

Laporan Semester I
Tahun 2022
INDIKATOR MUTU

Ringkasan Hasil

SUB KOMITE MUTU DAN AKREDITASI

1. Indikator Nasional Mutu :
 - a. 8 indikator tercapai yaitu kepatuhan cuci tangan, kepatuhan identifikasi pasien, waktu tunggu rawat jalan, penundaan waktu operasi elektif, kepatuhan penggunaan FORNAS bagi RS Provider BPJS, Kepatuhan terhadap CP, kepuasan pasien dan keluarga, dan kecepatan respon terhadap komplain
 - b. 5 indikator tidak tercapai yaitu kepatuhan penggunaan APD, Waktu tanggap operasi SC emergensi, kepatuhan jam visite dokter spesialis, waktu lapor hasil tes kritis laboratorium, dan kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap
1. Indikator Prioritas : 18 indikator tercapai, 10 indikator tidak tercapai, 4 indikator NA, dan 2 indikator belum mengirimkan hasil capaian
2. Indikator Praktik Klinis : 82 indikator tercapai, 31 indikator tidak tercapai, 3 indikator NA, dan 6 indikator belum mengumpulkan hasil capaian
3. Indikator Kinerja Unit : 226 indikator tercapai, 98 indikator tidak tercapai, dan 7 indikator NA
4. Indikator Covid : 12 indikator tercapai, 4 indikator tidak tercapai, 1 indikator NA, dan 1 indikator belum mengirimkan hasil capaian
5. Indikator Kontrak : 27 Indikator kontrak tercapai tercapai, 5 indikator NA
6. Upaya Perbaikan Mutu : Telah dilakukan fishbone untuk indikator Ketepatan waktu transfer pasien rawat inap ≤ 1 jam
7. Progress Self Asessment Akreditasi : Terjadi peningkatan persentase grading hijau dari 19,35% menjadi 54,58%

Ringkasan Hasil

SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

1. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien : 2 indikator tercapai, dan 5 indikator tidak tercapai
2. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) : terdapat 6.641 IKP dengan 50% KPC, 31% KNC, 19% KTC, 0% KTD, dan 0% sentinel
3. Faktor kontributor terbanyak adalah : faktor lingkungan kerja, faktor contributor petugas, dan faktor kontributor organisasi dan manajemen
4. Analisis Mendalam
 - a. ME : Terdapat 2.438 kasus
 - b. MESO terbanyak adalah skor naranjo 5-8 dengan grading hijau
 - c. HAIs : angka capaian HAIs tidak melebihi target Kemenkes
 - d. Pasien psikiatri lari : satu kasus pada bulan Januari
 - e. Insiden lainnya (anestesi, transfusi, sedasi dan diskrepansi diagnosis): tidak ada kasus

Ringkasan Hasil

SUB KOMITE MANAJEMEN RISIKO

1. Peta Risiko Rumah Sakit : berjumlah 27 dengan band merah
2. FMEA : Alur tata kelola pasien rawat inap JKN dengan gap tarif 20-24%
3. E-HRM / Kelolaan Risiko : 39 unit yang membuat laporan pengelolaan risiko
4. Analisis Efisiensi Dampak : Terjadi penurunan pending pada Bulan Juni yaitu 1,72% pada pelayan inap, 2,20% pada pelayanan jalan sehingga total pending pada bulan Juni menjadi 1,78%

SUB KOMITE K3

1. Laporan kelolaan K3 unit
 - a. Tren pelaporan mengalami penurunan
 - b. Ada 30 unit yang rutin melaporkan K3
1. Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) : Jenis KAK terbanyak adalah NSI
2. Tumpahan B3 : Ada 6 laporan tumpahan B3 selama semester 1
3. Penyakit Akibat Kerja (PAK) : tidak ada laporan kejadian PAK
4. Kebakaran : Tidak ada laporan kejadian kebakaran
5. Analisis K3 e-HRM : tertuang dalam Standar Akreditasi MFK

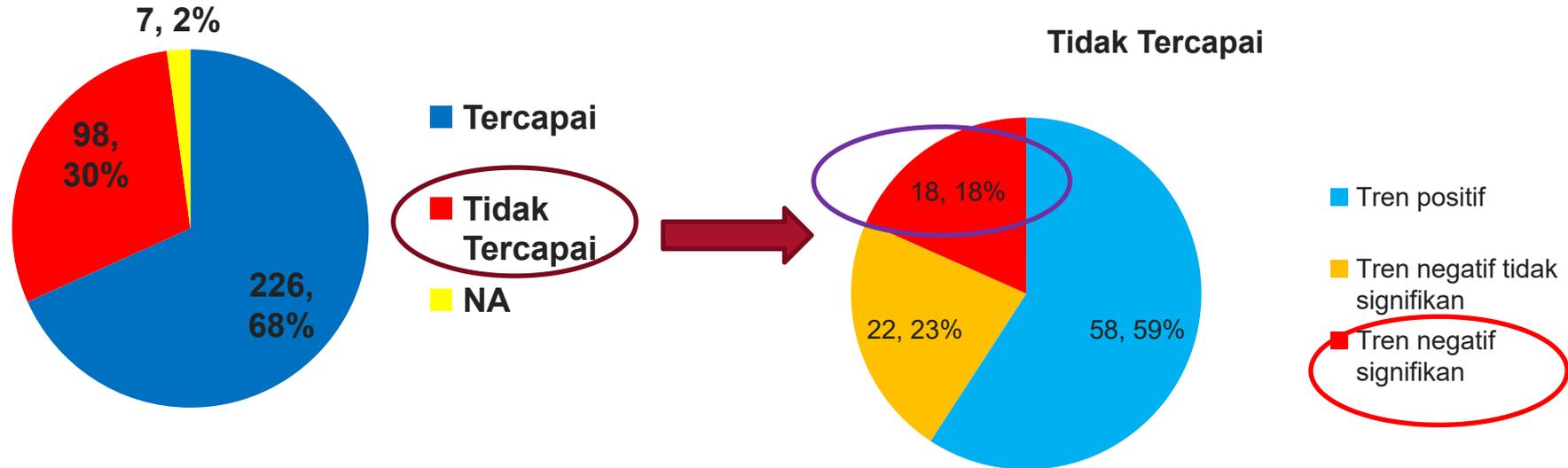
INDIKATOR PRIORITAS

NO	UNIT KERJA	NAMA INDIKATOR	STAN- DAR	TAR- GET	PERIODE PELAPORAN	BULAN			Rata- rata	Ket
						APRIL	MEI	JUNI		
Pelayanan Bedah Minimal Invasif										
1	Instalasi Bedah Sentral	Angka Konversi Open Pasca Kolesistektomi	0%	≤ 2%	Bulanan	0	0	0	0	Tercapai
2	Ranap Kelas I dan II	Kepatuhan Lama Rawat Pasien ERAS Laparoskopik	100%	80%	Bulanan	100	N/A	N/A	100	Tercapai
	Pelayanan Ibu dan Anak					100	N/A	N/A	100	Tercapai
	Eksekutif					N/A	N/A	N/A	-	N/A
3	KS Hukormas	Pemasaran pelayanan Tindakan Minimal Invasif	100%	100%	Bulanan	100	100	100	100	Tercapai
4	Ranap Kelas I dan II	Ketepatan penjadwalan Operasi	100%	100%	Bulanan	100	100	100	100	Tercapai
	Pelayanan Ibu dan Anak					100	N/A	N/A	100	Tercapai
	Eksekutif					N/A	N/A	N/A	-	N/A
Pelayanan Jantung										
5	KSM Jantung	<i>Door to crossing wire</i> pada STEMI akut ≤ 90 menit	≤ 90 menit	70%	Bulanan	75	100		87,5	Tercapai
6	KSM Jantung	Mortality Rate Pasien Bedah Jantung CABG	≤ 5%	≤ 10%	Bulanan	14,29	0		7,1	Tercapai
7	KSM Rehabilitasi Medik	Keberhasilan Rehabilitasi Medik Pasca Operasi CABG Menggunakan Metode 6 <i>Minutes Walking Test</i>	3 mets	80%	Bulanan	N/A	N/A	50	50	Tidak tercapai
8	Instalasi laboratorium Terpadu	<i>Response Time</i> Hasil Pemeriksaan Troponin	100%	80%	Bulanan	25	52,94	55,55	44,5	Tidak tercapai
9	Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik	Persentase Pasien Yang Menjalani Rehabilitasi Fase 2 Pasca Bedah Jantung	100%	100%	Bulanan	N/A	N/A	N/A	-	N/A
Pelayanan Tranplantasi Organ (CST dan Tranplant Ginjal)										
10	Instalasi Onkologi (CST)	Keberhasilan <i>Engraftment</i>	100%	80%	Bulanan	100	N/A	N/A	100	Tercapai
11	Instalasi Onkolgi (CST)	Keberhasilan Pengambilan Stemcell Menggunakan Metode Apheresis	100%	90%	Bulanan	100	100	100	100	Tercapai
12	KSM Penyakit Dalam	Perbaikan Fungsi Ginjal Pasca Operasi	70%	80%	Bulanan	N/A	N/A	N/A	-	N/A
13	Instalasi Farmasi	Ketersediaan Obat melphalan	100%	100%	Bulanan	N/A	N/A	100	100	Tercapai
14	KS Pelayanan Keperawatan	Waktu Tunggu Pemrograman Calon Pasien Cangkok Sumsum Tulang	100%	100%	Bulanan	100	N/A	100	100	Tercapai
15	Komite Etik dan Hukum	Tersedianya rekomendasi hasil advokasi pendonor	100%	70%	Bulanan			N/A	N/A	N/A

INDIKATOR PRIORITAS

NO	UNIT KERJA	NAMA INDIKATOR	STAN-DAR	TAR-GET	PERIODE PELAPORAN	BULAN			Rata-rata	Ket
						APRIL	MEI	JUNI		
Pelayanan Onkologi										
16	KSM Onkologi	Waktu Tunggu Penegakan Diagnosis Awal Ca Mammae, Ca Cerviks, dan Leukemia	100%	70%	Bulanan				-	Belum mengirimkan
17	KSM Onkologi	Waktu Tunggu Inisial Terapi Setelah Penegakan Diagnosis Pada <i>Early/Advanced</i> Ca Mammae	100%	70%	Bulanan				-	Belum mengirimkan
18	Instalasi Onkologi	Ketepatan Pengelolaan IKP Terkait Pelayanan Onkologi	100%	100%	Bulanan	100	100	100	100	Tercapai
19	Instalasi laboratorium Terpadu	<i>Response Time</i> Pemeriksaan Histopatologi	≤14 hari	100%	Bulanan	96,64	98,69	97,53	97,6	Tidak tercapai
20	Instalasi laboratorium Terpadu	<i>Response Time</i> Imuno Histokimia	≤ 30 hari	100%	Bulanan	100	100	100	100,0	Tercapai
21	Instalasi Gizi	Aseptabilitas Makanan pada Pasien Onkologi	100%	> 80%	Bulanan	74,27	78,73	80,29	77,8	Tidak tercapai
22	KS Pelayanan Keperawatan	Ketepatan Pemberian Kemoterapi Sesuai Jadwal	100%	90%	Bulanan	44,5	26,03	24,7	31,7	Tidak tercapai
Pendidikan dan Penelitian										
23	Komite Koordinasi Pendidikan	Supervisi DPJP Terhadap Peserta Didik	100%	100%	Bulanan	35,41	36,24	35,64	35,8	Tidak tercapai
24	Kelompok Substansi Diklit	Supervisi Pelaksanaan Penelitian Klinis Terkait Pelayanan Unggulan	100%	100%	Bulanan	N/A	N/A	100	100	Tercapai
Sasaran Keselamatan Pasien										
25	Komite Mutu RS	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	Bulanan	100	100	100	100	Tercapai
26	Komite Mutu RS	Waktu Tunggu Tindak Lanjut Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	Bulanan	94,69	97,31	97,45	96,5	Tidak tercapai
27	Komite Mutu RS	Kepatuhan <i>Double Check</i> Pada Pemberian Obat HAM	100%	100%	Bulanan	98,88	98,24	98,02	98,4	Tidak tercapai
28	Komite Mutu RS	Kepatuhan Keamanan Operasi	100%	100%	Bulanan	100	100	100	100,0	Tercapai
29	Komite PPI	Kepatuhan Cuci Tangan 6 langkah pada 5 momen	≥ 85%	≥ 90%	Bulanan	99,45	99,64	99,64	99,6	Tercapai
30	Komite Mutu RS	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pasien Rawat Inap	100%	100%	Bulanan	99,79	100	100	99,9	Tidak tercapai
31	Komite Mutu RS	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pasien Rawat Jalan	100%	100%	Bulanan	100	99,37	97,99	99,1	Tidak tercapai

INDIKATOR KINERJA UNIT



INDIKATOR KINERJA UNIT (Tren Negatif Signifikan)

NO	BAGIAN/ BIDANG/ INSTALASI/ KOMITE	NAMA INDIKATOR	PERIODE PELAPORAN	SATU- AN	STAN- DAR	SATU- AN	TARGET	BULAN						RATA- RATA	Analisis	Rekomendasi
								JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN			
1	Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu	Pelayanan Linen Satu Hari Jadi	Bulanan	%	100	%	95	97,6	80,33	80,41	84,59	64,47	83,62	82	Tren negatif signifikan	Validasi data bulan Mei
2	Unit Layanan Pengadaan (ULP)	Persentase belanja alat kesehatan produksi dalam negeri	Semester	%	70	%	70			N/A	N/A	N/A	1,36	1,36	Tren negatif signifikan	Validasi data bulan Juni
3	Kelompok Substansi Dikit	Terpenuhinya Standar Pembelajaran Minimal 20 JPL/Pegawai/Tahun	Bulanan	%	90	%	90	15,98	20,42	26,82	7,01	7,3	21,89	17	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
4	KS Pelayanan Medik	Kepatuhan Waktu Visite DPJP	Bulanan	%	100	%	80	55,6	54,3	55,81	56,89	54,3	51,93	55	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
5	KS Medik	Kepatuhan Pengisian Resep Pada Rekam Medik Elektronik (RME)	Bulanan	%	100	%	TW I : 70% TW II : 80%	58	58	59,32	58,25	57,82	58,23	58	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
6	IGD	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	Bulanan	%	100	%	80	0	0	0	0	0	0	0	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
7	Instalasi PIA	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	Bulanan	%	100	%	80	0	N/A	0	N/A	0	0	0	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
8	Instalasi Onkologi	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	Bulanan	≤ menit	60	≤ menit	60	43,38	58,96	50,86	56,04	66,15	68	57	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
9	Instalasi Onkologi	Kepatuhan waktu visite DPJP	Bulanan	%	100	%	80	41,59	63,52	41,49	43,35	34,12	28,11	42	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
10	Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik	Layanan Geriatri Multidisiplin Terintegrasi	Bulanan	%	100	%	TW 1 : 70% TW 2 : 80%	74,22	78,07	63,93	60,16	45,45	67,46	65	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
11	Instalasi Eksekutif	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	Bulanan	%	100	%	80	N/A	0	N/A	N/A	N/A	N/A	0	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
12	Instalasi Eksekutif	Kepatuhan Waktu Visite DPJP	Bulanan	%	100	%	80	49,49	47,7	47,44	46,54	48,2	46,73	48	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
13	Instalasi Ranap Kelas III dan Unit Stroke	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	Bulanan	≤ jam	48	≤ jam	48	77,9	144,49	67,94	104,76	78,48	80,43	92	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
14	Instalasi Ranap Kelas III dan Unit Stroke	Kepatuhan waktu visite DPJP	Bulanan	%	100	%	80	58,16	54,9	57,47	60,61	59,14	54,36	57	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
15	Instalasi Rawat Intensif	Lama rawat pasien CABG ≤ 4 hari	Bulanan	%	100	%	80	83,3	83,33	80	60	66,66	66,66	73	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
16	Instalasi Farmasi	Waktu Tunggu Penyiapan Obat Pulang Pasien Rawat Inap Depo Rajawali dan Depo Garuda	Bulanan	≤ menit	30	≤ menit	30	14,67	49,62	43,8	43,99	32,48	35,44	37	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
17	Instalasi Rekam Medis	Ketepatan Pengisian Bed Colour	Bulanan	%	100	%	80	85	68,75	77,95	51,11	41,93	72,58	66	Tren negatif signifikan	Validasi data bulan Mei
18	Instalasi Rekam Medis	Waktu Tunggu Pasien IGD Mendapatkan Ruang Rawat Inap ≤ 1X24 Jam	Bulanan	%	100	%	60	86,7	33,58	49,11	56,51	61,23	49,01	56	Tren negatif signifikan	Lakukan PDSA

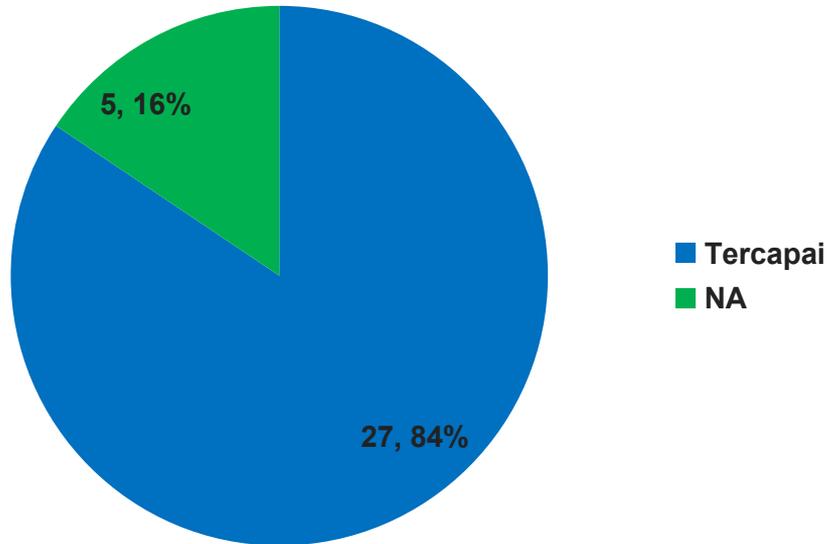
INDIKATOR PRAKTIK KLINIS (IPK) KSM (Tren Negatif Signifikan)

No.	KSM	Judul Indikator	Satuan	Standar	Satuan	Target	Periode Pelapor	BULAN				RATA-RATA	KET.	Analisis	Rekomendasi
								MARET	APRIL	MEI	JUNI				
1	KSM REHABILITASI MEDIK	Tingkat keberhasilan pelayanan Rehabilitasi Medik terhadap Nyeri Punggung Bawah Mekanik dengan Modalitas Cryotherapy dan TENS		VAS < 3, BPS > 7	%	90	Triwulan	48,48	40,67	38,88	N/A	42,68	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
2	KSM ILMU PENYAKIT DALAM	Angka kejadian decubitus Atau perburukan decubitus	%	0	%	0	Bulanan	0	8,88	8,88	33,33	12,77	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
3	KSM RADIOLOGI	Waktu tunggu pembacaan hasil pemeriksaan Sidik Seluruh Tubuh dengan 153-Samarium EDTMP	≤ jam	48	%	75	Bulanan	77,77	55,55	0	94,11	56,86	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan validasi data bulan Mei
4	KSM ILMU PENYAKIT SARAF	Angka keberhasilan terapi intervensi pada pasien Nyeri Punggung Bawah	%	80	%	70	Bulanan	85,06	84,86	24,32	84,3	69,64	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan validasi data bulan Mei
5	KSM MIKROBIOLOGI KLINIK	Ketepatan validasi infeksi MDRO dari kultur darah dalam 24 jam	%	100	%	85	Bulanan	72,72	75,67	85,29	62,16	73,96	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
6	KSM MIKROBIOLOGI KLINIK	Ketepatan validasi infeksi MDRO dari kultur urin dalam 24 jam	%	100	%	85	Bulanan	72,72	76,92	100	19,35	67,25	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan validasi data bulan Juni
7	KSM ONKOLOGI	Waktu Interval Kemoterapi Onkologi Ginekologi 3 Minggu	%	70	%	100	Bulanan	34,48	44,44	N/A		39,46	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan PDSA
8	KSM ONKOLOGI	Penegakan diagnosis AML dengan pemeriksaan immunophenotyping	%	80	%	100	Bulanan		100	40		70,00	Tidak tercapai	tren negatif signifikan	Lakukan validasi data bulan Mei

INDIKATOR COVID (Tren Negatif)

NO	PIC DATA	JUDUL INDIKATOR	SATU-AN	STAN-DAR	SATU-AN	TARGET	PERIODE PELAPO-RAN	TAHUN 2022						RATA-RATA	Analisis	Rekomendasi
								JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN			
15	Komite Mutu	Kepatuhan <i>Hand Over</i> Perawat Rawat Inap COVID-19	%	100	%	100	Bulanan	100	100	100	91,66	100	100	98,6	Tren negatif tidak signifikan	Lanjutkan pengukuran
16	Komite Mutu	Kepatuhan <i>Double Check</i> pada Pemberian Obat HAM pada Pasien COVID-19	%	100	%	100	Bulanan	100	99,45	95,23	91,66	100	100	97,7	Tren negatif tidak signifikan	Lanjutkan pengukuran

INDIKATOR KONTRAK



Target seluruh indikator kontrak
TERCAPAI

Rekomendasi :
Lanjutkan pengukuran

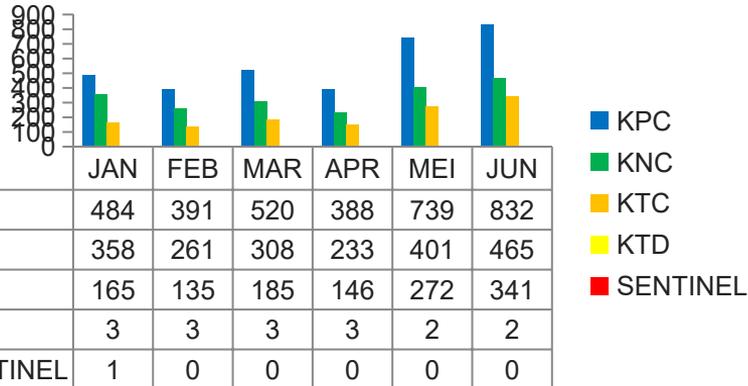
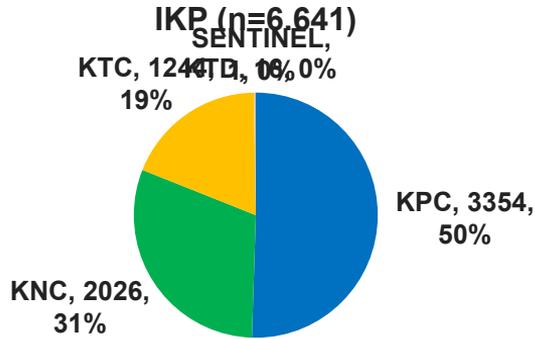
2. SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

1. *Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)*
2. *Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*
3. *Analisis Mendalam*

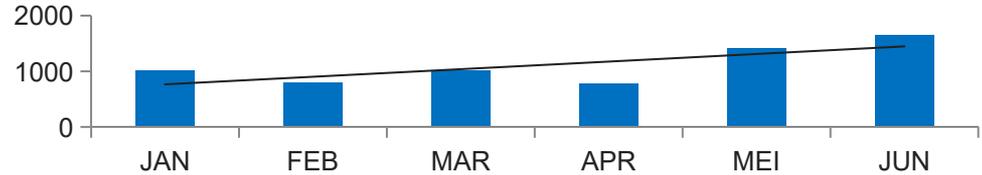
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

No	SASARAN MUTU	TARGET	BULAN						Rata - Rata	KET
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun		
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	Tercapai
2	Kepatuhan Waktu Tunggu Tindak Lanjut Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	98,33%	96,43%	94,69%	97,31%	97,45%	97,37%	Tidak tercapai
3	Kepatuhan Double Check pada Pemberian Obat HAM	100%	98,72%	99,41%	96,56%	98,88%	98,24%	98,02%	98,31%	Tidak tercapai
4	Kepatuhan Keamanan Operasi	100%	98,31%	100%	100%	100%	100%	100%	99,72%	Tidak tercapai
5	Kepatuhan Cuci Tangan 6 Langkah Pada 5 Momen	≥ 90 %	99,45%	99,08%	99,82%	99,45%	99,64%	99,64%	99,51%	Tercapai
6	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pasien Rawat Inap	100%	99,18%	99,78%	100,00%	99,79%	100%	100%	99,79%	Tidak tercapai
7	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pasien Rawat Jalan	100%	99,79%	100,00%	95,68%	100%	99,37%	97,99%	98,81%	Tidak tercapai

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) (n=6.641)



Tren Laporan IKP Januari-Juni 2022



Analisis :

1. Berdasarkan jenis IKP (KPC & KNC) yang mendominasi pelaporan, tingkat kewaspadaan (awareness) akan IKP semakin meningkat.
2. Pembelajaran IKP untuk semua unit dilakukan melalui forum mutu RS

Rekomendasi :

1. Mempersiapkan sarana pendukung dan pemahaman staff perubahan jenis insiden KPC menjadi insiden KPCS
2. Melakukan Koordinasi dengan sub Kom Manrisk dan Sub Kom K3 terkait pengelolaan IKP (KPC, KNC)

3. SUB KOMITE MANAJEMEN RISIKO

1. *Peta Risiko Rumah Sakit*
2. *FMEA*
3. *E-HRM / Kelolaan Risiko*
4. *Analisis Efisiensi Dampak*
5. *Kegiatan Penunjang*

1. PETA RISIKO RUMAH SAKIT DR. KARIADI TAHUN 2022

DAFTAR RISIKO :

1. Profil Risiko RSUP Dr. Kariadi Semarang

Profil Risiko RSUP Dr. Kariadi Semarang merupakan peta risiko rumah sakit yang diidentifikasi dari risiko korporat dan unit yang berjumlah 27 dengan band merah, dimana kemungkinan kejadiannya tinggi / besar dan potensi dampak yang ditimbulkan akan membawa efek negatif bagi kinerja Rumah sakit secara keseluruhan. Profil risiko diharapkan mendapat penanganan prioritas oleh rumah sakit ditingkat manajemen.

2. Risiko Korporat

Risiko Corporate merupakan risiko yang di petakan dari proses bisnis setiap direktorat yang terdapat di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang, dan atau di ambil dari risiko yang ada di unit kerja yang terkait dalam jumlah dan jenis risiko yang sama

3. Risiko Unit

Risiko Unit Kerja merupakan risiko risiko yang diidentifikasi dari proses bisnis dan inovasi unit kerja dalam maencapai sasaran.

STRATEGIC GOALS	RISK IDENTIFICATION	RISK SOURCE	RISK IMPACT	OCCURENCE	SEVERITY	RPN	BAN D	RISK CONTROL	PIC
1. Rumah Sakit tidak mengalami kerugian pada pelayanan pasien rawat inap peserta JKN	Terjadi selisih negatif antara biaya pelayanan pasien rawat inap peserta JKN dengan klaim BPJS	Kompleksitas pelayanan pasien rawat inap	Cashflow negatif Rumah sakit	5	5	25		Kolaborasi dengan direktorat PMKP untuk menyesuaikan alur pelayanan pasien rawat inap JKN dengan sistem pembiayaan INA CBGs	Direktur Keuangan & BMN
2. Terpenuhinya standart jumlah dan kompetensi seluruh pegawai	Regulasi pusat terkait peningkatan kompetensi SDM pada satker BLU	Pemenuhan SDM untuk pengembangan layanan	berdampak terhadap lambatnya pemenuhan kompetensi SDM	4	5	20		Memperluas jejaring kerja dengan perguruan tinggi	Direktur SDM & Pendidikan
3. Implementasi budaya kerja pegawai	Menurunnya budaya kerja pegawai	Integritas pegawai masih rendah	Implementasi budaya kerja pegawai belum terstandar	4	4	16		1. Menggerakkan dan mengaktifkan kembali AoC di masing2 Unit Kerja 2. Memasukkan kepatuhan budaya kerja dalam penilaian IKI pegawai	Direktur SDM & Pendidikan
4. Peningkatan keterampilan peserta didik di bidangnya	adanya KTD yang dilakukan oleh peserta fellow/PPDS/PPDSS	peserta didik melakukan tindakan tanpa supervisi DPJP	pasien mengalami cedera bahkan sampai kematian akibat kesalahan tindakan yang dilakukan tanpa pendampingan/supervisi DPJP	5	4	20		1. Peserta didik selalu dibawah pengawasan DPJP selama melaksanakan pendidikan di RSDK 2. Peserta didik mempunyai SIP RSDK	Direktur SDM & Pendidikan
5. Alur proses birokrasi pengadaan barang dan jasa yang simple/ sederhana	Tertundanya proses pengadaan barang dan jasa	Spesifikasi pada SP2 belum matang	Pelayanan terganggu	4	5	20		Review Pedoman Pengadaan Barang dan Jasa RSDK	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum

STRATEGIC GOALS	RISK IDENTIFICATION	RISK SOURCE	RISK IMPACT	OCCURENCE	SEVERITY	RPN	BAN D	RISK CONTROL	PIC
6. Pemenuhan SLF dan asuransi pada gedung2	Gedung rusak	Memenuhi perundang-undangan	Keselamatan pengguna terancam/	5	3	15		Pemenuhan persyaratan SLF	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
7.	Gedung bertingkat dengan bobot besar mengalami penurunan tanah	Kondisi geografis RS berada pada daerah yang dialiri sungai	Terjadi dilatasi / kerusakan gedung	4	4	16		<ol style="list-style-type: none"> 1. Uji kelayakan penggunaan gedung setiap 20 tahun 2. Pra pembangunan gedung berat dilakukan tes kekerasan tanah beserta upaya mitigasi jika ditemukan daerah tanah yang lunak 	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
8. Ketersediaan jaringan internet yg stabil	Putusnya Layanan Internet di RS	Putusnya Backbone Utama Provider/ Terganggunya aktifitas pelayanan dan administrasi perkantoran RS	Pelayanan dan administrasi perkantoran terganggu/ terhenti	5	3	15		<ol style="list-style-type: none"> 1. Detail Dokumen perencanaan hingga pengadaan 2. Identifikasi sarana pendukung sesuai dengan spesifikasi 3. Tersedia Tim dan jadwal khusus untuk maintenance rutin jaringan(sudah dilakukan) 	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
9. Keamanan server terjamin	Kebakaran server karena korsleting	Penataan instalasi listrik kurang memadai/penggunaan kabel listrik tidak sesuai peruntukannya	Hilangnya data rumah sakit	5	3	15		<ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenance terjadwal server beserta instalasinya 2. Meletakkan/menitipkan server di luar RS 	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
10. Terjaminnya keamanan dan kenyamanan di lingkungan rs	Penculikan bayi dan tindak kekerasan kepada pasien dan pengunjung	Sistem keamanan belum optimal (SDM security dan sarana pendukung kurang)	Dampak hukum dan reputasi rumah sakit	5	3	15		<ol style="list-style-type: none"> 1. Penataan pintu masuk bagi petugas dan pengunjung 2. Pembatasan penunggu 3. Pemasangan CCTV 	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
11. Ketersediaan listrik di RS terjamin	Kapasitas listrik tegangan menengah melebihi kuota	Sumber listrik dari PLN tdk stabil	Pelayanan terganggu/terhenti	5	4	20		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengadaan stabilizer/UPS tiap alat 2. MoU dengan PLN 3. Pengendalian alat-alat baru(identifikasi alat baru pada ruang2 tertentu spt IBS< 	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum

STRATEGIC GOALS	RISK IDENTIFICATION	RISK SOURCE	RISK IMPACT	OCCURENCE	SEVERITY	RPN	BAND	RISK CONTROL	PIC
12. Tersusunnya Perencanaan Program RS	Beberapa kegiatan yang direncanakan tidak terlaksana	Perencanaan program tidak sesuai	Tidak tersusunnya perencanaan secara optimal yang berdampak pada layanan	4	4	16		1. Pelatihan terkait pengusulan kebutuhan bagi unit kerja 2. Pengiriman surat edaran dan formulir perencanaan pengadaan pada unit kerja 3. Desk dengan unit kerja	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
13.		Kebijakan anggaran berimbang sehingga menyebabkan ada keterbatasan anggaran	Tidak semua usulan program dapat terlaksana	4	4	16		1. SPO terkait kebutuhan yang belum terakomodasi dalam RKKL namun telah diusulkan oleh pemilik proses bisnis 2. Mengusulkan kegiatan yang sdh direncanakan namun belum terlaksana melalui revisi anggaran	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
14. Tersusunnya perencanaan pengadaan sesuai RKAKL.	Usulan yang masuk dalam RKAKL belum detail menggambarkan kebutuhan	Pemilik proses bisnis kesulitan mendapatkan spesifikasi alkes yang diperlukan dan perbandingan distributor	Terhambatnya pemenuhan pelayanan yang diusulkan	4	4	16		Penyusunan pedoman pengusulan pengembangan pelayanan dan penggantian alkes, berikut tarif layanan yang sesuai dengan unit cost alat	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
15.		Belum terintegrasinya usulan dengan bagian akuntansi shg usulan tarif belum muncul	Tidak terselenggaranya pelayanan dikarenakan tarif belum ada, shg pemanfaatan BMN belum dapat menghasilkan	4	4	16			
16. Ketepatan waktu pengadaan barang dan jasa.	Penetapan spesifikasi dan kebutuhan user yang beberapa kali berubah ubah	Dukungan data kebutuhan alat yang belum tersedia	Terhambatnya pelayanan	4	4	16		Penyusunan pedoman pengusulan pengembangan pelayanan dan penggantian alkes, berikut tarif layanan yang sesuai dengan unit cost alat	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
17. Digitalisasi proses bisnis RS	Sistem digital mengalami kegagalan	1.Up date aplikasi 2.Performa server dan jaringan	Sistem tidak bisa operasional	5	4	20		1. Regulasi up date aplikasi 2. Mirror server dan redundansi jaringan 3. Pemeliharaan server dan jaringan yang terjadwal rutin	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum

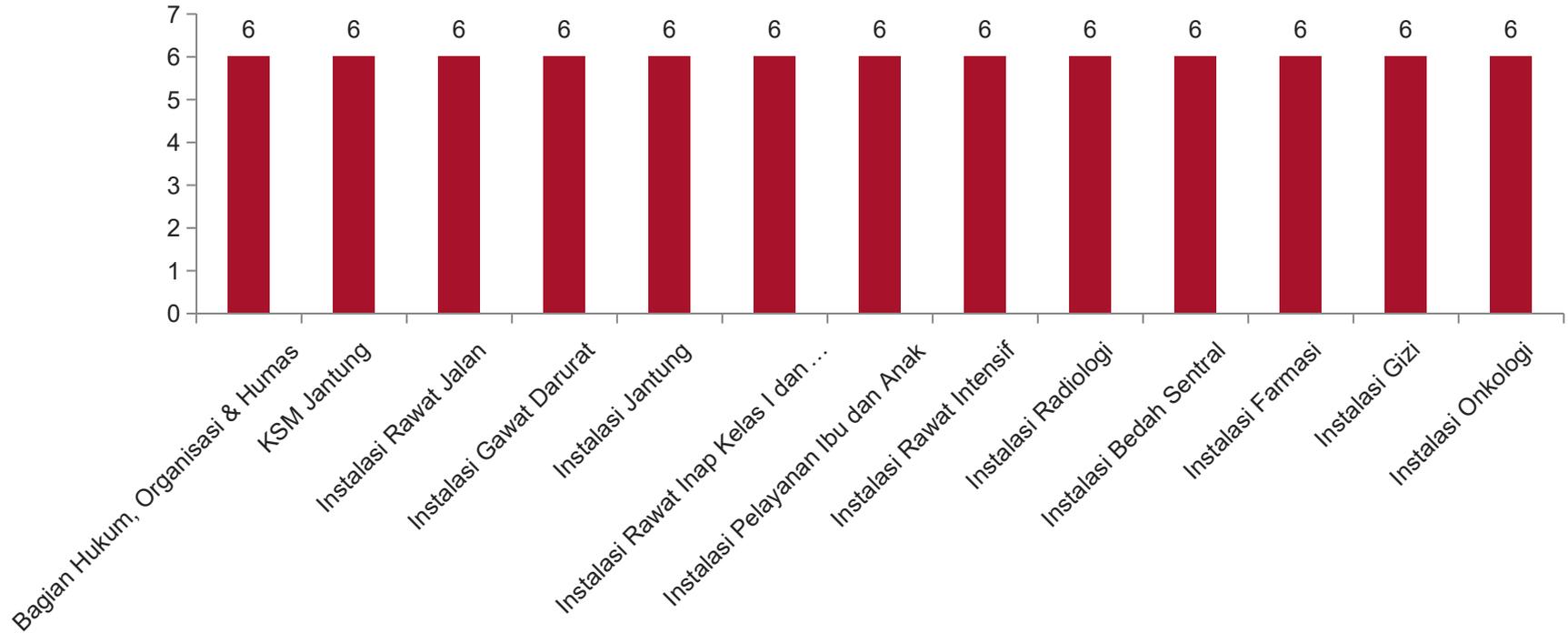
STRATEGIC GOALS	RISK IDENTIFICATION	RISK SOURCE	RISK IMPACT	OCCURENCE	SEVERITY	RPN	BAND	RISK CONTROL	PIC
18. Pengembangan sistem digital oleh SIM RS	Pengembangan digitalisasi sistem RS mengalami keterlambatan atau kegagalan	Keterbatasan SDM pengembang	Sistem yang sudah ada tidak operasional	4	4	16		Pelatihan SDM Penambahan tenaga pengembang Regulasi kerangka acuan kerja	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
19. Semua kegiatan/tindakan berdasar regulasi rumah sakit	Kegiatan dilakukan tidak berbasis regulasi	Regulasi expired date / ED	Keselamatan pasien Tuntutan hukum	4	4	16		Early Warning System regulasi	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
20. Terlaksananya perparkiran yang aman, efektif dan efisien di RS	Pintu masuk/keluar tidak berfungsi	Sistem software bermasalah menimbulkan kerusakan dan kegagalan pada pintu/gate masuk/keluar	1.Terjadi penumpukan antrian mobil/motor 2.Kemacetan dan mengganggu alulintas umum	5	5	25		1. Aplikasi perparkiran dikelola sendiri oleh Inst SIM RS 2. Menempatkan tenaga parkir di pintu masuk/keluar pada jam jam sibuk	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
21.	Gedung parkir overload	Mobil karyawan menginap dalam jangka waktu lama	Kerugian pendapatan RS	4	4	16		1.Regulasi : mobil karyawan tdk boleh menginap di RS. 2.Kebijakan zonanisasi system perparkiran	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
22. RME valid dan aman	Verifikasi dan Supervisi RME tdk dilakukan oleh DPJP	User akses DPJP diberikan ke residen	1. Berdampak pada keselamatan Pasien 2.Penyalahgunaan wewenang	4	5	20		Login sistem finger print DPJP	Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum
23.	DPJP / Residen bisa mengakses RME (visite) dari luar Ruang Pasien dirawat.	Open zonasi dikarenakan ketersediaan PC belum mencukupi. Salah satu penyebabnya: Visit Residen dlm waktu yang bersamaan	1. Berdampak pada patient safety	4	5	20		Kebijakan pengaturan waktu dan jumlah visite residen Kebijakan Pengaturan akses residen Penutupan akses laptop residen	Direktur Pelayanan Medik Perawatan Dan Penunjang

STRATEGIC GOALS	RISK IDENTIFICATION	RISK SOURCE	RISK IMPACT	OCCURENCE	SEVERITY	RPN	BAND	RISK CONTROL	PIC
24. Meningkatkan kepatuhan dokter menepati waktu visite sebelum jam 10.00 WIB	Masih ada dokter yang belum mematuhi waktu visite yang telah ditetapkan	Dokter visite tidak sesuai waktu	Kepuasan pasien berkurang	5	4	20		Memasukkan komponen ketepatan waktu visite kedalam penilaian kualitas IKI DPJP	Direktur Pelayanan Medik Perawatan Dan Penunjang
25. Tercapainya standar waktu tunggu pelayanan rawat jalan	Waktu tunggu rawat jalan berdampak pada risiko terjadinya komplain pasien	Dokter datang tidak sesuai jam praktek	Kepuasan pasien berkurang	4	4	16		Feedback hasil capaian WTRJ DPJP diseluruh Instalasi pemberi layanan rawat jalan ke KSM	Direktur Pelayanan Medik Perawatan Dan Penunjang
26. Tercapainya standar waktu tunggu operasi elekti	Waktu tunggu operasi elekti berdampak pada pemanjangan waktu rawat pasien, komplain pasien, biaya perawatan pasien.	DPJP tidak mematuhi jadwal operasi yang ditetapkan, BHP yang dibutuhkan belum tersedia	Kepuasan pasien berkurang, LOS memanjang, biaya operasional rumah sakit meningkat	5	3	15		Melakukan evaluasi terhadap program yang sudah dilakukan oleh Instalasi terkait, melakukan koordinasi untuk perbaikan selanjutnya	Direktur Pelayanan Medik Perawatan Dan Penunjang
27. Optimalisasi peran kepala ruang dalam peningkatan pelayanan keperawatan	Penurunan kepedulian kepala ruang terhadap pengelolaan unit kerja	Ketidakmampuan mengikuti perubahan organisasi	penurunan kualitas dan kuantitas pelayanan di ruangan	4	4	16		Melakukan evaluasi Kinerja Kepala dengan pendekatan Program Manajemen Ruang Rawat Membuat program inovasi pada masing masing ruangan sesuai dengan masalah yang ada	Direktur Pelayanan Medik Perawatan Dan Penunjang

4. SUB KOMITE K3

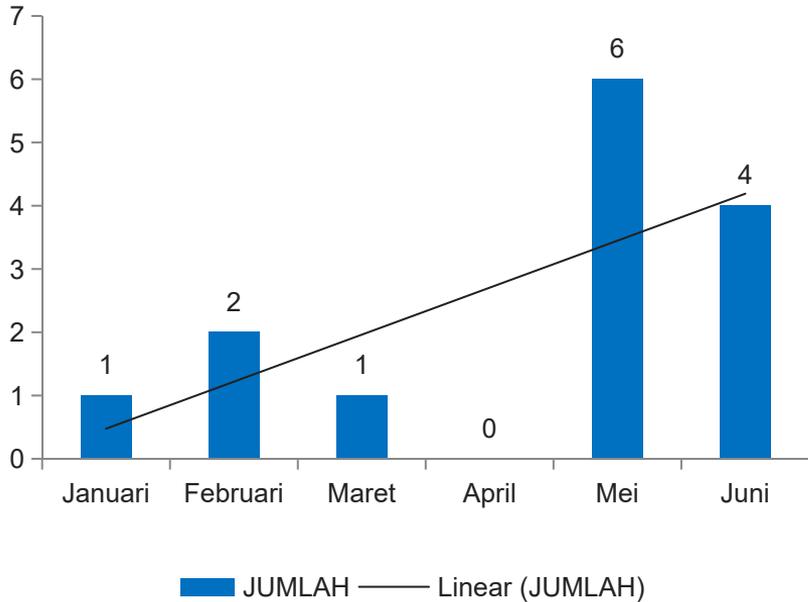
1. *Laporan Kelolaan K3 Unit*
2. *Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)*
3. *Tumpahan B3*
4. *Penyakit Akibat Kerja (PAK)*
5. *Kebakaran*
6. *Analisis K3 e-HRM*

13 Unit terbanyak yang melaporkan K3

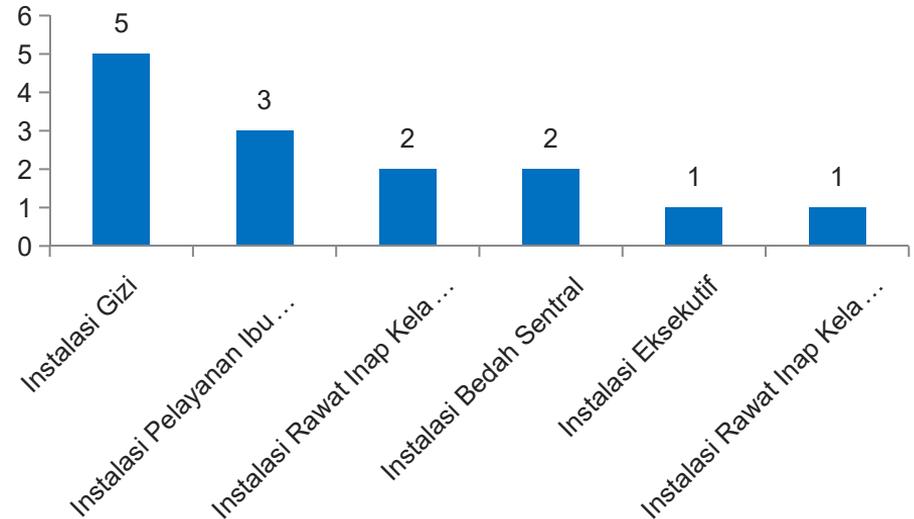


KEJADIAN KECELAKAAN AKIBAT KERJA (KAK)

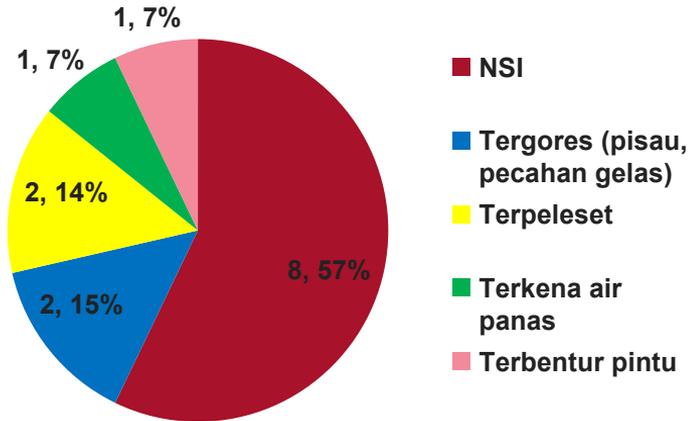
Jumlah Kejadian KAK



Unit yang melaporkan KAK



Jenis KAK



- Jenis KAK terbanyak adalah NSI

Tindak Lanjut yang Sudah Dilakukan terkait NSI:

- ✓ Petugas segera mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- ✓ Melakukan pemeriksaan laboratorium

Tindak lanjut untuk KAK lainnya:

1. Tergores (pisau, pecahan gelas) → melakukan pemeriksaan di IGD, penanganan jahitan, pemberian obat pamol dan antibiotik, memberikan betadine dan membalut luka dengan kassa
2. Terpeleset → Dibantu untuk berdiri kemudian istirahat dan tidak melanjutkan pekerjaan dan dibawa ke IGD
3. Terkena air panas → diberikan salep Burnazin dan dibawa ke IGD
4. Terbantur pintu → dilakukan penanganan luka di ruangan