

MANAGEMENT RESIKO

INSLASI CSSD

2022



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20826-20827 Fax: (0755) 20003

Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id E-mail :

rsud.mnatsir@sumbarprov.co.id

BAB

PENDAHU

L

A. Latar Belakang

Risiko bahaya di Instalasi CSSD dan rumah sakit yang disebabkan oleh faktor biologi, fisik, kimia, fisiologi/ergonomi dan psikologi dapat menyebabkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja bagi pekerja, pengunjung, pasien dan masyarakat disekitar lingkungan rumah sakit. Pekerja rumah sakit memiliki resiko kerja yang lebih tinggi dibanding pekerja industri lain sehingga resiko bahaya tersebut harus dikendalikan.

Rumah sakit mempunyai risiko penyakit infeksi dan juga terdapat beberapa risiko bahaya yang memengaruhi kondisi di Rumah sakit, salah satunya di Instalasi CSSD. Pada proses pekerjaan di Instalasi CSSD terdapat potensial bahaya dan disarankan petugas menggunakan pelindung diri yang terdiri dari :

- a. Topi
- b. Masker
- c. Pelindung mata (Google)
- d. Pakaian panjang
- e. Apron
- f. Sepatu Boot
- g. Sarung tangan panjang

Salah satu upaya pengendalian adalah dengan melakukan sosialisasi kepada seluruh pekerja rumah sakit tentang resiko bahaya tersebut sehingga seluruh pekerja mampu mengenal resiko bahaya tersebut.

BAB
II
TUJUAN UMUM DAN
KHUSUS

Tujuan Umum:

1. Melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengisolasi terhadap keselamatan pasien Rumah Sakit secara keseluruhan.
2. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, yang dilaksanakan oleh semua departemen/unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, meliputi kualitas pelayanan, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

Tujuan Khusus:

1. CSSD mampu melakukan identifikasi risiko
2. CSSD mampu membuat prioritas risiko
3. CSSD mampu melaporkan risiko
4. CSSD mampu menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit.
5. CSSD mampu mengupayakan membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
6. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program PPI.

BAB III
KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. Identifikasi Risiko CSSD

Area Risiko

A	AKSES RUMAH SAKIT	
	1	Ruangan belum standar
	2	Belum mempunyai mesin indikator BI steam yang cepat
	3	Belum maksimalnya mesin plasma
	4	Transport pengangkut alat steril belum ada
	5	Selasar rumah sakit belum lengkap
	6	Pencucian alat dengan mesin belum maksimal
B	KECELAKAAN	
	1	Tertusuk jarum
	2	Tersiram air panas
	3	Tersengat listrik
	4	paparan bahaya bahan chemical
	3	Paparan bahaya radiasi H ₂ O ₂
	4	Terpeleset
5	Kejatuhan benda/alat instrument	

C	STAF	
	1	Staf masih kurang trampil
	2	Kurang teliti dalam penerimaan dan pengesetan barang instrumen
	3	Masih ada benda tajam (Jarum dll) terkirim ke CSSD
	4	Tidak ada pengawasan ketersediaan tandon air

D	FINANSIAL	
		Masih belum efektif dalam perhitungan cost

E	KEAMANAN	
	1	Pencurian
	2	Lingkungan tidak aman

B. Prioritas Resiko

NO	RINCIAN PEKERJAAN	RESIKO	PENYEBAB	DAMPAK	Likelihood (Kemungkinan)	KONSEKU ENSI	SCOR	PENGENDALIAN AWAL	PENGENDALIAN BERIKUTNYA
1	Menerima instrumen kotor	Instrumen hilang	Kurangnya kepatuhan SPO	Pelayan terganggu	3	2	6	SPO penerimaan barang	Sosialisasi dan monitoring SPO Ceklist serah terima barang

2	Mencuci instrumen kotor	Instrumen tertukar	Kurangnya kepatuhan SPO	Kebutuhan instrumen untuk pelayanan berkurang sehingga pelayanan terganggu	3	2	6	SPO pencucian instrumen	Sosialisasi dan monitoring SPO Ceklist serah barang
		Tertusuk benda tajam	Kurangnya kepatuhan SPO	INOS di petugas	2	2	4	SPO tertusuk benda tajam	Kordinasi dengan PPI apabila ada kejadian

								tertusuk jarum
		Kesalahan	Kurangnya	Merusak instrumen	3	2	6	SPO pemakaian
			kepatuhan	Keracunan dan iritasi				
		pencampuran	SPO	pada				desinfektan
		desinfektan		petugas				
		Terpapar		Keracunan dan iritasi				SPO terpapar
		bahan kimia	Kurangnya kepatuhan SPO	pada petugas	2	2	4	bahan kimia
2	proses	SDM yang tersedia	1. Beban kerja yang	1. Kesalahan setting				1. Pelatihan 1. Pengajuan

	pengemasan dan sterilisasi	saat ini untuk proses sterilisasi mengerjakan pekerjaan yang melebihi beban kerja sehingga dengan atau tanpa disadari	belum sesuai 2. Masih ada staf yang belum memenuhi kompetensi secara praktek.	alat 2. Kesalahan pemberian indikator 3. Kesalahan facking				peningkatan kualitas SDM 2. Evaluasi hasil implementasi pelatihan	pelatihan ke kasubag Diklit 2. Supervisi ka. Inst
--	----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

	Kesetrum aliran listrik	Petugas kurang hati-hati	Cidera pada petugas	2	2	4		SPO penanganan terkena arus listrik
	Kerusakan mesin	Kurangnya	mengganggu pelayanan					SPO kerusakan
		penjadwalan service secara		3	3	9		mesin
		berkala						
	Terpapar benda panas	Kurang tertibnya pemakaian APD	Cidera pada petugas	2	2	4	Monitoring	SPO pemakaian
							pemakaian APD	APD
	Kesalahan		Kerusakan barang yang				SPO	

C. Pelaporan Risiko

a. ALUR PELAPORAN IKP KE TIM KPRS DI RUMAH SAKIT

(INTERNAL)

- 1) Apabila terjadi suatu insiden (KTD/ KNC) di rumah sakit, wajib segera ditindak lanjuti (dicegah/ ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan
- 2) Setelah ditindak lanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/ shift kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam), jangan menunda laporan (formulir: lampiran 2);
- 3) Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor.
- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan
- 5) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
 - Grade biru : investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu
 - Grade hijau : investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
 - Grade kuning : investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA oleh tim yang dipilih Tim KP di rumah sakit, waktu maksimal 45 hari
 - Grade merah : investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA oleh tim yang dipilih Tim KP di rumah sakit, waktu maksimal 45 hari
- 6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS
- 7) Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regrading

- 8) Untuk grade kuning/ merah Tim KP di RS bersama dengan Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kerja (KMKK) akan melakukan analisis akar masalah/ *Root Cause Analysis* (RCA)
- 9) Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS bersama dengan KMKK akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa petunjuk/ ‘*safety alert*’ untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
- 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direksi
- 11) Rekomendasi untuk ‘perbaikan dan pembelajaran’ diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait
- 12) Unit kerja membuat analisa dan tren kejadian di satuan kerjanya masing- masing
- 13) Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KP di RS.

b. ALUR PELAPORAN IKP KE KKPRS - KEMENTERIAN KESEHATAN
(EKSTERNAL)

Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/ RCA yang terjadi pada pasien dilaporkan oleh Tim KP di RS bersama dengan KMKK (internal)/ Pimpinan RS ke KKP-RS sebagai berikut:

- 1) Akses website KKP-RS yaitu: <http://www.yankes.kemkes.go.id>;
- 2) Klik banner Pasien Safety;
- 3) Masukkan username dan password yang sudah diberikan oleh kementerian kesehatan. Username dan password ini diperoleh setelah mengajukan permintaan secara resmi ke kementerian kesehatan melalui email yanmedikwat@gmail.com;
- 4) Klik entri data;
- 5) Masukkan data yang sesuai.

D. Manajemen risiko

Manajemen risiko adalah bagian yang tidak terpisahkan dari manajemen proses. Manajemen risiko adalah bagian dari proses kegiatan didalam organisasi dan pelaksanaanya terdiri dari mutlidisiplin

keilmuan dan latar belakang, manajemen risiko adalah proses yang berjalan terus menerus.

Elemen utama dari proses manajemen risiko, seperti yang terlihat pada gambar meliputi :

Identifikasi risiko

Dalam hal ini, risiko dapat dibedakan menjadi risiko potensial (dengan pendekatan pro-aktif) dan insiden yang sudah terjadi (dengan pendekatan reaktif / responsif).

Risiko potensial dapat diidentifikasi dari berbagai macam sumber, misalnya:

- a. Informasi internal (rapat bagian / koordinasi, audit)
- b. Informasi eksternal (sumber dari PPI)
- c. Pemeriksaan atau audit eksternal

Risiko atau insiden yang sudah teridentifikasi harus ditentukan peringkatnya (grading) dengan memperhatikan:

1. Tingkat peluang / frekwensi kejadian (likelihood)
2. Tingkat dampak yang dapat / sudah ditimbulkan (consequence)

Tabel 1. penilaian probabilitas/frekwensi

LEVEL	DESKRIPSI
1 Sangat Rendah	0,5 % - extreme unlikely or virtually imposible HAMPIR TIDAK MUNGKIN TERJADI
2 Rendah	6-20% - Low but not impossible JARANG TAPI BUKAN TIDAK MUNGKIN TERJADI
3 Sedang	21-50 % - fairly likely to occur MUNGKIN TERJADI/BISA TERJADI
4 Tinggi	51-80% - more likely to occur than not SANGAT MUNGKIN
5 sangat Tinggi	81-100% - almost certainly will occur HAMPIR PASTI AKAN TERJADI

Tabel 2. Penilaian Consequency (Konsekuensi)

Level	Penjelasan	Rincian	Indikat
1	Insignifikan (Tidak bermakna)	Tidak terjadi cedera Kerugian finansial kecil	Terjadinya dampak tetap tidak cedera. Hanya penyakit atau keluhan Contoh: Terpapar suhu panas.
2	Minor (Rendah)	Cedera ringan, kerugian Finansial sedang	Seperti : memar, luka sehingga penanganan cukup dengan P3K. Contoh: Terinjak troli, tangan terjepit kejatuhan ember, terpeleceh lantai. Terjadi dampak serius tapi bukan cedera
3	Moderate (Menengah)	Cedera sedang perlu penanganan medis, kerugian finansial besar	Melainkan penyakit dalam tubuh seperti diare, gangguan pernafasan sehingga membutuhkan penanganan medis, Contoh: adanya bakteri pada pegangan troli, bakteri pada linen kotor, terhidup bahan kimia.
4	Mayor (Berat)	Cedera lebih dari 1 orang kerugian besar gangguan produksi.	Terjadi cedera berat dan menimbulkan kerugian akibat berkurangnya kemampuan memproduksi atau bekerja. Contoh :

5	Catastraphic	Fatal lebih dari satu orang orang kerugian	terjadinya dampak yang serius yang dapat menyebabkan kematian.
---	--------------	-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Identifikasi Dampak

KEMUNGKINAN	KONSEKUENSI				
	1	2	3	4	5
	Sangat Rendah	Rendah	Sedang	Berat	katastropik
5 Sangat sering terjadi	1	2	3	4	5
4 Sering Terjadi	2	4	6	8	10
3 Mungkin Terjadi	3	6	7	12	15
2 Jarang Terjadi	4	8	9	16	20
1 Sangat Jarang Sekali	5	10	15	20	25

Nilai

1 - 5 Sangat Rendah	6 - 10 Rendah	11 - 15 Sedang	16 - 20 Berat	21 - 25 Katastropik
-------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------------

Analisis risiko

Dilakukan dengan menentukan tingkatan probabilitas dan konsekuensi yang akan terjadi. Kemudian ditentukan tingkatan risiko yang ada dengan mengalikan kedua variabel tersebut (probabilitas X konsekuensi)

Evaluasi risiko

1. Risiko atau insiden yang sudah dianalisis akan dievaluasi lebih lanjut sesuai skor dan grading yang didapat dalam analisis.

SKOR RISIKO = DAMPAK X PELUANG

2. Pemingkatan memerlukan keterampilan dan pengetahuan yang sesuai, dan meliputi proses berikut :

- a. Menilai secara obyektif beratnya / dampak / akibat dan menentukan suatu skor
- b. Menilai secara obyektif kemungkinan / peluang / frekuensi suatu peristiwa terjadi dan menentukan suatu skor
- c. Mengalikan dua parameter untuk memberi skor risiko

3. Penilaian risiko akan dilaksanakan dalam dua tahap.

- a. Tahap pertama akan diselesaikan oleh penilai risiko yang terlatih, yang akan mengidentifikasi bahaya, efek yang mungkin terjadi dan pemingkatan risiko.
- b. Tahap kedua dari penilaian akan dilakukan oleh Kepala Unit Kerja yang akan melakukan verifikasi tahap pertama dan membuat suatu rencana tindakan untuk mengatasi risiko.

E. Investigasi Kejadian KTD

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Suatu insiden yang mengakibatkan cedera pada petugas akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi petugas. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan kerja atau bukan kesalahan kerja yang tidak dapat dicegah.

Dalam pengelolaan risiko / IKP yang masuk dalam kategori hijau dan kuning, maka tindak lanjut evaluasi dan penyelesaiannya dilakukan dengan investigasi sederhana, melalui tahapan:

1. Identifikasi insiden dan di-grading
2. Mengumpulkan data dan informasi:
 - observasi
 - Telaah dokumen
 - Wawancara
3. Kronologi kejadian
4. Analisa dan evaluasi sederhana:
 - a. penyebab langsung:
 - individu
 - peralatan
 - lingkungan tempat kerja
 - prosedur kerja
 - b. penyebab tidak langsung:
 - individu
 - tempat kerja
5. Rekomendasi: jangka pendek, jangka menengah, jangka panjang

F. Manajemen terkait tuntutan klaim

Identifikasi risiko adalah usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi akan membantu langkah-langkah yang akan diambil manajemen terhadap risiko tersebut.

Instrument:

1. Laporan KejadianKejadian(KTD+KNC+Kejadian Sentinel+dan lain-lain)
2. Review Rekam Medik (Penyaringan Kejadian untuk memeriksa dan mencari penyimpangan-penyimpangan pada praktik dan prosedur)
3. Pengaduan (Complaint) pelanggan
4. Survey/Self Assesment, dan lain-lain

BAB IV

CARA MELAKUKAN KEGIATAN

No	Jenis Kegiatan	Tujuan	sasaran	Target	Indikator	Waktu	Biaya	Penanggung Jawab
1	Ceklist penyimpanan barang steril	Memudahkan staf menyusun dan menyimpan alat steril	Staf CSSD dan ruangan yang menggunakan barang steril	100%	Terpenuhi kebutuhan barang steril di ruangan	Mei 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi, dan seluruh ruangan yang menggunakan barang steril

2	Ceklist serah terima barang pada saat pendistribusian	Memudahkan staf cara pendistribusikan alat Steril	Staf CSSD dan ruangan yang menggunakan barang steril	100%	Terpenuhi kebutuhan barang steril di ruangan	Juni 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi, dan seluruh ruangan yang menggunakan barang steril
3	Sosialisasi dan monev SPO penerimaan barang Kotor	Agar barang tidak Hilang	Ruangan rawat inap OK, IGD, HD,ICU	100%	Barang tidak hilang sehingga pelayanan lancar	Juli 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD Dan Ruang rawat inap OK, HD, IGD,ICU

4	Ceklist serah terima barang	Agar barang tidak Tertukar	Ruangan rawat inap OK, IGD, HD,ICU	100%	Barang tidak tertukar sehingga pelayanan lancar	Juli 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD Dan Ruang rawat inap OK, HD,IGD,ICU
5	SPO tertusuk benda tajam	Meningkatkan kewaspadaan dalam Bekerja	Staf CSSD dan perawat	100%	petugas terhindar dari kejadian tertusuk jarum		Disesuaikan	Koordinasi dengan pokja PPI

6	SPO pemakaian desinfektan	Staf memahami pemakaian desinfektan pada saat perendaman	Staf CSSD dan dan petugas yang memakai desinfektan	100%	Agar alat tidak rusak dan cepat korosif	Mei 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD
7	SPO terpapar bahan kimia	Memahami pencegahan terpapar bahan kimia	Staf CSSD dan dan petugas yang memakai bahan Kimia	100%	staf terhindar dari paparan bahan kimia	Mei 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD dan K3

8	Double cek pada saat penyetingan alat	Set instrumen lengkap	Staf CSSD	100%	Pelayanan diruangan lancar	Juli 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD dan staf CSSD
9	Monitoring pengoperasian mesin sterilisasi	Staf memahami pengunaan setiap mesin Sterilisasi	Staf CSSD	100%	Mesin sterilisasi terawat dengan baik	Mei 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD staf dan IPSRS

10	cek list tandon air secara rutin dan koordinasi dengan IPSRS	Memantau tandom air berjalan dengan baik standar cucian	Staf CSSD , management dan IPSRS	100%	staf terhindar dari arus listrik	April 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD, staf dan IPSRS
11	SPO penanganan sengatan listrik	Mengetahui pertolongan terkena arus listrik	Staf CSSD , management dan IPSRS	100%	staf terhindar dari arus listrik	Mei 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD, staf dan IPSRS

12	SPO kerusakan mesin	Memahami tata laksana kerusakan mesin	Staf CSSD , management dan IPSRS	100%	Mesin dapat segera diperbaiki dan mesin dapat bekerja kembali	Mei 2022 K3	Disesuaikan	Ka. Instalasi CSSD staf dan IPSRS
13	SPO pemakaian APD	Mengetahui pentingnya pemakaian APD	Staf CSSD dan seluruh Staf RS	100%	Kepatuhan pemakaian APD	Juni 2022	Disesuaikan	Ka. Instalasi, Staf CSSD

BAB V

SASARA N

- a. Mendukung tercapainya sasaran kinerja dan sasaran mutu CSSD secara keseluruhan dan dengan unit kerja lain sesuai jenjang tanggung jawab masing-masing.
- b. Semua risiko signifikan yang dapat mempengaruhi pencapaian sasaran kinerja dapat dikelola dengan baik.
- c. Mendorong tercapainya tingkat kesehatan petugas CSSD
- d. Terciptanya struktur organisasi manajemen risiko yang sistematis dan terintegrasi.
- e. Terciptanya SDM yang berwawasan dan berbudaya risiko dengan pola pengembangan yang terencana dan berkesinambungan
- f. Tercapainya tingkat kematangan penerapan manajemen risiko.

BAB VI

JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Kegiatan	J a n	F e b	M a r	A p r	M e i	J u n	J u l	A g u s	S e p	O k t	N o v	D e s
1	Membuat ceklis penyimpanan barang steril.					V							
2	Membuat ceklist serah terima barang pada saat pendistribusian						V						
3	Sosialisasi dan monev SPO penerimaan barang kotor							V					
4	Membuat monitoring serah terima barang kotor							V					
5	Koordinasi SPO tertusuk jarum dengan PPI								V				
6	Membuat SPO pemakaian desinfektan					V							
7	Koordinasi Spo terpapar bahan kimia dengan K3				V								
8	Koordinasi SPO pemakaian APD dengan PPI						V						
9	Membuat SPO pemakaian desinfektan				V								
10	Monitoring penggunaan troly					V							
11	Membuat SPO penggunaan Troly					V							
12	Membuat SPO penggunaan motor roda tiga									V			
13	Monitoring pembersihan motor roda tiga									V			

BAB VII

EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Manajemen Risiko CSSD/laundry ditentukan oleh keberhasilan dalam melaksanakan misinya yaitu terselenggaranya kegiatan semua daftar risiko di CSSD/Laundry. Hal ini dapat diukur dengan instrumen akreditasi pelayanan di CSSD/Laundry. Oleh sebab itu evaluasi dan pemantauan mutu dari manajemen risiko perlu dilihat dari sistemnya, yaitu aspek staf dalam melaksanakan kegiatannya .

Evaluasi dari manajemen risiko melalui berbagai cara/pendekatan antara lain :

- a. Laporan kegiatan bulanan/triwulan/tahunan.
- b. Membuat evaluasi kegiatan dan membuat tindak lanjutnya.

PENUTUP

Demikian Program mamajemen risiko CSSD dan Laundry ini dibuat agar. Keselamatan pasien dan Staf rumah sakit ini dapat terjamin. Diharapkan partisipasi dari berbagai pihak untuk ikut memberi sumbangan saran, perbaikan dan penyempurnaan program ini dalam rangka terjaminnya mamajemen risiko CSSD/Laundry di Rumah sakit dr. Sitanala Tangerang. Harapan kami, program ini dapat menjadi alat bagi RS dalam upaya meningkatkan kinerja dan keselamatan kerja staf rumah di Rumah sakit.

Direktur

Ka. Instalasi CSSD

dr. Elvi Fitraneti, Sp PD

Nip. 19710514 200212 2 002

Ns. Meliza . SKep

Nip. 19780217 200012 2 002

