

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
23 DESEMBER 2019 - 24 JANUARI 2020**

**MANAJEMEN RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA
PADA INSTALASI PUSAT STERILISASI DAN PENCUCIAN
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**



Oleh:

MONALISA MA'RIFAT

NIM. 101511133176

**DEPARTEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
23 DESEMBER 2019 - 24 JANUARI 2020

MANAJEMEN RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA
PADA INSTALASI PUSAT STERILISASI DAN PENCUCIAN
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA



Oleh:
MONALISA MA'RIFAT
NIM. 101511133176

DEPARTEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

Disusun Oleh:
MONALISA MA'RIFAT
NIM. 101511133176

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal

.....

Putri Ayuni Alayyannur S.Km., M.Kkk.

NIP. 199006022016113201

Pembimbing RSUD Haji Surabaya,

Tanggal

.....

dr. Tanya Elize Viyaya S, M.Kes

NIP. 195907051989112001

Mengetahui

Tanggal

Ketua Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja,

.....

Dr. Noeroel Widajati, S.KM., M.Sc.

NIP.19720812200501200

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan magang ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan dapat menyusun laporan pelaksanaan magang dengan judul “MANAJEMEN RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PADA INSTALASI PUSAT STERILISASI DAN PENCUCIAN DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA”. Laporan magang ini disusun sebagai salah satu syarat untuk dapat menyelesaikan serangkaian kegiatan magang di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya serta sebagai syarat lulus perkuliahan.

Selama proses pelaksanaan magang ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, dukungan, dan bimbingan dari berbagai pihak, baik secara moral maupun material. Oleh karena itu, dalam kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Mohammad Nasih, SE., M.T., Ak., CMA, selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Noeroel Widajati, S.KM., M.Sc., selaku Ketua Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
4. Putri Ayuni Alayyannur S.Km., M.Kkk, selaku dosen pembimbing magang sekaligus Koordinator Magang Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
5. Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes, selaku bude saya sekaligus Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.
6. dr. Tanya Elize V.S., M.Kes, selaku Ketua Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sekaligus Pembimbing Lapangan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.
7. Listiana Dewi Widya, Amd. Hyp, dr. Dwiyana Ummul F, M. Hendri Haryono, SKM dan Ibu Ernawati selaku Pembimbing Lapangan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.
8. Bapak Abdul Rachman, Ibu Liza, Ibu Wahida, Ibu Yani, Bapak Su'ud, Bapak Ismail, Bapak Erwin, Bapak Ahmad Bahari, dan Ibu Ika selaku karyawan dan staff Litbang/Diklit di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.
9. Bu Sri, Mas Reva, Mas Agus, Mbak Amanah dan beberapa staf karyawan Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.
10. Segenap karyawan dan staff Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

11. Papa saya Wahjoe Hidajat, mama saya Ine Kartikasari, adik-adik saya Aldo Alfayed dan Dakar, dan kekasih saya Faustino Rika Asprilla yang banyak memberikan dukungan, materi dan doa.

12. Serta pihak lain yang secara langsung dan tidak langsung telah membantu penyelesaian laporan magang ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini berguna baik bagi diri saya maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 24 Januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | ii |
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| DAFTAR TABEL..... | viii |
| DAFTAR GAMBAR | ix |
| BAB I | 1 |
| PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 3 |
| 1.3 Tujuan..... | 3 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 3 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 3 |
| 1.4 Manfaat..... | 3 |
| 1.4.1 Bagi Penulis..... | 3 |
| 1.4.2 Bagi Rumah Sakit..... | 3 |
| 1.4.3 Bagi Tenaga Kerja..... | 4 |
| 1.4.4 Bagi Pembaca..... | 4 |
| BAB II..... | 5 |
| TINJAUAN PUSTAKA..... | 5 |
| 2.1 Rumah Sakit | 5 |
| 2.2 K3 di Rumah Sakit | 5 |
| 2.3 Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit | 7 |
| 2.4 Manajemen Risiko K3RS | 8 |
| 2.4.1 Langkah-langkah Manajemen Risiko K3RS..... | 9 |
| 2.5 HIRADC (<i>Hazard Identification, Risk Assesment, and Determinant Control</i>) | 14 |
| BAB III..... | 18 |

| | |
|---|----|
| METODE KEGIATAN MAGANG..... | 18 |
| 3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang | 18 |
| 3.1.1 Lokasi Pelaksanaan Magang | 18 |
| 3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang | 18 |
| 3.2 Metode Pelaksanaan Magang | 18 |
| 3.2.1 Rincian Kegiatan Magang | 18 |
| 3.3 Teknik Pengumpulan Data | 19 |
| 3.4 Teknik Pengolahan dan Analisis Data..... | 20 |
| 3.5 Output Kegiatan Magang..... | 20 |
| BAB IV | 21 |
| HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 21 |
| 4.1 Hasil..... | 21 |
| 4.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 21 |
| 4.1.2 Profil Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 21 |
| 4.1.3 Payung Hukum Dasar Peraturan dan Kebijakan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 27 |
| 4.1.4 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 28 |
| 4.1.5 Struktur Organisasi Komite K3RS | 29 |
| 4.2 Pembahasan | 29 |
| 4.2.1 Struktur Organisasi dan Tupoksi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 29 |
| 4.2.2 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 31 |
| 4.2.3 Pencegahan dan Pengendalian Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya..... | 32 |
| 4.2.4 Pencegahan dan Pengendalian Bencana dan Kebakaran di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 35 |

| | | |
|----------------------|---|----|
| 4.2.5 | Manajemen Risiko pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya..... | 42 |
| 4.2.5.1 | Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit..... | 42 |
| 4.2.5.2 | Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 46 |
| 4.2.5.3 | Alur Linen dan Alat Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya..... | 48 |
| 4.2.5.5 | Hazard Identification, Risk Assesment dan Determinant Control (HIRADC) pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 67 |
| 4.2.5.6 | Kesimpulan Tingkat Risiko pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 79 |
| BAB V..... | | 90 |
| PENUTUP..... | | 90 |
| 5.1 | Kesimpulan..... | 90 |
| 5.2 | Saran | 91 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 93 |
| LAMPIRAN | | |

DAFTAR TABEL

| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|---|---------|
| 2.1 | Ukuran Dari <i>Likelihood</i> Menurut Standar AS/NZS 4360 | 15 |
| 2.2 | Ukuran Dari <i>Saverity</i> Menurut Standar AS/NZS 4360 | 16 |
| 2.3 | Matriks Analisis Risiko Menurut Standar AS/NZS 4360 | 16 |
| 2.4 | Skala tingkatan Risiko | 17 |
| 3.1 | Tahap Kegiatan Magang | 18 |
| 3.2 | Rincian Kegiatan Magang | 18 |
| 4.1 | Tenaga Kerja pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 45 |
| 4.2 | HIRADC pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 67 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|-------|---|---------|
| 2.1 | Langkah–Langkah Manajemen Risiko K3RS | 9 |
| 4.1 | Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya | 28 |
| 4.2 | Struktur Organisasi Komite K3RS | 29 |
| 4.3 | Alur Penanganan Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja Tertusuk Jarum | 34 |
| 4.4 | 5 Petunjuk Bila Terjadi Kebakaran | 36 |
| 4.5 | Peletakan APAR | 37 |
| 4.6 | Cara Penggunaan APAR | 37 |
| 4.7 | Kondisi APAR | 37 |
| 4.8 | Checklist APAR | 37 |
| 4.9 | APAR besar 25 kg | 37 |
| 4.10 | Peletakan <i>Hydrant</i> | 38 |
| 4.11 | Jalur Evakuasi Atas | 40 |
| 4.12 | Jalur Evakuasi Bawah | 40 |
| 4.13 | Peta Jalur Evakuasi di Gedung Arafah Lt 7 | 40 |
| 4.14 | Titik Kumpul di Depan Gedung Graha Nur Afiah | 40 |
| 4.15 | Papan Kotret | 42 |
| 4.16 | Lemari Kotret | 42 |
| 4.17 | Denah Ruang Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian (IPSP) | 47 |
| 4.18 | Alur Pelayanan Unit Pusat Pencucian (Unit Laundry) | 51 |
| 4.19 | Alur Pelayanan Unit Pusat Sterilisasi (Unit CSSD) | 52 |
| 4.20 | Timbangan Linen Kotor | 52 |
| 4.21 | Meja Pencatatan Linen Kotor | 53 |
| 4.22 | Kantong Plastik Infeksius dan Non Infeksius | 53 |
| 4.23 | Mesin Cuci <i>Laundry</i> | 53 |
| 4.24 | Panel Pemberian Detergent | 54 |
| 4.25 | Mesin Pengering <i>Laundry</i> | 54 |
| 4.26 | Mengeluarkan Linen Bersih Dari Mesin Pengering <i>Laundry</i> | 54 |
| 4.27 | Mesin Setrika Roll | 55 |
| 4.28 | Pelipatan Linen Bersih | 55 |
| 4.29 | Linen Bersih | 55 |
| 4.30 | Set Linen OK bersih | 56 |

| | | |
|------|--|----|
| 4.31 | Meja Pencatatan | 56 |
| 4.32 | Ruang Dekontaminasi | 56 |
| 4.33 | <i>Ultrasonic Washer</i> | 57 |
| 4.34 | Kontainer Enzimatik | 57 |
| 4.35 | <i>Spoelhock</i> Pencucian Manual | 57 |
| 4.36 | <i>Washer Desinfector</i> | 58 |
| 4.37 | Pengeringan Alat | 58 |
| 4.38 | <i>Packing</i> Alat | 59 |
| 4.39 | Mesin Steam Getinge 6620 | 59 |
| 4.40 | Mesin Steam Getinge 6610 | 59 |
| 4.41 | Mesin Plasma Renosem S130 | 60 |
| 4.42 | Mesin Plasma Lowterm Crystal 120 M | 60 |
| 4.43 | Mesin Siller | 60 |
| 4.44 | Area Kerja CSSD | 61 |
| 4.45 | <i>Packing</i> Alat Ke Dalam <i>Pouches</i> | 61 |
| 4.46 | Indikator Internal | 61 |
| 4.47 | Proses Siller | 62 |
| 4.48 | Indikator Eksternal | 62 |
| 4.49 | Proses Pelabelan | 62 |
| 4.50 | Proses Packing | 63 |
| 4.51 | Indikator Internal dan Eksternal Sterill | 63 |
| 4.52 | Menyusun Alat | 63 |
| 4.53 | Ruangan Sterill | 64 |
| 4.54 | Linen Bersih Di Dalam Trolley Bersih | 64 |
| 4.55 | Memilah Linen | 64 |
| 4.56 | Linen Bersih di Rak | 65 |
| 4.57 | Meja Blanko | 65 |
| 4.58 | Dump Bersih | 65 |
| 4.59 | Distribusi Linen | 66 |
| 4.60 | Trolley Kotor | 66 |
| 4.61 | Petugas <i>Laundry</i> Menuang Bahan B3 ke Linen | 80 |
| 4.62 | Lantai <i>Laundry</i> | 81 |
| 4.63 | Bocor di <i>Laundry</i> | 81 |

| | | |
|------|--|----|
| 4.64 | Lampu Rusak di <i>Laundry</i> | 82 |
| 4.65 | Petugas Tidak Menggunakan APD (Penutup Kepala) | 82 |
| 4.66 | Tulisan Jalur Evakuasi | 83 |
| 4.67 | Lampu di <i>Laundry</i> | 84 |
| 4.68 | Alat Ukur Kelembaban Di Ruang Dekontaminasi | 84 |
| 4.69 | Alat Ukur Suhu Di Ruang Dekontaminasi | 85 |
| 4.70 | Petugas di Distribusi Linen | 86 |
| 4.71 | Meja Pencatatan di Distribusi Linen | 87 |
| 4.72 | Dump Kotor | 87 |
| 4.73 | Label Rak Linen | 88 |
| 4.74 | Plastik Non Infeksius dari OK | 88 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelaksanaan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah salah satu bentuk upaya untuk menciptakan tempat kerja yang aman, sehat, bebas dari pencemaran lingkungan, sehingga dapat mengurangi dan atau bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja. Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) di kalangan petugas kesehatan dan non kesehatan kesehatan di Indonesia belum terekam dengan baik. Sebagai faktor penyebab, sering terjadi karena kurangnya kesadaran pekerja dan kualitas serta keterampilan pekerja yang kurang memadai.

Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2003 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Jika memperhatikan isi dari pasal di atas maka jelaslah bahwa Rumah Sakit (RS) termasuk ke dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya-bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di RS, yaitu kecelakaan (peledakan, kebakaran, kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anastesi, gangguan psikososial dan ergonomi. tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS.

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang dibawahhi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah rumah sakit umum yang melayani semua golongan masyarakat, semua agama dan semua tingkat sosio ekonomi. Tersedia jenis pelayanan dan fasilitas rumah sakit, seperti tenaga medis, alat medis, akomodasi dan lain sebagainya. Dengan sejumlah dokter yang professional dibidangnya serta peralatan yang memadai, dan berkomitmen untuk meningkatkan kualitas pelayanan prima serta kepuasan pelanggan dan kesejahteraan karyawan, tidak luput dari *hazards* atau bahaya di tempat kerja. Sehingga, hal tersebut dapat menyebabkan penyakit akibat kerja serta kecelakaan

akibat kerja. Dampak negatif yang mungkin timbul di lingkungan kerja dan aktivitas kerja, menuntut setiap RS berpartisipasi aktif untuk melindungi tenaga kerja, pasien, dan pengunjung dari risiko kesehatan dan keselamatan kerja yaitu dengan penerapan dan pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan kerja di setiap unit kerja di RS.

Risiko menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah akibat yang kurang menyenangkan, merugikan, membahayakan dari suatu perbuatan atau tindakan. Menurut AS/NZS 4360 mengatakan bahwa risiko adalah *“risk is the change of something happening that will have an impact upon objectives. it is measure in terms of consequences and likelihood”*.

Manajemen risiko dapat diterapkan dimanapun pada setiap tempat yang memiliki potensi bahaya berbeda dan tingkat risiko yang berbeda pula. Penerapan manajemen risiko saat ini banyak dilakukan oleh perusahaan ataupun instansi yang bertujuan untuk mengurangi kecelakaan kerja dan kerugian, salah satunya yaitu rumah sakit yang merupakan instansi yang memiliki permasalahan kompleks. Potensi bahaya yang ada di rumah sakit tidak hanya pelaku langsung yang bekerja di rumah sakit, tetapi juga terhadap pasien maupun pengunjung.

Berdasarkan Peraturan Undang-Undang No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik kerja berhak memperoleh perlindungan atas Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Karyawan di rumah sakit berasal dari berbagai disiplin ilmu dan bidang, dimana tenaga kesehatan menduduki jumlah terbanyak, setengahnya ada tenaga administrasi, teknisi, petugas kebersihan, petugas keamanan dan sebagainya. Rumah sakit juga dibagi untuk zona-zona yang berisiko sangat tinggi, tinggi, sedang dan ringan.

Manajemen risiko di rumah sakit diharapkan dapat mencegah, meminimalisir dan membantu karyawan sehingga tidak terjadi Kecelakaan Kerja maupun Penyakit Akibat Kerja, serta mengidentifikasi dan mengurangi kejadian yang tidak diharapkan dan risiko keselamatan lainnya pada pasien dan pengunjung.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat diketahui berbagai bahaya di rumah sakit maka perlu upaya untuk mengendalikan, meminimalisir dan bila memungkinkan untuk menghilangkan bahaya yang timbul di dalam aktivitas pemberian pelayanan kesehatan maupun kegiatan operasional rumah sakit terutama di bagian Instalasi Pusat *Sterilisasi* dan Pencucian. Instalasi Pusat *Sterilisasi* dan Pencucian adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, alat dan disinfektan, mesin uap (*steam boiler*), pengering, meja dan mesin strika selain itu Instalasi Pusat

Sterilisasi dan Pencucian termasuk dalam zona risiko tinggi di RSUD Haji Surabaya. Karena banyak sarana penunjang dan juga jenis aktivitas yang dilakukan dalam langsung berhubungan dengan linen yang telah digunakan oleh pasien rumah sakit, maka menyebabkan tenaga kerja di bagian ini sering terpapar berbagai sumber bahaya yang dapat menimbulkan KAK dan PAK.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana identifikasi bahaya yang ada di Rumah Sakit Umum haji Surabaya?
2. Bagaimana penilaian risiko yang ada di Rumah Sakit Umum haji Surabaya?
3. Bagaimana upaya pengendalian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum haji Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan manajemen risiko di Rumah Sakit Umum haji Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui dan mempelajari penerapan K3 Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum haji Surabaya.
2. Melakukan identifikasi bahaya dan penilaian risiko dari sarana, prasarana dan kegiatan pekerjaan di Rumah Sakit Umum haji Surabaya.
3. Memberikan saran dan upaya pengendalian risiko di Rumah Sakit Umum haji Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

Meningkatkan pengetahuan, pengalaman dan keterampilan dalam melakukan manajemen risiko di rumah sakit.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit mendapatkan masukan baik secara teknis maupun administratif tentang risiko yang terdapat di rumah sakit khususnya di, sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam pencegahan terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.

1.4.3 Bagi Tenaga Kerja

Tenaga kesehatan maupun non kesehatan sebagai bahan evaluasi dan masukan agar tenaga kerja lebih sadar dan peduli untuk menjaga keselamatan dalam bekerja di rumah sakit.

1.4.4 Bagi Pembaca

Sebagai bahan bacaan yang dapat menambah pengetahuan dan landasan teori yang lebih lanjut di bidang yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga dapat dijadikan sebagai pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia, pasien pengunjung dan lingkungan rumah sakit.

2.2 K3 di Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, Pasal 1 menyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkau penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Rumah sakit termasuk ke dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola rumah sakit menerapkan upaya-upaya K3 di RS.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit, agar terselenggaranya K3 di RS secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Upaya K3 di RS menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, proses kerja, dan lingkungan kerja. Upaya ini meliputi peningkatan pencegahan, pengobatan, dan pemulihan. Kinerja setiap petugas kesehatan dan non kesehatan merupakan resultant dari tiga komponen K3 yaitu kapasitas kerja, beban kerja, dan lingkungan kerja.

1. Kapasitas kerja

Adalah kemampuan seorang pekerja untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik pada suatu tempat kerja dalam waktu tertentu.

2. Beban kerja

Adalah suatu kondisi yang membebani pekerja baik secara fisik, maupun non fisik dalam menyelesaikan pekerjaannya, kondisi tersebut dapat diperberat oleh kondisi lingkungan yang tidak mendukung.

3. Lingkungan kerja

Adalah kondisi lingkungan tempat kerja yang meliputi faktor fisik, kimia, biologi, ergonomi, dan psikososial yang memengaruhi pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya.

Adapun program K3RS yang harus diterapkan di rumah sakit adalah:

1. Pengembangan kebijakan K3RS:

- a. Pembuatan atau revitalisasi organisasi K3RS
- b. Merencanakan program K3RS selama 3 tahun kedepan. Setiap 3 tahun dapat direvisi kembali sesuai dengan kebutuhan

2. Pembudayaan perilaku K3RS:

- a. Advokasi sosialisasi K3 pada seluruh jajaran RS, baik bagi pekerja, pasien serta pengunjung RS
- b. Penyebaran media informasi dan komunikasi baik melalui film, leaflet, poster, pamflet dll
- c. Promosi K3 pada setiap pekerja yang bekerja disetiap unit RS

3. Pengembangan sumber daya manusia (SDM) K3RS:

- a. Pelatihan umum K3RS
- b. Pelatihan intern RS, seperti pekerja perunit RS
- c. Pengiriman SDM untuk pendidikan formal, pelatihan lanjutan, seminar dan workshop yang berkaitan dengan K3

4. Pengembangan pedoman dan SOP K3RS:

- a. Penyusunan pedoman praktik ergonomi di RS

- b. Penyusunan pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja
 - c. Penyusunan pedoman pelaksanaan tanggap darurat di RS
 - d. Penyusunan pedoman pelaksanaan penanggulangan kebakaran
 - e. Penyusunan pedoman pengelolaan penyehatan lingkungan RS
 - f. Penyusunan pengelolaan faktor risiko dan pengendalian limbah RS
 - g. Penyusunan kontrol terhadap penyakit infeksi
 - h. Penyusunan kontrol terhadap bahan berbahaya dan beracun (B3)
 - i. Penyusunan SOP kerja dan pelatihan di masing-masing unit kerja RS
5. Pemantauan dan evaluasi kesehatan lingkungan tempat kerja:
- a. Mapping lingkungan tempat kerja
 - b. Evaluasi lingkungan tempat kerja (wawancara pekerja, survey dan kuesioner)
6. Pelayanan kesehatan kerja
- a. Melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, secara khusus, dan secara berkala bagi pekerja sesuai pajanannya di RS
 - b. Melakukan pemeriksaan kesehatan khususnya pada pekerja di RS yang akan pensiun atau pindah kerja
 - c. Pemeriksaan pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi pekerja yang menderita sakit
 - d. Meningkatkan kesehatan badan, kondisi, mental (rohani) dan kemampuan fisik pekerja
7. Pelayanan keselamatan kerja
- a. Pembinaan dan pengawasan keselamatan/ keamanan sarana prasarana dan peralatan kesehatan di RS
 - b. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja di RS
 - c. Pengelolaan dan pemeliharaan serta sertifikasi sarana prasarana dan pemeliharaan peralatan RS

2.3 Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit

Tujuannya untuk ada kriteria yang harus dicapai oleh RS sehingga penilaian menjadi mudah. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit berikut Standar K3RS meliputi:

- a. Manajemen risiko K3RS;

- b. Keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
- c. Pelayanan Kesehatan Kerja;
- d. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- e. Pencegahan dan pengendalian kebakaran;
- f. Pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- g. Pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
- h. Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

2.4 Manajemen Risiko K3RS

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Manajemen risiko K3RS adalah proses yang bertahap dan berkesinambungan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja secara komprehensif di lingkungan Rumah Sakit. Manajemen risiko merupakan aktifitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh Rumah Sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja. Hal ini akan tercapai melalui kerja sama antara pengelola K3RS yang membantu manajemen dalam mengembangkan dan mengimplementasikan program keselamatan dan Kesehatan Kerja, dengan kerjasama seluruh pihak yang berada di Rumah Sakit.

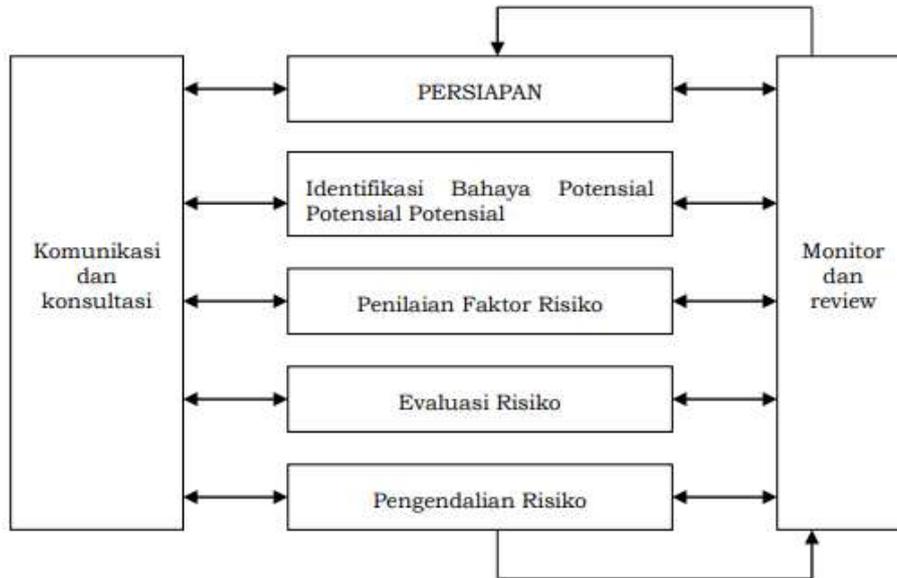
Manajemen risiko K3RS bertujuan meminimalkan risiko keselamatan dan kesehatan di Rumah Sakit pada tahap yang tidak bermakna sehingga tidak menimbulkan efek buruk terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit.

Dalam melakukan manajemen risiko K3RS perlu dipahami hal-hal berikut:

- a. **Bahaya potensial/hazard** yaitu suatu keadaan/kondisi yang dapat mengakibatkan (berpotensi) menimbulkan kerugian (cedera/injury/penyakit) bagi pekerja, menyangkut lingkungan kerja, pekerjaan (mesin, metoda, material), pengorganisasian pekerjaan, budaya kerja dan pekerja lain.
- b. **Risiko** yaitu kemungkinan/peluang suatu hazard menjadi suatu kenyataan, yang bergantung pada: 1) pajanan, frekuensi, konsekuensi 2) dose-response

- c. **Konsekuensi** adalah akibat dari suatu kejadian yang dinyatakan secara kualitatif atau kuantitatif, berupa kerugian, sakit, cedera, keadaan merugikan atau menguntungkan. Bisa juga berupa rentangan akibat-akibat yang mungkin terjadi dan berhubungan dengan suatu kejadian.

2.4.1 Langkah-langkah Manajemen Risiko K3RS



Gambar 2.1 Langkah–Langkah Manajemen Risiko K3RS

Langkah manajemen risiko K3RS:

a. Persiapan/Penentuan Konteks

Persiapan dilakukan dengan penetapan konteks parameter (baik parameter internal maupun eksternal) yang akan diambil dalam kegiatan manajemen risiko. Penetapan konteks proses manajemen risiko K3RS meliputi:

- 1) Penentuan tanggung jawab dan pelaksana kegiatan manajemen risiko yang terdiri dari karyawan, kontraktor dan pihak ketiga.
- 2) Penentuan ruang lingkup manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja.
- 3) Penentuan semua aktivitas (baik normal, abnormal maupun emergensi), proses, fungsi, proyek, produk, pelayanan dan aset di tempat kerja.
- 4) Penentuan metode dan waktu pelaksanaan evaluasi manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja.

b. Identifikasi Bahaya Potensial

Identifikasi bahaya potensial merupakan langkah pertama manajemen risiko kesehatan di tempat kerja. Pada tahap ini dilakukan identifikasi potensi bahaya kesehatan yang terpajan pada pekerja, pasien, pengantar dan pengunjung yang dapat meliputi:

- 1) Fisik, contohnya kebisingan, suhu, getaran, lantai licin.
- 2) Kimia, contohnya formaldehid, alkohol, ethiline okside, bahan pembersih lantai, desinfectan, chlorine.
- 3) Biologi, contohnya bakteri, virus, mikroorganisme, tikus, kecoa, kucing dan sebagainya.
- 4) Ergonomi, contohnya posisi statis, manual handling, mengangkat beban.
- 5) Psikososial, contohnya beban kerja, hubungan atasan dan bawahan, hubungan antar pekerja yang tidak harmonis.
- 6) Mekanikal, contohnya terjepit mesin, tergulung, terpotong, tersayat, tertusuk.
- 7) Elektrikal, contohnya tersengat listrik, listrik statis, hubungan arus pendek kebakaran akibat listrik.
- 8) Limbah, contohnya limbah padat medis dan non medis, limbah gas dan limbah cair.

Untuk dapat menemukan faktor risiko ini diperlukan pengamatan terhadap proses dan simpul kegiatan produksi, bahan baku yang digunakan, bahan atau barang yang dihasilkan termasuk hasil samping proses produksi, serta limbah yang terbentuk proses produksi. Pada kasus terkait dengan bahan kimia, maka perlu dipelajari Material Safety Data Sheets (MSDS) untuk setiap bahan kimia yang digunakan, pengelompokan bahan kimia menurut jenis bahan aktif yang terkandung, mengidentifikasi bahan pelarut yang digunakan, dan bahan inert yang menyertai, termasuk efek toksiknya. Ketika ditemukan dua atau lebih faktor risiko secara simultan, sangat mungkin berinteraksi dan menjadi lebih berbahaya atau mungkin juga menjadi kurang berbahaya. Sumber bahaya yang ada di RS harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolok ukur kemungkinan terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.

c. Analisis Risiko

Risiko adalah probabilitas/kemungkinan bahaya potensial menjadi nyata, yang ditentukan oleh frekuensi dan durasi pajanan, aktivitas kerja, serta upaya yang telah dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian tingkat pajanan. Termasuk yang perlu diperhatikan juga adalah perilaku bekerja, higiene perorangan, serta kebiasaan selama bekerja yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan. Analisis risiko bertujuan untuk mengevaluasi besaran (magnitudo) risiko kesehatan pada pekerja. Dalam hal ini adalah perpaduan keparahan gangguan kesehatan yang mungkin timbul termasuk daya toksisitas bila ada efek toksik, dengan kemungkinan gangguan kesehatan atau efek toksik dapat terjadi sebagai konsekuensi pajanan bahaya potensial. Karakterisasi risiko mengintegrasikan semua informasi tentang bahaya yang teridentifikasi (efek gangguan/toksisitas spesifik) dengan perkiraan atau pengukuran intensitas/konsentrasi pajanan bahaya dan status kesehatan pekerja, termasuk pengalaman kejadian kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang pernah terjadi. Analisis awal ditujukan untuk memberikan gambaran seluruh risiko yang ada. Kemudian disusun urutan risiko yang ada. Prioritas diberikan kepada risiko-risiko yang cukup signifikan dapat menimbulkan kerugian.

d. Evaluasi Risiko

Evaluasi Risiko adalah membandingkan tingkat risiko yang telah dihitung pada tahapan analisis risiko dengan kriteria standar yang digunakan. Pada tahapan ini, tingkat risiko yang telah diukur pada tahapan sebelumnya dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Selain itu, metode pengendalian yang telah diterapkan dalam menghilangkan/meminimalkan risiko dinilai kembali, apakah telah bekerja secara efektif seperti yang diharapkan. Dalam tahapan ini juga diperlukan untuk membuat keputusan apakah perlu untuk menerapkan metode pengendalian tambahan untuk mencapai standard atau tingkat risiko yang dapat diterima. Sebuah program evaluasi risiko sebaiknya mencakup beberapa elemen sebagai berikut:

- 1) Inspeksi periodik serta monitoring aspek keselamatan dan higiene industri

- 2) Wawancara nonformal dengan pekerja
- 3) Pemeriksaan kesehatan
- 4) Pengukuran pada area lingkungan kerja
- 5) Pengukuran sampel personal

Hasil evaluasi risiko diantaranya adalah:

- 1) Gambaran tentang seberapa penting risiko yang ada.
- 2) Gambaran tentang prioritas risiko yang perlu ditanggulangi.
- 3) Gambaran tentang kerugian yang mungkin terjadi baik dalam parameter biaya ataupun parameter lainnya.
- 4) Masukan informasi untuk pertimbangan tahapan pengendalian.

e. Pengendalian Risiko

Prinsip pengendalian risiko meliputi 5 hierarki, yaitu:

- 1) Menghilangkan bahaya (eliminasi)
- 2) Menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (substitusi)
- 3) Rekayasa engineering/pengendalian secara teknik
- 4) Pengendalian secara administrasi
- 5) Alat Pelindung Diri (APD).

Beberapa contoh pengendalian risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit:

- 1) Containment, yaitu mencegah pajanan dengan:
 - a) Desain tempat kerja
 - b) Peralatan safety (biosafety cabinet, peralatan centrifugal)
 - c) Cara kerja
 - d) Dekontaminasi
 - e) Penanganan limbah dan spill management
- 2) Biosafety Program Management, support dari pimpinan puncak yaitu Program support, biosafety specialist, institutional biosafety committee, biosafety manual, OH program, Information & Education
- 3) Compliance Assessment, meliputi audit, annual review, incident dan accident statistics. Safety Inspection dan Audit meliputi :

- a) Kebutuhan (jenisnya) ditentukan berdasarkan karakteristik pekerjaan (potensi bahaya dan risiko)
 - b) Dilakukan berdasarkan dan berperan sebagai upaya pemenuhan standar tertentu
 - c) Dilaksanakan dengan bantuan checklist (daftar periksa) yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan jenis kedua program tersebut
- 4) Investigasi kecelakaan dan penyakit akibat kerja
- a) Upaya penyelidikan dan pelaporan KAK dan PAK di tempat kerja
 - b) Disertai analisis penyebab, kerugian KAK, PAK dan tindakan pencegahan serta pengendalian KAK, PAK
 - c) Menggunakan pendekatan metode analisis KAK dan PAK
- 5) Fire Prevention Program
- a) Risiko keselamatan yang paling besar & banyak ditemui pada hampir seluruh jenis kegiatan kerja, adalah bahaya dan risiko kebakaran
 - b) Dikembangkan berdasarkan karakteristik potensi bahaya & risiko kebakaran yang ada di setiap jenis kegiatan kerja
- 6) Emergency Response Preparedness
- a) Antisipasi keadaan darurat, dengan mencegah meluasnya dampak dan kerugian
 - b) Keadaan darurat: kebakaran, ledakan, tumpahan, gempa, social chaos, bomb treat dll
 - c) Harus didukung oleh: kesiapan sumber daya manusia, sarana dan peralatan, prosedur dan sosialisasi
- 7) Program K3RS lainnya
- Pemindahan Risiko (Risk transfer) Mendelegasikan atau memindahkan suatu beban kerugian ke suatu kelompok/bagian lain melalui jalur hukum, perjanjian/kontrak, asuransi, dan lain-lain. Pemindahan risiko mengacu pada pemindahan risiko fisik & bagiannya ke tempat lain.

f. **Komunikasi dan Konsultasi**

Komunikasi dan konsultasi merupakan pertimbangan penting pada setiap langkah atau tahapan dalam proses manajemen risiko. Sangat penting untuk mengembangkan rencana komunikasi, baik kepada kontributor internal maupun eksternal sejak tahapan awal proses pengelolaan risiko. Komunikasi dan konsultasi termasuk didalamnya dialog dua arah diantara pihak yang berperan didalam proses pengelolaan risiko dengan fokus terhadap perkembangan kegiatan. Komunikasi internal dan eksternal yang efektif penting untuk meyakinkan pihak pengelolaan sebagai dasar pengambilan keputusan. Persepsi risiko dapat bervariasi karena adanya perbedaan dalam asumsi dan konsep, isu-isu, dan fokus perhatian kontributor dalam hal hubungan risiko dan isu yang dibicarakan. Kontributor membuat keputusan tentang risiko yang dapat diterima berdasarkan pada persepsi mereka terhadap risiko. Karena kontributor sangat berpengaruh pada pengambilan keputusan maka sangat penting bagaimana persepsi mereka tentang risiko sama halnya dengan persepsi keuntungan-keuntungan yang bisa didapat dengan pelaksanaan pengelolaan risiko.

g. **Pemantauan dan Telaah Ulang**

Pemantauan selama pengendalian risiko berlangsung perlu dilakukan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang bisa terjadi. Perubahan-perubahan tersebut kemudian perlu ditelaah ulang untuk selanjutnya dilakukan perbaikan-perbaikan. Pada prinsipnya pemantauan dan telaah ulang perlu untuk dilakukan untuk menjamin terlaksananya seluruh proses manajemen risiko dengan optimal.

2.5 **HIRADC (*Hazard Identification, Risk Assesment, and Determinant Control*)**

HIRADC (*Hazard Identification, Risk Assesment, and Determinant Control*) merupakan salah satu metode identifikasi kecelakaan kerja dengan penilaian risiko sebagai salah satu poin penting untuk mengimplementasikan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) yang terdiri dari identifikasi bahaya (*hazard identification*), penilaian risiko (*risk assesment*) dan pengendalian risiko (*risk control*). HIRADC bertujuan untuk mengidentifikasi potensi-potensi bahaya yang terdapat di suatu perusahaan atau instansi untuk dinilai besarnya peluang yang terjadi

pada suatu kecelakaan atau kerugian. HIRADC harus dilakukan diseluruh aktivitas perusahaan atau instalasi, termasuk aktivitas rutin dan non rutin, baik pekerja tersebut dilakukan oleh karyawan level *top management*, *medium management* dan *low management*, serta fasilitas sarana dan prasarana yang ada di tempat kerja.

Bryan Alfons (2013) terdapat 2 kriteria yang penting untuk mengukur risiko, yaitu:

1. Kemungkinan / peluang (*probability*)

Merupakan suatu kemungkinan terjadinya suatu kecelakaan / kerugian ketika dihadapkan dengan suatu bahaya.

2. Dampak / akibat (*consequences*)

Merupakan suatu tingkat keparahan atau kerugian yang mungkin terjadi dari suatu kecelakaan karena bahaya yang ada. Hal ini bisa terkait dengan manusia, properti dan lingkungan.

Cara melakukan identifikasi bahaya dengan mengidentifikasi seluruh proses/area yang ada dalam segala kegiatan, mengidentifikasi sebanyak mungkin aspek keselamatan dan kesehatan kerja pada setiap proses/area yang telah diidentifikasi K3 pada suatu proses kerja.

Setelah melakukan identifikasi bahaya dilanjutkan dengan penilaian risiko yang bertujuan untuk mengevaluasi besarnya risiko serta dampak yang akan ditimbulkan. Penilaian risiko digunakan sebagai langkah untuk menentukan tingkat risiko ditinjau dari kemungkinan kejadian (*probability*) dan keparahan yang dapat ditimbulkan (*saverity*). Ada berbagai pendekatan dalam menggambarkan kemungkinan dan keparahan suatu risiko baik secara kualitatif, semi kuantitatif dan kuantitatif.

Penilaian risiko menurut standart AS/NZS 4360, kemungkinan atau *probability* diberi rentang antara suatu risiko yang jarang terjadi sampai dengan risiko yang terjadi setiap saat. Dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 Ukuran Dari *Likelihood* Menurut Standar AS/NZS 4360

| Skala | Konsekuensi | Definisi Konsekuensi |
|-------|-----------------------|-----------------------------|
| 1 | <i>Rare</i> | Hampir tidak pernah terjadi |
| 2 | <i>Unlikely</i> | Jarang terjadi |
| 3 | <i>Possible</i> | Dapat terjadi sekali-sekali |
| 4 | <i>Likely</i> | Sering terjadi |
| 5 | <i>Almost Certain</i> | Setiap saat selalu terjadi |

Penilaian risiko menurut standart AS/NZS 4360, dampak atau *saverity* diberi rentang antara suatu risiko yang menyebabkan tidak cedera dan hanya menyebabkan kerugian finansial sedikit sampai dengan risiko yang menyebabkan fatal. Dapat dilihat pada tabel 2.2

Tabel 2.2 Ukuran Dari *Saverity* Menurut Standar AS/NZS 4360

| Skala | Konsekuensi | Definisi Konsekuensi |
|-------|----------------------|---|
| 1 | <i>Insignificant</i> | Tidak terjadi cedera, kerugian finansial sedikit |
| 2 | <i>Minor</i> | Cidera ringan, kerugian finansial sedang |
| 3 | <i>Moderate</i> | Cidera sedang, perlu penanganan medis, kerugian finansial besar |
| 4 | <i>Major</i> | Cidera berat, kerugian finansial besar, gangguan reproduksi |
| 5 | <i>Catastrophic</i> | Fatal/kematian, kerugian finansial sangat besar, terhentinya seluruh kegiatan |

Analisis risiko dalam manajemen risiko adalah proses menilai (*assesment*) dampak dan kemungkinan dari risiko yang sudah diidentifikasi. Matriks pengukuran yang digunakan dalam AS/NZS 4360 dapat dilihat pada tabel 2.3

Tabel 2.3 Matriks Analisis Risiko Menurut Standar AS/NZS 4360

| Frekuensi Risiko | Dampak Risiko | | | | |
|------------------|---------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | L | L | L | L | M |
| 2 | L | L | M | M | H |
| 3 | L | M | M | H | H |
| 4 | L | M | H | H | E |
| 5 | M | H | H | E | E |

Tingkat risiko merupakan kombinasi dari kemungkinan kejadian dan keparahan, suatu risiko yang terjadi kemungkinan terjadinya sangat tinggi, dan jika terjadi akan menimbulkan bencana dan korban yang besar, maka risiko tersebut digolongkan sebagai ekstrim. Peringkat kemungkinan dan keparahan secara kualitatif ini sangat relatif dan bervariasi, misalnya dengan menggunakan peringkat 3, 4 atau 5 peringkat. Karena itu dapat dikembangkan oleh masing-masing organisasi sesuai dengan kebutuhan masing-masing atau mengacu kepada suatu referensi tertentu misalnya yang dikeluarkan oleh AN/NZS 4360, OSHA atau *Institute of Risk Management*.

Tabel 2.4 Skala tingkatan Risiko

| Risk Rank | Deskripsi |
|------------------|---------------------|
| 17-25 | <i>Extreme Risk</i> |
| 10-16 | <i>High Risk</i> |
| 5-9 | <i>Medium Risk</i> |
| 1-8 | <i>Low Risk</i> |

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang

3.1.1 Lokasi Pelaksanaan Magang

Lokasi pelaksanaan magang dilakukan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, Jl. Manyar Kertoadi, Surabaya, Provinsi Jawa Timur.

3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Waktu pelaksanaan magang dilakukan pada tanggal 23 Desember 2019 sampai dengan 24 Januari 2020. Rincian kegiatan magang tampak pada tabel 3.1 berikut

Tabel 3.1 Tahap Kegiatan Magang

| No. | Jenis Kegiatan | Minggu Ke- | | | | |
|-----|--|------------|----|-----|----|---|
| | | I | II | III | IV | V |
| 1. | Pengenalan lingkungan dan budaya rumah sakit | | | | | |
| 2. | Observasi | | | | | |
| 3. | Pengambilan data | | | | | |
| 4. | Analisis Data | | | | | |
| 5. | Pembuatan laporan | | | | | |

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

3.2.1 Rincian Kegiatan Magang

Rincian kegiatan magang selama di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya tampak pada tabel 3.2 berikut.

Tabel 3.2 Rincian Kegiatan Magang

| Minggu Ke- | Tanggal | Kegiatan |
|------------|-------------------------------------|---|
| I | 23 Desember 2019 – 27 Desember 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - Pengambilan surat penghadapan dari diklat - Pengenalan dengan Diklit / Diklat, Ketua Komite K3RS RSU Haji Surabaya, Sekretaris Komite K3RS RSU Haji Surabaya - Mendapatkan arahan terkait tujuan di proposal. - Mendapatkan penjelasan terkait struktur organisasi, SMK3, P2K3, SNARS, SOP, form HIRAC, form Inspeksi, laporan KAK |
| II | 30 Desember 2019 – 3 Januari 2020 | <ul style="list-style-type: none"> - Penjelasan KAK, alur pelaporan dan pertolongan pertama. - Penjelasan letak apar, <i>hydrant</i>, jalur evakuasi, sop terjadinya kebakaran dan |

| | | |
|-----|----------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - bencana - Diskusi struktur organisasi beserta tupoksi, sekilas manajemen risiko, sekilas tentang kebakaran dan tujuan khusus magang di instalasi <i>Pusat Sterilisasi dan Pencucian</i> - Penjelasan jumlah apar, jenis apar, cara penggunaan apar yang ada di RSUD Haji Surabaya - Membuat form riwayat kesehatan pegawai |
| III | 6 – 10 Januari 20 20 | <ul style="list-style-type: none"> - Pengenalan dan pembekalan mengenai RSUD Haji Surabaya (<i>safety induction</i>, keselamatan pasien rumah sakit, PPI, program keselamatan penggunaan obat, profil RSUD Haji Surabaya dan pelayanan keperawatan prima dan islami) - Konsultasi laporan hasil magang selama 2 minggu, diskusi risiko register dan penjelasan alur linen bersih dan linen kotor, pemberian form riwayat kesehatan pegawai kepada instalasi radiologi - Mengikuti loka karya manajemen risiko - Pengambilan surat ke diklit untuk diserahkan kepada kepala Instalasi PSP, penjelasan alur di IPSP, SPO, dan kegiatan SDM ditiap unit kerja - Penjelasan alur laundry, dekontaminasi, CSSD, distribusi beserta tupoksinya |
| IV | 13 – 17 Januari 2020 | <ul style="list-style-type: none"> - Ke unit laundry, dekontaminasi dan CSSD untuk meminta data SPO yang kurang, observasi dan cara merekap alat steril masuk dan keluar - Mencari materi dan perundangan terkait IPSP dan diskusi dengan pembimbing - Inspeksi K3RS di Instalasi PSP - Merekap hasil form inspeksi K3RS dan menyusun laporan magang - Membuat hirac |
| V | 20 – 24 Januari 2020 | <ul style="list-style-type: none"> - Menyusun laporan dan mempersiapkan ruangan untuk persiapan seminar magang - Membuat power point untuk presentasi magang dan konsultasi persiapan presentasi magang - Seminar magang - Menyusun laporan - Menyusun laporan dan penjelasan kepada direktur |

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pihak yang bersangkutan dengan tujuan laporan magang yaitu pihak Komite K3RSU Haji Surabaya, pihak perlengkapan dan pihak Instalasi Pusat *Sterilisasi* dan Pencucian.

2. Observasi

Saat melakukan observasi, ada form cecklist yang dibuat sesuai dengan buku Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

3. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan observasi, yang di dokumentasi adalah jenis-jenis bahaya dan lokasi bahaya tersebut dalam bentuk *file* foto.

3.4 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Teknik pengolahan dan analisis data dilakukan setelah data yang dibutuhkan terkumpul (data primer dan data sekunder), akan dilakukan pengolahan dan analisis data secara deskriptif. Hasil pengolahan data kemudian dianalisis menggunakan teori yang terkait, dan hasil tersebut disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Analisis dan pembahasan yang dilakukan yaitu dengan menyusun laporan kegiatan magang dengan membahas permasalahan yang ada di RSUD Haji Surabaya dengan pihak terkait baik RSUD Haji Surabaya maupun dosen pembimbing.

Hasil pengumpulan, pengolahan dan analisis data tersebut digunakan untuk menarik kesimpulan dan rekomendasi yang akan kami berikan sebagai hasil akhir laporan magang di RSUD Haji Surabaya.

3.5 Output Kegiatan Magang

1. Mengetahui gambaran umum manajemen risiko dalam melakukan identifikasi bahaya di instalasi Pusat *Sterilisasi* dan Pencucian RSUD Haji Surabaya.
2. A adanya rekomendasi sebagai upaya tindakan pengendalian risiko bahaya yang ada di Pusat *Sterilisasi* dan Pencucian RSUD Haji Surabaya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya adalah rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Timur yang terletak di Jalan Manyar Kertoadi Surabaya, yang melayani semua golongan masyarakat, semua agama dan semua tingkat sosial. Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki jenis pelayanan kesehatan dan fasilitas rumah sakit seperti dokter spesialis senior, tenaga medis lain yang profesional, 293 tempat tidur perawatan ditunjang dengan alat medis yang canggih.

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya didirikan berkenaan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di Terowongan Mina pada tahun 1990. Dengan adanya bantuan dana dari Pemerintah Arab Saudi dan dilanjutkan dengan biaya dari Pemerintah Provinsi Jawa Timur, berhasil dibangun gedung beserta fasilitasnya dan resmi dibuka pada 17 April 1993 sebagai RSUD Tipe C dengan Surat Keputusan Gubernur Nomor 136 Tahun 1997.

Pada tahun 1998 berkembang menjadi RSUD Tipe B Non Pendidikan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1006/Menkes/SK/IX/1998 pada tanggal 21 September 1998, dan pada tanggal 30 Oktober 2008 sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1003/Menkes/SK/X/2008 Rumah Sakit Umum Haji Surabaya berubah status menjadi RSUD Tipe B Pendidikan dan pada tahun 2008 juga berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 30 Desember 2008 Nomor 118/44/KPTS/013/2008 Rumah Sakit Umum Haji Surabaya ditetapkan sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

4.1.2 Profil Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Nama rumah sakit : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
 Alamat : Jalan Manyar Kertoadi Surabaya
 Telepon : 031-592-4000
 Email : rshaji@jatimprov.go.id
 Website : <http://rsuhaji.jatimprof.go.id>

Klasifikasi : Rumah Sakit Tipe B Pendidikan
Nomor : 3578523
Kelas rumah sakit : B Pendidikan
Ijin operasional : Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: Hk.07.06/III/511/2008 tentang Pemberian Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama “Rumah Sakit Umum Haji Surabaya” Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

1. Akreditasi : Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 berstatus Paripurna yang diberikan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) kepada Rumah Sakit Umum Haji Surabaya pada tanggal 13 Agustus 2018 di Jakarta dengan nomor sertifikat : KARS-SERT/15/VI/2018.

2. Luas tanah dan bangunan :

- a. Luas lahan : 22.941 m²
- b. Luas bangunan / luas lantai dasar : 11.989,68 m²
- c. Luas keseluruhan lantai : 37.874,82 m²

3. Letak geografis wilayah Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

- a. Sebelah utara : Berbatasan dengan jalan raya
- b. Sebelah timur : Berbatasan dengan ruko klampis jaya
- c. Sebelah barat : Berbatasan dengan asrama haji sukolilo
- d. Sebelah selatan: Berbatasan dengan asrama haji sukolilo

4. Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

a. Visi

Rumah Sakit Pilihan Masyarakat, Prima dan Islami dalam Pelayanan yang Berstandar Internasional, didukung Pendidikan dan Penelitian yang Berkualitas.

b. Misi

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menuju standar internasional didukung pendidikan dan penelitian yang berkualitas.
- 2) Menyediakan SDM yang profesional, jujur, amanah dan mengutamakan kerjasama.
- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEKDOK.

- 4) Meningkatkan kemandirian rumah sakit dan kesejahteraan karyawan.

5. Motto Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

“MENEBAR SALAM DAN SENYUM DALAM PELAYANAN”

6. Nilai Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

- a. Jujur : Benar dalam pikiran, ucapan, dan perbuatan baik kepada pelanggan maupun kepada sesama pegawai.
- b. Amanah : Mampu menjaga rahasia pasien yang sudah dipercayakan kepada petugas kesehatan kecuali untuk kepentingan hukum.
- c. Kerjasama : Saling tolong menolong antara sesama petugas maupun dengan pelanggan dan tidak saling merugikan.

7. Keyakinan Dasar Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

“Pelayanan adalah Bagian dari Ibadah”

8. Janji Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

“Dengan rahmat Allah SWT, kami atas nama pemimpin dan karyawan/karyawati Rumah Sakit Umum Haji Surabaya menyatakan janji bersama untuk memberikan pelayanan dengan sepenuh hati, senantiasa mengucapkan salam, memberikan senyum dan mohon maaf serta mengucapkan terima kasih kepada pelanggan”.

9. Tujuan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki tujuan melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan. Tujuan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya adalah sebagai berikut:

- a. Menciptakan budaya kerja melalui SDM yang amanah dan berakhlak mulia.
- b. Memiliki kondisi kerja yang kondusif
- c. Meningkatkan produktivitas karyawan
- d. Tercapainya standar pelayanan prima
- e. Mau dan mampu menciptakan inovasi pelayanan
- f. Meningkatkan kepuasan *costumer*
- g. Meningkatkan pelanggan yang loyal
- h. Meningkatkan kemandirian rumah sakit

10. Sasaran Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

- a. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit
- b. Memenuhi sarana, prasarana, dan peralatan rumah sakit sesuai standart
- c. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia rumah sakit
- d. Terpeliharanya sarana, prasarana, peralatan rumah sakit
- e. Meningkatkan manajemen rumah sakit
- f. Meningkatkan pelayanan administrasi perkantoran rumah sakit

11. Kebijaksanaan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya berkomitmen senantiasa memberikan pelayanan kesehatan, wahanan pendidikan dan pelatihan, serta melakukan kolaborasi yang berkualitas dan islami melalui penyediaan pelayanan klinis yang aman, efektif dan efisien didukung oleh sumber daya manusia, sarana dan prasaranan, serta sistem manajemen yang berstandar kelas dunia.

12. Jumlah SDM Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Jumlah SDM (Sumber Daya Manusia) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sebanyak 1.199 orang yang terdiri dari pegawai PNS sebanyak 761 orang dan BLUD sebanyak 438 orang, dengan jumlah sebagai berikut:

- a. Medis : 118 orang
- b. Psikolog klinis : 3 orang
- c. Keperawatan : 385 orang
- d. Kebidanan : 54 orang
- e. Kefarmasian : 62 orang
- f. Kesehatan masyarakat: 4 orang
- g. Kesehatan lingkungan: 8 orang
- h. Gizi : 14 orang
- i. Keterampilan fisik : 20 orang
- j. Keteknisan medis : 31 orang
- k. Teknik biomedika : 61 orang
- l. Non kesehatan : 414 orang
- m. Struktural : 25 orang

13. Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

- a. Pelayanan Gawat Darurat

Pasien yang datang ke IGD selalu dinilai kegawatannya menjadi 5 prioritas:

- 1) Prioritas 1 yaitu kasus/penyakit dengan kegawatdaruratan yang mengancam jiwa dan gawat darurat berat
- 2) Prioritas 2 yaitu gawat darurat ringan
- 3) Prioritas 3 yaitu kasus/penyakit yang bukan gawat darurat dengan penunjang lebih dari satu
- 4) Prioritas 4 yaitu kasus/penyakit yang bukan gawat darurat dengan satu penunjang
- 5) Prioritas 5 yaitu kasus/penyakit yang bukan gawat darurat dan tanpa adanya alat penunjang

IGD Rumah Sakit Umum Haji Surabaya buka selama 24 jam yang dilengkapi dengan:

- 1) *Ambulance*
- 2) Ruang *triage*
- 3) Ruang observasi *medic*
- 4) Ruang observasi bedah
- 5) Ruang resusitasi
- 6) Ruang HCU
- 7) Ruang operasi kecil (OK Minor)
- 8) Ruang operasi *emergency*
- 9) Radiologi
- 10) Laboratorium

b. Pelayanan Persalinan

Persalinan dilaksanakan di kamar bersalin yang merupakan bagian dari instalasi gawat darurat. Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut:

- 1) Ruang bersalin umum
- 2) Ruang bersalin privat
- 3) Ruang tindakan ginekologi
- 4) Ruang fetomaternal

c. Pelayanan Rawat Inap

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya mempunyai 4 gedung untuk pelayanan rawat inap, antara lain:

- 1) Gedung Shofa
- 2) Gedung Marwah
- 3) Gedung Al Aqso

4) Gedung Graha Nuur Afiyah

d. Pelayanan Rawat Jalan

Ada 2 jenis pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, yaitu rawat jalan/klinik umum dan rawat jalan/klinik privat.

e. Pelayanan Intensif

Pelayanan intensif Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dilakukan di instalasi ICU, instalasi ICU terdiri dari ICU, PICU, NICU dan ICCU.

f. Pelayanan Pembedahan

Pelayanan pembedahan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dilakukan di instalasi bedah sentral. Dilayani oleh dokter spesialis yang berpengalaman, terdiri dari bedah umum, bedah tulang, bedah syaraf, bedah urologi, bedah plastik, bedah obstetric ginekologi, bedah THT, bedah mata, bedah kulit, dan kelamin.

g. Pelayanan Hemodialisa

Dilakukan di instalasi hemodialisa yang terletak di gedung Al Aqso lantai 1. Fasilitas yang tersedia adalah 15 mesin hemodialisa dan dilayani oleh dokter spesialis penyakit dalam yang terampil di bidang nephrologi.

h. Laboratorium Patologi Anatomi

Pelayanan laboratorium patologi anatomi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya menyediakan sarana yang mutakhir untuk mengolah jaringan patologi dalam waktu cepat dan akurat dari diagnosis klinis.

i. Laboratorium Patologi Klinik

Pelayanan laboratorium patologi klinik Rumah Sakit Umum Haji Surabaya melayani pemeriksaan hematologi, kimia klinik, serologi, imunologi dan mikrobiologi.

j. Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi merupakan bagian dari pelayanan penunjang medis yang memberikan pelayanan radio, diagnostic dan imaging. Pelayanan ini diselenggarakan oleh instalasi radiologi.

k. Pelayanan Farmasi

Pelayanan farmasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya diselenggarakan oleh instalasi farmasi. Pelayanan obat yang langsung pada pasien

diselenggarakan melalui depo farmasi. Fasilitas pelayanan yang diberikan antara lain:

- 1) Pelayanan farmasi 24 jam
- 2) Pelayanan informasi obat
- 3) Konsultasi dengan apoteker
- 4) Pemantauan terapi obat pasien rawat inap
- 5) Penanggulangan obat kanker
- 6) Pendidikan dan pelatihan kefarmasional

1. Fasilitas Penunjang Umum

Fasilitas penunjang non medis yang berada di kawasan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya adalah:

- 1) Masjid Ibnu Sina
- 2) Optic
- 3) ATM
- 4) Kantin
- 5) Mini market
- 6) Fotocopy
- 7) Parkir
- 8) Aula

m. Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi yang diselenggarakan adalah:

- 1) Pelayanan konsultasi gizi di klinik gizi
- 2) Pelayanan konsultasi gizi di rawat inap
- 3) Pelayanan di rawat inap

4.1.3 Payung Hukum Dasar Peraturan dan Kebijakan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

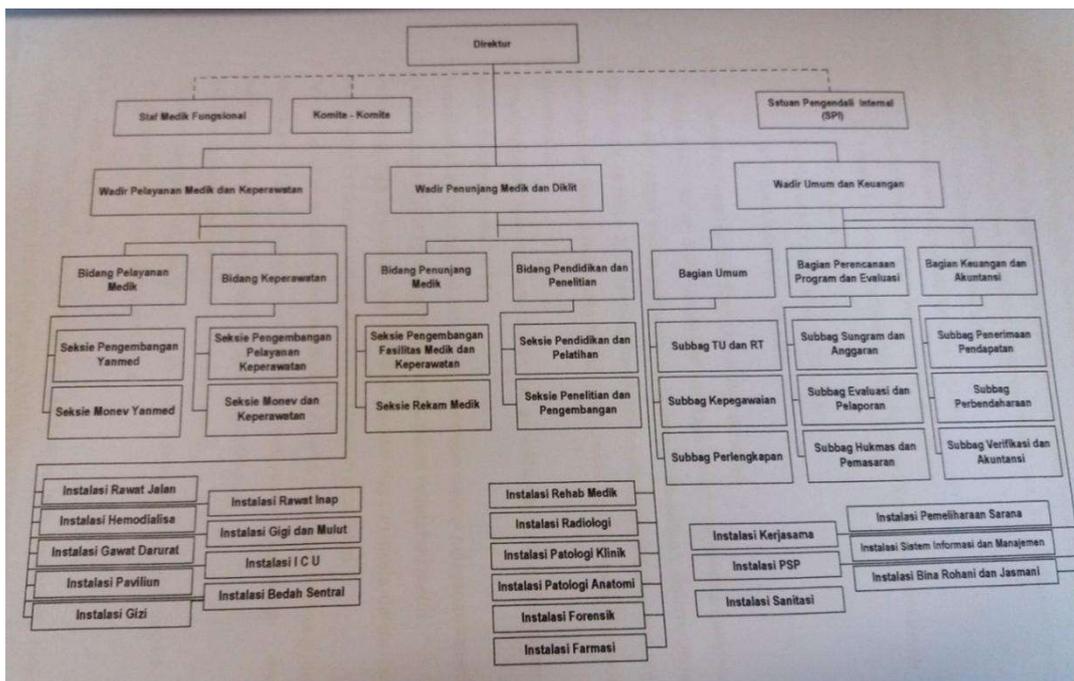
Adapun payung hukum dasar peraturan dan kebijakan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya mulai dari tingkat nasional sampai tingkat daerah adalah sebagai berikut:

- a. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- b. UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah

- d. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Organisasi Dan Tatakerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/Menkes/Per/I/2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK 07.06/511/2008 Tentang Izin Penyelenggaraan RSUD Dengan Nama RSU Haji Surabaya Provinsi Jawa Timur
- g. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 114 Tahun 2008 Tentang Uraian Tugas Direktur, Wakil Direktur, Bidang, Bagian Seksi Dan Sub Bagian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Provinsi Jawa Timur

4.1.4 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

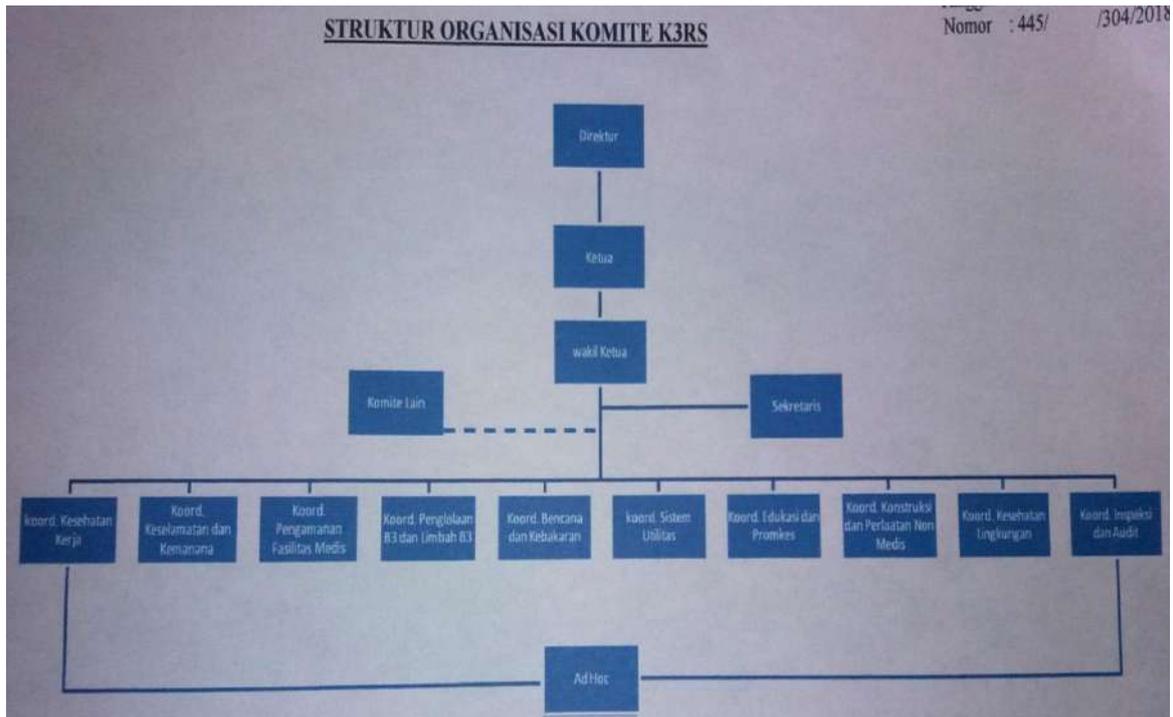
Sesuai dengan Keputusan Gubernur Nomor 11 tahun 2008 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, dipimpin oleh seorang Direktur yang membawahi 3 Wakil Direktur yaitu Wakil Direktur Pelayanan dan Keperawatan, Wakil Direktur Penunjang dan Diklit dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan 7 Bidang / Bagian, serta 17 Sub Bidang / Bagian serta Kepala Instalasi bertanggung jawab langsung kepada masing-masing Wakil Direktur dan Komite bertanggung jawab langsung kepada Direktur. Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan Direktur dibantu oleh Satuan Pengawas Intern (SPI).



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

4.1.5 Struktur Organisasi Komite K3RS

Sesuai dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor 445/304/2018 tentang Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Untuk melihat bagan struktur organisasi Komite K3RS yang ada di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dapat dilihat pada gambar 4.1 Untuk melihat struktur organisasi dan tupoksi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dapat dilihat pada lampiran.



Gambar 4.2 Struktur Organisasi Komite K3RS

4.2 Pembahasan

4.2.1 Struktur Organisasi dan Tupoksi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Sesuai dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor 445/304/2018 tentang Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya mulai dikeluarkannya surat keputusan tersebut yang awalnya bernama Tim K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya berubah menjadi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Hal ini sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Bab II No 2 Penetapan organisasi K3RS, dalam pelaksanaan K3RS

memerlukan organisasi yang dapat menyelenggarakan program K3RS secara menyeluruh dan berada di bawah pimpinan Rumah Sakit yang dapat menentukan kebijakan Rumah Sakit, sehingga pada Rumah Sakit dapat memiliki komite atau instalasi K3RS. Dapat dilihat pada bagan struktur organisasi Komite K3RS pada gambar 4.1 Ketua Komite bertanggung jawab langsung di bawah Direktur Rumah Sakit.

Mekanisme tugas dan fungsi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya pada lampiran disesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Bab II No 2 Penetapan organisasi K3RS terbagi menjadi Ketua, Sekretaris, Koordinator Kesehatan Kerja, Koordinator Utilitas, Koordinator Kesehatan Lingkungan, Koordinator Pengelolaan B3 dan Limbah B3, Koordinator Pengamanan dan Fasilitas Medis, Koordinator Konstruksi dan Peralatan Non Medis, Koordinator Kesiagaan Bencana dan Kebakaran, Koordinator Inspeksi dan Audit, Koordinator Keselamatan dan Keamanan, Koordinator Promkes dan Edukasi dan Koordinator Ad Hoc. Setelah dilakukan observasi dan wawancara pada Ketua, Sekretaris, dan beberapa Kelompok Koordinator (Koordinator Kesehatan Kerja dan Koordinator Kesiagaan Bencana dan Kebakaran) dan dari data sekunder yang ada bahwa tenaga kerja yang ada pada organisasi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya selain menjabat di organisasi Komite K3RS juga menjabat pekerjaan yang lain yaitu pada Ketua Komite K3RS juga menjabat sebagai kepala instalasi rawat inap, pada Sekretaris I Komite K3RS juga menjabat sebagai staff litbang, pada pada Sekretaris II Komite K3RS juga menjabat sebagai staff kepegawaian, pada Koordinator Kesiagaan Bencana dan Kebakaran juga menjabat sebagai perawat di pelayan IGD dan sebagai kepala *Ambulance*, pada Koordinator Konstruksi dan Peralatan Non Medis juga menjabat sebagai kepala bidang perlengkapan, pada Koordinator Kesehatan Kerja juga menjabat sebagai dokter di *Medical Check Up* (MCU). Artinya ada *double job* atau rangkap jabatan yang harus menjadi tanggung jawab pada tenaga kerja tersebut. Hal ini didapatkan evaluasi terkait *double job* tersebut mengakibatkan ada salah satu tupoksi yang tidak berjalan dengan maksimal karena dengan adanya 2 atau 3 tupoksi tidak bisa dijalankan secara bersamaan selain itu tidak adanya tim yang dibentuk untuk membantu Kelompok Koordinator Komite K3RS dalam

melaksanakan tupoksinya, karena adanya perubahan dari Tim K3RS menjadi Komite K3RS.

4.2.2 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Bab II Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. SMK3 Rumah Sakit merupakan bagian dari sistem manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di Rumah Sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. Ruang lingkup SMK3 Rumah Sakit meliputi:

a. Penetapan Kebijakan K3RS

Dalam pelaksanaan K3RS, pimpinan tertinggi Rumah Sakit harus berkomitmen untuk merencanakan, melaksanakan, meninjau dan meningkatkan pelaksanaan K3RS secara tersistem dari waktu ke waktu. Komitmen tersebut diwujudkan dalam bentuk 1) penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS secara tertulis 2) penetapan organisasi K3RS dan 3) dukungan pendanaan, sarana dan prasarana. Hal tersebut telah wujudkan oleh pimpinan tertinggi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dan tertuang dalam Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor 445/304/2018 tentang Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

b. Perencanaan K3RS

Rumah sakit membuat perencanaan K3RS yang efektif agar tercapai keberhasilan penyelenggaraan K3RS dengan sasaran yang jelas dan dapat di ukur. Dalam rangka mengendalikan potensi bahaya dan risiko K3RS yang telah teridentifikasi dan berhubungan dengan operasional Rumah Sakit. Hal tersebut telah wujudkan oleh pimpinan tertinggi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ada pada lampiran dan dievaluasi (peninjauan) SPO yang dilaksanakan sesuai kebutuhan atau maksimal 3 tahun sekali.

c. Pelaksanaan Rencana K3RS

Program K3RS dilaksanakan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan dan merupakan bagian dari pengendalian risiko keselamatan dan kesehatan kerja. Hal tersebut telah wujudkan oleh struktur Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sesuai dengan tupoksinya dapat dilihat pada lampiran, berikut juga lampiran terkait form HIRAC yang ada untuk melakukan manajemen risiko K3RS.

d. Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3RS

Rumah Sakit harus menetapkan dan melaksanakan program K3RS, selanjutnya untuk mencapai sasaran harus dilakukan pencatatan, pemantauan, evaluasi serta pelaporan dengan penerapan inspeksi tempat kerja yang dilakukan oleh Komite K3RS. Hal tersebut telah wujudkan oleh struktur Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dengan rutin melaksanakan inspeksi K3RS setiap Minggu pada hari Selasa.

e. Peninjauan dan Peningkatan Kinerja K3RS

Pemimpin Rumah Sakit harus melakukan evaluasi dan kaji ulang terhadap kinerja K3RS yang ditindaklanjuti dengan perbaikan berkelanjutan. Salah satunya dengan adanya pelatihan untuk karyawan dan juga presentasi hasil dari pelaksanaan pelatihan tersebut pada waktu rapat direksi.

Berikut adalah terkait SMK3 yang ada di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, untuk Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sendiri telah terStandar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 berstatus Paripurna yang diberikan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan akan dilanjutkan kembali untuk memenuhi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.1 yang diadakan di bulan Mei 2020.

4.2.3 Pencegahan dan Pengendalian Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

1. Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)

Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya telah dibuat SPO tata laksana kecelakaan akibat kerja sebagai petunjuk dalam melaporkan dan menangani kejadian kecelakaan akibat kerja termasuk penyakit yang timbul karena hubungan kerja. Ada kecelakaan akibat kerja non medis, kecelakaan akibat kerja medis dan kecelakaan akibat kerja di

jalan raya / lalu lintas. Hal tersebut tertuang dalam Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya No. 445/1080/304/2017 tentang Kebijakan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Untuk melihat prosedur tata laksana kecelakaan kerja ada di lampiran.

Sampai saat ini kejadian kecelakaan akibat kerja di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang terecord dan dilaporkan kepada Komite K3RS hanya kejadian kecelakaan akibat kerja tertusuk jarum. Seharusnya kejadian kecelakaan akibat kerja dilaporkan kepada Komite K3RS dan dengan dibuatnya P2K3 di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya agar memudahkan pelaporan. Selama 1 tahun pada tahun 2019 hanya ada 1 kejadian kecelakaan akibat kerja tertusuk jarum yang dilaporkan. Yaitu pada saat dokter gigi menginjeksi pasien, saat setelah injeksi dan memasukkan jarum ke dalam penutup jarum, telapak tangan dokter tertusuk, padahal dokter gigi tersebut telah mengenakan APD sarung tangan sesuai dengan SPO yang ada. Pengendalian setelah kejadian kecelakaan akibat kerja tertusuk jarum tersebut adalah dilakukannya pemeriksaan lab darah terhadap pasien agar dapat diketahui apakah pasien tersebut positif atau tidak pada penyakit seperti HIV atau hepatitis yang memang menular melalui darah dan cairan di dalam tubuh. Jika positif maka dilakukan pengendalian dengan pemberian obat dan medis oleh dokter yang berkompeten. Jika negatif maka dilakukan pengeobatan pertolongan pertama.

Berikut adalah alur penanganan kejadian kecelakaan akibat kerja tertusuk jarum.



Gambar 4.3 Alur Penanganan Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja Tertusuk Jarum

2. Penyakit Akibat Kerja (PAK)

Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya ada zona risiko yang dibagi menjadi beberapa zona pembagian, salah satunya zona risiko sangat tinggi dan zona risiko tinggi. Zona risiko sangat tinggi yaitu ada IGD, instalasi bedah central (OK), veka bersalin, instalasi gigi dan mulut, ruang endoskopi dan ruang pencampuran obat chemo. Dimana pada kedua zona tersebut tiap 1 tahun sekali dilakukan pemeriksaan berkala dan setiap hari tenaga kerja mendapatkan *extra fooding* (makanan tambahan) agar gizi tenaga kerja cukup, daya tahan tubuh meningkat sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi dan penyebaran penyakit.

Untuk rekap data terkait penyakit akibat kerja yang ada di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Komite K3RS kesulitan untuk mendapatkan data rekap terkait kejadian penyakit akibat kerja pada

pegawai, yang selanjutnya akan dibuat dan dikerjakan untuk mengambil data kepegawaian dengan menggunakan form riwayat kesehatan pegawai Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sebagai form identifikasi penyakit akibat kerja, yang dapat dilihat di lampiran.

4.2.4 Pencegahan dan Pengendalian Bencana dan Kebakaran di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

1. SPO Penanggulangan Bencana dan Kebakaran

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sudah memiliki prosedur tentang pencegahan risiko timbulnya api, prosedur pembentukan personil kebakaran, prosedur tentang pemeriksaan dan pemeliharaan sarana pemadam kebakaran. Hal ini sesuai dengan prosedur operasional standar menurut Keputusan Menteri Negara Republik Indonesia No. 11/KPTS/2000 mengenai manajemen penanggulangan kebakaran bangunan gedung, bangunan rumah sakit harus mempunyai pembentukan personil penanggulangan kebakaran, tata cara pemadaman kebakaran manual, pelaksanaan evaluasi, pemeriksaan dan pemeliharaan peralatan proteksi kebakaran. Berikut SPO penanggulangan bencana dan kebakaran dapat dilihat pada lampiran. Untuk SPO saat terjadinya bencana alam seperti gempa bumi adalah 1) Jangan panik 2) Sembunyi di bawah meja saat gempa terjadi 3) Keluar dari gedung melalui jalur evakuasi saat gempa telah berhenti 4) Lewat tangga darurat dan jangan menggunakan lift 5) Jalan dan menuju ke titik kumpul yang telah ada di luar gedung.

Prosedur tersebut selalu diperbarui setiap tahunnya guna mengikuti perkembangan gedung maupun tingkat risiko bahaya yang dapat menyebabkan kebakarn.



Gambar 4.4 5 Petunjuk Bila Terjadi Kebakaran

2. Sarana Penanggulangan Kebakaran

a. APAR (Alat Pemadam Api Ringan)

Terdapat 147 buah apar di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang terpasang merata di setiap bangunan, unit ruangan maupun di luar ruangan, dapat dilihat pada lampiran. Terdapat 3 jenis APAR yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yaitu media powder yang efektif untuk memadamkan kebakaran tipe A, B dan C, media gas atau halon yang efektif untuk memadamkan kebakaran tipe B dan C, dan media CO_2 yang efektif untuk memadamkan kebakaran tipe B dan C.

Penempatan APAR berada pada lokasi yang mudah diakses dan mudah dijangkau, tidak terhalang apapun dan mudah dilihat, digantung dengan ketinggian 1,2 m dan jarak antara APAR 1 dengan yang lain tidak lebih dari 15 m. Terdapat pemberian tanda pemasangan APAR berbentuk segitiga dengan ukuran 35 cm dengan warna dasar merah dan tinggi huruf 3 cm yang terlihat jelas. Terdapat lembar checklist yang di dalamnya terdapat jenis atau bahan, tanggal pengecekan yang dilakukan rutin setiap 6 bulan sekali, kondisi dan petunjuk penggunaan APAR ada pada setiap tabung APAR, APAR

b. *Sprinkle*

Terdapat 2 jenis *sprinkle* di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yaitu warna hitam dan jingga. Sebagian besar *sprinkle* yang tersedia berwarna jingga dengan tingkat suhu pengaktif 53°C untuk dalam ruangan dengan tingkat kebakaran tinggi seperti ruangan dengan banyak dokumen dan ruang inap pasien. Sedangkan *sprinkle* berwarna hitam memiliki tingkat suhu pengaktif $201\text{-}260^{\circ}\text{C}$ berada pada ruangan yang cukup terbuka. Untuk gedung arofah dan al aqso sudah lengkap memiliki *sprinkle*, akan tetapi untuk gedung lama belum ada dan hanya memiliki APAR saja. Untuk perawatan dan pengecekan dilakukan rutinm setiap 6 bulan sekali oleh pihak IPS Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

c. *Hydrant*

Terdapat 58 *hydrant* di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, 9 buah berada di luar gedung atau halaman, 16 buah berada di gedung arofah dan 33 buah berada di gedung al aqso, sedangkan gedung lain yang merupakan bangunan lama belum tersedia. Untuk perawatan dan pengecekan dilakukan rutinm setiap 6 bulan sekali oleh pihak IPS Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dengan memastikan air tidak terhambat dan peralatan dalam kondisi baik apabila digunakan sewaktu-waktu.



Gambar 4.10 Peletakan *Hydrant*

d. Alarm Kebakaran

Alarm kebakaran hanya terdapat di gedung arofah dan di gedung al aqso, sedangkan gedung lain yang merupakan bangunan lama belum tersedia. Untuk perawatan dan pengecekan dilakukan rutin setiap 1 minggu sekali oleh pihak IPS Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dengan memastikan alarm kebakaran dalam kondisi baik dan tetap berfungsi.

e. Detektor Kebakaran

Detektor kebakaran hanya terdapat di gedung arofah dan di gedung al aqso, sedangkan gedung lain yang merupakan bangunan lama belum tersedia. Untuk perawatan dan pengecekan dilakukan secara berkala oleh pihak IPS Rumah Sakit Umum Haji Surabaya untuk menjaga keadaan detektor yang tersedia.

3. Prasarana Penyelamat Jiwa**a. Jalur Evakuasi**

Jalur evakuasi sudah tersedia di seluruh bangunan, ada 2 peletakan jalur evakuasi, jalur evakuasi yang terdapat di atas dengan tinggi 170-175cm dan jalur evakuasi yang terdapat di bawah dengan peletakan 30cm. Karena jika terdapat kebakaran asap akan berkumpul di tengah ruangan sehingga agar memudahkan melihat jalur evakuasi ditempelkan di 2 tinggi yang berbeda pada dinding.

Jalur evakuasi tidak terhalang oleh barang dan mudah dilihat, terdapat tanda berwarna hijau dan tulisan putih dengan bahan fosfor dimana dapat bercahaya ketika gelap atau listrik padam yang berfungsi sebagai penunjuk arah evakuasi ke titik kumpul yang tersedia. Terdapat 3 titik kumpul yang tersedia jika terjadi bencana ataupun kebakaran, 1) di lapangan upacara / lapangan parkir mobil depan halaman Rumah Sakit Umum Haji Surabaya 2) di depan gedung graha nur afiyah atau paviliun 3) di depan gedung al aqso.



Gambar 4.11 Jalur Evakuasi Atas



Gambar 4.12 Jalur Evakuasi Bawah



Gambar 4.13 Peta Jalur Evakuasi di Gedung Arafah Lt 7



Gambar 4.14 Titik Kumpul di Depan Gedung Graha Nur Afiah

b. Tangga Darurat Kebakaran

Tangga darurat kebakaran yang tersedia di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki pintu yang tahan api serta bangunan yang tidak mudah terbakar, terdapat petunjuk nama dan penanda guna mempermudah menemukan tangga darurat. Akan tetapi terdapat 1 gedung yang tidak memiliki tangga darurat yaitu gedung paviliun, sehingga tangga darurat menyambung dengan gedung lain di seblahnya.

4. Personil Penanggulangan Kebakaran

Terdapat organisasi Komite K3RS yang didalamnya juga terdapat Kordinator Penanggulangan Kebakaran dan Bencana. Tim penanggulangan bencana kebakaran Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki suatu metode yang bisa mempercepat respon karyawan apabila terjadi kebakaran. Metode ini dinamakan metode “Code Red” merupakan kata sandi untuk

menyampaikan pesan apabila terjadi kebakaran yang hanya diketahui oleh karyawan dan staff Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sehingga nantinya pesan tidak segera dapat tersebar dan membuat panik pasien dan pengunjung rumah sakit. Apabila terjadi kebakaran, teka tombol *#01 disambung dengan “Code Red beserta tempat terjadinya kebakaran” sebanyak 3 kali maka akan langsung tersampaikan ke seluruh Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dan bantuan akan segera datang untuk menangani.

Jika kebakaran teratasi maka tim penanggulangan bencana kebakaran Rumah Sakit Umum Haji Surabaya melakukan 1) membuat laporan ke direksi 2) membuat investigasi Root Causes Analysis (RCA) 3) tidak lanjut RTL 4) penggantian barang atau benda yang rusak dan perbaikan. Jika kebakaran tidak teratasi maka meminta bantuan ke damkar terdekat.

Di setiap unit terdapat papan petugas “Code Red” yang terdiri dari 4 tupoksi. Di papan kotret juga tersedia jadwal petugas beserta shift pagi, sore dan malam, namun tidak berjalan dengan baik karena di IGD sibuk dengan pasien sehingga tidak sempat mengganti posisi pekerja tim sesuai dengan shift kerjanya. Di bawah papan kotret terdapat lemari kotret yang di dalamnya tersedia 4 helm dengan warna berbeda sesuai dengan tugas dalam penanggulangan kebakaran. 1) helm merah bertugas memadamkan api 2) helm biru bertugas melakukan evakuasi dan penyelamatan pasien dan pengunjung 3) helm putih bertugas menyelamatkan dokumen penting 4) helm kuning bertugas mengendalikan alat medis. Selain helm terdapat juga alat pelindung diri seperti rompi, masker, sepatu.

Hampir tiap tahun ada terjadi kebakaran kecil di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya tetapi dapat teratasi dan untuk metode code bencana di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya belum ada, sejauh ini belum pernah terjadi bencana di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.



| PETUGAS CODE RED | | RUANG : IGD | | |
|------------------|--|-------------|------|-------|
| Hari / Tgl | | PAGI | SORE | MALAM |
| DAFTAR DAPI | | | | |
| DAFTAR PASIEN | | | | |
| DAFTAR DOVUMEM | | | | |
| DAFTAR ALARIS | | | | |

Gambar 4.15 Papan Kotret



Gambar 4.16 Lemari Kotret

5. Pendidikan dan Pelatihan Pemadam Kebakaran

Pendidikan dan pelatihan pemadam kebakaran di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dilaksanakan 1 – 2 kali tiap tahun yang diikuti oleh karyawan rumah sakit secara bergantian. Bagi karyawan baru akan mendapat materi pelatihan kesiapsiagaan kebakaran ketika dalam masa orientasi. Sehingga seluruh karyawan mengetahui code apabila terjadi kebakaran dan cara penggunaan APAR.

6. Inspeksi dan Pemeliharaan Peralatan Kebakaran

Inspeksi dan pemeliharaan peralatan kebakaran dilaksanakan oleh Perlengkapan dan IPS. Perlengkapan dengan tim personil pemadaman kebakaran menangani APAR dengan tugas mengecek kondisi tabung, tekanan tabung, segel dan tanggal kedaluarsa. Sedangkan IPS bersama personil pemadaman kebakaran bertugas menangani *sprinkle*, *hydrant*, alarm dan detektor yang dilakukan audit setiap 6 bulan sekali. Khusus untuk alarm dilakukan perawatan setiap 1 minggu sekali guna memastikan alarm dalam kondisi siap dan baik. ADHOC tiap ruangan juga turut serta dalam mnegawasi kelayakan dari APAR.

4.2.5 Manajemen Risiko pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

4.2.5.1 Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit

Menurut Peraturan Direktur Rumah Sakit Nomor 898/Per/Rs/I/2014 tentang Panduan Instalasi Sterilisasi Pusat (CSSD) Rumah Sakit bahwa pusat sterilisasi adalah tempat yang penting di

dalam rumah sakit untuk mengendalikan infeksi dan menekan kejadian infeksi di rumah sakit. Pusat sterilisasi di rumah sakit mempunyai tugas dan fungsi utama yaitu menyiapkan alat bersih dan steril untuk keperluan perawatan pasien di rumah sakit. Untuk lebih jelas dari fungsi dan tugas CSSD adalah dimulai dari menerima, memproses, memproduksi, mensterilkan, menyimpan dan mendistribusikan peralatan dan bahan medis steril ke seluruh unit/ruang di rumah sakit untuk kepentingan perawatan pasien.

Menurut Peraturan Direktur Rumah Sakit Nomor 898/Per/Rs/I/2014 tentang Panduan Instalasi Sterilisasi Pusat (CSSD) Rumah Sakit pada Bab 2 poin C, terdapat alur aktivitas CSSD adalah sebagai berikut :

- 1) Penerimaan; alat kotor dari berbagai unit perawatan dan unit khusus diterima oleh petugas CSSD.
- 2) Pencatatan; alat yang masuk ke CSSD dicatat dalam buku ekspedisi alat masuk.
- 3) Perendaman; alat dimasukkan dalam bak dan direndam dalam cairan desinfeksi 10-15 menit.
- 4) Pencucian; pencucian alat yang telah digunakan harus dibersihkan dengan baik sebelum disterilkan.
- 5) Pembilasan; pembilasan dilakukan dengan air yang mengalir.
- 6) Pengeringan; dilakukan sampai kering betul.
- 7) Pengamatan dan pengesetan; alat dicek fungsi dan diperiksa kelengkapannya. Dilakukan pengesetan sesuai kebutuhan dan jenis alat. Bahan linen hasil pencucian *laundry*, diperiksa, dan dilakukan setting sesuai kebutuhan dan jenis linen.
- 8) Pengemasan; alat dikemas dengan bungkus plastik tahan panas (*pouces*).
- 9) *Labelling*; setiap kemasan diberi label yang menjelaskan isi set alat, tanggal sterilisasi, tanggal kadaluarsa, kode petugas dan indikator sterilisasi.

- 10) Produksi; membuat dan mempersiapkan bahan habis pakai untuk pelayanan steril (kassa balut, *depper*, *hand scoon*, lidi kapas, dll).
- 11) Proses sterilisasi; dikerjakan oleh staf terlatih.
- 12) Penyimpanan; penyimpanan alat dan bahan steril pada rak bersih, dengan memperhatikan kondisi penyimpanan.
- 13) Distribusi; dilakukan sesuai kebutuhan ruang perawatan/ unit khusus dengan memperhatikan stok/ kebutuhan.
- 14) Pembersihan dan kontrol alat sterilisasi; dilakukan pemeliharaan alat sterilisasi rutin setiap bulan sekali.
- 15) Aktivitas sterilisasi dilakukan setiap hari dengan frekuensi yang cukup sering. Dan supaya aktivitas tersebut berjalan lancar, baik dan tidak terkendala, diperlukan pemeliharaan, pengaturan jadwal dan *maintenance* yang teratur terhadap mesin/ alat sterilisasi.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, *laundry* rumah sakit sendiri adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, alat dan disinfektan, mesin uap (*steam boiler*), pengering, meja dan mesin setrika untuk mengurangi risiko gangguan kesehatan dan lingkungan hidup yang ditimbulkan. Linen merupakan salah satu kebutuhan pasien dirumah sakit yang dapat memberikan dampak kenyamanan dan jaminan kesehatan. Pengelolaan linen yang buruk akan menyebabkan potensi penularan penyakit bagi pasien, staff dan pengguna linen lainnya.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit pada Bab 2 poin H tentang perlakuan terhadap linen:

a. Pengumpulan

1. Pemilahan antara linen infeksius dan non infeksius dimulai dari sumber dan memasukkan linen kedalam kantong plastik sesuai jenisnya serta diberi label.
2. Menghitung dan mencatat linen diruangan.

3. Dilarang melakukan perendaman linen kotor di ruangan
 4. sumber.
- b. Penerimaan
1. Mencatat linen yang diterima dan telah dipilah antara infeksius dan non infeksius.
 2. Linen dipilah berdasarkan tingkat kekotorannya.
- c. Pencucian
1. Menimbang berat linen untuk menyesuaikan dengan kapasitas mesin cuci dan kebutuhan deterjen dan disinfektan.
 2. Membersihkan linen kotor dari tinja, urin, darah dan muntahan dengan menggunakan mesin cuci infeksius.
 3. Mencuci dikelompokan berdasarkan tingkat kekotorannya.
 4. Pengeringan linen dengan mesin pengering (dryer) sehingga didapat hasil pengeringan yang baik.
 5. Penyeterikaan dengan mesin seterika uap, mesin flat ironer sehingga didapat hasil seterikaan yang baik.
 6. Linen bersih harus ditata sesuai jenisnya dan sistem stok linen (minimal 4 bagian) dengan sistem first in first out.
- d. Distribusi dilakukan berdasarkan kartu tanda terima dari petugas penerima, kemudian petugas menyerahkan linen bersih kepada petugas ruangan sesuai kartu tanda terima.
- e. Pengangkutan
1. Kantong untuk membungkus linen bersih harus dibedakan dengan kantong yang digunakan untuk membungkus linen kotor.
 2. Menggunakan kereta yang berbeda dan tertutup antara linen bersih dan linen kotor. Untuk kereta linen kotor didesain dengan pintu membuka keatas dan untuk linen bersih dengan pintu membuka ke samping, dan pada setiap sudut sambungan permukaan kereta harus ditutup dengan pelapis (siller) yang kuat agar tidak bocor.
 3. Kereta dorong harus dicuci dengan disinfektan setelah digunakan mengangkut linen kotor.

4. Waktu pengangkutan linen bersih dan kotor tidak boleh dilakukan bersamaan.
 5. Linen bersih diangkut dengan kereta dorong yang berbeda warna.
 6. Rumah sakit yang tidak mempunyai laundry tersendiri, pengangkutannya dari dan ketempat laundry harus menggunakan mobil khusus.
- f. Petugas yang bekerja dalam pengelolaan laundry linen harus menggunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan, apron, sepatu boot, penutup kepala, selain itu dilakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala, serta harus memperoleh imunisasi hepatitis B setiap 6 (enam) bulan sekali.
- g. Untuk rumah sakit yang tidak mempunyai laundry tersendiri, pencuciannya dapat bekerjasama dengan pihak lain dan pihak lain tersebut harus memenuhi persyaratan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, serta dilakukan pengawasan penyelenggaraan linen secara rutin oleh pihak rumah sakit.

4.2.5.2 Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum

Haji Surabaya

Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian (IPSP) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya terdiri dari 26 pegawai dan 1 orang kepala instansi yang bertanggung jawab langsung ke Wadir Umum dan Keuangan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian (IPSP) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya terbagi menjadi 5 unit pekerjaan:

- 1) Ruang *laundry* (ruang pencucian dan pengeringan)
- 2) Ruang *laundry* (ruang penyetrikaan dan pelipatan)
- 3) Ruang dekontaminasi
- 4) Ruang CSSD
- 5) Ruang distribusi linen

cukup sehingga daya tahan tubuh meningkat dan bisa mencegah terjadinya infeksi dan penyebaran penyakit.

Fakta di lapangan adalah untuk pemeriksaan berkala terakhir dilakukan pada tahun 2017 dan belum lagi dilakukan sampai saat ini, dikarenakan anggaran pemeriksaan berkala yang harus dibagi rata dengan unit lain yang termasuk ke dalam zona risiko tinggi dan zona risiko sangat tinggi. Untuk vaksin hepatitis B terakhir dilakukan pada tahun 2010 dan belum lagi dilakukan sampai saat ini, sehingga jika ada pegawai yang baru saja masuk kerja di atas tahun 2010 belum mendapatkan vaksin untuk hepatitis B. Untuk *extra feeding* atau makanan tambahan terakhir didapat pada tahun 2017 tiap minggu ada 2 kali yaitu pada hari selasa dan kamis hari selasa mendapatkan susu dan hari kamis mendapatkan roti ada juga di waktu lain yaitu 3 kali dalam 1 minggu pada hari selasa, rabu dan jumat mendapatkan susu.

4.2.5.3 Alur Linen dan Alat Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

1. Alur linen bersih dan linen kotor dari ruangan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

- 1) Penggantian linen di bed setiap hari Senin dan Kamis, kecuali linen telah kotor dan terkena cairan tubuh pasien (darah, urine, dan sejenisnya) linen tersebut dapat langsung diganti, tanpa harus menunggu di hari Senin ataupun hari Kamis
- 2) Pisahkan linen kotor, untuk linen infeksius dimasukkan ke dalam kantong plastik warna kuning dan untuk linen non infeksius dimasukkan ke dalam kantong plastik warna hitam.
- 3) Pengisian linen di dalam kantong plastik adalah maksimal $\frac{3}{4}$ dari isi kantong plastik agar nantinya mudah untuk diikat. Ukuran kantong plastik adalah 80 cm x 80 cm. Untuk perlak dan bantal dipisahkan dengan linen (sprei, sarung bantal dan selimut) karena proses *laundry* akan dikirim keluar Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, tetapi pihak *laundry* yang akan mengirim ke pihak luar

- 4) Linen kotor yang telah dimasukkan kantong plastik dan telah diikat sebelumnya harus dihitung terlebih dahulu berapa jumlahnya ditulis di balanko pengiriman yang ditempelkan pada kantong plastik
- 5) Setelah dipisahkan dan di masukkan ke dalam kantong plastik, dikirim ke *laundry* dengan menggunakan *trolley* linen kotor
- 6) Untuk pengiriman linen ke PSP lantai 1 tenaga kerja harus menggunakan APD lengkap (handscone dan masker)
- 7) Balanko pengiriman yang sebelumnya telah tercatat isi dan jumlah linen, digunakan untuk mengambil linen bersih pada esok hari (1x24 jam) di distribusi linen lantai 4
- 8) Untuk perlak dan bantal bersih dapat diambil 2 hari setelah pengiriman linen kotor ke *laundry* (2x24 jam) di CSSD lantai 4
- 9) Pihak *laundry* akan mencuci di mesin cuci infeksius dan mesin cuci non infeksius
- 10) Pihak *laundry* akan mengeringkan di mesin pengering
- 11) Pihak *laundry* akan melipat linen dan meletakkan di bak
- 12) Untuk pengambilan linen bersih dari *laundry* yang diambil oleh transporter menggunakan *trolley* bersih lemari stainless ke distribusi linen lantai 4
- 13) Setiap linen (sprei, sarung bantal dan selimut) memiliki identitas berdasarkan strip dan warna yang ada pada linen untuk menandai bahwa linen tersebut adalah linen yang digunakan untuk ruang dan lantai berapa

2. Alur linen bersih dan linen kotor dari OK (Operatie Kamer) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

- 1) Linen kotor yang telah digunakan untuk kegiatan operasi, dikirimkan ke distribusi linen dengan menggunakan dump kotor
- 2) Linen kotor telah dibungkus dengan kantong plastik warna kuning (infeksius)
- 3) Transporter akan membawa linen tersebut menggunakan *trolley* kotor dan dibawa ke *laundry*
- 4) Pihak *laundry* akan mencuci di mesin cuci infeksius
- 5) Pihak *laundry* akan mengeringkan di mesin pengering

- 6) Pihak *laundry* akan melipat linen dan membungkus atau *setting* linen bersih yang 1 bungkus terdiri dari (4 baju dokter, 2 duk lubang, 8 duk buntu) di ruang sentral OK
- 7) Transporter akan mengambil linen OK bersih dari *laundry* untuk dibawa ke CSSD (*Central Steril Supply Departement*)
- 8) CSSD mencatat dan *packing* indikator serta memasukkan ke mesin steam untuk dilakukan sterilisasi
- 9) Setelah dilakukan sterilisasi linen bersih di taruh di tempat penyimpanan linen steril sementara
- 10) Transporter mengambil linen OK steril dengan menggunakan *trolley* stainless bersih dan di bawa ke distribusi linen di lantai 4
- 11) Pihak distribusi linen menerima dan menaruh di ruang penyimpanan linen steril
- 12) Linen OK steril dikirimkan dengan menggunakan dump bersih ke ruang OK

3. Alur alat kotor dan alat steril dari poli di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

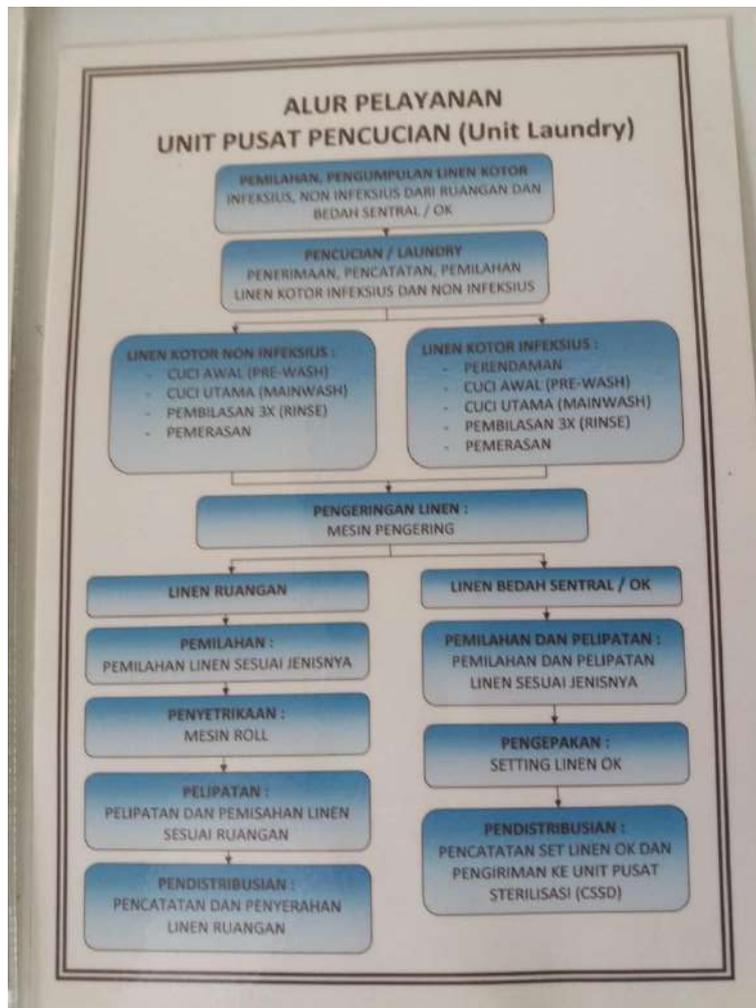
- 1) Pihak poli mengantarkan alat ke CSSD dengan menggunakan bak plastik
- 2) Sebelumnya pihak poli telah mencuci alat tersebut yang telah digunakan
- 3) CSSD menerima, mencatat, melakukan *packing* dan menaruh di mesin steam untuk alat yang terbuat dari *stainless* dan mesin plasma untuk alat yang terbuat dari plastik dan karet
- 4) Alat yang telah steril di taruh di ruang penyimpanan alat steril
- 5) Pihak poli mengambil alat yang telah steril di ruang pengambilan alat steril di CSSD

4. Alur alat kotor dan alat steril dari OK (Operatie Kamer) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

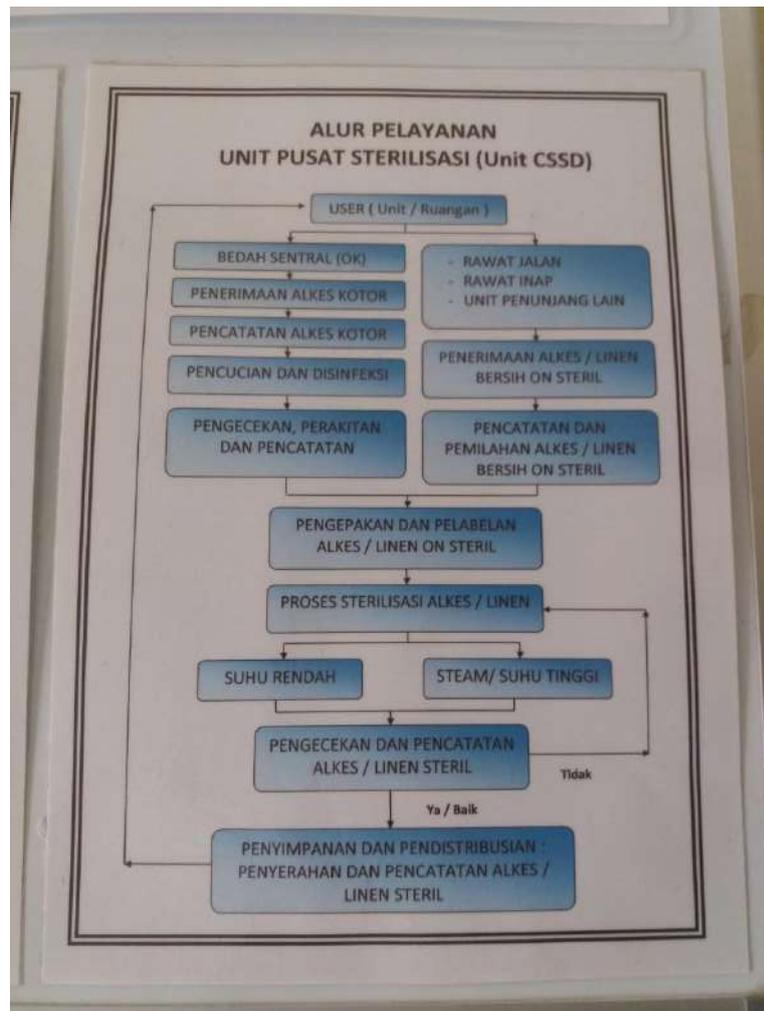
- 1) Alat kotor yang telah digunakan untuk kegiatan operasi, dikirimkan ke distribusi linen dengan menggunakan dump kotor
- 2) Transporter mengambil dan membawa alat kotor menggunakan *trolley* kotor dan dibawa ke CSSD

- 3) CSSD menerima, mencatat, melakukan *packing* dan menaruh di mesin steam untuk alat yang terbuat dari *stainless* dan mesin plasma untuk alat yang terbuat dari plastik dan karet
- 4) Alat yang telah steril di taruh di ruang penyimpanan alat steril
- 5) Transporter mengambil alat OK steril dengan menggunakan *trolley* stainless bersih dan di bawa ke distribusi linen di lantai 4
- 6) Pihak distribusi linen menerima dan menaruh di ruang penyimpanan linen dan alat steril
- 7) Alat OK steril dikirimkan dengan menggunakan dump bersih ke ruang OK

4.2.5.4 Alur Pekerjaan di Tiap Unit Pekerjaan Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian (IPSP) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya



Gambar 4.18 Alur Pelayanan Unit Pusat Pencucian (Unit Laundry)



Gambar 4.19 Alur Pelayanan Unit Pusat Sterilisasi (Unit CSSD)

a. Ruang Laundry (Ruang Pencucian dan Pengeringan)

- 1) Penerimaan linen kotor kantong plastik hitam untuk linen non infeksius dan kantong plastik kuning untuk linen infeksius di ruang penerimaan linen kotor dan menimbang berat linen kotor



Gambar 4.20 Timbangan Linen Kotor

- 2) Mencatat berat, jumlah dan jenis linen di blangko (terdapat di lampiran)



Gambar 4.21 Meja Pencatatan Linen Kotor

- 3) Melakukan pemilahan untuk linen kotor infeksius di kantong plastik kuning di masukkan kedalam mesin cuci 40 kg (tengah) dan untuk linen kotor non infeksius di kantong plastik hitam di masukkan kedalam mesin cuci 50 kg (kanan dan kiri)



Gambar 4.22 Kantong Plastik Infeksius dan Non Infeksius



Gambar 4.23 Mesin Cuci Laundry

- 4) Melakukan pembilasan, *pre cleaning*, *cleaning*, *bleaching*, pembilasan 1 dan 2, penetralan dan pelembutan dengan langsung pada panel detergent (termasuk dalam golongan limbah B3)



Gambar 4.24 Panel Pemberian Detergent

- 5) Melakukan proses pengeringan dengan mesin pengering



Gambar 4.25 Mesin Pengering *Laundry*

- 6) Mengeluarkan linen bersih dari mesin pengering *laundry*



Gambar 4.26 Mengeluarkan Linen Bersih Dari Mesin Pengering *Laundry*

b. Ruang Laundry (Ruang Penyetrikaan dan Pelipatan)

- 1) Linen bersih di setrika dengan menggunakan mesin setrika roll



Gambar 4.27 Mesin Setrika Roll

- 2) Melakukan pelipatan linen yang telah di setrika dan diletakkan ke dalam box



Gambar 4.28 Pelipatan Linen Bersih



Gambar 4.29 Linen Bersih

- 3) Untuk linen OK dilakukan set linen di ruang set linen OK tanpa dilakukan proses penyetrikaan



Gambar 4.30 Set Linen OK bersih

c. Ruang Dekontaminasi

- 1) Melakukan pencatatan



Gambar 4.31 Meja Pencatatan



Gambar 4.32 Ruang Dekontaminasi

- 2) Merendam alat dan pencucian alat dengan mesin *ultrasonic washer* getinge 1 dilakukan perendaman selama 15 menit sudah termasuk enzimatik (langsung ke nomor 7)



Gambar 4.33 *Ultrasonic Washer*

- 3) Merendam alat ke dalam kontainer enzimatik dengan waktu perendaman 15 menit



Gambar 4.34 Kontainer Enzimatik

- 4) Mengangkat alat dan membilas dengan air mengalir
- 5) Melakukan proses pencucian yang dilakukan secara manual atau dengan menggunakan *washer desinfektor*, ada 2 mesin *washer desinfektor* 1) Getinge 46 series 1 dengan waktu 45 menit dan 2) Stelco 1 dengan waktu 90 menit



Gambar 4.35 *Spoelhock* Pencucian Manual



Gambar 4.36 Washer Desinfector

- 6) Mengangkat alat dan rendam alat dalam larutan DTT (Desinfektan Tingkat Tinggi) selama 15 menit
- 7) Lakukan pembilasan dengan air steril (RO) yang mengalir
- 8) Keringkan alat sampai benar-benar kering



Gambar 4.37 Pengeringan Alat

- 9) Lakukan proses perakitan atau *packing double rapping* sampai 4 lembar



Gambar 4.38 Packing Alat

d. Ruang CSSD (*Central Sterill Supply Departement*)

- 1) Menyalakan mesin steril, ada 2 jenis mesin Mesin Steam untuk suhu tinggi 180° digunakan untuk alat stainless dan linen dan Mesin Plasma 140° digunakan untuk alat yang terdapat karet atau plastik.



Gambar 4.39 Mesin Steam Getinge 6620



Gambar 4.40 Mesin Steam Getinge 6610



Gambar 4.41 Mesin Plasma Renosem S130



Gambar 4.42 Mesin Plasma Lowterm Crystal 120 M

- 2) Menyalakan siller yang digunakan untuk *press pouches*



Gambar 4.43 Mesin Siller

- 3) Mengecek air RO dan tekanan kompreson pada 4 bar
- 4) Membersihkan area kerja



Gambar 4.44 Area Kerja CSSD

- 5) Melakukan rekap laporan
- 6) Menerima alat dan mencatat
- 7) Melakukan *packing* alat dengan memasukkan alat ke dalam *pouches*



Gambar 4.45 *Packing* Alat Ke Dalam *Pouches*

- 8) Memasukkan indikator internal ke dalam *pouches*



Gambar 4.46 Indikator Internal

- 9) Melakukan siller pada *pouches*



Gambar 4.47 Proses Siller

10) Memberikan indikator eksternal atau label indikator ke pada *pouches*, jika alat sterill maka indikator akan berubah warna



Gambar 4.48 Indikator Eksternal



Gambar 4.49 Proses Pelabelan



Gambar 4.50 Proses Packing



Gambar 4.51 Indikator Internal dan Eksternal Sterill

11) Menyusun alat ke dalam keranjang stainless



Gambar 4.52 Menyusun Alat

12) Memasukkan alat ke dalam mesin, untuk linen OK waktu selama 60 menit untuk alat selama 30-45 menit

13) Mengambil alat dan di dinginkan ke dalam ruangan sterilisasi selama 2 jam dengan suhu 18° – 20° dan kelembaban 30° – 50°



Gambar 4.53 Ruangan Sterill

- 14) Mendistribusikan alat untuk poli diambil oleh pihak poli langsung untuk alat dan linen OK diambil oleh transporter untuk diantar ke distribusi linen

e. Ruang Distribusi Linen

- 1) Menerima linen bersih dari transporter



Gambar 4.54 Linen Bersih Di Dalam Trolley Bersih

- 2) Petugas memilah linen sesuai ruangan



Gambar 4.55 Memilah Linen



Gambar 4.56 Linen Bersih di Rak

- 3) Menghitung jumlah linen dan di tulis di blanko



Gambar 4.57 Meja Blanko

- 4) Mendistribusikan linen dengan menggunakan dump bersih untuk linen dan alat OK



Gambar 4.58 Dump Bersih

- 5) Mendistribusikan linen kepada pihak ruangan yang mengambil linen



Gambar 4.59 Distribusi Linen

f. Transporter

- 1) Membersihkan trolley dengan menggunakan desinfektan cairan meliseptol
- 2) Mengambil alat dan linen kotor dari OK di dump kotor dan membawanya ke *laundry* dengan menggunakan trolley kotor



Gambar 4.60 Trolley Kotor

- 3) Mengambil alat dan linen sterill OK dari CSSD dan diantar ke ruang distribusi linen
- 4) Mengambil linen bersih dari ruang *laundry* dan diantar ke ruang distribusi linen
- 5) Mendokumentasikan pengiriman alat dan linen (kotor atau bersih) dengan log book

4.2.5.5 Hazard Identification, Risk Assesment dan Determinant Control (HIRADC) pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tabel 4.2 HIRADC pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

| Lokasi | No | Identifikasi Risiko | | | | Analisis Risiko | | Tingkat Risiko | | Pengendalian | Risiko Setelah Dilakukan Pengendalian | | Tingkat Risiko | |
|---|----|---|--------------------|--------------|--|---------------------|--------------------|----------------|--------------|---|---------------------------------------|--------------------|----------------|--------------|
| | | Insiden Kejadian | Potensi Bahaya | Jenis Bahaya | Risiko | Tingkat Kemungkinan | Tingkat Keparaahan | Skor | Jenis Risiko | | Tingkat Kemungkinan | Tingkat Keparaahan | Skor | Jenis Risiko |
| Ruang Laundry (Ruang Pencucian dan Pengeringan) | 1 | Kondisi lantai yang kurang bersih atau kurang cerah | Stress kerja | Psikologi | Tidak semangat dalam memulai pekerjaan | 3 | 1 | 3 | L | Rutin dilakukan penjadwalan menyikat lantai | 1 | 1 | 1 | L |
| | 2 | Suhu ruangan yang panas sampai mencapai 40° | Suhu extream panas | Fisik | Dehidrasi | 5 | 1 | 5 | M | *Disediakan air minum galon atau air minum elektrolit *Ditambahkan 2 exhaust karena ada 2 lubang exhaust yang belum terpasang *Dibuat lubang ventilasi yang memadai *Meninggikan bangunan sehingga aliran udara lancar | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------|----------|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Mesin Pencucian dan Mesin Pengeringan yang mengeluarkan suara bising saat mesin sedang menyala | Kebisingan | Fisik | Penurunan pendengaran dan Tuli | 5 | 3 | 15 | H | *Perbaikan dan pemeriksaan mesin secara berkala *Penggunaan APD berupa penutup telinga | 2 | 1 | 2 | L |
| 4 | Terdapat 2 titik atap yang bocor | Terpeleket | Mekanik | Luka dan cidera ringan | 1 | 2 | 2 | L | Perbaikan atap yang bocor | 1 | 1 | 1 | L |
| 5 | Banyaknya kabel dan 5 mesin | Konsleting listrik | Elektrik | Kebakaran, tersetrum | 1 | 5 | 5 | M | Dipasang alarm kebakaran, springkler | 1 | 1 | 1 | L |
| 6 | Kontak langsung dengan bahan B3 dan Tidak disediakan eye wash | Tumpahan bahan B3 | Kimia | Mata merah, kebutaan, tangan cidera ringan | 2 | 3 | 6 | M | Disediakan eye wash dan spill kit | 1 | 2 | 2 | L |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------|---------|---|---|---|----|---|--|---|---|---|---|
| 7 | Penerangan kurang memadai, ada 1 lampu yang rusak, 1 kap lampu berisi 1 lampu | Kelelahan kerja | Fisik | Mata lelah dan tidak fokusnya dalam memilah linen | 2 | 1 | 2 | L | Penggantian lampu yang rusak dan penambahan lampu dalam 1 kap berisi 2 lampu | 1 | 1 | 1 | L |
| 8 | Terdapatnya jarum suntik atau silet di dalam linen | Tertusuk jarum atau silet | Mekanik | Tertular penyakit | 3 | 5 | 15 | H | *Menghubungi pihak OK agar lebih teliti dalam pengiriman linen *Petugas menggunakan APD sarung tangan karet tebal | 1 | 1 | 1 | L |
| 9 | Kurangnya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD (penutup kepala) | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit dari linen infeksius | 3 | 5 | 15 | H | *Kesadaran dan kepatuhan petugas atas kesadaran diri sendiri *Vaksinasi Hepatitis *Adanya inspeksi *Pemberian extra feeding | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ruang Laundry (Ruang Penyetrikaan dan Pelipatan) | 1 | Terdapat sisa serat kain dan sarung tangan yang berserakan di lantai | Berkembangnya vektor penyakit | Biologi Psikologi | *Tertular penyakit *Mengganggu estetika mata | 4 | 1 | 4 | L | *Menghubungi pihak OK dan tenaga medis agar tidak meletakkan sarung tangan yang telah digunakan ke dalam linen dan langsung membuangnya ditempat sampah *Menyapu | 1 | 1 | 1 | L |
| | 2 | Penerangan kurang memadai, 1 kap lampu berisi 1 lampu | Kelelahan kerja | Fisik | Mata lelah | 2 | 1 | 2 | L | Penggantian lampu yang rusak dan penambahan lampu dalam 1 kap berisi 2 lampu | 1 | 1 | 1 | L |
| | 3 | Suhu ruangan yang panas sampai mencapai 50° | Suhu ekstrem panas | Fisik | Dehidrasi | 5 | 1 | 5 | M | *Disediakan air minum galon atau air minum elektrolit *Ditambahkan 2 exhaust *Ditambahkan exhaust di atap bangunan *Dibuat lubang ventilasi yang memadai *Meninggikan bangunan sehingga aliran udara lancar | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Mesin setrika | Konsleting listrik | Elektrik | Tersetr um, Kebakaran | 3 | 2 | 6 | M | *Perbaikan dan pemeriksaan mesin sering dilakukan *Penggunaan APD berupa sandal karet *Dipasang alarm kebakaran, springkler | 1 | 1 | 1 | L |
| 5 | Tulisan jalur evakuasi tidak menggunakan bahan spotlight | Tidak dapat keluar jika terjadi kebakaran atau bencana karena petunjuk tidak terlihat | Fisik | Fatal | 1 | 5 | 5 | M | Tulisan jalur evakuasi dibuat dari bahan spotlight | 1 | 1 | 1 | L |
| 6 | Kurangnya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD (penutup kepala) | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit dari linen infeksius | 3 | 5 | 15 | H | *Kesadaran dan kepatuhan petugas atas kesadaran diri sendiri *Adanya inspeksi *Pemberian extra feeding *Vaksin Hepatitis | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--------------------------------------|----------|---------------------|---|---|----|---|--|---|---|---|---|
| | 7 | Debu linen | Terhirup dan terkontaminasi penyakit | Kimia | Pneumokonia | 5 | 4 | 20 | E | *Adanya vacuum untuk menyerap debu kain *Penggunaan APD masker dan penutup rambut | 5 | 1 | 5 | M |
| Ruang Dekontaminasi | 1 | Suhu ruangan yang panas sampai mencapai 40° | Suhu ekstrem panas | Fisik | Dehidrasi | 5 | 1 | 5 | M | *Disediakan air minum galon atau air minum elektrolit *Ditambahkan 2 exhaust *Ditambahkan AC *Ditambahkan exhaust di atap bangunan *Dibuat lubang ventilasi yang memadai *Meninggikan bangunan sehingga aliran udara lancar | 1 | 1 | 1 | L |
| | 2 | Mesin washer | Konsleting listrik | Elektrik | Terserum, Kebakaran | 3 | 2 | 6 | M | *Perbaikan dan pemeriksaan mesin sering dilakukan secara berkala *Penggunaan APD berupa sandal karet *Dipasang alarm kebakaran, springkler, APAR | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------|---------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| | 3 | Kontak langsung dengan bahan B3 | Tumpahan bahan B3 | Kimia | Mata merah, kebutaan, tangan cidera ringan | 2 | 3 | 6 | M | Disediakan spill kit | 1 | 2 | 2 | L |
| | 4 | Kontak langsung dengan alat infeksius | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit infeksius (AIDS dan hepatitis) | 5 | 5 | 25 | E | *Penggunaan APD lengkap *Vaksinasi hepatitis *Pemberiaan extra feeding | 5 | 1 | 5 | M |
| | 5 | Ruangan pencucian (alat kotor) dan ruangan pengeringan (alat bersih) menjadi 1 ruangan | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit infeksius (AIDS dan hepatitis) dan tidak higienis | 5 | 5 | 25 | E | *Penggunaan APD lengkap *Vaksinasi hepatitis *Pemberiaan extra feeding *Dubuat sekat antar ruangan | 1 | 1 | 5 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------|----------|--|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | 6 | Pengeringan alat menggunakan handuk yang tidak terjadwal penggantianannya, dan serat dari handuk terkadang menempel di alat yang telah dicuci | Terkontaminasi | Biologi | Kurang bersihnya alat yang telah dibersihkan | 3 | 1 | 3 | L | Pengadaan mesin drying cabinet | 1 | 1 | 1 | L |
| Ruang CSSD (Central Sterill Supply Departem ent) | 1 | Mesin sterill | Konsleting listrik | Elektrik | Tersetr um, Kebakaran, luka terbuka | 3 | 2 | 6 | M | *Perbaikan dan pemeriksaan mesin sering dilakukan secara berkala *Penggunaan APD berupa sandal karet *Dipasang alarm kebakaran, springkler, APAR | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|--------------------------------------|---------|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | Kurangnya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD (sandal karet, sarung tangan, dan masker) | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit dari alat yang pembersihannya belum sempurna | 3 | 5 | 15 | H | *Kesadaran dan kepatuhan petugas atas kesadaran diri sendiri *Adanya inspeksi *Pemberian extra fooding *Vaksin Hepatitis | 1 | 1 | 1 | L |
| Ruang Distribusi Linen | 1 | Terdapat retakan pada dinding | Tertimpa bangunan dinding | Mekanik | Luka dan cedera | 1 | 5 | 5 | M | Perbaikan dinding | 1 | 1 | 1 | L |
| | 2 | Terdapat 1 titik atap yang bocor | Terpelelet | Mekanik | Luka dan cidera ringan | 1 | 2 | 2 | L | Perbaikan atap yang bocor | 1 | 1 | 1 | L |
| | 3 | Debu linen | Terhirup dan terkontaminasi penyakit | Kimia | Pneumokoniosis | 5 | 4 | 20 | E | *Aadanya vacuum untuk menyerap debu kain *Penggunaan APD masker dan penutup rambut | 5 | 1 | 5 | M |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Meja pencatatan terbuat dari rak sepatu dan kardus | Tidak nyaman nya dalam bekerja | Ergonomi | Badan lelah | 5 | 1 | 5 | M | Pengadaan meja untuk pencatatan | 1 | 1 | 1 | L |
| 5 | Tidak adanya APD untuk petugas | Terhirup dan terkontaminasi penyakit dari debu linen | Kimia | Pneumokiosis | 5 | 4 | 20 | E | Pengadaan APD masker dan penutup rambut | 5 | 1 | 5 | M |
| 6 | Dump kotor sering eror | Terjepit | Mekanik | Luka dan cedera | 2 | 3 | 6 | M | Perbaikan alat dan pemeriksaan berkala | 1 | 1 | 1 | L |
| 7 | Pelabelan nama ruangan linen sudah terbuka dan tidak mudah untuk dilihat | Stress kerja | Psikologi | Kesulitan dalam melakukan peletakan linen dan dapat terjadi kesalahan | 1 | 1 | 1 | L | Penggantian label | 1 | 1 | 1 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|-------------------------|----------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| Transporter (mobile) | 1 | Dump kotor eror | Terjepit | Mekani k | Luka dan cidera | 2 | 3 | 6 | M | Perbaikan alat dan pemeriksaan berkala | 1 | 1 | 1 | L |
| | 2 | Kantong plastik dari OK ada yang menggunakan kantong plastik hitam | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit dari alat dan linen kotor dari OK | 3 | 5 | 15 | H | Menghubungi pihak OK dan tenaga medis agar mengecek persediaan kantong plastik kuning untuk infeksius | 1 | 1 | 1 | L |
| | 3 | Mengambil linen dan alat kotor dari dump kotor | Terkontaminasi penyakit | Biologi | Tertular penyakit dari alat dan linen kotor dari OK | 3 | 5 | 15 | H | *Penggunaan APD sarung tangan dan masker *Adanya inspeksi *Pemberian extra feeding *Vaksin Hepatitis | 1 | 1 | 1 | L |
| | 4 | Mengantar linen bersih dan kotor dengan menggunakan trolley | Fungsi tubuh | Ergonomi | Lelah dan gangguan ergonomi | 5 | 1 | 5 | M | Pembatasan berat trolley | 3 | 1 | 3 | L |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|------------------------------------|------------|---------|-----------------|---|---|---|---|--------------------------|--------|---|---|---|---|
| Toilet di ruang laundry | 1 | Terdapat lantai keramik yang pecah | Tersandung | Mekanik | Luka dan cedera | 2 | 2 | 4 | L | Perbaikan lantai keramik | lantai | 1 | 1 | 1 | L |
|-------------------------|---|------------------------------------|------------|---------|-----------------|---|---|---|---|--------------------------|--------|---|---|---|---|

4.2.5.6 Kesimpulan Tingkat Risiko pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

a. Ruang *Laundry* (Ruang Pencucian dan Pengeringan)

1. Risiko Tinggi (*High Risk*)

- a) Mesin Pencucian Dan Mesin Pengeringan Yang Mengeluarkan Suara Bising Saat Mesin Sedang Menyala.

Meskipun jam operasional kegiatan mencuci dan mengeringkan linen pada pukul 06.00 sampai dengan pukul 09.00 sekitar 3 jam. Menurut Permenkes No 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit maksimum Tekanan Bising/Sound Pressure Level (dBA) yang ada di ruang cuci adalah 80 dBA, dan tidak adanya APD (earplug) yang digunakan oleh petugas.

- b) Terdapatnya Jarum Suntik Atau Silet Di Dalam Linen.

Jarum suntik yang ada di dalam kantong saku linen yang digunakan oleh petugas medis terkadang ikut sampai linen tersebut sampai ke *laundry*, mengakibatkan terjadinya KAK kejadian tertusuk jarum, dimana risiko jarum suntik yang telah terkontaminasi oleh pasien rumah sakit jika mengidap penyakit HIV ataupun Hepatitis yang dapat tertular kepada petugas. Vaksin yang belum dilaksanakan oleh petugas *laundry* terakhir pada tahun 2010 sehingga untuk pegawai yang baru masuk bekerja setelah tahun 2010 belum mendapatkan vaksi HBSag dan tidak adanya pemeriksaan berkala selama 1 tahun sekali sedangkan menurut Permenkes No 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit pemeriksaan berka dan imunisasi dilakukan tiap 6 bulan sekali.

- c) Kurangnya Kepatuhan Petugas Dalam Menggunakan APD (Penutup Kepala).

Petugas tidak menggunakan penutup kepala pada saat mengambil linen bersih dari mesin pengering karna debu linen dapat menyebabkan pneumokoniosis.

2. Risiko Sedang (*Medium Risk*)

a) Suhu Ruangan Yang Panas Sampai Mencapai 40°

Suhu ruangan yang tinggi disebabkan saat mesin menyala, pada *laundry* panas yang terjadi adalah panas lembab. Suhu nyaman adalah 26-28° C dengan kelembaban 60-70%.

b) Banyaknya Kabel Dan 5 Mesin

Kabel dan panel untuk mengatur detergent dapat berisiko terjadinya kebakaran atau konsleting listrik, dan ditambah dengan tidak adanya sprinkle dan alarm kebakaran ditempat.

c) Kontak Langsung Dengan Bahan B3 Dan Tidak Disediakkannya Eye Wash

Tidak disediakan eyewash pada wastafel Menurut Permenkes No 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit dalam area laundry tersedia fasilitas wastafel, pembilas mata (*eye washer*) dan atau pembilas badan (*body washer*) dengan dilengkapi petunjuk arahnya.



Gambar 4.61 Petugas *Laundry* Menuang Bahan B3 ke Linen

3. Risiko Rendah (*Low Risk*)

a) Kondisi Lantai Yang Kurang Bersih Atau Kurang Cerah

Kondisi lantai kurang bersih akibat mengepel lantai dilakukan 1 minggu sekali dan beberapa lantai berwarna kurang cerah.



Gambar 4.62 Lantai *Laundry*

b) Terdapat 2 Titik Atap Yang Bocor

Aatap yang bocor dapat menyebabkan petugas terpeleat dan jika mengenai mesin dapat menyebabkan konsleting mesin.



Gambar 4.63 Bocor di *Laundry*

c) Penerangan Kurang Memadai, Ada Lampu Yang Rusak, 1 Kap Lampu Berisi 1 Lampu

Di dalam *laundry* terdapat 4 lampu yang berfungsi tetapi petugas mengeluhkan bahwa kurang cukupnya penerangan saat memilah linen sehingga menyebabkan penglihatan sedikit terganggu. Menurut Permenkes No 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit standart pencahayaan minimum minimal 200 lux.



Gambar 4.64 Lampu Rusak di *Laundry*

b. Ruang *Laundry* (Ruang Penyetrikaan dan Pelipatan)

1. Risiko Sangat Tinggi (*Extreme Risk*)

a) Debu Linen

Debu linen yang sesuai dengan Nilai Ambang Batas adalah 0,2 miligram/m³.

2. Risiko Tinggi (*High Risk*)

a) Kurangnya Kepatuhan Petugas Dalam Menggunakan APD (Penutup Kepala)

Beberapa petugas tidak menggunakan APD penutup kepala dimana risiko debu linen dapat menempel pada rambut.



Gambar 4.65 Petugas Tidak Menggunakan APD (Penutup Kepala)

3. Risiko Sedang (*Medium Risk*)

a) Suhu Ruangan Yang Panas Sampai Mencapai 50°

Suhu ruangan yang tinggi disebabkan saat mesin menyala, pada *laundry* panas yang terjadi adalah panas

lembab. Suhu nyaman adalah 26-28° C dengan kelembaban 60-70%.

b) Mesin Setrika

Mesin setrika dengan menggunakan energi listrik menyebabkan tanganpetugas pernah tersetrum saat menyetrika linen.

c) Tulisan Jalur Evakuasi Tidak Menggunakan Bahan Spotlight

Tulisan jalur evakuasi menggunakan kertas sticker biasa dan beberapa juga telah mengelupas sehingga risiko jika terjadi kebakaran akan tidak bisa terlihat dengan baik.



Gambar 4.66 Tulisan Jalur Evakuasi

4. Risiko Rendah (*Low Risk*)

a) Terdapat Sisa Serat Kain Dan Sarung Tangan Yang Berserakan Di Lantai

Sisa serat kain dan sarung tangan yang ada di dalam linen dikeluarkan saat pelipatan dan penyetrikan sehingga berserakan di lantai karena tidak ada wadah langsung yang digunakan untuk mengumpulkan dan membuangnya, sehingga harus di sapu terlebih dahulu.

b) Penerangan Kurang Memadai, 1 Kap Lampu Berisi 1 Lampu

Di dalam *laundry* semua lampu berfungsi tetapi petugas mengeluhkan bahwa kurang cukupnya penerangan saat melipat linen sehingga menyebabkan penglihatan sedikit terganggu dan lelah. Menurut Permenkes No 7 Tahun

2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit standart pencahayaan minimum minimal 200 lux.



Gambar 4.67 Lampu di *Laundry*

c. Ruang Dekontaminasi

1. Risiko Sangat Tinggi (*Extreme Risk*)

- a) Kontak Langsung Dengan Alat Infeksius
Petugas kontak langsung dengan alat infeksius dari OK meski petugas telah menggunakan sarung tangan.
- b) Ruangan Pencucian (Alat Kotor) Dan Ruangan Pengeringan (Alat Bersih) Menjadi 1 Ruangan
Tidak adanya sekat antar alat kotor dengan alat bersih dan tidak adanya filter udara.

2. Risiko Sedang (*Medium Risk*)

- a) Suhu Ruangan Yang Panas Sampai Mencapai 30°
Kelembaban di ruang dekontaminasi mencapai 80 % dengan suhu mencapai 30° C. suhu dan kelembaban yang direkomendasikan adalah: Suhu udara ruangan antara 18 C- 22 C Kelembaban udara antara 35 %- 75 %.



Gambar 4.68 Alat Ukur Kelembaban Di Ruang Dekontaminasi



Gambar 4.69 Alat Ukur Suhu Di Ruang Dekontaminasi

b) *Mesin Washer*

Mesin *washer* yang berhubungan langsung dengan air dapat berisiko terjadinya konsleting listrik, dan di ruang dekontaminasi tidak disediakan APAR, springkle dan alarm asap.

c) Kontak Langsung Dengan Bahan B3

Tidak disediakan *spillkit* jika terjadi tumpahan bahan B3 dan juga penyimpanan bahan B3 yang hanya di dalam box plastik seharusnya menggunakan lemari.

3. Risiko Rendah (*Low Risk*)

a) Serat Handuk Menempel Pada Alat Bersih

Tidak adanya jadwal penggantian untuk pencucian handuk yang digunakan untuk mengeringkan alat yang telah bersih, terkadang serat handuk menempel pada alat bersih, mengakibatkan kontaminasi alat..

d. Ruang CSSD (*Central Sterill Suppley Departement*)

1. Risiko Tinggi (*High Risk*)

a) Kurangnya Kepatuhan Petugas Dalam Menggunakan APD (Sandal Karet, Sarung Tangan, Dan Masker)

Petugas tidak menggunakan APD ketika menerima alat dari pihak luar dan memasukkan atau mengambil alat dari mesin sterill dan beranggapan bahwa alat sudah bersih karena telah dicuci sebelumnya.

2. Risiko Sedang (*Medium Risk*)

a) Mesin Sterill

Mesin sterill dapat menyebabkan konsleting listrik ataupun mesin yang panas dapat menyebabkan luka pada saat petugas mengambil alat dari mesin, serta tidak disediakannya *springkle*.

e. Ruang Distribusi Linen

4. Risiko Sangat Tinggi (*Extreme Risk*)

a) Debu Linen

Partikel debu yang masuk dalam pernapasan mempunyai ukuran 0,1 – 10 mikron, menurut Permenkes No 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, debu linen yang sesuai dengan Nilai Ambang Batas adalah 0,2 miligram/m³. Bisinosis adalah debu dari serat linen/kapas dapat menyebabkan pneumokoniosis, dimana partikel debu dijumpai di paru-paru dengan gejala sukar bernapas.



Gambar 4.70 Petugas di Distribusi Linen

b) Tidak Adanya APD Untuk Petugas

Petugas tidak menggunakan APD (masker dan penutup rambut).

5. Risiko Sedang (*Medium Risk*)

a) Terdapat Retakan Pada Dinding

Adanya retakan pada dinding dapat menyebabkan risiko tertimpa terlebih ruang distribusi linen berada di lantai 4.

b) Meja Pencatatan Terbuat Dari Rak Sepatu Dan Kardus

Tidak disediakan meja yang memadai untuk menulis blanko pengambilan linen dan menggunakan rak sepatu, posisi terlalu rendah saat menulis dan tidak nyaman. Untuk meja merekap blanko menggunakan meja kardus.



Gambar 4.71 Meja Pencatatan di Distribusi Linen

c) Dump Kotor Sering Eror

Terkadang petugas membantu pihak transporter untuk mengambil alat dari OK, dump kotor sering eror dan hanya bisa di manual dari pihak Ok sehingga jika OK menekan tombol manual dump dapat langsung terangkat dan petugas dapat berisiko untuk terjepit.



Gambar 4.72 Dump Kotor

6. Risiko Rendah (*Low Risk*)

b) Terdapat 1 Titik Atap Yang Bocor

Kebocoran di luar distribusi linen dapat menyebabkan petugas terpeleset ditambah posisi kebocoran dekat dengan kamar mandi petugas.

c) Pelabelan Nama Ruangan Linen Sudah Terbuka Dan Tidak Mudah Untuk Dilihat

Label rak linen untuk keterangan ruangan, sudah banyak yang terkelupas sehingga menyebabkan petugas kesulitan untuk melihat nama label rak.



Gambar 4.73 Label Rak Linen

f. Transporter (mobile)

1. Risiko Tinggi (*High Risk*)

a) Kantong Plastik Dari OK Ada Yang Menggunakan Kantong Plastik Hitam

Jika kantong plastik kuning untuk infeksius habis pihak OK menggunakan kantong plastik hitam non infeksius padahal seharusnya dari OK harus menggunakan kantong plastik kuning infeksius.



Gambar 4.74 Plastik Non Infeksius dari OK

- b) Mengambil Linen Dan Alat Kotor Dari Dump Kotor
Berat alat dan linen dari OK dapat mencapai 10 kg untuk diangkat ke dalam *trolley*.

2. Risiko Sedang (*Medium Risk*)

- a) Dump Kotor Error
Pihak transporter untuk mengambil alat dari OK, dump kotor sering eror dan hanya bisa di manual dari pihak Ok sehingga jika OK menekan tombol manual dump dapat langsung terangkat dan petugas dapat berisiko untuk terjepit.
- b) Mengantar Linen Bersih Dan Kotor Dengan Menggunakan Trolley
Alat dan linen yang di dorong dapat mencapai berat 30 kg dengan jarak yang jauh untuk dibawah ke *laundry*.

g. Toilet Di Ruang *Laundry*

1. Risiko Rendah (*Low Risk*)

- a) Terdapat Lantai Keramik Yang Pecah
Lantai keramik yang pecah dan berlubang dapat menyebabkan petugas tersandung ataupun luka.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Semua anggota yang menjabat di struktur organisasi Komite K3RS di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya merangkap jabatan atau *double job*. Hal ini didapatkan evaluasi terkait *double job* tersebut mengakibatkan ada salah satu tupoksi yang tidak berjalan dengan maksimal karena dengan adanya 2 atau 3 tupoksi tidak bisa dijalankan secara bersamaan selain itu tidak adanya tim yang dibentuk untuk membantu Kelompok Koordinator Komite K3RS dalam melaksanakan tupoksinya, karena adanya perubahan dari Tim K3RS menjadi Komite K3RS.
2. Rumah Sakit Umum Haji Surabaya telah 1 kali memenuhi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 dan akan melaksanakan akreditasi kembali Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.1 di bulan Mei 2020.
3. Kejadian kecelakaan akibat kerja yang terecord dan dilaporkan kepada Komite K3RS hanya kejadian kecelakaan kerja akibat tertusuk jarum.
4. Komite K3RS kesulitan dalam indentifikasi adanya kejadian penyakit akibat kerja pada pegawai.
5. Pencegahan dan penanggulangan bencana dan kebakaran di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya telah berjalan dengan baik.
6. Bahaya yang ada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dapat dilakukan dengan melakukan manajemen risiko melalui kegiatan inventarisasi potensi bahaya yang dapat terjadi pada sarana dan prasaran, peralatan, SDM dll menggunakan metode HIRADC.
7. Penilaian risiko yang ada di Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya diketahui dari inventaris potensi bahaya dan observasi yang ada di beberapa lokasi memiliki jenis risiko dengan prioritas tinggi, yaitu:
 - a. Ruang *laundry* (ruang pencucian dan pengeringan): 1) risiko kebisingan dari mesin pencucian dan mesin pengeringan yang mengeluarkan suara bising saat mesin sedang menyala, 2) risiko tertusuk jarum suntik atau silet yang ada di dalam linen dan risiko pneumokoniosis karena kurangnya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD (penutup kepala), dan 3) suhu yang panas
 - b. Ruang *laundry* (ruang penyetrikaan dan pelipatan): 4) debu linen yang dapat menyebabkan risiko pneumokoniosis, 5) kurangnya kepatuhan petugas dalam

- menggunakan APD (penutup kepala) risiko debu linen dapat menempel pada rambut dan 6) suhu yang panas
- c. Ruang dekontaminasi: 7) tidak adanya sekat antar alat kotor dengan alat bersih dan tidak adanya filter udara dan 8) suhu yang panas.
 - d. Ruang CSSD (*Central Sterill Supply Departement*): 9) kurangnya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD (sandal karet, sarung tangan, dan masker)
 - e. Ruang Distribusi Linen: 10) debu linen kain, busuk dapat menyebabkan pneumokoniosis dan tidak adanya APD untuk petugas, 11) petugas tidak menggunakan APD (masker dan penutup rambut).
 - f. Transporter: 12) kantong plastik dari OK ada yang menggunakan kantong plastik hitam (non infeksius) dan 13) mengambil linen dan alat kotor dari dump kotor terkadang eror.

5.2 Saran

1. Follow up kepada direksi terkait turunnya surat keputusan terkait struktur organisasi dan tupoksi terbaru untuk Komite K3RS .
2. Mempertahankan standar akreditasi yang telah dicapai dan persiapan untuk akreditasi selanjutnya.
3. Dibentuk P2K3 agar setiap kejadian KAK pada tiap unit kerja dapat terecord dan dilaporkan dengan baik.
4. Mengambil data kesehatan setiap pegawai dengan menggunakan form riwayat kesehatan pegawai sebagai form identifikasi penyakit akibat kerja atau meminta rekap data MCU tiap pegawai pada tiap unit kerja setiap pemeriksaan berkala terutama pekerja zona risiko sangat tinggi dan zona risiko tinggi.
5. Pengadaan dan pemasangan untuk *springkle*, alarm kebakaran dan detektor kebakaran agar dapat dipasang di gedung lama, terutama di Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji yang termasuk zona risiko tinggi.
6. Sebaiknya manajemen risiko melalui kegiatan inventarisasi potensi bahaya yang dapat terjadi pada sarana dan prasaran, peralatan, SDM dll agar dapat segera dilaksanakan karena unit kerja di Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya telah mendapatkan pelatihan risk register sebelumnya.
7. Upaya pengendalian yang dapat dilakukan di Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya untuk mengatasi potensi bahaya,

terutama untuk mengatasi potensi bahaya, terutama untuk 13 risiko yang disebutkan diatas, antara lain:

- a. Risiko kebisingan dari mesin pencucian dan mesin pengeringan yang mengeluarkan suara bising saat mesin sedang menyala; pengendalian dapat dilakukan dengan pengecekan dan perbaikan mesin secara berkala, dibuat sekat untuk ruang petugas saat mesin menyala sehingga petugas tidak langsung terpapar bising, pengadaan *earplug* sebagai APD untuk petugas.
- b. Risiko tertusuk jarum suntik atau silet yang ada di dalam linen; pihak OK lebih memperhatikan saku linen yang telah digunakan sebelumnya sebelum menaruh linen untuk di *laundry*, pemberian *extra fooding* tiap minggu 2 kali kepada petugas agar daya tahan tubuh petugas meningkat dan dapat mencegah terjadinya infeksi penyakit, dilakukannya vaksinasi HBSag kepada petugas yang belum mendapatkan vaksinasi, diadakan pemeriksaan berkala kepada petugas setiap 6 bulan sekali.
- c. Suhu yang panas; pemasangan alat pendingin, kipas angin, ruang ventilasi yang cukup untuk aliran udara, menyediakan air minum yang cukup dekat tempat kerja dan jika perlu disediakan *extra salt*.
- d. Debu linen yang dapat menyebabkan risiko pneumokoniosis: petugas menggunakan APD masker yang sesuai, adanya ventilasi yang baik, ada alat local exhaust.
- e. Tidak adanya sekat antar alat kotor dengan alat bersih dan tidak adanya filter udara; dibuatkan sekat sesuai standart ruangan yang cukup agar ada pemisah antara alat kotor dengan alat bersih.
- f. Kurangnya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD (sandal karet, sarung tangan, dan masker); dapat dibuat inspeksi untuk pengecekan petugas dalam penggunaan APD
- g. Kantong plastik dari OK ada yang menggunakan kantong plastik hitam (non infeksius); pemberitahuan pada pihak OK dalam mengecek pengadaan kantong plastik infeksius yang dimiliki dan melihat stock
- h. Mengambil linen dan alat kotor dari dump kotor terkadang eror; pengendalian dapat dilakukan dengan pengecekan dan perbaikan mesin secara berkala, ditambahkan tombol *emergency* dan tombol manual agar petugas dapat juga menekan tombol bukan hanya pihak OK saja.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2014. *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali pers. Australia Standard/New Zealand Standard (AS/NZS 4360:2004).
- Hariato, R. 2012. *Buku Ajar Kesehatan Kerja*. Jakarta: Buku Kedokteran ECG
- Instrument Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1*. 2019. Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Keputusan Menteri Negara Republik Indonesia No. 11/KPTS/2000 Mengenai Manajemen Penanggulangan Kebakaran Bangunan Gedung.
- Laporan Kinerja BLUD Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Semester 1 Tahun 2019*. 2019. Bagian Perencanaan dan Evaluasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.
- Peraturan Direktur Rumah Sakit Nomor 898/Per/Rs/I/2014 tentang Panduan Instalasi Sterilisasi Pusat (CSSD) Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- Suma'mur. *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*. Jakarta: Gunung Agung.