yaitu:

a. C1 (Pengetahuan/Knowledge)

Pada jenjang ini menekankan pada kemampuan dalam mengingat kembali materi yang telah dipelajari, seperti pengetahuan tentang istilah, fakta khusus, konvensi, kecenderungan dan urutan, klasifikasi dan kategori, kriteria serta metodologi. Tingkatan atau jenjang ini merupakan tingkatan terendah namun menjadi prasyarat bagi tingkatan selanjutnya. Di jenjang ini, peserta didik menjawab pertanyaan berdasarkan dengan hapalan saja.

Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah : mengutip, menyebutkan, menjelaskan, menggambarkan, membilang, mengidentifikasi, mendaftar, menunjukkan, memberi label, memberi indeks, memasang, menamai, menandai, membaca, menyadari, menghafal, meniru,

mencatat, mengulang, mereproduksi, meninjau, memilih, menyatakan, mempelajari, mentabulasi, memberi kode, menelusuri, dan menulis.

b. C2 (Pemahaman/Comprehension)

Pada jenjang ini, pemahaman diartikan sebagai kemampuan dalam memahami materi tertentu yang dipelajari. Kemampuan-kemampuan tersebut yaitu :

- 1) Translasi (kemampuan mengubah simbol dari satu bentuk ke bentuk lain)
- 2) Interpretasi (kemampuan menjelaskan materi)
- 3) Ekstrapolasi (kemampuan memperluas arti).

Di jenjang ini, peserta didik menjawab pertanyaan dengan kata-katanya sendiri dan dengan memberikan contoh baik prinsip maupun konsep.

Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah : memperkirakan, menjelaskan, mengkategorikan, mencirikan, merinci, mengasosiasikan, membandingkan, menghitung, mengkontraskan, mengubah, mempertahankan, menguraikan, menjalin, membedakan, mendiskusikan, menggali, mencontohkan, menerangkan, mengemukakan, mempolakan, memperluas, menyimpulkan, meramalkan, merangkum, dan menjabarkan.

c. C3 (Penerapan/Application)

Pada jenjang ini, aplikasi diartikan sebagai kemampuan menerapkan informasi pada situasi nyata, dimana peserta didik mampu menerapkan pemahamannya dengan cara menggunakannya secara nyata. Di jenjang ini, peserta didik dituntut untuk dapat menerapkan konsep dan prinsip yang ia miliki pada situasi baru yang belum pernah diberikan sebelumnya.

Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah : menugaskan, mengurutkan, menentukan, menerapkan,

menyesuaikan, mengkalkulasi, memodifikasi, mengklasifikasi, menghitung, membangun, membiasakan, mencegah, menggunakan, menilai, melatih, menggali, mengemukakan, mengadaptasi, menyelidiki, mengoperasikan, mempersoalkan, mengkonsepkan, melaksanakan, meramalkan, memproduksi, memproses, mengaitkan, menyusun, mensimulasikan, memecahkan, melakukan, dan mentabulasi.

d. C4 (Analisis/Analysis)

Pada jenjang ini, dapat dikatakan bahwa analisis adalah kemampuan menguraikan suatu materi menjadi komponen-komponen yang lebih jelas. Kemampuan ini dapat berupa :

- 1) Analisis elemen/unsur (analisis bagian-bagian materi)
- 2) Analisis hubungan (identifikasi hubungan)
- 3) Analisis pengorganisasian prinsip/prinsip-prinsip organisasi (identifikasi organisasi)

Di jenjang ini, peserta didik diminta untuk menguraikan informasi ke dalam beberapa bagian menemukan asumsi, dan membedakan pendapat dan fakta serta menemukan hubungan sebab akibat.

Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah : menganalisis, mengaudit, memecahkan, menegaskan, mendeteksi, mendiagnosis, menyeleksi, memerinci, menominasikan, mendiagramkan, mengkorelasikan, merasionalkan, menguji, mencerahkan, menjelajah, membagikan, menyimpulkan, menemukan, menelaah, memaksimalkan, memerintahkan, mengedit, mengaitkan, memilih, mengukur, melatih, dan mentransfer.

e. C5 (Sintesis/Synthesis)

Pada jenjang ini, sintesis dimaknai sebagai kemampuan memproduksi dan mengkombinasikan elemen-elemen untuk membentuk sebuah struktur yang unik. Kemampuan ini dapat berupa memproduksi komunikasi yang unik, rencana atau

kegiatan yang utuh, dan seperangkat hubungan abstrak. Di jenjang ini, peserta didik dituntut menghasilkan hipotesis atau teorinya sendiri dengan memadukan berbagai ilmu dan pengetahuan.

Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah : mengabstraksi, mengatur, menganimasi, mengumpulkan, mengkategorikan, mengkode, mengkombinasikan, menyusun, mengarang, membangun, menanggulangi, menghubungkan, menciptakan, mengkreasikan, mengoreksi, merancang, merencanakan, mendikte, meningkatkan, memperjelas, memfasilitasi, membentuk, merumuskan, menggeneralisasi, menggabungkan, memadukan, membatasi, mereparasi, menampilkan, menyiapkan, memproduksi, merangkum, dan merekonstruksi.

f. C6 (Evaluasi/Evaluation)

Pada jenjang ini, evaluasi diartikan sebagai kemampuan menilai manfaat suatu hal untuk tujuan tertentu berdasarkan kriteria yang jelas. Kegiatan ini berkenaan dengan nilai suatu ide, kreasi, cara atau metode. Pada jenjang ini seseorang dipandu untuk mendapatkan pengetahuan baru, pemahaman yang lebih baik, penerapan baru serta cara baru yang unik dalam analisis dan sintesis. Menurut Bloom paling tidak ada 2 jenis evaluasi yaitu :

- 1) Evaluasi berdasarkan bukti internal
- 2) Evaluasi berdasarkan bukti eksternal

Di jenjang ini, peserta didik mengevaluasi informasi termasuk di dalamnya melakukan pembuatan keputusan dan kebijakan.

Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah : membandingkan, menyimpulkan, menilai, mengarahkan, mengkritik, menimbang, memutuskan, memisahkan, memprediksi, memperjelas, menugaskan,

menafsirkan, mempertahankan, memerinci, mengukur, merangkum, membuktikan, memvalidasi, mengetes, mendukung, memilih, dan memproyeksikan.

1.1.2 Buku Saku

Buku saku adalah buku berukuran kecil yang mudah dibawa dan dapat dimasukkan ke dalam saku (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2018). Pengertian lainnya menurut Imas Kurniasih (2014:90) adalah suatu buku yang ukurannya 18 cm x 10 cm yang bisa dimasukkan kedalam saku yang berisi informasi mengenai satu tema tertentu.

Menurut Sulistyani (Dalam Asyhari, 2016) mengatakan beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan buku saku, antara lain:

- 1) Konsistensi penggunaan simbol dan istilah pada buku saku,
- 2) Penulisan materi secara singkat dan jelas pada buku saku,
- 3) Penyusunan teks materi pada buku saku sedemikian rupa sehingga mudah dipahami,
- 4) Memberikan kotak atau label khusus pada rumus, penekanan materi dan contoh soal,
- 5) Memberikan warna dan desain yang menarik pada *pocket book*,
- 6) Ukuran *font* standar isi adalah 9-10 *point*, jenis *font* menyesuaikan isinya
- 7) Jumlah halamannya kelipatan dari 4 misalnya 12 halaman, 16 halaman, 20 halaman, 24 halaman, dan seterusnya. Hal ini dikarenakan untuk menghindari kelebihan atau kekurangan beberapa halaman kosong.

Manfaat dari buku saku antara lain :

- 1) Media panduan singkat
- 2) Informasi mengenai suatu hal tertentu
- 3) Mudah dibawa
- 4) Tidak dalam kemasan yang besar

Buku saku biasanya dibuat untuk memenuhi kebutuhan informasi secara ringkas, cepat, fleksibel dan tidak memakan banyak tempat.

Dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Proporsionalitas adalah perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku atau panjang naskah. Jika naskah kita tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standart. Tapi jika naskah kita terlalu tipis, kita bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjiwaan (*binding*).

Browne dan Wildavsky (dalam Haryati, 2015) mengemukakan bahwa implementasi buku saku adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan. Pengertian implementasi sebagai aktivitas yang saling menyesuaikan. Setelah buku saku yang telah dibuat, buku saku tersebut harus diimplementasikan sebagai sumber pembelajaran dalam penerapan kerja, dan pelihara agar dapat dipelajari dengan baik. Proses implementasi dalam bagian ini adalah kelanjutan dari tahap observasi, analisa pretest, dan desain siklus pengembangan buku saku yang dibahas. Implementasi adalah langkah yang vital dalam pengembangan buku saku untuk mendukung petugas dan pihak pihak yang berkepentingan lainnya.

1.1.3 Rekam Medis

Menurut Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Huffman (1994) rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama perawatan, yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Menurut Wijono (1999) rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang rawat inap, rawat jalan, maupun yang didapatkan di rawat darurat.

Menurut Budi (2011) rekam medis memiliki arti yang cukup luas, tidak hanya sebatas berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien tetapi juga dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi (pemanfaatan sistem rekam medis elektronik) yang dapat digunakan untuk segala informasi pasien terkait pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang diberikan, dan dapat juga sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan dari rekam medis dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain :

1) Aspek Administrasi

Rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab dari tenaga kesehatan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2) Aspek Medis

Rekam medis memiliki nilai medis karena isi yang terkandung didalamnya dapat dipergunakan sebagai dasar atas untuk merencanakan pengobatan atau perawatan seorang pasien.

3) Aspek Hukum

Rekam medis memiliki nilai hukum karena berisi jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dan sebagai bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

4) Aspek Keuangan

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5) Aspek Penelitian

Suatu dokumen .rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6) Aspek Pendidikan

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran bidang profesi pemakai.

7) Aspek Dokumentasi

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

1.1.4 Peran Rekam Medis dalam Manajemen Risiko

Menurut R.Hatta (2013:319) pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan akurat menjadi landasan yang efektif dalam manajemen risiko. Hal ini disebabkan karena rekam medis merupakan sumber informasi yang paling baik untuk menunjukkan apakah pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan standar pelayanan klinis / kesehatan. Para manajer informasi kesehatan harus memperhatikan teknik manajemen risiko. Misalnya, penyaringa terhadap berbagai kejadian (occurence screening) dengan cara menelaah rekam medis saat ini dan data pasien pulang untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya kejadian yang memerlukan ganti rugi. Untuk itu bagian manajemen informasi kesehatan perlu menegakkan pedoman pendokumentasian yang mencakup unsur kerahasiaan dan keamanan serta lengkap, akurat dan

bisa dibaca. Dokumentasi ini akan berguna sebagai alat untuk memperoleh keluaran pelayanan kesehatan yang positif, oleh karena pendokumentasian yang tidak lengkap dapat menghasilkan kesalahan medis (*medical error*), keterlambatan pengobatan dan kerugian pasien.

Menurut Siswati (2017:112) kesehatan dan keselamatan kerja tidak hanya penting bagi petugas rekam medis tetapi juga dapat menunjang produktivitas kerja. Kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis yang baik akan berdampak positif terhadap produktivitas kerja petugas rekam medis sehingga akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan menguntungkan bagi rumah sakit. Risiko kecelakaan kerja dapat menimbulkan turunnya produktivitas kerja, sehingga perlu dilakukan usaha untuk meminimalisasi terjadinya dampak risiko kecelakaan kerja. Kesehatan dan keselamatan kerja dimaksudkan untuk mencegah, mengurangi, melindungi bahkan menghilangkan risiko kecelakaan kerja (*zero accident*). Perilaku petugas rekam medis bagian filing dalam bekerja merupakan salah satu penyebab risiko terjadinya kecelakaan kerja, yaitu *unsafe action* dan *unsafe condition*.

Menurut Keiger dalam Skurka (2003:212) manajemen risiko adalah proses mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengeliminasi atau mengelola risiko yang menunjukkan ancaman keamanan kepada pasien atau ancaman finansial pada fasilitas kesehatan. Program manajemen risiko pada faskes harus berhubungan dekat pada program manajemen kualitas (*quality management/ QM*). Beberapa faskes membuat departemen manajemen risiko secara terpisah; sisanya memasukkan kegiatan manajemen risiko ke tugas pihak lain, seperti departemen manajemen informasi kesehatan. Di manajemen risiko, pendekatan finansial dan statistik digunakan untuk memfokuskan pada pasien, perawat, dokter, profesional pelayanan kesehatan lainnya, serta pegawai tambahan. Faskes sering mempekerjakan seorang manajer manajemen risiko yang mengevaluasi interaksi komponen risiko dan mengasesmen risiko pada faskes.

Menurut Keiger dalam Skurka (2003:212) program manajemen risiko yang sukses bergantung pada komitmen dengan administrasi faskes. Hanya dengan dukungan administrasi tingkat tinggi manajer MR bisa terlibat pada seluruh area faskes yang mungkin mengandung atau menghasilkan risiko. Manajer MR juga harus punya akses ke laporan insiden, data insiden pegawai, dan seterusnya.

Menurut Keiger dalam Skurka (2003:212) profesional manajemen informasi kesehatan membantu manajer MR dalam mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengeliminasi atau mengelola risiko. Rekam kesehatan merupakan alat skrining yang penting untuk mengidentifikasi informasi yang berhubungan dengan risiko pada faskes. Faskes bisa memilih antara skrining secara umum/ generic screening atau skrining saat kejadian/occurrence screening untuk mengidentifikasi risiko. Skirining saat kejadian melibatkan identifikasi konkuren atau retrospektif pada dokter serta adanya kerugian pasien yang berhubungan dengan faskes. Istilah skirining secara umum/ generic screening kadang digunakan karena kriteria yang digunakan diterapkan pada seluruh pasien dan tidak terikat pada satu diagnosa/ prosedur. Contohnya, ketidakcocokan reaksi saat pengobatan, transfusi, dan anestesi dapat direview.

Tiap-tiap rumah sakit mengharuskan untuk menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya yang telah ditetapkan di SNARS edisi satu di bagian MIRM 12. Maksud dan Tujuan MIRM 12 adalah dengan menggolongkan terminologi, arti, kamus, serta nomenklatur memudahkan untuk membandingkan data dan informasi di dalam rumah sakit dan membandingkan antar rumah sakit.

Standardisasi berguna untuk mencegah terjadi salah komunikasi dan potensi kesalahan. Penggunaan singkatan yang digunakan rumah sakit secara seragam kode diagnosis dan prosedur memudahkan pengumpulan data serta analisisnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Singkatan dapat menjadi masalah dan mungkin berbahaya, terutama berkaitan dengan penulisan resep obat. Sebagai tambahan, jika satu singkatan dipakai untuk bermacam- macam istilah medik akan terjadi kebingungan dan dapat menghasilkan kesalahan medik. Singkatan dan simbol juga digunakan termasuk daftar “jangan digunakan” (do-not-use). Ketentuan ini harus sesuai dengan standar lokal dan nasional yang diakui.

Elemen Penilaian MIRM 12 adalah terdapat regulasi standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi agar mutu manajemen informasi rekam medis terlaksana khususnya dalam mengkode diagnosis penyakit di berkas rekam medis.

1.1.5 Implementasi Program Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah suatu proses pengendalian yang meliputi kegiatan tindakan medis, hukum dan administrasi dalam suatu institusi pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah mengurangi kemungkinan terjadinya tuntutan hukum (R. Hatta, 2013:40). Manajemen risiko muncul sebagai akibat adanya respons terhadap krisis malpraktik tahun 1970 dan bertambahnya jumlah klaim secara umum yang didorong oleh kebutuhan pihak asuransi (R.Hatta, 2013:256).

Tujuan dari manajemen risiko menurut R.Hatta (2013:318) :

- 1) Meminimalkan potensi terjadinya kerugian.
- 2) Menanggapi pihak yang mengalami cedera dengan segera dan selayaknya.
- 3) Mengantisipasi dan merencanakan pertanggungjawaban jika terjadi kerugian.

Menurut R.Hatta (2013:320) program manajemen risiko di masing-masing organisasi pelayanan kesehatan sering berbeda, tergantung dari kompleksitas, ukuran/kelas dan jenis pelayanannya. Rumah sakit yang besar biasanya memiliki departemen/unit yang menangani manajemen

risiko. Sedangkan rumah sakit yang lebih kecil seringkali manajemen risiko ditangani oleh seorang staf yang melakukan fungsi yang bervariasi.

Menurut R.Hatta (2013:320) pelaksanaan fungsi manajemen risiko pada unit rawat jalan dan bedah sentral sebaiknya dilakukan oleh satu manajer. Dalam sistem multi pelayanan dan jaringan pelayanan terpadu fungsi manajemen risiko dapat ditangani oleh unit khusus. Catatan manajemen risiko harus dibuat dan dipelihara dengan tegas sesuai dengan petunjuk hukum untuk mencegah kasus pengadilan lagi di masa yang akan datang.

Menurut R.Hatta (2013:320) informasi manajemen risiko digunakan bagi kepentingan administratif untuk beberapa tujuan, termasuk peningkatan proses operasional, memaksimalkan kepuasan pasien dan staf, pencapaian hasil klinis (*clinical outcomes*) dan menurunkan faktor-faktor risiko. Data agregat dihasilkan melalui pemantauan organisasi secara luas, kegiatan evaluasi, pengawasan potensi bahaya (*surveillance hazard*), pengawasan infeksi dan kegiatan evaluasi staf medis.

Menurut Siswati (2017:116) program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf. Ada beberapa kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Kategori ini antara lain dan tidak terbatas pada

- 1) strategis (terkait dengan tujuan organisasi);
- 2) operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi);
- 3) keuangan (menjaga aset);
- 4) kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan);
- 5) reputasi (imej dirasakan oleh masyarakat).

Rumah sakit menggunakan pendekatan proaktif dalam melaksanakan manajemen risiko. Komponen-komponen dalam manajemen risiko antara lain:

- 1). Identifikasi risiko,

- 2). Prioritas risiko,
- 3). pelaporan risiko,
- 4). manajemen risiko, termasuk analisis risiko,
- 5). manajemen terkait tuntutan (klaim).

Dalam mengelola unit rekam medis dan informasi kesehatan, seorang perekam medis dan informasi kesehatan berperan penting dalam mengurangi terjadinya risiko-risiko yang dapat merugikan dirinya sendiri maupun orang lain. Risiko dengan potensi kerugian menimbulkan beban berat bagi rumah sakit, pemerintah atau perorangan. (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit: KARS: 2017)

Menurut Siswati (2017:119) Analisis risiko dilakukan untuk mengetahui prioritas risiko dengan menghitung asumsi probabilitas kejadian (peluang), besaran dampak (akibat) dan asumsi frekuensi terjadi (frekuensi). Score/tingkat risiko adalah hasil perkalian Risiko = $P \times F \times A$.

1. Peluang Risiko (P)

Tabel 2. 1 Tabel Peluang Risiko

Nilai	Keterangan
10	<i>Almost certain</i> / Hampir pasti; sangat mungkin akan terjadi/hampir dipastikan akan terjadi pada semua kesempatan.
6	<i>Quite possible</i> /mungkin terjadi; mungkin akan terjadi atau bukan sesuatu hal yang aneh untuk terjadi (50:50 kesempatan)
3	<i>Unusual but possible</i> /tidak bisa namun dapat terjadi; biasanya tidak terjadi namun masih ada kemungkinan untuk dapat terjadi tiap saat.
1	<i>Remotely possible</i> /kecil kemungkinannya; kecil kemungkinannya untuk terjadi /sesuatu yang kebetulan terjadi
0,5	<i>Conceivable</i> / sangat kecil kemungkinannya; belum pernah terjadi sebelumnya setelah bertahun-tahun terpapar bahaya / kecil sekali kemungkinannya untuk terjadi.
0,1	<i>Practically Impossible</i> /secara praktek tidak mungkin terjadi; belum pernah terjadi

Nilai	Keterangan
	sebelumnya dimanapun / merupakan sesuatu yang tidak mungkin untuk terjadi.

2. Kriteria Frekuensi Paparan (F)

Tabel 2. 2 Tabel Kriteria Frekuensi Paparan

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

3. Kriteria Akibat (A)

Tabel 2. 3 Tabel Kriteria Akibat

Nilai	Keterangan
100 <i>Catastrophe</i> / malapetaka / keuangan ekstrim	<input type="checkbox"/> Banyak kematian <input type="checkbox"/> Kerugian sangat besar / berhenti total <input type="checkbox"/> Kerugian keuangan lebih dari 10 milyar
40 <i>Disaster</i> / bencana / keuangan sangat berat	<input type="checkbox"/> Beberapa kematian <input type="checkbox"/> Kerugian besar / sebagian proses berhenti <input type="checkbox"/> Menyebabkan penyakit yang bersifat komunitas / endemik pada karyawan atau pasien <input type="checkbox"/> Menyebabkan terhambatnya pelayanan hingga lebih dari 1 (satu) hari <input type="checkbox"/> Kerugian keuangan lebih dari 5 M - 10 M
15 <i>Very serious</i> / Sangat serius / Keuangan berat	<input type="checkbox"/> Menyebabkan satu kematian, kerugian cukup besar <input type="checkbox"/> Memperberat atau menambah penyakit pada beberapa pasien atau karyawan <input type="checkbox"/> Menyebabkan penyakit yang bersifat permanen/kronis (HIV, Hepatitis, keganasan, tuli, gangguan fungsi organ menetap). <input type="checkbox"/> Menyebabkan terhambatnya pelayanan lebih dari 30 menit hingga 1 hari <input type="checkbox"/> Kerugian keuangan 1 – 5 Milyar

Nilai	Keterangan
7 <i>Serious</i> / serius / keuangan sedang	<input type="checkbox"/> Menyebabkan cedera serius seperti cacat atau kehilangan anggota tubuh permanen <input type="checkbox"/> Menyebabkan penyakit yang memerlukan perawatan medis lebih dari 7 hari dan dapat disembuhkan <input type="checkbox"/> Menyebabkan terhambatnya pelayanan kurang dari 30 menit. <input type="checkbox"/> Kerugian keuangan 500 jt – 1 Milyar
3 <i>Casualty treatment</i> / Perawatan medis / Keuangan ringan	<input type="checkbox"/> Menyebabkan cedera/penyakit yang memerlukan perawatan medis atau tidak dapat masuk bekerja hingga 7 hari. <input type="checkbox"/> Kerugian keuangan 50 juta – 500 juta
1 <i>First aid treatment</i> / P3K / Keuangan sangat ringan	<input type="checkbox"/> Cidera tidak serius / minor seperti lecet, luka kecil dan hanya perlu penanganan P3K <input type="checkbox"/> Kerugian keuangan s/d 50 juta

4. Kriteria Skor Risiko (R)

Tabel 2. 4 Tabel Kriteria Skor Risiko

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

5. Opsi Perlakuan Risiko

Tabel 2. 5 Tabel Opsi Perlakuan Risiko

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Menghindari Risiko	Menghentikan kegiatan, tidak melakukan kegiatan

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Mengurangi Risiko	Membuat kebijakan Membuat SPO Mengganti atau membeli alat Mengembangkan sistem informasi Melaksanakan prosedur Pengadaan, perbaikan dan pemeliharaan bangunan dan instrumen yang sesuai dengan persyaratan; pengadaan bahan habis pakai sesuai dengan prosedur dan persyaratan; pembuatan dan pembaruan prosedur, standar dan checklist; pelatihan penyegaran bagi personil, seminar, pembahasan kasus, poster, stiker
Mentransfer Risiko	Asuransi
Mengeksploitasi Risiko	Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian
Menerima Risiko	-

Dalam upaya peningkatan mutu di sarana pelayanan kesehatan maka rumah sakit perlu mengetahui apa saja risiko yang ada di dalam rumah sakit. Dengan mengetahui risiko yang ada maka rumah sakit dapat melakukan antisipasi lebih dini agar risiko tidak terjadi atau dampak risiko dapat diminimalisir.

Satu alat yang dapat memberikan analisis proaktif akibat kejadian yang dapat berakhir dengan proses risiko tinggi yang juga kritikal adalah proses “*Failure Mode and Effects Analysis*” (FMEA). Rumah sakit dapat melakukan identifikasi menggunakan alat serupa untuk identifikasi dan mengurangi risiko seperti *Hazard Vulnerable Analysis* (HVA). Kelanjutan dari analisis terhadap hasil, Direktur rumah sakit menetapkan langkah merancang ulang proses. Proses mengurangi risiko dilakukan satu (1) kali dalam satu tahun dan harus terdokumentasi. Manajemen risiko meliputi :

- a. Manajemen pengobatan

- b. Risiko jatuh
- c. Pengendalian Infeksi
- d. Gizi
- e. Risiko Peralatan
- f. Risiko sebagai akibat kondisi yang sudah lama berlangsung
(Komisi Akreditasi Rumah Sakit: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit: 2017)

Menurut Siswati dikutip dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2017:125) *Failure Mode and Effects Analysis* adalah satu alat yang dapat memberikan analisis proaktif akibat kejadian yang dapat berakhir dengan proses risiko tinggi yang juga kritikal adalah proses “*Failure Mode and Effects Analysis*”. Metode perbaikan kinerja dgn mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi. Hal tersebut didesain untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Langkah-langkah dalam FMEA :

- 1) Pilih proses berisiko tinggi dan bentuk Tim
Memilih proses apa saja dalam kegiatan pelayanan kesehatan yang berisiko, serta bentuk tim (4-8 orang) untuk menganalisis risiko terkait masing – masing bidangnya.
- 2) Gambarkan alur proses
Buat flowchart dalam suatu proses untuk mempercepat proses analisis risiko.
- 3) Brainstorming potensial Modus Kegagalan dan tetapkan dampaknya
Mengidentifikasi faktor internal dan eksternal terkait potensi risiko.
- 4) Prioritas modus kegagalan
Beri nilai prediksi probabilitas / persentase nilai modus kegagalan tiap-tiap proses risiko.
- 5) Identifikasi akar masalah modus kegagalan
Menganalisis apa saja yang dapat menyebabkan kesalahan dalam proses dan sistem. Seperti penyebab langsung, akar permasalahan, penyebab dasar, dsb.
- 6) Redesain proses (Redesign the process)

Membuat desain baru / mendesain ulang proses dan sistem terkait pelayanan kesehatan (seperti SOP, alur, dsb)

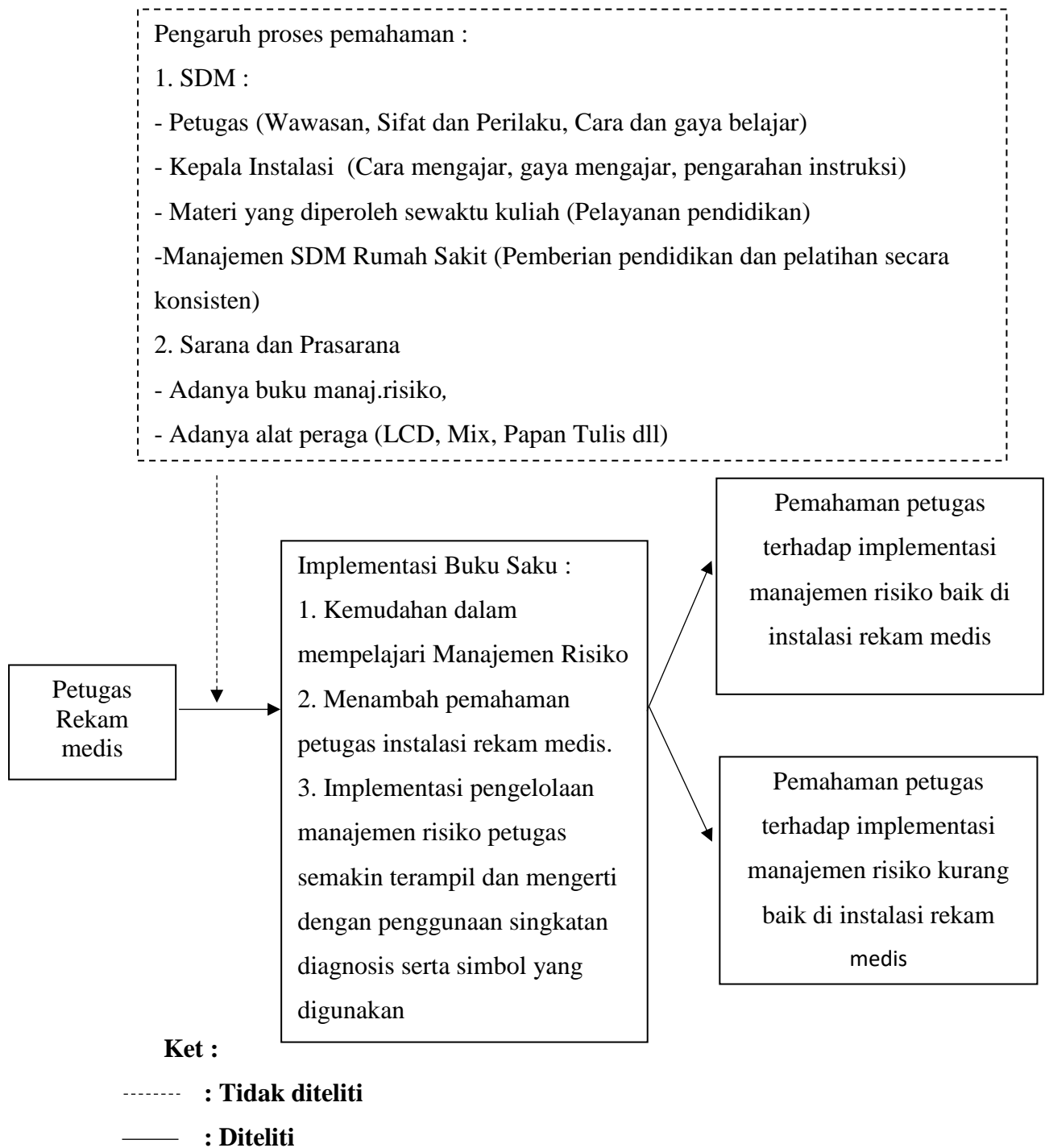
7) Analisa dan uji coba proses

Tahap selanjutnya adalah melakukan uji coba terhadap desain baru yang telah dibuat dan disepakati dalam Tim.

8) Implementasi dan monitor proses baru

Tahap pelaksanaan desain baru dan melakukan monitoring keberhasilan terhadap desain baru.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 1. 1 Kerangka Konsep

2.3 Hipotesis

Hipotesis yang telah dirumuskan adalah sebagai berikut :

- H0** : Tidak ada pengaruh pemahaman buku saku terhadap Implementasi Manajemen Risiko di Instalasi Rekam Medis RSUD Bangil.
- H1** : Ada pengaruh pemahaman buku saku terhadap Implementasi Manajemen Risiko di Instalasi Rekam Medis RSUD Bangil.