

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Konteks Penelitian

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes) telah menetapkan visi pembangunan kesehatan yakni “Terwujudnya Masyarakat Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan untuk Menuju Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian berlandaskan Gotong-Royong”. Untuk mencapai visi tersebut maka ditetapkanlah kebijakan umum “Meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotive dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Berdasarkan hasil evaluasi capaian standar pelayanan minimum (SPM) pelayanan kesehatan tahun 2021 oleh Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat diketahui bahwa tidak ada satupun dari 12 SPM yang ditetapkan mencapai 100%. Beberapa indikator SPM justru mengalami penurunan capaian dibandingkan tahun 2020, yakni: 1) pelayanan Kesehatan ibu hamil (dari 82,54% menjadi 75,83%); 2) pelayanan kesehatan ibu bersalin (dari 83,65% menjadi 76,29%); 3) pelayanan kesehatan bayi baru lahir (dari 83,63% menjadi 78,03%); 4) pelayanan Kesehatan balita (79,07% menjadi 71,98%); dan 5) pelayanan kesehatan ODGJ berat (dari 76,55% menjadi

72,94%). Rendahnya capaian SPM ini mendorong dilakukannya transformasi sistem kesehatan Indonesia, salah satunya adalah transformasi layanan primer (Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, 2023).

Dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer menunjukkan bahwa penguatan pelayanan kesehatan primer penting dilakukan karena fakta yang ada menunjukkan capaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan tahun 2021 masih jauh dari target yang ditetapkan dan beban kesehatan yang masih tinggi serta sebagian besar kasus kematian yang terjadi di Indonesia merupakan kasus yang dapat dicegah. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan primer belum cukup kuat dalam merespon masalah kesehatan (Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, 2023).

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Keberadaan berbagai UKBM sebagai jejaring Puskesmas, seperti Poskesdes (42.051) dan Posyandu (301.068), Posyandu Lansia (109.415), Posyandu Remaja (18.300), Posbindu (79.099) menunjukkan belum terintegrasinya pemberdayaan masyarakat di tingkat desa/kelurahan. Di sisi lain, masih terdapat 18.193 desa/kelurahan yang tidak

memiliki fasilitas kesehatan dalam bentuk Pustu/Poskesdes/Posyandu untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan (Yuliandari, 2023).

Kementerian Kesehatan telah menggulirkan transformasi sistem kesehatan. Terdapat 6 pilar transformasi sistem kesehatan sebagai penopang Kesehatan Indonesia yaitu: 1) Transformasi pelayanan kesehatan primer; 2) Transformasi pelayanan kesehatan rujukan; 3) Transformasi sistem ketahanan kesehatan; 4) Transformasi sistem pembiayaan kesehatan; 5) Transformasi SDM kesehatan; dan 6) Transformasi teknologi kesehatan. Transformasi pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui edukasi penduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas serta kapabilitas pelayanan kesehatan primer. Pilar prioritas pertama ini bertujuan menata kembali pelayanan kesehatan primer yang ada, sehingga mampu melayani seluruh penduduk Indonesia dengan pelayanan kesehatan yang lengkap dan berkualitas. Penataan struktur layanan kesehatan primer tersebut membutuhkan pendekatan baru yang berorientasi pada kebutuhan layanan di setiap siklus kehidupan yang diberikan secara komprehensif dan terintegrasi antar tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan baru ini disebut sebagai Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, melibatkan Puskesmas, unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan yang disebut juga sebagai Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Selanjutnya juga akan melibatkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer. (Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, 2023).

Cara kerja Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Puskesmas dilakukan dengan mengoordinasikan pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program. Kepala Puskesmas menetapkan pembagian seluruh petugas Puskesmas ke dalam klaster-klaster dan menetapkan struktur organisasi Puskesmas berdasarkan pembagian klaster, yaitu: Klaster 1 Manajemen, Klaster 2 Ibu dan Anak, Klaster 3 Usia Dewasa dan Lanjut Usia, Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular, dan Kelompok Kerja Lintas Klaster. Hasil ujicoba Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di 9 lokus Puskesmas yang mewakili Puskesmas wilayah perkotaan, pedesaan, daerah terpencil, dan daerah sangat terpencil oleh Kemenkes telah menunjukkan hasil yang baik dan memberikan keyakinan bahwa hal ini dapat dan memungkinkan untuk dilaksanakan (Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pada saat ini jumlah Puskesmas di Kabupaten Kotawaringin Barat berjumlah 18 Puskesmas yang tersebar di beberapa kecamatan. Salah satu Puskesmas yang akan melaksanakan integrasi pelayanan kesehatan primer pada tahun 2024 adalah Puskesmas Sungai Rangit. Puskesmas ini memiliki 56 pegawai dengan kualifikasi SDM: dokter, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, nutrisionis, terapis gigi dan mulut, sanitasi lingkungan, pranata laboratorium, perekam medis, promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pengelola teknologi informasi, pengadministrasi umum, pengadministrasi keuangan, pramu kebersihan dan satuan pengamanan.

Berdasarkan studi pendahuluan dengan mewawancarai Kepala Sub Bagian Tata Usaha (Ka Sub Bag TU) dan 3 orang pegawai Puskesmas diperoleh informasi bahwa komposisi SDM Puskesmas yang ada pada saat ini disusun menggunakan pendekatan program. Selama ini proses perencanaan dan persiapan transisi manajemen selalu diserahkan seluruhnya kepada Kepala Puskesmas dan Ka Sub Bag TU.

Pengalaman pegawai ketika menghadapi masa transisi penerapan BLUD di Puskesmas, terdapat kendala dalam hal perencanaan dan penganggaran sebab beberapa kegiatan yang menjadi kebutuhan terkait penerapan BLUD seperti pelatihan-pelatihan tentang BLUD tidak dapat dilaksanakan karena belum dianggarkan dalam Rencana Kerja (Renja) Puskesmas. Beberapa pelatihan akhirnya tidak dapat diikuti seperti misalnya Pelatihan Penyusunan Renstra BLUD, Pelatihan Penyusunan RBA-BLUD, Pelatihan Penatausahaan Keuangan BLUD, Pelatihan SAP-SAK, meskipun telah dianggarkan dalam anggaran perubahan APBD karena telah lewat tanggal pelaksanaan dan tidak ada kegiatan serupa di akhir tahun. Dampak dari situasi tersebut adalah penyerapan anggaran Puskesmas menjadi rendah sehingga Kepala Dinas Kesehatan mendapatkan teguran dari Sekretaris Daerah akibat serapan anggaran TW III dan IV jauh dibawah target.

Demikian juga dalam kegiatan akreditasi Puskesmas, kendala terkait perencanaan dan penganggaran kembali terjadi. Anggaran pelatihan yang sudah dimasukkan dalam DPA APBD dan RBA-BLUD memang dapat diserap tetapi menimbulkan polemik ketika dilakukan penatausahaan. Ketika

laporan pertanggung jawaban kegiatan telah disusun ternyata menimbulkan dilemma baru misalnya ternyata penyelenggara pelatihan belum terakreditasi oleh Kemenkes atau bahkan tema pelatihannya tidak relevan. Misalnya pelatihan yang tersedia adalah PPI Rumah Sakit padahal untuk *scoop* Puskesmas pendekatannya agak berbeda. Meskipun dalam kasus akreditasi anggaran dapat diserap tetapi spesifikasi kegiatan yang direncanakan ternyata berbeda dengan kegiatan nyata. Karena menimbulkan keraguan dari pejabat penatausahaan keuangan untuk mempertanggungjawabkan anggaran maka terpaksa beberapa dokumen pertanggung jawaban keuangan harus direvisi agar sesuai dengan kaidah yang berlaku. Mengacu pada pengalaman tersebut maka risiko-risiko yang dapat menghambat proses transformasi Puskesmas melalui integrasi layanan primer harus diidentifikasi dan dikendalikan sejak dini.

Pengalaman lain terkait penerapan BLUD adalah masih belum difahaminya tata kelola keuangan oleh pegawai. Hal ini merupakan dampak lanjutan dari kegagalan pegawai mengikuti pelatihan BLUD. Akibat dari ketidaktahuan ini adalah banyak kegiatan yang sudah siap diajukan pencairan dananya terpaksa harus *pending* karena Ka Sub Bag Tata Usaha tidak berani melakukan penatausahaannya. Maka yang terjadi di Puskesmas pada saat ini adalah banyak kegiatan yang dilaksanakan tetapi dananya belum dicairkan. Meskipun banyak pendapatan diperoleh dari pendapatan BLUD maupun APBD tetapi dana tersebut tidak dapat dikeluarkan karena laporan pertanggung jawaban kegiatan belum dilakukan penatausahaan oleh pejabat

berwenang. Situasi ini sempat menimbulkan ketegangan hubungan kerja sebab pegawai merasa sudah bekerja tetapi anggaran tidak direalisasikan sedangkan di sisi lain pejabat penata usahaan khawatir kalau anggaran dikeluarkan nanti akan menimbulkan masalah pada saat audit dari BPK nantinya. Masalah ini baru teratasi setelah pihak Dinas Kesehatan berkonsultasi tertulis kepada BPK RI Perwakilan Kalimantan Tengah di Palangka Raya. Belajar dari pengalaman ini, maka petunjuk pelaksanaan integrasi layanan primer perlu diantisipasi secara dini agar tidak ada kendala pada saat pelaksanaan nanti sebab hal ini berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan secara langsung.

Penunjukan SDM yang bertanggung jawab dalam mengelola kegiatan juga dirasakan belum tepat karena hanya melihat latar belakang pendidikan formalnya tanpa melihat pengalaman kerja sehingga ada beberapa kesulitan. Salah satu yang dialami adalah pada saat akreditasi Puskesmas. Penanggung jawab bab standar akreditasi kebanyakan adalah perawat karena jumlah perawat di Puskesmas memang mayoritas. Tetapi masih belum memiliki pengalaman bekerja di Puskesmas. Misalnya penanggung jawab rekam medis adalah perawat pindahan dari RSUD dr. Murjani di Sampit dengan masa kerja kurang dari 1 tahun di Puskesmas. Penanggung jawab mutu pelayanan juga merupakan perawat dengan masa kerja 27 tahun di Puskesmas tetapi tidak menguasai teknologi informasi sehingga pelaporan indikator nasional mutu Puskesmas secara online sempat terkendala. Penanggung jawab program pengendalian infeksi (PPI) puskesmas adalah perawat dengan sertifikasi

IPCN (*infection prevention & control nurse*) untuk rumah sakit. Dalam melaksanakan aktivitasnya melakukan pemetaan risiko infeksi hingga penyusunan *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) untuk bangunan yang sedang dilakukan rehabilitasi. Padahal untuk lingkup Puskesmas dokumen yang wajib dilaporkan adalah hasil *survey* kepatuhan cuci tangan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, diperoleh gambaran bahwa manajemen risiko belum dilaksanakan dengan terstruktur dan yang lebih banyak dilakukan adalah manajemen masalah. Hal ini menjadi bahan refleksi pada saat Puskesmas diberikan tugas baru untuk melaksanakan integrasi pelayanan kesehatan primer. Komposisi dan kualifikasi SDM mungkin akan berubah. Perubahan pendekatan layanan akibat transformasi layanan ini juga telah menimbulkan kekhawatiran di kalangan pegawai tentang kesiapan mereka untuk beradaptasi. Oleh sebab itu dibutuhkan suatu simulasi untuk mengidentifikasi risiko-risiko yang dapat menghambat pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer di Puskesmas Sungai Rangit ini khususnya dalam hal perencanaan/penganggaran, tata kelola dan sumber daya manusia. Dan penting juga dilihat bagaimana paparan dari risiko-risiko tersebut terhadap puskesmas.

Manajemen risiko telah menjadi salah satu tujuan utama individu, organisasi, dan pemerintah dalam mencapai tujuan dan sasarannya karena ada kemungkinan segala sesuatunya tidak berjalan sesuai rencana. Organisasi layanan kesehatan memiliki risiko yang tinggi dan sangat kompleks dengan berbagai dimensi yang saling ketergantungan (profesional, teknologi,

organisasi/manajerial) dan manajemen risiko memiliki peran sangat penting karena bahkan kejadian berisiko rendah pun dapat menimbulkan konsekuensi serius yang mempengaruhi pasien, pegawai, biaya dan reputasi lembaga (Pascarella et al., 2021). Manajemen risiko sebagai serangkaian tindakan atau kebijakan bertujuan untuk melindungi nilai dan mencegah risiko bagi organisasi dengan cara meminimalkan gap antara harapan (tujuan/sasaran) dan kenyataan. Hal ini akan membantu institusi layanan kesehatan untuk mengenali dan menangani masalah sebelum terjadi dan memastikan bahwa kemungkinan munculnya masalah tersebut sangatlah kecil (Kavalenko, 2023).

Risiko umumnya mengacu pada hal-hal yang dapat mempengaruhi pencapaian sasaran organisasi baik secara positif maupun negatif. Pengaruh negatif umumnya disebut sebagai ancaman sedangkan pengaruh positif disebut sebagai peluang. Dengan demikian manajemen risiko juga dapat disebut sebagai ilmu dan seni mengelola peluang dan ancaman dalam pencapaian sasaran organisasi (IRMAPA, 2022). Secara garis besar terdapat 2 pendekatan manajemen risiko (*Enterprise Risk Management/ERM*) yang populer saat ini, antara lain ISO-ERM dan COSO-ERM. ISO-ERM dipopulerkan oleh *International Organization for Standardization* sedangkan COSO-ERM dipopulerkan oleh *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (Wiener, 2022).

Pendekatan kerangka COSO-ERM banyak diaplikasikan dalam bisnis keuangan dan praktik akuntan. Tujuan dari kerangka COSO-ERM adalah

meningkatkan pencapaian sasaran dan mengidentifikasi hal-hal buruk yang dapat terjadi jika strategi bisnis yang diterapkan mengalami kegagalan. Pendekatan ini mirip dengan pendekatan *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA). Tantangannya adalah, organisasi harus menetapkan sasaran dan menyusun strategi pencapaian sasaran terlebih dahulu baru kemudian melakukan analisis risiko. Dengan kata lain, pengguna kerangka COSO harus sudah memiliki konsep mengenai apa yang akan mereka kerjakan terlebih dahulu secara detail. Bagi Sebagian orang hal ini dianggap rumit. Kelebihan dari kerangka COSO-ERM ini adalah analisis yang dilakukan adalah sangat detail (Ahmad et al., 2021).

Pendekatan yang kedua adalah ISO-ERM yang cukup populer digunakan di Indonesia. Bahkan banyak diantara standar-standar ISO yang telah diinternalisasi menjadi Standar Nasional Indonesia (SNI). Pendekatan kerangka ISO-ERM mementingkan pada penciptaan dan perlindungan nilai (*value*) dari suatu entitas organisasi. Pendekatan ini membantu organisasi mengidentifikasi ketidakpastian yang mungkin dialami organisasi dalam mencapai sasaran. Pendekatan ini terbuka dengan segala macam ketidakpastian bahkan memandang bahwa ketidakpastian tertentu dapat dieksploitasi menjadi peluang. Penyusunan strategi organisasi justru dilakukan setelah identifikasi risiko selesai. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pendekatan ISO cocok diaplikasikan sebelum pendekatan COSO (Wiener, 2022).

Sebagaimana diketahui bahwa ISO merupakan badan internasional yang membuat ketentuan atau standar yang berlaku di seluruh dunia. Terdapat berbagai macam standar yang diterbitkan oleh ISO, diantaranya adalah ISO seri 31000 yaitu standar internasional untuk manajemen risiko. ISO 31000 pertama kali diterbitkan pada 13 November 2009 yang dikenal dengan ISO 31000 (2009). Seri ini merupakan pengembangan dari standar AS/NZS 4360 (2004) yang dikeluarkan oleh *Standards Australia*. ISO 31000 (2009) kemudian diadopsi menjadi Standar Nasional Indonesia (SNI) dengan judul SNI ISO 31000 (2011) Manajemen Risiko – Prinsip dan Panduan (BSN, 2019).

Seiring waktu ISO melakukan revisi dan peninjauan ulang terhadap ISO 31000 dan menerbitkan versi terbaru dengan nama ISO 31000 (2018) *Risk Management - Guidelines*. Standar ISO 31000 (2018) menyederhanakan ISO 31000 (2009) dan menekankan tujuan manajemen risiko, yaitu menciptakan dan melindungi nilai. ISO 31000 bertujuan untuk memberikan pedoman yang dapat diterapkan secara umum untuk semua jenis organisasi, baik swasta maupun publik, besar atau kecil. Penerapan ISO 31000 dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi operasional, meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi peluang dan ancaman, serta meningkatkan kepercayaan dari para pemangku kepentingan. ISO 31000 (2018) kemudian diadopsi oleh Indonesia dengan nama SNI 8848 (2019) - Manajemen Risiko Sektor Publik di Indonesia (BSN, 2019).

Proses manajemen risiko ISO 31000 (2018) dimulai dari penetapan konteks, ruang lingkup dan kriteria. Dalam pelaksanaan tesis, proses ini dilaksanakan melalui penyusunan proposal dan ujian proposal. Langkah selanjutnya adalah penilaian risiko yang terdiri dari 3 kegiatan yaitu : identifikasi, analisis dan evaluasi risiko. Tahapan ini merupakan tahapan inti dari tesis ini dimana hasil analisis dan evaluasi risiko dijabarkan dan diulas mengacu pada teori-teori yang ada. Adapun tahapan ketiga adalah perlakuan risiko yang dilaksanakan diluar penelitian ini Ketika peneliti kembali melaksanakan tugas seperti biasa. Dalam ketiga proses ini Peneliti melakukan konsultasi dan komunikasi dengan pembimbing dan penguji.

Organisasi layanan kesehatan memiliki risiko yang tinggi dan sangat kompleks dengan berbagai domain dan saling ketergantungan (profesional, teknologi, organisasi/manajerial) dan manajemen risiko memiliki peran sangat penting sebab kejadian berisiko rendah pun dapat menimbulkan konsekuensi serius yang mempengaruhi pasien, pegawai, biaya dan reputasi lembaga (Pascarella et al., 2021). Manajemen risiko sebagai serangkaian tindakan atau kebijakan bertujuan untuk melindungi nilai dan mencegah risiko bagi organisasi dengan cara meminimalkan *gap* antara harapan (tujuan/sasaran) dan kenyataan. Hal ini akan membantu institusi layanan kesehatan untuk mengenali dan menangani masalah sebelum terjadi dan memastikan bahwa kemungkinan munculnya masalah tertentu sangatlah kecil (Kavalenko, 2023).

American Society for Health-Care Risk Management telah merilis 8 domain risiko di organisasi pelayanan kesehatan, antara lain: operasional (berkaitan dengan aktivitas manajerial dan proses bisnis organisasi), klinis (berkaitan dengan pelayanan dan keselamatan pasien), strategis (berkaitan dengan fokus dan arah organisasi), finansial (berkaitan dengan keberlangsungan bisnis organisasi), asset (berkaitan dengan sumber daya organisasi), hukum dan kepatuhan (berkaitan dengan regulasi dan standar yang harus dipatuhi), teknologi (berkaitan dengan mesin, perangkat lunak/keras, aplikasi dan kecerdasan buatan) dan *hazard* (berkaitan dengan bahaya yang ada di tempat kerja). Dalam konteks manajemen, maka risiko-risiko operasional mendapatkan perhatian lebih besar untuk memastikan proses bisnis berjalan sesuai yang diharapkan (ASHRM, 2016; NEJM Catalyst, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, terdapat beberapa permasalahan yang dialami Puskesmas Sungai Rangit dalam pengalaman Puskesmas menghadapi akreditasi dan implementasi BLUD, antara lain berkaitan dengan aspek perencanaan dan penganggaran, tata kelola organisasi, serta penugasan penugasan staff. Namun demikian, masih belum tergambar dengan jelas mengenai risiko-risiko yang akan dihadapi terkait dengan integrasi layanan primer yang akan diaplikasikan.

Dalam konteks pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer di level Puskesmas, sebenarnya telah dilakukan uji coba di salah satu Puskesmas yang menjadi *Pilot Project* untuk wilayah Kalimantan yakni Puskesmas

Telaga Bauntung, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan. Cakupan dan kualitas layanan kesehatan dapat ditingkatkan, layanan kesehatan kepada masyarakat menjadi lebih dekat dan pemantauan wilayah setempat (PWS) dapat dilaksanakan meskipun sebagian masih dilakukan secara manual. Keberhasilan ini dapat dicapai karena adanya penetapan kelembagaan posyandu prima, bimbingan dan konseling dari pemerintah, kinerja tim yang baik serta dukungan lintas sektor (Indriyati et al., 2023).

Dalam laporan pelaksanaan *pilot project* tersebut, pelaksanaan transformasi layanan primer juga tidak sepenuhnya sesuai dengan pedoman/petunjuk teknis yang telah disusun karena berbagai keterbatasan sesuai kondisi di daerah. Namun beberapa inovasi berhasil diciptakan untuk menjembatani keterbatasan yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa bimbingan dan konseling, ditambah pemahaman mengenai tata kelola yang baik serta metode penugasan pegawai yang tepat akan mendorong meningkatkan capaian kinerja. Peningkatan capaian kinerja dan lahirnya inovasi inilah yang menjadi penciptaan nilai dalam konteks manajemen risiko.

Sebagai *pilot project* pemerintah, tidak ada dilaporkan kendala yang bermakna dalam hal perencanaan dan penganggaran di Puskesmas Telaga Bauntung. Tetapi bagi Puskesmas Sungai Rangit yang akan melaksanakan ILP bisa saja perencanaan dan penganggaran memiliki risiko tersendiri. Selain itu, laporan pelaksanaan *pilot project* di Puskesmas Telaga Bauntung dengan pendampingan yang intensif saja masih menyisakan beberapa kendala dalam pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer, maka bisa saja

kendala-kendala itu juga akan dialami oleh Puskesmas Sungai Rangit dengan varian dan kapasitas SDM yang berbeda dengan Puskesmas lainnya. Berdasarkan pertimbangan tersebut maka Peneliti tertarik melakukan penelitian berjudul “Assesment Risiko Operasional Menuju Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Puskesmas Sungai Rangit Menggunakan Perspektif ISO 31000 (2018)”.

1.2. Fokus Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah diuraikan diatas, maka penelitian ini di fokuskan untuk melakukan assessment (penilaian) risiko operasional menuju integrasi pelayanan kesehatan primer di Puskesmas Sungai Rangit menggunakan perspektif ISO 31000 (2018). Risk Assesment terdiri dari 3 kegiatan yakni: Identifikasi Risiko, Analisis Risiko dan Evaluasi Risiko.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengeksplorasi risiko-risiko operasional di Puskesmas Sungai Rangit menuju integrasi pelayanan kesehatan primer menggunakan Perspektif ISO 31000 (2018).

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengeksplorasi risiko operasional terkait perencanaan dan penganggaran Puskesmas Sungai Rangit menuju integrasi pelayanan kesehatan primer menggunakan Perspektif ISO 31000 (2018).

2. Mengeksplorasi risiko operasional terkait tata kelola Puskesmas Sungai Rangit menuju integrasi pelayanan kesehatan primer menggunakan Perspektif ISO 31000 (2018).
3. Mengeksplorasi risiko operasional terkait sumber daya manusia Puskesmas Sungai Rangit menuju integrasi pelayanan kesehatan primer menggunakan Perspektif ISO 31000 (2018)

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan *baseline* informasi dan bahan masukan tentang hal-hal yang dapat mengancam terlaksananya integrasi pelayanan primer di Puskesmas bagi Puskesmas Sungai Rangit sendiri dan bagi Dinas Kesehatan dalam melakukan inisiasi transformasi layanan primer dan integrasi layanan primer di Puskesmas di seluruh Kabupaten Kotawaringin Barat pada masa yang akan datang.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber rujukan dan bahan pembelajaran bagi mahasiswa lainnya terkait dengan manajemen risiko dalam pelaksanaan integrasi layanan kesehatan primer di Puskesmas serta menjadi inspirasi untuk pelaksanaan kegiatan-kegiatan pengabdian masyarakat yang berorientasi pada manajemen risiko.

1.4.3. Bagi Peneliti

Hasil dari penelitian akan menambah pengetahuan, pengalaman, wawasan dan memberikan *insight* baru bagi peneliti terkait dengan manajemen risiko dalam pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer di puskesmas.

1.4.4. Bagi Peneliti Lainnya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi dan bahan acuan untuk penelitian selanjutnya, sehingga dapat dikembangkan lagi untuk kekurangan yang belum dijelaskan secara detail dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

1.5. Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
1	Vicente a Benites Zapata, Hector a Saravia-Chong, Edward Mezones-Holguin, Atlen J Aquije-Diaz, Jose Villegas-Ortega, Gustavo Rossel-de-Almeida, Carlos Acosta-Saal, Flor Philipps-Cuba (2016)	<i>A risk-based monitoring model for health care service institutions as a tool to protect health rights in Peru</i>	Studi Kasus tentang pengalaman he <i>National Health Authority</i> (NHA) Dalam pengembangan dan implementasi program pemantauan risiko berbasis ISO 31000 (2009)	Variabel Dependent : Tingkat Kepatuhan Terhadap Pengendalian Risiko (<i>Risk-Adjusted Normative Compliance / % RANC</i>) Variabel Penjelas : Subsektor kesehatan, Wilayah, Tingkat Layanan dan Tahun	Metode, Variabel, Fokus Penelitian, Sampel, dan Lokasi Penelitian
2	Ana Paula Beck de Silva Etges, Joana Siqueira de Souza, Francisco Jose Kliemann Netto, Elaine Aparecida Felix (2017)	<i>A Proposed Enterprise Risk Management Model for Health Organizations</i>	Sistematic Literatur Review dan 7 Studi Kasus di RS Brazil	<i>Economic Risk Assesment</i> dengan indikator : <i>Cash Flow</i> Biaya, dan Resep.	Metode, Variabel, Lokus dan Desain Penelitian

	Giacomo Pascarella, Matteo Rossi, Emma Montella, Arturo Capasso, Gianfranco De Feo, Gerardo Botti Snr, Antonio Nardone, Paolo Montuori, Maria Triassi, Stefania D'Auria, dan Alessandro Morabito (2021)	<i>Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables</i>	Studi kasus penggunaan <i>Decision Matrix Risk Assessment</i> (DMRA) dalam pelaksanaan manajemen risiko di sektor Kesehatan	DMRA	Metode, Variabel, Fokus Penelitian, Sampel, dan Lokasi Penelitian
4	Abelia Putri Aisyah, Lely Dahlia (2022)	<i>Enterprise Risk Management</i> Berdasarkan ISO 31000 dalam Pengukuran Risiko Operasional pada Klinik Spesialis Esti	Kualitatif dengan Metode Wawancara, FGD dan <i>Brainstorming</i>	Proses manajemen risiko khususnya penyusunan <i>Risk Register</i> di Klinik	Perbedaan terletak pada tabel evaluasi yang digunakan, Dimana penelitian tersebut menggunakan tabel matriks evaluasi risiko 3x3 sedangkan dalam penelitian saya menggunakan tabel matriks evaluasi risiko 5x5.

5	Dharma Wahyu Edhy, Fitri Lukiaستی (2023)	Implementasi Manajemen Risiko Terintegrasi Sesuai ISO 31000 di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang	Kualitatif dengan Metode Wawancara, FGD dan <i>Brainstorming</i>	Proses manajemen risiko terintegrasi (penyusunan <i>Risk Register</i>) di RSUP dr. Kariadi	Variabel yang dieksplorasi dalam penelitian tersebut mencakup risiko korporat Tingkat RS, tetapi dalam penelitian saya variabel yang dieksplorasi adalah risiko operasional Tingkat Puskesmas.
6	Liestiana Indriyati, Akhmad Wahyudin, Eva Sulistyowati (2023)	Evaluasi Program Pilot Project Transformasi Layanan Primer di Puskesmas Telaga Bauntung Kabupaten Banjar Tahun 2022	<i>Participatory Action Research</i> (PAR) menggunakan <i>mix methode</i>	Program <i>pilot project</i> transformasi layanan primer di Puskesmas Telaga Bauntung Kabupaten Banjar	Perbedaan lain terletak pada matriks <i>Risk Register</i> yang digunakan Metode, Variabel, Fokus Penelitian, Sampel, dan Lokasi Penelitian