



Pustaka Aksara

RISK REGISTER & ISO 31000

(Studi di Rumah Sakit Umum
Pusat Dokter Kariadi Semarang)



**DHARMA WAHYU EDHY
FITRI LUKIASTUTI**

RISK REGISTER & ISO 31000
(Studi di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter
Kariadi Semarang)

DHARMA WAHYU EDHY
FITRI LUKIASTUTI



Pustaka Aksara

RISK REGISTER & ISO 31000

(Studi di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang)

Penulis : DHARMA WAHYU EDHY
FITRI LUKIASTUTI
Editor : Dina Marga
Desain Sampul : Laili Rizqi
Tata Letak : Silviera Elsa Angelina

ISBN :

Diterbitkan oleh : **PUSTAKA AKSARA, 2023**

Redaksi:

Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

Telp. 0858-0746-8047

Laman : www.pustakaaksara.co.id

Surel : info@pustakaaksara.co.id

Anggota IKAPI

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur terhadap kehadiran Allah SWT atas limpahan berkat, rahmat dan karunia-Nya, buku dengan judul "**RISK REGISTER & ISO 31000**" studi Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang dapat diselesaikan oleh penulis dengan baik. Tanpa bisa menyebutkan satu-persatu, penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu hingga diterbitkannya buku.

Buku ini membahas tentang manajemen risiko untuk mengendalikan risiko di organisasi melalui proses kegiatan yang terkoordinir. Tahapan-tahapannya proses manajemen risiko dilakukan secara sistematis, dimulai dari menetapkan konteks, melakukan identifikasi, analisis besaran dampak risiko, melakukan evaluasi risiko dan pengelolaan risiko.

Penulis mengacu pada ISO 31000 sebagai standar internasional pelaksanaan manajemen risiko di Rumah Sakit Umum Pusat Kariadi Semarang untuk menelusuri penyusunan risk register sebagai dasar pengelolaan risiko.

Penulis menyadari bahwa buku ini belum sempurna, meskipun begitu penulis telah mengupayakan yang terbaik bagi pembaca, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca dan dapat dijadikan sebagai sumber referensi bagi yang membutuhkan.

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---------------------|-----|
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| DAFTAR ISI..... | iv |

BAB I

| | |
|---|----|
| MANAJEMEN RISIKO | 1 |
| A. Manajemen Risiko Organisasi | 1 |
| 1. Filososfi Enterprise Risk Management (ERM) :..... | 3 |
| 2. Karakteristik Enterprise Risk Management (ERM):. | 4 |
| 3. Tujuan dan Manfaat Enterprise Risk Management (ERM) :..... | 4 |
| B. Kerangka Kerja Manajemen Risiko | 5 |
| C. Penelitian Terdahulu..... | 9 |
| D. Kerangka Konsep | 10 |

BAB II

| | |
|---|----|
| RSUP KARIADI | 13 |
| A. Sejarah..... | 13 |
| 1. Periode 1925 - 1942 (Masa Penjajahan Belanda)..... | 14 |
| 2. Periode 1942 - 1945 (Masa Pendudukan Jepang)..... | 15 |
| 3. Periode 1945 - 1950 (Masa Revolusi Kemerdekaan) | 16 |
| 4. Periode 1950 - Sekarang | 16 |
| B. Tujuan / Sasaran Rumah Sakit Dokter Kariadi | 17 |
| C. Struktur Organisasi RSUP Dokter Kariadi..... | 18 |

BAB III

| | |
|---|----|
| RISK REGISTER..... | 20 |
| A. Partisipasi Direktorat dan Instalasi | 20 |
| B. Tahap Analisis Resiko..... | 23 |
| C. Daftar Risiko rumah sakit..... | 27 |
| 1. Risiko Corporate / Organisasi | 27 |
| 2. Risiko Unit Pelayanan | 63 |
| a. Instalasi Sistim Informasi RS | 63 |
| b. Instalasi Rekam Medis..... | 69 |
| c. Instalasi Rawat Jalan | 75 |

| | |
|---|---------|
| d. Instalasi Jantung..... | 89 |
| e. Instalasi Rawat Inap Kelas I dan Kelas II (KUTILANG)..... | 96 |
| f. Instalasi Gizi | 100 |
| g. Instalasi Farmasi | 109 |
| h. Instalasi Gawat Darurat..... | 115 |
| i. Instalasi Onkologi..... | 122 |
| j. Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik..... | 127 |
| k. Instalasi Laboratorium..... | 131 |
| l. Instalasi Radiologi | 140 |
| m. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu | 144 |
| n. Instalasi Kelas III dan Unit Stroke (RAJAWALI) | 158 |
| o. Instalasi Rawat Intensif..... | 164 |
| p. Instalasi Bedah Sentral | 171 |
| q. Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak (CENDRAWASIH) | 176 |
| r. Instalasi Pemeliharaan Sarana RS..... | 186 |
| s. Instalasi Eksekutif (PAVILIUN GARUDA) | 193 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 207 |

RISK REGISTER & ISO 31000
(Studi di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter
Kariadi Semarang)

DHARMA WAHYU EDHY
FITRI LUKIASTUTI

BAB I

MANAJEMEN RISIKO

A. Manajemen Risiko Organisasi

Risiko merupakan efek dari ketidakpastian terhadap pencapaian suatu sasaran, (Institution, 2018; International Organization for Standardization ISO 31000: Risk Management - Principles and Guidelines, 2009; ISO 31000 2018 Risk Management Definitions in Plain English, 2018). Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan mendefinisikan risiko terkait kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan organisasi (Berita Negara, 2019). Sehingga risiko seringkali dikaitkan sebagai suatu keadaan yang mengancam pencapaian tujuan, karena konotasinya negatif. Definisi lain risiko yakni sebagai fungsi dari berbagai ketidakpastian dan tingkat eksposur suatu entitas terhadap ketidakpastian tersebut. Risiko tidak dapat terpisahkan dari setiap kegiatan yang dilakukan, baik itu proses kerja organisasi setiap hari atau saat pengambilan keputusan tentang masa depan atau ketika organisasi memutuskan untuk tidak mengambil langkah apapun (Alijoyo, 2016). Setiap keputusan yang diambil pasti ada risikonya, dan risiko tidak dapat dihindari tapi dapat kita cegah, (International Standart, Risk Management - Guidelines, 2018; ISO 31000 2018 Risk Management Definitions in Plain English, 2018).

Risiko bersifat dinamis (terus menerus mengalami perubahan) dan bisa saling mempengaruhi satu sama lain karena suatu risiko bisa menjadi mata rantai dari munculnya risiko bagian lain di organisasi yang sama. Sehingga timbulnya saling ketergantungan ini risiko harus dikelola secara terintegrasi dengan *Enterprise Risk Management (ERM)* (Usman, 2020). *Enterprise Risk Management (ERM)* atau disebut juga manajemen risiko perusahaan adalah kegiatan yang terkoordinasi untuk dapat mengarahkan serta mengendalikan

risiko organisasi (Susilo, 2017). Menurut ISO 31000:2018 tentang standar manajemen risiko perusahaan merupakan kemampuan untuk dapat mengarahkan dan mengendalikan kegiatan perusahaan terhadap berbagai potensi risiko secara terkoordinir. Dengan kata lain, manajemen risiko adalah seperangkat arsitektur (prinsip, kerangka kerja dan proses) yang dikolaborasikan untuk mengelola risiko secara efektif (Institution, 2018; ISO 31000 2018 Risk Management Definitions in Plain English, 2018).

Manajemen resiko perusahaan atau *Enterprise Risk Management* (ERM) merupakan suatu proses implementasi yang dilakukan oleh dewan direksi, manajemen dan anggota organisasi untuk mengatur strategi pada seluruh bagian organisasi perusahaan. Seiring meningkatnya risiko yang harus ditanggung oleh organisasi perusahaan, maka mengakibatkan munculnya penerapan manajemen risiko dalam (Sanjaya, 2015). Selain itu, *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) mendefinisikan ERM sebagai suatu rangkaian proses yang dipengaruhi oleh jajaran direksi, manajemen dan anggota lain yang diimplementasikan untuk menentukan strategi perusahaan. Serangkaian proses tersebut dirancang untuk mengidentifikasi kemungkinan kejadian yang dapat menimbulkan dampak negatif terhadap organisasi, serta mengelola risiko sesuai dengan *risk appetite* perusahaan dalam rangka memberi keyakinan atas pencapaian tujuan organisasi.

Jadi melalui ERM, turut dilakukan pengelolaan terhadap risiko dan potensinya, serta untuk menyediakan jaminan yang layak mengenai pencapaian tujuan perusahaan (Alijoyo, 2016). Perihal manfaat penerapan manajemen risiko pada organisasi perusahaan adalah sebagai berikut: membantu suatu organisasi guna mencapai target kinerja dan profitabilitas, mencegah potensi terjadinya kerugian sumber daya, membantu mewujudkan pelaporan yang efektif, berdampak pada hukum dan peraturan yang berlaku, mencegah rusaknya reputasi perusahaan dan konsekuensi-konsekuensi lainnya, (Alijoyo, 2016).

1. Filosofi Enterprise Risk Management (ERM) :

- a. *Business plan* adalah sasaran kunci dan indikator kinerja kunci
- b. *Risk, Opportunity dan Key Performance Indicator* memiliki hubungan yang sangat penting.
- c. Manajemen risiko tidak hanya terkait dengan *Governance* dan *Compliance*, tetapi lebih menekankan pada *business performance dan business improvement*.
- d. Manajemen risiko mengidentifikasi semua tipe risiko, serta menghilangkan hambatan antar fungsi atau unit kerja yang ada didalam perusahaan.
- e. Manajemen risiko membutuhkan “bahasa” yang sama, dengan membangun kebersamaan dalam mengelola risiko demi tercapainya tujuan perusahaan secara keseluruhan.
- f. Manajemen risiko membantu penentuan pembuatan keputusan, memperbaiki strategi serta penyusunan proses perencanaan.
- g. Manajemen risiko merupakan suatu proses terintegrasi yang berkelanjutan dan berkesinambungan, yang diterapkan pada seluruh aspek aktifitas perusahaan.
- h. Manajemen risiko melibatkan seluruh personel yang ada pada setiap tingkat atau jabatan dalam organisasi.
- i. Manajemen risiko digunakan dalam menentukan penetapan strategi perusahaan.
- j. Manajemen risiko diterapkan pada seluruh tingkatan dan aspek perusahaan, pada berbagai jabatan dan unit kerja, serta pada seluruh portofolio perusahaan.
- k. Manajemen risiko dirancang untuk mengidentifikasi berbagai potensi kejadian merugikan (yang berpengaruh terhadap perusahaan) dan mengelolanya ketingkat risiko yang dapat ditoleransi perusahaan.
- l. Manajemen risiko digunakan untuk menjamin bagi manajemen dan dewan direksi dalam mencapai tujuan strategis perusahaan.

- m. Penerapan manajemen risiko ditujukan untuk mendorong dan menjaga tangible assets yang membentuk model bisnis perusahaan (Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA., 2019).

2. Karakteristik Enterprise Risk Management (ERM):

- a. Pelaporan risiko terkonsolidasi secara baik
- b. Assesmen risiko dan pengelolaan risiko dilakukan secara berkelanjutan
- c. Pihak yang bertanggung jawab atas setiap risiko dalam organisasi ditentukan secara jelas.
- d. Komunikasi dirancang dan dilakukan dengan baik
- e. Didorong oleh kebutuhan dari setiap proses kerja organisasi (*process driven*)
- f. Berorientasi pada nilai perusahaan.
- g. Suatu pendekatan yang tidak memisahkan antar *domain* risiko, yaitu strategi, operasional, hukum dan praturan, keuangan, dan reputasi.
- h. Mengukur risiko organisasi / perusahaan sebagai nilai tertentu yang merupakan gambaran dari profil risiko perusahaan.
- i. Sebagai alat penting yang berguna untuk memulai sebuah pendekatan yang tidak terkotak kotak (Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA., 2019).

3. Tujuan dan Manfaat Enterprise Risk Management (ERM) :

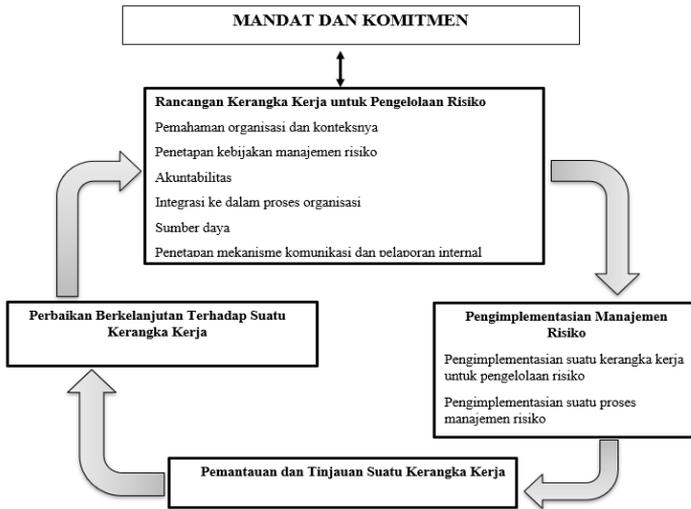
- a. Menciptakan keunggulan kompetiti, dengan memperbaiki metode alokasi sumber daya dan dana perusahaan seta mengoptimalkan biaya dan efisiensi.
- b. Meminimalkan *volatilitas* anggaran melalui kemampuan dalam mengantisipasi dan mengkomunikasikan ketidakpastian
- c. Mengurangi biaya pemindahan risiko
- d. Mengefektifkan proses pengambilan keputusan

- e. Mengantisipasi terjadinya kerugian yang dapat diprediksi serta hal hal yang tidak pernah diperhitungkan sebelumnya
- f. Menyelaraskan antara kerugian dari suatu risiko dengan program penanganan risiko
- g. Mengintegrasikan manajemen risiko perusahaan dengan proses perencanaan strategis
- h. Memberikan nilai tambah bagi perusahaan, dengan mempermudah manajemen untuk :
 - 1) Mengelola secara efektif seluruh potensi kejadian dimasa mendatang yang menimbulkan ketidak pastian
 - 2) Memberikan respon (pengelolaan risiko) secara tepat dan cepat sehingga dapat meminimalkan potensi terjadinya kerugian, dan secara bersamaan mendorong kesempatan positif.
- i. Meningkatkan keyakinan manajemen melalui :
 - 1) Transparansi resiko
 - 2) Keselarasan antara toleransi risiko dengan strategi
 - 3) Perbaikan risiko yang berdampak terhadap perhitungan kompensasi dan ukuran kinerja
 - a) Mencapai pertumbuhan yang berkelanjutan (*sustainable growth*)
 - b) Meningkatkan efektifitas dan efisiensi
 - c) Mendorong tata kelola dan kepatuhan
 - d) Membantu organisasi untuk mengidentifikasi dan memanfaatkan peluang strategis (Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA., 2019).

B. Kerangka Kerja Manajemen Risiko

Keberhasilan manajemen risiko tergantung pada efektifitas kerangka kerja manajemen risiko dengan seperangkat komponen yang menyediakan landasan atau pondasi pengaturan dalam merancang, menerapkan, mengevaluasi dan memperbaiki. Melalui kerangka kerja, dapat membantu mengelola risiko secara efektif dengan penerapan proses

manajemen risiko pada berbagai tingkat dan dalam konteks tertentu organisasi. Tujuannya adalah memastikan bahwa informasi tentang risiko yang berasal dari proses manajemen risiko secara memadai dilaporkan dan digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan serta pertanggungjawaban di semua tingkat organisasi yang relevan. Berikut ini disajikan kerangka kerja manajemen risiko.



Gambar 1.1 Kerangka Kerja Manajemen Risiko
 Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2019
 ISO:31000, 2018

Penjelasan kerangka kerja manajemen risiko :

1. Mandat dan Komitmen

Mandat dan komitmen pada manajemen risiko merupakan hal penting yang harus dipastikan dengan kuat dan secara berkelanjutan terhadap seluruh struktur manajemen risiko dan seluruh pemangku kepentingan terkait. Selain itu perlu memastikan perencanaan strategis untuk mencapai komitmen disemua tingkatan. Untuk mencapai komitmen disemua tingkatan, seluruh struktur manajemen risiko dan seluruh pemangku kepentingan terkait harus :

- a. Mendefinisikan dan mendukung kebijakan manajemen risiko;
 - b. Memastikan bahwa budaya dan kebijakan manajemen risiko organisasi selaras
 - c. Menentukan indikator kinerja manajemen risiko yang sejalan dengan indikator kinerja organisasi;
 - d. Menyelaraskan tujuan manajemen risiko dengan tujuan dan strategi organisasi;
 - e. Memastikan kepatuhan hukum dan peraturan;
 - f. Menetapkan akuntabilitas dan tanggung jawab pada tingkat yang sesuai pada organisasi
 - g. Memastikan bahwa sumber daya yang diperlukan dialokasikan untuk manajemen risiko
 - h. Menyampaikan manfaat manajemen risiko kepada semua stake holder
 - i. Memastikan bahwa kerangka kerja untuk mengelola risiko tetap sesuai.
2. Rancangan Kerangka Kerja Untuk Pengelolaan Risiko
 - a. Pemahaman tentang organisasi dan konteksnya
 - b. Menetapkan kebijakan manajemen risiko
 - c. Akuntabilitas
 - d. Integrasi ke dalam proses organisasi
 - e. Sumber daya
 - f. Membangun komunikasi internal dan eksternal dan mekanisme pelaporan
 3. Implementasi Manajemen Risiko

Dalam mengimplementasikan manajemen risiko dilaksanakan dengan :

 - a. Menerapkan kerangka kerja untuk mengelola risiko.
Dalam melaksanakan kerangka kerja organisasi untuk mengelola risiko, organisasi harus :
 - 1) Menentukan waktu yang tepat dan strategi untuk menerapkan kerangka kerja
 - 2) Menerapkan kebijakan dan proses manajemen risiko ke proses organisasi
 - 3) Mematuhi persyaratan hukum dan peraturan

- 4) Memastikan bahwa pengambilan keputusan, termasuk pengembangan dan penetapan tujuan, sejalan dengan hasil dari proses manajemen risiko
 - 5) Berkomunikasi dan berkonsultasi dengan para pihak terkait untuk memastikan bahwa kerangka kerja manajemen risiko tetap sesuai.
- b. Menerapkan proses manajemen risiko
- Manajemen risiko harus dilaksanakan dengan memastikan bahwa proses manajemen risiko diterapkan melalui rencana manajemen risiko di semua tingkat dan fungsi organisasi yang relevan sebagai dari praktis dan proses.
4. Monitoring dan Review Kerangka Kerja Manajemen Risiko
- Dalam rangka memastikan bahwa manajemen risiko secara efektif dan berkelanjutan dalam mendukung kinerja organisasi, organisasi harus :
- a. Mengukur kinerja manajemen risiko melalui indikator yang secara berkala di review
 - b. Mengukur secara berkala kemajuan dan penyimpangan dari rencana manajemen risiko
 - c. Meninjau secara berkala apakah kerangka kerja manajemen risiko, kebijakan dan rencana masih sesuai, mengingat konteks internal dan eksternal organisasi; laporan risiko, kemajuan terhadap rencana manajemen risiko dan seberapa baik kebijakan manajemen risiko dilaksanakan
 - d. Review efektifitas kerangka kerja manajemen risiko
5. Perbaikan Berkelanjutan terhadap Kerangka Kerja Manajemen Risiko
- Berdasarkan hasil monitoring dan review, keputusan harus dibuat bagaimana kerangka manajemen risiko, kebijakan dan rencana dapat diperbaiki. Keputusan ini harus mengarah pada perbaikan dalam manajemen risiko organisasi dan budaya manajemen risiko.

C. Penelitian Terdahulu

Penelitian sejenis yang dilakukan oleh Yulianingtyas, Wigati, dan Suparwati pada 2016 menganalisis pelaksanaan manajemen risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung (RSISA) Semarang. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa pelaksanaan manajemen risiko di RSISA belum optimal karena masih dalam proses peningkatan pemahaman staf. Komitmen Komite Mutu dalam melaksanakan manajemen risiko masih terbatas pelaporan saja yang itupun hanya formalitas dari unit kerja kepada Komite Mutu. Dalam hal pelaksanaan, RSISA menghadapi kendala dari segi sumber daya manusia, dana, waktu, dan proses. Kurangnya koordinasi yang terintegrasi dengan seluruh QLSC menyebabkan publikasi manajemen risiko menjadi kurang optimal.

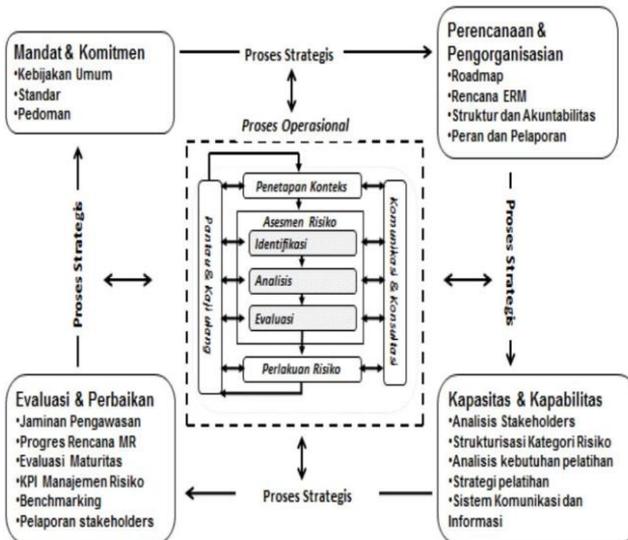
Penelitian lainnya, Djatnika, Arso, dan Jati meneliti pelaksanaan manajemen risiko di instalasi farmasi RSUD Tugurejo Semarang pada 2018. Melalui penelitian ini diketahui bahwa pelaksanaan manajemen risiko di RSUD Tugurejo Semarang belum optimal, sebagian besar disebabkan oleh kurangnya komunikasi dan monitoring. Penyusunan risiko di instalasi farmasi tidak melibatkan banyak pihak, sehingga didominasi oleh subjektivitas penyusun. Hal itu membuat pelaksanaan manajemen risiko hanya bersifat *mandatory* tidak dilandasi oleh pelayanan kesehatan paripurna kepada pasien.

Olii, dalam tesisnya meneliti pelaksanaan manajemen risiko di 9 rumah sakit di Kota Makassar. Dari 9 rumah sakit tersebut, 7 rumah sakit atau 77,78% memiliki tingkat kemapanan implementasi manajemen risiko klinis yang tinggi. Tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara nilai indeks organisasi dengan indeks unit pelayanan. Hal sebaliknya ditemukan pada rumah sakit dengan tingkat implementasi manajemen risiko klinis yang rendah, nilai indeks organisasi lebih rendah dibandingkan indeks unit pelayanan. Hasil analisis data menunjukkan pula bahwa

karakteristik struktur organisasi yang menunjukkan perbedaan pada tingkat kemampuan implementasi manajemen risiko klinis yaitu kelas dan status kepemilikan rumah sakit. Faktor lain yang menunjukkan perbedaan dalam tingkat kemampuan implementasi manajemen risiko klinis di rumah sakit yaitu akreditasi, kepemimpinan, pengetahuan staf, dan tersedianya posisi sebagai kordinator program manajemen risiko klinis serta kebijakan rumah.

Dalam pembahasan pada buku ini, penulis akan berfokus menganalisis penyusunan *assessment* risiko sebagai bentuk pelaksanaan manajemen risiko terintegrasi di rumah sakit dokter Kariadi Semarang. *Out come* berupa *risk register unit* dan direktorat / korporat rumah sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang yang akan digunakan sebagai panduan oleh organisasi dalam mengelola risiko yang mungkin terjadi di Rumah sakit dokter kariadi semarang.

D. Kerangka Konsep



Gambar 1.2 Kerangka konsep penelitian

Sumber: Di adop dari Peraturan Menteri Kesehatan no 25 tahun 2019, tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan, *ISO31000:2018*

Dengan adanya berbagai standar dan konsensus global tentang manajemen risiko, maka *International Standar Organization* (ISO) mulai menyusun sebuah standar manajemen risiko. Prosesnya dilakukan melalui pengambilan keputusan secara voting dan revisi dari semua anggota ISO, standar ini kemudian diluncurkan sebagai standar internasional (Susilo, 2017). Standar yang dimaksud dinamakan ISO 31000 menggantikan panduan sebelumnya yang dianggap sudah tidak relevan dengan kebutuhan dan perkembangan zaman. ISO 31000 ini menjelaskan tentang standar manajemen risiko yang generik tidak menafikan standar manajemen risiko yang dibuat untuk keperluan spesifik dan khusus. Keduanya dapat berdampingan dan saling melengkapi. Satu hal yang membedakan ISO 31000 dengan standar manajemen risiko lain adalah perspektif ISO 31000 yang lebih luas dan lebih konseptual dibandingkan dengan lainnya.

Berfokus pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi, bahwasanya aturan tersebut disusun dengan mempertimbangkan pelaksanaan sistem pengendalian intern dilingkungan pemerintah. Sehingga diperlukan penerapan manajemen risiko untuk menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik. Selain itu turut mempertimbangkan perkembangan kompleks penyelenggaraan pemerintahan untuk mewujudkan efisiensi, efektifitas, ekonomis, kredibilitas laporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan pada peraturan perundang-undangan di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dengan ini maka perlu menerapkan manajemen risiko terintegrasi dalam setiap pengambilan keputusan, penyusunan dan pelaksanaan program/kegiatan. Semua dilakukan agar dapat mengantisipasi dan menangani risiko dengan baik, meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi, sebagai acuan

dalam mengambil keputusan hingga perencanaan dan turut meningkatkan pencapaian tujuan serta kinerja. Terkait proses manajemen risiko meliputi lima kegiatan, yaitu komunikasi dan konsultasi, menentukan konteks, asesmen risiko, perlakuan risiko dan monitoring serta review. Untuk asesmen risiko termasuk tiga bagian di dalamnya, yaitu identifikasi risiko, analisa risiko, dan evaluasi risiko.

BAB II

RSUP KARIADI

A. Sejarah

Didirikan oleh pemerintah kolonial Hindia Belanda pada tanggal 9 September 1925 dengan nama *Centrale Buzgerlijke Ziekezsichting* (CBZ), dan pada masa penjajahan Jepang mengalami perubahan nama menjadi "Purusara" (Pusat Rumah Sakit Rakyat). Berikut adalah perjalanan perubahan status Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang berdasarkan keputusan peraturan pemerintah :

1. Menjadi rumah sakit vertikal milik Departemen Kesehatan dengan nama RSUP Dr. Kariadi berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 21215/Kab/1964 tanggal 14 April 1964.
2. Berdasarkan SK Menkes RI no.546/Men.Kes/SK/III/1978 diklasifikasi menjadi Rumah Sakit Umum klas B Pendidikan dan dengan SK Menkes RI no. 134/Menkes/SK/1978 mengatur tentang struktur RS. Dr. Kariadi.
3. Berdasarkan SK Menkes RI No.1130/Menkes/SK/XII/1003, tanggal 10 Desember 1993 ditetapkan menjadi RS Unit Swadana dengan struktur organisasi berdasarkan SK Menkes No. 546/Menkes/VI/1994 tanggal 13 Juni 1994 Tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Kariadi.
4. Pada tahun 1997 sebagai Instansi Pemerintah Pengguna Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) berdasarkan UU No. 20 tahun 1997.
5. Berdasarkan PP No. 120 Tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan RSUP Dr. Kariadi, status rumah sakit berubah menjadi Perusahaan Jawatan yang operasional mulai Tahun 2002.
6. Terakhir pada tahun 2005 diubah statusnya menjadi Instansi Pemerintah yang menerapkan PPK-BLU berdasarkan PP No. 23 tahun 2005 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1243/MENKES/SK/VII/2005 tanggal 11 Agustus 2005.

1. Periode 1925 - 1942 (Masa Penjajahan Belanda)

Pada tahun 1919 dr. N.F. Liem mempunyai ide untuk menggabungkan Rumah sakit kota pembantu (Hulp Stadverband Ziekenhuis) yang berada di alun alun kota Semarang dengan Rumah sakit kota (Stadverband Ziekenhuis) yang ada di Tawang. Untuk mewujudkan rencana tersebut, maka dibangun sebuah rumah sakit yang lebih besar ditengah kota Semarang melalui arsitek Ooiman Van Leeuwen dan *opzichter* pelaksana oleh bapak Wijanarko pada tahun 1920-1925.

Tanggal 9 September 1925 menjadi momentum lahirnya '*Centrale Burgerlijke Ziekeninrichting*' atau yang biasa disebut CBZ. Pada awal berdirinya kapasitas rumah sakit sebesar 500 (lima ratus) bed tidur. Tempat perawatan berupa bangsal – bangsal besar yang menampung 45 (empat puluh lima) tempat tidur. Fasilitas ruangan ini disesuaikan dengan keberadaan kaum '*Inlander*' (sebutan kaum pribumi pada masa penjajahan kolonial Belanda). Di CBZ sudah tersedia layanan spesialisasi, seperti spesialis penyakit dalam, spesialis bedah, spesialis kebidanan dan penyakit kandungan.

Para dokter dan perawat juga disediakan tempat tinggal yang pembangunannya mengelilingi rumah sakit, hal ini dimaksudkan agar lebih efisien ketika menjalankan tugasnya sebagai tenaga kesehatan apalagi ketika dalam kondisi gawat darurat. Dengan dibangunnya *mess* atau tempat tinggal, dokter dan perawat cukup berjalan kaki dan tidak perlu menggunakan sarana transportasi yang memang masih langka pada zaman itu. Selain itu, juga turut dibangun sarana olahraga yakni lapangan sepak bola yang tidak luput dari pemikiran mereka.

Direktur yang pertama menjabat di rumah sakit CBZ ialah dr. N.F. Liem, sebagai bentuk penghargaan maka nama dr. Liem dan isterinya Liembergsma kemudian dijadikan nama jalan di kompleks perumahan tenaga kesehatan (perawat). Pada awal pendiriannya, rumah sakit

ini mengutamakan fungsi pelayanan medis berupa pengobatan (kuratif) dan pendidikan paramedis. Pada periode ini kemudian berdiri bagian-bagian baru, yaitu bagian THT (Telinga, Hidung dan Tenggorokan), kulit kelamin dan mata. Hal ini dilakukan karena berdirinya Rumah Sakit Tentara di Semarang yang sudah mempunyai dokter ahli untuk bagian – bagian tersebut.

Terkait pendidikan keperawatan/paramedis pada zaman itu populer dengan nama “*Mantri Verpleger (ster)* dan *vroedorouw*” yang berhasil memikat anak-anak Bumiputera. Pendidikannya sangat keras dan disiplin, sehingga untuk menjadi murid harus mempunyai mental dan fisik yang kuat. Ketika bekerja sehari semalam (24 jam) dari jam 17.00 sampai jam 05.00 pagi hari berikutnya, tidak sedikit yang dipecat hanya karena kesalahan kecil.

2. Periode 1942 – 1945 (Masa Pendudukan Jepang)

Pada masa pendudukan Jepang di Indonesia selama 3 (tiga) tahun, yaitu 1942 – 1945 rumah sakit tidak mengalami banyak perubahan. Penjajah Jepang banyak memberikan batasan, hanya meneruskan usaha dan kebijakan yang sudah ada. Yang perlu dicatat pada periode ini adalah pindahnya poliklinik (1944) dari tempat lama, awalnya berdampingan dengan kantor administrasi yang sekarang ke tempat baru (unit rawat jalan yang lama).

Hal lain yang menjadi catatan bahwa pada masa ini tidak ada orang Jepang yang bekerja di rumah sakit ini. Tentu saja sangat menguntungkan bagi Indonesia karena pemuda-pemuda rumah sakit dapat leluasa bergabung dengan pejuang-pejuang yang ada di kota Semarang. Ketika Jepang masuk, pegawai dari Belanda ditawan dan dilakukan pergantian kepemimpinan rumah sakit dengan pengangkatan dr. Notokuworo sebagai Direktur. Hal ini tidak berlangsung lama karena kemudian pimpinan rumah sakit diganti oleh dr. Buntaran Martoatmodjo sampai tahun 1945. Pada momentum ini, tepatnya sejak pemerintah Belanda menyerah pada Jepang, rumah sakit mulai dipimpin

oleh bangsa Indonesia. Pemerintah Jepang kemudian merubah nama CBZ menjadi “ PUSAT RUMAH SAKIT RAKYAT” (PURUSARA) dan dalam bahasa Jepang disebut “ *Chuo Simin Byoing* ”.

3. Periode 1945 - 1950 (Masa Revolusi Kemerdekaan)

Saat Jepang kalah oleh Sekutu pada Perang Dunia II, Indonesia memproklamasikan kemerdekaannya. Hal ini menjadi pemicu meletusnya pertempuran 5 hari di Semarang antara Jepang dan rakyat Indonesia, karena sisa tawanan Jepang melarikan diri dan memberontak. Pertempuran semakin sengit ketika Dr. Karyadi tewas terbunuh saat hendak memeriksa cadangan air minum di Candi, Semarang yang kabarnya telah diracuni oleh Jepang. Dr.Karyadi dan delapan orang pegawai rumah sakit pun gugur sebagai pahlawan.

Kemudian kehadiran *Netherlands Indies Civil Administration* (NICA) di Semarang tidak dapat ditahan lagi, akibatnya banyak karyawan yang pergi meninggalkan kota menuju daerah-daerah Republik. Beberapa di antara mereka mendapat kedudukan yang baik di militer dan dibidang pemerintahan. Sementara karyawan lain yang masih tetap tinggal di rumah sakit dan diizinkan sebagai karyawan non kooperator. Mereka tetap republikein di tengah-tengah kekuasaan NICA. Pada periode ini dokter Buntaran lebih banyak berada di Jakarta, maka sejak tahun 1945-1948 rumah sakit dipimpin oleh dr. Soekarjo.

4. Periode 1950 - Sekarang

Setelah kemerdekaan bangsa Indonesia diakui, rumah sakit berganti nama menjadi R.S.U.P. / Rumah Sakit Umum Pusat Semarang, kemudian pada tanggal 14 April 1964 diganti menjadi Rumah Sakit Dokter Kariadi (SK. Menteri Kesehatan No. 21215/Kab/1964). Pada periode ini para pemimpin rumah sakit mulai berpikir tentang perkembangan Rumah Sakit sesuai dengan tuntutan era yang sudah lebih maju, jumlah penduduk yang berkembang, pemahaman masyarakat yang makin meningkat serta

kemajuan bidang ilmu pengetahuan kedokteran yang menuntut perlu segera dilakukan penambahan fasilitas dan sumber daya. Akan tetapi di pihak lain keuangan pemerintah belum memadai, maka pimpinan rumah sakit selalu dihadapkan kepada persoalan yang rumit.

B. Tujuan / Sasaran Rumah Sakit Dokter Kariadi

Rumah sakit dokter Kariadi menyadari perannya sebagai UPT vertikal yang harus mampu memberikan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian yang menjadi tugas pokok dan fungsinya. Selain itu turut mendukung tercapainya visi Kementerian Kesehatan dan memenuhi kebutuhan masyarakat di sekitarnya, maka visi rumah sakit adalah :

“ Menjadi rumah sakit modern dan berdaya saing tinggi di tingkat asia tahun 2024 “

Misi :

1. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan, penelitian kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien dan lingkungannya.
2. Menyelenggarakan proses bisnis rumah sakit yang sehat dan produktif
3. Menyelenggarakan pengembangan digitalisasi pelayanan rumah sakit

Nilai nilai rumah sakit :

Guna mencapai visi dan mewujudkan misi maka RSUP Dr. Kariadi perlu didukung sumber daya manusia dan sistem yang menjunjung tinggi nilai sebagai berikut :

1. Kepercayaan (trust)
Yakin dan mampu memberikan pelayanan berkualitas, mendapat pengakuan sebagai pusat rujukan utama bagi pelanggan.
2. Integritas (integrity)
Sifat atau keadaan yang menunjukkan kesatuan yang utuh sehingga memiliki potensi dan kemampuan yang memancarkan kewibawaan dan kejujuran.

3. Peduli (care)
Peka terhadap kebutuhan orang lain dan mau membantu dengan tulus ikhlas.
4. Profesional
Dalam menjalankan profesinya mengikuti standar, aturan dan menjamin mutu sebagai anggota organisasi rumah sakit.
5. Efisien
Pemanfaatan sumber daya sesuai kebutuhan dengan menggunakan waktu, biaya, tenaga yang tepat.
6. Kebersamaan
Kerja sama, saling menghargai, sinergi.

Filosofi :

Dengan landasan kemanusiaan, motivasi, jujur, integritas yang tinggi akan mampu meningkatkan mutu pelayanan.

Motto :

“ Sahabat menuju sehat “

C. Struktur Organisasi RSUP Dokter Kariadi

Dalam rangka mewujudkan organisasi yang lebih proporsional, efektif dan efisien guna meningkatkan kinerja pelaksanaan tugas rumah sakit umum pusat Dr. Kariadi Semarang, perlu menata kembali organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang sesuai perkembangan regulasi saat ini. Susunan organisasi Rumah sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang dan surat Persetujuan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor OT.01.01/1/0797/2021 tanggal 30 Maret 2021 tentang Penataan Organisasi Non Struktural di RSUP Dr. Kariadi Semarang sebagai berikut :

BAB III

RISK REGISTER

A. Partisipasi Direktorat dan Instalasi

Terdapat 19 instalasi untuk menggali risiko di unit kerja dan 11 koordinator untuk menyusun daftar risiko korporat. 19 instalasi tersebut adalah:

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Gawat Darurat
3. Instalasi Rawat Inap Kelas I dan II
4. Instalasi Rawat Inap Kelas III dan Unit Stroke
5. Instalasi Eksekutif
6. Instalasi Jantung
7. Instalasi Onkologi
8. Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak
9. Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik
10. Instalasi Rawat Intensif
11. Instalasi Bedah Sentral
12. Instalasi Laboratorium Terpadu
13. Instalasi Farmasi
14. Instalasi Rekam Medik
15. Instalasi Gizi
16. Instalasi Radiologi
17. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Sanitasi Rumah Sakit (IPSSRS)
18. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIRMRS)
19. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu

Dan 4 direktorat yang terdiri dari 11 Koordinator untuk menggali risiko organisasi diantaranya :

1. Direktorat Keuangan Dan Barang Milik Negara
 - a. Kelompok Substansi Penyusunan dan Evaluasi Anggaran
 - b. Kelompok Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran
 - c. Kelompok Substansi Akuntansi

2. Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang
 - a. Kelompok Substansi Pelayanan Medik
 - b. Kelompok Substansi Pelayanan Keperawatan
 - c. Kelompok Substansi Pelayanan Penunjang
3. Direktorat SDM, Pendidikan Dan Penelitian
 - a. Kelompok Substansi Sumber Daya Manusia
 - b. Kelompok Substansi Pendidikan dan Penelitian
4. Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum
 1. Kelompok Substansi Perencanaan dan Evaluasi
 2. Kelompok Substansi Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat
 3. Kelompok Substansi Umum

Tabel 3.1 Partisipasi Direktorat

| Responden | Kelompok Substansi | | | Total n(%) |
|--|--------------------|-----------------|---------|------------|
| | Koordinator | Sub Koordinator | Lainnya | |
| Direktorat Keuangan Dan Barang Milik Negara | | | | |
| KS PEA | V | V | V | 100% |
| KS PPA | V | V | V | 100% |
| KS Akuntansi | V | V | V | 100% |
| Direktorat Medis, Keperawatan Dan Penunjang | | | | |
| KS Pely Medik | | V | V | 100% |
| KS Pely Keperawatan | | V | V | 100% |
| KS Pely Penunjang | | V | V | 100% |
| Direktorat SDM, Pendidikan Dan Penelitian | | | | |
| KS SDM | V | V | | 100% |
| KS Diklit | V | V | V | 100% |
| Direktorat Perencanaan, Umum Dan Operasional | | | | |
| KS PE | V | V | | 100% |
| KS Hukor Dan Humas | | V | V | 100% |
| KS Umum | | V | V | 100% |

Tabel 3.2 Partisipasi Instalasi

| Responden | Instalasi | | | Total n(%) |
|--|--------------|------------------|---------|------------|
| | Ka Instalasi | Penanggung Jawab | Lainnya | |
| Instalasi Rawat Jalan | | V | V | 100% |
| Instalasi Gawat Darurat | | V | V | 100% |
| Instalasi Rawat Inap Kelas I Dan II | | V | V | 100% |
| Instalasi Rawat Inap Kelas III&Unit Stroke | V | V | V | 100% |
| Instalasi Eksekutif | V | V | V | 100% |
| Instalasi Jantung | V | V | V | 100% |
| Instalasi Onkologi | | V | V | 100% |
| Instalasi Pelayanan Ibu Dan Anak | | V | V | 100% |
| Instalasi Geriatri Dan Rehabilitasi Medik | | V | V | 100% |
| Instalasi Rawat Intensif | | V | V | 100% |
| Instalasi Bedah Sentral | | V | V | 100% |
| Instalasi Laboratorium Terpadu | | V | V | 100% |

| | | | | |
|--|---|---|---|------|
| Instalasi Farmasi | V | V | V | 100% |
| Instalasi Rekam Medik | V | V | V | 100% |
| Instalasi Gizi | V | V | V | 100% |
| Instalasi Radiologi | V | V | V | 100% |
| Instalasi PSSRS | | V | V | 100% |
| Instalasi SIRMRS | V | V | V | 100% |
| Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu | V | V | V | 100% |

B. Tahap Analisis Resiko

Berpedoman pada ISO 31000 dan Peraturan Menteri Kesehatan No 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Tahapannya dimulai dari identifikasi risiko, analisa risiko, evaluasi risiko dan rencana pengelolaan risiko. Output berupa daftar risiko rumah sakit yang menggambarkan peta risiko organisasi beserta rencana pengelolaannya.

Pada pembahasan ini diajukan tentang proses bisnis, yaitu kegiatan/proses kerja apa yang akan dilaksanakan unit. Sehingga proses bisnis kegiatan rutin unit ini diutamakan, secara spesifik kegiatan yang bersifat inovatif untuk menanggulangi/mengatasi potensi masalah yang muncul dan masalah yang terjadi di unit tersebut pada tahun lalu. Selain itu juga untuk proses bisnis inovatif sebagai perkembangan unit tersebut. Di sini didapat ragam proses bisnis dari unit unit yang diambil secara khusus berfokus pada proses bisnis berisiko tinggi.

Selanjutnya tentang sasaran/tujuan dari proses bisnis/proses kerja yang dilaksanakan tersebut. Setiap proses

bisnis pasti memiliki sasaran/tujuan, sasaran pada setiap proses bisnis bisa lebih dari satu dan mempunyai minimal 1 risiko pada setiap sasarannya. Perihal klasifikasi/kategori risiko, hal ini untuk mengetahui / memetakan area risiko. Klasifikasi risiko rumah sakit ini tidak terbatas pada risiko strategis, risiko operasional, risiko financial, risiko reputasi dan risiko hukum serta perundangan (*compliance*) menurut Joint Commission International.

Selanjutnya tentang ruang lingkup risiko, hal ini untuk mengetahui ruang lingkup risiko ini berdampak pada siapa di organisasi. Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit tidak terbatas pada pasien (pasien dan keluarga pasien), staf medis (dokter dan perawat), tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit, fasilitas rumah sakit, lingkungan rumah sakit dan bisnis rumah sakit. Sedangkan untuk melakukan identifikasi risiko dengan melakukan proses menemukan, mengenal dan mendiskripsikan risiko (Pedoman man risk, 2020). Penjelasan secara detail risiko yang mungkin muncul pada proses bisnis untuk mencapai sasaran. Pada data sekunder umumnya sudah ada identifikasi risiko, tetapi narasi yang didiskripsikan sangat minimalis sehingga setiap orang yang membaca umumnya tidak memahami apa yang menjadi maksud dan tujuan diskripsi risiko tersebut. Pada pembahasan ini diskripsi risiko akan dinarasikan dengan kalimat sederhana yang sangat mudah dipahami oleh pembaca, unsur yang harus ada pada narasi risiko ini yaitu apa, bagaimana, mengapa, dimana dan kapan, konsekuensi serta berdampak kepada siapa.

Sehubungan dengan identifikasi risiko bahwasanya risiko yang diidentifikasi dari proses bisnis dikaitkan dengan upaya unit dalam kegiatan turut serta mencegah/memitigasi penyebaran dan dampak dari pandemi covid 19 yang melanda dunia. Identifikasi risiko *fraud*, yaitu semua jenis risiko *fraud* yang mengancam organisasi, baik fraud yang disengaja maupun tidak disengaja karena akibat ketidakhahaman pegawai dalam menjalankan kegiatannya (permenkes no 36 tahun 2015). Setelah mengidentifikasi risiko, maka perlu untuk mengetahui sumber

risiko terkait dengan semua keadaan, permasalahan, sistem, regulasi, prosedur dan lain lain yang menyebabkan munculnya risiko. Dalam hal ini, sumber risiko berperan penting dalam penilaian risiko untuk menganalisa seberapa sering risiko muncul.

Setelahnya, melakukan upaya untuk menanggulangi / memitigasi risiko yang teridentifikasi. Upaya pengendalian ini ada untuk jenis risiko reaktif / yang sudah pernah terjadi, tapi untuk jenis risiko proaktif umumnya belum ada sistem pengendaliannya. Dalam hal ini diketahui seberapa besar dampak yang ditimbulkan dan seberapa sering risiko yang teridentifikasi tersebut terjadi sebagai proses analisa risiko. *Tool/alat* yang digunakan adalah *Risk Grading Matrix*. Selanjutnya mengevaluasi seberapa besar risiko yang teridentifikasi tersebut bisa mempengaruhi pencapaian tujuan dari proses bisnis yang dikerjakan unit. Pada tahap evaluasi ini akan ditentukan peringkat risiko/*Risk Priority Number (RPN)* yang didapat dari dampak dan probabilitas untuk menentukan daftar prioritas risiko.

Controlability, yaitu apakah risiko yang diidentifikasi tersebut mampu dikontrol atau tidak, hal ini sangat mempengaruhi model pengelolaan risiko yang akan dilakukan. Pada kolom *Controlability* diisi "C" apabila risiko yang ada bisa dikontrol oleh organisasi dan diisi "UC" apabila risiko tidak mampu dikontrol. Penanganan risiko yang dapat dikontrol akan lebih mudah dirumuskan / direncanakan, berbeda dengan risiko yang *uncontrolable* / tidak terkontrol lebih sulit pengelolaannya karena melibatkan pengaruh eksternal rumah sakit. Tentang rencana pengelolaan risiko yang akan dilakukan, prosesnya harus diskripsikan secara detail dan jelas. Setelahnya masuk tahap perencanaan / perumusan untuk mengelola / memitigasi risiko agar tidak muncul atau berkembang lebih dari yang diperkirakan. Jika risiko tersebut tetap muncul, tetapi dengan dampak dan frekuensi yang minimal.

Pihak penanggung jawab risiko yang diidentifikasi adalah kepala unit kerja, hal ini dimaksudkan agar pada proses pengelolaan dikawal dengan secara baik oleh kepala unit kerja yang bersangkutan dan dilaporkan kepada direktur utama sebagai bentuk pertanggung jawaban kepala unit terhadap keberhasilan pencapaian tujuan unitnya.

C. Daftar Risiko rumah sakit

1. Risiko Corporate / Organisasi

Risiko Corporate adalah risiko yang di ambil dari proses bisnis tiap direktorat yang terdapat di Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--|--|---|---|---|-----|------------------|--|---|
| DIREKTORAT KEUANGAN | | | | | | | | |
| 1. Terwujudnya pembayaran remunerasi yang tepat pada masing-masing pegawai | Keterlambatan update data status keluarga pegawai mempengaruhi kesalahan perhitungan berdampak pada komplain pegawai dan kurang/lebih bayar pajak (<i>fraud</i>) | Verifikasi dan mengolah data terkait remunerasi dengan perhitungan PPh-21 | 4 | 4 | 16 | | SPO (Standar Prosedur Operasional) verifikasi pembayaran remun | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|--|---|
| 2. Terwujudnya penurunan angka klaim pending/dispute dengan meminimalisir kesalahan dalam administrasi klaim | Tinggi angka dispute/pending menyebabkan tertunda pembayaran klaim JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan mengakibatkan target penerimaan rumah sakit tidak tercapai | <p>Satu episode (Rawat jalan dan rawat inap) gagal klaim</p> <hr/> <p>Ketidaklengkapan data dukung</p> | 5 | 5 | 25 | | Pemenuhan SDM dan sarana prasarana maksimal 6 bulan pra operasionalisasi | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |
| 3. Efektifitas dan efisiensi dalam proses melengkapi dokumen pendukung pengajuan klaim | Proses melengkapi dokumen pendukung pengajuan klaim tidak efektif dan tidak efisien karena sebagian masih | Kelengkapan dokumen pendukung masih belum sepenuhnya digitalisasi | 5 | 5 | 25 | | Dokumen pendukung sepenuhnya difasilitasi secara digital pada RME (Rekam Medik Elektronik) | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|--|---|
| | dilakukan secara manual | | | | | | sehingga dapat lebih efektif dan efisien dalam pemenuhan kebutuhan pengajuan klaim | |
| 4. Ketepatan waktu pengajuan klaim JKN | Terjadi keterlambatan pengajuan klaim menyebabkan <i>cashflow</i> rumah sakit terganggu | Adanya keterlambatan penyerahan data dukung klaim dari unit terkait | 5 | 5 | 25 | | Pengembangan sistem persyaratan klaim dan pedoman pengakuan klaim JKN | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |
| 5. Tersusunnya Rencana belanja rumah sakit di tahun | Keterlambatan pengiriman data usulan dari user yang berdampak pada keterlambatan | Keterlambatan usulan dari user karena belum | 5 | 4 | 20 | | Pembuatan SPO tentang PBE dan disosialisasikan | Direktur Keuangan Dan Barang |

| | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|----|--|--|--------------|
| yang akan datang | input Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) secara <i>online</i> | adanya SPO tentang PBE | | | | | | Milik Negara |
| | Pengelompokan data sesuai mata anggaran berdampak pada ketidaksesuaian dengan mata anggaran | Barang yang diusulkan tidak terdefiniskan secara spesifik ke mata anggaran yang ada | 3 | 4 | 12 | | Pembuatan SPO tentang PBE dan disosialisasikan | |
| | Input data ke aplikasi PBE online tidak sesuai penempatannya berdampak pada tidak disetujuinya usulan PBE | Aplikasi masih dalam pengembangan | 4 | 4 | 16 | | | |
| | | Database yang ada di aplikasi yang belum lengkap | 4 | 4 | 16 | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|----|--------------|---|
| | | Informasi penempatan alat belum tersedia | 4 | 4 | 16 | | | |
| 6. Tersusunnya Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit tahun yang akan datang | Keterlambatan penerimaan data dari PE akan berdampak pada keterlambatan draf pembuatan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) | Keterlambatan usulan program kerja dari user | 3 | 4 | 12 | | Merevisi SPO | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |
| | Belum ada capaian kinerja keuangan (biaya dan pendapatan) per satuan kerja sehingga dokumen RBA tidak akurat | Satuan kerja belum melakukan monitoring, Bagian Akuntansi belum melakukan | | 3 | 4 | 12 | | - Merevisi SPO pembuatan RBA, - Membuat aplikasi sistem penyusunan RBA |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|---|---|
| | | monitori-ng & evaluasi | | | | | | |
| | Kesulitan mendapat persetujuan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) oleh Dewas dan Direksi yang berakibat keterlambatan pengiriman RBA ke Yankes | Rencana Bisnis Anggaran belum mendapat pengesahan | 3 | 4 | 12 | | Membuat SPO sign elektronik | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |
| 7. Terwujudnya Dokumen tagihan lengkap, benar dan tepat waktu. | Pengajuan dokumen tagihan lebih dari 1 bulan setelah pekerjaan selesai berdampak terjadinya penumpukkan | Tagihan penyedia Pegawai rumah sakit (tidak segera menyusun BAST/BAPB | 3 | 4 | 12 | | - SPO tentang utang - Kebijakan Direktur tentang persyaratan penagihan | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|--|---|
| | pengajuan tagihan pada akhir tahun anggaran | setelah pekerjaan selesai) | | | | | penyedia barang dan jasa | |
| | | Data dukung kurang lengkap | | | | | | |
| 8. Terwujudnya laporan pendapatan yang valid | Terjadi selisih data pendapatan dari sistem Hospital Management Information System (HMIS) dengan sistem informasi akuntansi (Medinfras) berdampak pada nilai pendapatan yang tidak sama | Update aplikasi HMIS disesuaikan dengan aplikasi Medinfras Belum ada SPO rekonsilia-si pengakuan pendapatan dari 2 sistem aplikasi yang | 4 | 4 | 16 | | - Membuat SPO tentang Rekonsilia-si pengakuan pendapatan dari sistem HMIS dan Medinfras - Mengupdate data yang ada data di HMIS | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|---|---|
| | | menyebabkan perbedaan data pendapatan | | | | | | |
| 9. Terwujudnya laporan piutang yang valid | Terjadi selisih data piutang pasien dari sistem HMIS dengan laporan manual piutang pasien berdampak nilai piutang tidak akurat | Adanya revisi <i>billing</i> pasien menyebabkan perbedaan data piutang pasien pada sistem HMIS dengan laporan manual | 4 | 3 | 12 | | - Revisi SPO tentang pengakuan piutang pasien | Direktur Keuangan Dan Barang Milik Negara |
| 10. Terwujudnya laporan persediaan yang akurat | Terjadi ketidaksesuaian data persediaan barang farmasi, | Petugas rumah sakit Dokumen kontrak belum | 4 | 5 | 20 | | - Revisi SPO tentang Sistem Persediaan | Direktur Keuangan Dan Barang |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|--|--|
| | rumah tangga dan suku cadang dalam sistem persediaan HMIS dengan dokumen kontrak persediaan berdampak selisihnya nilai persediaan | diterima oleh petugas gudang Belum ada SPO tentang alur input persediaan | | | | | - Update aplikasi HMIS | Milik Negara |
| DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN | | | | | | | | |
| 1. Terpenuhinya standart jumlah dan kompetensi seluruh pegawai 90% | Perubahan regulasi pusat terhadap pengelolaan SDM BLU berdampak menurunnya mutu layanan rumah sakit | Perubahan arah pembangunan SDM Kementerian Kesehatan | 5 | 4 | 20 | | 1. Pendistribusi an SDM sesuai kompetensi 2. Peningkatan kompetensi SDM dengan pelatihan 3. Peningkatan kompetensi | Direktur SDM Pendidikan Dan Penelitian |
| | | Pemenuhan SDM untuk pengembangan layanan | 5 | 4 | 20 | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|---|----|--|--|
| | | | | | | SDM melalui pendidikan berkelanjutan formal | |
| | | | | | | 4. Usulan kebutuhan SDM sesuai program pengembangan layanan | |
| 2. Tercapainya sasaran budaya kerja > 80% | Menurunnya budaya kerja pegawai berdampak tidak terstandarnya implementasi performa SDM (Perilaku & kinerja pegawai) | Rendah-nya pengawa-san manajem-en | 4 | 4 | 16 | 1.Melaksanakan survei budaya secara berkala 2.Menggerak-an dan mengaktifka n kembali AoC di | Direktur SDM Pendidikan Dan Penelitian |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|----|--|---|
| | | | | | | <p>masing2 Unit Kerja</p> <p>3. Memasukkan kepatuhan budaya kerja dalam penilaian IKI pegawai</p> <p>4. Melakukan review <i>range</i> capaian kinerja pegawai</p> |
| | Leader pada unit tertentu belum mampu menjadi role model bagi | 3 | 4 | 12 | | 1. Forum komunikasi untuk para leader |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|---|--|
| | | pegawai bawahannya | | | | | 2.Pembekalan untuk para leader baru | |
| 3. Terciptanya WBBM/WBBK | Potensi penyalahgunaan wewenang yang merugikan organisasi berdampak <i>compliance</i> dan reputasi rumah sakit | Integritas pegawai yang kurang | 3 | 4 | 12 | | Penerimaan pegawai (Mitra, kontrak) dengan sistim On line | Direktur SDM Pendidikan Dan Penelitian |
| 4. Terwujutnya keselamatan Pasien pada subyek penelitian | Terjadi efek samping pada subyek penelitian klinis yang berdampak pada reputasi rumah sakit | Peneliti dan rumah sakit belum mengetahui efek samping dari uji klinis | 3 | 5 | 15 | | 1. Melibatkan unit terkait dan KMKP pada waktu review 2. Membentuk unit <i>cyber</i> | Direktur SDM Pendidikan Dan Penelitian |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|--|
| | Complain pasien subyek penelitian klinis yang berdampak hukum | Terjadi efek samping negatif pada subyek yang tidak diantisipasi | 3 | 5 | 15 | | <i>cryme</i> Membentuk unit 3. Mengasuransikan penelitian | |
| | Terjadi efek samping pada subyek penelitian klinis yang berdampak pada keuangan organisasi | Peneliti dan rumah sakit belum mengetahui efek samping dari uji klinis | 3 | 5 | 15 | | 1. Perjanjian dg peneliti terkait pembiayaan 2. Perjanjian dg peneliti terkait pembiayaan | |
| 5. Terpenuhinya jam pembelajaran SDM 20 JP/th/Pegawai | Pegawai tidak mendapatkan update ilmu dan peningkatan kompetensi 20 JPL/SDM/tahun | Regulasi Kementrian Kesehatan tentang petunjuk pelaksanaan | 4 | 4 | 16 | | Tersedianya <i>micro learning System (Software IT utk pelatihan, Ruang MLS,</i> | Direktur SDM Pendidikan Dan Penelitian |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|
| yang berdampak penurunan kualitas pelayanan | pelatihan bidang kesehatan pada masa pandemi corona virus | | | | | Sarpras Komputer, laptop, kamera, Audio visual) |
| Tidak semua pelatihan <i>in House</i> memenuhi kebutuhan kompetensi sehingga tidak semua pegawai mendapatkan pelatihan yang dibutuhkan | Platihan yang dibutuhkan tidak tersedia | 2 | 4 | 8 | | Mencari informasi terkait pelatihan yang dibutuhkan terselenggara |
| | Narasumber internal tidak berkompet-en | 1 | 4 | 4 | | Melaksana-kan pelatihan yang dibutuhkan dengan melibatkan narasumber dari luar |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|--|
| 6. Tercapainya kompetensi peserta didik sesuai target | Peserta Didik melakukan tindakan tanpa pendampingan pembimbing klinik yang berdampak pada terjadinya KTD pada pasien | Pembimbing Klinik belum melakukan supervisi sesuai dengan ketentuan | 3 | 5 | 15 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Refres pelatihan CI dan Pembimbing klinik 2. Peningkatan peran CI dan supervisor 3. Ada reward untuk CI | Direktur SDM Pendidikan Dan Penelitian |
| | Peserta didik belum semuanya dilakukan skrining penyakit menular yang berdampak terjadinya penularan penyakit dari peserta didik ke pasien | Peserta didik dengan penyakit menular melakukan praktek di rumah sakit | 4 | 5 | 20 | | Ketentuan skrining kesehatan bagi peserta didik | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|--|---|
| | Tidak tercapainya kompetensi peserta didik pada masa pandemi yang berdampak pada penurunan kualitas lulusan | Jumlah kasus kurang, tempat praktek terbatas | 5 | 3 | 15 | | Membuat video pembelajaran sesuai kebutuhan | |
| DIREKTORAT PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG | | | | | | | | |
| 1. Terlaksana dan terevaluasinya CP sesuai panduan | CP yang tidak terlaksana dengan baik oleh staf medis dan tenaga kesehatan lainnya berdampak menurunnya mutu pelayanan | CP tidak terlaksana sesuai pedoman | 3 | 4 | 12 | | 1.Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap pelaksana-an Clinical Pathway 2.Memasukkan kepatuhan pengisian | Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan Dan Penunjang |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | CP sebagai salah satu penilaian kinerja | |
| 2. Termutakhirkan dan terinformasikan jadwal praktiknya DPJP di rumah sakit | Perubahan jadwal praktik DPJP yang tidak termonitoring berdampak pada mutu pelayanan dan pengajuan klaim BPJS | DPJP tidak mematuhi jadwal praktik yang telah disetujui | 4 | 4 | 16 | | Melakukan monitoring dan evaluasi berkala di dalam sistem HFIS dan HMIS | Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan Dan Penunjang |
| 3. Terfasilitasinya semua formulir Rekam Medik yang | Pemberlakuan rekam medis elektronik belum untuk semua formulir | Formulir rekam medis yang masih dalam bentuk | 5 | 4 | 20 | | Melakukan monitoring dan evaluasi pengisian | Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan Dan |

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|---|----|--|---|---|
| sebelumnya berupa <i>hardcopy</i> di dalam RME | berdampak menurunnya kepatuhan pengisiannya | <i>hardcopy</i> tidak terisi | | | | | Rekam Medik secara berkala | Penunjang |
| 4. Meminimalisasi kejadian transmisi COVID-19 dari pasien kepada tenaga kesehatan pemberi layanan | Pasien tidak selalu mau jujur mengenai kondisinya saat skrining sebelum mendapat layanan berdampak meningkatnya angka kejadian penularan penyakit dan operasional rumah sakit | Skrining pasien belum optimal | 4 | 5 | 20 | | Melakukan skrining menggunakan GeNose bagi pasien yang akan rawat inap dan Rapid antigen bagi pasien rawat inap yang akan dilakukan tindakan operatif | Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan Dan Penunjang |
| | | | 3 | 4 | 12 | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|---|
| 5. Meminimalisasi inefisiensi obat dan peluang terjadinya fraud | Penulisan resep oleh DPJP tidak sesuai formularium yang telah ditetapkan rumah sakit berdampak terhambatnya pelayanan pasien | DPJP meminta obat mahal di luar formularium | | | | | Mitigasi risiko dengan memperbaiki alur persetujuan (acc) | Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan Dan Penunjang |
| 6. Optimalisasi peran kepala ruang dalam peningkatan pelayanan keperawatan | Penurunan kepedulian kepala ruang terhadap pengelolaan unit kerja yang berdampak penurunan kualitas dan kuantitas pelayanan di ruangan | Tidak mampu mengikuti perubahan organisasi | 4 | 4 | 16 | | 1. Melaksanakan workshop manajerial PPJA, sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam pengelolaan ruang rawat | Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan Dan Penunjang |

| | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | <p>2. Membuat AOC (<i>Agent Of Chainc</i>) manajemen ruang rawat</p> <p>3. Refres berkala pemenuhan standar manajemen ruang rawat</p> | |
| DIREKTORAT PERENCANAAN, ORGANISASI DAN UMUM | | | | | | | | |
| 1. Terwujudnya tata kelola organisasi yang baik/Tersusunnya | Beberapa kegiatan yang sudah direncanakan tidak dapat terlaksana, yang mengakibatkan | Perencanaan program tidak sesuai. | 4 | 4 | 16 | | <p>1. Melakukan koordinasi dengan unit terkait</p> <p>2. Membuat surat edaran</p> | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|----|--|---|
| Perencanaan Program RS | kegiatan pelayanan tidak dapat berjalan secara optimal yang berdampak pada tidak tercapainya kinerja rumah sakit | | | | | tentang program kerja |
| | | | | | | 3. Desk dengan unit kerja |
| | | | | | | 4. Menyusun usulan prioritas kegiatan |
| | Keterbatasan anggaran | 4 | 4 | 16 | | Mengusulkan kegiatan yang sudah direncanakan namun belum terlaksana melalui revisi anggaran |

| | | | | | | | |
|---|---|---|----------|----------|-----------|---|--|
| <p>2. Ketepatan waktu pengadaan barang dan jasa</p> | <p>Data dukung SP2 belum lengkap antara lain karena spesifikasi barang/jasa belum jelas, referensi harga sudah tidak berlaku, KAK belum tersedia dapat berakibat pada terlambatnya waktu pengadaan barang dan jasa yang berdampak pada terganggunya pelayanan</p> | <p>Pengusul kesulitan menyusun spesifikasi barang/jasa yang dibutuhkan, Penyedia membutuhkan waktu untuk membuat penawaran harga yang baru, Pengusul kesulitan menyusun KAK pengadaan</p> | <p>4</p> | <p>4</p> | <p>16</p> | <p>1. Melakukan rapat koordinasi dengan tim teknis, pokmil dan user untuk penyusunan spesifikasi barang yang akan diadakan 2. Melakukan koreksi dan feedback terhadap usulan yang belum lengkap data dukungnya</p> | <p>Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum</p> |
|---|---|---|----------|----------|-----------|---|--|

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|---|
| | | barang/jasa tertentu | | | | | 3. Membuat aplikasi usulan pengadaan dari unit pengusul (penunjang, IPS, SIRS, Gizi, Farmasi, Umum, SDM) | |
| 3. Terpenuhinya kebutuhan barang & jasa pada tahun berikutnya | Data dukung dan justifikasi usulan belum lengkap sehingga tidak dapat diajukan pada usulan anggaran yang | Keterlambatan pengumpulan usulan pengadaan barang dan jasa dari unit kerja | 3 | 4 | 12 | | 1. Melakukan desk / rapat koordinasi dengan unit pengusul. 2. Membuat surat edaran | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|---|
| | berdampak pada tidak terlaksananya pengadaan barang & jasa tersebut ditahun berikutnya (perencanaan tidak baik) | Belum jelas kebutuhan | | | | | tentang usulan kebutuhan maksimal di awal tahun 3. Usulan dari unit kerja lebih awal | |
| 4. Tersusunnya laporan evaluasi kinerja RS yang baik | Pengiriman data laporan berkala (semester/tahunan /LAKIP) dari unit kerja belum sesuai jadwal yang mengakibatkan pembuatan laporan belum tepat waktu | Ketidakpatuhan unit kerja dalam pengumpulan laporan | 3 | 4 | 12 | | 1. Menyusun format baru tentang permintaan data 2. Merevisi pedoman | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|--|---|
| | Ketersediaan data yang belum lengkap, yang mengakibatkan rumah sakit tidak dapat digunakan sebagai pengambilan keputusan | Data tidak dilakukan pemantauan | 3 | 4 | 12 | | pelaporan rumah sakit | |
| 5. Terwujudnya up date data RS on line | Pengiriman data dukung RS On Line dari unit kerja belum tepat waktu yang berdampak pada tidak terisinya data RS On Line sesuai waktu yang ditetapkan | <p>Ketidapatuhan unit kerja dalam pengumpulan laporan</p> <p>Terlalu banyak laporan yg harus dibuat</p> <p>Sering terjadi perubahan format di RS</p> | 3 | 4 | 12 | | <p>1. Melakukan koordinasi dgn unit terkait</p> <p>2. Membuat format dalam bentuk excel utk diisi oleh unit kerja</p> <p>3. Menyusun SPO</p> | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|---|---|--|---|---|
| | | On Line dan bersifat mendadak | | | | | pengisian data RS On Line | |
| 6. Tervalidasinya data rumah sakit | Validasi data tidak sesuai prosedur yg mengakibatkan data yang divalidasi tidak valid | Data dasar yang dikirimkan tidak lengkap | 2 | 4 | 8 | | 1.Melakukan validasi langsung ke unit kerja bekerja sama dengan komite mutu 2.Menyusun SOP tentang pengiriman kelengkapan data dasar | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|----|--|---|--|
| 7. Terpenuhin ya kompetensi SDM promosi kesehatan di bagian HUKORMA S | Promosi rumah sakit keluar / ke eksternal belum terstandar / sesuai dengan visi dan misi RS dr. Kariadi berdampak tidak ada kesesuaian dengan isu yg berkembang di eksternal | Belum mempunyai SDM yang kompeten di bidang promosi kesehatan | 3 | 3 | 9 | | 1. Peningkatan kompetensi SDM yang sudah ada 2. Rekrutmen pegawai sesuai spesifikasi/k ompetensi yang di harapkan | Direktur Perencana an, Organisas i Dan Umum |
| 8. Terwujudnya konektivitas surat menyurat internal dengan pusdatin dan kemenkes | Surat menyurat internal elektronik menggunakan aplikasi tanpa koneksi dengan Kemenkes berdampak | Aplikasi yang digunakan saat ini tidak sesuai | 5 | 5 | 25 | | 1. Beralih secara bertahap ke TNDE Kemenkes. 2. Pengajuan TNDE ke Kemenkes dan | Direktur Perencana an, Organisas i Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|---|
| | | | | | | | kordinasi dengan SIRS | |
| 9. Terwujutnya surat menyurat sesuai TND | Surat tidak sesuai Tata Naskah Dinas | Petugas kurang faham tentang TND | 5 | 3 | 15 | | 1. Sosialisasi ulang TND 2. Membuat jadwal Sosialisasi | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |
| 10. Dokumen yang dikirim unit terdata dengan baik | Dokumen inaktif belum didata unit kerja sehingga perlu tenaga, waktu dan tempat penyimpanan. | Tidak adanya tenaga dan ketidak tahuan petugas | 4 | 3 | 12 | | 1.Edukasi ke unit kerja. 2.Membuat jadwal Visitasi ke ruangan utk edukasi | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|---|----|--|--|---|
| 11. Terlaksananya pelayanan pengambilan barang afkir | Kehilangan barang di eks garasi yang tidak terkunci | Tidak semua ruang ada kuncinya | 4 | 5 | 20 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dibuat jadwal pengangkutan secara rutin 2. Memanag gembok kunci | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |
| 12. Terlaksananya pengadmistrasian yang terintegrasi | SPK Belum terinput pada sistem | Belum menerima kontrak dari ULP | 5 | 3 | 15 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan entry kontrak pada sistem dengan No sementara yang bersumber dari Surat Jalan dari penyedia | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 2. Pengarsipan surat jalan 3. Kerja sama dengan bagian ULP | |
| 13. Terpenuhi ya kebutuhan barang- barang di ruangan/ins talasi | Belum terpenuhinya barang-barang kebutuhan di ruangan/instalasi | Kurangnya informasi tentang kebutuhan di ruangan/instalasi | 2 | 5 | 10 | | <ul style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindak lanjut pembelian langsung terhadap kebutuhan barang-barang dari ruangan/instalasi | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 2. Pembelian langsung bersifat rutin 3. Kerja sama dengan Ka.Instalasi dan Penyedia | |
| 14. Terlaksananya pengendalian distribusi barang RT untuk ruangan dan instalasi | Pengebonan barang Rt tidak bisa menggunakan HMIS dikarenakan stok di sistem 0 berakibat... | Terjadinya keterlambatan entry pada sistem | 5 | 2 | 10 | | <ul style="list-style-type: none"> 1. Sebelum menerima SPK dari ULP sebagai dasar input pada sistem aktivitas keluar masuk barang di | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | catat di buku besar 2. Rekap penerimaan barang 3. Kerja sama dengan logistik ruangan/istalasi | |
| 15. Terlaksananya sistem perpajakan di rumah sakit | Sistem gate yang kadang tidak bisa membaca kartu ,sistem palang yang kadang tidak membuka padahal kartu dapat di baca, sistem error/ down | Sistem software parkir yang belum memadai, arana prasarana yang belum mencukupi | 5 | 5 | 25 | | 1. Sebelum sistem parkir menggunakan E-money masih menggunakan sistem karcis 2. Backup sistem di | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|---|---|
| | | | | | | | <p>pihak pengelola PT MKP dan SIRS</p> <p>3. Kerjasama antara MKP dan SIRS</p> | |
| 16. Terwujudnya pemenuhan kebutuhan SDM Hukormas yang berkualitas sesuai kompetensi | Tidak terpenuhinya kompetensi pegawai sesuai dengan kebutuhan | Pelatihan yang dibutuhkan tidak tersedia | 3 | 3 | 9 | | <p>1. Mengadakan in house training atau pelatihan daring</p> <p>2. Usulan pelatihan sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan</p> | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |
| | | Tidak ada penyelenggara yang mengadakan pelatihan karena pandemic | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|---|---|
| yang dibutuhkan | | | | | | | | |
| 17. Terwujudnya tata kelola organisasi yang baik / Terwujudnya pelayanan pengaduan dengan sistem grading | Pengaduan berdampak pada citra organisasi | Pengaduan menggandeng LSM dan media massa, membuat komplain semakin kompleks | 3 | 4 | 12 | | Melakukan sosialisasi rutin kepada unit di pelayanan terkait penanganan pengaduan dan komunikasi yang efektif kepada keluarga, sehingga repon cepat unit meminimalisir kesalahpahaman | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |
| | Pengaduan meluas ke media massa | | | | | | | |
| | Pengaduan berdampak laporan hukum | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|
| | | | | | | | an komunikasi keluarga pasien | |
| 18. Terwujudnya tata kelola organisasi yang baik / Terwujudnya kegiatan protokoler dengan baik | Tidak professional dalam menyelenggarakan suatu kegiatan | Kunjungan tamu penting mendadak | 3 | 3 | 9 | | Menyusun SPO tentang protokoler rumah sakit dengan pembagian tugas yang jelas untuk unit-unit yang terlibat | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |
| | | Koordinasi protokoler rumah sakit terkait dengan banyak pihak | | | | | | |
| 19. Terwujudnya pengembangan digitalisasi pelayanan Rumah Sakit | Proses penyelesaian pengaduan tidak termonitoring dengan baik dan tepat waktu | Unit kerja terkait tidak selalu memantau hal-hal yang berkaitan dengan | 3 | 3 | 9 | | 1. Melakukan follow up untuk pengajuan sistem manajemen | Direktur Perencanaan, Organisasi Dan Umum |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| / E-complain dan e-logistik | | substansi yang ada dalam kontrak | | | | kontrak dan e-logistik |
| | Tidak teridentifikasi persediaan jenis dan jumlah barang | Kurangnya akses masyarakat terhadap e-complaint | | | | 2. Melakukan promosi e-complaint |
| | | Logistik media dan sovenir yang beraneka ragam memerlukan kontrol persediaan yang tepat, | | | | |

2. Risiko Unit Pelayanan

Risiko Unit adalah risiko yang di ambil dari proses bisnis inovasi unit (Instalasi) dalam mencapai sasaran

a. Instalasi Sistim Informasi RS

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--|---|--|---|---|-------------|------------------|--|-----------------------|
| 1. Rekam Medis Elektronik (RME) valid dan aman | RME masih bisa diakses dari ruang lain, menyebabkan DPJP / Residen bisa mengakses RME (visite) dari luar Ruang Pasien dirawat. Hal ini bisa berdampak pada patient safety | - Open zonasi dikarenakan ketersediaan PC belum mencukupi. Salah satu penyebab-nya: Visit Residen dalam waktu yang bersamaan | 4 | 5 | 20 | | - Penghitungan ulang utilitas dan rasio PC RME - Usulan penambahan PC RME | Kepala Instalasi SIRS |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|----|--|--|
| RME Tidak diisi oleh DPJP dan atau Residen yang berdampak pada keselamatan Pasien | - User akses DPJP diberikan ke residen | 4 | 5 | 20 | | - Implementasi login finger print DPJP |
| Verifikasi dan Supervisi RME tdk dilakukan oleh DPJP mengakibatkan pada keselamatan Pasien | - User akses DPJP diberikan ke residen | 4 | 5 | 20 | | - Pembuatan Kebijakan verifikasi dan supervisi dengan finger print |
| Isian RME tidak lengkap sehingga berdampak pada keselamatan Pasien | - Belum adanya mandatory form RME | 4 | 4 | 16 | | - Bersama unit terkait mengidentifikasi variable mandatory di RME |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|----|--|--|-----------------------|
| | | | | | | | - Penambahan fitur mandatory di Form RME | |
| 2. Terpenuhinya permintaan digitalisasi dari Unit | Pengembangan digitalisasi proses bisnis RS mengalami kegagalan berdampak pada tidak tercapainya proses bisnis Rumah Sakit yang efektif dan efisien | User tidak bisa menggambarkan Alur Proses, Fitur dan Kebutuhan Sistem | 4 | 3 | 12 | | <ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi rutin pengembangan digitalisasi proses bisnis RS - Pembentukan Tim Liaison - Pembuatan sistem | Kepala Instalasi SIRS |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|---|----|--|--|-----------------------|
| | Pengembangan digitalisasi proses bisnis mengalami keterlambatan yang berdampak pada tidak tercapainya proses bisnis Rumah Sakit yang efektif dan efisien | Keterbatasan tenaga pengembang | 4 | 3 | 12 | | <p>sederhana dengan metode lain (sistem manual)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membuat Kerangka Acuan Kerja - Surat Usulan tambahan Tenaga | |
| 3.Ketersediaan Jaringan Internet yang Stabil | Putusnya Layanan Internet di RS yang disebabkan oleh putusnya jaringan internet dari pusat dan bakcup internet yang kita | Putusnya Backbone Utama Provider | 2 | 4 | 8 | | <ul style="list-style-type: none"> - Langganan ISP Backup (Telkom) seperti ISP Utama (Indosat) - Berlangganan ISP Indosat | Kepala Instalasi SIRS |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|------------------------------|
| | <p>miliki terbatas yang berdampak pada operasional pelayanan dan finansial Rumah Sakit</p> | | | | | <p>Dan Telkom dengan harga yang berbeda. Alasan menggunakan memilih telkom karena koneksi k Pusdatin menggunakan Provider Telkom</p> | |
| <p>4.Ketersediaan Layanan IT di Client yang stabil (1 * 24 Jam * 7 hari)</p> | <p>Layanan IT terhenti dikarenakan putusnya sumber listrik di PC, SwitchHub yang</p> | <p>Tidak semua unit pelayanan tercover listrik backup emergency (genset)</p> | 2 | 4 | 8 | <ul style="list-style-type: none"> - Usulan backup listrik emergency - Pengadaan UPS | <p>Kepala Instalasi SIRS</p> |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|-----------------------|
| | akan berdampak pada operasional pelayanan dan finansial Rumah Sakit | Adanya jeda waktu pada proses switching antara listrik utama dengan back up emergency | | | | | | |
| 5. Pembatasan akses database Server sistem keuangan (pencegahan fraud) | Manipulasi tagihan Billing Pasien yang bisa mengakibatkan kerugian RSUP Dr Kariad | Database yang masih bisa diintervensi dikarenakan adanya human error saat input transaksi di HMIS/ RME | 2 | 4 | 8 | | Menata ulang proses kerja yang diharapkan bisa menurunkan human error | Kepala Instalasi SIRS |

b. Instalasi Rekam Medis

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--------------------------------------|--|---|---|---|-------------|------------------|--|------------------------------|
| 1. Kemudahan pendaftaran rawat jalan | Sistem pendaftaran mandiri pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) rawat jalan mengalami gangguan / kendala berdampak SEP (Surat Eligibilitas Peserta) tidak bisa tercetak | Kelengkapan data administrasi tidak lengkap/ tidak sesuai | 5 | 3 | 15 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan SIRS untuk memfasilitasi konektivitas surat kontrol secara sistem pada pendaftaran pasien rawat jalan 2. Koordinasi dengan BPJS terkait persamaan nomenklatur nama poliklinik yang beda dan sistem <i>bridging</i> dengan BPJS | Kepala Instalasi Rekam Medik |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|----|--|---|-----------------------|
| | | | | | | | 3. Koordinasi dengan SIRS untuk validasi secara sistem jika isian data oleh pasien tidak valid | |
| 2. Pelayanan pasien lebih cepat | Downtime sistem RME yang berdampak pada proses pelayanan pasien dan dokumentasi pelayanan pada RME | Gangguan listrik | 4 | 4 | 16 | | 1. Backup RM manual 2. Koordinasi dengan SIRS untuk <i>backup</i> data dan pemeliharaan sistem | Kepala Instalasi SIRS |
| 3. Kelengkapan pengisian RME | RME tidak terisi sesuai standar berdampak pada keakuratan data | Kepatuhan PPA dalam pengisian RME | 5 | 5 | 25 | | Mandatori pada variabel tertentu di RME | Kepala Instalasi SIRS |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|-------------------------------------|---|---|----|--|--|-----------------------|
| | medis, kelengkapan bukti pelayanan untuk keperluan klaim dan bukti hukum | Sistem belum <i>smart</i> | 5 | 5 | 25 | | Kemudahan pengisian RME melalui penerapan CP & Otomatisasi | Kepala Instalasi SIRS |
| 4. Kemudahan akses RME | Akses data pasien oleh pihak yang tidak memiliki ijin / kewenangan berdampak pada tuntutan hukum | Kemudahan mengakses ke aplikasi RME | 2 | 5 | 10 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembatasan waktu dan tempat akses RME setelah pasien pulang 2. Koordinasi dengan SIRS terkait Penggantian user ID dan password secara periodik 3. SOP akses rekam medis elektronik 4. Optimalisasi penggunaan finger print | Kepala Instalasi SIRS |

| | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|----|--|---|-----------------------|
| 5. | Efisiensi tempat penyimpanan Rekam Medis | Kehilangan data pasien berdampak pada ketersediaan informasi medis, kesinambungan pelayanan, bukti pelayanan dan bukti hukum. | Disebabkan bencana, serangan hacker | 1 | 5 | 5 | | Backup database di luar pulau jawa (Pulau Kalimantan) | Kepala Instalasi SIRS |
| 6. | Kepastian pasien mendapat ruang rawat inap | Pasien tidak mendapatkan ruang rawat inap reguler sesuai dengan prioritas masuk rawat inap akan berdampak pada tertundanya pelayanan pada pasien. | Faktor pasien di ruang rawat sering terjadi penundaan pulang oleh berbagai alasan | 4 | 4 | 16 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tempat tidur cadangan bagi pasien yang mengalami pemanjangan rawat inap. 2. Ada ruang transit pasien pulang 3. Penyempurnaan sistem colour code | Kepala Instalasi SIRS |

| | | | | | | | |
|--|--|---|----------|----------|-----------|---|------------------------------|
| <p>7. Terwujudnya Wilayah Birokrasi Bersih Melayani (WBBM)</p> | <p>Memasukkan pasien dengan mendahulukan pasien lain yang tidak sesuai antrian dengan imbalan dari pasien dan atau keluarga pasien kepada petugas TPPRI berdampak hukum dan reputasi RS.</p> | <p>Kebutuhan pelayanan rawat inap yang tinggi berakibat pasien ingin mendapatkan antrian lebih dulu dengan menawarkan imbalan baik berupa uang maupun barang dengan nilai yang tidak terhingga, asal pasien tersebut bisa segera mendapatkan ruang rawat.</p> | <p>5</p> | <p>5</p> | <p>25</p> | <p>1. Ada <i>punishment</i> dari manajemen untuk SDM yang mendapat/ menerima gratifikasi dari pasien/keluarga pasien. 2. Usulan menu antrian TPPRI di kariadi <i>mobile</i> (Koordinasi pelayanan dengan SIRS). 3. Usulan antrian terbagi 2 yaitu terprogram tindakan dan kemoterapi.</p> | <p>Kepala Instalasi SIRS</p> |
|--|--|---|----------|----------|-----------|---|------------------------------|

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|---|----|--|--|-----------------------|
| 8. Kelancaran masuk ruang rawat inap | Pasien yang akan masuk rawat inap harus menunggu lama di TPPRI karena kepastian hasil skrining Covid-19 (baik Genose maupun RT-Antigen) keluarnya lama (lebih dari 1 jam) berdampak komplain pasien dan penurunan kepuasan pelanggan serta reputasi RS. | Kepatuhan petugas laboratorium yang melakukan pemeriksaan skrining Covid-19. | 5 | 3 | 15 | | Ada indikator mutu (Waktu tunggu pemeriksaan skrining Covid-19), yang dikelola oleh Instalasi Laboratorium | Kepala Instalasi SIRS |
|--------------------------------------|---|--|---|---|----|--|--|-----------------------|

c. Instalasi Rawat Jalan

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--|--|------------------------|---|---|-------------|------------------|---|------------------------------|
| 1. Tercapainya Pelayanan optimal 6 menit tiap pasien | Pasien gagal berobat / batal berobat karena ada pembatasan jumlah pasien di poli instalasi rawat jalan setiap hari berdampak komplain pasien | Pasien Kehabisan kuota | 4 | 4 | 16 | | 1. Membuka poli umum setiap KSM 2. Menambah ruang periksa bagi DPJP yang pasiennya banyak 3. Pendaftaran oleh pasien on line maksimal 1 bulan 4. Membagi presentase kuota pasien on line 70% dan on site 30% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|--|---|------------------------------|
| 2. Tercapainya waktu tunggu pasien ≤ 60 menit | Pasien menunggu DPJP lama akibat DPJP terlambat hadir berakibat kondisi umum memburuk | Jadwal DPJP berbenturan dengan kegiatan lain seperti menguji, operasi, rapat manajemen | 5 | 4 | 20 | | 1. DPJP dengan pasien banyak dibantu oleh lebih dari satu asisten DPJP 2. Membuat laporan kehadiran DPJP ke KSM dan koordinator pelayanan medik 3. Membuat jadwal jaga <i>midle</i> untuk klinik bedah sub thorak vaskuler, mata dan penyakit dalam sub gastro enterologi | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | Jam kerja yang memanjang berdampak staf kelelahan dan sakit | Jam kerja memanjang | 4 | 2 | 8 | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|--|------------------------------|
| 3. Tidak terjadi kejadian tidak diharapkan (KTD) di pelayanan HD | DPJP tidak onsite di ruang HD sehingga tidak semua pasien HD bertemu dengan DPJP berakibat keselamatan pasien | Jadwal DPJP tidak sesuai dengan jadwal pasien | 5 | 2 | 10 | | DPJP dengan pasien banyak bisa di bantu oleh asisten lebih dari 1 | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | Air rho HD (Nipro) suhu tidak sesuai berakibat alat HD tidak bekerja dengan baik dan tidak steril | Jarak tampungan air rho dan tempat HD jauh sehingga air melewati sinar matahari dan berubah suhunya dan | 5 | 3 | 15 | | Mengusulkan ada DPJP penanggungjawab pelayanan HD dan pembagian jadwal harian DPJP HD Memindah tampungan air HD ke lantai 2 | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|----|--|--|------------------------------|
| | | mengandung bakteri | | | | | | |
| 4. Tidak ada kejadian fraud | Petugas rawat jalan menganjurkan pelayanan diluar kendali rumah sakit berakibat pasien dirugikan | Resep dokter kepada pasien diluar fornasi | 4 | 3 | 12 | | Sosialisasi dari koordinator pelayanan medik | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | Pelayanan alat bantu dengar dan pelayanan klinik gigi dan mulut diluar RS (<i>valplast, crown and bridge porcelin</i>) | 3 | 3 | 9 | | Pembangunan laboratorium tehnik gigi dan alat bantu dengar di internal RSUP Dr Kariadi dan merebut pangsa pasar di area jawa | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|--|
| | Pelayanan tidak sesuai SOP berakibat gagal klaim BPJS | Tidak ada tanda pengenal wajah di kartu BPJS, sehingga BPJS bisa digunakan oleh siapapun yang mengaku nama tersebut (pasien tidak datang / <i>phantoom billing</i>) | 3 | 2 | 6 | | Sistem pendaftaran rawat jalan dirubah dengan sistem BPJS | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|--|------------------------------|
| | | Pasien berkunjung berulang sebelum 3 hari | 3 | 2 | 6 | | Rekomendasi DPJP secara otomatis tercetak sebagai surat perintah kontrol | |
| 5. Petugas dan pasien aman dari penularan virus corona | Rawat jalan sebagai tempat publik didatangi pasien dan pengantar pasien berakibat kerumunan yang bisa mempercepat penularan virus corona | Pasien tidak memakai masker standar | 4 | 3 | 12 | | Ada skrining pengunjung sebelum masuk ke lingkungan rumah sakit | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | Pasien tidak menjaga jarak | 5 | 3 | 15 | | Kursi tunggu dilepas tempat duduknya secara selang seling | |
| | | Pasien tidak mengisi skrining corona dengan benar dan jujur | 5 | 3 | 15 | | Mengusulkan leaflet dan redesign skrining covid-19 ke bagian hukmas | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|---|--|
| | | Pasien tampak sehat tetapi sebenarnya orang tanpa gejala (OTG) | 5 | 3 | 15 | | Diterbitkan SOP genose | |
| | | Kunjungan pasien klinik paru yang meningkat akibat pandemi | 5 | 3 | 15 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan pemeriksaan genose bagi petugas yang berisiko 2. Ada SOP percepatan pasien batuk 3. Penjadwalan ulang DPJP 4. Pendidikan kesehatan kepada pengunjung dengan materi 5M | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|--|-----------------------|------------------------------|
| 6. Tidak terjadi cedera kepada pengunjung dan staff | Lift pasien sejak tahun 1981 berakibat sering eror dan macet | Spare part lift sudah tidak diproduksi | 3 | 3 | 9 | | Penggantian lift baru | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
|---|--|--|---|---|---|--|-----------------------|------------------------------|

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|---|----|--|---|------------------------------|
| 7. Tidak ada komplain pelanggan | Jarak antara poliklinik TB MDR dengan apotek sangat jauh hal ini berisiko pasien komplain dalam mengambil dan mengantri obat TB MDR | Pemindahan depo obat TB MDR dari rajawali ke rawat jalan | 5 | 2 | 10 | | Depo obat TB MDR dikembalikan ke depo rajawali | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | Ruang tunggu tidak nyaman apabila menunggu lama | Kursi tunggu dari kayu, keras dan tidak ergonomis | 5 | 3 | 15 | | Penggantian kursi sofa atau barter dengan kursi EX garuda | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|--|------------------------------|
| | berakibat jenuh dan komplain | usia AC sudah tidak produktif, suhu ruang tunggu pasien panas dan gerah | 5 | 3 | 15 | | Penggantian AC baru | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | Pasien kurang mendapat kemudahan dalam mengakses jadwal dokter terkini, perubahan jadwal pelayanan maupun keterlambatan pelayanan berakibat pasien marah dan komplain | Papan informasi masih <i>hard ware</i> sehingga jika ada perubahan informasi kesulitan dirubah | 5 | 3 | 15 | | Pengadaan IP TV, untuk memberitahukan jam berapa DPJP akan datang, sekarang antrian nomor berapa dan edukasi kepada pengunjung | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|---|-------------------------------------|
| | <p>Hasil pemeriksaan slite lamp klinik mata berubah ubah (tidak akurat) berakibat hasil tidak valid berisiko komplain dari pengunjung</p> | <p>Alat sudah tidak layak pakai</p> | 4 | 3 | 12 | | <p>Penggantian <i>slide lamp</i> baru</p> | <p>Kepala Instalasi Rawat Jalan</p> |
| | <p>Kompetensi staf belum maksimal berisiko pasien komplain</p> | <p>Perawat rekrutmen baru belum memiliki pengalaman klinik</p> | 4 | 3 | 12 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kompetensi dengan sistem <i>blended learning</i> 2. Program diklit (pelatihan) bagi tenaga baru | <p>Kepala Instalasi Rawat Jalan</p> |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|--|------------------------------|
| 8. Tidak ada penularan infeksi di rawat jalan | Pintu masuk pelayanan TB DOTS dan ekshouster kuman TB menjadi satu dengan fasilitas umum hal ini berakibat risiko tinggi penularan kuman TB | Ruang TB DOTS belum terpisah dengan ruang yang lain | 5 | 3 | 15 | | Pemindahan ruang TB DOTS terpisah dari fasilitas umum dan memiliki pintu sendiri | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | Ruang endoskopi THT belum bertekanan positif hal ini berakibat kuman berada di dalam ruang dalam waktu yang lama dan berisiko menular | Jendela tidak mungkin dibuka karena privasi | 5 | 3 | 15 | | Pemasangan exhaousfan | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|------------------------------|
| | kepada staf dan pasien lain | | | | | | | |
| | Ruang pemeriksaan gigi dan mulut potensial timbul aerosol hal ini berakibat potensial infeksi nosokomial | Ruang pelayanan gigi dan mulut belum memiliki exhaustfan dan penyedot aerosol | 5 | 3 | 15 | | Pemasangan AC kaset dan exhaustfan serta alat penyedot aerosol mobile | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|---|---|----|--|--|------------------------------|
| | Staf kontak dengan pasien tanpa gejala tetapi sebenarnya pasien tersebut sudah terkonfirmasi covid hal ini berakibat staf terpapar virus covid | Pasien tanpa gejala (OTG) | 5 | 3 | 15 | | Pemeriksaan skrining genose bagi kstaf | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
|--|--|---------------------------|---|---|----|--|--|------------------------------|

d. Instalasi Jantung

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | BAND | RISK CONTROL | PIC |
|--|--|---|----------|----------|------------|-------------|--|--------------------------|
| 1. Terjadwalnya pelayanan pemeriksaan echo dengan baik | DPJP tidak mengikuti antrian pemeriksaan echo yang berdampak munculnya komplain pasien dengan layanan yang ada | Belum ada sistem pembatasan kuota pasien tindakan echo harian | 5 | 4 | 20 | | Membuat sistem antrian pemeriksaan echo yang terintegrasi dengan rawat jalan, rawat inap dan cath lab yang juga terintegrasi dengan Rekam Medis Elektronik pasien yang difasilitasi oleh Instalasi SIRS. | Kepala Instalasi Jantung |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|--|
| | Antrian pasien dan pengantar saat menunggu pemeriksaan echo menimbulkan kerumunan yang berpotensi menimbulkan media penularan infeksi penyakit | Belum adanya sistem antrian digital/ <i>online</i> pemeriksaan echo yang dapat diakses pasien dan pengantar | 5 | 5 | 20 | | Membuat sistem antrian pemeriksaan echo yang mampu memfasilitasi pasien dan pengantar mengetahui nomer urut periksa | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|--|
| | Pendaftaran pasien yang akan pemeriksaan echo, dilakukan oleh pihak ketiga yang bukan keluarga atau pasien itu sendiri yang berpotensi komersialisasi atau munculnya biaya lain diluar | Belum adanya sistem antrian digital/online pemeriksaan echo yang dapat diakses pasien dan pengantar | 5 | 5 | 25 | | Membuat sistem pendaftaran online pemeriksaan echocardiografi sesuai kuota harian pemeriksaan echo untuk masing-masing DPJP | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | biaya resmi yang telah ditetapkan rumah sakit | | | | | | Pasien atau pengantar menunjukkan bukti pendaftaran dan biaya pemeriksaan sebelum dilakukan pemeriksaan echo | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|---|--|----------|----------|-----------|---|---------------------------------|
| <p>2. Terskrining nya pasien dan pengantar pasien yang akan melakukan pemeriksaa n rawat jalan dengan baik</p> | <p>Kenyamanan di ruang tunggu poliklinik rawat jalan dan ruang pemeriksaan echo serta ketersediaan kursi tidak terpenuhi berpotensi menyebabkan komplain pelanggan internal dan eksternal</p> | <p>Jumlah pasien dan pengantar melebihi kapasitas ruang tunggu yang tersedia di poli Jantung</p> | <p>5</p> | <p>4</p> | <p>20</p> | <p>1. Renovasi dropping zone pasien menjadi perluasan area ruang tunggu rawat jalan dan memberi air purifier di area tunggu periksa pasien. 2. Membatasi pengantar pasien yang kondisi umum baik saat periksa Memindah ruang antrian pasien echo anak di ruang echo belakang samping cath lab (lt. dasar)</p> | <p>Kepala Instalasi Jantung</p> |
|--|---|--|----------|----------|-----------|---|---------------------------------|

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|---|--------------------------|
| 3. Terskrining nya pasien dan penunggu pasien rawat inap yang terindikasi Covid | Keluarga pasien yang akan menunggu pasien selama perawatan tidak dilakukan skrining Covid berdampak penunggu pasien yang suspek Covid tidak terdeteksi dengan baik | Penunggu pasien yang bergantian jaga saat pasien dirawat | 4 | 5 | 20 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penunggu perlu diidentifikasi (dengan foto diri penunggu pasien) 2. Pembatasan jumlah penunggu pasien rawat inap 3. Pemeriksaan swab/genose untuk keluarga yang akan menunggu pasien | Kepala Instalasi Jantung |
| 4. Pasien yang terjadwal tindakan | Persiapan pasien bedah jantung tidak berjalan baik akan berisiko | Pasien belum siap karena: ketersediaan | 3 | 4 | 12 | | 1. Berkoordinasi dengan UTD RS tentang persiapan pendonor untuk | Kepala Instalasi Jantung |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| <p>operasi Bedah Jantung dapat terlaksana dengan baik</p> | <p>mundurnya atau batalnya tindakan operasi bedah jantung yang akan mengganggu antrian tindakan bedah jantung dibelakangnya.</p> | <p>darah untuk persiapan tindakan belum ada, tempat di ICCU tidak tersedia atau adanya fokal infeksi yang ditemukan saat persiapan tindakan di poliklinik</p> | | | | <p>pasien bedah jantung, memberikan catatan khusus yang harus disiapkan pasien saat kontrol terakhir di rawat jalan. 2. Berkoordinasi dengan UTD RS tentang persiapan pendonor untuk pasien bedah jantung, memberikan catatan khusus yang harus disiapkan pasien saat kontrol terakhir di rawat jalan.</p> | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|

e. Instalasi Rawat Inap Kelas I dan Kelas II (KUTILANG)

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | BAND | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|--|---|---|-----|------|--|--|
| 1. Terlaksananya askep sesuai SPO Asuhan perawatan pasien | Terjadi IKP, pada perawatan pasien yang mengakibatkan keselamatan pasien terancam | Keterbatasan kompetensi dan keilmuan perawat | 2 | 5 | 10 | | 1. Diskusi kasus bersama DPJP, Ronde Keperawatan, RDK & siang klinik 2. Program peningkatan kompetensi dengan pelaksanaan pelatihan | Kepala Instalasi Rawat Inap Kls I Dan II |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|---|--|
| 2. Kepuasan pasien terhadap fasilitas AC dan TV | Komplain pasien terhadap fasilitas AC/ TV berdampak reputasi RS | AC/ TV sudah lama dan belum optimalnya pemeliharaaan AC/TV | 3 | 4 | 12 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi servis Rutin 2. Pengalihan AC/ TV yd sudah terealisasi 3. Usulan peremajaan AC /TVdan perbaikan Instalasi | Kepala Instalasi Rawat Inap Kls I Dan II |
| 3. Terpeliharanya barang dan fasilitas Ruangan | Kehilangan linen dan barang fasilitas RS | kurangnya kontrol petugas ruangan | 4 | 2 | 8 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginventaris setiap barang dan fasilitas 2. Penerapan ceklis barang inventaris ruangan | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|--|--|
| 4. Terpenuhi iny kebutuhan logistik sec efisien | Kehilangan barang habis pakai di inst kls 1 dan 2 yang berdampak merugikan RS dan berakibat hukum bagi petugas yg mengambil | Logistik belum terfasilitasi sistem | 2 | 3 | 6 | | 1. Pencatatan secara manual dan komputerisasi <i>Inventory System</i> (IS) 2. Pelaporan dengan sistem informasi, koordinasi dengan SIRS | Kepala Instalasi Rawat Inap Kls I Dan II |
| 5. Terlaksananya protocol kesehatan "New Normal" | Reisiko transmisi covid 19 antar pegawai | Situasi ruangan yang belum mendukung untuk protocol kesehatan | 3 | 4 | 12 | | 1. Meningkatkan sirkulasi ruangan, <i>distancing</i> saat operan sift | Kepala Instalasi Rawat Inap Kls I Dan II |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|---|
| | | "new normal" | | | | | 2. Usulan penyesuaian ners station untuk memenuhi protocol kesehatan, sosial dan <i>physical distancing</i> di ners station | |
| 6. Terlaksana nya Kolaborasi PPA sesuai Regulasi Pelayanan Terintegrasi | Miskomunikasi PPA dalam Pelayanan Pasien | Kompleksitas Jenis, prognosa dan masalah perawatan pasien | 3 | 4 | 12 | | Pelayanan interdisiplin pasien & Diskusi kasus bersama PPA | Kepala Instalasi Rawat Inap Kls I Dan II |

f. Instalasi Gizi

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--|--|--|---|---|-------|---------|--|-----------------------|
| 1. Penyajian makanan kepada pasien tepat diet | Pramusaji belum memiliki sertifikat <i>service excellent</i> | Pertemuan rutin dengan ahli gizi penanggung jawab pantry | 5 | 3 | 15 | | Pelatihan <i>service excelent</i> kepada pramusaji | Kepala Instalasi Gizi |
| 2. Penyajian makanan kepada pasien yang higienis | Pramusaji dan pramumasak belum memiliki sertifikat <i>higiene sanitasi</i> | Pertemuan rutin dengan ahli gizi penanggung jawab produksi | 5 | 3 | 15 | | Pelatihan higiene dan sanitasi kepada pramusaji dan pramumasak | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|-----------------------------|
| 3. Terpenuhi ya standar resep setiap menu | Pramumasak belum memiliki sertifikat Pelatihan Kuliner | Briefing Menu sebelum melakukan produksi makanan | 5 | 3 | 15 | | Pelatihan kuliner kepada pramumasak | Kepala Instalasi Gizi |
| 4. Hak paten terhadap produk makanan enteral rumah sakit yang diproduksi sendiri | Plagiasi makanan enteral instalasi Gizi RSDK yang diakui oleh pihak lain | Tidak mencantumkan jumlah bahan baku pada kemasan | 3 | 4 | 12 | | Pengusulan hak paten makanan enteral produksi rumah sakit ke Kementrian hukum | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|----|--|---|-----------------------|
| 5. Pemenuhan kebutuhan gizi pada pasien yang memiliki kesulitan mengunyah makanan | Menu saring kurang bervariasi | Menawarkan alternatif menu saring yang lain kepada pasien | 3 | 3 | 9 | | Pembuatan siklus menu saring | Kepala Instalasi Gizi |
| 6. Tercukupinya kebutuhan gizi pada pasien Geriatri | Kesulitan mengunyah dan menelan pada pasien Geriatri | Menawarkan alternatif menu yang lain kepada pasien | 3 | 3 | 9 | | Pembuatan menu Geriatri | Kepala Instalasi Gizi |
| 7. Pemenuhan kebutuhan gizi pada pasien Kanker | Efek terapi kanker yang dapat mengurangi nafsu makan | Menawarkan alternatif menu yang lain kepada pasien | 4 | 4 | 16 | | Pembuatan menu diet khusus pada pasien kanker | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|--|-----------------------|
| 8. Pemenuhan kebutuhan gizi pada pasien malnutrisi | Pasien mengalami hipoalbuminemia dan malnutrisi | Memproduksi puding putih telur | 4 | 3 | 12 | | Pengembangan variasi produksi olahan putih telur | Kepala Instalasi Gizi |
| 9. Pemenuhan kebutuhan gizi (serat, vitamin dan mineral) pada pasien | Kekurangan asupan serat, vitamin dan mineral selama perawatan | Memproduksi puding jus buah tomat & melon | 3 | 3 | 9 | | Penambahan variasi jus untuk seluruh kelas perawatan | Kepala Instalasi Gizi |
| 10. Terwujudnya snack dengan kandungan gizi yang tinggi | Penyedia dan variasi snack diet terbatas | Produksi snack diet jenis rebusan | 3 | 2 | 6 | | Produksi snack diet secara mandiri | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|-----------------------|
| 11. Peningkatan selera makan pasien | Belum terstandarnya Garnish pada penyajian makanan | Memvariasikan warna bahan makanan dalam satu hidangan | 4 | 3 | 12 | | Pemberian garnish pada makanan yang disajikan di seluruh kelas perawatan | Kepala Instalasi Gizi |
| 12. Makanan enteral rumah sakit terkemas dengan baik dan aman | Tempat pembuatan makanan enteral | makanan enteral komersial dikemas dalam wadah tertutup | 3 | 2 | 6 | | Penambahan fasilitas sarana prasarana ruang produksi makanan cair | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|---|-----------------------|
| 13. Tersedianya makanan dengan kondisi yang hangat ke pasien | Troli makanan belum dilengkapi dengan pengatur suhu | Memperpendek <i> Holding Time </i> dengan cara menyimpan makanan di heating cabinet sebelum di distribusikan | 3 | 3 | 9 | | Pengadaan troli makanan <i> Hot and Cool </i> | Kepala Instalasi Gizi |
| 14. Tersedianya alat makan yang dapat meningkatkan selera makan | Alat makan berupa plato stainless tertutup | | 3 | 3 | 9 | | Mengganti plato stainless dengan alat makan keramik | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---|----|--|--|-----------------------|
| 15. Terwujudnya sentralisasi pencucian alat makan | Suhu air pencucian alat makan dibawah standar (<60°) | SPO pencucian alat makan | 3 | 4 | 12 | | Penggunaan dishwaser dengan suhu air pencucian alat makan terstandar | Kepala Instalasi Gizi |
| | Konsentrasi cairan pembersih belum terstandar | | 3 | 4 | 12 | | Penggunaan dishwaser dengan konsentrasi cairan pembersih terstandar | Kepala Instalasi Gizi |
| | Ketersediaan sponge/tapas belum terstandar | | 3 | 4 | 12 | | Penggunaan dishwaser tanpa penggunaan tapas/sponge | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|---|-----------------------|
| 16. Semua alat di ruangan produksi makanan dalam kondisi baik | Belum adanya jadwal maintenance alat secara kontinyu | Perawatan kebersihan alat oleh tenaga pramumasak | 3 | 3 | 9 | | Maintenance alat dilakukan secara berkala dengan sistem kontrak service | Kepala Instalasi Gizi |
| 17. Terwujudnya alat edukasi yang menarik | Media konseling/ edukasi kurang menarik | Modifikasi desain flyer | 3 | 3 | 9 | | Pembuatan media elektronik tentang konseling/edukasi gizi | Kepala Instalasi Gizi |
| 18. Terwujudnya buku menu digital untuk | Pasien kesulitan dalam menentukan menu pilihan | Ahli gizi menjelaskan secara lisan jenis menu pilihan | 2 | 2 | 4 | | Pembuatan kartu menu pilihan elektronik untuk pasien kelas VVIP/PS | Kepala Instalasi Gizi |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|-----------------------|
| pasien VVIP/PS | | | | | | | | |
| 19. Terwujudnya sistem perubahan diet elektronik | Sistem informasi perubahan diet masih perlu penambahan notifikasi | Informasi perubahan diet melalui buku komunikasi | 2 | 3 | 6 | | Adanya sistem elektronik perubahan diet | Kepala Instalasi Gizi |

g. Instalasi Farmasi

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | BAND | RISK CONTROL | PIC |
|---|--|--|----------|----------|------------|-------------|--|--------------------------|
| 1. pasien memperoleh obat sesuai terapi yang diberikan Dokter | terjadi kesalahan pemberian obat oleh petugas farmasi berdampak kecacatan sampai kematian pasien | Double check tidak dilakukan dengan maksimal | 3 | 5 | 15 | | 1. Diseminasi regulasi pelayanan farmasi (Double check) 2. peningkatan supervisi kepatuhan double cek | Kepala Instalasi Farmasi |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|-------------------------------------|--|--------------------------|
| 2. Kebutuhan sediaan farmasi, alkes dan BMHP terpenuhi | Keterlambatan dalam penyelesaian usulan | Jumlah item yang banyak dan belum ditunjang dengan sistem IT | 3 | 2 | 6 | | Usulan pengadaan sistem IT untuk menunjang pengadaan | Kepala Instalasi Farmasi |
| | Kekosongan Obat. Sediaan farmasi, alkes dan BMHP datang tidak tepat waktu | Discontinue; pabrik kesulitan bahan baku; proses import; Obat dan atau alkes yang dibutuhkan belum mempunyai izin | 4 | 5 | 20 | | Substitusi dengan obat/alkes yang lain, | Kepala Instalasi |
| | | | | | | Pemesanan pada beberapa distributor | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---|---|---|---|--|---|--------------------------|
| | | edar; kegagalan dalam meramalkan kebutuhan farmasi; waktu pengiriman lama.Revisi perencanaan dilakukan per bulan, load kerja tinggi. Perhitungan lead time kurang akurat. | | | | | Regulasi kontrak kerja dengan vendor lebih diperketat | |
| | | | | | | | Perjanjian kerja sama dengan distributor | Kepala Instalasi Farmasi |
| 3. Stabilitas serta ketersedi | Kehilangan barang | Kelalaian petugas; CCTV kurang | 1 | 4 | 4 | | diseminasi regulasi tentang pengelolaan stok | Kepala Instalasi Farmasi |

| | | | | | | | |
|--|-------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| aan Sediaan Farmasi, Alkes dan BMHP terjaga | | | | | | Usulan pengadaan CCTV | Kepala Instalasi Farmasi |
| | Barang kadaluarsa | Kegagalan dalam peramalan kebutuhan; tidak menerapkan FIFO FEFO; perubahan restriksi fornas. Kesulitan retur ke Distributor | 2 | 4 | 8 | Dibuat surat mengenai sediaan farmasi near ED kepada yanmed | |
| | Obat rusak | Suhu dan Kelembaban Ruang penyimpanan tidak sesuai | 1 | 4 | 4 | Pemantauan suhu & kelembaban ruang penyimpanan | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| | karena kerusakan pendingin ruangan | | | | | Usulan jadwal rutin pemeliharaan AC ke IPSRS |
| Perbedaan jumlah stok HMIS dan stok fisik | Kesalahan input data; ketidakpatuhan terhadap spo; load kerja tinggi; double cek belum optimal | 2 | 4 | 8 | | Diseminasi SPO |
| | | | | | | Penguatan supervisi double cek |
| Death stock | Kegagalan dalam peramalan kebutuhan; perubahan restriksi fornas; perubahan pola penyakit. | 1 | 4 | 4 | | Koordinasi dengan bag yanmed, untuk dapat menggunakan barang tersebut |

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---|--|
| | | Kesulitan retur ke Distributor | | | | | Dibuat surat mengenai sediaan farmasi near ED kepada yanmed | |
|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---|--|

h. Instalasi Gawat Darurat

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | BAND | RISK CONTROL | PIC |
|-----------------------|--|------------------------------|---|---|-----|------|--|----------------------|
| 1. Flow pasien lancar | Sulitnya mendapatkan ruang rawat berdampak komplain pasien | 1. Ruang rawat inap terbatas | 5 | 4 | 20 | | 1. Merujuk sesuai kebutuhan kesehatan pasien ke fasilitas kesehatan lain 2. Optimalisasi pemantauan | Kepala Instalasi IGD |

| | | | | | | |
|--|--|----------------------------|--|--|--|--|
| | | 2. Jumlah pasien meningkat | | | | <p>dan pencarian tempat tidur melalui TPPRI</p> <p>3. Penempatan pasien non emergency yang membutuhkan rawat inap di tempat tersendiri (misal dengan memanfaatkan rumah dinas direktur yang tidak dipakai)</p> <p>4. Mempercepat LOS pasien rawat inap</p> |
|--|--|----------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|---|---|--|----------------------|
| 2. Penanganan bencana optimal | Keterbatasan SDM tentang bencana berdampak penanganan pasien terlambat | sumber daya rumah sakit kurang siap bila terjadi musibah massal atau bencana | 1 | 5 | 5 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Yanmed untuk simulasi rutin penanganan korban bencana di IGD 2. Pemeriksaan kualitas bangunan RS 3. Aktivasi petugas <i>on call</i> 4. Penambahan lokasi penanganan selain IGD untuk perawatan pasien korban musibah | Kepala Instalasi IGD |
|-------------------------------|--|--|---|---|---|--|----------------------|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | massal / bencana bila terjadi |
| | | | | | | | 5. Kebijakan penanganan korban bencana |
| | | | | | | | 6. Review regulasi pengaktifan ruangan untuk penanganan bencana |

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|----|--|----------------------|
| 3. Pasien KLB tertangani | Keterbatasan SDM tentang KLB berakibat penyebaran penularan | Kurang siap bila terjadi KLB <i>Emerging & re-emerging disease</i> | 1 | 5 | 5 | Edukasi penggunaan APD | Kepala Instalasi IGD |
| | | | | | | Pengaturan ruangan selain IGD untuk perawatan pasien pada kondisi influx <i>Emerging & re-emerging disease</i> | |
| | Petugas tertular | <i>Emerging & re-emerging disease</i> | 1 | 5 | 15 | Kebijakan penanganan influx <i>Emerging & re-emerging disease</i> | |
| | | | | | | pemeriksaan <i>General Check Up</i> berkala pada staf | Ka Instalasi IGD |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | Usulan pemberian suplemen pada petugas | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

i. Instalasi Onkologi

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | BAND | RISK CONTROL | PIC |
|--|---|---|----------|----------|------------|-------------|--|---------------------------|
| 1. Terlaksananya pelayanan kemoterapi pada 2021 menggunakan sistem | Aplikasi Sahabat Kemo belum dapat terlaksana karena belum disepakati secara komprehensif ke semua unit terkait berdampak pada keterlambatan | Koordinasi unit terkait dan developer program belum berjalan dan belum masuk prioritas di bagian SIRS | 3 | 4 | 12 | | Kerja sama dengan SIMRS, dan unit terkait | Kepala Instalasi Onkologi |
| | | | | | | | Koordinasi dengan SIMRS agar bisa segera merealisasikan "Sahabat Kemo" | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|---------------------------|
| Sahabat Kemo | jadwa pasien kemoterapi dan antrian kemoterapi pasien lain menjadi tertunda | | | | | Monitoring pendaftaran manual sebelum sistem tersedia | |
| | | | | | | Backup data di SIMRS Hard disc Virtual | |
| 2. Jumlah barang di sistem maloka dengan realnya (stok opnam) sama setiap saat | Jumlah barang logistik tidak sama antara stok opname dengan disistem MALOKA berdampak kurang tepatnya jumlah order barang logistik | Kepatuhan dalam <i>entry</i> ke sistem | 2 | 4 | 8 | Supervisi ketepatan data logistik antara sistem dan riilnya dan membuat backup data di SIMRS Hard disc Virtual | Kepala Instalasi Onkologi |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|----------------------------------|---|---|----|--|--|---------------------------|
| 3. DPJP praktek sesuai jadwal | Waktu tunggu rawat jalan lebih dari 60 menit berdampak komplain pasien | DPJP praktek tidak sesuai jadwal | 5 | 4 | 20 | | Melakukan pemantauan kepatuhan jam praktek DPJP dan dilaporkan ke Direktur terkait ditembuskan ke KSM | Kepala Instalasi Onkologi |
| 4. Pasien aman/ tidak jatuh | Selama pemberian terapi premedikasi dan kemoterapi karena ada efek samping gangguan keseimbangan pasien berdampak pasien terjatuh | Petugas kurang patuh | 2 | 5 | 10 | | Melakukan evaluasi pelaporan kepatuhan perawat dalam intervensi pasien jatuh dari kepala ruang ke instalasi Monitoring ketat 1 perawat 3 pasien | Kepala Instalasi Onkologi |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|---------------------------|
| 5. Terlaksananya protokol kesehatan 5 M, untuk mencegah transmisi Covid-19 di area kerja | Risiko transmisi covid-19 di area kerja berdampak penularan covid kepada petugas | Kepatuhan petugas & situasi ruang kerja/area pelayanan (Rawat jalan) yang belum mendukung untuk protokol kesehatan 5 M (pengunjung banyak dan ruangan sempit) | 3 | 4 | 12 | | Melaporkan kepatuhan petugas dan hambatan yang ada dalam pelaksanaan protokol kesehatan 5M Laporan supervisi kepatuhan pelaksanaan protokol kesehatan 3M secara rutin Redisain poli bedah | Kepala Instalasi Onkologi |
| 6. Tidak terjadi unklaim pasien | Risiko unklaim pada pelayanan pasien kemoterapi rawat jalan akibat | Kebijakan BPJS yang berubah ubah | 3 | 4 | 12 | | Sistem aturan BPJS agar mudah diakses oleh petugas RS | Kepala Instalasi |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|----------|
| kemoterapi rawat jalan | ketidak sesuaian administrasi dengan prosedur BPJS | | | | | Kolaborasi/koordinasi rutin dengan RM utk memberikan edukasi tentang perubahan2 yang terjadi pada aturan JKN | Onkologi |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|----------|

j. Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|---|---|---|-------------|------------------|---|--|
| 1. Semua alat medis terkalibrasi minimal 1 kali dalam setahun | Tingkat akurasi dan validitas hasil keluaran alat medis tidak dapat dipertanggung jawabkan yang berdampak terjadi KTD karena diagnosa medis tidak tepat | Ketepatan pelaksanaan kalibrasi tidak sesuai jadwal | 4 | 4 | 16 | | Meningatkan / bersurat kepada IPS RS 3bulan sebelum jatuh tempo waktu kalibrasi alat medis tertentu | Kepala Instalasi Geriatri Dan Rehabilitasi Medik |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|--|---|--|
| 2. Terpenuhi nya program pelayanan Rehabilitasi Medik satu pasien satu terapis. | Pasien tidak mendapat kesinambungan asuhan oleh terapis yang sama | Petugas tidak masuk karena cuti dan sebagainya | 4 | 3 | 12 | | Penjadwalan secara online | Kepala Instalasi Geriatri Dan Rehabilitasi Medik |
| | Dalam satu periode programnya berdampak kesinambungan terget terapis pasien tdk terukur | | | | | | Kepastian/ pemberitahuan dari pasien H-1 utk kesiapan program terapi lewat WA | |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|---|--|
| 3. Orang tua/pengasuh memahami edukasi dan mengisi buku evaluasi home program | Keberhasilan program terapi kurang optimal | - Pemahaman orang tua/pengasuh kurang | 3 | 2 | 6 | | Melakukan FGD orang tua / pengasuh untuk evaluasi perkembangan terapi anak. | Kepala Instalasi Geriatri Dan Rehabilitasi Medik |
| | | - Komitmen orang tua/pengasuh kurang untuk pelaksanaan home program | | | | | Revisi buku panduan home program | |
| 4. Pasien Geriatri yang | Terapi jemur tidak dapat berjalan secara maksimal. | Jadwal terapi jemur pada | 3 | 2 | 6 | | 1. Pengaturan Jadwal kegiatan terapi jemur | Kepala Instalasi Geriatri |

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------------|--|--|--|---|-------------------------------|
| <p>memenuhi kriteria dapat dilaksanakan terapi jemur secara rutin.</p> | | <p>jam operan jaga.</p> | | | | <p>2. Pengaturan ulang jadwal pelayanan dengan pembatasan</p> <hr/> <p>3. Kegiatan jemur sebagai indikator kinerja petugas.</p> | <p>Dan Rehabilitasi Medik</p> |
|--|--|-------------------------|--|--|--|---|-------------------------------|

k. Instalasi Laboratorium

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|---|---|---|-------------|------------------|--|-------------------------------|
| 1. Terciptanya Laboratorium pemeriksaan biomolekuler sesuai standar | Pengembangan pelayanan laboratorium biomolekuler infeksius terpadu terancam gagal | Biaya fasilitas ruang laboratorium biomolekuler terstandar cukup tinggi | 3 | 4 | 12 | | Pengajuan usulan renovasi gedung untuk laboratorium biomolekuler terpadu | Kepala Instalasi Laboratorium |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|--|-------------------------------|
| 2. Sampel yang terstandarisi memenuhi syarat pemeriksaan | Ketidak sesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan kondisi klinis pasien | Ketidak tepatan label identitas sampel atau ketidak sesuain identitas antara sampel dan order | 4 | 5 | 20 | | Koordinasi dengan tim Keselamatan Pasien untuk sosialisasi ulang tentang SOP identifikasi identitas sampel ke semua ruangan Review SPO Identifikasi Pasien dan Pengambilan Sampel, pemenuhan standar sampel | Kepala Instalasi Laboratorium |
|--|--|---|---|---|----|--|--|-------------------------------|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|--|-------------------------------|
| | Sampel tidak dapat dilakukan pemeriksaan | Sampel tidak memenuhi syarat pemeriksaan (Sampel lisis, beku, volume tidak sesuai) karena : 1. human eror, 2. kondisi klinis pasien, 3. pengetahuan dan skill petugas | 4 | 3 | 12 | | <p>Sosialisasi ulang tentang SOP identifikasi standar sampel yang memenuhi syarat kepada seluruh unit di RS</p> <hr/> <p>Review SPO Identifikasi Pasien dan Pengambilan Sampel</p> | Kepala Instalasi Laboratorium |
|--|--|--|---|---|----|--|--|-------------------------------|

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|---|-------------------------------|
| 3. Pelayanan rujukan stem cell di Jawa Tengah | Tidak terfasilitasinya ruang khusus preparasi stemcell (prosesing) karena harus melalui perijinan BPOM | Ruang khusus preparasi stemcell terstandar CPOB membutuhkan biaya cukup tinggi | 3 | 3 | 9 | | Pengajuan pengembangan/ renovasi ruang laboratorium pemeriksaan stemcell terstandarisasi CPOB | Kepala Instalasi Laboratorium |
| 4. Pelayanan pemeriksaan laboratorium PA cepat, tepat dan akurat | Waktu tunggu pelayanan pemeriksaan laboratorium PA lama karena pengulangan pengecatan | Pengecatan PA oleh analis kurang terstandarisasi sehingga harus megulang pengecatan | 4 | 4 | 16 | | Pengajuan pelatihan dan workshop untuk petugas analis lab PA | Kepala Instalasi Laboratorium |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|---|-------------------------------|
| 5. Interface LIS dengan HMIS terintegrasi sempurna terakses oleh petugas ruangan | Bridging/ interface alat bermasalah sehingga hasil pemeriksaan oleh alat analiser tidak muncul dalam LIS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Downtime system 2. Perangkat sistem belum sempurna/ masih pengembangan dari sistem dan perangkat lama | 4 | 4 | 16 | <div style="background-color: red; height: 100%; width: 100%;"></div> <p>Koordinasi dengan SIRS untuk maintenance system rutin LIS dan HMIS jika perlu upgrade sistem dan membuat back up sistem terintegrasi</p> <p>Usulan revitalisasi perangkat sistem HMIS/ pengadaan back up sistem terparalel</p> | Kepala Instalasi Laboratorium |
| 6. TAT pelayanan | Downtime system | Aplikasi sistem Regulasi | 4 | 4 | 16 | <div style="background-color: red; height: 100%; width: 100%;"></div> <p>Maintenance system rutin,</p> | Kepala Instalasi |

| | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|--|---|-------------------------------|
| pemeriksaan laboratorium rujukan lebih cepat | | Elektronik belum terfasilitasi sempurna, masih mengembangkan perangkat lama | | | | | Pengajuan aplikasi HMIS utk regulasi unit (misal PPK) | Laboratorium |
| | | | | | | | Kerjasama system HMIS | |
| 7. TAT pelayanan pemeriksaan laboratorium rujukan lebih cepat | Listrik mati | Konsleting arus listrik, maintenance listrik | 2 | 4 | 8 | | Backup System, listrik dengan genset, notifikasi warning system error | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | | | | | Pengusulan genset baru | |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------|---|---|----|--|-------------------------------|
| | | | | | | Pengajuan warning sistem detektor kerusakan/gangguan listrik ke IPSRS | |
| | | | | | | PKS genset ke pihak ke-3 | |
| 8. Waktu tunggu pemeriksaan Lab rujukan cepat dan efisien | Permintaan pemeriksaan sedikit bisa menimbulkan kerugian reagen | ED reagen pendek | 4 | 4 | 16 | Meminta reagen dengan ED panjang ke penyedia , perencanaan logistik/reagen / stok aman | Kepala Instalasi Laboratorium |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|--|-------------------------------|
| | | | | | | | Pengajuan PKS dengan Lab RS lain untuk pengiriman rujukan lab . sosialisasi ulang ke DPJP | |
| 9. Digitalisasi sistem tracking stok/keterseediaan reagen, BHP & alkes | Ketidaksesuaian stok reagen ketika harus melakukan penginventarisasian secara manual | Aplikasi system logistik yang terintegrasi ke bagian pengadaan (stok farmasi) belum ada | 3 | 4 | 24 | | Membuat system elektronik logistik (reagen, BHP,alkes) terintegrasi Kerjasama system Logistik ke pihak ke-3 | Kepala Instalasi Laboratorium |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|---|-------------------------------|
| 10. Terpenuhi nya darah transfusi pasien rumah sakit secara mandiri | Penambahan SDM sesuai ABK | Penambahan beban kerja tidak sebanding dengan jumlah SDM | 2 | 4 | 16 | | Menambah SDM sesuai kualifikasi dan kompetensi | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | | | | | Pengajuan ABK baru untuk UTDRS | |
| 11. Efisiensi belanja darah dengan tetap menjamin stok darah aman | belanja stok darah tergantung stok PMI sehingga pelayanan lbh lama | RS belum mempunyai kewenangan untuk produksi darah mandiri masih berupa BDRS | 3 | 3 | 18 | | Penyelenggaraan donor mandiri internal RS (UTDRS) | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | | | | | Sosialisasi internal dan eksternal pelayanan Donor darah RS | |
| | | | | | | | Legalisasi / ijin pelayanan UTDRS | |

1. Instalasi Radiologi

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | RPN | BAND | RISK CONTROL | PIC |
|---|--|---|---|---|-----|------|---|----------------------------|
| 1. Implementasi Aplikasi Perijinan Bapeten terpantau baik | Belum adanya sistem Digital di RS yang dapat mengidentifikasi ijin yang akan kadaluwarsa | Aplikasi belum dapat di implementasikan | 3 | 5 | 15 | | Usulan pembuatan dan penambahan aplikasi | Kepala Instalasi Radiologi |
| 2. Pencatatan Respon time yang akurat | Penilaian respon waktu bias | Respon time tidak tercatat secara akurat sehingga kecepatan | 5 | 1 | 5 | | Implementasi Aplikasi dikelola / difasilitasi oleh SIRS | Kepala Instalasi Radiologi |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|--|----------------------------|
| | | pelayanan kurang optimal | | | | | Usulan pembuatan dan penambahan aplikasi | |
| 3. Pemantauan status peralatan dan PM (<i>preventive maintenance</i>) berkala | Kurang terpantaunya status alat (kalibrasi dan maintenance) | Pencatatan daftar inventori masih manual. | 1 | 5 | 5 | | Melengkapi dan rutin mengupdate data seluruh peralatan Radiologi | Kepala Instalasi Radiologi |
| | | | | | | | Usulan pembuatan dan penambahan aplikasi | |
| 4. Terpantau nya dosis radiasi pasien pada pemeriksaan dengan alat | kesulitan pelaporan monitoring Dosis radiasi pasien ke system Bapeten | 1. Tidak adanya software pencatatan 2. Belum ada sistem pemantau dosis radiasi | 5 | 2 | 10 | | Pemenuhan pengadaan software pencatatan dosis dan PACS | Kepala Instalasi Radiologi |
| | | | | | | | Pembelian system PACS | |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|--|--|----------------------------|
| konvensio nal | | | | | | | | |
| 5. Pasien ER dapat menjalani program paket penyinaran paripurna | Banyak pasien kemoterapi dropout sehingga proses pengobatan pasien tidak maksimal | <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="718 244 956 475">1. Tidak terjaga kestabilan Kesehatan Umum pasien (faktor individu) <li data-bbox="718 475 956 909">2. Ketidakmampuan finansial pasien dalam menyediakan biaya operasional. | 3 | 4 | 12 | | <p data-bbox="1185 244 1459 475">Edukasi pada pasien secara berkala</p> <hr/> <p data-bbox="1185 475 1459 751">Koordinasi dengan hukmas untuk kerjasama dengan asuransi non BPJS dan promosi layanan</p> <hr/> <p data-bbox="1185 751 1459 909">Melakukan kerjasama dengan cancer foundation</p> | Kepala Instalasi Radiologi |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|---|----------------------------|
| 6. Alat medik di Radiologi aman, bebas dari air | Terjadi kebocoran di gedung radioterapi | Air dari tebing / luar gedung masuk ke gedung | 3 | 5 | 15 | | Usulan renovasi gedung, pembuatan saluran air diatas gedung radioterapi | Kepala Instalasi Radiologi |
|---|---|---|---|---|----|--|---|----------------------------|

m. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|--|---|---|-------------|------------------|--|---|
| 1. Proses pengelolaan alkes <i>single use</i> di <i>re-use</i> sesuai standar | Alkes single use yang berlumen dan direuse tidak maksimal dalam proses pembersihannya, bisa berdampak tumbuhnya micro organisme pada alkes tersebut | Tidak tersedianya sarana dan prasana untuk membersihkan alkes berlumen kecil | 5 | 3 | 15 | | Pengadaan sikat khusus untuk membersihkan alkes berlumen | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | | |
| 2. Terlaksananya kelancaran saluran pembuangan mesin washer desinfektor dari tersumbatnya identitas tromol yang terbuat dari kertas | Saluran pembuangan limbah mesin washer desinfektor tersumbat oleh identitas alkes dari kertas yang mengakibatkan mesin error dan rusak | Identitas tromol alkes menggunakan kertas | 4 | 4 | 16 | | Identitas tromol alkes menggunakan plat stainless | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|----------|----------|-----------|---|--|
| <p>3. Terwujudnya alkes yang bersih dan bebas dari residu protein</p> | <p>Adanya sisa residu yang masih menempel pada alkes setelah dilakukan proses pencucian , sehingga berisiko alkes tidak steril</p> | <p>Belum adanya ATP Test</p> | <p>4</p> | <p>4</p> | <p>16</p> | <p>Tingkat kebersihan pencucian alkes harus divalidasi dengan alat ATP Test. Pemeriksaan pada lab mikro hanya untuk menguji apakah alkes bebas dari microorganisme atau tidak, namun tidak bisa digunakan untuk mengukur tingkat kebersihan alkes</p> | <p>Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu</p> |
|---|--|------------------------------|----------|----------|-----------|---|--|

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|----|--|-------------------|---|
| 4. Efisiensi penggantian membran RO | Frekuensi penggantian membran RO lebih sering sehingga biaya maintance lebih besar | Penggantian resin terakhir tahun 2012, sedangkan penggantian resin sesuai IFU minimal 2 tahun | 3 | 4 | 12 | | Penggantian resin | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |
|-------------------------------------|--|---|---|---|----|--|-------------------|---|

| | | | | | | | |
|---|--|---|----------|----------|----------|-------------------------------------|--|
| <p>5. Terwujudnya keselamatan petugas setting jarum jahit untuk operasi</p> | <p>Pengelompokkan jarum operasi sebelum disterilisasi disetting dengan cara dirangkai menggunakan karet (pencil) sesuai dengan urutan ukuran jarum oleh petugas setting, tindakan ini sangat berisiko tertusuk jarum</p> | <p><i>Needle case</i> untuk tempat jarum operasi yang aman belum tersedia</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>6</p> | <p>Pengadaan <i>needle case</i></p> | <p>Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu</p> |
|---|--|---|----------|----------|----------|-------------------------------------|--|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|---|
| 6. Terwujudnya alkes steril yang bebas dari pirogen | Hasil sterilisasi berisiko mengandung pirogenik | Alkes yang akan disteril diikat dengan tali rami yang mengandung selulosa | 1 | 4 | 4 | | Tali rami diganti dengan <i>safety pin for holding ring handle</i> yang terbuat dari stainless steel | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |
| 7. Tercapainya pengelolaan darm gass sesuai standar PPI | Darm gass merupakan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang seharusnya tidak di <i>re-use</i> | Tidak ada standar yang menyatakan bahwa darm gass dilakukan <i>re-use</i> | 2 | 3 | 6 | | Tidak ada darm gass yang di <i>re-use</i> | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|---|---|----|--|--|--|
| 8. Tercapainya proses pengeringan sesuai standar waktu | Suplay steam tidak mencapai mesin pengering No. 1 | Pipa return steam kurang besar | 5 | 2 | 10 | | Penggantian pipa return steam dari 0,5 inch menjadi 1 inch | |
|--|---|--------------------------------|---|---|----|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|----------|-----------|--|--|--|
| <p>9. Terwujudnya suhu ruang pencucian, pengeringan dan setrika di Binatu sesuai standar (26-28oC)</p> | <p>Petugas ruang pencucian, pengering dan setrika di Binatu mengalami kehausan lebih cepat dibandingkan dengan ruang dstribusi karena suhu ketiga ruang tersebut panas. Suhu ruang yang panas menyebabkan petugas tidak nyaman dalam bekerja, lebih cepat berkeringat dan evaporasi tinggi serta</p> | <p>Sirkulasi udara tidak optimal, suhu terlalu panas</p> | <p>5</p> | <p>4</p> | <p>20</p> | | <p>Penambahan 10 Unit standing AC di Unit Binatu</p> | <p>Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu</p> |
|--|--|--|----------|----------|-----------|--|--|--|

mengakibatkan
kekurangan cairan
dalam tubuh



| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|--|--|---|
| 10. Terwujudnya bebas praktik praktik <i>Fraud</i> terkait pengadaan alat medik dan non medik di Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu | Adanya vendor yang datang langsung ke user untuk menawarkan produknya | Belum adanya regulasi yang mengatur kunjungan vendor langsung ke <i>user</i> | 5 | 4 | 20 | | Adanya regulasi yang mengatur kunjungan vendor langsung ke <i>user</i> | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |
| | | Menolak setiap pemberian dari vendor | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|---|---|---|
| 11. Terwujudnya pencegahan praktik <i>Fraud</i> terkait waktu kerja di Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu | Adanya petugas yang datang terlambat saat bekerja | Kesadaran petugas untuk bekerja dengan optimal masih rendah | 5 | 3 | 15 |  | Memberlakukan regulasi terkait kepegawaian secara profesional | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |
|---|---|---|---|---|----|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|---|---|
| 12. Terlaksananya pengelolaan alkes Covid-19 sesuai standar | Petugas sterilisasi tertular Covid-19 pada saat mengelola alkes pasca pakai Pasien Covid-19 | Penempatan alkes kotor pasca pakai pasien Covid-19 dicampur dengan sampah medis | 5 | 5 | 25 | | Edukasi oleh Penanggung Jawab Pelayanan bersama IPCN pada petugas Sterilisasi dan bekerja sama dengan unit terkait dalam pengelolaan alkes pasca pakai pasien covid-19 sesuai standar | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |
|---|---|---|---|---|----|--|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|---|---|
| | | SPO Serah Terima Alkes Kotor dari Kamar Operasi | | | | | Melakukan perendaman alkes kotor pasca pakai pasien Covid-19 dalam larutan enzymatic sesuai standar | |
| 13. Terlaksananya pengelolaan alkes Covid-19 sesuai standar | Petugas sterilisasi tertusuk benda tajam dari sampah medis yang tercampur di alkes kotor | Penempatan alkes kotor pasca pakai pasien Covid-19 dicampur dengan benda tajam | 4 | 5 | 20 | | Edukasi oleh Penanggung Jawab Pelayanan bersama IPCN pada petugas Sterilisasi dan bekerja sama dengan unit terkait dalam pengelolaan alkes pasca pakai pasien Covid-19 sesuai standar | Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu |

| | | | | | | | |
|---|---|--|----------|----------|-----------|---|--|
| <p>14. Terlaksananya pengelolaan linen infeksius pasca pakai pasien Covid-19 sesuai standar</p> | <p>Petugas binatu tertular Covid-19 melalui linen pasca pakai pasien Covid-19</p> | <p>Kurangnya kepatuhan pemakaian APD oleh petugas Binatu karena ruangan yang panas</p> | <p>4</p> | <p>5</p> | <p>20</p> | <p>Edukasi kepada petugas Binatu saat <i>pre-conference</i> tentang pentingnya pemakaian APD secara lengkap dan benar untuk mencegah penularan Covid-19</p> | <p>Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral Dan Binatu</p> |
|---|---|--|----------|----------|-----------|---|--|

n. Instalasi Kelas III dan Unit Stroke (RAJAWALI)

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|---|---|---|-------------|------------------|--|--|
| 1. Pasien suspek, probable dan terkonfirmasi Covid 19 dapat ditempatkan di ruang isolasi yang | Penempatan pasien suspek Covid 19 ke ruang perawatan umum berpotensi terjadi transmisi covid 19 dari pasien suspek covid 19 ke pasien lain non covid 19 | Terbatasnya ruang isolasi bertekanan negatif untuk merawat pasien covid19 | 4 | 4 | 16 | | 1. Koordinasi dengan bidang yanmed, penunjang sarana dan IPS RS untuk perluasan ruang isolasi di zona A. | Kepala Instalasi Kelas III Dan Unit Stroke |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|---|--|
| sesuai standar | | | | | 2. Memindahkan pasien suspek, probable atau terkonfirmasi covid 19 yang belum dapat tempat, dikohorting sesuai dengan tingkat transmisinya ke ruang kohorting yang ada di RS. | |
|----------------|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | |
|---|--|---|----------|----------|-----------|---|---|
| <p>2. Petugas yang melayani covid 19 tidak tertular dari pasien</p> | <p>Petugas kesehatan tertular covid 19 karena memberikan pelayanan di ruang covid 19</p> | <p>Interaksi yang erat petugas dengan pasien covid19 di rumah sakit</p> | <p>4</p> | <p>4</p> | <p>16</p> | <p>Menambahkan CCTV yang canggih bisa <i>zoom in</i> dan <i>zoom out</i> untuk mengurangi interaksi pertemuan tenaga kesehatan dengan pasien terutama untuk hal-hal yang bisa dilakukan dengan cukup melihat di CCTV</p> <hr/> <p>Memberi barier antara ruang pelayanan</p> | <p>Kepala Instalasi Kelas III Dan Unit Stroke</p> |
|---|--|---|----------|----------|-----------|---|---|

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|---|--|
| | | | | | | | dengan <i>Nurse station</i> | |
| | | | | | | | Menyiapkan chamber untuk transfer pasien covid sehingga mengurangi paparan ke tenaga kesehatan atau lingkungan sekitar. | |
| 3. Pelayanan Operasi berjalan dengan lancar sesuai | Pasien batal dilakukan operasi oleh karena, Jadwal tidak sesuai dengan kesiapan waktu | 1. Jadwal operasi tidak klik dengan waktu operator. | 3 | 5 | 15 | | 1. Pendaftaran dilakukan ketika semua kelengkapan sudah sesuai | Kepala Instalasi Kelas III Dan Unit Stroke |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|--|--|
| dengan jadwal | DPJP, menunggu hasil screening Covid atau menunggu ketersediaan ICU sehingga batal operasi | 2. Menunggu jadwal screening covid/belum ada hasil screening covid. 3. ICU belum tersedia | | | | | 2. Memastikan kelengkapan screening covid sudah dilakukan dan hasilnya tidak ada kecurigaan covid 19 | |
| 4. Pemeliharaan dan kalibrasi alat medis di rajawali | <i>Maintenance</i> dan Kalibrasi alat medis tidak tepat waktu atau tidak dilakukan dapat | 1. Pemeliharaan alat medik tidak sesuai jadwal | 3 | 3 | 9 | | 1. Menunjuk PIC Maintenance dan kalibrasi alat medis diruangan | Kepala Instalasi Kelas III Dan Unit Stroke |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|--|---|---|---|--|--|
| | terlaksana dengan baik | berdampak alat medis tidak dapat digunakan dan mengganggu pelayanan pasien | 2. Kalibrasi oleh pihak ketiga | | | | 2. Koordinasi bagian IPS terkait data usia teknis alat medis, jadwal <i>maintenance</i> dan kalibrasi. | |
| 5. | Pelayanan covid 19 terhindar dari potensi fraud yang dapat merugikan RS atau Pemerintah | Data internet digunakan oleh peserta didik untuk acara/kegiatan diluar kepentingan RS berakibat kerugian RS | Zoom untuk kuliah dan konsultasi dengan dosen pembimbing | 2 | 4 | 8 | 1. Penguncian ID password internet 2. SOP pemanfaatan data internet | Kepala Instalasi Kelas III Dan Unit Stroke |

o. Instalasi Rawat Intensif

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|--|----------|----------|--------------|----------------|---|---------------------------------|
| 1. DPJP IRIN dan DPJP non IRIN memahami kriteria masuk IRIN | Ketidak patuhan terhadap kriteria masuk IRIN yang ditetapkan oleh DPJP IRIN berdampak pasien kriteria masuk IRIN yg membutuhkan tdk mendapat tempat | Ketidak tahuan dan ketidak patuhan DPJP IRIN dan DPJP non IRIN terhadap kriteria masuk | 4 | 3 | 12 | | Memasukkan pasien yang tidak sesuai kriteria dan prioritas masuk IRIN | Kepala Instalasi Rawat Intensif |
| | | | | | | | Sosialisasi kriteria dan prioritas masuk IRIN ke DPJP IRIN, DPJP non IRIN dan asisten DPJP stase IRIN | |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|----|--|---|---------------------------------|
| | | | | | | | Pasien masuk ke IRIN diutamakan prioritas 1 dan 2 | |
| | | | | | | | Mengirimkan Pedoman pelayanan IRIN ke KSM terkait | |
| 2. Flow pasien masuk ICU dan HCU lebih baik | Antrian pasien masuk IRIN banyak sehingga terjadi penumpukan pasien yang mengancam | Ketidakpatuhan DPJP IRIN dan DPJP non IRIN terhadap kriteria masuk sesuai prioritas | 4 | 3 | 12 | | Mengusulkan kepatuhan terhadap kriteria masuk dan prioritas IRIN ke KSM Anestesi dan KSM Anak | Kepala Instalasi Rawat Intensif |

| | | | | | | |
|--|--------------------|--|--|--|---|--|
| | keselamatan pasien | | | | Memberikan laporan/ feedback kepatuhan kepada DPJP | |
| | | | | | Mengirimkan surat ke KMKP untuk usulan kriteria masuk dan prioritas IRIN dijadikan IKI ke KSM terkait | |

| | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|---|----|--|---|---------------------------------|
| | | | | | | | Monev pada DPJP IRIN dan DPJP non IRIN terhadap kepatuhan kriteria dan prioritas masuk IRIN | |
| 3. Semua kapasitas tempat tidur dapat digunakan | Kerusakan pasien monitor mengakibatkan pasien tidak bisa | Tidak ada backup pasien monitor | 3 | 4 | 12 | | Tempat tidur tidak operational karena tidak ada pasien monitor | Kepala Instalasi Rawat Intensif |

| | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|---|----------|---|---|---|--|---------------------------------|
| | berganti posisi baring berdampak | | | | | | Koordinasi ke IPS untuk <i>maintenance</i> saat alat tidak terpakai | |
| | | | | | | | Mengusulkan kekurangan dan penggantian monitor pasien yang sudah dipakai lebih dari 10 tahun | |
| 4. | Suhu di ruang pelayanan 22 - 24 C | Suhu ruang diatas 25 C berakibat terjadi komplain oleh pasien | AC rusak | 3 | 3 | 9 | Koordinasi dengan IPS RS untuk <i>maintenance</i> AC dan perbaikan | Kepala Instalasi Rawat Intensif |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|---|---|--|---|---------------------------------|
| | | | | | | | Memindahkan pasien atau alat di ruang yang AC rusak | |
| | | | | | | | Order ke IPS untuk perbaikan AC | |
| 5. Semua ruang berfungsi baik | Tumbuh jamur dan plafon berlubang dikarenakan genangan air dalam jangka waktu lama | Kebocoran atap gedung karena terjadi retakan pada atap gedung | 3 | 3 | 9 | | Koordinasi dengan IPS RS mencari sumber kebocoran | Kepala Instalasi Rawat Intensif |
| | | | | | | | Memindahkan pasien atau alat di ruang yang bocor | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|---|----|--|--|---------------------------------|
| | | | | | | | Order ke IPS sesuai ruang yang bocor | |
| 6. Penambahan ruang isolasi Covid 19 | Ruangan ICU, HCU berkurang berdampak penumpukan antrian pasien yang mengancam keselamatan pasien | Sebagian ruang dipakai untuk Isolasi Covid | 4 | 4 | 16 | | Perencanaan pengebangan ruang ICU dan HCU sekaligus termasuk perencanaan untuk ruang isolasi Covid 19. | Kepala Instalasi Rawat Intensif |

p. Instalasi Bedah Sentral

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---------------------------------------|--|---|---|---|-------|---------|--|--------------------------------|
| 1. Semua operasi terfasilitasi BHPnya | Pembatalan operasi karena tidak tersedianya BHP farmasi berdampak pemanjangan LOS pasien | Belum adanya Sistem komplain ketersediaan BHP farmasi | 4 | 4 | 16 | | Pembuatan sistem pengontrolan BHP secara otomatis melalui SIM RS | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----|--|--|--------------------------------|
| 2. Semua ruangan kamar operasi suhu dan kelembabannya sesuai standar | Infeksi pasca operasi yang berdampak meningkatkan kerugian rumah sakit karena peningkatan biaya rawat | AC sering eror (kerusakan pada fan motor, <i>fan outdoor</i> , dan komplain pada AC) | 3 | 4 | 12 | | Pembuatan sistem AC yang terintegrasi di semua kamar operasi | Kepala Instalasi Bedah Sentral |
| 3. Operasi tetap berlangsung saat suction sentral mati/ tersumbat | Berhentinya komplain operasi karena keterbatasan jumlah suction komplain yang berdampak terjadinya pembatalan dan komplain internal dan eksternal | Jumlah suction mobile hanya 2 | 4 | 5 | 20 | | Penambahan mesin suction portable | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|---|--------------------------------|
| 4. Saat listrik PLN mati kemudian diganti dengan Ganset, tegangan listrik tetap stabil | Tegangan listrik dari genset tidak stabil yang berdampak terjadinya kerusakan alat alat medis | Penggunaan genset saat listrik PLN mati | 2 | 4 | 8 | | Penambahan cakupan alat yang dipasang UPS | Kepala Instalasi Bedah Sentral |
|--|---|---|---|---|---|--|---|--------------------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|---|----------|----------|-----------|--|---------------------------------------|
| <p>5. Paparan radiasi tidak mengenai petugas yang berada di luar kamar operasi yang sedang melakukan tindakan dengan C-Arm</p> | <p>Terkena paparan radiasi bagi petugas diluar kamar tinfkan operasi yang berdampak terjadinya gangguan kesehatan</p> | <p>Dinding kamar operasi belum terpasang timbal</p> | <p>5</p> | <p>4</p> | <p>20</p> | <p>Pemasangan timbal di Ok 8,9,10,dan Ok jantung</p> | <p>Kepala Instalasi Bedah Sentral</p> |
|--|---|---|----------|----------|-----------|--|---------------------------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|---|----|--|--------------------------------|
| 6. Semua petugas yang berada di ruang istirahat aman dari paparan covid-19 | Terjadi paparan covid-19 yang berdampak terjadinya gangguan kesehatan paada petugas | Sirkulasi udara yang tidak optimal | 3 | 4 | 12 | Pemasangan <i>exhoust fan</i> , dan pemasangan alat plasma <i>purified</i> | Kepala Instalasi Bedah Sentral |
|--|---|------------------------------------|---|---|----|--|--------------------------------|

q. Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak (CENDRAWASIH)

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|---|---|---|---|---|-------------|------------------|---|---|
| 1. Tidak ada Penularan Covid terhadap Pegawai / staff Inst, PIA | Terjadi Penularan infeksi Covid 19 dari pasien kepada Petugas Rawat Inap dan Pemulasaraan jenazah Instalasi PIA yang berdampak terganggunya | Pasien OTG Covid 19 dan keluarga tidak memberikan informasi secara jujur kepada petugas | 2 | 4 | 8 | | Perawat, Karu selalu koordinasi dengan DPJP dan Residen, setiap pasien pre op dilakukan swab dahulu di tempat swab unit terkait). | Kepala Instalasi Pelayanan ibu Dan Anak |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| <p>pelayanan rawat inap karena petugas harus isoman dalam jangka waktu yang lama.</p> | | | | | | <p>Screening dilakukan di Rawat Jalan. Penempatan / Perawatan Pasien ; PDP, Positif Covid di Ruang isolasi</p> |
| | <p>Pasien OTG Covid 19 dan keluarga tidak mengerti / menyadari jika dirinya terinfeksi covid 19</p> | 2 | 4 | 8 | | <p>Kolaborasi dengan bagian PPI utk Mengingatkan seluruh staf agar tetap melakukan ProKes (5M) baik di rumah sakit maupun di luar rumah sakit.</p> |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|---|---|
| | | | | | | | Edukasi tentang penularan covid terhadap keluarga lebih mendalam | |
| 2. Rasio perawat dan jumlah pasien yg dirawat sesuai atau dengan kondisi keterbatasan tenaga yg ada sekarang tercipta situasi yg kondusif | Pelayanan ke pasien menjadi tidak maksimal dan kurangnya pengawasan terhadap pasien, karena pasien ketergantungan total ke perawat dan keluarga menunggu diluar ruangan | KETERBATASAN TENAGA : Jumlah perawat dibagi menjadi 2 yaitu merawat pasien non covid dan pasien covid; Semua perawat yang berdinass perempuan dan dalam masa produktif, sehingga sering hamil dalam waktu | 4 | 3 | 12 | | Mengajukan backup tenaga sementara untuk perawat yang cuti hamil; Mengajukan kebutuhan tenaga untuk kegiatan pendampingan sectio di IBS. | Kepala Instalasi Pelayanan ibu Dan Anak |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
| | | <p>bersamaan. Saat ini yang sedang hamil 6 orang dan cuti hamilnya hampir bersamaan waktunya;</p> | | | | <p>Mengajukan usulan Ruang isolasi Covid di Garuda digabung dengan NRT-NICU</p> | |
| | | <p>Ruang NRT-NICU merupakan ruangan dengan kompetensi khusus karena merawat pasien neonatus yang berisiko tinggi;</p> | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---|----|--|--|---|
| | | Setiap shift 1 orang tenaga diambil untuk pendampingan tindakan section di IBS. | | | | | | |
| 3. Terpenuhinya keselamatan pasien | Risiko terjadinya Insiden Keselamatan Pasien yg dirawat Ruang Kenari | Pasien yang dirawat adalah pasien berisiko tinggi berperilaku kekerasan | 3 | 5 | 15 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien dengan perilaku kekerasan. 2. Pemisahan kamar pasien. 3. Kolaborasi dengan DPJP. 4. Edukasi keluarga terkait kondisi | Kepala Instalasi Pelayanan ibu Dan Anak |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|----|--|---|---|
| 4. Tidak terjadi kebakaran di area Kamar Mayat (Forensik) | Di Area Kamar Mayat (Forensik) sarana gedung atapnya masih kayu semua, sehingga mudah terbakar saat ada pemicunya. | Gedung tua masih beratap kayu semua Dan banyak alat-alat yang power listriknya tinggi, seperti ; ada 10 Freezer yg sering eror (Konslet). | 2 | 5 | 10 | | Bersurat usulan untuk penggantian atap dari kayu ke bahan yang tidak mudah terbakar | Kepala Instalasi Pelayanan ibu Dan Anak |
| 5. Tidak terjadi komplain keluarga atau keluarga memahami situasi dan kondisi | Sering terjadi komplain keluarga jenazah terkait pengiriman jenazah ke rumah duka yang menurut | Jumlah fasilitas Armada Ambulance gratis baru ada 3 dan jumlah sopir hanya ada 2 orag setiap Shift. sedangkan | 5 | 4 | 20 | | 1. Selalu edukasi keluarga yang berisiko komplain karena tiap harinya berbeda-beda pelanggan. | Kepala Instalasi Pelayanan ibu Dan Anak |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----|--|---|--------------------------------|
| Kamar Jenazah | keluarga terlalu lama | jumlah Jenazah yang harus diantar lebih dari 3 jenazah dan sebagian besar jarak luar kota. | | | | | 2. Kebijakan untuk Jenazah PBI atau Covid dalam kota yang menunggu dialihkan ke Ambulance Panyuban WK (yang sudah ada MOU dengan RS). | |
| 6. Kondisi stamina petugas Pemulasaraan dan sopir | Load Jenazah di masa pandemi ini meningkat tajam, sehingga petugas Pemulasaraan | Kwantitas tenaga Pemulasaraan jenazah dan sopir | 5 | 5 | 25 | | 1. Instalasi membantu memberikan obat & suplemen | Kepala Instalasi Pelayanan ibu |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|-----------------|
| <p>Ambulance baik, tidak ada yang sakit</p> | <p>dan sopir Ambulance kelelahan dan bahkan ada yang sakit (Covid) sejumlah 2 org.</p> | <p>Ambulance terbatas dan khusus, sehingga tidak bisa digantikan petugas lain.</p> | | | | <p>2. Usulan pemberian makan & suplemen tiap shift</p> <hr/> <p>3. Usulan tambahan tenaga pemulasaraan jenazah yang sifatnya magang</p> | <p>Dan Anak</p> |
|---|--|--|--|--|--|---|-----------------|

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|---|--|
| 7. Tidak terjadi tindakan terindikasi KKN / Fraud | Adanya Petugas Paguyuban WK yang selalu stay di KM untuk memantau Kondisi lapangan, ditambah sering adanya keluarga yang komplain kelamaan waktu tungguanya. sehingga Potensial terjadi pengalihan | Keluarga Jenazah yang sering komplain tidak sabar menunggu antrian Ambulance | 3 | 4 | 12 | | 1. Rapat Koordinasi dengan Pimpinan pihak 3 (Paguyuban WK) untuk meniadakan petugas piket WK yang stay di KM. | |
|---|--|--|---|---|----|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | transportasi Ambulan ke Pihak 3 yang tidak sesuai kebijakan. | | | | | | 2. Adanya addendum MOU yang harusnya habis akhir juni 21 | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

r. Instalasi Pemeliharaan Sarana RS

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--|---|--|---|---|-------------|------------------|--|---|
| 1. Terpenuhi pelayanan Operasi IBS Central | Temperatur ruangan tidak memenuhi standar yang berdampak terhadap ketidaknyamanan tindakan operasi dan peningkatan jumlah angka kuman yang berakibat Nosocomial | Kegagalan sistem pendinginan karena usia pemakaian | 2 | 4 | 8 | | 1. Membuat perencanaan pemeliharaan yang terjadwal 2. membuat usulan penggantian AC | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----|--|--|---|
| 2. Semua alat Medis Terkalibrasi | Hasil output alat tidak terjamin bila alat tidak terkalibrasi berdampak keselamatan pasien | Jadwal kalibrasi dr eksternal tidak ada kepastian | 4 | 4 | 16 | | Membuat jadwal kalibrasi internal dan eksternal sesuai alat dengan kontrak servis | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |
| 3. Terpenuhi nya Supply Listrik secara terus menerus meskipun | Supply Listrik putus dari PLN berdampak semua penerangan,tata udara, jaringan komunikasi, alat medis dan | Kerusakan Sistem <i>Emergency</i> Listrik (kerusakan genset) | 2 | 5 | 10 | | Ketepatan jadwal pemeliharaan dan menindaklanjuti hasil <i>maintenance</i> . Usulan spare part.. | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|--|--|---|
| listrik dari PLN putus. | nonmedis tidak operasional. | | | | | | Menyediakan <i>Spare Parts</i> bila terjadi kerusakan | |
| 4. Terpenuhi nya <i>Supply</i> Listrik secara terus menerus. | <i>Supply</i> Listrik putus dari PLN berdampak semua penerangan,tata udara, jaringan komunikasi, alat medis dan nonmedis tidak operasional. | Kerusakan jaringan Tegangan Menengah (TM) listrik | 2 | 5 | 10 | | Peremajaan Jaringan TM, penambahan penyulang suplay cadangan dari PLN. Membuat usulan ulang untuk peremajaan TM | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|---|---|----|--|--|---|
| 5. Terpenuhi nya Supply air bersih secara terus menerus. | <i>Supply</i> Air dibeberapa unit/gedung berhenti, berdampak semua kegiatan yang membutuhkan air bersih tidak bisa dilakukan | Sumber air tidak mencukupi. | 2 | 5 | 10 | | 1.Mengusulkan kembali pengaktifkan tandon bergota 2.Peremajaan instalasi jaringan air bersih. 3.PKS dengan penyedia air bersih selain PDAM | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |
|--|--|-----------------------------|---|---|----|--|--|---|

| | | | | | | | |
|---|---|--|----------|----------|-----------|--|--|
| <p>6. Terlindunginya teknisi dari infeksi nosokomia</p> <p>1.</p> | <p>Terinfeksi penyakit menular (Hep B, HIV, TB, dll) yang berdampak terhadap PAK bagi petugas</p> | <p>Alat-alat medis terpapar darah dan atau cairan tubuh pasien</p> | <p>2</p> | <p>5</p> | <p>10</p> | <p>1.Pembuatan rak APD & ketersediaan APD. 2.Sosialisasi SPO. 3. Melengkapi ketersediaan APD & tempat APD, Pembuatan SPO pengiriman alat yang rusak ke IPSS dan sosialisasi SPO.</p> | <p>Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS</p> |
|---|---|--|----------|----------|-----------|--|--|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|--|---|
| 7. Terfasilitasi pengolahan limbah cair | Pompa limbah mati / tidak berfungsi mengakibatkan pencemaran lingkungan | - Pompa limbah tersumbat -Kerusakan panel listrik. | 3 | 4 | 12 | | Kesesuaian jadwal pemeliharaan | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |
| | | | | | | | Pembuatan jadwal pemeliharaan pompa limbah. | |
| | | | | | | | Diusulkan kontrak servis pemeliharaan pompa. | |

| | | | | | | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|---|---|----|--|---|---|
| 8. Keamanan gedung. | Keretakan dan kebocoran gedung yang mengakibatkan ruangan tidak bisa digunakan | Usia dan konstruksi gedung. | 4 | 5 | 20 | | Membuat jadwal pemeliharaan | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS |
| | | | | | | | Pemeliharaan sesuai dengan mapping gedung | |

s. Instalasi Eksekutif (PAVILIUN GARUDA)

| STRATEGIC GOALS | RISK IDENTIFICATION | RISK SOURCE | O | S | R P N | B A N D | RISK CONTROL | PIC |
|--|--|--|---|---|-------------|------------------|---|----------------------------|
| 1. Tercapainya kunjungan pasien akan kebutuhan pelayanan imunisasi | Bersaing dengan RS lain dalam hal tarif dan fasilitas pelayanan yang berdampak pada jumlah kunjungan pasien yang sedikit | Belum terpenuhinya sarana dan prasarana serta paket tarif imunisasi (Jenis pelayanan baru) | 5 | 2 | 10 | | <ul style="list-style-type: none"> - Pengusulan sarana prasana interior ruangan. - Pengusulan tarif paket imunisasi | Kepala Instalasi Eksekutif |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|--|---|----------------------------|
| | Status sebagai RS rujukan Covid 19 sehingga masyarakat enggan ke RSDK | Pasien merasa tidak aman | 4 | 3 | 12 | | Pengusulan promosi melalui medsos dan audio publik rumah sakit | |
| | Keterlambatan ketersediaan vaksin | Pasien menunggu ketersediaan vaksin | 2 | 2 | 4 | | Pengusulan pengadaan vaksin | |
| 2. Tercapainya keberhasilan pelayanan Teknologi Reproduksi Berbantu (TRB) di | Keterlambatan ketersediaan BMHP (Bahan Medis habis Pakai) dan alat penunjang pelayanan berdampak | E- katalog dan alur yang belum praktis | 3 | 4 | 12 | | Pengusulan revisi E catalog utk BMHP yg belum tersedia tetapi dibutuhkan oleh medis | Kepala Instalasi Eksekutif |

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|----|--|---|
| Klinik Amarilis | kegagalan proses TRB | | | | | | Pengusulan BMHP utk dimasukkan ke formularium selanjutnya yg dibutuhkan oleh tiap KSM |
| | Belum ada DPJP Embriolog dengan kompetensi khusus (ICSI/Intra Cyto plasmic Sperm Injection) dengan kasus-kasus sulit | Sudah ada dokter ahli embriolog (Mitra) akan tetapi belum mempunyai pengalaman / jam | 5 | 4 | 20 | | Menghadirkan SDM Embriolog yang berstatus pegawai tetap Rumah Sakit |

| | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------|--|--|--|--|---|--|
| | yang berdampak kegagalan TRB | terbang yang cukup | | | | | Menyekolahkan SDM yang ada (dokter, dokter hewan, Biologi) | |
|--|---------------------------------|-----------------------|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|---|--|---|----------|----------|----------|--|--|-----------------------------------|
| <p>3. Pasien mampu merawat kecantikan sendiri di rumah melalui tutorial selama masa pandemi dengan menggunakan <i>Compact Disc (CD)</i> untuk edukasi</p> | <p>Pasien kesulitan melakukan sendiri (perlu konsultasi secara langsung dengan DPJP)</p> | <p>Belum terpenuhinya sarana penunjang CD</p> | <p>3</p> | <p>3</p> | <p>9</p> | | <p>Pengusulan pengadaan <i>CD tutorial</i></p> | <p>Kepala Instalasi Eksekutif</p> |
|---|--|---|----------|----------|----------|--|--|-----------------------------------|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|----------------------------|
| 4. Tercapainya pelayanan Perawatan Body Ideal | Pasien belum mengetahui ada pelayanan gizi di klinik Gardenia | Promosi belum berjalan dengan baik | 3 | 3 | 9 | | Pengusulan pengadaan leaflet untuk sarana promosi | Kepala Instalasi Eksekutif |
| | Bersaing dengan RS lain yang berdampak pada kunjungan pasien yang sedikit | Paket belum dirancang dan fasilitas pelayanan belum memadai | 3 | 3 | 9 | | Berkoordinasi dengan unit terkait: Yanmed, jangsar, hukmas | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|---|----------------------------|
| 5. Peningkatan kunjungan pasien klinik gigi dan mulut | Pasien masih takut datang ke RSDK karena covid 19 yang berdampak pada menurunnya kunjungan pasien | Sarana dan prasarana standar untuk pelayanan gigi dan mulut selama pandemi (ruang tekanan negatif) belum tersedia | 3 | 3 | 9 | | Pengusulan ruang standar pelayanan gigi dan mulut selama pandemi dan alat penunjang pelayanan (suction aerosol) | Kepala Instalasi Eksekutif |
| 6. Peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan di poliklinik | Pasien /pengunjung membuka masker bersama - sama dan berkerumun saat minuman | Pasien /pengunjung enggan menunggu giliran mendapatkan minuman | 4 | 5 | 20 | | Mengubah teknik penyajian dengan cara dilayani, bukan <i>self service</i> . | Kepala Instalasi Eksekutif |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|---|
| dengan <i>healty drink for patient</i> dengan cara disajikan | disediakan berdampak pada risiko transmisi virus dan penyakit lainnya | | | | | | Memberikan edukasi agar pasien/pengunjung bersedia menunggu petugas yang membagikan minuman |
|--|---|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | |
|---|--|--|----------|----------|----------|--|---|-----------------------------------|
| <p>7. Peningkatan kepuasan pasien rawat jalan terhadap pelayanan di poliklinik dengan <i>Music Corner</i> agar pasien tidak bosan selama menunggu pemeriksaan</p> | <p>Tempat belum tersedia menyebabkan fasilitas music corner tidak terwujud</p> | <p><i>Space</i> tempat yang ada sudah terbagi untuk kegiatan pelayanan yang lain</p> | <p>3</p> | <p>3</p> | <p>9</p> | | <p>Pengusulan rancangan kegiatan beserta desain area ke Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum</p> | <p>Kepala Instalasi Eksekutif</p> |
|---|--|--|----------|----------|----------|--|---|-----------------------------------|

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|--|----------------------------|
| 8. Peningkatan kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan di garuda dengan <i>massage acupressure</i> | Tim belum terbentuk menyebabkan layanan tidak berjalan | Belum terpenuhinya tenaga terlatih untuk operasional pelayanan <i>massage acupressure</i> | 2 | 3 | 6 | | Berkoordinasi dengan kepala ruang agar tim yang terbentuk selaras dengan TNA yang diajukan | Kepala Instalasi Eksekutif |
| 9. Tercapainya keberhasilan ibu hamil yang bahagia dengan <i>Maternity Tour</i> | Pasien tidak tertarik karena ruang kurang representatif | Sarana dan prasarana belum terpenuhi | 2 | 3 | 6 | | Pengusulan rancangan kegiatan beserta desain area ke Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum dan Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang | Kepala Instalasi Eksekutif |

| | | | | | | | |
|--|---|---|----------|----------|----------|--|-----------------------------------|
| <p>10. Peningkatan kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan di garuda dengan <i>Virtual Home Care</i></p> | <p>Pelayanan belum berjalan dengan baik</p> | <p>Pasien menolak karena enggan mengikuti program</p> | <p>4</p> | <p>2</p> | <p>8</p> | <p>Monitoring dan evaluasi harian oleh kepala ruang terkait pemahaman pasien terhadap program <i>virtual homecare</i> Menyiapkan sarana untuk memudahkan perawat melakukan edukasi</p> | <p>Kepala Instalasi Eksekutif</p> |
|--|---|---|----------|----------|----------|--|-----------------------------------|

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|--|--|--|
| | | Pasien tertarik namun tergantung pada orang lain (tidak punya HP, tidak paham sistem virtual) | 4 | 3 | 12 | | Pengusulan ke Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang untuk alternatif aplikasi yang digunakan yang banyak digunakan oleh masyarakat | |
|--|--|---|---|---|----|--|--|--|

Secara singkat pelaksanaan dari implementasi manajemen risiko dinilai cukup optimal. Monitoring dan evaluasi berjalan dengan baik, dilaksanakan dengan prinsip *Three Line Of Defense* / pertahanan tiga lapis yang memungkinkan pemangku kebijakan terlibat dalam proses didalamnya, dengan diterbitkannya Surat Keputusan dari direktur utama tentang siapa saja personil yang terlibat. Keadaan ini merupakan penggambaran bahwa implementasi manajemen risiko di Rumah Sakit Dokter Kariadi cukup baik. Pemangku kebijakan sudah memiliki pemahaman baik, hanya ada sedikit kendala dengan beberapa pejabat yang mendelegasikan pelaksanaan kegiatan manajemen risiko kepada bawahannya. Kendala lain yaitu berkaitan dengan pelaporan implementasi manajemen risiko yang belum terintegrasi dengan sistem rumah sakit, saat ini pelaporan kegiatan manajemen risiko dilakukan menggunakan E-sistem mandiri oleh sub komite manajemen risiko dengan google shiff.

Daftar risiko Rumah Sakit Dokter Kariadi dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu daftar risiko korporat dan daftar risiko unit kerja. Pada daftar risiko korporat terdapat 42 sasaran proses bisnis, 54 pernyataan risiko, 74 sumber risiko dan 32 risiko dengan band merah / risiko tinggi yang mempunyai potensi bahaya dan mengancam pencapaian organisasi yang jika tidak dilakukan penanganan dengan segera dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit bahkan kelangsungan / sustainability rumah sakit. Pada semua pernyataan risiko khususnya risiko dengan band merah sudah direncanakan upaya mitigasinya untuk meniadakan atau meringankan dampak. Rencana mitigasi ini harus diupayakan oleh rumah sakit kedepannya agar bisa mencapai sasaran dengan optimal, mampu memenuhi visi dan misinya.

Untuk risiko unit kerja / risiko instalasi terdapat variasi pernyataan risiko dari risiko sedang / band biru dengan nilai analisa 4 - 8, risiko tinggi / band kuning dengan nilai analisa 9 - 12 dan risiko ekstrim / band merah dengan

nilai analisa 15 - 25. Risiko ekstrim dilakukan pengelolaan prioritas karena paling mengancam pencapaian proses kerja unit yang akan berimbas kepada pencapaian organisasi secara korporat.

Karakteristik struktur organisasi yang menunjukkan maturitas pada implementasi manajemen risiko adalah status dan tipe rumah sakit. Faktor lain yang menunjukkan perbedaan dalam tingkat kemampuan implementasi manajemen risiko rumah sakit adalah mandat dan komitmen pimpinan, akreditasi, ketersediaan bagian dan posisi penanggung jawab atau koordinator manajemen risiko serta kebijakan rumah sakit. Sehingga supaya program manajemen risiko bisa berjalan semakin maksimal maka diperlukan komitmen dan peran serta dari seluruh staf terutama manajemen rumah sakit. Direktur / pimpinan harus melakukan upaya penguatan budaya risiko / *Risk based thinking* kepada seluruh jajarannya, menunjukkan komitmen secara tegas untuk mendukung implementasi manajemen risiko di rumah sakit. Selain itu juga memasukkan manajemen risiko sebagai salah satu kebijakan strategis rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu dan terwujudnya tata kelola organisasi yang baik. Terakhir memfasilitasi kegiatan peningkatan keilmuan manajemen risiko bagi seluruh pegawainya yang diharapkan berdampak positif terhadap peran aktif pegawai pada kegiatan manajemen risiko.

Untuk mengetahui lebih dalam dampak antara manajemen risiko dan peningkatan mutu rumah sakit, maka perlu membahas tentang hubungan antara peningkatan mutu rumah sakit dengan implementasi manajemen risiko terintegrasi terhadap tata kelola rumah sakit, untuk melihat sejauh mana dampak positif yang muncul dan melihat peta risiko yang diperoleh sebagai *bench mark* / pembandingan antar rum

DAFTAR PUSTAKA

- International standart, risk management – guidelines, (2018).
- Alijoyo, antonius with jacobus deddy. (2016). *Dasar-dasar ENTERPRISE RISK MANAGEMENT untuk direktur dan komisaris*.
- Amal, A. N. (2016). Manajemen risiko di rumah sakit. *Working People, March*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1019.0484>
- Briner, M., Kessler, O., Pfeiffer, Y., Wehner, T. & Manser, T. (2010). *Assessing hospitals clinical risk management: Development of a monitoring instrument. BMC Health services research, 1-11. 10, 1-11.*
- Implementing enterprise risk management – Case studies and best practices. New Jersey USA: John Wiley & Sons Inc., (2015).
- Green, P. E. J. (2016). *Enterprise Risk Management* (P. E. J. Green (Ed.); 1st editio). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-18651-5>
- Hanafi, M. M. (2016). *Manajemen risiko* (Ed. III ;). UPP STIM YKPN : YOGYAKARTA., 2016.
- Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA., C. (2019). *Manajemen risiko bisnis* (C. Hery, Hery, SE., M.Si., CRP., RSA. (Ed.); 1st ed.). PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Institution, T. british standards. (2018). *BS ISO 31000:2018 risk management - guidelines* (second edi). BSI Standards Limited 2018.
- International, J. C. (2017). *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*. Joint Comission International.

International organization for standardization ISO 31000: risk management - principles and guidelines, 2009 Iso 31000 36 (2009).

Kaya, G. K., Ward, J. R., & Clarkson, P. J. (2019). A framework to support risk assessment in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(5), 393–401. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy194>

Berita Negara, Pub. L. No. 25, Nomor 16 Menteri kesehatan republik indonesia peraturan menteri kesehatan republik indonesia 2004 (2019).

Undang-undang (UU) no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, (2009).

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (Ed.). (2017). *Standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, point 12, elemen penilaian manajemen risiko* (1st ed.).

Olii, marsela wahyuni. (2018). *Analisis implementasi manajemen risiko klinis dan faktor-faktor yang mempengaruhi pada rumah sakit di kota makassar*. Program pasca sarjana universitas hasanuddin makasar.

ISO 31000 2018 risk management definitions in plain english, (2018). <http://www.praxiom.com/iso-31000-terms.htm>

Rokhmat Subagiyo, SE, M. (2017). *Metode penelitian ekonomi islam : konsep dan penerapan*. Alim's Publishing, Jakarta, Indonesia. <http://repo.iain-tulungagung.ac.id/id/eprint/7300>

Pedoman manajemen risiko rumah sakit dokter kariadi semarang tahun 2020, Pub. L. No. HK.02.03/I.V/766/2020, 1 (2020).

Sanjaya, L. (2015). *Pengaruh penerapan enterprise risk management dan*

variabel kontrol terhadap nilai perusahaan di sektor keuangan. 3.

Semarang, R. dokter kariadi. (2020). *Rencana strategis bisnis tahun 2020 – 2024 badan layanan umum rumah sakit umum pusat dokter kariadi semarang tahun 2019*. RSUP dokter kariadi.

Sugiyono, prof. D. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D – MPKK* (P. D. Sugiyono (Ed.); Edisi ke 2). Alfabeta.

Susilo, leo j. (2017). *Governance, risk management, and compliance. Executive's guide to risk governance and risk oversight* (D. Novita (Ed.); 1st ed.). Gramedia widiasarana.

Usman, syarif. I. M. M. (2020). *Manajemen risiko dalam industri* (I. M. M. Usman, syarif (Ed.); 1st ed.). Mandar Maju.

Zaboli, R., Karamali, M., Salem, M. & Rafati, H. (2011). *Risk management assessment in selected wards of hospitals of Tehran. Iranian journal of military medicine, 12, 197-202. 12.*

Zimer, M., Wassmer, R., Latasch, L., Oberndorfer, D., Wilken, V., Ackermann, H. & Breitzkreutz, R. (2010). *Initiation of risk management: incidence of failures in simulated emergency medical service scenarios. Resuscitation, 81, 882-886.*

Buku ini membahas tentang pelaksanaan manajemen risiko terintegrasi yang mengacu pada standar internasional ISO 31000 tahun 2018 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2019. Risiko dapat timbul secara tiba-tiba, maka harus belajar bagaimana menghadapi apa yang akan terjadi pada masa mendatang. Mengingat risiko hampir tidak dapat dicegah atau disingkirkan, sehingga diperlukan manajemen risiko agar tidak menimbulkan kerugian lebih banyak. Dengan manajemen risiko maka dapat mengarahkan dan mengendalikan risiko organisasi pada setiap proses kegiatannya.

Berfokus pada rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan bahwasanya kebutuhan masyarakat akan layanan rumah sakit yang bermutu semakin meningkat seiring dengan membaiknya perekonomian dan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Layanan kesehatan yang tidak aman dan memiliki potensi risiko yang mengancam nyawa menjadi penyebab utama kematian, peningkatan angka mortalitas pasien dan berpotensi mencederai petugas rumah sakit. Dalam hal ini, manajemen risiko perlu diperhatikan dengan baik dan tentunya melekat pada masing-masing unit kerja rumah sakit.

Terkait dengan implementasi manajemen risiko di rumah sakit yang belum dilaksanakan secara baik, ini dikarenakan SDM tidak memahami tentang manajemen risiko. Sejauh ini, penyusunan identifikasi, analisa dan evaluasi risiko belum dilakukan secara benar sesuai dengan pedoman yang sudah disusun dan hanya sekedar memenuhi kebutuhan akreditasi rumah sakit terkait ketersediaan dokumen *risk register*. Bahkan pelaporan *risk register* juga masih berupa pemenuhan kewajiban administratif saja, padahal secara konten masih belum memenuhi standar kualitas dan prinsip manajemen risiko. Sehingga perlu perbaikan dalam menyusun *risk register* secara baik dan benar sebagai dasar pengelolaan risiko organisasi.



Pustaka Aksara

ISBN 978-623-161-091-1



9 786231 610911