



RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

PEDOMAN KERJA

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT
(K3RS)

TAHUN 2023



rsjsaaninpadang



Jiwa Hospital



rsjhbsaanin.sumbaprovo.go.id



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71378



KEPUTUSAN DIREKTUR RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG
NOMOR : 800/002.o/HK-KP/I-2022

TENTANG

PEMBERLAKUAN PEDOMAN KERJA KOMITE K3
(KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA) RUMAH SAKIT
PADA RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG TAHUN 2022

DIREKTUR RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dalam implementasi kegiatan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) diperlukan Pedoman Kerja Komite K3RS yang dijadikan panduan dalam melaksanakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja bagi karyawan dan pengunjung rumah saki tahun 2022 pada Unit/Instalasi RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tersebut;
- b. bahwa sesuai huruf a diatas Pedoman Kerja Komite K3 RS tersebut perlu diberlakukan dengan Surat Keputusan Direktur RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumasakitan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2020 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
8. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/2011, Nomor 7 tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok;
9. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor Per:01/Men/1979 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Konstruksi Bangunan;
10. Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI Nomor: Kep 186/MEN/1999 tentang Penanggulangan Kebakaran di Tempat Kerja
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit
12. Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat Nomor 8 tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi

- Sumatera Barat;
13. Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Barat Nomor 440-538-2011 tentang Penetapan PPK-BLUD RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang;
 14. Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor 821/6516/BKD-2021, tanggal 23 Desember 2021, tentang Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Barat.

Memperhatikan : Surat dari Ketua Akreditasi Nomor 441/04/TIM-AKREDITASI RSJHBS/I/2022 tanggal 05 Januari 2022 perihal Usulan SK Pemberlakuan Pedoman Kerja Komite K3RS pada RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2022.

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan :
- KESATU** : Keputusan Direktur RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tentang Pemberlakuan Pedoman Kerja Komite K3RS pada RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2022, sebagaimana terdapat pada lampiran surat keputusan ini;
- KEDUA** : Segala biaya yang timbul akibat keputusan ini dibebankan kepada Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dan atau Anggaran Biaya lainnya yang sah menurut peraturan perundang-undangan;
- KETIGA** : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal 05 Januari 2022, dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan, maka akan dilakukan peninjauan kembali.

Ditetapkan di : Padang
Pada Tanggal : 05 Januari 2022



Dr. Aklima MPH
Pembina Utama Muda/IV.c
NIP. 19680203 200212 2 002

Disampaikan Kepada Yth:

1. Wadir Pelayanan di Lingkungan RS Jiwa. Prof. HB. Saanin Padang, di Padang;
2. Wadir Umum, Keuangan dan SDM di Lingkungan RS Jiwa. Prof. HB. Saanin Padang, di Padang
3. Kabag/Kabid. di Lingkungan RS Jiwa. Prof. HB. Saanin Padang, di Padang;
4. Peninggal

Tim Penyusun

Ketua : dr. Wiwi Marma
Sekretaris : Era Yulianti sastra, SKM
Anggota : 1. dr. Fitri Yuni
2. Armendo Febrian, A.Md.TE
3. Ns. Ezzeddin, S.Kep

**Dibuat Oleh,
Tim Penyusun**

dto

dr. Wiwi Marma
NIP.19760802 200604 2 017

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji dan Syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia yang telah diberikan, sehingga penyusunan Pedoman Kerja Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang dapat diselesaikan.

Penerapan K3 di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang akan terlaksana dengan optimal bila di dukung oleh komitmen para pengambil kebijakan dan seluruh petugas yang ada di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Disamping itu petugas di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang diharapkan mampu memahami mengenai K3 ini agar dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan mengetahui bagaimana sikap ketika terjadi bencana yang tidak diinginkan.

Buku Pedoman Kerja Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang ini di harapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan K3RS di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, terutama dalam mewujudkan keselamatan dan kesehatan dan kenyamanan petugas, pasien, pengunjung dan masyarakat sekitar.

Tidak lupa penyusun menyampaikan ucapan rasa terima kasih yang mendalam atas bantuan semua pihak dalam proses menyelesaikan Pedoman Kerja Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) ini.

Kami menyadari sepenuhnya bahwa kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT, untuk itu kami berharap saran dan masukan dari pembaca yang budiman agar dapat menyempurnakan Pedoman Kerja Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang ini.

Wassalamu'alaikum.wr.wb.

TIM PENYUSUN

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	I
DAFTAR ISI.....	II
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II PENGORGANISASIAN KOMITE.....	5
BAB III SARANA DAN PRASARANA PENUNJANG.....	9
BAB IV KEGIATAN DAN RINCIAN KEGIATAN.....	10
BAB V KEBIJAKAN DAN PROSEDUR.....	47
BAB VI MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN.....	48

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang memiliki resiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung maupun lingkungan rumah sakit. Dalam rangka pengelolaan dan pengendalian resiko yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit perlu diselenggarakan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit agar terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman.

Perkembangan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan di Indonesia akhir – akhir ini sangat pesat, baik dari jumlah maupun pemanfaatan teknologi kedokteran. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tetap harus mengedepankan peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat dengan tanpa mengabaikan upaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di rumah sakit. Kesehatan dan Keselamatan Kerja di rumah sakit perlu mendapat perhatian serius dalam upaya melindungi kemungkinan dampak negatif yang ditimbulkan oleh proses pelayanan kesehatan, maupun keberadaan sarana, prasarana, obat – obatan dan logistik lainnya yang ada di lingkungan rumah sakit sehingga tidak menimbulkan kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja dan kedaruratan termasuk kebakaran dan bencana yang berdampak pada pekerja rumah sakit, pasien, pengunjung dan masyarakat disekitarnya.

Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang ini merupakan pedoman yang dipakai sebagai acuan dalam pelaksanaan pengelolaan K3 RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang. Standard Kesehatan Kerja yang mencakup standar manajemen resiko K3RS, Keselamatan dan keamanan di RS, Pelayanan kesehatan kerja, pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) dari aspek K3, pencegahan dan pengendalian kebakaran, pengelolaan prasarana RS dari aspek K3, pengelolaan peralatan medis dari aspek k3 dan kesiapsiagaan kondisi darurat dan bencana.

Menyadari kompleksitas permasalahan K3 ini, untuk mengatur masalah terkait keselamatan dan kesehatan kerja, pemerintah sebagai pembuat kebijakan dan perundangan di Indonesia telah menetapkan berbagai macam peraturan maupun perundangan terkait dengan permasalahan K3 ini, diantaranya dalam undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai resiko bahaya kesehatan, mudah terjangkau penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Disamping itu pemerintah juga terus memperhatikan dan mengatur masalah K3 ini melalui beberapa dokumen negara lainnya seperti : Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja yang tertuang dalam SK MENKES nomor 432/Menkes/SK/IV/2007 dan juga Standart Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI nomor 1087/Menkes/VIII/2010 yang diharapkan dapat menjadi dasar hukum pelaksanaan K3 dan yang telah disempurnakan lagi tentang Permenkes nomor 66 tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit dengan standar yang makin kompleks.

Oleh karena itu RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang mendukung dan menerapkan secara penuh K3RS demi terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif dan efisien dan berkesinambungan dengan menetapkan Surat Keputusan Direktur nomor 800/250/HK-KP/V-2019 tentang

pembentukan komite keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit (K3) pada RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang yang mengacu pada regulasi Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 dan Permenkes nomor 66 Tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja serta regulasi-regulasi terkait tentang K3RS.

1.2 Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

Tujuan Umum :

Terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang seha, aman, nyaman dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan rumah sakit

Tujuan Khusus :

1. Meningkatkan mutu pelayanan , mempertahankan kelangsungan operasional dan meningkatkan citra rumah sakit
2. Melindungi karyawan dari Penyakit Akibat Kerja (PAK)
3. Mencegah terjadinya Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)
4. Memberikan kepuasan kepada pasien dan pengunjung rumah sakit

1.3 Tugas Pokok

1. Mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan SPO K3RS untuk mengendalikan resiko.
2. Menyusun program K3RS
3. Menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan rumah sakit yang berkaitan dengan K3RS
4. Memantau dan mengawasi pelaksanaan program K3RS
5. Mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3RS
6. Memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan prosedur regulasi K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan SPO K3RS yang telah ditetapkan
7. Mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya disebarluaskan di seluruh unit kerja rumah sakit
8. Membantu Direktur dalam menyelenggarakan sistem manajemen K3 Rumah Sakit, Promosi K3RS, pelatihan dan penelitian K3RS.
9. Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses uji fungsi dan training.
10. Koordinasi dengan wakil unit-unit kerja rumah sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS
11. Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan K3RS secara teratur kepada pimpinan RS sesuai dengan ketentuan RS dan
12. Menjadi investigator dalam PAK dan KAK yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

1.4 Keanggotaan

NO	Nama Petugas>Nama Jabatan	Kualifikasi Formal	Keterangan
1	dr. Wiwi Marma	S1 Kedokteran Umum	Ketua Komite K3RS
2	Era Yulianti sastra, SKM	D3	Sekretaris

3	dr. Fitri Yuni	Dokter	Ketua Sub Komite Keselamatan dan Kesehatan
4	Armendo Febrian, Amd. TE	D3	Ketua Sub Komite Kemanan Bangunan, Utilisasi, Lingkungan dan Peralatan
5	Ns. Ezeddin, S.Kep	S1 Keperawatan	Ketua Sub Komite Kewaspadaan dan Kondisi Darurat Bencana
6	Ns. Gusnita, S.Kep	S1 Keperawatan	Anggota
7	Ns. Surya Tenti, S.Kep	S1 Keperawatan	Anggota
8	Rani Fitriana, SKM	S1	Anggota
9	Nira Napolia, AMd	D3	Anggota
10	Hendri M, SE	S1	Anggota
11	Ns. Okrita Sunelvia Dewi, S.Kep	S1 Keperawatan	Anggota
12	Yulia sofiani, Amd. KL	D3	Anggota
13	Ns. Desirianti, S.Kep	D3	Anggota
14	Ns. Titi Purwani, S.Kep	S1	Anggota
15	Harifa Ilhamdi, AMTE	D3	Anggota
16	Ns. Agustian, S.Kep	S1 Keperawatan	Anggota
17	Ns. Muharmi Sinarthi, S.Kep	S1 Keperawatan	Anggota
18	Dian Suhery, S.Farm,Apt	S1	Anggota

1.5 Landasan Hukum

1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437)
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran negara Republik Indonesia Nomor 4729)
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437)
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637)
5. Peraturan pemerintah Nomor 63 Tahun 2000 tentang Keselamatan dan Kesehatan Terhadap pemanfaatan Radiasi Pengion (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 136, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3992)
6. Keputusan Presiden Nomor 22 Tahun 1993 tentang Penyakit yang Timbul Karena Hubungan Kerja
7. Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Wajib Laporan Akibat Hubungan Kerja

8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 876/Menkes/SK/VIII/2001 tentang Pedoman Teknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 121/Menkes/SK/IX/2001 tentang Pedoman Pengamanan Dampak Radiasi
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1439/Menkes/SK/XI/2002 tentang Penggunaan Gas Medis pada Sarana Pelayanan Kesehatan
11. Keputusan menteri Kesehatan Nomor 351/Menkes/SK/III/2003 tentang Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan

BAB II

PENGORGANISASIAN KOMITE

2.1 Visi, Misi Falsafah, Nilai

1. VISI

Pusat Unggulan Kesehatan Jiwa di Indonesia

2. MISI

- a. Memberikan pelayanan kesehatan jiwa;
- b. Meningkatkan kemandirian rumah sakit.

3. FALSAFAH

- a. Dedikasi yang luhur dalam memberi pelayanan kepada masyarakat adalah didasari semangat mengabdikan dan berbuat kebaikan di hadapan Tuhan Yang Khalik;
- b. Kepuasan dalam menjalankan tugas adalah perwujudan dari pemenuhan kebutuhan kesehatan dan kepuasan para pasien dan klien, keluarganya dan masyarakat sekitarnya. Semua merupakan amal ibadah yang tidak terukur nilainya;
- c. Penyembuhan adalah takdir-iradat dari Yang Khalik dan profesi kesehatan beserta pasien, keluarga dan masyarakat adalah hambaNya yang bersamasama berusaha sekuat tenaga untuk kepentingan kesehatan jiwa dan raga secara keseluruhan; dan
- d. Kesehatan jiwa adalah erat kaitannya dengan kesehatan jasmani dan sosial. Oleh karena itu tugas RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang tidak terbatas pada pelayanan kesehatan jiwa saja tetapi semua yang terkait dengannya.

4. NILAI - NILAI

Nilai-Nilai Dasar RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang adalah : “Nilai yang menjiwai pelayanan di RSJ yaitu bekerja adalah ibadah, IKHLAS dalam merengkuh capaian”.

Nilai IKHLAS sebagaimana dimaksud mengandung makna :

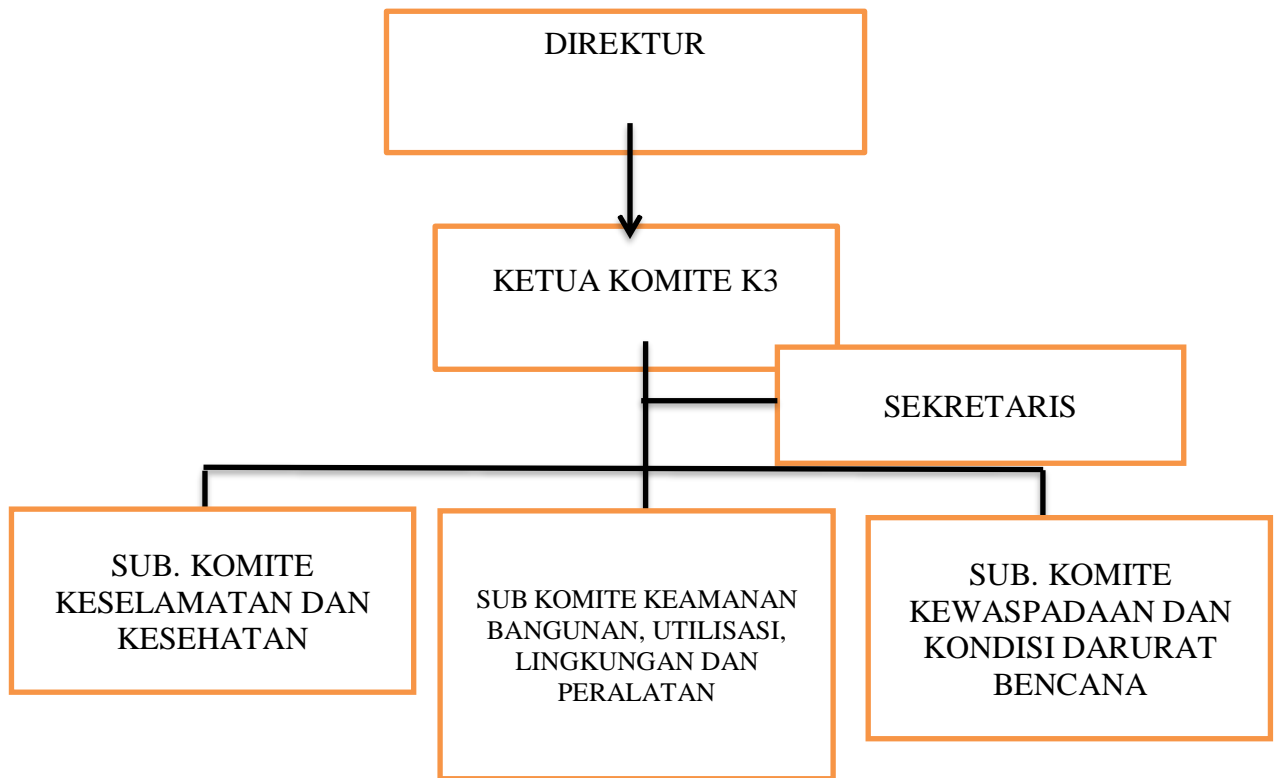
- a. Integritas, merupakan satu dalam kata dan perbuatan atau komitmen pada prinsip yang terdiri dari :
 - 1) Integritas pada diri sendiri yaitu profesional atau mengedepankan keahlian yaitu giat belajar dan menguasai ilmu pengetahuan sebagai pendukung dalam menghasilkan setiap output pelayanan dengan reward yang wajar;
 - 2) Integritas kepada Sang Pencipta (Allah) yaitu beribadah yang benar dan mengimplementasikan dalam perbuatan/pergaulan dengan mencerminkan akhlak yang dimuliakan Allah
- b. **Kebersamaan**, merupakan bermusyawarah untuk satu keputusan dalam mendorong komitmen bersama demi tercapainya kinerja maksimal dan harmonis sehingga akan tercipta suatu kondisi yang kondusif yaitu bersatu, toleransi, penuh kasih sayang dan cinta;
- c. **Harga diri**, berkaitan selalu mempunyai kompetensi diri sesuai dengan bidang masing-masing sehingga menumbuhkan keyakinan untuk mengatasi masalahmasalah yang dihadapi oleh RSJ;
- d. **Luhur budi**, merupakan tabiat, akhlak dan watak setiap insan yang mulia serta bersedia mengorbankan segala sesuatu untuk kemajuan RSJ;

- e. Amanah, berarti menjaga keberadaan dan nama baik RSJ karena merupakan titipan dari rumah sakit kepada seluruh pegawainya;
- f. Setia, selalu berpegang teguh pada komitmen bersama, patuh dan taat kepada pola tata kelola RSJ

5. MOTTO

Mengutamakan pelayanan yang Ramah, Cepat, Tepat dan Terbaik

2.2 Struktur Organisasi



2.3 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, Wewenang

Uraian Tugas

A. Ketua Komite K3RS

1. Membuat target keselamatan dan menjamin efektifitas pencapaiannya
2. Membuat rencana kerja keselamatan
3. Memastikan semua karyawan, pasien, pengunjung dan pihak ketiga memahami kebijakan terkait keselamatan
4. Memastikan dilakukan identifikasi terhadap aspek keselamatan dan memastikan penilaian tingkat pentingnya serta mekanisme pengendaliannya
5. Memastikan implementasi dari pengendalian aspek keselamatan di RS. Jiwa prof. HB. Saanin Padang

B. Sekretaris Komite

1. Mengelola tata administrasi komite K3RS
2. Mengkoordinir rancangan program K3RS
3. Mengatur jadwal rapat dan kegiatan K3RS
4. Berkoordinasi dan membantu ketua dalam rangka pelaksanaan kegiatan K3RS
5. Membantu ketua dalam pengumpulan masukan kepada direktur dalam pelaksanaan kegiatan K3RS
6. Membantu ketua dalam pengumpulan data mengolah data dan menganalisa data K3RS
7. Menyiapkan sarana pengendalian kebakaran

8. Membentuk tim penanggulangan kebakaran tingkat RS
9. Mengadakan pelatihan APAR secara berkala untuk semua pegawai RS
10. Melakukan simulasi kebakaran 1 tahun sekali untuk setiap gedung
11. Mengidentifikasi bencana internal maupun eksternal yang dapat terjadi di lingkungan RS.
12. Menyusun SPO tanggap darurat
13. Membuat sistem komunikasi dan alur penanganan kejadian bencana
14. Mengelola sistem pemenuhan tenaga kesehatan saat terjadi bencana
15. Mengadakan peralatan yang dibutuhkan untuk evakuasi saat terjadi bencana
16. Melakukan sosialisasi dan pelatihan simulasi penanggulangan bencana minimal 1 tahun sekali

C. SUB KOMITE KESELAMATAN DAN KESEHATAN

1. Melakukan kegiatan promotif untuk meningkatkan kesehatan serta kemampuan fisik dan kondisi mental atau rohani SDM rumah sakit, dengan memberikan makanan tambahan dengan gizi yang mencukupi (*extra feeding*) bagi petugas yang bekerja di area beresiko tinggi serta dinas bergilir (sore, malam dan diluar kerja atau libur) program kebugaran jasmani, senam kesehatan dan melakukan pembinaan mental/rohani
2. Mengupayakan pemenuhan gizi kerja dan ASI RS
3. Melakukan kegiatan preventif dengan memberikan imunisasi, pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, berkala dan khusus
4. Menganalisis hasil pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, berkala dan khusus, data rawat jalan, data rawat inap seluruh SDM RS
5. Memberikan rekomendasi dan tindak lanjut hasil analisis dari pemeriksaan kesehatan
6. Melakukan surveillance RS
7. Melakukan kegiatan kuratif, meliputi pemberian pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi SDM RS yang menderita sakit, penanganan kecelakaan akibat kerja (KAK) dan penanganan pasca pajanan
8. Melakukan kegiatan rehabilitatif
9. Membuat unit layanan kesehatan kerja

D. Kepala Sub. Unit Keselamatan dan Keamanan bangunan, Utilitas, Lingkungan dan Peralatan

1. Melakukan pemantauan dan pengawasan terkait keselamatan dan keamanan kerja
2. Melakukan identifikasi dan penilaian resiko yang komprehensif menyangkut keselamatan dan keamanan
3. Membuat pemetaan dan denah area beresiko gangguan K3
4. Melakukan upaya pengendalian dan pencegahan pada kejadian tidak aman, kondisi dan tindakan tidak standar, kesalahan manusia, kewaspadaan standar
5. Sosialisasi kode keamanan yang disepakati RS
6. Melakukan inspeksi berkala bangunan dan peralatan RS
7. Melakukan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik
8. Melakukan pemantauan kalibrasi alat medis dan pemeliharaan preventif alat medis
9. Melakukan pemantauan pemeliharaan prasarana utilitas dan lingkungan RS

10. Memastikan semua staf pegawai pihak ketiga dan vendor sudah diidentifikasi dan memberi pengenalan sementara selama berada di area RS
11. Melakukan promosi dan sosialisasi K3
12. Melakukan identifikasi B3 RS
13. Melakukan penanganan, penyimpanan dan penggunaan B3 sesuai ketentuan yang berlaku
14. Melaporkan bila terdapat kejadian tumpahan B3
15. Melakukan pemasangan label B3
16. Memberikan masukan dalam perencanaan dan pelaksanaan pengadaan alat/pembangunan/renovasi

E. SUB KOMITE KEWASPADAAN DAN KONDISI DARURAT BENCANA

1. Melakukan identifikasi area beresiko kebakaran di semua ruangan RS
2. Membuat denah potensi tinggi kebakaran
3. Pemetaan, inventarisasi dan pengecekan sarana proteksi kebakaran baik aktif dan pasif
4. Membuat peta keberadaan unit proteksi kebakaran, peta jalur evakuasi, titik kumpul aman dan denah lokasi setiap gedung
5. Mengurangi resiko bahaya kebakaran dan ledakan dengan membuat sistem peringatan dini, alarm, rambu evakuasi, akses keluar, akses evakuasi dan area titik kumpul aman
6. Membuat kebijakan dan peraturan serta sosialisasi larangan merokok
7. Memfasilitasi dan menyusun kebijakan (disaster plan), menyusun pedoman dan SPO terkait keselamatan.

Tanggung Jawab

Tanggung jawab K3RS

1. Bertanggung jawab terhadap perencanaan program dan kegiatan manajemen fasilitas dan keselamatan
2. Menghimpun dan mengkoordinasikan pelaksanaan program dan kegiatan manajemen fasilitas dan keselamatan
3. Bertanggung jawab dalam pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan manajemen fasilitas dan keselamatan

Wewenang

K3RS berwenang :

1. Berwenang menggunakan dan memobilisasi sumber daya rumah sakit dalam rangka pelaksanaan program dan kegiatan manajemen fasilitas dan keselamatan
2. Mengklarifikasi hasil kegiatan kepada pihak-pihak terkait
3. Mengendalikan kegiatan di lingkup manajemen fasilitas dan keselamatan

BAB III

SARANA DAN PRASARANA PENUNJANG

3.1 Denah ruang

Saat ini K3RS belum mempunyai ruangan sendiri, unuk rapat dan pertemuan masih meminjam ruangan lain.

3.2 Fasilitas

K3 RS belum mempunyai fasilitas.

3.3 Dukungan Manajemen

Dukungan manajemen masih kurang karena K3RS belum mempunyai ruangan sendiri, dan belum ada pelatihan K3RS yang berkelanjutan.

3.4 Kebijakan dan Prosedur

Surat Keputusan Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Nomor. 800/247/HK-KP/III-2022 Tentang Pembentukan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

3.5 Pengembangan dan Pendidikan Pelatihan

Setiap anggota harus mengikuti perkembangan IPTEK terkini yang terkait dengan Kesematan dan Kesehatan Rumah Sakit, seperti :

1. Pelatihan K3 Umum
2. Pelatihan K3 Ahli Muda
3. Pelatihan K3 Ahli Madya
4. Pelatihan K3 Ahli Utama

BAB IV

KEGIATAN DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 KEGIATAN

Kegiatan K3RS meliputi :

1. Manajemen Risiko
2. Keselamatan dan keamanan
3. Bahan limbah berbahaya
4. Proteksi Kebakaran
5. Penanganan Kedaruratan dan Bencana
6. Peralatan Medis
7. Sistem Utilitas
8. Konstruksi dan Renovasi
9. Pelatihan seluruh staf di rumah sakit dan para tenant/penyewa lahan
10. Pengawasan pada para tenant/penyewa lahan

4.2 RINCIAN KEGIATAN

1. MANAJEMEN RISIKO

Manajemen risiko rumah sakit adalah kegiatan berupa pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai, menyusun prioritas risiko dan mengevaluasi untuk meminimalkan risiko cedera dan kerugian pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri. Oleh karena itu, untuk dapat meminimalkan risiko, RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang perlu melakukan identifikasi risiko beserta pengelolaannya. Identifikasi risiko merupakan proses sistematis dan terstruktur untuk menemukan dan mengenali risiko di tiap unit yang ada di rumah sakit, yang kemudian risiko tersebut dibuat dalam bentuk daftar risiko unit. Metode identifikasi risiko dilakukan dengan proaktif melalui *self assesment*, sistem pelaporan insiden, pengamatan kejadian potensi cedera serta audit klinis yang dilakukan secara menyeluruh terhadap risiko klinis maupun non klinis. Seluruh unit kerja mengidentifikasi risiko yang mungkin terjadi di unit kerja beserta cara pengendalian risiko.

TUJUAN

Tujuan umum

Meminimalisasi dan meniadakan risiko yang ditimbulkan oleh berbagai potensi bahaya yang ada RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang.

Tujuan Khusus

1. Mengurangi risiko kegagalan fasilitas yang ada di rumah sakit.
2. Mengawasi dan memonitor risiko terkait fasilitas dan lingkungan di RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang
3. Meningkatkan keamanan dan keselamatan fungsi fasilitas yang ada di RS.Jiwa Prof.HB Saanin Padang bagi karyawan, pasien dan pengunjung.

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: pajanan, frekuensi, konsekuensi, *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.

Identifikasi risiko yang ada di RS Jiwa Prof. Hb. Saanin Padang

1. Keselamatan dan Keamanan

	Identifikasi Bahaya
Keamanan Lingkungan RS	<ul style="list-style-type: none"> • Penculikan Anak • Penyanderaan • Kehilangan barang milik pasien dan keluarga • Kehilangankendaraan bermotor • Kehilangan sarana prasarana RS • Keselamatan saat ada renovasi/pembangunan
Keamanan pasien. Pengunjung dan karyawan	<ul style="list-style-type: none"> • Terjatuh/terpeleset tangga • Terpeleset di kamar mandi • Tersengat listrik

2. Bahan dan Limbah berbahaya

	Identifikasi Bahaya
Bahan Beracun Berbahaya	<ul style="list-style-type: none"> • Penanganan B3 yang salah • Penyimpanan B3 tidak pada tempatnya • B3 yang tidak diberi label • Tidak memakai APD saat penanganan B3.

3. Bencana

Kejadian	Identifikasi Bahaya
Insiden Wabah dan Bahaya	<ul style="list-style-type: none"> • Wabah penyakit • Gempa bumi • Kebocoran gas • Ledakan bom • Tanah longsor • Kecelakaan transportasi

4. Kebakaran

Kejadian	Identifikasi Bahaya
Insiden Kebakaran	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan pendek arus listrik • Ledakan gas • Kebocoran gas • Ledakankompor gas • Percikan api dari colokan listrik • Kebakaran akibat puntung rokok

5. Peralatan Medis

Kejadian	Identifikasi Bahaya
Peralatan Medis	<ul style="list-style-type: none"> • Kesalahan pembacaan hasil pada alat medis karena belum terkalibrasi • Kesalahan penggunaan alat karena belum terkalibrasi • Kesalahan penggunaan alat medis yang baru karena belum dilakukan pelatihan alat baru.

6. Sistem Utilitas

Kejadian	Identifikasi Bahaya
Sistem Utilitas	<ul style="list-style-type: none"> • Pemadaman listrik • Kerusakan Generator Set • Kerusakan saluran Air PDAM • Kerusakan Sumur Bor • Kerusakan IPAL • Kerusakan SIMRS • Kerusakan telepon/ Aiphon • Kebocoran gas dapur • Meledaknya tabung gas medis

Analisa risiko

Tabel Analisis risiko berdasarkan tingkat bahaya

Skor	Keterangan
1	Kegagalan yang tidak disadari oleh pasien dan tidak menimbulkan dampak dalam pelayanan kesehatan
2	Kegagalan dapat mempengaruhi proses pelayanan kesehatan tetapi menimbulkan kerugian minor
3	Kegagalan menyebabkan kerugian yang lebih besar terhadap pasien
4	Kegagalan menyebabkan kematian atau kecacatan

Tabel Analisis risiko berdasarkan tingkat probabilitas

Skor	Keterangan
1	Hampir tidak pernah (remote) jarang terjadi (dapat terjadi dalam > 5 sampai 30 tahun)
2	Jarang (uncommon) kemungkinan akan muncul (dapat terjadi dalam > 2 sampai 5 tahun)
3	Kadang-kadang (occasional), kemungkinan akan muncul (dapat terjadi beberapa kali dalam 1 sampai 2 tahun)
4	Sering (frequent), hampir sering muncul dalam waktu relatif singkat (mungkin terjadi beberapa kali dalam 1 tahun)

Evaluasi Risiko

Evaluasi resiko dilihat dari analisa resiko yang dilakukan sehingga dapat dibuatkan suatu prioritas penanganan resiko di RS Jiwa Prof. HB. Saanin sebagai berikut:

NO	RISIKO
1	Kehilangan barang milik pasien dan keluarga
2	Terjatuh/terpeleset di RAM/tangga
3	Penanganan B3 yang salah
4	B3 yang tidakdiberi label
5	Tidak memakai APD saat penanganan B3.
6	Penyanderaan
7	Keselamatan saat ada renovasi/pembangunan
8	Terpeleset di kamar mandi
9	Tersengat listrik
10	Wabah penyakit
11	Gempa bumi
12	Kebocoran gas
13	Ledakan bom
14	Banjir
15	Tanah longsor
16	Kecelakaan transportasi
17	Hubungan pendek arus listrik
18	Ledakan gas
19	Kebocoran gas
20	Ledakan kompor gas
21	Percikan api dari colokan listrik
22	Kebakaran akibat puntung rokok
23	Kesalahan pembacaan hasil pada alat medis karena belum terkalibrasi
24	Kesalahan penggunaan alat karena belum terkalibrasi
25	Kesalahan penggunaan alat medis yang baru karena belum dilakukan pelatihan alat baru.
26	Kebocoran gas
27	Meledaknya tabung gas medis
28	Pemadaman listrik
29	Kerusakan pompa air
30	Kerusakan SIMRS
31	Kehilangan kendaraan bermotor
33	Kehilangan sarana prasarana RS
32	Saluran air / IPAL mampet
33	Kerusakan telepon

2. KESELAMATAN DAN KEAMANAN

Keselamatan adalah suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman, peralatan, teknologi medis, informasi serta sistem di lingkungan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko fisik bagi pegawai, pasien, pengunjung serta masyarakat sekitar. Keselamatan merupakan kondisi atau situasi selamat dalam melaksanakan aktivitas atau kegiatan tertentu.

Keamanan adalah suatu kondisi yang melindungi properti milik rumah sakit, sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung maupun lingkungan rumah sakit dari bahaya pengrusakan dan kehilangan atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang, keamanan kerja adalah unsur-unsur penunjang yang mendukung terciptanya suasana kerja yang aman, baik berupa materil maupun non materil.

Tujuan

Standar keselamatan dan keamanan di rumah sakit bertujuan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan cedera serta mempertahankan kondisi yang aman bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung maupun lingkungan rumah sakit.

Sasaran

Sasaran dalam program Keselamatan dan keamanan adalah seluruh masyarakat yang berada di Rumah Sakit yaitu pasien, pengunjung, karyawan, vendor dan lainnya, yang terdiri dari :

- a. Terpantaunya daerah potensial bahaya diseluruh lokasi rumah sakit
- b. Terciptanya situasi keamanan dan ketertiban yang kondusif di setiap gedung dan bagi pasien, keluarga pasien, staff dan pengunjung, sehingga mengurangi terjadinya insiden kecelakaan dan cedera.
- c. Tidak terjadinya pencurian, perampokan, penipuan dan kejahatan lainnya di area Rumah Sakit.

Langkah-langkah Keselamatan dan Keamanan di Rumah Sakit

- 1) Identifikasi dan penilaian risiko yang komprehensif menyangkut keselamatan (lantai licin, loteng yang bocor dan lain-lain) dan keamanan (pencurian, penculikan anak, kerusakan dan lain-lain)
- 2) Pemetaan area berisiko terjadinya gangguan keselamatan dan keamanan di rumah sakit
- 3) Melakukan upaya pengendalian dan pencegahan lain pada kejadian tidak aman :
 - a. Menghilangkan kondisi yang tidak standar, contohnya :
 - ✓ tidak cukup batas pengaman atau pagar
 - ✓ tidak cukup atau tidak benar alat pelindung diri
 - ✓ alat atau material rusak
 - ✓ bahaya kebakaran atau peledakan
 - ✓ Lingkungan kerja, bahaya gas, asap dan lain-lain
 - ✓ bising, radiasi, suhu ekstrem
 - ✓ kurangnya penerangan
 - ✓ kurang ventilasi
- 4) Menghilangkan tindakan yang tidak standar, contohnya:
 - operasikan mesin atau alat tanpa ijin.
 - ✓ operasikan tidak sesuai SOP, misalnya kecepatan
 - ✓ lalai mengingatkan

- ✓ lalai mengamankan
 - ✓ melepas atau membuat pengaman tidak berfungsi
 - ✓ memakai alat yang rusak atau tidak semestinya
 - ✓ lalai memakai APD
 - ✓ tidak sesuai dalam meletakkan/mengangkat/mengambil posisi
 - ✓ merawat peralatan yang sedang beroperasi
 - ✓ bercanda
 - ✓ dalam pengaruh alkohol atau narkoba
- 5) Mengurangi unsur kesalahan oleh manusia, contohnya:
- ✓ tidak cukup kemampuan fisik atau mental
 - ✓ stres fisik atau mental
 - ✓ kurang pengetahuan (tidak memahami SOP)
 - ✓ kurang keterampilan
 - ✓ motivasi yang salah
- 6) Mengurangi unsur kesalahan dari pekerjaan, contohnya:
- ✓ tidak cukup kepemimpinan atau pengawasan
 - ✓ tidak cukup engineering
 - ✓ tidak cukup pembelian
 - ✓ tidak cukup perawatan
 - ✓ rusak atau aus (wear and tear)
 - ✓ salah penggunaan
- 7) Mengurangi unsur kesalahan dari pengendalian, contohnya:
- ✓ program tidak sesuai atau cukup (kurang pengawasan dan pengarahan)
 - ✓ standar program tidak cukup atau spesifik
 - ✓ pelaksanaan program tidak sesuai standar
- 8) Sosialisasi enam unsur keamanan, meliputi sarana, lingkungan, tempat, prosedur, tindakan dan anggaran
- 9) Memastikan prinsip kewaspadaan standar:
- ✓ pemakaian Alat Pelindung Diri (APD), sesuai dengan jenis pekerjaan yang dilakukan
 - ✓ cara kerja aman, dengan selalu berpedoman pada Standar Operasional Prosedur (SOP)
 - ✓ penempatan pasien yang tepat, dengan pemberian pengaman tempat tidur yang cukup, pegangan khusus pada kamar mandi, dengan tujuan menghindari pasien jatuh (patient safety)
 - ✓ pencegahan kecelakaan dan cedera, dengan pemberian atau penempatan tanda-tanda bahaya atau risiko yang jelas di setiap sudut rumah sakit, agar memudahkan pasien, staf dan pengunjung mendapatkan pelayanan yang diharapkan.
 - ✓ pemeliharaan kondisi yang aman, dengan mensosialisasikan kode-kode yang disepakati dan harus dipahami oleh seluruh pekerja untuk menjamin keamanan rumah sakit, sebagai contoh :
 - a. Code Red : Kebakaran
 - b. Code Pink : Penculikan Anak
 - c. Code Blue : Kedaruratan Medis, henti jantung dan henti nafas
 - d. Code Black : Ancaman Bom
 - e. Code Orange : Pasien melarikan diri
 - f. Code Purple : Evakuasi
 - g. Code Grey : Gangguan Keamanan
 - h. Code Green : Gempa Bumi
 - i. Code Brown : Tumpahan B3

- 10) Menginspeksi semua bangunan perawatan pasien dan memiliki rencana untuk mengurangi risiko yang sudah jelas dan menciptakan fasilitas fisik yang aman bagi pasien, keluarga pasien, staf dan pengunjung
- 11) Melakukan dokumentasi pemeriksaan fasilitas fisiknya yang terbaru, akurat terhadap fasilitas fisiknya.
- 12) Melakukan pengkajian keselamatan dan keamanan selama terdapat proyek konstruksi dan renovasi serta membuat strategi-strategi untuk mengurangi risiko
- 13) Melakukan pemantauan dan pengamanan area-area yang diidentifikasi berisiko keamanan
- 14) Memastikan semua staf, pegawai pihak ketiga dan vendor sudah diidentifikasi
- 15) Memberikan tanda pengenalan sementara selama di area rumah sakit
- 16) Semua area berisiko tinggi keamanan dan area-area yang terbatas sudah diidentifikasi, didokumentasi dan dipantau serta terjaga keamanannya. Contoh ruang intensif psikiatri
- 17) Rencana dan anggaran Rumah Sakit disusun dengan memperhatikan kebutuhan yang menunjang aspek keselamatan dan keamanan.
- 18) Rencana dan anggaran Rumah Sakit disusun untuk perbaikan atau penggantian sistem, bangunan, atau komponen-komponen yang diperlukan agar fasilitas dapat beroperasi dengan selamat, aman, dan efektif secara berkesinambungan.
- 19) Pimpinan Rumah Sakit menerapkan anggaran sumber daya yang sudah ditetapkan untuk menyediakan fasilitas yang selamat dan aman sesuai dengan rencana-rencana yang sudah disetujui.
- 20) Memastikan perlindungan setiap orang yang ada di Rumah Sakit terhadap kerugian pribadi dan dari kehilangan atau kerusakan properti.
- 21) Mengelola, memelihara dan mensertifikasi sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit, terutama penyediaan listrik, air, pembuangan limbah, ventilasi dan pengelolaan gas medik

Penerapan Sistem Keselamatan dan Keamanan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin

a. Sistem Keselamatan

- 1) Penentuan daerah berisiko dan keharusan menggunakan APD sesuai dengan daerah berisiko
- 2) Identifikasi bahaya dan penilaian risiko K3
- 3) Pemantauan penggunaan APD
- 4) Pemantauan dan pengendalian kontraktor/ petugas outsourcing
- 5) Ronde K3 dan safety patrol
- 6) Investigasi dan tindak lanjut kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja

b. Sistem Keamanan

- 1) Penentuan jam berkunjung/ besuk di ruang pelayanan perawatan pasien
- 2) Penerapan tanda pengenalan bagi tamu, keluarga pasien, karyawan, peserta didik dan pekerja kontraktor/ outsourcing
- 3) Penerapan akses terbatas pada daerah rawan keamanan dengan sistem kunci
- 4) Pembatasan akses keluar dan masuk rumah sakit pada daerah yang tidak beroperasi 24 jam
- 5) Patroli keamanan

3. BAHAN DAN LIMBAH BERBAHAYA

Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah upaya meminimalkan risiko penggunaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbah Bahan berbahaya dan Beracun (B3) terhadap sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) adalah zat, energi, dan/atau komponen lain yang karena sifat, konsentrasi, dan/atau jumlah, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat membahayakan kesehatan, kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup serta mencemarkan dan/atau merusak lingkungan hidup sekitarnya. Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) adalah adalah sisa suatu usaha dan/atau kegiatan yang mengandung B3. Untuk di Rumah Sakit, limbah medis termasuk limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).

Berikut ini yang termasuk katagori Bahan Berbahaya dan Beracun yang mengacu pada Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 3 tahun 2008 tentang Tata Cara Pemberian Simbol dan Label Bahan Berbahaya dan Beracun:

a. Memancarkan radiasi

Bahan yang memancarkan gelombang elektromagnetik atau partikel radioaktif yang mampu mengionkan secara langsung atau tidak langsung materi bahan yang dilaluinya, misalnya: Ir192, I131, Tc99, Sa153, sinar X, sinar alfa, sinar beta, sinar gamma, dan lain-lain.

b. Mudah meledak

Bahan yang mudah membebaskan panas dengan cepat tanpa disertai pengimbangan kehilangan panas, sehingga kecepatan reaksi, peningkatan suhu dan tekanan meningkat pesat dan dapat menimbulkan peledakan. Bahan mudah meledak apabila terkena panas, gesekan atau bantingan dapat menimbulkan ledakan.

c. Mudah menyala atau terbakar

Bahan yang mudah membebaskan panas dengan cepat disertai dengan pengimbangan kehilangan panas, sehingga tercapai kecepatan reaksi yang menimbulkan nyala. Bahan mudah menyala atau terbakar mempunyai titik nyala (flash point) rendah (210C).

d. Oksidator

Bahan yang mempunyai sifat aktif mengoksidasikan sehingga terjadi reaksi oksidasi, mengakibatkan reaksi keluar panas(eksothermis).

e. Racun

Bahan yang bersifat beracun bagi manusia atau lingkungan yang dapat menyebabkan kematian atau sakit yang serius apabila masuk ke dalam tubuh melalui pernapasan kulit atau mulut.

f. Korosif

Bahan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit, menyebabkan proses pengkaratan pada lempeng baja (SAE1020) dengan laju korosi lebih besar dari 6,35 mm/tahun dengan temperatur uji 550C, mempunyai pH sama atau kurang dari 2 (asam), dan sama atau lebih dari 12,5 (basa).

g. Karsinogenik

Sifat bahan penyebab sel kanker, yakni sel luar yang dapat merusak jaringan tubuh.

h. Mutagenik

Sifat bahan yang dapat mengakibatkan perubahan kromosom yang berarti dapat merubah genetika.

i. Teratogenik

Sifat bahan yang dapat mempengaruhi pembentukan dan pertumbuhan embrio.

j. Iritasi

Bahan yang dapat mengakibatkan peradangan pada kulit dan selaput lendir.

k. Berbahaya bagi lingkungan (dangerous for environment)

Bahan kimia ini dapat merusak atau menyebabkan kematian pada ikan atau organisme aquatic lainnya atau bahaya lain yang dapat ditimbulkan, seperti merusak lapisan ozon (misalnya CFC=*Chlorofluorocarbon*), persistent di lingkungan (misalnya PCBs=*Polychlorinated Biphenyls*)

l. Gas bertekanan (pressure gas)

Bahaya gas bertekanan yaitu bahan ini bertekanan tinggi dan dapat meledak bila tabung dipanaskan/terkena panas atau pecah dan isinya dapat menyebabkan kebakaran.

Sedangkan yang termasuk dalam limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) adalah sebagai berikut:

- a. Infeksius
- b. Benda tajam
- c. Patologis
- d. Bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan
- e. Radioaktif
- f. Farmasi
- g. Sitotoksik
- h. Peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi
- i. Tabung gas atau kontainer bertekanan

Sumber B3 yang ada di Rs Jiwa Prof. HB. Saanin

A. BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN MEDIS DARI FARMASI

No	Jenis	Bahan
1	Antiseptik dan disinfektan	Alkohol/H ₂ O ₂ /Microshield/Formalin/Natrium hipoklorida / Povidone Iodine • Cidex /Presept Tablet / Phisohex / • Wash bensin/Lysol/Karbol,dll
2	Obat-obat	Semua obat yang diperoleh dari Farmasi OBAT
3	Reagensia	Reagensia untuk Laboratorium dan Farmasi • Aseton/LarutanAmmonia/Dietil eter/HCL Pekat 35%/NaOH Crystal/KOH Crystal/H ₂ SO ₄ (Asam Sulfat) / Phenol Crystal /Asam Asetat/Asam Formiat/Asam Sitrat/Methanol/Xylol.
4	Gas Medis	O ₂ , N ₂ , CO ₂ ,Acetylen, N ₂ O,GAS

B. BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN NON MEDIS DARI TEKNIK, SANITASI & LOGISTIK UMUM

No	Jenis	Bahan
1	Disinfektan	Desinfektan linen/Ultra Clorox Rain Clean Bleach /Chlor bleach/Cidezyme/Detergent Enzimatic/SOUR/Detergent.

2	Pembersih	Softener/Foamy Hand Soap/ Rugbee shampoo /Magic Glass / Forward / Floor Kleen / Marble Kleen / Waxstrip /Hygenc
3	Gas non Medis	Gas Elpiji
4	Insektisida/ Pestisida	Softener / Foamy Hand Soap / Rugbee shampoo / Magic Glass / Forward / Floor Kleen /Marble Kleen / Waxstrip / Hygenc
5	Lain - lain	Solar/Diesel Fuel/Freon (Bahan Pendingin) /Chemical NAJCO(untuk Boiler)/AirAccu/Oli/Oil Lubricant/Emulsifier

Tujuan

Tujuan pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun adalah :

1. Mengidentifikasi, mengontrol, memitigasi dan mengevaluasi pengelolaan B3 dan limbah B3 agar aman untuk pasien, keluarga pasien, pengunjung , petugas dan lingkungan .
2. Mencegah KAK (kecelakaan akibat kerja) dan PAK (penyakit akibat kerja) pengelolaan B3 dan Limbah B3 bagi pasien, keluarga pasien, pengunjung dan petugas .
3. Melaksanakan pemantauan lingkungan dan kondisi tempat kerja yang aman dari B3 dan limbah B3 sesuai MSDS (Matery Safety Data Sheet)

Jenis Kegiatan

- a. Identifikasi dan Inventarisasi Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) yang di Rumah Sakit
 - 1) Mengidentifikasi jenis, lokasi, dan jumlah semua Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan instalasi yang akan ditangani untuk mengenal ciri-ciri dan karakteristiknya. Diperlukan penataan yang rapi dan teratur, hasil identifikasi diberi label atau kode untuk dapat membedakan satu dengan lainnya.
 - 2) Mengawasi pelaksanaan kegiatan inventarisasi, penyimpanan, penanganan, penggunaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).
- b. Menyiapkan dan Memiliki Lembar Data Keselamatan Bahan (*Material Safety Data Sheet*) Informasi mengenai bahan-bahan berbahaya terkait dengan penanganan yang aman, prosedur penanganan tumpahan, dan prosedur untuk mengelola pemaparan sudah yang terbaru dan selalu tersedia
- c. Menyiapkan sarana keselamatan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3):
 - 1) Lemari Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
 - 2) Penyiram badan (*body wash*);
 - 3) Pencuci mata (*eyewasher*);
 - 4) Alat Pelindung Diri (APD);
 - 5) Rambu dan Simbol Bahan Berbahaya dan Beracun (B3); dan
 - 6) Spill Kit
- d. Pembuatan Pedoman dan Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) yang Aman
 - 1) Menetapkan dan menerapkan secara aman bagi petugas dalam penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan- bahan dan limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).

- 2) Menetapkan dan menerapkan cara penggunaan alat pelindung diri yang sesuai dan prosedur yang dipersyaratkan sewaktu menggunakannya.
 - 3) Menetapkan dan menerapkan pelabelan bahan-bahan dan limbah berbahaya yang sesuai.
 - 4) Menetapkan dan menerapkan persyaratan dokumentasi, termasuk surat izin, lisensi, atau lainnya yang dipersyaratkan oleh peraturan yang berlaku.
 - 5) Menetapkan mekanisme pelaporan dan penyelidikan (inventigasi) untuk tumpahan dan paparan, Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).
 - 6) Menetapkan prosedur untuk mengelola tumpahan dan paparan.
- e. Penanganan Keadaan Darurat Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)
- 1) Melakukan pelatihan dan simulasi tumpahan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).
 - 2) Menerapkan prosedur untuk mengelola tumpahan dan paparan Bahan Berbahaya dan beracun (B3).
 - 3) Menerapkan mekanisme pelaporan dan penyelidikan (inventigasi) untuk tumpahan dan paparan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).

4. PROTEKSI KEBAKARAN

Kebakaran merupakan salah satu bencana yang mungkin terjadi di Rumah Sakit. Dimana akibat yang ditimbulkannya akan berdampak buruk sangat luas dan menyeluruh bagi pelayanan, operasional, sarana dan prasarana pendukung lainnya, dimana didalamnya juga terdapat pasien, keluarga, pekerja dan pengunjung lainnya. Untuk hal tersebut maka Rumah Sakit harus melakukan upaya pengelolaan keselamatan kebakaran. Pencegahan kebakaran adalah upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kebakaran di Rumah Sakit.

Pengendalian kebakaran adalah upaya yang dilakukan untuk memadamkan api pada saat terjadi kebakaran dan setelahnya.

Tujuan

- a. Memastikan sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit aman dan selamat dari api dan asap.
- b. Memastikan asset/properti Rumah Sakit (bangunan, peralatan, dokumen penting, sarana) yang aman dan selamat dari api dan asap.

Jenis Kegiatan

- a. Identifikasi Area Berisiko Bahaya Kebakaran dan Ledakan
 - 1) Mengetahui potensi bahaya kebakaran yang ada di tempat kerja, dengan membuat daftar potensi-potensi bahaya kebakaran yang ada di semua area Rumah Sakit.
 - 2) Mengetahui lokasi dan area potensi kebakaran secara spesifik, dengan membuat denah potensi berisiko tinggi terutama terkait bahaya kebakaran.
- b. Inventarisasi dan pengecekan sarana proteksi kebakaran pasif dan aktif a) proteksi kebakaran secara aktif, contohnya APAR, hidran, detektor api, detektor asap, sprinkler, dan lain-lain.
- c. Proteksi kebakaran secara pasif, contohnya jalur evakuasi, pintu darurat, tangga darurat, tempat titik kumpul aman, ram, kompartemen, dan lain-lain.
- d. Pemetaan Area Berisiko Tinggi Kebakaran dan Ledakan
 - 1) Peta area risiko tinggi ledakkan dan kebakaran
 - 2) Peta keberadaan alat proteksi kebakaran aktif (APAR)
 - 3) Peta jalur evakuasi dan titik kumpul aman
 - 4) Denah lokasi di setiap gedung

e. Pengurangan Risiko Bahaya Kebakaran dan Ledakan

- 1) Sistem peringatan dini;
- 2) Tanda-tanda dan/ atau rambu evakuasi;
- 3) Akses keluar, akses evakuasi, dan area tempat titik kumpul aman;
- 4) penempatan bahan mudah terbakar aman dari api dan panas;
- 5) Pengaturan konstruksi gedung sesuai dengan prinsip keselamatan dan Kesehatan Kerja, sesuai ketentuan peraturan perundangundangan;
- 6) Penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) yang mudah terbakar dan gas medis;
- 7) Pelarangan bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, dan pengunjung yang dapat menimbulkan kebakaran (peralatan masak-memasak);
- 8) Larangan merokok.
- 9) Inspeksi fasilitas/area berisiko kebakaran secara berkala
- 10) Menyusun kebijakan, pedoman dan SPO terkait keselamatan kebakaran

f. Pengendalian Kebakaran

- 1) Alat pemadam api ringan
- 2) Deteksi asap dan api
- 3) Sistem alarm kebakaran
- 4) Pintu darurat
- 5) Jalur evakuasi
- 6) Tangga darurat
- 7) Pengendali asap
- 8) Tempat titik kumpul aman
- 9) Pembentukan tim penanggulangan kebakaran
 - ✓ Tim Penanggulangan Kebakaran Tingkat RS
 - ✓ Tim Penanggulangan Kebakaran Tingkat Unit RS
- 10) Pelatihan dan sosialisasi

g. Simulasi Kebakaran

Minimal dilakukan 1 tahun sekali untuk setiap gedung. Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pencegahan dan penanggulangan kebakaran:

- 1) Rumah Sakit perlu menguji secara berkala rencana penanganan kebakaran dan asap, termasuk semua alat yang terkait dengan deteksi dini dan pemadaman serta mendokumentasikan hasil ujinya.
- 2) Bahaya terkait dengan setiap pembangunan di dalam/berdekatan dgn bangunan yang dihuni pasien. Yaitu dengan melakukan : - 41 -
 - a. Melakukan pemantauan, terutama yang terkait dengan penggunaan bahan-bahan mudah terbakar, penggunaan sumber panas / api dan
 - b. melakukan sosialisasi terhadap pihak ketiga/kontraktor terkait pencegahan kebakaran.
- 3) Jalan keluar yang aman dan tidak terhalang bila terjadi kebakaran (jalur evakuasi), yaitu dengan melakukan :
 - a. Menyediakan Jalur darurat yang digunakan jika terjadi kebakaran secara aman dan selamat.
 - b. Memastikan jalur darurat tidak boleh terhalang oleh benda apapun atau yang dapat menghalangi jalannya proses evakuasi.
 - c. Jalur tersebut harus sesuai standar, dimulai dari penerangan yg cukup, rambu dan petunjuk yang jelas dan mudah terbaca, penekan asap keluar.

- 4) Sistem peringatan dini, sistem deteksi dini, *smoke, heat, ion atau flame detector*, alarm kebakaran, dan patroli kebakaran, antara lain :
 - a. Seperangkat alat yang merupakan sistem dari pemadam kebakaran yang terintegrasi yang harus dipahami oleh setiap pegawai yang ada dilokasi atau area tersebut
 - b. Seperangkat alat yang merupakan sistem dari pemadam kebakaran yang terintegrasi bersifat otomatis yang merupakan bagian dari proteksi aktif yang disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. Patroli kebakaran dilakukan secara rutin
 - d. Sosialisasi bagi semua karyawan yang ada dilokasi atau area tersebut.

- 5) Mekanisme penghentian/supresi (*suppression*) seperti selang air, supresan kimia (*chemical suppressants*) atau sistem penyemburan (*sprinkler*). Merupakan sistem pemadam kebakaran secara aktif, baik dilakukan secara otomatis maupun manual dan saling terintegrasi dalam suatu area atau lokasi. Jenis antara lain APAR (Alat Pemadam Api Ringan), APAB (Alat Pemadam Api Beroda), *hydran* dan *sprinkler* serta sistem penanggulangan kebakaran satu tempat dengan menggunakan gas. Sistem proteksi kebakaran:
 - a. Sarana Proteksi Pasif
 - ✓ Membatasi bahan-bahan mudah terbakar
 - ✓ Suatu upaya yang dilakukan dengan cara memisahkan bahan-bahan yang mudah terbakar dari sumber panas atau api dan juga mengurangi volume atau jumlah bahan yang mudah terbakar pada area-area tertentu dimana gudang penyimpanannya cukup kecil dan tidak tahan api.
 - ✓ Struktur tahan api dan kompartemenisasi bangunan (*fire stop, fire retardant, fire damper*)
 - ✓ Merupakan upaya proteksi dengan memasukkan standar baku terhadap struktur bangunan agar tahan api dan juga kompartemenisasi agar tidak terjadi perambatan asap dan api ke area lainnya.
 - ✓ Penyediaan sarana evakuasi untuk penghuni.
 - ✓ Merupakan upaya untuk mengurangi risiko banyaknya korban dan juga sebagai upaya dalam memindahkan orang dari tempat yang terbakar ke tempat yang lebih aman melalui jalur atau - 42 - akses evakuasi yang disediakan. Dimana sarana tersebut harus sesuai standar.
 - ✓ Penyediaan kelengkapan penunjang evakuasi.
 - ✓ Kelengkapan penunjang dalam melakukan evakuasi bisa berupa lampu darurat, rambu exit, kipas penekan asap dan rambu atau tanda jalur evakuasi yang mudah terlihat.
 - ✓ Kondisi halaman bangunan dan akses pemadam bagi ketersediaannya area kepada mobil dinas pemadam kebakaran yang jelas dan tidak terhalang.
 - ✓ Halaman atau lokasi titik kumpul aman harus ditentukan yang dilengkapi dengan rambu dan tersedia,
 - ✓ Akses bagi petugas pemadam kebakaran harus disediakan baik itu lokasi maupun upaya agar memudahkan manuver kendaraan.
 - b. Sarana Proteksi Aktif
 - ✓ Sistem deteksi dan alarm kebakaran

- ✓ Merupakan sistem yang terdiri dari detektor panas, detektor asap, detektor nyala dan detektor ion yang tersambung dengan manual control fire alarm.
 - ✓ Alat pemadam api ringan
 - ✓ Sistem pemadam berbasis bahan kimia dan ringan, yang digunakan pada tahap awal terjadinya kebakaran dengan volume api kecil dan digunakan oleh satu orang
 - ✓ Automatic sprinkler system, hydrant, hose-reel
 - ✓ Sistem pemadam berbasis air yang digunakan untuk penanggulangan kebakaran.
 - ✓ Pemadam api khusus pada area ruang server, gizi, gudang obat dan disesuaikan dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku. - Bisa ditempatkan pada area atau lokasi khusus dan bersifat mandiri berdiri sendiri dan juga harus dipertimbangkan aspek keamanan dan ramah lingkungannya.
 - ✓ Sarana bantu : sumber air-pompa-genset/sumber daya darurat yang disesuaikan dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.
 - ✓ Merupakan sarana penunjang operasi dari sistem aktif yang harus selalu tersedia dan siap pakai.
- c. Sistem Proteksi Pasif
- ✓ Sarana jalan ke luar dan komponen-komponennya terdiri atas tanda keluar, lampu darurat, pintu kebakaran, tangga darurat bertekanan, alat bantu evakuasi dan lain sebagainya.
 - ✓ Pembatasan terhadap bahan tidak mudah terbakar
 - ✓ Sistem pengendalian dan manajemen asap.
 - ✓ Merupakan upaya yang dilakukan untuk mengendalikan asap saat terjadinya kebakaran terutama untuk area yang berada di tangga darurat, atau ruang bertekanan lainnya.
 - ✓ Kondisi halaman bangunan dan akses pemadam
 - ✓ Halaman bangunan biasanya digunakan sebagai titik kumpul aman dengan dilengkapi rambu dan hal lainnya yang diperlukan seperti lampu penerangan darurat, dapat dijadikan tempat penampungan sementara atau penanganan awal pada korban. Selain itu juga pada halaman atau jalan yang ada di bangunan - 43 - harus diperhatikan akses atau manuver dari kendaraan dinas pemadam kebakaran.
- Sistem proteksi pasif harus dilakukan dan dibuat adanya perencanaan dan perancangan dari awal dalam hal desain, material pembentuk maupun pengawasannya oleh K3 dan satuan kerja terkait.
- d. *Fire Safety Management*, terdiri atas :
- ✓ Pemeriksaan dan pemeliharaan peralatan proteksi kebakaran, yang harus dilakukan secara berkala sesuai ketentuan.
 - ✓ Pembentukan tim fire dan emergency yang merupakan kebijakan pimpinan dalam upaya pencegahan kebakaran dan penanggulangan kebakaran saat kondisi darurat.
 - ✓ Pembinaan dan pelatihan tim fire dan emergency yang merupakan upaya untuk meningkatkan kompetensi dari setiap pegawai dalam hal mencegah dan menaggulangi bahaya kebakaran.

- ✓ Penyusunan Fire Emergency Plan (FEP) yang merupakan pedoman bagi area atau lokasi tersebut dalam upayanya mencegah dan pengendalian kebakaran.
- ✓ Latihan kebakaran dan evakuasi yang merupakan simulasi yang dilakukan secara rutin yang mendekati kejadian sebenarnya sekaligus juga dengan melakukan upaya evakuasi.
- ✓ Penyusunan SPO pelaksanaan kerja yang aman atau yang terkait dampak kebakaran yang merupakan langkah-langkah atau tahapan dalam melakukan kegiatan terutama yang terkait dengan pekerjaan api terbuka.
- ✓ Pelaksanaan fire safety audit yang serupa dengan self asesmen terkait dengan pengelolaan keselamatan kebakaran.
- ✓ Penetapan pusat kendali keadaan darurat merupakan upaya komunikasi yang dilakukan secara terkendali dan terpusat pada suatu area

Di RS Jiwa Prof. HB. Saanin hanya mempunyai APAR (Alat Pemadam Api Ringan) yang ditempatkan pada area-area berisiko kebakaran.

5. PENANGANAN KEDARURATAN BENCANA

Pengertian

1. Bencana

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

2. Musibah Massal

Musibah Massal adalah keadaan yang gawat dalam kehidupan sehari-hari yang mendadak terganggu dan banyak orang terjerumus dalam keadaan tak berdaya dan menderita, dan sebagai akibatnya membutuhkan pengobatan, perawatan perlindungan, makanan, dan kebutuhan lain.

3. KLB (Kejadian Luar Biasa)

KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian bermakna secara epidemiologis pada suatu wilayah, dalam kurun waktu tertentu, termasuk penyakit karantina, dan keracunan makanan, yang memerlukan penanganan segera.

4. Internal Disaster

Internal Disaster adalah bencana, musibah massal dan kejadian luar biasa (KLB) yang terjadi di dalam rumah sakit, yang memerlukan koordinasi dan penanganan segera baik oleh staf di dalam rumah sakit maupun staf luar rumah sakit agar bencana, musibah massal, dan KLB tersebut dapat segera diatasi.

5. Externa Disaster

External Disaster adalah bencana yang terjadi di luar rumah sakit, di dalam masyarakat, namun kemungkinan besar jumlah staf rumah sakit yang menangani korban bencana yang masuk ke ruang rumah sakit terbatas jumlahnya, sehingga memerlukan koordinasi baik internal rumah sakit maupun external rumah sakit.

6. Identifikasi Hazard

Identifikasi Hazard adalah mengenali setiap fenomena (alam, buatan manusia, teknologi maupun konflik sosial) yang mempunyai potensi untuk menimbulkan ancaman terhadap penduduk dan lingkungan.

7. Mitigasi Hazard

Mitigasi Hazard adalah serangkaian upaya untuk mengurangi resiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan ancaman bencana.

8. Kesiapsiagaan

Kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna.

9. Tanggap Darurat

Tanggap Darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan sarana & prasarana.

10. Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pasca bencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pascabencana.

11. Siaga Waspada Bencana

Siaga Waspada Bencana adalah Persiapan akan kemungkinan waspada Bencana. Biasanya mengawali kewaspadaan. Siapkan petugas agar berada di tempat yang ditentukan bila ada tanda, panggil semua petugas on-call, tutup semua pintu kecuali Pintu Masuk Utama dan pintu IGD.

12. Waspada Bencana

Adalah ancaman bencana dan sejumlah korban yang harus ditolong di RS dan ditransfer ke RS. Siapkan area tindakan dan Triase lanjutkan dengan

menyiagakan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit, mulai memanggil petugas, siapkan triase untuk menindak korban. Tetapkan Pusat Komando.

13. Bencana internal

Adalah Membutuhkan tenaga luar RS untuk mengelola pasien dan kemungkinan mengevakuasi korban akibat kecelakaan dalam RS seperti kebakaran, ledakan dll.

14. Bencana External

Adalah Bencana yang terjadi di luar RS, di suatu wilayah, dimana berakibat jumlah petugas tidak memadai untuk melayani korban di IGD.

Tujuan

Meminimalkan dampak terjadinya kejadian akibat kondisi darurat dan bencana yang dapat menimbulkan kerugian fisik, material, jiwa, bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, dan pengunjung yang dapat mengganggu operasional serta menyebabkan kerusakan lingkungan ataupun mengancam finansial dan citra Rumah Sakit.

Jenis Kegiatan

1. RSJ PROF HB SAANIN Padang melakukan identifikasi jenis bencana yang mungkin terjadi di daerah rumah sakit dan dampaknya terhadap rumah sakit setiap tahunnya dengan menggunakan instrumenHVA.
2. Dalam mengukur kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana, maka RSJ PROF HB SAANIN Padang harus melakukan self assesment dengan menggunakan instrumen hospital safety index
3. Untuk kesiapan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RSJ PROF HB SAANIN Padang dalam menghadapi bencana eksternal, maka IGD harus dilengkapi dengan ruang dekontaminasi
4. RSJ PROF HB SAANIN Padang melakukan simulasi penanganan tanggap darurat bencana setiap tahun.

Identifikasi Jenis Bencana yang Mungkin Terjadi di RSJ PROF HB SAANIN Padang

1) Kejadian Bencana Yang Disebabkan Oleh Alam

1. Gempa

Berdasarkan hasil HVA, nilai kemungkinan untuk gempa tinggi, di RSJ PROF HB SAANIN Padang bisa saja terjadi melihat Provinsi Sumatera Barat berada di antara pertemuan dua lempeng benua besar (lempeng Eurasia dan lempeng Indo-Australia) dan patahan (sesar) Semangko. Di dekat pertemuan lempeng terdapat patahan Mentawai. Ketiganya merupakan daerah seismik aktif. Menurut catatan ahli gempa wilayah Sumatera Barat memiliki siklus 200 tahunan gempa besar yang pada awal abad ke-21 telah memasuki masa berulangnya siklus.

2. Tanah Longsor

Berdasarkan hasil HVA, nilai kemungkinan untuk tanah longsor di RSJ PROF HB SAANIN Padang bisa saja terjadi melihat posisi rumah sakit jiwa dekat dengan bukit barisan.

3. Gunung Meletus

Berdasarkan hasil HVA, nilai kemungkinan untuk gunung meletus di RSJ PROF HB SAANIN Padang bisa saja terjadi melihat posisi rumah sakit jiwa dekat dengan Gunung talang

4. Banjir

Berdasarkan hasil HVA, nilai kemungkinan untuk banjir di RSJ PROF HB SAANIN Padang bisa saja terjadi melihat posisi rumah sakit jiwa dekat dengan aliran sungai dan daerah perbukitan.

5. Bendungan Rusak

Berdasarkan hasil HVA, nilai kemungkinan Bendungan rusak di RSJ PROF HB SAANIN Padang bisa saja terjadi melihat posisi rumah sakit jiwa dekat dengan aliran pembuangan air dari rumah penduduk.

6. Epidemii

Berdasarkan hasil HVA, nilai HVA kemungkinan terjadinya kasus epidemi rendah, hal ini juga didasarkan pada jumlah kasus yang jarang terjadi di RSJ PROF HB SAANIN Padang.

2) Kejadian Bencana Terkait Teknologi Rumah Sakit

1. Kerusakan struktur Bangunan

Berdasarkan Hasil perhitungan HVA untuk permasalahan fasilitas gedung rumah sakit kemungkinan untuk terjadinya kerusakan struktur bangunan sangat potensial terjadi. Hal ini disebabkan karena kondisi bangunan rumah sakit yang sudah tua serta frekuensi terjadinya gempa sangat tinggi. Kerusakan gedung bisa terjadi pada plafon ruangan, dinding ruangan, atap bangunan dan beberapa komponen bangunan.

2. Gagal Sistem Informasi Rumah Sakit

Permasalahan gangguan sistem informasi memiliki kemungkinan yang tinggi, Rs.Jiwa Prof Hb Saanin Padang menanggulangnya dengan melakukan *backup* data server

3. Kebakaran

Kebakaran internal juga memiliki kemungkinan yang tinggi terjadi di Rs.Jiwa Prof Hb Saanin Padang, dan penanggulangannya sudah diantisipasi dengan melakukan pelatihan penggunaan APAR dan simulasi kebakaran.

4. Kejadian Bencana Terkait Manusia

a. Insiden Masal/ kecelakaan lalu lintas (Trauma)

Terkait insiden masal/ kecelakaan lalu lintas memiliki kemungkinan yang tinggi berdasarkan hasil perhitungan HVA. Hal ini membuat Rumah Sakit harus mempersiapkan tindakan antisipasi untuk mengatasi kejadian tersebut bila terjadi.

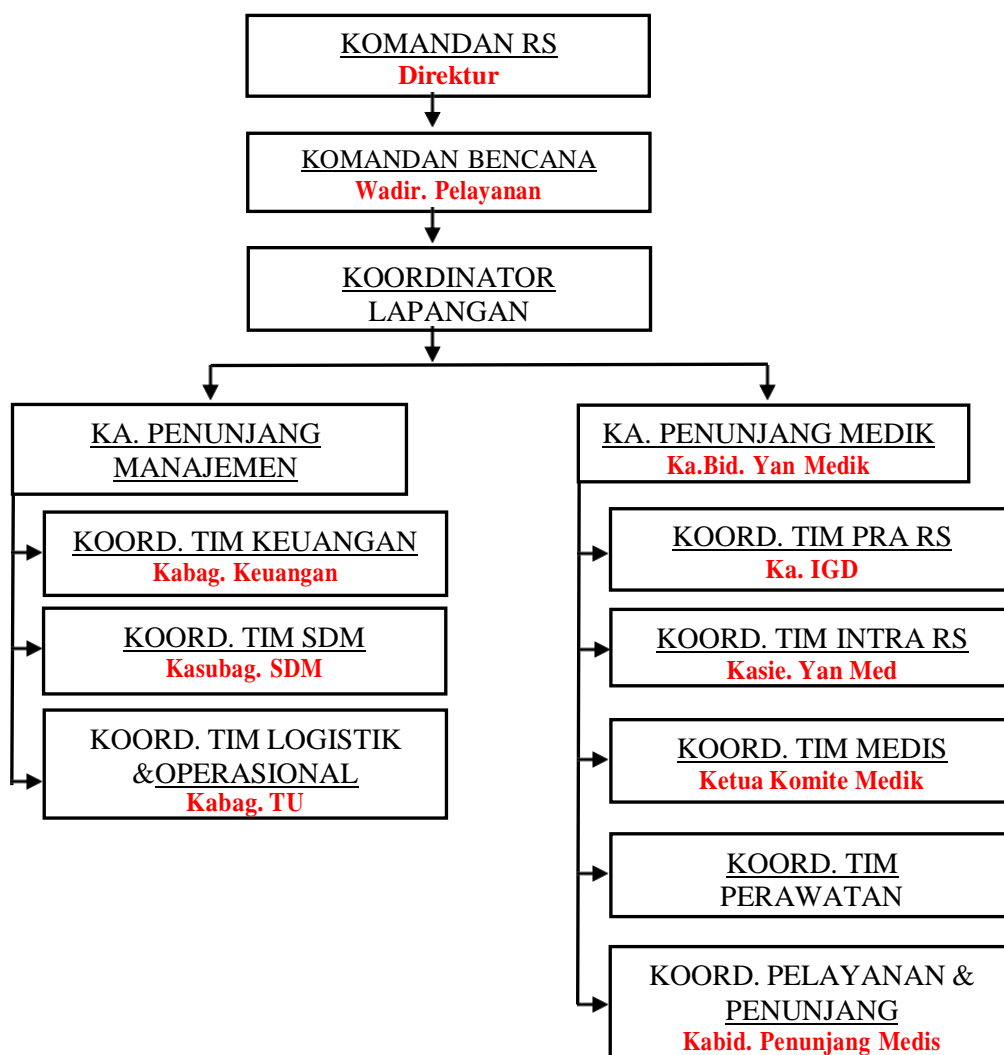
b. Penyanderaan

Penyanderaan bisa saja terjadi karena RSJ PROF HB SAANIN padang yang sangat luas dan jumlah security yang sangat terbatas.

5. Kejadian Bencana Terkait Material Berbahaya (Penyimpanan Bahan B3)

6. Penyimpanan B3
Berdasarkan Hasil perhitungan HVA untuk permasalahan Penyimpanan Bahan B3 memiliki potensi untuk menyebabkan terjadinya bencana. Karena itu rumah sakit harus memberikan perhatian lebih mengenai Penyimpanan Bahan B3 agar menekan kemungkinan adanya kejadian bencana.
7. Terpapar Radiasi Radiologi
Kejadian yang memiliki kemungkinan terjadi adalah radiasi radiologi, penanggulangannya dilakukan dengan penggunaan APD di ruangan radiologi
8. Teror bom
Teror bom juga bisa menjadi ancaman bencana disaster dirumah sakit. Maka dari itu RSJ PROF HB SAANIN juga harus melakukan penanggulangan terhadap teror bom.

3. PENGORGANISASIAN



Gambar 1. Struktur Organisasi Penanggulangan Bencana

3. Penanganan Tiap-Tiap Jenis Bencana

a. Kebakaran

Pada saat kebakaran, kemungkinan jenis korban yang dapat terjadi adalah: luka bakar, trauma, sesak nafas, histeria (gangguan psikologis) dan korban meninggal.

Langkah-langkah yang dilakukan ketika terjadi kebakaran yaitu :

1. R: REMOVE/RESCUE/SELAMATKAN setiap orang yang berada dalam area kebakaran, sambil meneriakan "code red----- code red"
2. A: ALERT/ALARM/SEBARLUASKAN dengan cara menelpon 100 (operator) selanjutnya operator akan menyambungkan ke speaker dan
3. C: CONFINE/ CONTAIN/SEKAT bila sekitar ruangan penuh api dan asap, bila memungkinkan tutup pintu dan jendela untuk mencegah api menjalar
4. E: EXTINGUISH/PADAMKAN bila masih memungkinkan / api masih kecil ambil APAR terdekat dan jangan ambil resiko yang tidak perlu
5. Bila cukup aman, matikan semua sarana seperti listrik, gas yang kemungkinan berkaitan dengan api, tapi tetap pertimbangkan dengan cermat bila pasien masih memerlukan. Bila api tidak bias dipadamkan hubungi petugas pemadam kebakaran (0751 - 28558)
6. Evakuasi pasien dan pengunjung ke daerah yang aman sesuai tugas masing masing
 - Koordinator pasien (helm kuning)
 - Koordinator aset (helm biru)
 - Koordinator api (helm merah)
 - Koordinator dokumen (helm putih)memencet sirine alarm.
7. Tetap awasi pasien. Bila perlu dihitung per kepala atau absensi berurutan
8. Kooperatif dengan semua intruksi yang diberikan oleh petugas pemadam kebakaran

Bila terjadi kebakaran selalu ingat

- Bila bangunan betingkat, gunakan tangga dan jangan gunakan lift.
- Matikan listrik, dan gunakan lampu emergency untuk penerangan.
- Matikan alat-alat lain seperti: mesin anastesi, suction, alat-alat elektronik dll
- Tetap tenang dan jangan panik.
- Segera ke titik kumpul aman (jauh dari titik api)

Agar proses penanggulangan bencana kebakaran dapat berjalan dengan baik harus diketahui:

- Titik APAR dan cara menggunakannya.
- Rute evakuasi dan pintu-pintu darurat.
- Ada satu orang Pj. Kebakaran ruangan pada setiap shift jaga.
- Kepala ruangan pada shift pagi / hari kerja dan Ketua tim pada jaga sore atau malam yang memegang kendali / mengkoordinir bila terjadi bencana.

b. Gempa Bumi

1. Jangan panic. Berlindung dibawah kolom meja/ dibawah kolom bangunan yang kokoh/ di sudut dinding dengan posisi jongkok, sambil teriak code green.
2. Menuju jalur evakuasi sambil jongkok (hal ini memudahkan anda bernapas), berlindung, dan jangan berlari.

3. Tutup hidung anda menggunakan saputangan atau tisu basah terutama saat kondisi berdebu dan berasap.
4. Gunakan tangga darurat, menuju titik kumpul. Ikuti tanda jalur evakuasi.
5. Dahulukan ibu hamil, lansia, pasien dengan kondisi cacat dan pasien dengan penyakit kronis
6. Bagi wanita, lepaskan sepatu hak tinggi anda agar tidak mudah terpeleset/ terjadi hal yang tidak diinginkan
7. Jika berada diluar gedung, segera mencari tempat yang aman dari reruntuhan.
8. Jika berada di dalam mobil, segera keluar dari kendaraan anda.
9. Saat berada di titik kumpul, data dan pastikan jumlah pasien/ kerabat anda. Lakukan pemeriksaan kondisi kesehatan untuk evaluasi tindak lanjut perawatan.

Penanganan jika terjadi gempa :

- Setelah gempa betul-betul berhenti Koordinator lapangan (Ketua Komite K3RS) tiba di RSJ PROF HB SAANIN Padang melapor kepada Komandan bencana (Direktur Medik dan Keperawatan) dan Direktur RSJ PROF HB SAANIN Padang.
- Tim penanggulangan bencana berkumpul di posko bencana atau di tempat aman jika posko bencana mengalami kerusakan akibat gempa dan mendapatkan laporan dari anggota di lapangan mengenai jumlah pasien dan kerusakan yang terjadi
 - Berdasarkan laporan-laporan tersebut, Komandan Bencana memutuskan perlu tidaknya evakuasi pasien, pengunjung dan staf rumahsakit
 - Setelah Code purple diaktifkan pasien dan staf melakukan evakuasi sesuai dengan kriteriapasien
 - **Dokter IGD** bertindak sebagai **Ketua Tim Pra Hospital**, yang bertugas untuk
 - Sebagai gerbang masuk seluruh pasien di RS Jiwa Prof. HB. SaaninPadang
 - Melaksanakan Triage dan RHA (Rapid HealthAssessment)
 - Menentukan prioritas pasien
 - Koordinator lapangan (Ketua Komite K3RS) menerima laporan tentang kerusakan akibat gempa dari anggota tim lainnya dan melaporkan kembali kepada KomandanBencana
 - Lakukan debriefing dengan seluruh staf untuk mengevaluasi kekurangan dan hal-hal penting lainnya

c. Ancaman Bom

Ancaman bom bisa tertulis dan bisa juga lisan atau lewat telepon. Ancaman bom ada dua jenis :

- a) Ancaman bom yang tidak spesifik: pengancam tidak menyebutkan secara detail tentang ancaman bom yang disampaikan.
- b) Ancaman bom spesifik: pengancam menyebutkan tempat ditaruhnya bom, jenis bom yang digunakan, kapan bom akan meledak dan lainlain.

Semua ancaman bom **HARUS** ditanggapi secara serius sampai ditentukan oleh tim penjinak bom bahwa situasi aman

Dalam hal adanya ancaman BOM terhadap seseorang yang perlu dilakukan adalah :

- Remain calm - Tetap tenang.
 - Retreat - Mundur bila lebih aman.
 - Raise the alarm - Bunyikan alarm.
 - Record details - Catat rincian kejadian.
1. Ambil tindakan cepat untuk melindungi diri sendiri atau melindungi pasien yang terancam
 2. Beri peringatan atau minta bantuan kepada sesama teman, sambil meneriakkan : " Code Black - Code Black
 3. Melangkah mundur bila lebih aman – Hubungi Operator "100".
 4. Selanjutnya operator akan mengumumkan "code black" melalui pengeras suara ,menghubungi pihak yang terkait a.l. Sekuriti, Direksi, dan Petugas Lainnya lainnya, terangkan tentang:
 - Jenis kejadian.
 - Lokasi kejadian.
 - Nama dan tempat tugas Anda.
 5. Bila tidak memungkinkan melangkah mundur :
 6. Turuti perintah pengancam,lakukan hanya yang diminta.
 7. Bila bahaya sudah berlalu, telepon "100" (OPERATOR), dan jelaskan kejadiannya.
 8. Catat hasil pengamatan Anda secepatnya. (Misalnya : ciri penyerang, senjata, cara bicara/logat, tingkah laku, tato, ciri kendaraan, arah pelarian, dll-nya).
 9. Bagian Keamanan mengamankan area yang diduga terdapat BOM, dengan memasang garis pengaman, untuk menghindari pengunjung, pasien, petugas dan masyarakat masuk ke area yang diduga terdapat BOM.
 10. Aktifkan *code purple*, evakuasi seluruh penghuni gedung/ bangunan sesuai SPO *code purple* :
 11. Hubungi pihak terkait (Polsek Pauh)
 12. Jika situasi dinyatakan aman , penghuni gedung dapat kembali memasuki gedung

d. Kecelakaan Karena Zat-ZatBerbahaya

Kecelakaan oleh karena zat-zat berbahaya meliputi kebocoran atau tumpahan atau sengaja mengeluarkan cairan dan gas yang mudah terbakar, zat-zat yang bersifat korosif, beracun, zat-zat radioaktif. Kemungkinan jenis korban yang terjadi adalah : keracunan, luka bakar, trauma danmeninggal.

Penanganan tumpahan zat-zat berbahaya dilakukan oleh:

1. Tumpahan kecil < 5 cc : CS/ Pekarya/ Perawat yangterlatih.
2. Tumpahan sedang 5 cc s.d. 500 cc : CS/ Pekarya/ Perawat yang terlatih diawasi oleh Kepala/Koordinator SatuanKerja.

3. Tumpahan besar > 500 cc : CS/ Pekarya/ Perawat yang terlatih diawasi oleh Kepala/Koordinator Satuan Kerja, Instalasi kesehatan lingkungan, dan Komite K3.

Langkah-langkah yang dilakukan bila terjadi kecelakaan karena zat-zat berbahaya:

- a. Keamanan adalah yang utama.
- b. Isolasi area terjadinya tumpahan atau kebocoran, lakukan pemasangan tanda *warning sign*
- c. Hubungi Komite K3RS untuk menyiapkan tim penanggulangan bencana rumah sakit (bila tumpahan besar).
- d. Tanggulangi tumpahan atau kebocoran sesuai MSDS/ LDKB, jika anda pernah mendapat pelatihan tentang hal tersebut, tapi jangan mengambil resiko jika anda tidak pernah mendapatkan pelatihan tentang cara menanggulangi tumpahan atau kebocoran zat-zat berbahaya.
- e. Evakuasi korban dilakukan pada area yang berlawanan dengan arah angin lokasi kejadian

e. Penculikan Anak

1. Jika diketahui atau dicurigai adanya pasien anak yang hilang SEGERA teriakkan code pink
2. Petugas lain yang mendengar adanya *code pink* segera menghubungi nomor telepon operator "100" dan melaporkan tempat kejadian serta kejadian *code pink*
3. Batasi akses ke area kejadian
4. Petugas Security yang bertugas segera menutup akses keluar masuk Rumah Sakit. Periksa semua pengunjung (termasuk staf RS) yang akan keluar, terutama pengunjung yang menggunakan mobil.
5. Operator kemudian akan mengumumkan code pink dan mengaktifkan, tim code pink (petugas ruangan, Petugas keamanan /security)
6. Petugas ruangan akan mengecek semua area di Ruangan dan mengidentifikasi identitas pasien anak yang hilang.
7. Petugas Keamanan kemudian menginstruksikan kepada jajarannya untuk menutup semua akses keluar masuk RS. Periksa semua pengunjung (termasuk staf RS) yang akan keluar RS terutama pengunjung yang menggunakan mobil.
8. Petugas Piket Pos melaporkan kejadian ke polisi atas izin Kepala Rumah Sakit
9. Tim code pink segera menuju lokasi dan mengidentifikasi kejadian
10. Keluarga diberikan ruangan yang tenang dan senantiasa ditemani staf
11. Tim code pink menyerahkan penanganan kasus segera setelah polisi datang
12. Polisi mengambil alih penanganan kejadian

f. Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit/Wabah

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah suatu kejadian kesakitan / kematian dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan / kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu kelompok penduduk dalam kurun waktu tertentu. Kriteria KLB penyakit adalah:

- Timbulnya penyakit yang sebelumnya tidak ada di suatu daerah.
- Adanya peningkatan kejadian kesakitan dua kali atau lebih dibandingkan jumlah kesakitan yang biasa terjadi pada kurun waktu yang sama tahun sebelumnya.
- Tindakan yang harus dilakukan bila terjadi KLB penyakit:
- Catat dan laporkan jumlah kejadian/penyakit yang terjadi di ruangan kepada Direktur Medik dan Keperawatan bila shift pagi atau pada hari kerja dan ke PURS bila diluar jam kerja.
- Tingkatkan *standard precaution* untuk mencegah penularan ke pasein lain atau ke petugas kesehatan.
- Memakai APD yang sesuai dengan tingkatan penularan penyakit pada petugas kesehatan yang bertugas di area yang tinggi risiko penularan.

4. PERALATAN MEDIS

Alat Kesehatan Medis adalah peralatan, apparatus, mesin, peralatan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan atau untuk membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Ruang lingkup pelayanan adalah terhadap semua unit yang menggunakan peralatan kesehatan di RS.Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Sistem pengoperasian dan pemeliharaan peralatan medis yang digunakan di ruangan-ruangan seperti :

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Unit Rawat Inap
3. Unit Rawat Jalan
4. Unit Radiologi
5. Unit Fisioterapi
6. Unit Kamar Operasi
7. PICU (Pediatric Care Unit)
8. Unit Laboratorium
9. CSSD

Kriteria yang digunakan dalam hal pemeliharaan peralatan medis di RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang yaitu :

- A. Pemeliharaan Terencana terhadap semua jenis peralatan medis meliputi pemeliharaan preventif dan korektif terhadap peralatan sebagai berikut :
 1. Peralatan Bio-Medik Manual dengan Sub kategori peralatan seperti :
 - a. Patient Bed Manual
 - b. Diagnostic analog
 - c. Medical Gas analog
 - d. Surgery konvensional
 2. Peralatan Bio-Medik Elektronik dengan Sub kategori peralatan seperti :
 - a. Life Saving

- b. Sterillizing
 - c. Laboratory
 - d. Rehabilitation
 - e. Light source
 - f. Monitoring
 - g. Recording
 - h. Dentist
- B. Pengujian & Kalibrasi terhadap peralatan medis yang wajib dilakukan adalah pengujian dan kalibrasi minimal 1 tahun sekali sesuai dengan Permenkes No. 54 Tahun 2015 tentang pengujian dan kalibrasi alat kesehatan
- C. Pemeliharaan tidak Terencana terhadap semua peralatan medis dimana pemeliharaan tersebut dilakukan hanya pada peralatan yang darurat membutuhkan perbaikan atau perawatan sebelum jadwal yang ditentukan.
- D. Penyusunan Prosedur tetap pemeliharaan dan penggunaan peralatan medis
- E. Pendokumentasian dalam pemeliharaan peralatan medis seperti :
1. Inventarisasi peralatan
 2. Kartu pemeliharaan alat
 3. Lembar kerja pemeliharaan alat
 4. Pelaporan dan Evaluasi

Beberapa tahapan kegiatan yang perlu di perhatikan dan dilakukan dalam operasionalisasi peralatan kesehatan yaitu tahapan persiapan, pelaksanaan pengoperasian dalam pelayanan dan penyimpanan peralatan apabila telah selesai digunakan.

1. Persiapan Pengoperasian

Berbagai aspek yang harus dipenuhi dan disiapkan agar peralatan siap dioperasikan adalah :

 - a. Peralatan harus dikondisikan dalam keadaan laik pakai lengkap dengan aksesoris yang diperlukan
 - b. Terpelihara dengan baik, sertifikat kalibrasi yang masih berlaku, ijin operasional yang masih berlaku bagi peralatan yang memerlukan ijin.
 - c. Prasarana yang diperlukan oleh masing-masing alat (misal listrik, air, gas, uap) tersedia dengan kapasitas dan kualitas yang memenuhi kebutuhan.
 - d. Bahan operasional tersedia dan cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Kemudian SDM siap, baik dokter, operator maupun paramedik, dll, sesuai dengan tindakan pelayanan yang dilaksanakan.
2. Pelaksanaan Pengoperasian dalam Pelayanan

Pelaksanaan pengoperasian peralatan dalam pelayanan medik kepada pasien, secara teknis agar mengikuti urutan yang baku untuk setiap alat, mulai dari : alat dihidupkan sampai alat dimatikan setelah selesai melakukan suatu kegiatan pelayanan medik. Dalam hal ini perlu diperhatikan bahwa tombol atau saklar mana saja yang dioperasikan (ON) lebih dulu dan tombol/saklar mana yang dioperasikan kemudian secara berurutan sampai pengoperasian alat sesuai pelayanan medik selesai. Demikian halnya pada waktu mematikan alat, maka tombol/saklar yang terakhir dioperasikan (ON) harus lebih awal dimatikan (OFF) dan seterusnya secara berurutan, sehingga tombol yang pertama dihidupkan adalah merupakan yang terakhir dimatikan (OFF) pada waktu mematikan alat.
3. Penyimpanan Peralatan

Setelah peralatan selesai dipergunakan untuk pelayanan medik kepada pasien, maka peralatan agar disimpan dalam kondisi yang baik. Selesai dioperasikan

setiap aksesoris alat harus dilepaskan, kemudian alat dan aksesorinya dibersihkan sebagai kegiatan perawatan yang merupakan bagian dari kegiatan pemeliharaan peralatan. Pada waktu disimpan (dalam keadaan tidak operasional), setiap alat agar ditutup dengan penutup debu, agar terhindar dari debu sehingga peralatan terlihat selalu dalam keadaan bersih. Peralatan yang mobile sebaiknya di letakkan di bagian ruangan tertentu yang terhindar dari jalan keluar masuk personil. Sedangkan peralatan yang bersifat portable beserta aksesorinya sebaiknya diletakkan dalam lemari atau rak.

4. Pemantauan Operasional Peralatan

Pemantauan operasional peralatan dimaksudkan untuk mengetahui kondisi alat untuk melaksanakan pelayanan dan seberapa jauh beban kerja setiap alat yang operasional. Dalam pemantauan didatakan kondisi alat dan beban kerjanya selama satu bulan atau periode tertentu. Pemantauan dilakukan oleh teknisi secara periodik pada selang waktu pemeliharaan preventif untuk setiap alat. Operator atau pengguna alat mendatakan/mencatat beban kerja setiap alat operasional. Apabila kondisi alat tidak memungkinkan untuk difungsikan, segera lakukan tindakan perawatan/pemeliharaan.

5. Pemeliharaan Peralatan

Pemeliharaan peralatan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan agar peralatan kesehatan selalu dalam kondisi laik pakai. Dapat difungsikan dengan baik dan menjamin usia pakai lebih lama. Dalam pelaksanaan pemeliharaan peralatan terdapat berbagai kriteria dan aspek-aspek yang berkaitan dengan pemeliharaan.

A. Kriteria Pemeliharaan

Dalam pelaksanaan pemeliharaan peralatan kesehatan terdapat dua kriteria pemeliharaan, yaitu :

1. Pemeliharaan Terencana

Pemeliharaan terencana adalah kegiatan pemeliharaan yang dilaksanakan terdapat alat sesuai dengan jadwal yang telah disusun. Jadwal pemeliharaan disusun dengan memperhatikan jenis peralatan, jumlah, kualifikasi petugas sesuai dengan bidangnya dan pembiayaan yang tersedia. Pemeliharaan terencana meliputi pemeliharaan preventif/pencegahan dan pemeliharaan korektif (perbaikan).

a. Pemeliharaan Preventif

Pemeliharaan preventif atau pencegahan adalah kegiatan pemeliharaan berupa perawatan dengan membersihkan alat yang dilaksanakan setiap hari oleh operator dan kegiatan penyetelan, pelumasan serta pergantian bahan pemeliharaan yang dilaksanakan oleh teknisi secara berkala. Pemeliharaan preventif bertujuan guna memperkecil kemungkinan terjadinya kerusakan.

b. Pemeliharaan korektif

Pemeliharaan korektif adalah kegiatan pemeliharaan yang bersifat perbaikan terhadap peralatan yang mengalami kerusakan dengan atau tanpa penggantian suku cadang. Pemeliharaan korektif dimaksudkan untuk mengembalikan kondisi peralatan yang rusak ke kondisi siap operasional dan laik pakai dapat difungsikan dengan baik.

c. Overhaul adalah bagian dari pemeliharaan korektif, yaitu kegiatan perbaikan terhadap peralatan dengan mengganti bagian-bagian utama alat, bertujuan

untuk mengembalikan fungsi dan kemampuan alat yang sudah menurun karena usia dan penggunaan.

2. Pengujian dan Kalibrasi

Pengujian atau kalibrasi wajib dilakukan terhadap alat kesehatan dengan kriteria :

- a. Belum memiliki sertifikat dan tanda lulus pengujian atau kalibrasi.
- b. Masa berlaku sertifikat dan tanda lulus pengujian atau kalibrasi telah habis.
- c. Diketahui penunjukannya atau keluarannya atau kinerjanya (performance) atau keamanannya (safety) tidak sesuai lagi, walaupun sertifikat dan tanda masih berlaku.
- d. Telah mengalami perbaikan, walaupun sertifikat dan tanda masih berlaku.
- e. Telah dipindahkan bagi yang memerlukan instalasi, walaupun sertifikat dan tanda masih berlaku.

Kalibrasi alat kesehatan dilaksanakan dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. Pengukuran kondisi lingkungan
- b. Pemeriksaan kondisi fisik dan fungsi komponen alat.
- c. Pengukuran keselamatan kerja.
- d. Pengukuran kinerja sebelum dan setelah penyetelan atau pemberian faktor kalibrasi sehingga nilai terukur sesuai dengan nilai yang diabadikan pada bahan ukur.

Dokumen teknis pemeliharaan yaitu dokumen yang menyertai peralatan pada waktu pengadaannya meliputi: operating manual, service manual yang mencakup schematic diagram. SOP Pengoperasian, SOP pemeliharaan, dan sertifikat kalibrasi juga merupakan dokumen teknis. Guna memudahkan penanganan pemeliharannya, maka setiap alat agar dilengkapi dengan dokumen teknis yang bersangkutan.

Data yang berhubungan dengan kegiatan pemeliharaan peralatan merupakan kumpulan atau kronologis hasil pemeliharaan setiap alat, meliputi:

1. Inventarisasi Peralatan

Inventarisasi peralatan ini ber isi data yang berkaitan dengan aspek teknis setiap type/model alat untuk nama dan merk alat yang sama, mencakup : nama alat, merk, model/type, tahun pengadaan dan kondisi alat.

2. Label Pemeliharaan Alat

Label pemeliharaan adalah berupa kartu pemeliharaan yang dipasang pada setiap alat, dengan maksud agar memudahkan kepada setiap petugas terkait untuk mengetahui data mengenai suatu alat. Kartu pemeliharaan ini berlaku untuk setiap alat memuat data masing-masing alat yang berkaitan erat dengan aspek pemeliharaan, yaitu:

a. Data statis

- Nama Alat
- Merk / type
- No. Seri

b. Data Dinamis

- Tanggal kegiatan pemeliharaan dilakukan
- Uraian kegiatan
- Bahan yang digunakan
- Jumlah volume bahan

- Paraf user dan teknisi

3. Catatan Pemeliharaan Alat

Catatan pemeliharaan berupa lembaran formulir yang disimpan pada urusan administrasi teknis peralatan di unit kerja pemeliharaan, dengan maksud agar memudahkan petugas administrasi teknis dan teknisi untuk mengetahui data alat dan penanganan apa saja yang telah dilakukan pada alat tersebut. Formulir ini memuat data masing-masing alat yang berkaitan erat dengan kegiatan pemeliharaan dan lebih luas dari label pemeliharaan alat, yaitu:

a. Data Statis

- Nama rumah sakit
- Nama ruangan tempat alat tersebut digunakan
- Nama alat
- Merk alat, type/model
- No. Seri

b. Data Dinamis

- Peralatan dan bahan yang digunakan
- Uraian kegiatan dan hasilnya
- Kesimpulan
- Saran
- Pelaksana/teknisi yang melakukan pemeliharaan
- Pengguna alat/user

Data dinamis ini diisi/ditulis oleh petugas/teknisi berdasarkan pelaksanaan pemeliharaan. Bila pemeliharaan dilakukan oleh pihak ketiga maka laporan kegiatan pemeliharaannya menggunakan catatan atau formulir laporan dari pihak ketiga tersebut yang kemudian di sampaikan dan di simpan sebagai arsip di Unit pemeliharaan.

3. Pemeliharaan Tidak Terencana

Pemeliharaan tidak terencana adalah kegiatan pemeliharaan yang bersifat darurat berupa perbaikan terhadap kerusakan alat yang mendadak/tidak terduga dan harus segera dilaksanakan mengingat alat sangat dibutuhkan dalam pelayanan. Untuk dapat melaksanakan pemeliharaan tidak terencana, perlu adanya tenaga yang siap (stand by) dan fasilitas pendukungnya.

B. Pelaksanaan Pemeliharaan Medis

1. Peralatan Medis Manual

Adalah peralatan yang digunakan untuk pelayanan kesehatan yang tidak memerlukan sumber listrik/baterai.

Pelaksanaan pemeliharaan meliputi :

- Pemeliharaan Harian (oleh User) pembersihan alat dan cek fisik
- Pemeliharaan Bulanan dan 3 bulanan
- Cek fisik & fungsi, pemeriksaan mekanik, perbaikan-perbaikan kecil bila perlu.
- Pemeliharaan 1 tahun
- Uji Fungsi alat dan kalibrasi untuk alat yang wajib kalibrasi (eksternal)
- Penggantian komponen yang sekiranya dianggap perlu.

2. Peralatan Elektromedik.

Adalah peralatan yang digunakan untuk pelayanan kesehatan dirumah sakit yang memerlukan sumber listrik / baterai.

Pelaksanaan Pemeliharaan meliputi:

- a. Pemeliharaan Harian (oleh User) pembersihan alat dan cek fisik.
- b. Pemeliharaan Bulanan dan 3 bulanan
Cek Fisik & Fungsi, Cek Accessories pendukung (ganti bila perlu). Pembersihan debu/ kotoran (In case / Out Case), cek beban kerja. Lakukan perbaikan-perbaikan kecil bila perlu.
- c. Pemeliharaan 1 tahun
- d. Uji Fungsi alat dan kalibrasi untuk alat yang wajib kalibrasi (eksternal)
- e. Penggantian komponen yang sekiranya dianggap perlu.

7. SISTEM UTILITAS

Sistem Utilitas merupakan unit-unit yang dapat menunjang pelaksanaan suatu proses. Mulai dari penyediaan air, energi listrik, dll yang ada di lingkungan Rumah Sakit.

Kehandalan sistem utilitas merupakan hal penting yang harus selalu diusahakan dalam menunjang pelayanan dan perawatan kesehatan di Rumah Sakit. Untuk menjamin sistem utilitas beroperasi secara efektif dan efisien, RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang menetapkan dan mengimplementasikan program sistem utilitas. Oleh karena itu, sistem utilitas RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang secara berkala diinspeksi, dipelihara dan diperbaiki. Sistem utilitas merupakan bagian dari fasilitas Rumah Sakit yang harus disiapkan dalam rangka mendukung sistem lainnya sehingga harus dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.

Ruang lingkup pedoman Sistem Utilitas melingkupi

1. Pengelolaan sistem utilitas meliputi sistem kelistrikan, penyediaan air bersih, gas medis, serta pengelolaan limbah cair
2. Inventarisasi dan identifikasi sistem utilitas di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
3. Kegiatan pemeriksaan berkala sistem utilitas di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
4. Kegiatan pemeliharaan sistem utilitas di RS Jiwa Prof. HB Saanin Padang
5. Kegiatan perbaikan sistem utilitas di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
6. Identifikasi resiko kegagalan peralatan sistem utilitas (pasokan listrik, air dan gas medis)

Kebijakan Rumah Sakit yang berkaitan dengan sistem utilitas, antara lain :

1. RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang memastikan semua sistem utilitas (sistem penunjang) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan dan perbaikan dari sistem utilitas
2. RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas, sistem utilitas penting/ utama dan menetapkan pendistribusiannya dan melakukan update secara berkala
3. Ketersediaan air bersih di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 24 jam sehari tujuh hari seminggu. Sumber air bersih alternatif tersedia dari sumur bor.
4. Sumber air bersih dalam keadaan darurat didapatkan air dari PDAM berupa air tanki mobile dari PDAM yang tertuang dalam Ikatan Kerjasama antara RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dengan PDAM Kota Padang
5. Ketersediaan listrik di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 24 jam sehari tujuh hari seminggu. Sumber listrik alternatif tersedia dari genset rumah sakit, kebutuhan solar selalu tersedia dengan cara pembelian langsung

6. Sumber listrik dalam keadaan darurat PLN memberikan Layanan Listrik Premium Silver yang tertuang dalam ikatan kerjasama antara RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dengan PLN
7. Pemetaan sistem *emergency* listrik di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang berupa pendataan jumlah dan kapasitas genset yang ada.
8. Pemetaan sumber air bersih dilakukan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dengan sumber air berasal dari PDAM menuju ke bak penampungan
9. Pemeliharaan dan uji coba sistem *emergency* listrik dilakukan dengan pemanasan mingguan, *service maintenance* tahunan dan uji sistem *emergency* listrik .
10. RS.Jiwa Prof HB Saanin Padang melakukan pemeriksaan air bersih dan air limbah secara berkala :
 - a) Pemeriksaan baku mutu air minum setiap bulannya oleh Unit Kesling melalui Balai Laboratorium Kesehatan.
 - b) Pemeriksaan bakteriologi air bersih setiap bulannya dan kimiawi air bersih dua kali satu tahun oleh Unit Kesling melalui Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi Sumatera Barat
 - c) Pemeriksaan limbah cair dilakukan setiap bulan
11. Pemeliharaan terhadap peralatan utilitas lain dilakukan dengan cara monitoring secara berkala untuk menguji kelayakan operasional.

C. IDENTIFIKASI PENGELOLAAN AIR

1. Program Pengelolaan Air

a) Air Minum

Untuk memenuhi kebutuhan 50 galon air minum setiap hari, RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang mempunyai Depot Air Minum sendiri untuk menyediakan air minum dalam kemasan berupa gallon dan dilakukan uji baku mutu air minum setiap bulannya oleh Unit Kesling melalui Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

b) Air Bersih

Dibutuhkan sekitar 80 m³ air bersih untuk memenuhi semua kegiatan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang setiap hari. Air harus memenuhi standar baku mutu sesuai dengan Peraturan Menteri No. 416/ Menkes/ Per/IX/1990. Untuk pemenuhannya air bersih dipasok oleh PDAM (Perusahaan Daerah Air Minum) sebagai sumber utama dan juga air yang diperoleh dari sumur dalam RS Jiwa Prof. HB. Saanin sebagai cadangan sehingga pasokan air akan selalu terjamin jumlahnya. Baik air bersih yang berasal dari PDAM atau dari sumur dalam/ *deep well* ditampung dilakukan uji mutu air sesuai standar dan peraturan yang ada. Pengujian bakteriologi air bersih setiap bulannya dan kimiawi air bersih satu kali tiga bulan oleh Unit Kesling melalui Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi Sumatera Barat Untuk menjaga agar sistem utilitas selalu dalam keadaan siap untuk dipergunakan maka dilakukan preventif maintenance secara berkala untuk mencegah kerusakan pada saat dipergunakan.

RS Jiwa Prof. HB. Saanin akan melakukan koordinasi dengan PDAM jika adanya kegagalan system utilitas pendistribusian Air Bersih, untuk mengatasikegagalan tersebut maka kami akan melakukan sebagai berikut :

1. Gangguan pada distribusi PDAM

Pompa distribusi terdiri dari 1 (satu) buah pompa sumur bor yaitu pompa yang dapat mendistribusi Air Bersih keseluruh instalasi Air Bersih yang ada dilingkungan Rumah Sakit, dengan cara system kunci.

2. Gangguan pada distribusi sumur bor

Bak penampungan Air Bersih yang tersedia di RS Jiwa Prof. HB. Saanin sebanyak 4 (empat) buah water tank besar berkapasitas 20.000 liter yang dapat menyuplai air bersih selama 1 hari 24 jam. Apabila terjadi gangguan seperti kebocoran tangki, tercemarnya air karena kotoran maka PDAM dan Sumur Bor dihentikan penggunaannya. Dan suplai air bersih ke gedung-gedung dialihkan dari bak penampungan.

a. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Sakit

- 1) Pengawasan rutin hasil pengolahan limbah cair
- 2) Sistem penyaluran (perpipaan) limbah cair
- 3) Sistem pengolahan limbah cair

b. Pengoperasian dan Pemeliharaan IPAL

Kegiatan pengoperasian dan pemeliharaan unit pengolahan air limbah dilaksanakan dalam satu kesatuan sistem mulai dari pemeliharaan peralatan, sistem perpipaan, *pump station* sampai dengan pemeliharaan peralatan mekanikal dan elektrikal yang terdapat di dalam IPAL.

Tujuan dari terselenggaranya pengoperasian dan pemeliharaan unit pengolahan limbah yang baik adalah :

- 1) Untuk memperpanjang umur teknis peralatan
 - 2) Agar alat berfungsi optimal sehingga tercapai efisiensi dan efektifitas yang optimal
 - 3) Untuk menjamin pengoperasian IPAL secara terus menerus
 - 4) Untuk tercapainya *cost reduction*
 - 5) Untuk tercapainya kualitas limbah cair agar memenuhi baku mutu
- Kegiatan pemeliharaan sistem pengolahan limbah cair dicatat dalam kartu pemeliharaan. Kartu pemeliharaan digantungkan pada setiap peralatan pengolahan limbah yang terlihat seperti pompa-pompa sentrifugal, tangki filter, klorinator.

3. Inspeksi dan Pengujian

- a. Pencatatan rutin flow meter air setiap hari dilakukan oleh Unit Kesling dan kadar kimia air yang dilakukan oleh Unit Kesling setiap bulan
- b. Inspeksi juga dilakukan untuk melihat kondisi dan performa dari peralatan yang ada sehingga dapat diketahui lebih awal kemungkinan gangguan yang dapat terjadi.
- c. Uji baku mutu air minum setiap bulannya oleh Unit Kesling melalui Balai Laboratorium Kesehatan.
- d. Pengujian bakteriologi air bersih setiap bulannya dan kimiawi air bersih satu kali tiga bulan oleh Unit Kesling melalui Balai Laboratorium Kesehatan.

- e. Pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal setiap bulan, untuk menilai pertumbuhan bakteri dan endotoksin.
- f. Semua hasil inspeksi dan pengujian didokumentasikan dengan baik

4. Pelatihan Karyawan.

Dilakukan pelatihan pengetahuan dan keahlian yang sesuai untuk melaksanakan tugas yang diberikan dalam pengelolaan sistem sistem utilitas

D. IDENTIFIKASI PENGELOLAAN SUMBER DAYA LISTRIK

Daya Listrik RS Jiwa Prof. HB. Saanin padang oleh PT. Perusahaan Listrik Negara (PLN) dengan daya sebesar 195 KVA melalui 1 (satu). Dan sebagai cadangan terdapat 1 (satu) unit generator listrik merek Dosan dengan kapasitas 275 KVA. Dengan kapasitas tangki penyimpanan solar lebih dari 24 jam pemakaian.

- a) Identifikasi Area dan Pelayanan yang Rawan Terhadap Gangguan
 - 1) Gedung Radiologi
 - 2) Gedung Laboratorium
 - 3) Gedung Administrasi
 - 4) Gedung Premium Wing
 - 5) Gedung Gizi dan Laundry
 - 6) Gedung Anggrek
- b) Identifikasi Peralatan dan Sistem yang Rawan Terhadap Gangguan Pasokan Sumber Daya Listrik
 - 1. Instalasi Air Bersih
 - 2. Sistem IT
 - 3. Laundry dan Gizi
- c) Penanganan Keadaan Darurat
 - 1) Jika terjadi gangguan pada pasokan sumber daya listrik dari PT. PLN seperti padamnya aliran listrik maka secara otomatis generator akan menyala dan memberi pasokan listrik dalam waktu kurang dari 30 detik.
 - 2) Sedangkan jika terjadi gangguan pada pasokan sumber daya listrik dari PT. PLN berupa gangguan tegangan naik tertalu tinggi maka secara otomatis listrik akan diputus untuk melindungi peralatan yang ada di dalam gedung. Dan secara otomatis Generator Set mengganti pasokan listrik yang terputus kurang dari 30 detik, untuk diruangan-ruangan dipasang lampu LED Emergensi yang dapat bertahan selama 3 jam dan alat elektronik seperti computer dan server IT dipasang UPS yang dapat bertahan selama 2 jam.
 - 3) Pada peralatan dan sistem yang rawan terhadap gangguan pasokan sumber daya listrik seperti pada Sistem Komputer, Sistem Telepon Sentral (Aipon), terdapat baterai internal peralatan ataupun UPS, sehingga dalam waktu perpindahan sumber listrik tidak terjadi gangguan sistem terkait, sedangkan Instalasi Air Bersih terdapat cadangan seperti penyimpanan pada sistem air bersih sehingga tidak terjadi gangguan pada saat perpindahan sumber listrik.

- d) Inspeksi dan Pengujian
 - 1) Kepala IPSRS bertanggung jawab dalam pengelolaan sistem penyediaan sumber daya listrik. Dalam pengelolaannya setiap generator dilakukan pengujian dengan beban sebulan sekali dan dicatat besarnya daya listrik, tegangan, arus serta temperatur mesin dan dievaluasi.
 - 2) Inspeksi juga dilakukan untuk melihat kondisi dan performa dari generator set sehingga dapat diketahui lebih awal kemungkinan gangguan yang dapat terjadi dengan melakukan pengujian setiap 1 (satu) minggu sekali.
 - 3) Semua hasil inspeksi dan pengujian di dokumentasikan dengan baik
- e) Rencana Pengembangan

Untuk system kelistrikan RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang akan menambah 1 (satu) unit Generator Set yang berkapasitas 500 KVA yang nantinya sytem kerjanya bergantian dengan Generator set yang sudah ada, sedangkan untuk sytem Air Bersih RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang akan menambah 1 (satu) unit pompa sumur bor agar pasokan Air Bersih selalu terpenuhi selama 24 jam setiap harinya.

E. IDENTIFIKASI PENGELOLAAN GAS MEDIS

- a) Dalam pengelolaan Gas Medis secara rutin dilakukan
 - 1) Pemeriksaan cadangan gas medis.
 - 2) Pemeriksaan tekanan gas medis.
 - 3) Pemeriksaan ventilasi ruang sentral gas medis.
 - 4) Pemeriksaan kran-kran tabung Gas Medis
 - 5) Pemeriksaan kondisi layak pakai tabung Gas Medis
 - 6) Pemeriksaan penyimpanan dan trolli Gas Medis
- b) Tabung Gas Medis
 - 1) Diberi tulisan dan tabung diwarnai dengan warna putih
 - 2) Dalam penyimpanannya tabung disimpan berdiri dan dilengkapi dengan pengikat
 - 3) Dilakukan pemeriksaan kelengkapan tabung gas medis.
- c) Lokasi Rawan Gangguan
 - 1) Ruang IGD
 - 2) Bangsal Teratai
 - 3) Bangsal Flamboyan
 - 4) Ruang UPIP
- d) Rencana Pengembangan

Melakukan pemasangan pipa sentral Gas Medis di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dan penambahan tabung Gas Medis.

F. IDENTIFIKASI SITEM UTILITAS LAINNYA

1. Sistem Manajemen Data (IT)

RS Jiwa Prof. BH. Saanin Padang memiliki satu unit server utama harian yang digunakan untuk penyimpanan data harian dimana keamanan disiapkan berlapis sebelum data tersimpan dan sebagai cadangan data disimpan pada Hasdics External setiap harinya apabila terjadi kegagalan akses atau *downtim*. Diperkirakan serangan virus saat ini sulit terjadi dikarenakan setiap komputer tidak memiliki akses dengan jaringan atau

media eksternal lainnya dan apabila terjadi akan dapat segera diketahui karena server sudah disiapkan keamanan yang berlapis. Disamping itu direncanakan penempatan server *backup* di rumah sakit lain (penempatan direncanakan setelah pengembangan Back Office tahun 2019)

2. Sistem Komunikasi

Komunikasi di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang menggunakan PABX yang digunakan untuk telpon eksternal dan internal dengan kapasitas ABB internal 200 nomor.

8. KONSTRUKSI DAN RENOVASI

Pre-Construction Risk Assesment (PCRA) adalah penilaian risiko yang digunakan untuk menilai pekerjaan konstruksi dan renovasi bangunan. Kontruksi/pembangunan baru di sebuah rumah sakit dapat berdampak pada setiap orang di rumah sakit dan pasien dengan kerentanan tubuhnya dapat menderita dampak terbesar. Kebisingan dan getaran yang terkait dengan kontruksi dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan pasien dan istirahat/tidur pasien dapat pula terganggu. Debu konstruksi dan bau dapat mengubah kualitas udara yang dapat menimbulkan ancaman khususnya bagi pasien dengan gangguan pernapasan.

Karena itu, rumah sakit perlu melakukan asesmen risiko setiap ada kegiatan kontruksi, renovasi maupun demolisi/pembongkaran bangunan. Asesmen risiko harus sudah dilakukan pada waktu perencanaan atau sebelum pekerjaan kontruksi, renovasi, demolisi dilakukan, sehingga pada waktu pelaksanaan, sudah ada upaya pengurangan risiko terhadap dampak dari kontruksi, renovasi, demolis tersebut.

Dalam rangka melakukan asesmen risiko yang terkait dengan proyek konstruksi baru, rumah sakit perlu melibatkan semua bidang/unit/instalasi pelayanan klinis yang terkena dampak dari kontruksi baru tersebut, konsultan perencana atau manajer desain proyek, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K-3 RS), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Bagian Rumah Tangga/Bagian Umum, Bagian Teknologi Informasi, Bagian Sarana Prasarana/IPSRS dan unit atau bagian lainnya yang diperlukan.

Risiko terhadap pasien, keluarga, staf, pengunjung, vendor, pekerja kontrak, dan entitas diluar pelayanan dapat bervariasi tergantung pada sejauh mana kegiatan konstruksi dan dampaknya terhadap infrastruktur dan utilitas. Sebagai tambahan, kedekatan pembangunan ke area pelayanan pasien dapat berdampak pada meningkatnya tingkat risiko. Misalnya, jika konstruksi melibatkan gedung baru yang terletak terpisah dari bangunan yang menyediakan pelayanan saat ini, maka risiko untuk pasien dan pengunjung cenderung menjadi minimal.

Asesmen Risiko Pra Kontruksi (PCRA) meliputi area – area sebagai berikut:

- a) kualitas udara;
- b) pengendalian infeksi; --> ICRA
- c) utilitas;
- d) kebisingan;
- e) getaran;
- f) bahan berbahaya;
- g) layanan darurat, seperti respon terhadap kode; dan
- h) bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.

Pelaksanaan tidak lengkap atau tidak efektif dari PCRA dapat meningkatkan biaya konstruksi untuk rumah sakit dan menempatkan pasien, anggota staf dan pengunjung beresiko. Maka lebih baik untuk merencanakan kemungkinan apapun dan mengelola proses dari awal sampai akhir

Telah diketahui bahwa renovasi, konstruksi, dan beberapa kegiatan pemeliharaan & perbaikan memiliki potensi untuk mempengaruhi proses perawatan pasien dalam lingkungan pelayanan . Tujuan dari proses penilaian risiko Pra-Konstruksi ini adalah untuk mengidentifikasi potensi risiko yang bisa timbul dari kegiatan ini dan untuk mengembangkan strategi mitigasi risiko untuk meminimalkan risiko ini.

Langkah awal dari seluruh kegiatan adalah mengidentifikasi elemen penilaian yang digunakan untuk menilai proses pre construction. Pada akhir proses penilaian risiko akan menghasilkan rekomendasi mitigasi risiko (RMR). RMR ini akan ditinjau oleh individu atau pihak yang menyelesaikan pekerjaan dan akan menjadi bagian dari dokumentasi proyek. Penanggungjawab dari proses ini adalah :

1. Tim Pelaksana
2. Tim Pengawas
3. Tim Perencana
4. Tim Teknis Rumah Sakit
5. Tim PPK Rumah Sakit
6. Tim K3 (RS dan Tim Pelaksana)
7. Tim PPI
8. Bagian Sanitasi Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
9. Unit Kerja yang terkena dampak proses konstruksi

ELEMEN RISIKO PENILAIAN

a. Keselamatan Keamanan Konstruksi

Harap tinjau masing-masing kategori berikut ini yang sesuai dan menunjukkan apakah kategori tersebut berlaku untuk lingkup pekerjaan yang direncanakan.

No	Elemen Penilaian Keselamatan Keamanan Konstruksi
1	Jalur Keluar Aman Apakah proyek memiliki jalur keluar aman ? minimal 2 jalur keluar aman Ya Tidak
2	Jalur Keluar Aman Apakah proyek memiliki potensi bahayayang mempengaruhi aksesjalur keluar aman yang telah ditentukan ? Ya Tidak
3	Jalur Keluar Aman Apakah jalur keluar aman proyek dapat digunakan oleh orang lain selain pekerja konstruksi ? Ya Tidak
4	Pencegahan Kebakaran Apakah kegiatan proyek dapat berdampak pada sistem deteksi

	kebakaran di rumah sakit?
	Ya Tidak
5	Pencegahan Kebakaran Apakah kegiatan proyek dapat memberikan dampak terhadap sistem penanggulangan kebakaran di rumah sakit? Ya Tidak
6	Pencegahan Kebakaran Apakah kegiatan proyek memiliki tambahan fasilitas atau peralatan pemadaman kebakaran yang tersedia di area proyek ? Ya Tidak
7	Pelatihan Penanggulangan Kebakaran Apakah pemilik proyek mengharuskan seluruh staf untuk mendapatkan pelatihan mengenai langkah pemadaman kebakaran? Ya Tidak
8	Pelatihan Penanggulangan Kebakaran Apakah pemilik proyek menjamin sudah pernah melakukan pelatihan / simulasi penanggulangan kebakaran ? Ya Tidak
9	Bahan Berbahaya Beracun Apakah proyek memiliki tempat penyimpanan khusus untuk Bahan Berbahaya dan Beracun ? Ya Tidak
10	Kompartemen Apakah proyek membutuhkan partisi tahan asap sementara ? Partisi tersebut harus bebas asap dan terbuat dari material yang tidak mudah terbakar Ya Tidak
10	Dampak Terhadap Struktur Bangunan Akankah aktifitas proyek akan mempengaruhi struktur bangunan rumah sakit dan berdampak pada proteksi kebakaran seperti pintu dan dinding ? Ya Tidak

9. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN STAF

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan, dan keterampilan tentang pelaksanaan K3RS, dilakukan pendidikan dan pelatihan di bidang K3RS bagi

sumber daya manusia di bidang K3RS. Pendidikan dan pelatihan merupakan suatu kegiatan dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan dan ketrampilan pada anggota/pelaksana unit fungsional K3RS dan seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien dan pengunjung tentang peran mereka dalam melaksanakan keselamatan dan Kesehatan Kerja. Peningkatan pemahaman dan kemampuan serta ketrampilan semua SDM Rumah Sakit dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi, *inhouse training*, *workshop*. Pendidikan dan pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional K3RS dapat berbentuk *inhouse training*, *workshop*, pelatihan terstruktur berkelanjutan yang terkait keselamatan dan Kesehatan Kerja dan pendidikan formal.

Pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional K3RS harus sesuai dengan standar kurikulum di bidang K3RS yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Pelatihan dapat diselenggarakan oleh lembaga/institusi pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat yang terakreditasi, dan program pelatihannya terakreditasi di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan, dan keterampilan tentang pelaksanaan K3RS, dilakukan pendidikan dan pelatihan di bidang K3RS bagi sumber daya manusia di bidang K3RS. Pendidikan dan pelatihan merupakan suatu kegiatan dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan dan ketrampilan pada anggota/pelaksana unit fungsional K3RS dan seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien dan pengunjung tentang peran mereka dalam melaksanakan keselamatan dan Kesehatan Kerja. Peningkatan pemahaman dan kemampuan serta ketrampilan semua SDM Rumah Sakit dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi, *inhouse training*, *workshop*. Pendidikan dan pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional K3RS dapat berbentuk *inhouse training*, *workshop*, pelatihan terstruktur berkelanjutan yang terkait keselamatan dan Kesehatan Kerja dan pendidikan formal.

Pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional K3RS harus sesuai dengan standar kurikulum di bidang K3RS yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Pelatihan dapat diselenggarakan oleh lembaga/institusi pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat yang terakreditasi, dan program pelatihannya terakreditasi di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Jenis Kegiatan dalam pendidikan dan pelatihan sebagai berikut:

- a. Pendidikan diselenggarakan setiap tahun untuk memastikan bahwa semua SDM Rumah Sakit pada tiap *shift* dapat melaksanakan tanggungjawab mereka secara efektif, materi pendidikan antara lain meliputi pencegahan penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja yang mungkin timbul bagi pegawai di Rumah Sakit, ergonomi, kedisiplinan penggunaan alat pelindung diri.
- b. Selain SDM Rumah Sakit, sosialisasi diberikan pada pengunjung dan pendamping pasien mengenai kebakaran dan kedaruratan bencana.
- c. Pengetahuan SDM Rumah Sakit diuji mengenai peran mereka dalam setiap program keselamatan dan Kesehatan Kerja dengan simulasi dan kuesioner. SDM Rumah Sakit dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran mereka dalam menanggapi keadaan darurat atau bencana.
- d. Pelatihan, pengujian, dan hasil pengujian didokumentasikan untuk setiap SDM Rumah Sakit.

BAB V

KEBIJAKAN DAN PROSEDUR

5.1 Kebijakan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016
Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja

5.2 Prosedur (SPO)

1. SPO Pemeriksaan kesehatan pegawai
2. SPO code red
3. SPO Pelaporan insiden kecelakaan kerja
4. SPO Tertusuk jarum
5. SPO Dilarang merokok
6. SPO Spillkit B3
7. SPO Ruang Dekontaminasi

BAB VI

MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

Monitoring dan evaluasi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk memastikan pelaksanaan kegiatan tetap pada jalurnya sesuai pedoman dan perencanaan program dalam rangka pengendalian suatu program, selain juga memberikan informasi kepada pengelola program akan hambatan dan penyimpangan yang terjadi sebagai masukan dalam melakukan evaluasi.

6.1 Monitoring

Monitoring dilakukan terhadap manajemen risiko:

- a. Keselamatan
- b. Keamanan
- c. Bahan limbah berbahaya
- d. Proteksi Kebakaran
- e. Penanganan Kedaruratan dan Bencana
- f. Peralatan Medis
- g. Sistem Utilitas
- h. Konstruksi dan Renovasi
- i. Pelatihan seluruh staf di rumah sakit dan para tenant/penyewa lahan
- j. Pengawasan pada para tenan/penyewa lahan

6.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan oleh komite K3RS per 6 bulan

6.3 Laporan

- a) Komite K3RS membuat laporan per 6 bulan dan pertahun..
- b) Laporan tahunan dibuat dan disampaikan kepada Direktur

BAB VII PENUTUP

Buku Pedoman kerja K3RS di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan K3RS di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, terutama dalam mewujudkan keselamatan dan kesehatan dan kenyamanan petugas, pasien, pengunjung dan masyarakat sekitar.

Penerapan K3 di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang akan terlaksana dengan optimal bila di dukung oleh komitmen para pengambil kebijakan dan seluruh petugas yang ada di RS Jiwa Prof. HB. Saanin padang. Disamping itu petugas di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang diharapkan mampu memahami mengenai K3 ini agar dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan mengetahui bagaimana sikap ketika terjadi bencana yang tidak diinginkan.