



PEMERINTAH PROVINSI KEPULAUAN RIAU
RUMAH SAKIT KHUSUS JIWA DAN KETERGANTUNGAN OBAT ENGKU HAJI DAUD

LAPORAN MANAJEMEN RESIKO
PERIODE JANUARI – JUNI 2023



LAPORAN MANAJEMEN RESIKO PERIODE JANUARI – JUNI 2023

RSJKO ENGKU HAJI DAUD

BAB I PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Manajemen resiko adalah proses yang proaktif dan berkesinambungan meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya. Manajemen resiko rumah sakit adalah kegiatan berupa identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi resiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri.

Managemen resiko terdiri dari proses indentifikasi, penilaian analisis dan pengelollan semua resiko potensial dan kejadian keselamatan pasien. Managemen resiko diterapkan terhadap semua jenis pelayanan di rumah sakit pada setiap level.

Jika resiko sudah dinilai dengan tepat, maka proses ini akan membantu rumah sakit, pemilik dan para praktisi untuk menentukan prioritas dan perbaikan dalam pengambilan keputusan untuk mencapai keseimbangan optimal antara resiko, keuntungan dan biaya.

2. Tujuan Umum dan Khusus

Tujuan Umum :

Mencegah terjadinya cedera dan kerugian di rumah sakit.

Tujuan Khusus :

- Sebagai tindakan pencegahan untuk mengenali kelemahan-kelemahan sistem dan pelaksanaan kerja sebelum munculnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit.
- Mengurangi potensi kerugian saat terjadinya kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit.
- Acuan dalam pelaksanaan pekerjaan yang terstruktur.
- Meningkatkan mutu dengan adanya perencanaan terhadap ketidakpastian, penanganan dampak kejadian yang tidak diharapkan.

BAB II

WAKTU EVALUASI

A. JADWAL RENCANA PELAKSANAAN

NO	RENCANA KEGIATAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Komunikasi dan konsultasi : – Mengikuti Seminar/sosialisasi/workshop												
2	Penetapan konteks – Rapat Koordinasi Identifikasi Risiko Unit												
3	Penilaian resiko : – Identifikasi risiko – Analisis risiko – Evaluasi risiko												
4	Perlakuan/penanganan resiko: a. Identifikasi risiko unit : – Membuat Rencana Tindak Lanjut Upaya Penanganan Risiko												
	b. Membuat Profile Risiko Unit												
	c. Menentukan FMEA RS:												
	– Rapat Koordinasi FMEA												
	– Pembentukan Tim FMEA												
	– Pelaksanaan FMEA												
	– Monitoring dan Review												
5	Monitoring dan review : – Evaluasi Rencana Tindak lanjut – Pembuatan Laporan												

BAB III
KEGIATAN PROGRAM

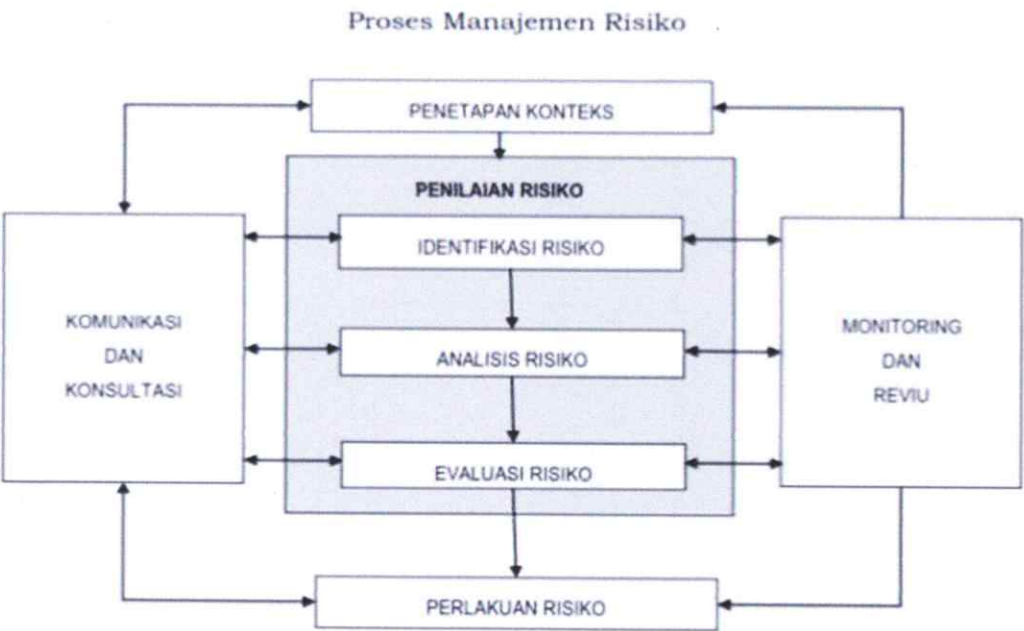
A. PROSES MANAJEMEN RISIKO

Proses manajemen risiko hendaknya merupakan bagian yang tak terpisahkan dari manajemen umum dan harus masuk menjadi bagian dari budaya organisasi, praktek terbaik organisasi dan proses bisnis organisasi.

Proses manajemen resiko meliputi dari kegiatan sebagai berikut :

- 1. Komunikasi dan konsultasi
- 2. Penetapan konteks
- 3. Penilaian resiko
- 4. Perlakukan resiko
- 5. Monitoring dan review

Hal ini sebagaimana terlihat pada gambar dibawah ini :



Berikut adalah gambaran proses manajemen resiko di RSJKO Engku Haji Daud Tahun 2023:

1. Komunikasi dan konsultasi

Komunikasi risiko secara umum dapat diartikan sebagai proses interaktif dalam hal tukar menukar informasi dan pendapat yang mencakup multi pesan mengenai risiko dan pengelolaannya.

2. Penetapan konteks

Penetapan konteks merupakan artikulasi tujuan dan mendefinisikan parameter eksternal dan internal untuk diperhitungkan Ketika mengelola risiko, kemudian menetapkan ruang lingkup dan kriteria risiko, kemudian menetapkan ruang lingkup dan kriteria risiko untuk prosedur selanjutnya.

3. Penilaian resiko

Dalam melakukan penilaian risiko di rumah sakit, terdapat langkah-langkah yang dilaksanakan sebagai berikut :

- a. Identifikasi risiko
- b. Analisis risiko
- c. Evaluasi resiko.

4. Perlakukan/penanganan resiko.

Penanganan risiko menggunakan pemilihan satu atau lebih pilihan untuk memodifikasi risiko, dan melaksanakan pilihan tersebut. Penanganan risiko/perlakuan risiko merupakan tindak lanjut dari penilaian risiko oleh RSJKO Engku Haji Daud

5. Monitoring dan review

Monitoring dan review adalah bagian dari proses manajemen risiko yang memastikan bahwa seluruh tahapan dari proses dan fungsi manajemen risiko berjalan dengan baik. Monitoring adalah pemantauan rutin terhadap kinerja actual proses manajemen risiko dibandingkan dengan rencana yang akan dihasilkan. Review adalah peninjauan data pengkajian berkala atas kondisi saat ini dan dengan focus tertentu.

BAB IV

LAPORAN HASIL PELAKSANAAN

Pelaksanaan program manajemen risiko telah terlaksana di RSJKO Engku Haji Daud Provinsi Kepulauan Riau periode Januari – Juni 2023.

Daftar pelaksanaan kegiatan dapat dilihat pada table berikut :

NO	KEGIATAN	TANGGAL	KETERANGAN
1.	Komunikasi dan konsultasi melalui rapat rutin komite mutu	Minggu ke-2 setiap bulan	Pengurus komite mutu
2	Sosialisasi dan Penetapan Konteks Kepada seluruh unitkerja	19 Januari 2023	15 peserta
3	Pelaksanaan identifikasi risiko unit kerja	20 -31 Januari 2023	23 Unit Kerja
4	Rapat penyusunan profile risiko DAN FMEA RS	3 April 2023	SK Profil Resiko RS
5	Pemilihan dan pelaksanaan FMEA unit	3 April 2023	FMEA plebitis
6	Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko oleh dr. Arjati W Daud, MARS	22-23 Juni 2023	1 peserta Ns. Yulia Yasman, S.Kep, M.Kep ketua subkomite manajemen resiko.

BAB V

PENUTUP

Pelaksanaan program manajemen risiko diharapkan dapat berkontribusi bagi seluruh kegiatan operasional unit-unit di RSJKO Engku Haji Daud dalam melaksanakan pencegahan untuk mengenali kelemahan-kelemahan sistem dan pelaksanaan kerja sebelum munculnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit, mengurangi potensi kerugian saat terjadinya kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit, sebagai cuan dalam pelaksanaan pekerjaan yang terstruktur serta meningkatkan mutu dengan adanya perencanaan terhadap ketidakpastian, penanganan dampak kejadian yang tidak diharapkan di RSJKO Engku Haji Daud.

Mengetahui,
Ketua Komite Mutu



dr. Mediana Okta Rheza. Sp.A

NIP. 19891018 201503 1 003

RAPAT RUTIN KOMITE MUTU



WORKSHOP MANAJEMEN RESIKO



Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat
Engku Haji Daud Provinsi Kepulauan Riau
Nomor : 235 Tahun 2023

PROFIL RESIKO RUMAH SAKIT JIWA DAN KETERGANTUNGAN OBAT ENSKU HAJI DAUD TAHUN 2023

NO	RESIKO	SEBAB RESIKO	DAMPAK	IDENTIFIKASI		PERINGKAT RESIKO	SKOR RESIKO	PENGELOLAAN RESIKO	RISK OWNER/PIC
				Severity	Probability				
1	Jadwal HD sesi berikutnya ikut terlambat	Pasien datang terlambat	Komplen pasien, ruang HD menjadi penuh, proses pembersihan ruang HD terkendala.	2	3	SEDANG	6	Petugas HD aktif memberikan informasi kepada pasien/keluarga terkait keterlambatan pemindahan, meningkatkan koordinasi dengan pasien datang sesuai jadwal, pihak kebersihan standby bila ada pasien selesai tindakan HD	Kepala Instalasi HD
2	Terjadinya <i>clotting</i> saat pasien menjalani HD	Stok heparin vial tidak tersedia	HD pasien terganggu	2	3	SEDANG	6	Tersedianya stok heparin di gudang farmasi	Kepala Seksi Pelayanan
3	Alat medis cepat	Kalibrasi alat tidak rutin, tegangan listrik RS tidak stabil, dan kekurangan anggaran	Mengganggu pelayanan pada pasien, pendapatan RS menurun.	3	4	TINGGI	12	Maintenance dan kalibrasi alat dilakukan secara rutin, pemasangan UPS dan penambahan anggaran	Kepala Seksi Penunjang
4	Keterlambatan aktivasi code blue	Microphone code blue rusak	cidera pasien	3	3	TINGGI	9	Perbaiki microphone code blue, penerapan EWS dengan baik	Kepala Instalasi Rawat Inap
5	Pasien yg ditetapkan rawat inap terlambat naik ke ruang perawatan .	Ruang rawat sesuai jenis penyakit penuh, sistem pada SIMRS terjadi gangguan, menunggu hasil pemeriksaan penunjang yang lama, konfirmasi dari ruang rawat lama.	Komplen pasien.	2	3	SEDANG	6	Petugas pendaftaran aktif memberikan informasi kepada pasien/keluarga terkait apa saja hak dan kewajiban pasien serta info keterlambatan pemindahan, meningkatkan koordinasi dengan rawat inap, DPJP visite sesuai jadwalnya, juga pihak petugas kebersihan yang selalu standby dan segera membersihkan ruang kamar, bila ada pasien pulang.	Kepala Ruangan
6	Pasien yg ditetapkan operasi batal operasi	Kondisi pasien tidak stabil seperti tekanan darah, hasil pemeriksaan penunjang yang abnormal meningkat/menurun dari batas toleransi operasi, Dokter operator atau dokter anestesi ada keperluan dinas luar, Kamar operasi yang terbatas	Komplain pasien, Penurunan rasa percaya dari pasien ke pihak RS, Hari rawatan pasien lebih lama	2	3	SEDANG	6	Edukasi pasien /keluarga dengan jelas alasan pembatalan operasi, Menambah kamar operasi yang bisa di pakai tindakan operasi,	Kepala Instalasi

7	Resiko plebitis	Kurangnya pantauan petugas, kurangnya pengawasan dari keluarga yg menjaga pasien	Darah pasien naik ke selang IV catheter, nyeri di lokasi IV catheter, penurunan rasa percaya dari pasien ke pihak RS	3	2	SEDANG	6	Petugas rawat inap memahami program perencanaan pemberian cairan sesuai dengan instruksi, tulis label/ etiket pada flabot infus tanggal dan jam pasang serta jam habisnya. Libatkan keluarga / pasien dalam perencanaan infus, informasikan kepada pasien jika posisi berpengaruh pada kelancaran tetesan infus.	Kepala Ruangan
8	Resiko pasien jatuh	Kurangnya SPO Mengenai pencegahan pasien jatuh, tidak terpasangnya gelang identitas pasien resiko jatuh yang berwarna kuning, Assesment awal resiko jatuh dilakukan dengan kurang benar. Peralatan yang kurang memadai (Bedgyn)	skala nyeri	3	1	SEDANG	3	pemahaman SPO Mengenai pencegahan pasien jatuh, pemasangan gelang identitas pasien resiko jatuh yang berwarna kuning, assesment ulang dilakukan dengan benar, assesment ulang dilakukan dengan benar minimal setiap shift dan bila ada perubahan kondisi. pendidikan dan edukasi hasil assesment resiko jatuh dilakukan baik pada pasien maupun pada keluarga. informasi / edukasi hasil assesment resiko jatuh dan upaya pencegahan. fasilitas untuk pasien resiko jatuh sesuai (alas kaki anti selip, penerangan, lantai tidak licin, posisi TT Rendah, pagar TT Terpasang, roda TT berfungsi dengan baik. Pemasangan tanda warna kuning pada TT Pasien	Kepala Instalasi
9	Resiko bayi tertukar	kesalahan dalam mengidentifikasi pasien oleh tenaga kesehatan	Bayi tidak sesuai dengan identitasnya	4	1	TINGGI	4	Tenaga kesehatan wajib segera mengidentifikasi pasien setelah bayi lahir, nomor RM bayi sudah diterima sebelum bayi lahir	Semua Perawat perinatologi
10	Resiko penculikan bayi	Terlalu banyak pintu menuju perinatologi di RS, Sekuriti tidak stanby di pintu masuk rawat inap, jam berkunjung tidak sesuai aturan, CCTV tidak berfungsi, pintu barcode tidak berfungsi	keluarga pasien bisa kehilangan bayi	5	1	EXTREME	5	Keluarga pasien menggunakan kartu penunggu, kartu pengunjung bila diluar jam kunjungan, CCTV diaktifkan kembali, pintu barcode di aktifkan,	Semua Perawat perinatologi
11	Pasien yg akan rawat inap terlambat naik ke ruang perawatan	SDM terbatas, ruang rawat penuh, sistem pada SIMRS terjadi gangguan, menunggu hasil pemeriksaan penunjang yang lama, pasien rawat inap yang diperbolehkan pulang lama dan ruang rawat inap yang belum siap	Komplain pasien dan keluarga, pasien IGD menumpuk	2	4	SEDANG	8	Petugas IGD aktif memberikan informasi kepada pasien/keluarga terkait keterlambatan pemindahan dan meningkatkan koordinasi dengan rawat inap	Kepala Instalasi IGD, Karu IGD

12	Meningkatnya jumlah rujukan ke rumah sakit lain dengan jarak tempuh lebih dari 50 km	Kurangnya tenaga perawat/bidan yang bertugas pada setiap shiftnya	Petugas kelelahan, human error	2	3	SEDANG	6	Penambahan jumlah tenaga perawat dan bidan di ruang IGD	Kepala Bidang Keperawatan
13	Resiko lampu mati saat operasi	penyediaan ganset yang belum memadai	komplain dokter karna operasi menjadi lama	3	3	TINGGI	9	Penyediaan genset, pemantauan dilakukan 1 minggu sekali cadangan bohlam yang mati, pengecekan sebelum operasi	Kepala Instalasi OK
14	Resiko jatuh pada pasien post anestesi	Ketidaktersediaannya petugas di RR sehingga membuat penata anestesi tidak bisa bekerja dengan baik	komplain pasien karna pasien bisa cedera	5	1	EXTREME	5	penambahan tenaga di RR	Kepala Instalasi OK
15	Lamanya waktu tunggu di pendaftaran, ruang pemeriksaan, poli yang dituju dan menunggu obat di apotek	Ketidaksabaran pasien saat menunggu, jumlah kunjungan yang banyak, ketidakpahaman pasien dalam prosedur di rawat jalan	Komplain pasien dan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan	3	3	TINGGI	9	Perlu dilakukan edukasi secara berkala kepada pasien/keluarga saat jam kunjungan, perlu adanya media edukasi yang dapat diakses dengan mudah, perlu pengaturan pada poli yang jumlah kunjungannya banyak.	Kepala Instalasi Poli, Karu poli
16	Pemakaian 1 klinik untuk beberapa poli	Bertambahnya dokter berpraktik di poli tidak diimbangi dengan penambahan ruang poli yang baru	Dokter dan petugas yang akan berpraktik komplain karena tidak memiliki klinik yang tetap, pasien dan keluarga komplain karena poli sering berpindah-pindah, alat-alat/prasarana sering tidak berada ditempatnya	1	5	SEDANG	5	Perlu pengembangan atau penambahan unit gedung poliklinik yang baru dengan perencanaan yang lebih matang, seperti pengembangan untuk layanan geriatri dan	Kepala Instalasi
17	Risiko terjadinya kesalahan identitas pasien	Gelang pasien mudah lepas/ putus, data pada gelang pasien terhapus karena ranap lama, kurang kerja sama petugas dengan pasien	salah pemberian terapi/ tindakan	4	1	TINGGI	4	SPO identifikasi pasien ranap jiwa dengan menggunakan foto pasien, melakukan identifikasi pasien setiap akan melakukan tindakan, lakukan identifikasi ulang setiap akan menempelkan barcode	Kepala Instalasi Jiwa, Karu Jiwa
18	Risiko pasien kabur	Tidak ada pagar pembatas gedung jiwa dengan luar RS dan gedung ranap fisik dan manajemen, petugas kurang teliti, pasien disorientasi dan tidak kooperatif, asesmen awal tidak dilakukan dengan benar terutama terkait risiko kabur	keluarga pasien komplain terkait pengawasan RS yang kurang, menimbulkan cedera pada pasien	3	1	SEDANG	3	Asesmen pasien risiko kabur, SOP pemantauan pasien perjam, SOP pasien kabur, pemahaman SOP, pengawasan terjadwal, pemasangan gelang pasien	Kepala Instalasi Jiwa, Karu Jiwa

19	Risiko pasien jatuh	efek terapi anti psikosis, asesmen pasien risiko jatuh tidak dilakukan dengan baik, pencahayaan ruangan kurang, kondisi lantai kamar mandi yang selalu basah	Cedera pasien, pasien/ keluarga pasien komplain, pasien trauma	4	1	TINGGI	4	sosialisasi asesmen pasien risiko jatuh, pemantauan berkala kondisi pasien	Kepala Instalasi Jiwa, Karu Jiwa
20	Petugas menerima dosis radiasi melewati nilai batas dosis yang ditentukan	Jam kerja di ruangan yang berlebih dan kebocoran pada alat pelindung diri	Petugas beresiko terkena penyakit akibat paparan radiasi berlebih	4	1	TINGGI	4	Pengaturan jam kerja dan pengecekan APD radiasi berkala	Kepala Ruangan Radiologi
21	Petugas / keluarga pasien berada di dalam medan radiasi menggunakan alat pelindung diri	Membantu pemeriksaan	petugas atau keluarga pasien terkena radiasi berlebih	2	3	SEDANG	6	penggunaan APD sesuai setandar	Kepala Ruangan Radiologi
22	Resiko kerusakan berkas rekam medis pasien	Tidak cukup tersedianya ruang dan rak penyimpanan berkas rekam medis dan kerusakan atap ruangan (bocor)	Berkas rekam medis basah dan Riwayat perjalanan pengobatan pasien hilang	1	4	SEDANG	4	Perlu penambahan luas ruang penyimpanan dan perbaikan ruang penyimpanan berkas rekam medis	Kepala Instalasi Rekam Medis
23	Log Server Penuh	Kapasitas penyimpanan di Server kecil, Data di dalam server penuh	Aplikasi SIMRS One medic tidak bisa di akses, sistem pelayanan terganggu, komplain pasien	1	4	SEDANG	4	Maintenance log server rutin, cleaning data pasien lama, cleaning cache, pengadaan log server dengan kapasitas penyimpanan yang lebih besar	Kepala Instalasi SIMRS
24	Mikrotik error atau rusak	Antena pemancar tersambar petir, korsleting listrik, mikrotik panas	Pendaftaran Online tidak bisa berjalan, tidak bisa bridging Vclaim BPJS dengan aplikasi SIMRS One Medic, Aplikasi One medic tidak bisa di akses melalui handphone, tidak bisa bridging dengan aplikasi dari external RS seperti Kemenkes, IP server berubah, sistem pelayanan terganggu, komplain pasien	1	4	SEDANG	4	Maintenance dan perbaikan mikrotik, memasang alat penangkal petir pemancar, memasang alat pendingin/AC pada ruangan, setting ulang IP server dengan Telkom	Kepala Instalasi SIMRS
25	Resiko Uji Fungi /spora	Keterbatasan anggaran	Kwalitas tingkat sterilisasi tidak terukur	1	5	SEDANG	5	Penyediaan Anggaran	Kepala Instalasi Laundry dan CSSD/ Kepala Ruangan CSSD

26	Risiko Uji Microbiologi	Keterbatasan anggaran	Kwalitas tingkat sterilisasi tidak terukur	1	5	SEDANG	5	Penyediaan Anggaran	Kepala Instalasi Laundry dan CSSD/ Kepala Ruangan CSSD
27	Risiko Penularan dari Jenazah Infeksius	Tidak adanya mortuary cabinet/ lemari penyimpanan jenazah, Petugas kurang disiplin dalam memakai APD, ketersediaan APD Terbatas, petugas kurang disiplin melakukan cuci tangan saat bekerja	<i>Meningkatnya angka Healthcare Associated Infection</i>	2	3	SEDANG	6	Pengadaan mortuary cabinet, Optimalisasi pemakaian APD dan cuci tangan pada petugas instalasi jenazah, berkoordinasi dengan komite PPI untuk melakukan pemantauan kepatuhan cuci tangan dan pemakaian APD petugas	Ka Instalasi Jenazah
28	Lalat masuk keruangan dapur gizi	Tidak ada nya lampu lalat	Makanan tidak higienis	1	4	SEDANG	4	Perlu lampu lalat di ruangan gizi	Kepala Instalasi Gizi
29	Risiko tidak terlatih dalam menghadapi bencana	Kurang pengetahuan dalam menghadapi bencana di Rumah Sakit	Evakuasi pasien, aset, dan dokumen tidak terlaksana	2	3	SEDANG	6	Mengadakan pelatihan untuk petugas dan seluruh staf	Ketua K3RS
30	Risiko eror hasil alat medis	Kurang pemeliharaan dan kalibrasi tidak dilakukan berkala	Hasil pengukuran alkes tidak akurat	2	4	SEDANG	8	Kalibrasi dan pemeliharaan alkes secara berkala	Kepala IPSRS
31	Risiko penyiapan sediaan obat nonsteril dan steril di ruangan tidak sesuai standar.	Tidak adanya ruangan racik obat non steril. Tidak adanya timbangan miligram.	Penyiapan sediaan obat racikan dosis terbagi tidak tepat, racikan terpapar cemaran udara.	3	4	TINGGI	12	Penyiapan ruangan racik non steril sesuai Permenkes No. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit hal 167-178	Kepala Instalasi
		Tidak adanya ruangan dispensing sediaan farmasi nutrisi parenteral.	Penyiapan sediaan obat racikan farmasi nutrisi parenteral terpapar cemaran udara.	3	4	TINGGI	12	Penyiapan ruangan dispensing sediaan farmasi nutrisi parenteral sesuai Permenkes No. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit hal 170-171.	Kepala Instalasi

		Tidak adanya ruangan penyiapan sediaan steril (aseptic dispensing)	Penyiapan sediaan steril tidak bebas pirogen.	3	4	TINGGI	12	Penyiapan ruangan aseptik dispensing sesuai Permenkes No.72 Tahun 2016 hal 49-50 dan Permenkes No. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit hal 168-169 poin b -Ruangan dispensing sediaan farmasi pencampuran obat suntik.	Kepala Instalasi
32	Risiko kesalahan membaca instruksi di resep/ formulir pemesanan obat saat pengkajian dan pelayanan resep.	Persyaratan administrasi resep tidak jelas, tidak lengkap, salah tulis, salah entry. Meliputi nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien, nama dokter, tanggal resep, ruangan asal resep, status pembayaran pasien.	Obat yang disiapkan salah menyebabkan insiden keselamatan pasien: KPC, KNC, KTC, KTD, Kejadian Sentinel.	3	2	SEDANG	6	Pedoman, Kebijakan, SPO penulisan resep. Penggunaan stiker data pasien.	Kepala Instalasi
		Tulisan resep dokter tidak terbaca jelas meliputi nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan, dosis dan jumlah obat, stabilitas, aturan dan cara penggunaan,	Obat yang disiapkan salah menyebabkan insiden keselamatan pasien: KPC, KNC, KTC, KTD, Kejadian Sentinel.	3	2	SEDANG	6	Pedoman, Kebijakan, SPO penulisan resep.	Kepala Instalasi
		Kurang kelengkapan persyaratan klinis resep meliputi ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat, duplikasi pengobatan, alergi dan reaksi obat yang tidak diharapkan.	Obat yang disiapkan salah menyebabkan insiden keselamatan pasien: KPC, KNC, KTC, KTD, Kejadian Sentinel.	3	2	SEDANG	6	Pedoman, Kebijakan, SPO telaah farmasi klinik	Kepala Instalasi
33	Risiko waktu tunggu obat baik obat jadi maupun obat racikan pada pasien rawat jalan maupun rawat inap melebihi SPM waktu tunggu obat yang menjadi indikator mutu unit farmasi.	Farmasi melayani resep rawat jalan, IGD, OK, ICU, HD, isolasi, jiwa dan rawat inap terfokus hanya pada 1 (satu) ruangan pelayanan 24 jam. Sehingga resep akan menumpuk saat jam pelayanan poliklinik pagi dan siang. Seringnya jam 10.00 WIB sampai 14.00 WIB akan menumpuk resep dari poliklinik dan rawat inap.	Keluhan pasien terhadap pelayanan farmasi 24 jam. Indeks kepuasan pelanggan menurun.	1	5	SEDANG	5	Resep rawat inap pasien BPJS diserahkan dan kemudian obatnya diambil oleh perawat ruangan ke farmasi. Atau resep diserahkan di luar jam poliklinik pagi.	Kepala Instalasi

34	Resiko kerusakan alat	Arus listrik tidak stabil	Tidak bisa dilakukan pemeriksaan karena alat rusak, kerugian rumah sakit terkait properti.	1	5	SEDANG	5	Perlunya pengadaan alat stabilizer dan penyimpan daya listrik yang baik	Kepala Instalasi Laboratorium
35	Resiko reagensia rusak	Tidak ada fasilitas tempat penyimpanan reagen sesuai standar, kulkas yg tersedia adalah kulkas rumah tangga. Pemantauan suhu tempat penyimpanan tidak dapat dilakukan	Reagensia tidak dapat digunakan, kerugian rumah sakit secara finansial, stok reagensia berkurang	3	3	TINGGI	9	Perlunya pengadaan kulkas khusus reagen	Kepala Instalasi Laboratorium
36	Kurang bayar atau lebih bayar pajak	Kurang teliti dari petugas	Kerugian RS dan laporan tidak balance saat rekon	3	3	TINGGI	9	Koordinasi input pajak dengan pemeriksa	Kabid keuangan

Ditetapkan di Tanjung Uban

Pada Tanggal 3 April 2023


 DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAN
 KETERGANTUNGAN OBAT ENGKU HAJI DAUD
 PROVINSI KEPULAUAN RIAU

 dr. ASEP GUNTUR SAPARI, MARS
 Pembina Tk. I
 NIP. 19770209 200502 1 003