Laporan Peningkatan Mutu

Implementasi Sistem Pengendalian Internal Rumah Sakit Mata Bali Mandara (SIPRIMA) Dalam Manajemen Risiko

Ellien Christiansen Nainggolan¹, Ni Made Yuniti¹, I Made Arif Adiguna¹

¹ UPTD Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali

Email korespondensi: elliennainggolan@yahoo.com

Dikirimkan 28 Oktober 2019, Diterima 3 Juli 2020

Abstrak

Masalah Mutu: World Health Organization menyatakan bahwa 10% pasien di rumah sakit mengalami insiden, dan 5-21% dari kejadian tersebut menyebabkan kematian. Di Indonesia, 14,41% KTD dan 18,53% KTD disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26%), medikasi (9,26%), dan pasien jatuh (5,15%). Manajemen risiko dipercaya dapat menjamin pengawasan dan pencegahan risiko dapat dilakukan secara terus menerus dan sistematis. Namun, hanya seperempat organisasi di dunia yang menerapkan manajemen risiko secara matur. Pada rumah sakit dengan maturitas manajemen risiko yang rendah, indeks pelaporan risiko atau insiden hanya mencapai 50% dengan indeks keamanan manajemen risiko yang rendah.

Pilihan Solusi: RS Mata Bali Mandara (RSMBM) membangun aplikasi *software* pengendalian internal berbasis komputer bernama Sistem Pengendalian Internal dan Manajemen Risiko RSMBM (SIPRIMA) yang memudahkan identifikasi dan analisis risiko, pengelolaan risiko yang komprehensif dan terintegrasi, serta memudahkan pelaporan berbagai insiden.

Implementasi: Prosedur manajemen risiko melalui SIPRIMA meliputi memasukkan berbagai jenis risiko oleh masing-masing unit; menentukan *risk priority number* (RPN) *inherent* dan *residual*, prioritas risiko, *matrix grading*; merumuskan rencana pengelolaan dan menetapkan siklus FOCUS-PDCA untuk risiko yang memerlukan pengelolaan yang kompleks. FOCUS-PDCA dapat berlanjut ke siklus berikut dan seterusnya, mencetak detail risiko, siklus FOCUS-PDCA, dan pengendalian apabila risiko telah selesai dikelola.

Evaluasi dan Pembelajaran: Terlihat peningkatan jumlah risiko dari 114 (2016) menjadi 249 (2018). Selain itu juga prosentase penanganan masalah meningkat, dari sebesar 86,80% (2016) menjadi sebesar 97,59% (2018), dan unit yang memiliki daftar risiko juga meningkat dari 53,8% (2016) menjadi 84,62% (2018). Sebesar 88,46% unit telah menyusun program berbasis manajemen risiko. Namun demikian, SIPRIMA masih belum optimal mendukung komunikasi dan koordinasi terkait manajemen risiko, sehingga perlu pengembangan aplikasi lebih lanjut.

Kata Kunci: mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, sistem berbasis aplikasi

Masalah Mutu

Insiden keselamatan pasien merupakan masalah penting. World Health Organization menyatakan bahwa 10% dari pasien di Rumah Sakit mengalami insiden, dan 5-21% dari kejadian tersebut menyebabkan kematian (WHO, 2002). Di Indonesia, laporan insiden keselamatan pasien yang masuk ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) terdiri dari (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2011): Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 14,41% dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 18,53%, dimana kejadian ini terutama disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26%), medikasi (9,26%), dan pasien jatuh (5,15%).

Apabila tidak terkelola dengan baik, insiden keselamatan pasien dapat menimbulkan kerugian besar bagi rumah sakit. Tingkat kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat dapat menurun, risiko tuntutan hukum dapat meningkat, masa rawat memanjang, cedera dapat meningkat hingga menimbulkan,

kematian. Masalah keselamatan pasien juga dapat memicu perilaku saling menyalahkan, bahkan konflik di masyarakat, yang pada akhirnya dapat menurunkan citra rumah sakit di masyarakat.

Berbagai upaya terkoordinasi telah dilakukan pemerintah dalam rangka menurunkan insiden keselamatan pasien. Salah satunya adalah menerapkan Standar Keselamatan Pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Penilaian penerapan standar ini dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menggunakan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1, yang berfokus pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit.

Pendekatan manajemen risiko dilakukan melalui penyusunan program berbasis identifikasi dan analisis risiko serta implementasi, evaluasi dan tindak lanjut berbasis manajemen risiko secara menyeluruh dan terkoordinasi di seluruh unit-unit pelayanan, bagian dan bidang di manajemen,

serta tim-tim dan komite-komite, yang meliputi area klinis dan non klinis.

Pendekatan baru ini memerlukan sosialisasi, manajemen data, serta koordinasi yang optimal agar dapat terlaksana dengan baik. Pelaksanaan manajemen risiko dalam berbagai organisasi saat ini belum efektif, hanya kurang dari seperempat organisasi di dunia menerapkan manajemen risiko yang matur (Piper, 2019). Penelitian di rumah sakit Semarang menunjukkan bahwa pelaksanaan manajemen risiko belum optimal karena kurangnya pemahaman staf tentang manajemen risiko, kurang disiplinnya unit dalam pelaporan risiko dan manajemen risiko, pelaksanaan manajemen risiko masih memiliki banyak kendala baik dari segi SDM, dana, waktu dan proses, monitoring dan *review* terhadap pelaksanaan manajemen risiko, serta koordinasi kurang optimal karena tidak ada komunikasi terintegrasi (Yulianingtyas, Wigati, & Suparwati, 2016). Sedangkan pada penelitian yang dilakukan di 9 rumah sakit di Makassar, ditemukan bahwa pada rumah sakit dengan maturitas manajemen risiko yang rendah, didapat bahwa indeks pelaporan risiko atau insiden hanya 50%, indeks kemapanaan manajemen risiko yang meliputi kepemimpinan, partisipasi pegawai, pelaporan, dokumentasi, dan komunikasi/informasi, serta juga pelaksanaan yang rendah (Olii, 2018).

Tujuan laporan peningkatan mutu ini adalah untuk menjelaskan proses pemecahan masalah pengelolaan manajemen risiko melalui aplikasi berbasis *desktop computer* (komputer), serta mengevaluasi efektifitasnya dalam meningkatkan pelaksanaan proses manajemen risiko, yang meliputi proses: dokumentasi daftar risiko secara lengkap dan berkelanjutan, fasilitasi penetapan prioritas risiko kunci (*key risk indicator/KRI*), komunikasi dan koordinasi dalam pengelolaan risiko dan insiden, dan penyediaan data bagi penyusunan program berbasis manajemen risiko.

Pilihan Solusi

Sistem Pengendalian Internal Rumah Sakit Mata Bali Mandara (SIPRIMA) adalah aplikasi berbasis komputer untuk manajemen risiko dan pelaporan insiden keselamatan dan keamanan yang dapat digunakan internal oleh seluruh staf dan manajemen Rumah Sakit Mata Bali Mandara (RSMBM) (Gambar 1). Pengembangan SIPRIMA dimulai dari permasalahan sulitnya registrasi risiko secara komprehensif dan termonitor. Direktur RSMBM, sesuai amanat reformasi birokrasi, mendorong adanya inovasi-inovasi berbasis elektronik yang mendukung efisiensi dan efektifitas dalam bekerja. SIPRIMA mulai disosialisasikan dan dijalankan sejak tahun 2016 serta disempurnakan pada tahun 2017.

Gambar 1. Tampak Depan SIPRIMA

Implementasi

Proses pengembangan diawali dengan Direktur, Tim Informasi Teknologi (IT), dan manajer risiko melakukan diskusi awal untuk membangun arsitektur IT SIPRIMA. Tim IT kemudian menerjemahkan arsitektur tersebut menjadi fitur-fitur IT SIPRIMA yang berbasis komputer untuk memudahkan pengembangan awal. SIPRIMA kemudian diuji coba dan disosialisasikan dengan melakukan *roadshow* ke unit-unit untuk meng-*install* SIPRIMA dan pendampingan agar SIPRIMA dapat digunakan oleh semua staf.

Setelah SIPRIMA siap digunakan, seluruh unit dimotivasi untuk melakukan registrasi seluruh risiko sesuai hasil curah pendapat melalui rapat di setiap unit. Manajer risiko dan Tim IT dengan dukungan arahan, pengawasan, dan kebijakan Direktur, melakukan upaya memotivasi, mengawasi, dan mendampingi unit untuk melaksanakan manajemen risiko melalui SIPRIMA. Unit-unit dibantu dalam melakukan registrasi risiko dan juga menemukan risiko-risiko utama, sehingga dapat dijadikan dasar dalam perbaikan program.

Aplikasi ini telah dipasang ke dalam komputer di setiap unit/bagian/bidang yang memerlukannya. Proses memasukkan data manajemen risiko melalui SIPRIMA dilakukan setelah risiko atau insiden teridentifikasi serta dapat diisi berdasarkan curah pendapat para anggota unit/bagian/bidang atau oleh perorangan yang menemukan risiko/insiden.

Setelah penilaian risiko dimasukkan, unit/bagian/bidang melakukan diskusi untuk menetapkan pengelolaan serta mengisi langkah FOCUS-PDCA untuk risiko/insiden yang memerlukan penanganan segera, kompleks, dan memerlukan koordinasi lintas unit/bidang/bagian. Risiko level rendah dan dapat diatasi segera yang biasanya terkait dengan kegiatan-kegiatan dalam program unit/bidang/bagian hanya dibuatkan rencana pengelolaan sederhana untuk memelihara situasi agar tidak berpotensi terjadi risiko. Data FOCUS-PDCA dimasukkan dalam SIPRIMA dan selalu dipantau oleh manajemen yang membawahi pemilik risiko. Pejabat terkait akan memberikan arahan mengenai pengelolaan risiko.

Secara terinci SIPRIMA dilakukan dengan prosedur: memasukkan risiko baik risiko klinis maupun non klinis oleh masing-masing unit/bidang/bagian, menentukan *Risk Priority Number (RPN) inherent* dan *residual* untuk melihat prioritas risiko serta menilai efektivitas pengendalian, menentukan prioritas risiko, menentukan *matrix grading*, merumuskan rencana pengelolaan, tanggal mulai dan akhir proses pengelolaan, memasukkan FOCUS-PDCA untuk risiko yang memerlukan pengelolaan yang kompleks dan memerlukan koordinasi antar unit/bidang/bagian, pihak terkait memberi arahan, koordinasi, dan solusi, melanjutkan FOCUS-PDCA apabila masalah belum selesai dan seterusnya, mencetak detail risiko, siklus FOCUS-PDCA, dan pengendalian apabila risiko telah selesai dikelola.

Selain fitur manajemen risiko, SIPRIMA juga memiliki fitur pelaporan keselamatan dan keamanan di rumah sakit, yaitu meliputi: pelaporan insiden budaya keselamatan, keselamatan dan kesehatan kerja (K3) RS, insiden keamanan, kekerasan, kecelakaan, serta paparan radiasi/bahan berbahaya dan beracun (B3), dan tumpahan B3. Fitur ini juga mendukung prinsip *anonymous* dalam pelaporan budaya keselamatan yang melindungi identitas pelapor. Namun SIPRIMA tidak menyediakan tautan ini harus dilaporkan dan diinvestigasi secara manual sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.

Evaluasi dan Pembelajaran

Pengembangan SIPRIMA diinisiasi karena sulitnya meregistrasi seluruh risiko organisasi sehingga organisasi tidak mampu memetakan risiko yang ada. Selain itu, sistem ini sekaligus mengidentifikasi risiko potensial serta memprioritaskan risiko yang perlu ditindaklanjuti segera untuk mencegah hal yang menghambat tercapainya tujuan organisasi.

Ide penggunaan aplikasi berasal dari direktur dan manajer risiko, yang diinspirasi dari penelitian terdahulu dan diskusi dengan Tim IT rumah sakit untuk menilai potensinya apabila diterapkan dalam sistem manajemen risiko rumah sakit. Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Peters dkk., yang dengan instrumen sederhana menggunakan program Microsoft Excel telah dapat membantu manajemen risiko kesehatan masyarakat (Peters, Hipper, Kricun, & Chernak, 2013). Instrumen tersebut membantu perencana dalam memperkirakan risiko darurat, menilai dampak, dan memberikan tolok ukur bagi lembaga kesehatan masyarakat untuk meningkatkan upaya kesiap-siagaan (Peters, Hipper, Kricun, & Chernak, 2019). Limitasi instrumen ini yaitu sulitnya mengumpulkan data berupa identifikasi risiko dan sumber daya digunakan. Limitasi lainnya dari penilaian risiko berdasarkan angka yaitu adanya bias karena subjektivitas, konteks risiko yang berbeda, serta sulitnya membandingkan prioritas risiko dari kategori yang berbeda (Vatanpour, Hruvey, & Dinu, 2015), sehingga perlu dipertimbangkan dalam pengelolaan risiko melalui aplikasi.

Upaya modifikasi inovasi instrumen manajemen risiko sesuai dengan potensi yang ada pada RSMBM juga sebagai pembelajaran, dimana SIPRIMA dikembangkan berbasis komputer mengingat telah tersedianya *local area network* (LAN) pada RSMBM. Disamping itu pengembangan juga dilakukan sesuai prinsip akreditasi RS, serta pembelajaran dari pengembangan aplikasi manajemen risiko sebelumnya, dimana sistem harus memungkinkan dilakukannya identifikasi risiko dimulai dari unit-unit dalam organisasi untuk menjamin identifikasi risiko yang aktual, valid, dan menjamin pemecahan yang sesuai kemampuan dan tujuan organisasi.

Pengembangan SIPRIMA mendapatkan penghargaan dalam manajemen risiko di lingkungan Pemerintah Provinsi Bali karena dilakukan berdasarkan sumber daya dan sistem teknologi informasi yang telah ada, murah dan mudah diterapkan, sehingga memiliki transferabilitas yang tinggi, dan diharapkan SIPRIMA mampu diaplikasikan di organisasi lainnya dalam berbagai proses bisnis di berbagai bidang untuk dapat mengelola risiko sesuai visi dan misi Pemprov Bali (Bali Provincial Government, 2019).

Sebelum adanya SIPRIMA, proses identifikasi risiko dilakukan secara manual dimana cara ini menyulitkan pengawasan terhadap unit-unit dalam mengidentifikasi risikonya, dokumentasi risiko dalam daftar risiko (*risk register*) juga kurang terpelihara, serta kurangnya alat koordinasi dalam pengelolaan risiko yang memberi gambaran komprehensif mengenai risiko yang ada.

Evaluasi efektivitas SIPRIMA dilakukan setelah dua tahun implementasi dengan penelitian deskriptif kualitatif. Subjek penelitian ini adalah pejabat eselon 3 dan 4 beserta kepala unit dan kepala instalasi berjumlah 36 orang. Pengumpulan data menggunakan wawancara, dokumentasi, dan diskusi kelompok terarah (FGD).

Dari hasil evaluasi, sebagian besar informan menyatakan bahwa proses manajemen risiko di unit/bidang/bagian lebih terkontrol dengan adanya SIPRIMA. Ada dorongan kuat dari Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Tim Manajemen Risiko untuk mengisi SIPRIMA sehingga unit memiliki *risk register* yang lengkap. Risiko-risiko pada tahun sebelumnya juga dapat dilihat dan diakumulasi sehingga mendorong identifikasi risiko yang lengkap dan menyeluruh. Dari pelaporan PMKP dan Manajemen Risiko, tampak peningkatan dari tahun ke tahun. Jumlah risiko yang teregistrasi meningkat dari 114 (2016) menjadi 127 (2017) dan 249 (2018). Prosentase penanganan masalah meningkat dari 86,80% (2016) menjadi 97,63% (2017) dan 97,59% (2018).

Sebagian besar informan menyatakan bahwa dokumentasi SIPRIMA berupa *risk register* telah tersimpan dengan baik dari tahun ke tahun dan dapat menjadi acuan tahun berikutnya. Bukti yang mendukung pendapat ini juga dapat dilihat dalam tampilan SIPRIMA dalam proses input dan monitoring risiko setiap harinya dan dalam periode waktu yang diinginkan, (Gambar, 2-4)

ID	NAMA	LOKASI	PROSES	KATEGORI RISIKO	SKOR RISIKO	STATUS RISIKO	AKTIVITAS
1	Risiko terdapatnya pasien yang mengalami komplikasi akibat tindakan medis	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko
2	Risiko terdapatnya pasien yang mengalami komplikasi akibat tindakan medis	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko
3	Risiko terdapatnya pasien yang mengalami komplikasi akibat tindakan medis	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko

Gambar 2 Fitur Input Risiko

RISIKO	LOKASI	PROSES	KATEGORI RISIKO	SKOR RISIKO	STATUS RISIKO	AKTIVITAS
K20-350	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko
K20-349	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko
K20-348	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko

Gambar 3. Fitur monitor risiko harian

RISIKO	LOKASI	PROSES	KATEGORI RISIKO	SKOR RISIKO	STATUS RISIKO	AKTIVITAS
K20-350	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko
K20-349	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko
K20-348	Unit I	Prosedur	Kritis	100	Terdaftar	Identifikasi risiko

Gambar 4. Tampilan hasil unduh risk register

Risk register melalui SIPRIMA dapat dilihat sewaktu-waktu dan dapat dilengkapi dengan strategi pengelolaan tambahan

yang diperlukan sewaktu-waktu. Dari hasil observasi, sebelum aplikasi SIPRIMA, hanya sebesar 53,8% saja unit/bidang/bagian yang memiliki *risk register* pada 2016. Angka ini meningkat menjadi 84,6% pada 2018.

Gambaran pergerakan risiko dalam peta risiko juga telah dapat dipantau. Peta risiko diambil dari dua faktor RPN yaitu faktor *occurrence (likelihood)* dan *severity (dampak)*, sehingga dapat diinterpretasi dalam bentuk peta risiko (gambar 5).

Gambar 5. Peta risiko

Sebelum tahun 2018 belum ditetapkan KRI karena data yang belum dapat dianalisis dengan baik. Pada triwulan III tahun 2018, KRI mulai ditetapkan. Maturitas manajemen risiko RSMBM semakin membaik, sehingga pola-pola risiko pada unit-unit tertentu mulai terlihat. Munculnya risiko yang sama di beberapa unit menjadi risiko yang penting untuk ditangani dan penting bagi optimalnya fungsi organisasi dalam mencapai tujuannya. KRI juga semakin populer untuk bersama-sama diawasi oleh unit pelayanan dan manajemen. Setiap bagian menyadari peran dalam pengelolaannya serta mengetahui siapa penanggungjawabnya. Dengan demikian risiko-risiko penting di RSMBM terjamin dikelola dan dipantau dengan baik.

Pola komunikasi dan koordinasi menjadi lebih efektif dengan adanya SIPRIMA. Namun, SIPRIMA hanya mampu mendokumentasikan arahan pemangku kebijakan. Komunikasi dan koordinasi melalui SIPRIMA belum dapat dilakukan secara optimal tanpa bantuan manajer risiko. Dari hasil observasi sampai dengan triwulan I 2019, hanya 8,4% komunikasi dan koordinasi dalam pemecahan masalah organisasi dilakukan melalui SIPRIMA.

SIPRIMA membantu penyusunan program berbasis manajemen risiko. Program disusun berdasarkan *risk register* tahun sebelumnya. Sebesar 88,46% unit/bidang/bagian telah menyusun program berbasis manajemen risiko. Meski sebagian besar telah mengerti dan menyetujui pentingnya program berbasis risiko, namun masih terdapat kesulitan dalam menuangkannya sesuai format program, terutama dalam menentukan target dan strategi, serta mengintegrasikan kegiatan pengelolaan risiko yang memiliki kegiatan pengelolaan yang hampir serupa.

Pembelajaran yang diperoleh adalah bahwa SIPRIMA yang merupakan aplikasi sederhana ini masih perlu disempurnakan, terutama dalam menunjang komunikasi dan koordinasi dalam manajemen risiko secara lebih efektif dan praktis. Walaupun belum dapat dijadikan instrumen komunikasi dan koordinasi yang efektif, SIPRIMA telah mampu menyediakan data dan wahana bagi pimpinan RS dalam memberikan arahan yang terdokumentasi dalam sistem.

Dokumentasi arahan tersebut dapat dijadikan bukti

keterlibatan pimpinan, dijadikan acuan yang jelas dalam pemecahan masalah, serta dapat diketahui secara transparan arah kebijakan manajemen yang menjadi tolok ukur yang baik bagi pemecahan masalah di masa depan. Disamping itu, pertemuan-pertemuan secara fisik masih harus terus dilakukan demi pemecahan masalah yang lebih konkrit dan komprehensif.

Dari implementasi SIPRIMA, diperoleh pembelajaran antara lain terkait dengan pola pemecahan masalah dan penyusunan program berbasis manajemen risiko. Pemecahan masalah menjadi lebih cepat, akurat, serta efektif, efisien, dan *paperless*, serta meningkatnya pola pemecahan masalah dengan pendekatan *no blame culture* dengan melibatkan semua pihak dalam organisasi. Alternatif pemecahan masalah yang diajukan juga cukup komprehensif sesuai dengan kemampuan organisasi.

Dengan SIPRIMA, pergerakan *risk register* dan peta risiko selalu dapat dipantau setiap saat, baik jumlah risiko baik klinis maupun non klinis, risiko-risiko yang ada di setiap unit/bidang/bagian, risiko yang perlu penanganan segera, risiko dengan RPN tertinggi, peta risiko, serta maupun arahan pimpinan untuk pengelolaan risiko.

SIPRIMA tentu saja memiliki banyak kelemahan. Pengembangan lanjutan diperlukan sesuai dengan konteks dan kemampuan organisasi. Sebagai ilustrasi, pengembangan terkait manajemen komunikasi dan koordinasi antara pelaku-pelaku pengelolaan risiko, fitur notifikasi yang dapat mengingatkan manajer risiko dan manajemen tentang risiko baru yang dimasukkan, fitur komunikasi antar penanggung jawab dan manajemen seperti dengan menambahkan fasilitas *chat room*.

Sistem SIPRIMA berbasis komputer juga perlu dikembangkan menjadi berbasis web. Integrasi SIPRIMA dengan aplikasi-aplikasi lainnya akan memudahkan pengawasan internal. SIPRIMA saat ini hanya dapat diakses apabila penemu risiko memiliki komputer dengan sambungan LAN (*local area network*) pada sistem yang menggawangi SIPRIMA. Dengan demikian pengembangan *mobile SIPRIMA* juga diperlukan.

Pengembangan SIPRIMA berbasis *web* dirasa perlu dikembangkan sehingga memenuhi prinsip integrasi dan dapat mendukung upaya komunikasi risiko yang efektif dan efisien.

Kesimpulan

SIPRIMA dapat digunakan secara internal oleh seluruh staf dan manajemen RSMBM untuk meningkatkan jumlah risiko yang teregistrasi, sehingga terjadi peningkatan jumlah unit yang memiliki *risk register*, unit/bidang/bagian yang telah menyusun program berbasis manajemen risiko termasuk menetapkan dan melakukan sosialisasi *Key Risk Indicator*, serta prosentase penanganan masalah. Meskipun demikian, perlu pengembangan aplikasi SIPRIMA selanjutnya untuk mengoptimalkan pelaksanaan komunikasi dan koordinasi terkait manajemen risiko.

Ucapan Terimakasih

Terimakasih kepada Pemerintah Provinsi Bali dan Gubernur Bali dalam mendukung terlaksananya Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik pada penyediaan pelayanan publik di

RSMBM. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan seluruh keluarga besar RSMBM atas dukungannya dalam pengembangan SIPRIMA. Terima kasih pula kepada seluruh informan penelitian.

Referensi

- Bali Provincial Government. (2019). The short-term priority program of the Provincial Government of Bali for the implementation of the universal planning pattern through the Vision: "Nangun Sat Kerthi Loka Bali" "Creating a New Era of Bali"
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2011). Laporan Keselamatan Pasien, in Najihah (2018), Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Journal of Islamic Nursing*. Vol 3 Nomor 1, Juli 2018. Hal 1-8
- Olii, M. W. (2018). Analisis Implementasi Manajemen Risiko Klinis dan Faktor - Faktor yang mempengaruhi pada Rumah Sakit di Kota Makassar. UNHAS Makassar. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.
- Peters, R., Hipper, T. J., Kricun, H., & Chernak, E. (2013). The Public Health Risk Assessment Tool. The Drexel University School of Public Health Center for Public Health Readiness and Communication. Diakses di <https://www.health.pa.gov/topics/prep/Pages/Assessment-Tool.aspx>
- Peters, R., Hipper, T. J., Kricun, H., & Chernak, E. (2019). A Quantitative Public Health Risk Assessment Tool for Planning for At-Risk Populations. *Public Health Practice*, 109(54), 5286–5289. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305181>
- Piper, A. (2019). Risk in view. *Internal Auditor*, 76(6), 22–27.
- Vatanpour, S., Hrudey, S. E., & Dinu, I. (2015). Can Public Health Risk Assessment Using Risk Matrices Be Misleading? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 9575–9588. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809575>
- WHO. (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Organization. Geneva, Switzerland. Diakses di https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1
- Yulianingtyas, R., Wigati, P. A., & Suparwati, A. (2016). Analisis Pelaksanaan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4). <https://doi.org/https://doi.org/2356-3346>