



**TAHUN
2019**

PROGRAM KERJA MANAJEMEN RISIKO

RS. Mata Undaan Surabaya

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 181A/SK/DIR/RSMU/II/2019 TANGGAL 06 FEBRUARI 2019 TENTANG PROGRAM KERJA MANAJEMEN RISIKO TAHUN 2019 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA ...ii	
LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 181A/SK/DIR/RSMU/II/2019 TANGGAL 06 FEBRUARI 2019 TENTANG PROGRAM KERJA MANAJEMEN RISIKO TAHUN 2019 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA ...1	
I PENDAHULUAN	1
II LATAR BELAKANG	1
III TUJUAN UMUM DAN KHUSUS	2
IV KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN	2
V CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	4
VI SASARAN	5
VII JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN	5
VIII EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN	7
IX PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN	7
X PENUTUP	8



RS Mata Undaan
Care and Smile

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 181A/SK/DIR/RSMU/II/2019
TANGGAL : 06 FEBRUARI 2019
TENTANG
PROGRAM KERJA MANAJEMEN RISIKO TAHUN 2019
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi dan efektifitas serta pelaksanaan tugas manajemen risiko di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;
b. Bahwa untuk mewujudkan pelayanan manajemen risiko yang terstandar, terorganisir dan terstruktur di rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b), maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
4. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor 029/P4MU/IV/2018 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Program Kerja Manajemen Risiko Tahun 2019 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
Kedua : Program Kerja Manajemen Risiko Tahun 2019 ini digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan manajemen risiko di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
Ketiga : Program Kerja Manajemen Risiko Tahun 2019 di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Keputusan Direktur ini.
Keempat : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya hingga 31 Desember 2019.

Kelima

- ⋮ Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 06 Februari 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 181A/SK/DIR/RSMU/II/2019
TANGGAL : 06 FEBRUARI 2019
TENTANG
PROGRAM KERJA MANAJEMEN RISIKO TAHUN 2019
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. PENDAHULUAN

Manajemen risiko merupakan disiplin ilmu yang luas. Seluruh bidang pekerjaan di dunia ini pasti menerapkannya sebagai sesuatu yang sangat penting. Makin besar risiko suatu pekerjaan, makin besar pula perhatian yang diberikan kepada aspek manajemen risiko ini. Rumah sakit sebagai sebuah institusi dengan aktifitas yang penuh dengan berbagai risiko keselamatan, juga sudah selayaknya menerapkan hal ini.

Pemahaman manajemen risiko sangat bergantung kepada dari sudut pandang mana seseorang melihatnya. Dalam bidang kesehatan dan keselamatan lebih diartikan sebagai pengendalian risiko salah satu pihak (pasien atau masyarakat) oleh pihak yang lain (pemberi layanan). Sementara di dalam suatu komunitas pemberi layanan kesehatan itu sendiri, yaitu pengelola rumah sakit dan para tenaga kesehatannya, harus diartikan sebagai suatu upaya kerjasama berbagai pihak untuk mengendalikan risiko bersama.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) memberikan pengertian manajemen risiko sebagai aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, personil, pengunjung dan rumah sakit itu sendiri. Kegiatan tersebut meliputi identifikasi risiko hukum (legal risk), memprioritaskan risiko yang teridentifikasi, menentukan respons rumah sakit terhadap risiko, mengelola suatu kasus risiko dengan tujuan meminimalkan kerugian (risk control), membangun upaya pencegahan risiko yang efektif, dan mengelola pembiayaan risiko yang adekuat (risk financing).

Manajemen risiko yang komprehensif meliputi seluruh aktivitas rumah sakit, baik operasional maupun yang bersifat klinis, oleh karena risiko dapat muncul dari kedua bidang tersebut. Bahkan akhir-akhir ini meliputi pula risiko yang berkaitan dengan managed care dan risiko kapitasi, merger dan akuisisi, risiko kompensasi ketenagakerjaan, corporate compliance dan etik organisasi.

Setiap upaya medik umumnya mengandung risiko, sebagian di antaranya berisiko ringan atau hampir tidak berarti secara klinis. Namun tidak sedikit pula yang memberikan konsekuensi medik yang cukup berat.

II. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Mata Undaan adalah salah satu institusi yang memberikan pelayanan langsung khususnya pelayanan kesehatan. Dalam upaya memberikan pelayanannya, rumah sakit dituntut memberikan pelayanan sebaik-baiknya sebagai *public service*. Hal tersebut didasarkan bahwa tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat. Meningkatnya tuntutan dapat dilihat dengan munculnya kritik-kritik baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap pelayanan yang diberikan.

Rumah Sakit Mata Undaan menyadari bahwa dalam memberikan pelayanan baik medis maupun non medis mempunyai risiko-risiko. Risiko didefinisikan sebagai kemungkinan sesuatu terjadi atau potensi bahaya yang terjadi yang dapat memberikan pengaruh kepada hasil

akhir. Risiko yang dicegah berupa risiko klinis dan risiko non klinis. Risiko klinis adalah risiko yang dikaitkan langsung dengan layanan medis maupun layanan lain yang dialami pasien selama di RS. Sementara risiko non medis ada yang berupa risiko bagi organisasi maupun risiko finansial. Risiko organisasi adalah yang berhubungan langsung dengan komunikasi, produk layanan, proteksi data, sistem informasi dan semua risiko yang dapat mempengaruhi pencapaian organisasi. Risiko finansial adalah risiko yang dapat mengganggu kontrol finansial yang efektif, salah satunya adalah sistem yang harusnya dapat menyediakan pencatatan akuntansi yang baik.

Manajemen Risiko dalam Pelayanan Kesehatan merupakan upaya untuk mereduksi KTD yang dalam pelayanan kesehatan apabila hal ini terjadi akan merupakan beban tersendiri, terlepas dari KTD tersebut karena resiko yang melekat ataupun memang setelah dianalisis karena adanya error atau negligence dalam pelayanan. Apabila KTD sudah terjadi, beban pelayanan tidak hanya pada sisi finansial semata, namun beban psikologis dan sosial kadang-kadang terasa lebih berat.

Untuk mencegah KTD dan menempatkan risiko KTD secara proporsional beberapa pendekatan dapat dilakukan pada sumber penyebab itu sendiri, baik pada faktor manusianya (pasien dan tenaga kesehatannya), maupun dari sisi organisasinya. Dari sisi organisasi, konsep intervensi organisasi – pendekatan pada sistem (sarana) pelayanan kesehatan memerlukan penanganan khusus namun akan jauh lebih antisipatif dalam mengelola risiko kemungkinan terjadinya KTD. Sehingga manajemen risiko melalui konsep pengelolaan pada sistem pelayanan kesehatan merupakan metode yang banyak dikembangkan akhir-akhir ini.

III. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS

1. Tujuan Umum

Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien rumah sakit melalui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

2. Tujuan Khusus

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan.
- b. Meningkatkan akuntabilitas.
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD).
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.
- e. Meminimalisir risiko yang mungkin terjadi dimasa mendatang. Dengan adanya antisipasi risiko, apabila terjadi insiden sudah terdapat alternatif penyelesaiannya.
- f. Melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan pokok program manajemen resiko di Rumah Sakit Mata Undaan adalah sebagai berikut :

1. Menentukan Konteks

Konteks dimana proses manajemen risiko dijalankan, tertuang dalam kerangka acuan/panduan manajemen risiko. Kebijakan manajemen risiko selain memuat definisi, ruang lingkup, tujuan, proses, ketetapan dampak dan kekerapan, terdapat juga kriteria risiko. Manajemen risiko memberikan kontribusi kepada *good corporate governance*, dengan memperkecil kerugian (jika risiko berdampak negatif) dan memperbesar peluang (jika risiko berdampak positif).

Manajemen risiko tidak hanya menjadi kewenangan dari Direktur, namun juga menjadi tanggung jawab seluruh unit atau departemen. Dengan demikian diharapkan

setiap individu merasa bertanggung jawab atas risiko yang timbul di dalam pelaksanaan tugasnya, sehingga risiko tidak hanya menjadi tanggung jawab Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau Tim PMKP saja. Hal ini tampak sebagai upaya menanamkan budaya sadar risiko pada setiap individu di rumah sakit, yang merupakan hal terpenting dalam penerapan manajemen risiko.

Penerapan manajemen risiko sangat diperlukan untuk meminimalkan risiko, mencegah kejadian yang tidak diharapkan, dan tentunya untuk keselamatan pasien, staf dan lingkungan rumah sakit. Tujuan manajemen risiko terdapat dalam kerangka acuan/panduan manajemen risiko, yang berisi definisi, ruang lingkup dan tujuan dari manajemen risiko. Terdapat juga ketentuan mengenai skor dampak dan kekerapan, serta kriteria risiko untuk menjalankan manajemen risiko. Panduan mengenai manajemen risiko dibuat oleh Tim PMKP bersama dengan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS). Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Standar Prosedur Operasional (SPO) rumah sakit harus dibuat untuk meminimalkan risiko.

Direktur rumah sakit memiliki tanggung jawab tertinggi terhadap pelaksanaan manajemen risiko. Direktur rumah sakit juga melakukan pemantauan dan pengambilan keputusan.

2. Identifikasi Risiko

Pemahaman dasar mengenai risiko sangat penting agar seseorang dapat melakukan identifikasi maupun menilai risiko. Penerapan proses manajemen risiko perlu melibatkan dan disosialisasikan kepada seluruh staf rumah sakit tidak terkecuali dokter untuk melakukan identifikasi dan analisis.

Identifikasi risiko dilakukan melalui proses pelaporan terhadap suatu risiko maupun kejadian. Dilakukan oleh semua staf yang melakukan, melihat maupun mendengar suatu risiko atau kejadian. Proses pelaporan tersebut disosialisasikan kepada semua staf baru dalam program orientasi umum. Identifikasi dilakukan melalui kegiatan audit mutu internal, pemantauan indikator mutu, indikator keselamatan pasien, audit medik, *morning report*, diskusi kasus, survei kepuasan pelanggan, *check list*, *FMEA*, *risk register*, dan *insiden report*.

Dalam seluruh kegiatan identifikasi risiko selalu ditekankan 3 (tiga) hal yaitu *no blame, no name and no shame*, sehingga bukan orangnya yang ditekankan dalam suatu kejadian namun lebih pada sistemnya. Adalah penting menanamkan budaya tidak menyalahkan dan mempermalukan oleh karena setiap manusia memang dapat saja melakukan suatu kesalahan setiap hari. Namun terlebih dari pada itu, adalah penting untuk melihat apakah kesalahan tersebut merupakan kelalaian yang timbul oleh karena kompleksitas sistem yang kurang mendukung. Selain itu dengan mempermalukan dan menyalahkan, pelaporan akan sulit diperoleh karena adanya kekhawatiran dan ketakutan untuk melaporkan sehingga langkah awal dari manajemen risiko tidak dapat dijalankan. Untuk itu, berbagai pendekatan menggunakan kombinasi metode harus digunakan untuk meningkatkan proses indentifikasi terhadap risiko dan *hazards*.

3. Analisis Risiko

Analisis masalah dilakukan dengan *fish bone diagram* oleh masing-masing departemen disertai *action plan*. Selain itu dilakukan analisa untuk mengetahui peringkat risiko/ kejadian dengan menggunakan kriteria yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Kriteria tersebut tercantum dalam lembar pelaporan insiden maupun dalam *risk register*. Dalam lembar pelaporan insiden, terdapat tabel kriteria untuk konsekuensi kejadian serta kekerapan/ probabilitas kejadian.

4. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil analisis risiko, dilakukan evaluasi risiko yang dapat membantu untuk memutuskan diterima atau tidaknya suatu risiko, menentukan prioritas risiko dan menjadi masukan bagi penanganan risiko. Kriteria untuk pengambilan keputusan dalam evaluasi risiko haruslah konsisten dengan konteks eksternal, internal, dan definisi manajemen risiko yang telah ditetapkan oleh organisasi. Terdapat 4 (empat) dimensi risiko klinis di pelayanan kesehatan yang perlu diperhatikan yaitu dimensi operasional, dimensi keuangan, dimensi politik dan dimensi legal. Dalam memutuskan risiko dapat diterima atau tidak, kriteria evaluasi yang dibuat harus mempertimbangkan dari berbagai sisi, selain tingkat dampak maupun kemungkinan yang timbul termasuk toleransi terhadap risiko.

Evaluasi risiko dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditentukan oleh rumah sakit. Tingkat risiko atau kejadian yang ditemukan saat analisis menjadi acuan untuk menetapkan prioritas risiko serta pelaporan yang perlu dilakukan terkait dengan risiko tersebut. Jika risiko tergolong ekstrim, hal ini menjadi sangat prioritas sehingga perlu dilakukan kegiatan *RCA* secepatnya dan pelaporan perlu disampaikan kepada Direktur. Diterima atau tidaknya suatu risiko, selain dilihat dari konsekuensi, kekerapan maupun tingkatannya, dilihat juga beberapa dimensi yang menjadi dasar pertimbangan. Dengan memperhatikan keselamatan pasien, *image* rumah sakit, serta biaya yang dikeluarkan, direktur rumah sakit menetapkan risiko prioritas yang akan dianalisis secara proaktif.

5. Pengelolaan Risiko

Dalam pengelolaan risiko, terdapat beberapa pilihan yang dapat diambil. Salah satunya adalah melalui proses pencegahan dan pengurangan risiko. Keberhasilan pengelolaan risiko tidak hanya sampai pada kegiatan pengurangan risiko. Meski kegiatan pengurangan risiko telah dilakukan, tetap sosialisasi, *monitoring* serta audit perlu dilaksanakan agar tidak terjadi peningkatan risiko ataupun pengulangan kejadian. Jika terjadi suatu kejadian sentinel, kejadian tersebut harus dituntaskan dan tidak boleh terjadi kembali. Kunci keberhasilan dari seluruh upaya pengurangan risiko di rumah sakit adalah kepemimpinan.

6. *Monitoring* dan *Review*

Monitoring dan *review* merupakan pemantauan rutin dengan membandingkan kinerja proses manajemen risiko dengan harapan yang ingin dicapai dan meninjau ulang secara berkala kegiatan manajemen risiko yang telah dilakukan. *Monitoring* dan *review* dapat dilakukan melalui pemantauan indikator mutu yang ditetapkan, peninjauan ulang terhadap penanganan risiko maupun kejadian yang dilaporkan, peninjauan standar pelayanan medik maupun standar operasional, pelatihan, peringatan, dan lain-lain.

Segala sesuatu yang menjadi risiko perlu dipantau secara terus menerus. *Monitoring* dan *review* terhadap suatu risiko/ kejadian dilakukan dalam setiap proses manajemen risiko dan pelaksanaan *monitoring* dan *review* terhadap risiko tersebut dapat berjalan dengan baik jika dilaksanakan dengan kedisiplinan. Sedangkan data pencapaian dari pelaporan tersebut dijadikan salah satu indikator terhadap keberhasilan proses *monitoring* dan *review* itu sendiri.

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

1. Melaksanakan program, meliputi :
 - a. Identifikasi Risiko
 - b. Menetapkan Prioritas Risiko
 - c. Pelaporan tentang Risiko

- d. Manajemen Risiko
- e. Penyelidikan KTD, melalui kegiatan *Root Cause Analysis* (RCA) dan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA)
2. Melaksanakan program pengawasan manajemen risiko fasilitas/lingkungan rumah sakit, meliputi :
 - a. Merencanakan semua aspek dari program
 - b. Melaksanakan program
 - c. Merencanakan pendidikan dan pelatihan kompetensi manajemen risiko
 - d. Memonitor dan Melaksanakan uji coba program
 - e. Evaluasi dan revisi program secara berkala
 - f. Membuat laporan tahunan tentang pencapaian program
 - g. Menyelenggarakan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus
3. Melaksanakan koordinasi dengan Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dalam hal menyusun perencanaan pengelolaan risiko fasilitas / lingkungan, meliputi :
 - a. Keselamatan
 - b. Keamanan
 - c. Bahan Berbahaya
 - d. Manajemen Emergensi
 - e. Pengamanan Kebakaran
 - f. Peralatan Medis
 - g. Sistem Utilitas

VI. SASARAN

1. Direksi Rumah Sakit Mata Undaan
2. Unit Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
3. Tim PMKP
4. Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI)
5. Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)
6. Seluruh staf dan karyawan baik medis maupun non medis

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Kegiatan	Tahun 2019											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Melaksanakan program manajemen risiko												
	- Identifikasi Risiko												
	- Menetapkan Prioritas Risiko												
	- Pelaporan tentang Risiko (***)												
	- Manajemen Risiko												
	- Penyelidikan												

No	Kegiatan	Tahun 2019											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
	KTD												
	- <i>Root Cause Analysis (RCA) *</i>												
	- <i>Failure Mode Effect Analysis (FMEA) **</i>												
2	Melaksanakan program pengawasan manajemen risiko fasilitas / lingkungan rumah sakit												
	- Merencanakan semua aspek dari program												
	- Melaksanakan program												
	- Merencanakan pendidikan dan pelatihan kompetensi manajemen risiko												
	- Memonitor dan evaluasi program												
	- Evaluasi dan revisi program secara berkala												
	- Membuat laporan tahunan tentang pencapaian program ***)												
3	Melaksanakan koordinasi dengan Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dalam hal menyusun perencanaan pengelolaan risiko												

No	Kegiatan	Tahun 2019											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
	fasilitas / lingkungan												

Keterangan:

*) RCA dilakukan ketika ada insiden

**) FMEA dilaksanakan sekali dalam setahun secara proaktif

***) Laporan tahunan dilaporkan pada tahun berikutnya

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

1. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan

Evaluasi dilaksanakan setiap tahun sekali pada bulan Desember.

No	Jenis Kegiatan	Evaluasi
1	Melaksanakan program manajemen risiko	
	- Identifikasi Risiko	
	- Menetapkan Prioritas Risiko	
	- Pelaporan tentang Risiko (***)	
	- Manajemen Risiko	
	- Penyelidikan KTD	
	- <i>Root Cause Analysis</i> (RCA) *)	
	- <i>Failure Mode Effect Analysis</i> (FMEA) **)	
2	Melaksanakan program pengawasan manajemen risiko fasilitas / lingkungan rumah sakit	
	- Merencanakan semua aspek dari program	
	- Melaksanakan program	
	- Merencanakan pendidikan dan pelatihan kompetensi manajemen risiko	
	- Memonitor dan evaluasi program	
	- Evaluasi dan revisi program secara berkala	
	- Membuat laporan tahunan tentang pencapaian program (***)	
3	Melaksanakan koordinasi dengan Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dalam hal menyusun perencanaan pengelolaan resiko fasilitas / lingkungan	

2. Pelaporan Evaluasi Kegiatan

Pelaporan dilakukan pada awal bulan Januari tahun berikutnya.

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

1. Pencatatan dan dokumentasi kegiatan dilaksanakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
2. Tim PMKP melaksanakan monitoring dan koordinasi terhadap hasil laporan.

3. Sekretaris Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit merangkum seluruh kegiatan manajemen resiko berupa laporan evaluasi kegiatan yang ditujukan kepada direktur.
4. Laporan Program ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Mata Undaan
5. Isi Laporan :
 - a. Kegiatan sesuai program kerja
 - b. Kegiatan yang telah dilaksanakan
 - c. Apakah kegiatan sesuai jadwal
 - d. Insiden keselamatan pasien rumah sakit yang terjadi, jenis insiden, akibat insiden
 - e. Hambatan yang menyebabkan program kerja tidak dapat dilaksanakan atau tidak sesuai jadwal.
 - f. Hal-hal lain yang dianggap perlu untuk dilaporkan.
 - g. Usulan dan rekomendasi kepada Direktur.

X. PENUTUP

Demikian program kerja ini disusun. Dengan harapan semoga dapat dipakai sebagai acuan kerja dalam pelaksanaan kegiatan manajemen risiko. Apabila dalam penyusunan ini terdapat kekurangan ataupun kekeliruan akan dilakukan perubahan demi kesempurnaan. Terima kasih.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 06 Februari 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K) *[Signature]*