

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bentuk organisasi pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, serta sebagai pusat rujukan kesehatan masyarakat (Studi et al., 2009).

Menurut WHO (World Health Organization), Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.(Suyono & et al, 2018).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes RI, 2020).

B. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan. Rumah sakit dapat dikategorikan menjadi rumah sakit umum.

1. Rumah sakit umum

Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit umum paling sedikit terdiri dari, pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, dan pelayanan nonmedik.

Rumah sakit umum sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit diklasifikasikan menjadi empat kelas, yaitu :

- a. Rumah sakit umum kelas A merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.
- b. Rumah sakit umum kelas B merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.
- c. Rumah sakit umum kelas C merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
- d. Rumah Sakit umum kelas D merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah.

2. Rumah Sakit Khusus

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit khusus paling sedikit terdiri atas pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan dan pelayanan nonmedik. Rumah sakit khusus sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit diklasifikasikan menjadi tiga kelas, yaitu:

- a. Rumah Sakit khusus kelas A merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
- b. Rumah Sakit khusus kelas B merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 (tujuh puluh lima) buah.
- c. Rumah Sakit khusus kelas C merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 (dua puluh lima) buah.

C. Fungsi dan Tugas Rumah Sakit

1. Tugas Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 (Afriyanti, 2009) tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai Tugas yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

2. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 (Afriyanti, 2009) tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai Tugas dan Fungsi yaitu:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

D. Pelayanan Pasien Rawat Inap

1. Pengertian IGD

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan tempat pelayanan darurat untuk pasien yang butuh pertolongan medis segera yang di adakan di setiap Puskesmas atau Rumah Sakit. Perkembangan medis merupakan hal terpenting yang harus dijalankan agar pelayanan kepada pasien bisa tertangani dengan baik. Untuk menghindari adanya kematian pasien

dikarenakan kondisi darurat, maka penanganan medis pertama adalah IGD, di setiap kondisi perkembangan pasien baik dan buruknya tidak boleh salah dalam penanganan (Riza et al., 2018). beberapa sasaran keselamatan pasien IGD yang akan dilakukan dengan baik dan benar sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar yaitu fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien. Sebab adanya kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori atau akibat situasi lain.
- b. Meningkatkan komunikasi efektif yaitu fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif. Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh penerima sehingga akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yaitu yang Harus Diwaspadai Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai. Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien maka

- penerapan manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien.
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar yaitu prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi. Pada salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan yaitu fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih terkait kateter, infeksi aliran darah, dan pneumonia. Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan yang tepat.
 - f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Dalam hal ini, jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat

inap. Dalam konteks populasi/ masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan dan fasilitasnya, serta pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Program ini harus diterapkan rumah sakit (Harefa, 2018).

2. Pasien Rawat Inap

Menurut PerMenKes RI No.560/MENKES/SK/IV/2003, Pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di Rumah Sakit. Menurut (Ditjen Yanmed, 2006:32) alur rekam medis rawat inap, yaitu :

- a. Setiap pasien yang membawa surat permintaan rawat inap dari dokter Poliklinik, unit gawat darurat, menghubungi tempat penerimaan pasien rawat inap, sedangkan pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter Rumah Sakit bersangkutan.
- b. Petugas menerima pasien, mencatat dalam buku register penerimaan pasien rawat inap, serta menyiapkan atau mengisi data identitas pasien pada lembaran masuk.
- c. Apabila diberlakukan sistem uang muka, khususnya pasien non Askes dan dianggap tidak mampu, pihak keluarga berhak diminta menghubungi bagian keuangan untuk membayar uang muka perawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- d. Petugas penerimaan pasien rawat inap mengirimkan rekam medis bersama-sama dengan pasiennya ke ruang rawat inap yang dimaksud.
- e. Pasien diterima oleh petugas di ruang rawat inap dan dicatat pada buku register pasien rawat inap.
- f. Dokter yang bertugas merawat mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi, tindakan yang diberikan kepada pasien, dan perawat atau bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan kepada pasien pada lembaranlembaran rekam medis dan menandatangani, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi, dan pernafasan seorang pasien. Selama di ruang rawat inap, perawat atau bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- g. Perawat atau bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00 WIB. Sensus harian dibuat rangkap 3 dan ditandatangani Kepala Ruangan Rawat Inap, dikirim ke Unit Rekam Medis, Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (Sentral Opname) dan 1 lembar untuk arsip ruang rawat inap. Pengiriman sensus harian paling lambat jam 08.00 pagi hari berikutnya.
- h. Petugas ruangan memeriksa kelengkapan rekam medis pasien, sebelum diserahkan ke Unit Rekam Medis. (Sari & Herfiyanti, 2017).

E. Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

1. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.
6. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien. TKPRS bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit. Keanggotaan TKPRS manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit. TKPRS melaksanakan tugas:

1. mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut.
2. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit.
3. menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan(implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit.
4. bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit.
5. melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran.
6. memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
7. membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

F. Pengertian K3RS

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 TAHUN 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Ahluwalia et al., 2016) Keselamatan Kerja adalah upaya yang dilakukan untuk mengurangi terjadinya kecelakaan, kerusakan dan segala bentuk kerugian baik terhadap manusia, maupun yang berhubungan dengan peralatan, obyek kerja, tempat bekerja, dan lingkungan kerja, secara langsung dan tidak langsung. Kesehatan Kerja adalah upaya peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jabatan, pencegahan penyimpangan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan pekerja dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang mengadaptasi antara pekerjaan dengan manusia dan manusia dengan jabatannya.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.

G. Manajemen Risiko K3RS

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 TAHUN 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

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

Manajemen risiko K3RS bertujuan meminimalkan risiko keselamatan dan kesehatan di Rumah Sakit pada tahap yang tidak bermakna sehingga tidak menimbulkan efek buruk terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. Dalam melakukan manajemen risiko K3RS perlu dipahami hal-hal berikut:

1. 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.

2. Risiko yaitu kemungkinan/pejuang suatu hazard menjadi suatu kenyataan, yang bergantung pada:

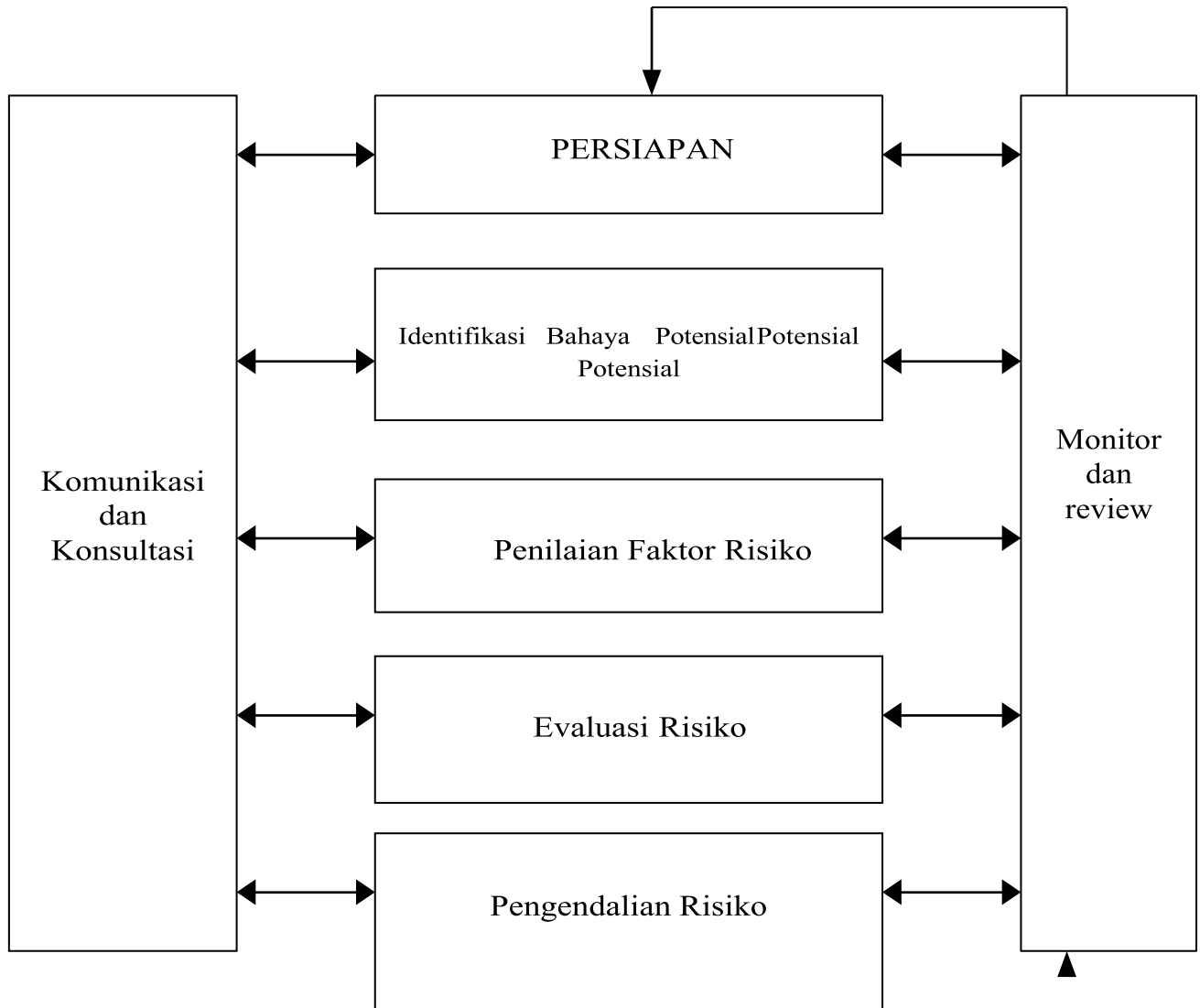
- a. pajanan, frekuensi, konsekuensi
- b. dose-response

3. 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.

Rumah Sakit perlu menyusun sebuah program manajemen risiko fasilitas /lingkungan /proses kerja yang membahas pengelolaan risiko keselamatan dan kesehatan melalui penyusunan manual K3RS, kemudian berdasarkan manual K3RS yang ditetapkan dipergunakan untuk membuat rencana manajemen fasilitas dan penyediaan tempat, teknologi, dan sumber daya. Organisasi K3RS bertanggung jawab mengawasi pelaksanaan manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja dimana dalam sebuah Rumah Sakit yang kecil, ditunjuk seorang personil yang ditugaskan untuk bekerja penuh waktu, sedangkan di Rumah Sakit yang lebih besar, semua personil dan unit kerja harus dilibatkan dan dikelola secara efektif, konsisten dan berkesinambungan.

Gambar 2.1

Langkah-Langkah Penilaian Risiko K3RS



Sumber : PERMENKES No. 66 Tahun 2016

1. Persiapan/Penentuan Konteks

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

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

2. Identifikasi Bahaya Potensial

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

- a. Fisik, contohnya kebisingan, suhu, getaran, lantai licin.
- b. Kimia, contohnya formaldehid, alkohol, ethiline okside, bahan pembersih lantai, desinfectan, chlorine.
- c. Biologi, contohnya bakteri, virus, mikroorganismenya, tikus, kecoa, kucing dan sebagainya.

- d. Ergonomi, contohnya posisi statis, manual handling, mengangkat beban.
- e. Psikososial, contohnya beban kerja, hubungan atasan dan bawahan, hubungan antar pekerja yang tidak harmonis.
- f. Mekanikal, contohnya terjepit mesin, tergulung, terpotong, tersayat, tertusuk.
- g. Elektrikal, contohnya tersengat listrik, listrik statis, hubungan arus pendek kebakaran akibat listrik.
- h. Limbah, contohnya limbah padat medis dan non medis, limbah gas dan limbah cair.

3. Penilaian Risiko

Risiko adalah probabilitas/kemungkinan bahaya potensial menjadi nyata, yang ditentukan oleh frekuensi dan durasi pajanan, aktivitas kerja, serta upaya yang telah dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian tingkat pajanan. Termasuk yang perlu diperhatikan juga adalah perilaku bekerja, higiene perorangan, serta kebiasaan selama bekerja yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan. Analisis risiko bertujuan untuk mengevaluasi besaran (magnitude) risiko kesehatan pada pekerja. Dalam hal ini adalah perpaduan keparahan gangguan kesehatan yang mungkin timbul termasuk daya toksisitas bila ada efek toksik, dengan kemungkinan gangguan kesehatan atau efek toksik dapat terjadi sebagai konsekuensi pajanan bahaya potensial. Karakterisasi risiko mengintegrasikan semua informasi tentang bahaya yang teridentifikasi (efek gangguan/toksisitas spesifik) dengan perkiraan atau pengukuran

intensitas/konsentrasi paparan bahaya dan status kesehatan pekerja, termasuk pengalaman kejadian kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang pernah terjadi. Analisis awal ditujukan untuk memberikan gambaran seluruh risiko yang ada. Kemudian disusun urutan risiko yang ada. Prioritas diberikan kepada risiko-risiko yang cukup signifikan dapat menimbulkan kerugian. Berikut tabel matriks konsekuensi (*consequences*), kemungkinan (*likelihood*), dan tingkat risiko menurut *Australia Standard/New Zealand Standard (AS/NZS)* menggunakan buku rujukan “Manajemen Risiko Dalam Perspektif K3 OHS Risk Management yang terdapat pada Tabel 2.1 dan 2.2.

Domain	1	2	3	4	5
	Tidak Bermakna	Kecil	Sedang	Besar	Bencana
Konsekuensi keselamatan pekerja	<ul style="list-style-type: none"> • Luka minimal • Tidak memerlukan pengobatan minimal • Tidak perlu istirahat 	<ul style="list-style-type: none"> • Luka atau sakit minimal • Memerlukan istirahat ≤ 3 hari • Peningkatan lama perawatan 1-3 hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Luka sedang memerlukan penanganan professional • Memerlukan istirahat 4-14 hari • Peningkatan lama perawatan 4-15 hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Luka besar yang membawa akibat ketidakmampuan jangka panjang/cacat • Memerlukan istirahat > 14 cshari • Peningkatan lama perawat sampai >15 hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Insiden yang tidak dapat atau sulit dipulihkan (luka permanen, cacat, dan kematian)

Tabel 2.1 Ukuran Penilaian Risiko (*consequences*) Menurut AS/NZS 4360:2004

(Sumber : Soehatman Ramli, 2010)

<i>Descriptors</i>	<i>(Rare)</i>	<i>(Unlikely)</i>	<i>(Possible)</i>	<i>(Likely)</i>	<i>(Almost Certain)</i>
<i>Frequency</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak bisa percaya kejadian ini akan terjadi • Jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 6 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak diharapkan terjadi, tetapi ada potensi tidak mungkin terjadi • jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 3 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadang-kadang dapat terjadi • jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 1 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuat kemungkinan bahwa hal ini dapat terjadi • jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 1-3 minggu 	<ul style="list-style-type: none"> • diperkirakan sering terjadi/ dalam banyak keadaan – lebih memungkinkan terjadi daripada tidak • jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 1 minggu

Tabel 2.2 Ukuran Penilaian Risiko (*Likelihood*) Menurut AS/NZS 4360:2004

(Sumber : Soehatman Ramli, 2010)

<i>Likelihood</i>	<i>Consequences</i>	<i>Negible (1)</i>	<i>Minor (2)</i>	<i>Moderate (3)</i>	<i>Major (4)</i>	<i>Extreme (5)</i>
<i>Rare (1)</i>		<i>Low (1x1)</i>	<i>Low (1x2)</i>	<i>Low (1x3)</i>	<i>Low (1x4)</i>	<i>Medium (1x5)</i>
<i>Unlikely (2)</i>		<i>Low (2x1)</i>	<i>Low (2x2)</i>	<i>Medium (2x3)</i>	<i>Medium (2x4)</i>	<i>High (2x5)</i>
<i>Possible (3)</i>		<i>Low (3x1)</i>	<i>Medium (3x2)</i>	<i>Medium (3x3)</i>	<i>High (3x4)</i>	<i>High (3x5)</i>
<i>Likely (4)</i>		<i>Low (4x1)</i>	<i>Medium (4x2)</i>	<i>High (4x3)</i>	<i>High (4x4)</i>	<i>Very High (4x5)</i>
<i>Almost Certain (5)</i>		<i>Medium (5x1)</i>	<i>High (5x2)</i>	<i>High (5x3)</i>	<i>Very High (5x4)</i>	<i>Very High (5x5)</i>

Tabel 2.3 Matriks Analisis Risiko Kerja Kualitatif Menurut AS/NZS 3460:2004

Sumber Soehatman Ramli,2010

Keterangan

Very High Risk : Risiko sangat tinggi (20-25)

High Risk : Risiko tinggi (10-16)

Medium Risk : Risiko sedang (5-10)

Low Risk : Risiko rendah (1-4)

4. Evaluasi Risiko

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

- a. Inspeksi periodik serta monitoring aspek keselamatan dan higiene industry.
- b. Wawancara nonformal dengan pekerja.
- c. Pemeriksaan kesehatan.
- d. Pengukuran pada area lingkungan kerja.
- e. Pengukuran sampel persona.

Hasil evaluasi risiko diantaranya adalah:

- a. Gambaran tentang seberapa penting risiko yang ada.
- b. Gambaran tentang prioritas risiko yang perlu ditanggulangi.
- c. Gambaran tentang kerugian yang mungkin terjadi baik dalam parameter biaya ataupun parameter lainnya.
- d. Masukan infohijrmasi untuk pertimbangan tahapan pengendalian.

Peringkat Risiko (C X L)
Ekstrim (20 – 25)
Tinggi (10 – 16)
Sedang (5 – 9)
Rendah (1 – 4)

Tabel 2.4 Level Risiko Kerja Menurut AS/NZS 4360:2004

(Sumber : Soehatman Ramli, 2010)

5. Pengendalian Risiko

Prinsip pengendalian risiko meliputi 5 hierarki, yaitu:

- a. Menghilangkan bahaya (eliminasi).
- b. Menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (substitusi).
- c. Rekayasa engineering/pengendalian secara teknik.
- d. Pengendalian secara administrasi.
- e. Alat Pelindung Diri (APD).

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

- a. Containment, yaitu mencegah pajanan dengan:
 - 1) Desain tempat kerja.
 - 2) Peralatan safety (biosafety cabinet, peralatan centrifugal).
 - 3) Cara kerja.

- 4) Dekontaminasi.
 - 5) Penanganan limbah dan spill management.
- b. Biosafety Program Management, support dari pimpinan puncak yaitu Program support, biosafety specialist, institutional biosafety committee, biosafety manual, OH program, Information & Education.
- c. Compliance Assessment, meliputi audit, annual review, incident dan accident statistics. Safety Inspection dan Audit meliputi:
- 1) Kebutuhan (jenisnya) ditentukan berdasarkan karakteristik pekerjaan (potensi bahaya dan risiko).
 - 2) Dilakukan berdasarkan dan berperan sebagai upaya pemenuhan standar tertentu.
 - 3) Dilaksanakan dengan bantuan checklist (daftar periksa) yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan jenis kedua program tersebut.
- d. Investigasi kecelakaan dan penyakit akibat kerja
- 1) Upaya penyelidikan dan pelaporan KAK dan PAK di tempat kerja.
 - 2) Disertai analisis penyebab, kerugian KAK, PAK dan tindakan pencegahan serta pengendalian KAK dan PAK.
 - 3) Menggunakan pendekatan metode analisis KAK dan PAK

e. Fire Prevention Program

- 1) Risiko keselamatan yang paling besar & banyak ditemui pada hampir seluruh jenis kegiatan kerja, adalah bahaya dan risiko kebakaran.
- 2) Dikembangkan berdasarkan karakteristik potensi bahaya & risiko kebakaran yang ada di setiap jenis kegiatan kerja.

f. Emergency Response Preparedness

- 1) Antisipasi keadaan darurat, dengan mencegah meluasnya dampak dan kerugian.
- 2) Keadaan darurat: kebakaran, ledakan, tumpahan, gempa, social chaos, bomb treat dll.
- 3) Harus didukung oleh: kesiapan sumber daya manusia, sarana dan peralatan, prosedur dan sosialisasi.

g. Program K3RS lainnya

Pemindahan Risiko (Risk transfer) Mendelegasikan atau memindahkan suatu beban kerugian ke suatu kelompok/bagian lain melalui jalur hukum, perjanjian/kontrak, asuransi, dan lain-lain. Pemindahan risiko mengacu pada pemindahan risiko fisik & bagiannya ke tempat lain.

6. Komunikasi dan Konsultasi

Komunikasi dan konsultasi merupakan pertimbangan penting pada setiap langkah atau tahapan dalam proses manajemen risiko. Sangat penting untuk mengembangkan rencana komunikasi, baik kepada kontributor internal maupun eksternal sejak tahapan awal proses

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

7. Pemantauan dan telaah ulang

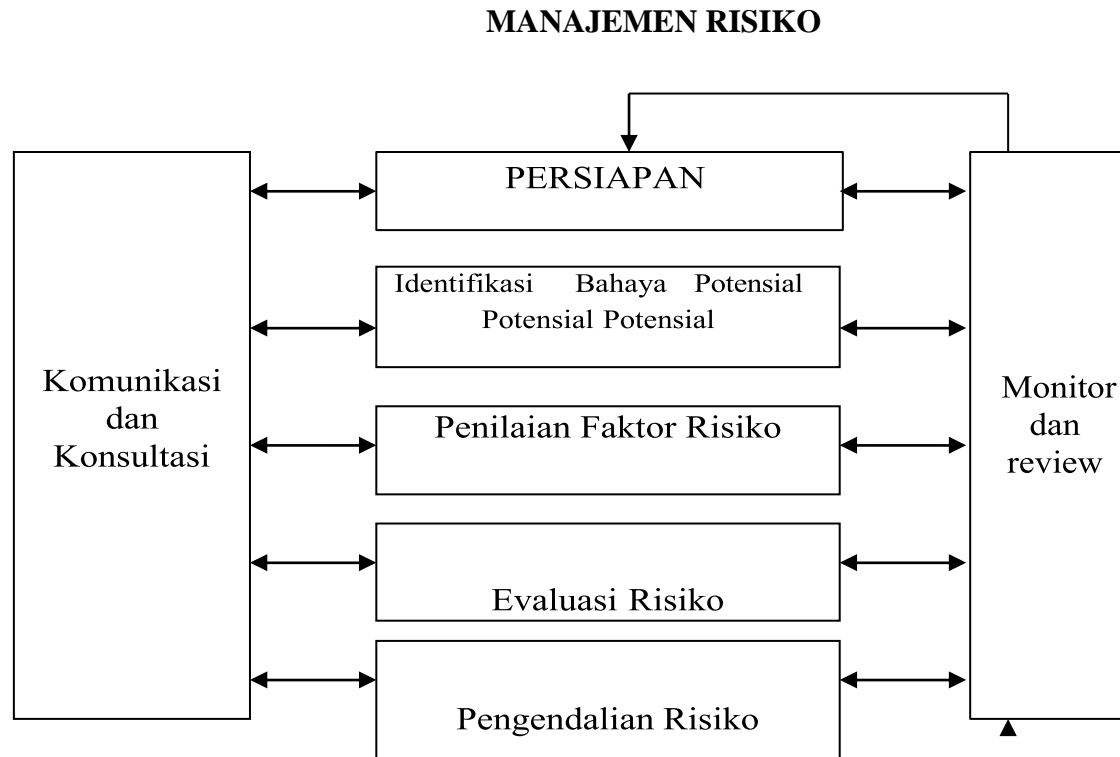
Pemantauan selama pengendalian risiko berlangsung perlu dilakukan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang bisa terjadi. Perubahan-perubahan tersebut kemudian perlu ditelaah ulang untuk selanjutnya dilakukan perbaikan-perbaikan. Pada prinsipnya pemantauan dan telaah ulang perlu untuk dilakukan untuk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

8. Faktor penilaian risiko

Analisis kualitatif menggunakan skala deskriptif untuk menjelaskan seberapa besar potensi suatu bahaya yang akan diukur. Dalam pengukuran dengan metode ini tingkat kemungkinan atau likelihood

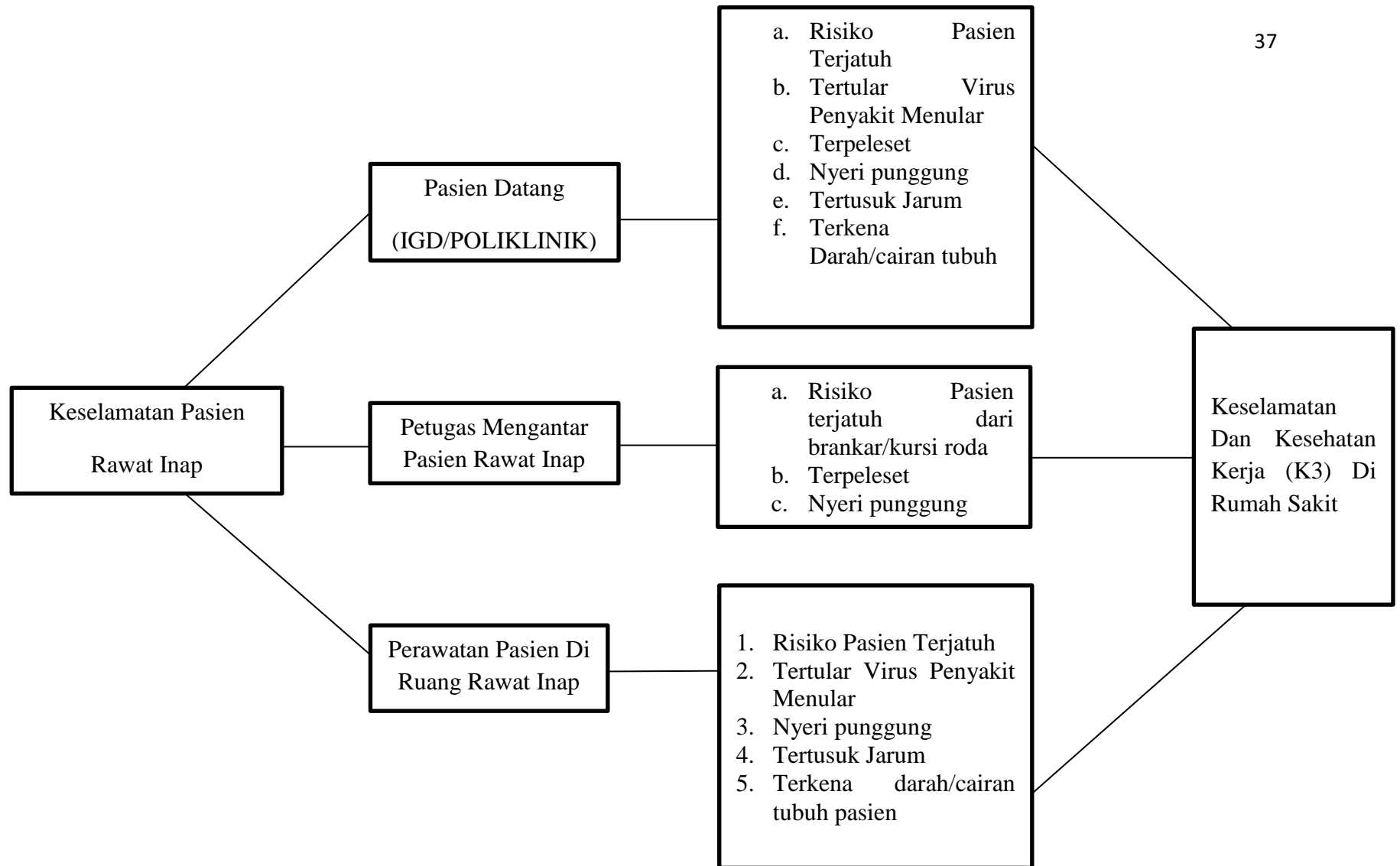
suatu risiko diberi rentang antara risiko yang jarang terjadi (rare) sampai dengan risiko mungkin terjadi setiap saat (almost certain), serta untuk tingkat konsekuensi dikategorikan antara kejadian yang menimbulkan cedera kecil atau kerugian kecil sampai dampak yang paling parah seperti kerugian yang sangat besar terhadap asset perusahaan atau meninggal dunia. Hasil dari penilaian risiko dengan analisis kualitatif akan menghasilkan suatu kategori risiko, dimana terdapat kategori low risk, medium risk, high risk, dan extreme risk (Winda, 2012).

H. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : PERMENKES No. 66 Tahun 2016

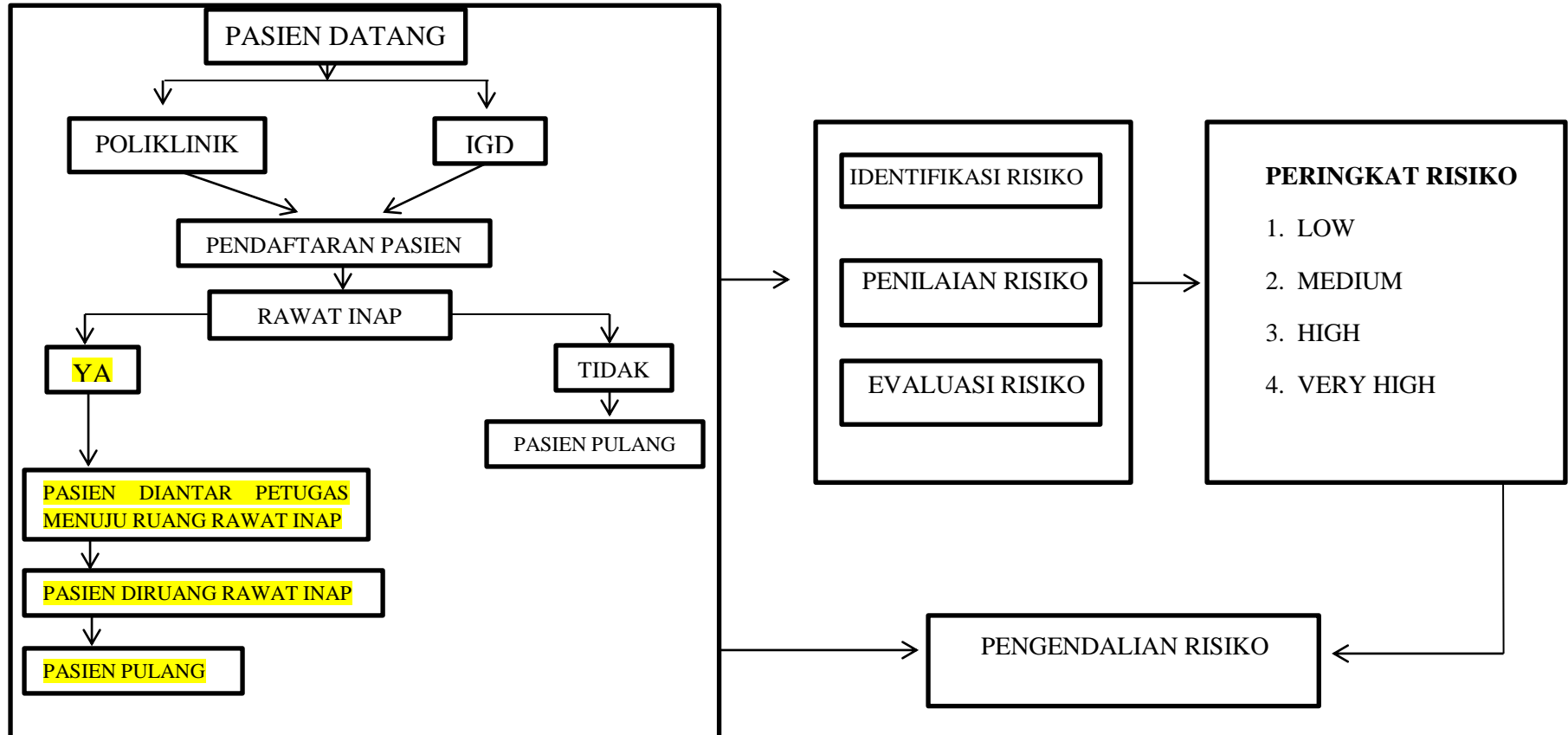


Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber : (Fauziyah, 2021), (Talumevo et al., 2020), (Putri et al., 2017), (Fajriah et al., 2020)

I. Kerangka Konsep

Tahapan Proses Perawatan Pasien Rawat Inap



Sumber : RSUD DR. A. DADI TJOKRODIPO

Gambar 2.4 Kerangka Konsep