

PEDOMAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SK	ii
DAFTAR ISI	iii
LAMPIRAN SK	1
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	2
B. Tujuan Pedoman	3
C. Ruang Lingkup Pelayanan	3
D. Batasan Operasional	3
E. Landasan Hukum	4
F. Batasan Operasional	4
BAB II STANDAR KETENAGAAN	
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	7
B. Pelatihan dan Pengembangan	7
BAB III URAIAN TUGAS MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN KERJA	
A. Kepemimpinan dan Perencananaan	9
B. Keselamatan	11
C. Keamanan	
D. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan beracun	
E. Proteksi Kebakaran	
F. Peralatan Medis	
G. Sistim utilitas	
H. Penanganan kedaruratan dan bencana	
I. Konstruksi dan renovasi	
J. Pelatihan	

BAB IV	STANDAR FASILITAS	12
A.	Keselamatan	
B.	Keamanan	
C.	Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun	
D.	Proteksi kebakaran	
E.	Peralatan medis	
F.	Sistim utilitas	
G.	Penanganan kedaruratan dan bencana	
H.	Konstruksi dan renovasi	
I.	pelatihan	
BAB V	TATA LAKSANA PELAYANAN DAN KEGIATAN	15
BAB VI		17
BAB VII		19
BAB VIII		21

LAMPIRAN : Keputusan Direktur RS Dharma Nugraha

Nomor :

Tanggal :

PEDOMAN
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Jika memperhatikan isi dari pasal diatas maka jelaslah bahwa Rumah Sakit (RS) termasuk kedalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola Rumah Sakit

Standar kesehatan dan keselamatan kerja (K3) merupakan pedoman yang dipakai sebagai acuan dalam pelaksanaan pengelolaan K3 sebagaimana tertuang melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit.

Hasil laporan National Safety Council (NSC) tahun 1988 menunjukan bahwa terjadinya kecelakaan di RS 41 % lebih besar dari pekerja di industri lain. Kasus yang sering terjadi adalah tetusuk jarum, terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, dan penyakit infeksi dan lain-lain. Sejumlah kasus dilaporkan mendapatkan kompensasi pada pekerja RS, yaitu sprains, strains : 52%; confussion, crushing, bruising : 11%; cuts, laceration, punctures: 10.8%, fractures: 5.6%; multiple injuries: 2.1%; thermal burns: 2%; starches, abrasions: 1.9%, infections: 1.3%; dermatitis: 1.2%; dan lain-lain 12.4% (US Department of laboratorium, Bureu of Laboratorium Statistics, 1983). Laporan lainnya yakni di Israel, angka prevalensi cedera punggung tertinggi pada perawat (16.8%) dibandingkan pekerja sektor industri lain. Di Austaralia, diantara 813 perawat, 87% pernah low back pain, prevalensi 42% dan di AS, Insiden cedera musculoskeletal 4.62/100 perawat pertahun, Cedera punggung menghabiskan biaya kompensasi terbesar, yaitu lebih dari 1 miliar \$ pertahun. Khusus di Indonesia, data penelitian sehubungan dengan bahaya-bahaya di RS belum tergambar dengan jelas, namun diyakini bahwa banyak

keluhan-keluhan dari para petugas di RS, sehubungan dengan bahaya-bahaya yang ada di RS.

Selain itu, Gun (1983) memberikan catatan bahwa terdapat beberapa kasus penyakit kronis yang diderita petugas RS, yakni hipertensi, varises, anemia (kebanyakan wanita), penyakit ginjal dan saluran kemih (69 %wanita), dermatitis dan urtikaria 57% (wanita) serta nyeri tulang belakang dan pergeseran diskus invertebrae. Ditambahkan juga bahwa terdapat beberapa kasus penyakit akut yang diderita petugas RS lebih besar 1.5 kali dari petugas atau pekerja lain, yaitu penyakit infeksi dan parasit, saluran pernafasan, saluran cerna dan keluhan lain, seperti sakit telinga, sakit kepala, gangguan saluran kemih, masalah kelahiran anak, gangguan pada saat kehamilan, penyakit kulit dan sistem otot dan tulang rangka.

Dari berbagai potensi bahaya tersebut maka RS Dharma Nugraha memandang perlu untuk penyusunan suatu pedoman Manajemen K3 dalam upaya untuk mengendalikan, meminimalisasi dan bila mungkin meniadakannya, oleh karena itu K3 perlu dikelola secara efektif, efisien dan terpadu dalam penyelenggaraannya.

B. Misi Pelayanan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

Terciptanya kondisi lingkungan Rumah Sakit yang sehat dan terciptanya kualitas pelayanan kesehatan yang aman dan nyaman bagi pengunjung, pasien, dan karyawan RS Dharma Nugraha

C. Tujuan Umum

1. Menciptakan lingkungan RS Dharma Nugraha yang aman, bersih, dan nyaman bagi pengunjung, pasien pekerja, dan karyawan
2. Memelihara keselamatan dan kesehatan karyawan agar sehat selalu dan produktif
3. Menjaga keselamatan dan keamanan para petugas, pasien, tamu, pengunjung serta semua pihak yang berada dalam lingkungan RS Dharma Nugraha agar selalu terlindungi dari akibat pekerjaan-pekerjaan atau sarana yang dapat menimbulkan bahaya
4. Memenerapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SM-K3) secara konsisten dan berkesinambungan

5. Menciptakan lingkungan RS Dharma Nugraha yang bersih, nyaman, dan manfaat bagi pengunjung, pasien pekerja, dan karyawan
6. Memelihara keselamatan dan kesehatan karyawan agar sehat selalu dan produktif
7. Menjaga keselamatan dan keamanan para petugas, pasien, tamu, pengunjung serta semua pihak yang berada dalam lingkungan Rumah Sakit Bunda Jakarta agar selalu terlindungi dari akibat pekerjaan-pekerjaan atau sarana yang dapat menimbulkan bahaya
8. Menerapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SM-K3) secara konsisten dan berkesinambungan

D. Tujuan Khusus

1. Dapat menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Kerja di RS Dharma Nugraha
2. Dapat mengendalikan dan meminimalisasi potensi bahaya-bahaya yang mempengaruhi situasi dan kondisi di RS Dharma Nugraha
3. Dapat meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di RS Dharma Nugraha
4. Dapat meningkatkan pengetahuan bagi pihak manajemen RS Dharma Nugraha dalam pengambilan keputusan dan kebijakan tentang penyelenggaraan K3.
5. Dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan kepada karyawan atau para medis RS Dharma Nugraha tentang penyelenggaraan K3.

E. Ruang Lingkup

Standar K3 mencakup prinsip, program dan kebijakan pelaksanaan K3, standar pelayanan K3, standar sarana, prasarana dan peralatan K3, pengelolaan barang berbahaya, standar sumber daya manusia K3, pembinaan, pengawasan, pencatatan dan pelaporan. Hal ini sama dengan Pedoman Manajemen Fasilitas Keamanan (MFK)

F. Batasan Operasional

a. Kepemimpinan dan perencanaan

- b. Keselamatan**
- c. Keamanan**
- d. Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) dan Limbah**
- e. Proteksi kebakaran**
- f. Peralatan medis**
- g. Sistem utilitas**
- h. Penanganan kedaruratan dan bencana**
- i. Konstruksi dan renovasi**
- j. Pelatihan**

Landasan Hukum

1. Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja
2. Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja (Lembaran Negara RI Tahun 1970 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 2918)
3. Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenaga Kerjaan (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4729)
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4437)
5. Undang-undang No. 32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara RI Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4437)
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 351/Menkes/SK/III/2003 tentang Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan

7. Keputusan Menkes No. 876/Menkes/SK/VIII/2001 tentang pedoman Teknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan lingkungan Rumah Sakit
9. Keputusan Menkes No. 1405/Menkes/SK/XI/2002 tentang Persyaratan kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri
10. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1999 tentang Analisa Mengenai Dampak Lingkungan (Lembaran Negara RI Tahun 1999 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3838)
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3637)
12. Keputusan Menteri Kesehatan No 1128 Tahun 2022 Tentang Standar Akreditasi Nasional
13. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3781)

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Dalam upaya melaksanakan pelayanan K3RS di RS Dharma Nugraha maka diperlukan tenaga yang memiliki kemampuan atau yang telah mendapatkan pelatihan khusus dibidang K3RS. RS Dharma Nugraha merupakan Rumah Sakit dengan tipe C apabila mengacu kepada standar pelayanan K3RS ketersediaan tenaga yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan belum merata, perlu kiranya melakukan kegiatan peningkatan sumber daya yang ada baik itu jumlah maupun kualitas ketenagaan guna melaksanakan program pelayanan K3RS lebih optimal.

Atas dasar tersebut perlu adanya perencanaan SDM, yaitu proses dimana Rumah Sakit berkomitmen pada kebijakan pelayanan K3RS melalui pengembangan kemampuan petugas dibidang K3RS sehingga tujuan pelayanan kesehatan diberikan dapat tercipta pada lingkungan yang aman dan sehat.

Perencanaan bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencapai sasarannya melalui strategi pengembangan kontribusi. Berdasarkan Kepmenkes No. 1087 tahun 2010 tentang kesehatan dan keselamatan kerja bahwa Rumah Sakit dengan tipe D sumber daya manusia dalam melaksanakan program K3RS antara lain:

1. Tenaga Kesehatan Masyarakat S1 minimal 1 orang dan mendapatkan pelatihan khusus yang terakreditasi mengenai K3RS;
2. Dokter umum minimal 1 orang yang sudah melakukan pelatihan hiperkes.
3. Tenaga Kesehatan lainnya yang memiliki sertifikat K3RS
4. Tenaga teknis lainnya yang memiliki sertifikat pelatihan peran pemadam kebakaran.
5. Tenaga teknis lainnya yang memiliki sertifikat pelatihan gas medis
6. Tenaga teknis lainnya yang memiliki sertifikat bekerja diatas ketinggian.

B. Kualifikasi dan distribusi sumber daya manusia

No	Jabatan	Kualifikasi	Jumlah
----	---------	-------------	--------

1	Penanggung jawab	1. S1 Keselamatan dan kesehatan kerja 2. Pelatihan K3RS, AK 3 Umum, manajemen risiko	1
2	Sekretaris	1. D3 teknik informatika 2. Pelatihan K3RS	1
3	Keselamatan	1. SMA 2. Pelatihan kelistrikan	2
4	Keamanan	1. SMA 2. sertifikat garda pratama	2
5	Pengelolaan B3	1. D3 Kesehatan lingkungan 2. Berpengalaman >4 tahun	1
6	Proteksi kebakaran	1. SMA 2. Bersertifikat peran kebakaran tipe D	4
7	Peralatan Medis	1. D3 tehnik elektromedik 2. Berpengalaman	1
8	Sistem utilitas	1. D3 administrasi 2. Berpengalaman > 5 tahun 3. Bersertifikat pelatihan gas medis, peran kebakaran tipe D, pelatihan bekerja di ketinggian	5
9	Penanganan kedaruratan dan bencana	1. SMA 2. Berpengalaman > 3 tahun	3
10	Konstruksi dan renovasi	1. S1 Keselamatan dan kesehatan kerja 2. Pelatihan K3RS, AK 3 Umum, manajemen risiko	1
11	Pelatihan	1. D3 Teknik Informatika	1

C. Pengaturan kegiatan

Pengaturan ketenagakerjaan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) RS Dharma Nugraha berdasarkan pengaturan jadwal sesuai dengan pola shift

- 1. Waktu kerja pelayanan 24 jam (terdiri dari 3 shift)**
- 2. Pengaturan jadwal dinas berdasarakan shif, meliputi**
 - a. Shift pagi : 07:30 – 14:00 Wib**
 - b. Siang : 14:00 – 20:30 Wib**
 - c. Malam : 20:30 – 07: 30 Wib**

BAB III

URAIAN TUGAS MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN KERJA

Manajemen fasilitas dan Keselamatan di RS Dharma Nugraha. Dalam pelaksanaan melibatkan seluruh unsur yang ada di dalam RS Dharma Nugraha sesuai dengan tanggung jawab masing-masing. Namun demikian organisasi dan antar jenjang dalam fungsi serta harus dinyatakan secara jelas dalam uraian tugas.

TUJUAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN:

Tujuan Utama; Memberikan saran dan pertimbangan baik diminta maupun tidak kepada pimpinan rumah sakit mengenai masalah keselamatan dan kesehatan kerja.

Tujuan Khusus:

1. Menghimpun dan mengolah data tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit
2. Membantu menunjukan dan menjelaskan kepada setiap staf rumah sakit dan badan independen:
 - a. Berbagai kegiatan dan faktor bahaya ditempat kerja yang dapat menimbulkan gangguan keselamatan fasilitas, Keamanan fasilitas, pengelolaan bahan dan limbah berbahaya dan beracun, proteksi kebakaran, peralatan medis, sistim utilitas, penanganan kedaruratan dan bencana, konstruksi dan renovasi dan pelatihan.
 - b. Faktor yang dapat mempengaruhi efisiensi dan produktivitas kerja;
 - c. Alat pelindung diri bagi karyawan rumah sakit dan badan independen yang bersangkutan;
 - d. Cara dan sikap yang benar dan aman dalam melaksanakan pekerjaannya;
3. Membantu pimpinan rumah sakit dalam:
 - a. Mengevaluasi cara kerja, proses dan lingkungan kerja;
 - b. Menentukan tindakan koreksi dengan alternatif terbaik;
 - c. Mengembangkan system pengendalian bahaya terhadap keselamatan dan kesehatan kerja;
 - d. Mengevaluasi penyebab timbulnya kecelakaan, penyakit akibat kerja serta mengambil langkah-langkah yang diperlukan;
 - e. Mengembangkan penyuluhan dan penelitian dibidang keselamatan kerja, *hygiene* perusahaan, kesehatan kerja dan ergonomi;

- f. Melaksanakan pemantauan terhadap gizi kerja dan menyelenggarakan makanan diperusahaan;
 - g. Memeriksa kelengkapan peralatan keselamatan kerja;
 - h. Mengembangkan pelayanan kesehatan tenagakerja
 - i. Mengembangkan laboratorium kesehatan dan keselamatan kerja, melakukan pemeriksaan laboratorium dan melaksanakan interpretasi hasil pemeriksaan;
 - j. Menyelenggarakan administrasi keselamatan kerja, higene perusahaan dan kesehatan kerja.
4. Membantu pimpinan rumah sakit menyusun kebijaksanaan manajemen dan pedoman kerja dalam rangka upaya meningkatkan keselamatan kerja, higene perusahaan, kesehatan kerja, ergonomi dan gizi staf rumah sakit dan badan independen.

URAIAN TUGAS MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN:

PELINDUNG

- 1. Bertanggung Jawab atas semua kegiatan MFK di Rumah Sakit Dharma Nugraha
- 2. Berwenang menetapkan Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

PENANGGUNG JAWAB

- 1. Rumah sakit mematuhi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bangunan, prasarana dan peralatan medis rumah sakit..
- 2. Merumuskan kebijakan dan langkah pelaksanaan program-program MFK.
- 3. Mempertanggung-jawabkan pelaksanaan MFK ke Direktur rumah sakit.
- 4. Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program-program MFK di Rumah Sakit Dharma Nugraha
- 5. Menyusun regulasi terkait pelayanan sistem kegiatan MFK di rumah sakit
- 6. Menyusun rencana kerja tahunan antara kaitan pelayanan sistem manajemen MFK di rumah sakit

SEKRETARIS

- 1. Membuat undangan rapat dan notulen.

2. Mengelola administrasi surat-surat MFK.
3. Mencatat data-data yang berhubungan dengan MFK.
4. Memberikan bantuan / saran-saran yang diperlukan oleh masing-masing bidang
5. Membuat laporan

KESELAMATAN

1. Menerapkan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terkait keselamatan di rumah sakit.
2. Membuat laporan kegiatan 6 bulan sekali

KEAMANAN

1. Menerapkan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terkait keamanan di rumah sakit
Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan
2. Membuat laporan kegiatan 6 bulan sekali

PENGELOLAAN BAHAN DAN LIMBAH BERBAHAYA DAN BERACUN

1. Menetapkan dan menerapkan pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3 sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

PROTEKSI KEBAKARAN

1. Rumah sakit menerapkan proses untuk pencegahan, penanggulangan bahaya kebakaran dan penyediaan sarana jalan keluar yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

PERALATAN MEDIS

1. Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pengelolaan peralatan medik.
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

SISTIM UTILITAS

1. Menetapkan dan melaksanakan proses untuk memastikan semua sistem utilitas (sistem pendukung) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas.
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

PENANGANAN KEDARURATAN DAN BENCANA

1. Rumah sakit menerapkan proses penanganan bencana untuk menanggapi bencana yang berpotensi terjadi di wilayah rumah sakit melaporkan kegiatan program kepada ketua Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja tentang program yang telah dilaksanakan
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

KONSTRUKSI DAN RENOVASI

1. Melakukan penilaian risiko prakonstruksi/ *Pre Construction Risk Assessment* (PCRA) pada waktu merencanakan pembangunan baru (proyek konstruksi), renovasi dan pembongkaran.
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

PELATIHAN

1. Melakukan pelatihan kepada staf di rumah sakit dan yang lainnya telah dilatih dan memiliki pengetahuan tentang pengelolaan fasilitas rumah sakit, program keselamatan dan peran mereka dalam memastikan keamanan dan keselamatan fasilitas secara efektif melaporkan kegiatan program kepada penanggung jawab manajemen fasilitas dan keselamatan.
2. Melaporkan kegiatan program kepada sekretaris tentang program yang telah dilaksanakan

BAB IV

STANDAR FASILITAS

1. Keselamatan.

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang unik dan kompleks untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Semakin luas pelayanan kesehatan dan fungsi rumah sakit tersebut, maka akan semakin kompleks peralatan dan fasilitas yang dibutuhkan. Kerumitan tersebut menyebabkan rumah sakit mempunyai potensi bahaya yang sangat besar, tidak hanya bagi pasien dan tenaga medis, tetapi juga pengunjung rumah sakit.

Standar kesehatan dan keselamatan kerja (K3) merupakan pedoman yang dipakai sebagai acuan dalam pelaksanaan pengelolaan K3 sebagaimana tertuang melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit.

Oleh karena itu, sudah seharusnya pihak pengelola rumah sakit menerapkan upaya-upaya K3 di rumah sakit. Selain itu, agar penyelenggaraan K3 rumah sakit lebih efektif, efisien dan terpadu, diperlukan sebuah pedoman manajemen K3 di rumah sakit, baik bagi pengelola maupun karyawan rumah sakit.

Pengelolaan keselamatan RS Dharma Nugraha, meliputi:

- a. Pengelolaan risiko keselamatan di lingkungan rumah sakit secara komprehensif.
- b. Penyediaan fasilitas pendukung yang aman untuk mencegah kecelakaan dan cedera, penyakit akibat kerja, mengurangi bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung.
- c. Pemeriksaan fasilitas dan lingkungan (ronde fasilitas) secara berkala dan dilaporkan sebagai dasar perencanaan anggaran untuk perbaikan, penggantian atau upgrading.

A. IDENTIFIKASI AREA BERISIKO

Dalam upaya meningkatkan keselamatan dan keamanan hal mendasar yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi dan menentukan area-area yang berisiko. Proses identifikasi area berisiko dilakukan berdasarkan:

- **Risiko Tinggi (*High Risk*)**

Salah satu metode untuk menentukan area berisiko atau prioritas area terkait dengan keselamatan dan keamanan adalah berdasarkan penggolongan risiko mulai dari risiko rendah (*low risk*) sampai dengan risiko paling tinggi (*high risk*). Untuk menentukan area yang memiliki

tingkat resiko tinggi hal yang dilakukan adalah menyusun skala risiko dari setiap area pelayanan yang ada diarea RS Dharma Nugraha, kemudian menghitung nilai risiko berdasarkan dampak yang terjadi.

- **Volume Tinggi (*HighVolume*)**

Jumlah volume kerja dari suatu area pelayanan juga dapat mempengaruhi penentuan area berisiko. Semakin tinggi volume pekerjaan dari suatu unit pelayanan maka risiko terhadap keselamatan dan keamanan juga akan semakin tinggi

- **Rawan Masalah (*Problem Prone*)**

Area pelayanan yang rawan akan terjadinya masalah merupakan faktor pendukung untuk menentukan area prioritas. Pelayanan yang rawan masalah biasanya tidak lepas dari jumlah volume kerja atau pelayanan yang tinggi sehingga menimbulkan resiko tinggi

Dari gabungan penghitungan skala risiko area pelayanan maka didapatkan area prioritas yang harus selalu dipantau dan dimonitoring terkait dengan keselamatan.

B. Penyediaan fasilitas pendukung

Untuk meningkatkan keselamatan fasilitas fisik di RS Dharma Nugraha melakukan berbagai upaya dalam menciptakan lingkungan yang aman baik terhadap karyawan, pasien dan pengunjung rumah sakit. Peralatan dan perlengkapan pasien adalah alat atau perlengkapan yang terdapat di lingkungan rumah sakit yang dapat dipergunakan pasien atau pengunjung pada saat darurat atau meminta bantuan kepada perawat. Perlengkapan pasien yang harus dilengkapi di lingkungan rumah sakit diantaranya:

1. Pegangan sepanjang area ruang perawatan.
2. Tangga di RS Dharma Nugraha, yang terdiri dari: 1 tangga dibagian tengah gedung, 2 tangga darurat yang berada di bagian timur dan barat bangunan.
3. Setiap kamar pasien telah tersedia bel (nurse call) yang berfungsi untuk membantu pasien untuk memanggil perawat apabila dibutuhkan. Didalam toilet dilengkapi pula pegangan tangan yang dapat membantu pasien jika mengalami kesulitan untuk berdiri atau duduk waktu mempergunakan toilet.
4. Semua tempat tidur dilengkapi dengan penahan pada tepinya dan khusus untuk tempat tidur anak tersedia dengan penutup lubang (bumper) sehingga kepala anak tidak dapat melewati lubang tersebut.
5. Setiap stop kontak dilengkapi dengan penutup/pengaman di bagian dalam sehingga pasien/pengunjung yang memegangnya akan terlindungi dari aliran listrik.
6. Pemasokan oksigen yang cukup pada tempat-tempat penting.
7. Untuk menjamin tersedianya pasokan oksigen yang cukup, rumah sakit menyediakan tabung oksigen yang secara otomatis terproses untuk penyaluran ke bagian-bagian yang membutuhkan.
8. Dari ruang sentral gas, gas oksigen didistribusikan ke setiap ruangan yang memerlukan oksigen sesuai dengan kebutuhan. RS Dharma Nugraha telah menyediakan mesin penghisap/suction dengan sistem sentralisasi
9. Untuk mendukung dan menjaga kestabilan pasokan listrik RS Dharma Nugraha menyediakan UPS (*Uninterrupted Power System*) untuk menjaga pasokan listrik terutama pada alat-alat medis dan genset sebagai pengganti PLN secara keseluruhan jika PLN mengalami pemadaman atau gangguan.
10. Pemasangan CCTV pada area yang berisiko.

11. Pemasangan *finger print* pada area yang berisiko (seperti bagian perina, Keuangan).
12. Penyediaan Alat Proteksi pemadam kebakaran terkait bahaya kebakaran.
13. Pemasangan simbol atau rambu-rambu pada area berisiko dilingkungan rumah sakit.
14. Sedangkan upaya untuk meningkatkan keselamatan bagi karyawan. Hal-hal yang dilakukan oleh RS Dharma Nugraha adalah:
 - Mengembangkan dan menerapkan kebijakan dan prosedur keselamatan.
 - Menunjuk petugas yang bertanggung jawab dalam memonitoring keselamatan dilingkungan kerja.
 - Mengevaluasi fasilitas fisik baik sarana maupun prasarana rumah sakit.
 - Merencanakan upaya penanganan tanggap darurat di setiap unit pelayanan.
 - Melakukan manajemen risiko di setiap unit pelayanan.

C. Pemeriksaan Fasilitas dan Lingkungan

- a. Seluruh area RS Dharma Nugraha dilakukan kegiatan ronde/monitoring fasilitas keselamatan setiap 2 minggu sekali, dari hasil pemantauan monitoring akan dilakukan pencatatan, identifikasi risiko, perbaikan dan dokumentasi perbaikan.
- b. Pada saat kegiatan konstruksi/renovasi, setiap pekerja wajib didata dan diberi tanda pengenal khusus. Pekerja yang tidak menggunakan tanda pengenal tidak diperbolehkan memasuki area kerja. Perusahaan yang mempekerjakan wajib memberikan data nama pekerja tersebut dan pemutakhiran datanya.
- c. Khusus untuk kamar bayi pada saat kelahiran bayi diberikan identifikasi khusus yang persis sama dengan yang diberikan pada ibunya berupa gelang medis yang dilekatkan pada pergelangan tangan.

PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA FASILITAS FISIK

Fasilitas dan peralatan yang ada di RS Dharma Nugraha dikelola oleh bagian umum terkait pelaksanaan monitoring fasilitas sarana dirumah sakit. Fasilitas fisik seperti sumber listrik, sumber gas dan peralatan lainnya dirancang atau disimpan sedemikian rupa agar aman dan layak untuk difungsikan. Pengelolaan fasilitas fisik dirumah sakit harus menjamin aspek keamanan dan keselamatan baik bagi pasien, pengunjung, maupun karyawan. Upaya dalam menunjang hal tersebut diwujudkan dengan adanya pemantauan secara berkala dan terencana.

Kegiatan pemantauan dilakukan untuk mengurangi dan mengendalikan kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit.

Adapun fasilitas fisik atau peralatan yang telah memiliki sertifikasi di RS Dharma Nugraha adalah sebagai berikut:

1. Peraturan teknis (Pertek) Proses
2. Rincian teknis (Rintek) proses
3. Izin pemakaian instalasi proteksi kebakaran
4. Izin pemakaian motor diesel
5. Izin pemakaian lift
6. Izin penyalur petir
7. Izin instalasi listrik

Proses pencegahan dan perencanaan untuk menciptakan fasilitas pelayanan pasien yang aman, keselamatan di lingkungan rumah sakit sangat penting untuk diperhatikan. Proses pencegahan dan perencanaan dimulai dengan pembuatan program terkait keselamatan khususnya bagi fasilitas fisik, termasuk memonitor dan mengamankan area yang menjadi prioritas terkait keselamatan dan keamanan kerja.

Pelayanan keselamatan dan keamanan kerja di Rumah Sakit Dharma Nugraha dilakukan oleh K3RS berkoordinasi dengan kepala ruang atau penanggung jawab unit pelayanan maupun pihak ketiga yang bekerja sama dengan Rumah Sakit Dharma Nugraha, melalui:

1. Pembinaan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan di Rumah Sakit.
2. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja
3. Pengelolaan, pemeliharaan dan sertifikasi sarana, prasarana pengelolaan, dan peralatan Rumah Sakit.
4. Pengadaan peralatan Keselamatan.

Adapun pelayanan keselamatan meliputi:

1. Perencanaan keselamatan khususnya Fasilitas Fisik

Rumah sakit melakukan perencanaan terhadap fasilitas fisik di rumah sakit, yaitu:

- a. Melakukan identifikasi area yang beresiko keamanan dan keselamatan di rumah sakit.
- b. Melakukan asesmen risiko keamanan dan keselamatan selama setiap ada pembangunan dan renovasi bangunan.
- c. Melakukan pemeriksaan fasilitas fisik secara komprehensif (mencatat semua perabot yang tajam dan rusak, fasilitas yang perlu perbaikan)
- d. Membuat anggaran untuk mengganti sistem, perbaikan fasilitas yang rusak dan ijin.
- e. Melakukan pelaporan dan pelaksanaan kegiatan dan rencana tindak lanjutnya
- f. Edukasi staf terkait dengan keselamatan dan keamanan
- g. Perbaikan fasilitas yang berisiko menimbulkan cedera
- h. Melaksanakan monitoring pelaksanaan program perbaikan fasilitas.

2. Tata Laksana Sistem Keselamatan Fasilitas Fisik

a. Lingkungan Bangunan Rumah Sakit

- 1) Lingkungan bangunan rumah sakit harus mempunyai batas yang jelas, dilengkapi dengan pagar yang kuat dan tidak memungkinkan orang atau binatang peliharaan keluar masuk dengan bebas
- 2) Luas lahan bangunan dan halaman harus disesuaikan dengan luas lahan keseluruhan sehingga tersedia tempat parkir yang memadai dan dilengkapi dengan rambu parkir.
- 3) Lingkungan rumah sakit harus merupakan kawasan bebas rokok
- 4) Lingkungan bangunan rumah sakit harus bebas dari banjir
- 5) Lingkungan bangunan rumah sakit harus dilengkapi penerangan dengan intensitas cahaya yang cukup
- 6) Lingkungan rumah sakit tidak berdebu, tidak becek, dan tidak terdapat genangan air dan dibuat landai menuju ke saluran terbuka atau tertutup, tersedia lubang penerima air masuk dan disesuaikan dengan luas halaman
- 7) Saluran air limbah domestik dan limbah medis harus tertutup dan terpisah, masing-masing dihubungkan langsung dengan instalasi pengolahan limbah
- 8) Ditempat parkir, halaman, ruang tunggu dan tempat-tempat tertentu yang menghasilkan sampah harus disediakan tempat sampah
- 9) Lingkungan, ruang, dan bangunan rumah sakit harus selalu dalam keadaan bersih dan tersedia fasilitas sanitasi secara kualitas dan kuantitas yang memenuhi persyaratan kesehatan, sehingga tidak

memungkinkan sebagai tempat bersarang dan berkembang biaknya serangga, binatang pengerat, dan binatang pengganggu lainnya

b. Konstruksi Bangunan Rumah Sakit

1) Lantai

- a) Lantai ruangan dari bahan yang kuat, kedap air, rata, tidak licin dan mudah dibersihkan dan berwarna terang.
- b) Lantai KM/WC dari bahan yang kuat, kedap air, tidak licin, mudah dibersihkan mempunyai kemiringan yang cukup dan tidak ada genangan air.
- c) Khusus ruang operasi lantai rata, tidak mempunyai pori atau lubang untuk berkembang biaknya bakteri, menggunakan bahan *vynil* anti elektrostatis dan tidak mudah terbakar.

2) Dinding

(Mengacu Kepmenkes No.1204 Tahun 2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit):

- a) Dinding berwarna terang, rata, cat tidak luntur dan tidak mengandung logam berat.
- b) Sudut dinding dengan dinding, dinding dengan lantai, dinding dengan langit-langit, membentuk konus (tidak membentuk siku).
- c) Dinding KM/WC dari bahan kuat dan kedap air.
- d) Permukaan dinding keramik rata, rapih, sisa permukaan keramik dibagi sama ke kanan dan ke kiri.
- e) Khusus ruang radiologi dinding dilapis Pb minimal 2 mm atau setara dinding bata ketebalan 30 cm serta dilengkapi jendela kaca anti radiasi.
- f) Dinding ruang laboratorium dibuat dari porselin atau keramik setinggi 1,5 m dari lantai.

3) Pintu/jendela

- a) Pintu harus cukup tinggi minimal 270 cm dan lebar minimal 120 cm
- b) Pintu dapat dibuka dari luar
- c) Khusus pintu darurat menggunakan pegangan panik (*panic handle*), penutup pintu otomatis (*automatic door closer*) dan membuka ke arah tangga darurat/arah evakuasi dengan bahantahanapi minimal 2 jam
- d) Ambang bawah jendela minimal 1 m dari lantai

- e) Khusus jendela yang berhubungan langsung keluar memakai jeruji
- f) Khusus ruang operasi, pintu terdiri dari dua daun, mudah dibuka tetapi harus dapat menutup sendiri/dipasang penutup pintu (*door close*)
- g) Khusus ruang radiologi, pintu terdiri dari dua daun pintu dan dilapisi Pb minimal 2 mm atau setara dinding bata ketebalan 30 cm dilengkapi dengan lampu merah tanda bahaya radiasi serta dilengkapi jendela kaca anti radiasi

2. Keamanan

Pelayanan dan operasional rumah sakit harus menjamin aspek keamanan baik bagi pasien, pengunjung, maupun karyawan. Upaya dalam menunjang keamanan diwujudkan salah satunya melalui kegiatan manajemen risiko. Permen PU nomor 24 tahun 2008 mengatur bahwa bangunan gedung harus memenuhi persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan serta efisien, serasi dan selaras dengan lingkungannya. Perawatan gedung dan fasilitas yang dilakukan secara rutin akan mencegah terjadinya kerusakan yang lebih parah dan menjamin keselamatan bagi para penghuninya.

Manajemen fasilitas dan keselamatan mencakup adanya rencana kerja, sistem pemeliharaan dan penggantian fasilitas, assessment resiko sampai pada pelaporannya merupakan hal yang perlu dikelola oleh pihak pengelola rumah sakit. Pengetahuan tentang manajemen perawatan dan pemeliharaan bangunan akan sangat membantu tercapainya keamanan dan kenyamanan gedung serta mengurangi resiko terjadinya kecelakaan bagi seluruh penghuni rumah sakit.

Untuk mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku, RS Dharma Nugraha melakukan pemeliharaan dan pemeriksaan secara berkala sebagai bagian dari tanggung jawab untuk mengurangi resiko terhadap pasien, pengunjung maupun karyawan. Penyelenggaraan monitoring lingkungan kerja selain menjadi bagian dari proses manajemen risiko untuk menjalankan fungsi pengawasan juga diharapkan meningkatkan *awareness* atau kewaspadaan karyawan pada umumnya mengenai arti pentingnya keselamatan dan keamanan saat bekerja.

Area Keamanan di Rumah Sakit Dharma Nugraha

Lantai 1

1. Pos Security
2. Laboratorium
3. Radiologi
4. Ruang CCTV
5. Loker
6. Kasir
7. Farmasi
8. IGD
9. Poli rawat jalan
10. Mobil KDO, mobil ambulance
11. Laundry
12. UPSRS
13. Pemulasaran jenazah
14. Parkir kendaraan roda 4 dan roda 2
15. Dapur

Lantai 2

1. CSSD
2. VK
3. Perina
4. OK

Lantai 3

1. Rawat inap
2. Ruang ICU
3. Isolasi

Lantai 4

1. Ranap
2. Ruang Komite
3. IT (server)
4. Roof top

Data CCTV

No	Keterangan	Jumlah
1	Basement	7
2	Lantai 1	6
3	Lantai 2	7
4	Lantai 3	4
5	Lantai 4	0
Jumlah		34

Penempatan pos dan tugas

1. Koordinator lapangan / Komandan regu bertugas :

- Bertanggung jawab dalam setiap regunya dan bertanggung jawab penuh seluruh kegiatan anggota – anggotanya dalam setiap shiftnya
- Melakukan pengawasan area luar dan area dalam secara keseluruhan dengan melakukan patrol berkala.
- Melakukan pengendalian dalam pembagian tugas anggotanya.
- Melakukan kontrol dan mengatur seluruh jalannya kegiatan petugas security sbb :

1) Melakukan identifikasi area yang beresiko terjadi gangguan keamanan, dimana area beresiko dibagi menjadi :

- Resiko kejahatan perorangan
- Resiko kehilangan
- Resiko kerusakan
- Resiko pengrusakan

2) Melakukan kegiatan manajemen resiko keamanan.

- Monitoring CCTV
- Monitoring keamanan pada area renovasi
- Monitoring barang milik pasien di IGD
- Monitoring area ruang anak, usia lanjut, dan pasien yang tidak dapat melindungi diri sendiri.

3) Melaporkan insiden keamanan

- 4) Melaporkan terhadap pelaksanaan program manajemen resiko keamanan.
- e. Melaksanakan tugas satpam
 - Memeriksa
 - Melayani
 - Mengawasi
 - Melaporkan
- f. Menjalankan tugas pokok satpam MENGATUR, MENJAGA, MENGAWAL, PATROLI.
- g. Menyerahkan laporan kegiatan pengamanan sesuai dengan standar yang tercantum dalam program kerja K3RS kepada pengawas sesuai waktu yang telah ditetapkan.
2. Petugas Pos utama melakukan tugas :
 - a. Penjagaan pintu utama dan pengawasan area sekitarnya dan memberikan kartu visitor kepada tamu, keluarga pasien, pengunjung pasien, pekerja kontrak, dan mencatat di buku jurnal.
 - b. Menjalankan pengaturan lalu lintas kendaraan bermotor baik tamu / pengunjung dan karyawan.
 - c. Pemeriksaan kendaraan tamu / pengunjung dan menanyakan maksud serta tujuannya.
 - d. Memberikan pengarahan atau informasi tamu / pengunjung dan serah terima ke petugas lainnya.
 - e. Mencatat setiap kegiatan / kejadian apapun ke dalam buku jurnal.
 - f. Menerima dan menyeleksi setiap barang kiriman atau paket.
 - g. Melakukan pencatatan dan melaporkan setiap kegiatan tugas luar kepada pimpinan.
 - h. Melaporkan secara berkala situasi area pos penjagaan.
 - i. Melakukan pembersihan di area pos utama.
3. Petugas lobby
 - a. Mengatur antrian dengan memberikan nomor antrian.
 - b. melayani tamu / pengunjung dan pasien sesuai maksud dan tujuan.
 - c. Menerima dan mengarahkan tamu untuk mengisi buku tamu, dan memberikan visitor.
 - d. Membantu memberikan edukasi kepada pasien / keluarga pasien pengunjung tentang TATA TERTIB dan aturan di RS Dharma Nugraha.
 - e. Membantu dan mengarahkan pasien disabilitas, geriatric.
 - f. Membantu dalam penulisan form pendaftaran bagi yang memerlukan.
 - g. Mengarahkan pasien dari loket pendaftaran menuju poli.
 - h. Melakukan pengawasan dan melaporkan secara berkala situasi area lobby.
 - i. Mencatat setiap kegiatan / kejadian apapun ke dalam buku jurnal.
4. Petugas poly
 - a. Menerima pasien dari loket dan mengarahkan agar menunggu sebelum di panggil perawat poli.

- b. Membantu dan mengarahkan pasien disabilitas, geriatric.
- c. Membantu mengarahkan pasien ke ruang radiologi.
- d. Membantu mengarahkan pasien ke laboratorium.
- e. Melakukan pengawasan dan melaporkan secara berkala situasi area poli.
- f. Mencatat setiap kegiatan / kejadian apapun ke dalam buku jurnal.

5. Petugas IGD

- a. Kordinasi dengan petugas lobi dalam menerima pasien IGD
- b. Mengatur keluarga pasien yang mengantar pasien IGD.
- c. Melayani pasien CITO dengan kursi roda atau brankar.
- d. Mengatur antrian pasien IGD.
- e. Menjaga barang milik pasien IGD.
- f. Membantu dan mengarahkan mobil ambulans masuk dan keluar area rumah sakit.
- g. Membantu menenangkan keluarga pasien apabila ada yang meninggal atau ada pertikaian.
- h. Melakukan pengawasan dan melaporkan secara berkala situasi area IGD serta pagar / pintu samping.
- i. Mencatat setiap kegiatan / kejadian apapun ke dalam buku jurnal.

6. Petugas rawat inap lantai 3

- a. Kordinasi dengan perawat rawat inap jika ada pasien masuk agar mengarahkan penunggu pasien lapor ke petugas security dan menukar KTP / SIM yang masih berlaku dengan KARTU TUNGGU PASIEN.
- b. Kordinasi dengan perawat rawat inap apabila ada pengunjung diluar jam besuk
- c. Melakukan kontrol ruangan pasien dan melakukan pengecekan jumlah pasien serta keluarga penunggu pasien.
- d. Membantu memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang TATA TERTIB dan aturan di RS Dharma Nugraha.
- e. Mencatat dalam buku jurnal keluar masuknya pasien rawat inap.
- f. Melakukan pengawasan dan melaporkan secara berkala situasi area rawat inap
- g. Mencatat setiap kegiatan / kejadian apapun ke dalam buku jurnal.

7. Petugas VK lantai 2

- a. Kordinasi dengan perawat rawat inap jika ada pasien masuk agar mengarahkan penunggu pasien lapor ke petugas security dan menukar KTP / SIM yang masih berlaku dengan KARTU TUNGGU PASIEN.
- b. Kordinasi dengan perawat VK apabila ada pengunjung diluar jam besuk
- c. Melakukan kontrol ruangan pasien dan melakukan pengecekan jumlah pasien serta keluarga penunggu pasien.
- d. Membantu memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang TATA TERTIB dan aturan di RS

Dharma nugraha.

- e. Mencatat dalam buku jurnal keluar masuknya pasien VK.
- f. Membantu mengarahkan pasien ke laboratorium
- g. Melakukan pengawasan dan melaporkan secara berkala situasi area vk, laboratorium, dan gizi.
- h. Mencatat setiap kegiatan / kejadian apapun ke dalam buku jurnal.

Kegiatan keamanan dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan RS dharma Nugraha, meliputi:

- a. Menjamin lingkungan yang aman dengan memberikan identitas/tanda pengenal (badge nama sementara atau tetap) sesuai dengan regulasi rumah sakit
- b. Melakukan pemeriksaan dan pemantauan keamanan fasilitas dan lingkungan secara berkala dan membuat tindak lanjut perbaikan
- c. Pemantauan pada daerah berisiko keamanan sesuai penilaian risiko di rumah sakit
- d. Melindungi semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit terhadap kekerasan, kejahatan dan ancaman
- e. Menghindari terjadinya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi maupun rumah sakit

1. Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terkait keamanan di rumah sakit

Menjamin lingkungan yang aman dengan memberikan identitas/tanda pengenal (badge nama sementara atau tetap) sesuai dengan regulasi rumah sakit

1. Memberikan VISITOR kepada tamu

Petugas security menanyakan setiap orang yang datang ke RS Dharma Nugraha. Jika ingin bertemu karyawan, petugas bertanya apakah sudah ada janji. Jika sudah petugas menghubungi yang bersangkutan apakah benar ada janji temu dengan seseorang, jika benar petugas mengarahkan untuk mengisi buku tamu dan menukar KTP / SIM yang masih berlaku dengan kartu VISITOR dan mengarahkan ke ruang tunggu.

2. Memberikan VISITOR kepada pekerja kontrak

Pekerja kontrak melapor ke security bahwa ingin mengerjakan pekerjaan di area RS Dharma Nugraha. Petugas security melapor dan menanyakan kepada unit UPSRS

apakah benar ada pekerjaan di area RS Dharma Nugraha. Jika benar ada, petugas security mengarahkan untuk mengisi dokumen IZIN MASUK KERJA dan menukar KTP / SIM yang masih berlaku untuk ditukar dengan VISITOR lalu mengarahkan bertemu UPSRS.

3. Memberikan KARTU TUNGGU PASIEN

Petugas security mengetahui pasien masuk rawat inap. Petugas security memberitahukan kepada perawat agar keluarga pasien (pendamping pasien) melapor kepada petugas security. Setelah melapor, petugas security mendata keluarga pasien (pendamping pasien) dan menjelaskan tentang jam besuk pasien serta menukar KTP / SIM yang masih berlaku dengan KARTU TUNGGU PASIEN.

A. Melakukan pemeriksaan dan pemantauan keamanan fasilitas dan lingkungan secara berkala dan membuat tindak lanjut perbaikan

1. Petugas security memeriksa area RS Dharma Nugraha dengan cara patroli ke setiap lantai dan meminta tanda tangan unit yang bertugas setiap 2 jam sekali secara berkala.
2. Petugas security memantau area dengan CCTV dan menulis uraian kegiatan. Jika ada yang mencurigakan, petugas CCTV melaporkan ke petugas terdekat menggunakan HT agar menanyakan keperluan datang ke RS Dharma Nugraha kepada orang yang dicurigai.
3. KORDINATOR / DANRU security menempatkan petugas security di setiap pos seperti POS UTAMA, LOBBY, IGD, POLY, LANTAI 2, LANTAI 3 dan LANTAI 4

B. Pemantauan pada daerah berisiko keamanan sesuai penilaian risiko di rumah sakit

1. Petugas security memeriksa area RS Dharma Nugraha dengan cara patroli membawa cek list ke setiap daerah yang berisiko keamanan 2 jam sekali secara berkala. Jika ada orang yang sekira lama ditempat, petugas security menanyakan kepada orang tersebut keperluan datang ke RS Dharma Nugraha
2. Petugas security memantau area dengan CCTV dan menulis uraian kegiatan. Jika ada yang mencurigakan, petugas CCTV melaporkan ke petugas terdekat menggunakan HT agar menanyakan keperluan datang ke RS Dharma Nugraha kepada orang yang dicurigai.
3. KORDINATOR / DANRU security menempatkan petugas security di setiap pos seperti

POS UTAMA, LOBBY, IGD, POLY, LANTAI 2, LANTAI 3 dan LANTAI 4

C. Melindungi semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit terhadap kekerasan, kejahatan dan ancaman

1. Petugas security memeriksa area RS Dharma Nugraha dengan cara patroli ke setiap lantai dan meminta tanda tangan unit yang bertugas setiap 2 jam sekali secara berkala.
2. Petugas security memantau area dengan CCTV dan menulis uraian kegiatan. Jika ada yang mencurigakan petugas CCTV melaporkan ke petugas terdekat menggunakan HT agar menanyakan keperluan datang ke RS Dharma Nugraha kepada orang yang dicurigai.
3. KORDINATOR / DANRU security menempatkan petugas security di setiap pos seperti POS UTAMA, LOBBY, IGD, POLY, LANTAI 2, LANTAI 3 dan LANTAI 4

D. Menghindari terjadinya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi maupun rumah sakit

1. Petugas security memeriksa area RS Dharma Nugraha dengan cara patroli membawa FORMULIR PATROLI ke setiap lantai dan meminta tanda tangan unit yang bertugas setiap 2 jam sekali secara berkala serta foto seluruh area RS Dharma Nugraha
2. Petugas security memantau area dengan CCTV dan menulis uraian kegiatan. Jika ada yang mencurigakan, petugas CCTV melaporkan ke petugas terdekat menggunakan HT agar menanyakan keperluan datang ke RS Dharma Nugraha kepada orang yang dicurigai. Jika pengantar pasien, petugas security mengarahkan agar menunggu didepan lobby.
3. KORDINATOR / DANRU security menempatkan petugas security di setiap pos seperti POS UTAMA, LOBBY, IGD, POLY, LANTAI 2, LANTAI 3 dan LANTAI 4

2. Pengkajian risiko secara proaktif terkait keamanan di rumah sakit setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register

LANTAI 1			
NO	Lokasi	Daftar Resiko	Pengendalian Resiko

1	Parkiran	Kerusakan kendaraan	Pengaturan Area Parkir
		Pencurian Helm	Pemasangan CCTV
		Kerusakan property perusahaan	Petugas security patroli area secara berkala
2	Lobby	Kejahatan perorangan	Pemasangan CCTV dan patroli
		Kerusakan property perusahaan	Penempatan petugas security
3	IGD	Kejahatan perorangan	Pemasangan CCTV dan patroli
		Kehilangan barang milik pasien dan karyawan	Penempatan petugas security
4	Poli	Kejahatan perorangan	Pemasangan CCTV dan patroli
		Kehilangan barang milik pasien dan karyawan	Penempatan petugas security
5	UPSRS	Kejahatan perorangan	Petugas security patroli area secara berkala
6	Loundry	Kejahatan perorangan	Petugas security patroli area secara berkala
7	laboratorium	Kejahatan perorangan	Petugas security patroli area secara berkala
8	Gizi	Kejahatan perorangan	Petugas security patroli area secara berkala

LANTAI 2

NO	Lokasi	Daftar Resiko	Pengendalian Resiko
1	VK & perina	Kehilangan barang milik pasien dan karyawan	Penempatan petugas security didepan vk dan perina serta patroli area secara berkala
		Penculikan bayi	
2	OK	Kejahatan perorangan	Petugas security patroli area secara berkala
3	CSSD	Kejahatan perorangan	Petugas security patroli area secara berkala

LANTAI 3

NO	Lokasi	Daftar Resiko	Pengendalian Resiko
----	--------	---------------	---------------------

1	Rawat inap	Pasien kabur	Penguncian Pintu Yang Tidak Terpantau
	ICU	Kekerasan fisik	Penempatan petugas security
	HCU	Kehilangan barang milik pasien dan karyawan	Patroli area secara berkala
LANTAI 4			
NO	Lokasi	Daftar Resiko	Pengendalian Resiko
1	Rawat inap	Pasien kabur	Penguncian Pintu Yang Tidak Terpantau
ROOF TOP			
1	Panel lift	Kejahatan perorangan, pencurian	Petugas security patroli area secara berkala

3. Kajian berdasarkan daftar area yang berisiko keamanan dalam bentuk daftar risiko/risk register

No	Nama ruang	Proses/ produk /alat	Potensi bahaya	Risiko		Nilai	Level risiko
				Proba bility	Dampak		
1	IGD	Pelayanan kepada pasien	Kekerasan, pencurian, huru-hara	3	5	15	Sedang
2	Loket	Pelayanan loket	Kekerasan, pencurian, penipuan	1	5	5	Rendah
3	Farmasi	Pelayanan farmasi	Kekerasan, penipuan, pencurian	1	5	5	Rendah
4	Poli rawat jalan	Pelayanan poli	Kekerasan, penipuan, pencurian	1	5	5	Rendah
5	Radiologi	Pelayanan radiologi	Kekerasan, penipuan, pencurian	1	5	5	Rendah
6	Laundry	Kegiatan laundry	Kekerasan	1	5	5	Rendah
7	UPSRS	Kegiatan UPSRS	Kekerasan	1	5	5	Rendah
8	Laboratorium	Pelayanan laboratorium	Kekerasan, pencurian, penipuan	1	5	5	Rendah
9	Gizi	Pelayanan gizi	Pencurian	1	5	5	Rendah
10	VK, Perina	Pelayanan VK,	Kekerasan,	1	5	5	Rendah

		perina	pencurian, penipuan				
11	CSSD	Kegiatan CSSD	Kekerasan	1	5	5	Tinggi
12	Ok	Pelayanan Ok	Kekerasan	1	1	1	Rendah
13	Ranap, HCU, ICU	Kegiatan pelayanan	Kekerasan, pencurian	1	5	5	Rendah
14	manajemen	Kegiatan manajemen	Kekerasan, pencurian	1	5	5	Rendah

4. Laporan hasil pemberian identitas kepada penunggu pasien, tamu, staf rumah sakit, pegawai kontrak dan semua orang yang bekerja di rumah sakit

DAFTAR KEGIATAN KEAMANAN

No	Nama kegiatan	Jenis kegiatan / Pencatatan	Waktu pelaksanaan
1	Pemantauan CCTV	Melakukan cek list pengamatan CCTV	Setiap hari
2	Patroli amano	Melakukan kontrol area dan koordinasi ke unit-unit	Setiap 2 jam sekali
3	Kontrol pengunjung, tamu, pendamping pasien	Melakukan pencatatan untuk setiap tamu, pendamping, pengunjung pasien	Dilakukan ketika ada tamu, pendamping, pengunjung pasien
4	Safety patrol keamanan	Kegiatan patroli keamanan yang dilakukan oleh penanggung jawab keamanan	Dilakukan 2 minggu sekali
5	Ijin masuk Pekerja	Mengisi form untuk setiap vendor yang akan melakukan perawatan, perbaikan atau renovasi	Kegiatan dilakukan ketika ada vendor.

1. Pemantauan CCTV

CEK LIST PEMANTAUAN CCTV

Bulan:

Nama dan paraf Petugas:

No	Lokasi / Area	Standar	Cara pengecekan	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Minggu 5	Keterangan
Lantai 1									
1	Pos utama/Pintu masuk	Normal	Visual monitor						
2	Pintu IGD	Normal	Visual monitor						
3	UPSRs	Normal	Visual monitor						
4	Lobby utama	Normal	Visual monitor						
5	Depan Lift 1	Normal	Visual monitor						
6	Depan lift 2	Normal	Visual monitor						
7	IGD	Normal	Visual monitor						
8	Parkir motor	Normal	Visual monitor						
9	Poli db dot	Normal	Visual monitor						
Lantai 2									
10	Depan lift 1	Normal	Visual monitor						
11	Depan lift 2	Normal	Visual monitor						
12	Depan laboratorium	Normal	Visual monitor						
13	Vk	Normal	Visual monitor						
14	Perina	Normal	Visual monitor						
Lantai 3									
15	R. VIP	Normal	Visual monitor						
16	Ranap Ns lt 3	Normal	Visual monitor						
17	Depan lift 1	Normal	Visual monitor						
18	Depan lift 2	Normal	Visual monitor						
Lantai 4									
19	R. manajemen	Normal	Visual monitor						
20	Aula	Normal	Visual monitor						
21	Loby lt 4	Normal	Visual monitor						
22	Depan Lift 2	Normal	Visual monitor						
23	Depan lift 1	Normal	Visual monitor						

2. Cek list Patroli amano

FORMULIR PATROLI

HARI :
TANGGAL :
SHIFT :

NO	AREA	JAM	LOKASI	NAMA SECURITY	NAMA UNIT	TTD UNIT	KETERANGAN
1	Lantai 1						
2	Lantai 2						
3	Lantai 3						
4	Lantai 4						

JAKARTA,

KORDINATOR SECURITY

DANRU SECURITY

()

()

3. Buku kontrol kegiatan

4. Safety patrol keamanan

RS DHARMA NUGRAHA

CHECK LIST SAFETY PATROL KEAMANAN

Satuan Kerja : Keamanan

Tanggal :

Ruang : lantai 1 - 4

Pemeriksa :

Katagori Keamanan Lingkungan		Isu Keamanan Lingkungan	Hasil Observasi / Komentar	lokasi	Ruangan	Paraf
1.	Elektrikal	Box listrik yg hilang atau rusak	Baik/tidak			
		Kondisi kabel yang digunakan	Baik/tidak			
		Kondisi Penempatan alat elektrik	Baik/tidak			
		Sambungan alat listrik dekat air	Baik/tidak			
		Sumber listrik jauh dari wastafel, air, cairan kimia	Baik/tidak			
		Alat listrik / elektrik yg rusak diberi tanda	Baik/tidak			
		Ada Bukti pemeliharaan	Baik/tidak			
		Stop kontak listrik tidak aman / tidak ada penutup / pengaman	Baik/tidak			
2.	Pemantauan CCTV	Kondisi CCTV semua nyala	Baik/tidak			
		Laporan Kegiatan pemantauan CCTV	Baik/tidak			
3.	Engineering / Kelengkapan sarana	Kondisi dinding / tembok	Baik/tidak			
		Kondisi pintu/jendela	Baik/tidak			
		Kondisi lantai / keramik	Baik/tidak			
		Kondisi Plafon / Atap	Baik/tidak			

		Kondisi lampu / Penerangan	Baik/tidak			
		Kondisi sirkulasi udara ruangan	Baik/tidak			
4.	Trips & falls	Kondisi Penutup lantai (karpet / keset, dll)	Baik/tidak			
		Kondisi jalur perkabelan	Baik/tidak			
		Kondisi penempatan alat dan barang	Baik/tidak			
		Kondisi Anak tangga	Baik/tidak			
		Kondisi jalur ramp	Baik/tidak			
		Kondisi jalur pendestrian	Baik/tidak			
5.	Security	Staf tidak memakai Tanda Pengenal	Baik/tidak			
		Pengunjung atau keluarga pasien yg menunggu tidak pakai tanda pengenal	Baik/tidak			
		Perangkat keamanan untuk masuk rusak	Baik/tidak			
		Perangkat Keamanan pengamatan (CCTV)	Baik/tidak			
		Kunci tergantung dipintu	Baik/tidak			
		Barang berharga pasien tidak terdata	Baik/tidak			
		Informasi medikal record dijaga dengan aman	Aman/Tidak aman			
6.	Kegiatan Konstruksi – Pembangunan / Renovasi (jika ada renovasi)	Jalur keluar masuk ke lokasi renovasi / pembangunan tidak terkontrol	Tidak/ada renovasi			
		Tidak Ada / Ada larangan merokok di area pembangunan dan renovasi	Tidak/ada renovasi			

		Tidak ada alat pemadam api sederhana (APAR)	Tidak/ada renovasi			
		Ada sosialisasi dari pihak kontraktor ke pekerja	Tidak/ada renovasi			
		Jaringan kabel / saluran air / limbah tidak diberikan tanda pada area pembangunan / renovasi.	Tidak/ada renovasi			
		Tidak ada pembatas area (Pagar) antara proses pembangunan/renovasi dengan lokasi area kerja	Tidak/ada renovasi			
		Kontraktor menyediakan APD bagi pekerja	Tidak/ada renovasi			

Dibuat oleh

Sub Komite Keamanan

Supriyono

5. Ijin Masuk Pekerja

3. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan beracun

PENGELOLAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

a) Inventarisasi B3 serta limbahnya yang meliputi jenis, jumlah, simbol dan lokasi

Setelah bahan kimia diterima dari supplier, langkah selanjutnya yang perlu dilakukan adalah mengidentifikasi atau menginventarisasi B3 dengan melakukan pemeriksaan tiap bahan kimia tersebut apakah termasuk dalam daftar atau golongan B3 sesuai dengan MSDS. Proses inventarisasi bahan kimia dilakukan oleh instalasi pengguna bahan kimia, hasil dari inventarisasi bahan kimia diserahkan ke unit kesehatan lingkungan sebagai dokumentasi terkait daftar penggunaan bahan kimia yang digunakan di RS Dharma Nugraha. Berdasarkan Peraturan Pemerintahan No. 74 tahun 2001 tentang pengelolaan B3, karakteristik bahan kimia berbahaya adalah sebagai berikut :

- Mudah meledak (explosive)
- Pengoksidasi (oxidizing)
- Sangat mudah sekali menyala (extremely flammable)
- Sangat mudah menyala (highly flammable)
- Mudah menyala (flammable)
- Amat sangat beracun (extremely toxic)
- Sangat beracun (highly toxic)
- Beracun (moderately toxic)
- Berbahaya (harmful)
- Korosif (corrosive)
- Bersifat iritasi (irritant)
- Berbahaya bagi lingkungan (dangerous to the environment)
- Karsinogenik (carcinogenic)
- Teratogenik (teratogenic)
- Mutagenik (mutagenic)

b) Penanganan, penyimpanan dan penggunaan B3 serta limbahnya

Pengelolaan limbah B3 dari fasilitas pelayanan kesehatan dimaksudkan agar Limbah B3 yang dihasilkan sesedikit mungkin dan bahkan diusahakan sampai nol, yang dilakukan dengan cara mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun. Limbah yang dihasilkan dari fasilitas pelayanan kesehatan meliputi limbah padat, limbah cair, dan limbah gas, yang meliputi limbah :

- 1) dengan karakteristik infeksius;
- 2) benda tajam;
- 3) patologis;
- 4) bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan;
- 5) radioaktif;
- 6) farmasi;
- 7) sitotoksik;
- 8) peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi; dan tabung gas atau kontainer bertekanan.

Termasuk dalam kelompok limbah infeksius yaitu:

- 1) Darah dan cairan tubuh
- 2) Limbah laboratorium yang bersifat infeksius
- 3) Limbah yang berasal dari kegiatan isolasi,

Limbah infeksius berupa darah dan cairan tubuh meliputi:

- 1) Darah atau produk darah:
 - a) serum
 - b) plasma, dan
 - c) komponen darah lainnya.
- 2) Cairan tubuh;
 - a) semen,
 - b) sekresi vagina,
 - c) cairan serebrospinal,
 - d) cairan pleural,
 - e) cairan peritoneal,
 - f) cairan perikardial,
 - g) cairan amniotik, dan
 - h) cairan tubuh lainnya yang terkontaminasi darah.

Tidak termasuk dalam kelompok cairan tubuh yaitu:

- 1) urin, kecuali terdapat darah,
- 2) feses, kecuali terdapat darah, dan

3) muntah, kecuali terdapat darah.

Limbah benda tajam merupakan limbah yang dapat menusuk dan/atau menimbulkan luka dan telah mengalami kontak dengan agen penyebab infeksi, antara lain ;

- 1) jarum hipodermis;
- 2) jarum intravena;
- 3) vial;
- 4) lanset (lancet);
- 5) siringe;
- 6) pipet pasteur;
- 7) kaca preparat;
- 8) skalpel;
- 9) pisau; dan
- 10) kaca

Penanganan limbah B3 rumah sakit dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Prinsip pengelolaan limbah B3 rumah sakit, dilakukan upaya sebagai berikut:

- 1) Identifikasi jenis limbah B3 dilakukan dengan cara:
 - a. Identifikasi dilakukan oleh unit kerja kesehatan lingkungan dengan melibatkan unit penghasil limbah di rumah sakit.
 - b. Limbah B3 yang diidentifikasi meliputi jenis limbah, karakteristik, sumber, volume yang dihasilkan, cara pewadahan, cara pengangkutan dan cara penyimpanan serta cara pengolahan.
 - c. Hasil pelaksanaan identifikasi dilakukan pendokumentasian
- 2) Tahapan penanganan pewadahan dan pengangkutan limbah B3 di ruangan sumber, dilakukan dengan cara:
 - a. Tahapan penanganan pewadahan limbah B3
Prinsip dasar penanganan (handling) limbah medis antara lain:
 1. Limbah harus diletakkan dalam wadah atau kantong sesuai kategori Limbah.
 2. Volume paling tinggi Limbah yang dimasukkan ke dalam wadah atau kantong Limbah adalah 3/4 (tiga per empat) Limbah dari volume, sebelum ditutup secara aman dan dilakukan pengelolaan selanjutnya.

3. Penanganan (handling) Limbah harus dilakukan dengan hati-hati untuk menghindari tertusuk benda tajam, apabila Limbah benda tajam tidak dibuang dalam wadah atau kantong Limbah sesuai kelompok Limbah.
4. Pemadatan atau penekanan Limbah dalam wadah atau kantong Limbah dengan tangan atau kaki harus dihindari secara mutlak.
5. Penanganan Limbah secara manual harus dihindari. Apabila hal tersebut harus dilakukan, bagian atas kantong Limbah harus tertutup dan penangannya sejauh mungkin dari tubuh.
6. Penggunaan wadah atau kantong Limbah ganda harus dilakukan, apabila wadah atau kantong limbah bocor, robek atau tidak tertutup sempurna.

Khusus untuk limbah B3 tumpahan di lantai atau di permukaan lain di ruangan seperti tumpahan darah dan cairan tubuh, tumpahan cairan bahan kimia berbahaya, tumpahan cairan mercury dari alat kesehatan dan tumpahan sitotoksik harus dibersihkan menggunakan perangkat alat pembersih (spill kit) atau dengan alat dan metode pembersihan lain yang memenuhi syarat. Hasil pembersihan limbah B3 tersebut ditempatkan pada wadah khusus dan penanganan selanjutnya diperlakukan sebagai limbah B3, serta dilakukan pencatatan dan pelaporan kepada unit kerja terkait di rumah sakit.

Perangkat alat pembersih (spill kit) atau alat metode pembersih lain untuk limbah B3 harus selalu disiapkan di ruangan sumber dan dilengkapi cara penggunaan dan data keamanan bahan (MSDS).

Pewadahan limbah B3 di ruangan sumber sebelum dibawa ke TPS Limbah B3 harus ditempatkan pada tempat/wadah khusus yang kuat dan anti karat dan kedap air, terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan, dilengkapi penutup, dilengkapi dengan simbol B3, dan diletakkan pada tempat yang jauh dari jangkauan orang umum.

- a. Pengangkutan limbah B3 dari ruangan sumber ke TPS limbah B3 harus menggunakan kereta angkut khusus berbahan kedap air, mudah dibersihkan, dilengkapi penutup, tahan karat dan bocor. Pengangkutan limbah tersebut menggunakan jalur (jalan) khusus yang jauh dari kepadatan orang di ruangan rumah sakit.
- b. Pengangkutan limbah B3 dari ruangan sumber ke TPS dilakukan oleh petugas yang sudah mendapatkan pelatihan penanganan limbah B3 dan petugas harus menggunakan pakaian dan alat pelindung diri yang memadai.

- 3) Bangunan TPS di rumah sakit harus memenuhi persyaratan, yaitu ;
1. Lantai kedap (impermeable), berlantai beton atau semen dengan sistem drainase yang baik, serta mudah dibersihkan dan dilakukan desinfeksi
 2. Tersedia sumber air atau kran air untuk pembersihan.
 3. Mudah diakses untuk penyimpanan limbah.
 4. Dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan.
 5. Mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan atau mengangkut limbah
 6. Terlindungi dari sinar matahari, hujan, angin kencang, banjir, dan faktor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja.
 7. Tidak dapat diakses oleh hewan, serangga, dan burung
 8. Dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik dan memadai
 9. Berjarak jauh dari tempat penyimpanan atau penyiapan makanan
 10. Peralatan pembersihan, pakaian pelindung, dan wadah atau kantong limbah harus diletakkan sedekat mungkin dengan lokasi fasilitas penyimpanan
 11. Dinding, lantai, dan langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih, termasuk pembersihan lantai setiap hari.
- 4) Pemilahan limbah B3 di rumah sakit, dilakukan di TPS limbah B3 dengan cara antara lain:
- a. Memisahkan Limbah B3 berdasarkan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik Limbah B3.
 - b. Mewadahi Limbah B3 sesuai kelompok Limbah B3. Wadah Limbah B3 dilengkapi dengan palet.
- 5) Penyimpanan sementara limbah B3 dilakukan dengan cara:
- a. Cara penyimpanan limbah B3 harus dilengkapi dengan SPO dan dapat dilakukan pemutakhiran/revisi bila diperlukan.
 - b. Penyimpanan sementara limbah B3 di rumah sakit harus ditempatkan di TPS Limbah B3 sebelum dilakukan pengangkutan, pengolahan dan atau penimbunan limbah B3.
 - c. Penyimpanan limbah B3 menggunakan wadah/tempat/kontainer limbah B3 dengan desain dan bahan sesuai kelompok atau karakteristik limbah B3.
 - d. Penggunaan warna pada setiap kemasan dan/atau wadah Limbah sesuai karakteristik Limbah B3. Warna kemasan dan/atau wadah limbah B3 tersebut adalah:

- Merah, untuk limbah radioaktif;
- Kuning, untuk limbah infeksius dan limbah patologis;
- Ungu, untuk limbah sitotoksik; dan
- Cokelat, untuk limbah bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, dan limbah farmasi.
- Safety box, untuk limbah benda tajam dan jarum

e. Pemberian simbol dan label limbah B3 pada setiap kemasan dan/atau wadah Limbah B3 sesuai karakteristik Limbah B3. Simbol pada kemasan dan/atau wadah Limbah B3 tersebut adalah:

- Radioaktif, untuk Limbah radioaktif;
- Infeksius, untuk Limbah infeksius; dan
- Sitotoksik, untuk Limbah sitotoksik.
- Toksik/flammable/campuran/sesuai dengan bahayanya untuk limbah bahan kimia.
- Safety box, untuk limbah benda tajam dan jarum

6) Lamanya penyimpanan limbah B3 untuk jenis limbah dengan karakteristik infeksius, benda tajam dan patologis di rumah sakit sebelum dilakukan Pengangkutan Limbah B3, Pengolahan Limbah B3, dan/atau Penimbunan Limbah B3, harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Limbah infeksius, benda tajam, dan/atau patologis tidak boleh disimpan lebih dari 2 (dua) hari untuk menghindari pertumbuhan bakteri, putrefaksi, dan bau. Apabila disimpan lebih dari 2 (dua) hari, limbah harus dilakukan desinfeksi kimiawi atau disimpan dalam refrigerator atau pendingin pada suhu 0°C (nol derajat celsius) atau lebih rendah dalam waktu sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari
- b. Limbah medis kategori infeksius, patologis, benda tajam dapat disimpan pada TPS dengan suhu 3 sampai dengan 8°C (delapan derajat celsius) dalam waktu sampai dengan 7 (tujuh) hari.

Sedang untuk limbah B3 bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, radioaktif, farmasi, sitotoksik, peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi, dan tabung gas atau kontainer bertekanan, dapat disimpan di tempat penyimpanan Limbah B3 dengan ketentuan paling lama sebagai berikut :

- a. 90 (sembilan puluh) hari, untuk Limbah B3 yang dihasilkan sebesar 50 kg (lima puluh kilogram) per hari atau lebih; atau

- b. 180 (seratus delapan puluh) hari, untuk Limbah B3 yang dihasilkan kurang dari 50 kg (lima puluh kilogram) per hari untuk Limbah B3 kategori 1, sejak Limbah B3 dihasilkan.

7) Pengangkutan limbah B3 dilakukan dengan cara:

- a. Pengangkutan limbah B3 keluar rumah sakit dilaksanakan apabila tahap pengolahan limbah B3 diserahkan kepada pihak pengolah atau penimbun limbah B3 dengan pengangkutan menggunakan jasa pengangkutan limbah B3 (transporter limbah B3)
- b. Cara pengangkutan limbah B3 harus dilengkapi dengan SPO dan dapat dilakukan pemutakhiran secara berkala dan berkesinambungan
- c. Pengangkutan limbah B3 harus dilengkapi dengan perjanjian kerjasama secara three parted yang ditandatangani oleh pimpinan dari pihak rumah sakit, pihak pengangkut limbah B3 dan pengolah atau penimbun limbah B3
- d. Rumah sakit harus memastikan bahwa:
 - Pihak pengangkut dan pengolah atau penimbun limbah B3 memiliki perizinan yang lengkap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Izin yang dimiliki oleh pengolah maupun pengangkut harus sesuai dengan jenis limbah yang dapat diolah/diangkut.
 - Jenis kendaraan dan nomor polisi kendaraan pengangkut limbah B3 yang digunakan pihak pengangkut limbah B3 harus sesuai dengan yang tercantum dalam perizinan pengangkutan limbah B3 yang dimiliki.
 - Setiap pengiriman limbah B3 dari rumah sakit ke pihak pengolah atau penimbun, harus disertakan manifest limbah B3 yang ditandatangani dan stempel oleh pihak rumah sakit, pihak pengangkut dan pihak pengolah/penimbun limbah B3 dan diarsip oleh pihak rumah sakit.
 - Ditetapkan jadwal tetap pengangkutan limbah B3 oleh pihak pengangkut limbah B3.
 - Kendaraan angkut limbah B3 yang digunakan layak pakai, dilengkapi simbol limbah B3 dan nama pihak pengangkut limbah B3

8) Pengolahan limbah B3 memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Pengolahan limbah B3 di rumah sakit dilaksanakan secara eksternal:
Pengolahan secara eksternal dilakukan melalui kerja sama dengan pihak pengolah atau penimbun limbah B3 yang telah memiliki ijin.

Rumah Sakit (penghasil) wajib bekerja sama dengan tiga pihak yakni pengolah dan pengangkut yang dilakukan secara terintegrasi dengan pengangkut yang dituangkan dalam satu nota kesepakatan antara rumah sakit, pengolah, dan pengangkut. Nota kesepakatan memuat tentang hal-hal yang wajib dilaksanakan dan sanksi bila kesepakatan tersebut tidak dilaksanakan sekurang-kurangnya memuat tentang:

- (1) Frekuensi pengangkutan
 - (2) Lokasi pengambilan limbah padat
 - (3) Jenis limbah yang diserahkan kepada pihak pengolah, sehingga perlu dipastikan jenis limbah yang dapat diolah oleh pengolah sesuai izin yang dimiliki
 - (4) Pihak pengolah dan pengangkut mencantumkan nomor dan waktu kadaluarsa izinnya
 - (5) Pihak pengangkut mencantumkan nomor izin, nomor polisi kendaraan yang akan digunakan oleh pengangkut, dapat dicantumkan lebih dari 1 (satu) kendaraan
 - (6) Besaran biaya yang dibebankan kepada rumah sakit
 - (7) Sanksi bila salah satu pihak tidak memenuhi kesepakatan
 - (8) Langkah-langkah pengecualian bila terjadi kondisi tidak biasa
 - (9) Hal-hal lain yang dianggap perlu disepakati agar tidak terjadi perbuatan yang bertentangan dengan peraturan.
- Sebelum melakukan kesepakatan, rumah sakit harus memastikan bahwa:
 - Pihak pengangkut dan pengolah atau penimbun limbah B3 memiliki perizinan yang lengkap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Izin yang dimiliki oleh pengolah maupun pengangkut harus sesuai dengan jenis limbah yang dapat diolah/diangkut.
 - Jenis kendaraan dan nomor polisi kendaraan pengangkut limbah B3 yang digunakan pihak pengangkut limbah B3 harus sesuai dengan yang tercantum dalam perizinan pengangkutan limbah B3 yang dimiliki.
 - Setiap pengiriman limbah B3 dari rumah sakit ke pihak pengolah atau penimbun, harus disertakan manifest limbah B3 yang ditandatangani dan stempel oleh pihak rumah sakit, pihak pengangkut dan pihak pengolah/penimbun limbah B3 dan diarsip oleh pihak rumah sakit.
 - Kendaraan angkut limbah B3 yang digunakan layak pakai, dilengkapi simbol limbah B3 dan nama pihak pengangkut limbah B3.

c) Penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan dan prosedur bila terjadi tumpahan


Bahan dan limbah Bahan Berbahaya Beracun (B3) berpotensi menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Sesuai dengan UU Depnaker RI No.1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, maka setiap rumah sakit harus menyediakan peralatan pelindung diri yang digunakan secara benar disertai prosedur tertulis cara penggunaannya serta dipelihara dalam kondisi layak pakai. Pimpinan Rumah Sakit menetapkan secara tertulis jenis dan jumlah alat pelindung diri yang harus ada dirumah sakit, dimana dan pada saat apa dipergunakan serta siapa yang mempergunakan alat pelindung diri tersebut.

Jenis Alat Pelindung Diri (APD) yang digunakan di tiap instalasi / unit kerja cukup banyak jenisnya, diantaranya :


1. Masker
2. Sepatu boot
3. Sarung tangan
4. Kacamata (google)
5. Helmet
6. Ear muff / ear plug
7. Clemek, apron
8. Jas lab
9. Baju operasi





Tiap instalasi / unit kerja yang mempunyai resiko terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD). Jenis Alat Pelindung Diri (APD) menurut tempat kerja disajikan pada tabel Jenis Alat Pelindung Diri (APD) di Rumah Sakit

Tabel ; Jenis Alat Pelindung Diri (APD) di Rumah Sakit

No	Jenis APD	Instalasi / Unit	Resiko Bahaya	Gambar
1	Masker	Farmasi Perawatan	Debu Penularan penyakit	

		Ruang Operasi Laboratorium Kesehatan Lingkungan	Pestisida	
2	Sepatu Boot	Kebersihan Juru Masak	Terpleset, tertusuk benda tajam, kejatuhan benda	
3	Sarung Tangan	Perawat Laboratorium Dokter	Iritasi kulit Penularan penyakit	
4	Kacamata	IPSRS Ruang Operasi	Cahaya pijar las Penularan kuman	
5	Helm	Pengawas Bangunan	Kejatuhan benda	

6	Ear Muff / Ear Plug	IPSRS	Intensitas bising	

7	Celemek	Dapur	Tumpahan minyak	
8	Jas Laboratorium	Laboratorium	Percikan specimen laboratorium	
9	Baju Operasi	Ruang Operasi	Percikan darah Kontaminasi kuman	
10	Apron	Radiologi	Paparan sinar radiasi	

--	--	--	--	--

d) Pelatihan yang dibutuhkan oleh staf yang menangani B3

Semua staf yang menangani B3 dan limbah nya diberikan pelatihan sebagai pembekalan dan untuk memberikan pengetahuan tentang B3 dan limbah nya di rumah sakit dan cara penanganan tumpahan B3 di rumah Sakit yang dilakukan setiap tahun.

e) Pemberian label/rambu-rambu pada B3 dan limbah nya

Penyimpanan bahan berbahaya diwajibkan untuk :

- Memiliki tempat khusus dan terpisah dari barang-barang yang mudah menghasilkan percikan api
- Tempat penyimpanan bahan berbahaya dikelompokkan berdasarkan sifat dari bahan berbahaya tersebut dan ketentuan penyimpanan berdasarkan MSDS dari bahan berbahaya.
- Penyimpanan bahan berbahaya diberi atau dipasang simbol sesuai dengan karakteristik bahan berbahaya

Adapun ketentuan pemasangan simbol bahan berbahaya sesuai dengan sifatnya adalah sebagai berikut :

- Sifat mudah meledak (explosive)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar bom meledak (explosive) berwarna hitam.

2) Sifat pengoksidasi (oxidizing)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Gambar simbol berupa gambar nyala api berwarna putih dan hitam.

3) Sifat mudah menyala (flammable)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Gambar simbol berupa gambar nyala api berwarna putih dan hitam.

4) Sifat beracun (toxic)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar tengkorak dan tulang bersilang.



5) Sifat berbahaya (harmful)

Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar silang berwarna hitam.

6) Sifat iritasi (irritant)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar tanda seru berwarna hitam.



7) Sifat korosif (corrosive)

Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol terdiri dari 2 gambar yang tertetesi cairan korosif.

8) Sifat berbahaya bagi lingkungan (dangerous for environment)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar pohon dan media lingkungan berwarna hitam serta ikan berwarna putih.

9) Simbol untuk B3 klasifikasi bersifat karsinogenik, teratogenic dan mutagenic



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar kepala dan dada manusia berwarna hitam dengan gambar menyerupai bintang segi enam berwarna putih pada dada.

10) Sifat bahaya lain berupa gas bertekanan (pressure gas)



Warna dasar putih dengan garis tepi tebal berwarna merah. Simbol berupa gambar tabung gas silinder berwarna hitam.

f) Pelaporan dan investigasi dari tumpahan, eksposur (terpapar) limbah B3

Tumpahan pada area kerja harus dibersihkan karena dapat menyebabkan kecelakaan akibat kontak dengan bahan tumpahan. Kecelakaan yang ditimbulkan antara lain : keracunan akibat menghirup uap bahan tersebut, korosif dan dapat menimbulkan kebakaran dan ledakan jika bereaksi dengan bahan-bahan mudah terbakar serta menyebabkan kontaminasi oleh mikroba.

Penanganan tumpahan bahan berbahaya ditangani dengan seperangkat alat yang disebut Spill Kit. Adapun ketentuan dalam menangani tumpahan bahan berbahaya menggunakan Spill Kit adalah sebagai berikut :

1. Petugas yang menumpahkan bahan berbahaya menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)

2. Pasang area yang terkena dengan papan peringatan (warning sign)
3. Lokalisir area dengan pasir agar cairan tidak meluas atau melebar.
4. Lihat cara penanganan bahan berbahaya di Materials Safety Data Sheet (MSDS), jika berupa cairan kimia berbahaya ditangani sesuai dengan MSDS.
5. Taburi tumpahan bahan berbahaya tersebut dengan pasir secara keseluruhan hingga cairan tersebut tertutup pasir, diamkan sampai pasir meresap.
6. Sapu pasir tersebut dengan sapu dan serokan kecil dan masukkan dalam plastik kuning
7. Desinfektan area bekas tumpahan dan keringkan dengan menggunakan tissue.
8. Masukkan tissue, masker, dan handscoon ke dalam plastik kuning
9. Beri label plastik kuning tersebut, tulis tanggal, jenis tumpahan, dan ruangan.
10. Tulis pada Formulir Penanganan Ceceran dan Tumpahan, laporkan pada Tim K3RS.

Apabila terjadi tumpahan yang luar biasa, penanganan tumpahan bahan berbahaya dilakukan dengan cara netralisasi. Netralisasi dapat menggunakan basa (soda ash/lime) untuk tumpahan yang bersifat asam dan larutan asam asetat untuk tumpahan yang bersifat basa. Bahan yang paling umum digunakan untuk keadaan darurat apabila terjadi tumpahan adalah pasir, tanah, natrium karbonat dan kapur.

Bekas tumpahan bahan kimia di area kerja dapat dibersihkan dengan air atau pembersih lainnya. Tetapi untuk penanganan yang lebih tepat dapat dilihat di dalam MSDS.

Adapun penanganan bila terpapar langsung oleh tumpahan B3 adalah sebagai berikut:

1. Membawa segera pekerja yang terkontaminasi menuju sumber air terdekat dan lepaskan seluruh pakaian yang menutup bagian yang terkontaminasi
2. Basahi dengan air bagian yang terkena kontaminasi tumpahan bahan kimia (apabila terkena di bagian mata, bersihkan segera mata dengan air mengalir di eye washer selama 15-20 menit)
3. Bawalah pekerja tersebut ke IGD untuk tindakan lebih lanjut
4. Laporkan kejadian kecelakaan kerja ke komite K3RS melalui perawat IGD

g) Pelaporan dan Investigasi Tumpahan Bahan dan Limbah Berbahaya

Sistem pelaporan dan investigasi bila terjadi tumpahan dan kecelakaan akibat bahan berbahaya merupakan salah satu bentuk upaya dalam penanggulangan terhadap bencana

yang mengancam keselamatan karyawan di RS Dharma Nugraha. Pelaporan dilakukan dengan cara mengisi Formulir Penanganan Ceceran dan Tumpahan serta Formulir laporan kecelakaan kerja yang telah tersedia di IGD/K3RS/Unit Pelayanan yang menyimpan bahan berbahaya. Hasil pelaporan tumpahan bahan berbahaya kemudian diserahkan ke tim K3RS untuk di inventarisasikan dan di tindaklanjuti **Dokumentasi, izin, lisensi dan persyaratan lainnya**

Pendokumentasian bahan berbahaya beracun serta limbah B3 meliputi perijinan baik pengadaan bahan berbahaya beracun, izin penyimpanan sementara serta pemusnahan limbah bahan berbahaya beracun.

Untuk pendokumentasian penyimpanan limbah B3 di catat dan dikelola oleh PJ Unit Kesehatan Lingkungan di bawah pengawasan Kepala Satuan Pelaksana Penunjang Medis. Pendokumentasian penyimpanan limbah bahan berbahaya beracun mencakup :

1. Pencatatan jumlah limbah bahan berbahaya beracun yang disimpan dalam TPS Limbah B3
2. Perijinan penyimpanan sementara limbah bahan berbahaya beracun
3. Pengarsipan manifest limbah bahan berbahaya beracun
4. Sertifikasi uji emisi incinerator pemusnah limbah
5. Sertifikasi mutu pihak pemusnah limbah
6. Perijinan transportasi transporter

h) Pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (supplier)

Pengadaan bahan berbahaya beracun di RS Dharma Nugraha merupakan bagian dari kegiatan farmasi. Proses pengadaan Pengelolaan kebutuhan penggunaan bahan kimia berbahaya di RS Dharma Nugraha diperoleh dari instalasi laboratorium dan instalasi farmasi. Proses permintaan bahan kimia tersebut dilakukan dengan cara memasukkan data bahan kimia yang dibutuhkan ke dalam rencana kebutuhan barang unit. Setelah permintaan dilakukan, pihak pengadaan akan menghubungi supplier terkait pengadaan bahan kimia. Pada proses pengadaan, pihak logistik farmasi harus menekankan kepada supplier agar melampirkan MSDS bahan berbahaya saat pengiriman.

4. Proteksi kebakaran

Rumah Sakit dalam melaksanakan kegiatannya selalu menggunakan berbagai macam material yang berbeda jenis baik itu berupa material padat, cair maupun

gas. Setiap material yang digunakan mempunyai sifat dan karakteristik yang berbeda – beda terkait dengan responsivitasnya terhadap sumber panas.

Material yang memiliki sifat dan karakteristik oksidatif, mudah terbakar, mudah meledak dan memiliki kompresi atau tekanan harus disimpan dan digunakan secara benar. Material dengan sifat dan karakteristik semacam itu biasanya sangat responsive terhadap sumber panas.

Penggunaan berbagai macam material yang responsif terhadap sumber panas dapat menyebabkan timbulnya api yang jika dibiarkan akan menimbulkan insiden kebakaran dan berdampak buruk bagi Rumah Sakit.

A. Latar Belakang

Penggunaan material yang sensitif terhadap sumber panas memerlukan penanganan yang aman dan benar untuk menghindarkan terjadinya resiko kebakaran. Untuk dapat melakukan penanganan yang aman dan benar terhadap material tersebut, Rumah Sakit harus melakukan identifikasi resiko dan harus dapat meminimalkan resiko yang mungkin terjadi terkait dengan material tersebut diatas.

Tidak mungkin Rumah Sakit dapat meminimalkan atau menghilangkan dampak resiko jika Rumah Sakit tidak melakukan asesmen resiko secara terus menerus. Resiko kebakaran juga akan timbul pada saat Rumah Sakit melakukan kegiatan perbaikan sarana dan prasarana.

Sarana Penanggulangan Bencana

Sarana penanggulangan bencana dibedakan menjadi :

1. Sistem Proteksi Pasif

Setiap bangunan rumah sakit harus mempunyai sistem proteksi pasif terhadap bahaya kebakaran yang berbasis pada desain atau pengaturan terhadap komponen arsitektur dan struktur rumah sakit sehingga dapat melindungi penghuni dan benda dari kerusakan fisik saat terjadi kebakaran.

Penerapan sistem proteksi pasif didasarkan pada fungsi/klasifikasi resiko kebakaran, geometri ruang, bahan bangunan terpasang, dan/atau jumlah dan kondisi penghuni dalam rumah sakit. Rumah sakit harus mampu secara struktural stabil selama kebakaran. Kompartemenisasi dan konstruksi pemisah untuk membatasi kobaran api yang potensial, perambatan api dan asap, agar dapat

- a) Melindungi penghuni yang berada di suatu bagian bangunan terhadap dampak kebakaran yang terjadi di tempat lain di dalam bangunan.
- b) Mengendalikan kobaran api agar tidak menjalar ke bangunan lain yang berdekatan.

- c) Menyediakan jalan masuk bagi petugas pemadam kebakaran
- d) Proteksi bukan beluruh bukan harus dilindungi, dan lubang utilitas harus diberi penyetop api (fire stop) untuk mencegah merambatnya api serta menjamin pemisahan dan kompartemenisasi bangunan.

2. Sistem Proteksi Aktif

Sistem proteksi aktif adalah peralatan deteksi dan pemadam yang dipasang tetap atau tidak tetap, berbasis air, bahan kimia atau gas, yang digunakan untuk mendeteksi dan memadamkan kebakaran pada bangunan rumah sakit.

a. Pipa tegak dan slang Kebakaran

Sistem pipa tegak ditentukan oleh ketinggian gedung, luas per lantai, klasifikasi hunian, sistem sarana jalan ke luar, jumlah aliran yang dipersyaratkan dan sisa tekanan, serta jarak sambungan selang dari sumber pasokan air.

- b. Pada bangunan rumah sakit, setiap tangga exit yang disyaratkan, harus dilengkapi dengan pipa tegak tersendiri. Pada bangunan rumah sakit bertingkat tinggi, minimal mempunyai 2 tangga exit, untuk itu diperlukan 2 (dua) buah pipa tegak yang dipasang pada setiap tangga exit.
- c. Lokasi sambungan pemadam kebakaran/ siamase harus diletakkan di lokasi yang mudah diakses oleh mobil pemadam kebakaran.
- d. Tekanan sisa (residual pressure), atau kadang-kadang disebut juga sebagai tekanan akhir, adalah tekanan yang bekerja pada suatu titik dalam sistem dengan suatu aliran yang disalurkan oleh sistem.
- e. Dalam instalasi pipa tegak, tekanan sisa ini adalah tekanan setelah katup landing atau katup slang kebakaran pada kotak slang.
- f. Setiap sambungan slang yang disediakan harus dipasang dengan panjang tidak lebih dari 30 m, lurus, dapat dilipat.

3. Hidrant Halaman

Hidrant halaman diperlukan untuk pemadaman api dari luar bangunan gedung. Sambungan slang ke hidrant halaman harus memenuhi persyaratan yang ditentukan oleh instansi kebakaran setempat

- a) Dalam situasi di mana diperlukan lebih dari satu hidran halaman, maka hidran tersebut harus diletakkan sepanjang jalur akses mobil pemadam sedemikian hingga tiap bagian dari jalur tersebut berada dalam jarak radius 50 m dari hidran.
- b) Pasokan air untuk hidran halaman harus sekurang-kurangnya 500 GPM pada tekanan 3,5 bar, serta mampu mengalirkan air minimal selama 45 menit.

4. Sistem Springkler Otomatis

Sistem springkler otomatis harus dirancang untuk memadamkan kebakaran atau sekurang-kurangnya mampu mempertahankan kebakaran untuk tetap, tidak berkembang, untuk sekurang-kurangnya 30 menit sejak kepada springkler pecah.

5. Alat Pemadam Api Ringan (APAR)

Alat Pemadam Api Ringan, direncanakan untuk memadamkan api pada awal kebakaran. Desain konstruksi APAR dapat dari jenis portabel (jinjing) atau beroda dan mudah dioperasikan oleh satu orang. Syarat – syarat pemasangan APAR:

- a. Ditempatkan yang mudah dilihat dan mudah dijangkau, mudah diambil (tidak diikat atau digembok)
- b. Jarak jangkauan maksimum 15 m
- c. Tinggi pemasangan maksimum 125 cm
- d. Jenis media dan ukurannya harus sesuai dengan klasifikasi kebakaran dan beban api
- e) Secara berkala harus diperiksa
- f) Media pemadam harus diisi ulang sesuai dengan batas waktu yang ditentukan
- g) Kekuatan konstruksi tabung harus diuji pada dengan air sesuai ketentuan

6. Sistem Pemadam Kebakaran Khusus

Sistem pemadaman khusus yang dimaksud adalah sistem pemadaman bukan portable (jinjing) dan beroperasi secara otomatis untuk perlindungan dalam ruang-ruang dan atau penggunaan khusus. Sistem pemadam khusus meliputi sistem gas dan sistem busa

7. Sistem Deteksi & Alarm Kebakaran

- a. Sistem deteksi dan alarm kebakaran berfungsi untuk mendeteksi secara dini terjadinya kebakaran, baik secara otomatis maupun manual.
- b. Untuk area umum jarak antara setiap titik area yang diproteksi dan detector terdekat ketitik tersebut, tidak melebihi 7,5 meter untuk detector asap dan 5,3 meter untuk detector panas.
- c. Deteksi panas dan asap dipasang di koridor rumah sakit.

8. Sistem Pencahayaan Darurat

Pencahayaan darurat di dalam rumah sakit diperlukan khususnya pada keadaan darurat, misalnya tidak berfungsinya pencahayaan normal dari PLN atau tidak dapat beroperasinya dengan segera daya siaga dari diesel generator.

9. Tanda arah

Bila suatu eksit tidak dapat terlihat secara langsung dengan jelas oleh pengunjung atau pengguna bangunan, maka harus dipasang tanda penunjuk dengan tanda panah menunjukkan arah, dan dipasang di koridor, jalan menuju ruang besar (hal), lobi dan sebagainya yang memberikan indikasi penunjukkan arah ke eksit yang disyaratkan

10. Sistem Peringatan Bahaya

Sistem peringatan bahaya dapat juga difungsikan sebagai sistem penguat suara (public address), diperlukan guna memberikan panduan kepada penghuni dan tamu sebagai tindakan evakuasi atau penyelamatan dalam keadaan darurat. Ini dimaksudkan agar penghuni bangunan memperoleh informasi panduan yang tepat dan jelas

B. Definisi

Fire Safety Risk Assessment (FSRA) atau Asesmen Resiko Pengamanan Kebakaran ialah identifikasi bahaya dan penilaian resiko kebakaran yang dilakukan secara terus menerus di setiap unit kerja dan juga dilakukan pada saat melaksanakan kegiatan kontruksi dan renovasi yang ada di rumah sakit.

FSRA adalah Form inspeksi resiko kebakaran yang diisi oleh seluruh unit secara terus menerus juga diisi oleh Unit Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit sebelum melaksanakan kegiatan kontruksi dan renovasi yang ditujukan kepada vendor pelaksana kegiatan kontruksi dan renovasi agar dilaksanakan dan dipatuhi.

C. Ruang lingkup dari pengamanan kebakaran di RS Dharma Nugraha meliputi:

C 1. Identifikasi area risiko kebakaran dan FSRA

A. Waktu pelaksanaan

PreConstuction Risk Assessment (FSRA) / Asesmen Resiko Pengamanan Kebakaran dilaksanakan secara terus menerus setiap 2 (dua) minggu sekali atau setiap dilaksanakan sebelum melakukan kegiatan perbaikan atau perubahan Sarana dan Prasarana di rumah Sakit khususnya perbaikan pada area pelayanan medis dan penunjang medis.

B. Pelaksana kegiatan

Fire Safety Risk Assessment (FSRA)/ Asesmen Resiko Pengamanan Kebakaran dilakukan oleh seluruh Instalasi dan Unit khususnya Unit Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit sebelum melakukan perbaikan sarana dan prasarana Rumah Sakit. Penanggung jawab dokumen FSRA adalah Seluruh Kepala Instalasi dan Kordinator Satuan Pelaksana Unit

C. Peralatan (*Tools*)

Peralatan (*Tools*) yang dipakai dalam pelaksanaan kegiatan *Fire Safety Risk Assessment (FSRA)*/ Asesmen Resiko Pengamanan Kebakaran berupa form khusus FSRA. Form tersebut berisi daftar pertanyaan atau cek list yang harus diisi.

D. Sasaran

Sasaran Pelaksanaan FSRA adalah setiap orang, unit atau vendor yang melaksanakan kegiatan perbaikan atau perubahan sarana dan prasarana Rumah Sakit.

E. Sosialisasi

Hasil pengisian Form FSRA di sosialisasikan kepada setiap orang, unit oleh penanggungjawab dokumen FSRA juga pada vendor yang melaksanakan kegiatan perbaikan atau perubahan sarana dan prasarana Rumah Sakit sebelum melaksanakan kegiatan perbaikan. Unit Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit memberikan penjelasan hasil pengisian FSRA kepada vendor agar hasil rekomendasi yang terdapat pada form FSRA dipatuhi dan dilaksanakan oleh pelaksana kegiatan perbaikan atau perubahan sarana dan prasarana rumah sakit.

F. Monitoring

Kepatuhan dan pelaksanaan hasil FSRA dilakukan penanggung jawab dokumen FSRA. Monitoring dilakukan dengan menggunakan form ceklist kepatuhan dan pelaksanaan FSRA.

G. Kegiatan Pelaksanaan

Kegiatan FSRA dilakukan setiap 2 minggu sekali dan hasil kegiatan akan dimasukkan ke dalam risk register dan akan dibuat dalam laporan.

Kegiatan dengan menggunakan cek list (di bawah ini) yang dilakukan oleh tim proteksi kebakaran

C 2 Peralatan pemadaman kebakaran aktif dan sistem peringatan dini serta proteksi kebakaran secara pasif telah diinventarisasi

No	Jenis Alat Pemadam Kebakaran	Lokasi
1	Jockey Pump	Lantai 1
2	Pompa Utama	Lantai 1
3	Diesel Pump	Lantai 1
4	Hydrant Pilar	Lantai 1
5	Hydrant Box	Lantai 1,2,3,4
6	Ciamise connection	Lantai 1
7	Ground Tank	Lantai 1
8	Alat Pemadam Api Ringan	Lantai 1,2,3,4, roof top
9	Tangga Umum	Lantai 1
10	Tangga Jalan Keluar	Lantai 1
11	Panel Kontrol	Lantai 1,2,3,4
12	Detektor Asap	Lantai 1,2,3,4
13	Detektor Panas	Lantai 1,2,3,4
14	Pressure Fan	Lantai 1
15	Sprinkler	Lantai 1,2,3,4
16	Titik Kumpul	Lantai 1
17	Lift Umum	Lantai 1,2,3,4
18	MFCA	Lantai 1
19	Ramp	Lantai 1,2,3
20	Tangga darurat ada 2	Lantai 1,2,3,4

C 3 inventarisasi Hydrant

LOKASI	HYDRANT		SPRINKLER	DETECTOR	
	BOX	PILAR		SMOKE	HEAT
Lantai 1	1	1	20	103	3
Lantai 2	1	0	19	96	1
Lantai 3	1	0	22	94	1

Lantai 4	1	0	13	51	1
Jumlah	4	1	74	344	6

C 4 Inventarisasi APAR

No.	Lokasi	Jenis	Merk	Type	Berat	Masa berlaku
Lantai 1						
1	IGD	serbuk	liberty	Lp-45 P	4,5 kg	Oktober 2024
2	Farmasi	serbuk	liberty	Lp-45P	4,5 kg	Oktober 2024
3	Genset	CO2	Liberty	LC - 7	7 Kg	Oktober 2024
4	Ruang PUTR	CO2	liberty	LC - 7	7 Kg	Oktober 2024
5	Lift 2	Serbuk	Liberty	Lp – 45 p	4.5 Kg	Oktober 2024
6	Limbah medis B3	serbuk	Liberty	Lp – 45 p	4.5 Kg	Oktober 2024
7	Ruang Trafo	CO2	Liberty	LC-7	7kg	Oktober 2024
8	Ruang pompa	serbuk	liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
9	Pos security	serbuk	Liberty	Lp -45 p	4.5 kg	Oktober 2024
10	Laundry	serbuk	Liberty	Lp -45 p	4.5 kg	Oktober 2024
11	UPSRS	serbuk	Liberty	Lp -45 p	4.5 kg	Oktober 2024
12	Poli Umum	serbuk	Liberty	Lp -45 p	4.5 kg	Oktober 2024
13	R. Panel	Co2	Endless	Lp-45 p	5 Kg	Oktober 2024
LANTAI 2						
14	R. Gizi	CO2	Liberty	LC -7	7 kg	Oktober 2024
15	Laboratorium outdoor	CO2	Liberty	LC - 7	7 kg	Oktober 2024
16	R. Panel	Co2	Endless	Lp-45 p	5 Kg	Oktober 2024
17	Ruang perina	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4,5 kg	Oktober 2024
18	Depan lift 2	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4,5 kg	Oktober 2024

19	Laboratorium	Co2	Endless	Lp-45 p	5 Kg	Oktober 2024
LANTAI 3						
20	Depan Lift 3	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
21	Koridor depan ruang ranap	Serbuk	Liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
22	Depan ruang HCU	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
23	Nurse station lantai 3	Co2	Endless	Lp-45 p	5 Kg	Oktober 2024
LANTAI 4						
24	Depan lift 2	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
25	Ruang panel	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
26	Gudang Umum	serbuk	Liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
27	Ruang management	serbuk	liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
28	Ruang RM	Co2	Endless	Lp-45 p	5 Kg	Oktober 2024
29	Aula	serbuk	liberty	Lp-45	4.5 Kg	Oktober 2024
30	Gudang Obat	Co2	Endless	Lp-45 p	5 Kg	Oktober 2024
31	Rooftop 1	serbuk	liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
32	Rooftop 2	serbuk	liberty	Lp-45 p	4.5 kg	Oktober 2024
33	Ambulance	Co2			2 Kg	Oktober 2024

C. 5 Risk register proteksi kebakaran

No	Nama ruang	Proses/produk /alat	Potensi bahaya	Risiko		Nilai	Level risiko
				probability	Dampak		
1	Radiologi	Alat rontgen	Kebakaran	1	5	5	Rendah
2	P. Pendaftaran	Komputer	Kebakaran	1	5	5	Rendah
3	IGD	Komputer dan alat, B3	Kebakaran	1	5	5	Rendah
4	R. poli	komputer alat fisio alat poli gigi	Kebakaran	1	5	5	Rendah
5	R. Genset	mesin genset bocor bahan bakar,	Kebakaran	1	5	5	Rendah

		konsleting					
6	Laundry	Mesin cuci, mesin setrika	Kebakaran	1	5	5	Rendah
7	TPS B3	Limbah B3	Kebakaran	1	5	5	Rendah
8	R. VK	Komputer	Kebakaran	1	5	5	Rendah
9	CSSD	Alat steril	Kebakaran	1	5	5	Rendah
10	R. Laboratorium	komputer, alat, B3	Kebakaran	1	5	5	Rendah
11	R. Gizi	tabung gas	Kebakaran	4	5	20	Tinggi
12	Nurse station	Komputer	Kebakaran	1	5	5	Rendah
13	R. ICU	alat kesehatan	Kebakaran	1	5	5	Rendah
14	R. Ranap	TV	Kebakaran	1	5	5	Rendah
15	koridor lift	kipas angin	Kebakaran	1	5	5	Rendah
16	R. manajemen	Komputer, mesin foto kopi	Kebakaran	1	5	5	Rendah
17	Pantry	tabung gas, kompor gas	Kebakaran	4	5	20	Tinggi
18	R. Rapat	mixer mic, projector	Kebakaran	1	5	5	Rendah
19	R. rapat	Projector	Kebakaran	1	5	5	Rendah
20	R. panel	R. panel ada barang	Kebakaran	1	5	5	Rendah
21	Roof top	R. panel lift	Kebakaran	1	5	5	Rendah
22	Tangga darurat	Pintu darurat bahan kayu	Kebakaran	3	5	15	Sedang
23	Tangga darurat	terdapat barang di lantai 1,3	Kebakaran	1	5	5	Rendah
24	Tanda exit	tiap ruangan	Kebakaran	1	5	5	Rendah

C. 6 Pelaksanaan Kegiatan

Pengamatan proteksi kebakaran secara pasif meliputi detektor asap (smoke detector), detektor panas (heat detector), alarm kebakaran dan secara aktif meliputi APAR, hydrant, sistem sprinkler, dan lain-lainnya serta sistem pemisahan (pengisolasian) dan kompartemenisasi pengendalian api dan asap dengan menggunakan cek list sebagai berikut:

DATA CEK LIST KEGIATAN PROTEKSI KEBAKARAN

No	Nama kegiatan	Jenis kegiatan	Waktu pelaksanaan
1	Inspeksi area	Patroli cek list FSRA	2 minggu sekali
2	Inspeksi Hydrant	Patroli cek list Hydrant	Tiap hari
3	Inspeksi module alarm	Cek list MFCA	Tiap hari
4	Inspeksi tangga darurat, RAM	Cek list inspeksi	Tiap hari
5	Inspeksi KDM	Patroli KDM	Tiap hari
6	Inspeksi APAR	Cek list kondisi APAR	1 minggu sekali

1. FSRA

No.	ELEMEN PENIALAIAN	YA	TIDAK	N/A	KETERANGAN
Penyimpanan dan penanganan bahan yang berpotensi mudah terbakar					
1.	Sudahkah Anda mengidentifikasi semua hal yang berpotensi kebakaran?				
2	Sudahkah Anda mengidentifikasi semua bahan bakar yang berpotensi kebakaran?				
3	Sudahkah Anda mengidentifikasi semua sumber potensial oksigen, mis. ventilasi udara, tabung gas?				
4	Sudahkah Anda mencatat temuan Anda? Hasil inspeksi				
Bahaya kebakaran terkait dengan proyek konstruksi, renovasi, atau pembongkaran.					
5	Apakah detektor dari jenis yang tepat dan berada di lokasi yang tepat?				
6	Dapatkah alarm kebakaran / paging kebakaran didengar dengan jelas dan dipahami oleh semua orang di seluruh gedung				
7	Apakah semua alat pemadam dan braket atau pangkalan mereka secara visual dalam kondisi baik?				
8	Apakah petunjuk tentang cara menggunakan selimut api itu jelas dan dapat dibaca?				
9	Dapatkah alarm kebakaran dimulai dari kemunculan satu titik kebakaran?				

10	Apakah ada ketentuan untuk orang atau lokasi di mana alarm tidak dapat didengar?				
11	Apakah alat pemadam sesuai dengan bahan bahan yang ada di ruangan tersebut?				
12	Apakah ada cukup alat pemadam yang ditempatkan di seluruh tempat di lokasi yang tepat?				
13	Apakah jenis alat pemadam kebakaran yang tepat berada dekat dengan bahaya kebakaran dan dapatkah pengguna mendapatkannya tanpa mengekspos diri mereka sendiri terhadap risiko?				
14	Apakah alat pemadam terlibat dan ditandai secara tepat dengan signed?				
Jalur Evakuasi / tangga darurat, Pemisah / kompartemen bangunan untuk mengisolasi asap/api					
15	Apakah bangunan anda memiliki pintu darurat tahan api yang memadai dan sesuai				
16	Apakah ada lubang atau celah di dinding, langit-langit dan lantai ya«9 disegel dengan benar, mis. di mana layanan seperti saluran ventilasi dan kabel listrik melewati area tangga darurat?				
17	Bisakah semua penghuni melarikan diri ke tempat yang aman dalam waktu yang tepat?				
18	Apakah jalur evakuasi yang ada memadai untuk jumlah dan jenis orang yang mungkin perlu menggunakannya, mis. staf, anggota masyarakat, anak-anak muda, dan orang-orang cacat?				
19	Apakah jalan keluar di tempat yang tepat dan jalur evakuasi menuju sedekat mungkin ke tempat berkumpul?				
20	Jika ada kebakaran, dapatkah semua jalan keluar yang tersedia terkena dampak atau setidaknya akan ada satu rute dari setiap bagian dari lokasi tetap tersedia?				
21	Apakah semua jalur evakuasi dan pintu darurat tetap dijaga sepanjang waktu?				
22	Apakah semua pintu tangga darurat terbuka ke arah tempat berkumpul, Pintu tangga darurat hanya bisa dibuka dari dalam dan sudah				

	mengarah ke titik kumpul?				
23	Bisakah semua pintu darurat bisa menutup secara otomatis? Mis. menggunakan push bar				
24	Apakah setiap orang dapat menggunakan jalur evakuasi secara aman dari gedung?				
Tempat pengelolaan sampah					
25	Apakah Anda memiliki jadwal rutin untuk melakukan peralatan proteksi kebakaran?				
26	Apakah petugas yang bertugas di area dibekali pelatihan penggunaan APAR				
27	Apakah Anda secara teratur memeriksa semua peralatan pemadam kebakaran Anda?				
28	Apakah ada alat pemadam api di Tempat pengelolaan sampah				
Prosedur dan tindakan untuk mencegah dan mengelola kebakaran					
29	Apakah semua penutup dinding dan langit-langit, dalam rute pelarian, cocok untuk mencegah penyebaran api yang cepat? mis. tidak berbasis polystyrene, kanvas wallpaper atau kayu.				
30	Apakah ada faktor lain mengenai cara melakukan evakuasi yang harus diperhitungkan?				
31	Apakah semua pintu tahan api yang menutup diri bebas dari perangkat atau penghalang dapat mencegah tertutup				
Sistem dan peralatan listrik darurat/alternatif serta jalur kabel dan instalasi listrik.					
32	Apakah perawatan dan pengujian lampu darurat dicatat secara memadai?				
33	Apakah memeriksa, memelihara, dan menguji cara menaikkan alarm dicatat secara memadai?				
34	Apakah semua pemeriksaan dan perawatan pada peralatan pemadam kebakaran dicatat secara memadai?				
35	Apakah semua inspeksi dan tes kelistrikan dicatat dengan baik?				

36	Secara teratur menguji dan memelihara peralatan keselamatan kebakaran?				
37	Petugas melakukan pemantauan ruang panel, genset, laundry, server				
38	Apakah prosedur kebakaran / prosedur evakuasi tertulis tersedia & apakah cocok dan memadai?				
39	Apakah terdapat sistem pemadam kebakaran di setiap tempat yang berhubungan dengan instalasi listrik/listrik darurat				
Laundry/binatu, ruang linen, area berbahaya termasuk ruang di atas plafon					
40	Apakah ada alat pemadam api di Laundry?				
41	Apakah staf mengenai SOP tanggap darurat				
42	Apakah semua inspeksi dan tes kelistrikan dicatat dengan baik?				
43	Dapatkah pintu keluar terakhir pada rute pelarian dibuka dengan mudah dan mudah dari dalam tanpa menggunakan kunci?				
44	Apakah ada faktor terkait risiko pengapian, kelistrikan yang harus diperhitungkan?				
Pintu keluar darurat kebakaran (<i>emergency exit</i>).					
45	Apakah Anda memiliki Emergency Response Plan bila terjadi keadaan darurat?				
46	Apakah Emergency Plan Anda berkaitan dengan Emergency plan Unit kerja yang lain yang ada di Gedung tersebut				
47	Apakah Emergency Plan tersebut berlaku untuk tiap orang yang berada di dalam gedung				
48	Apakah tamu dan pengunjung diberitahu tentang apa yang harus dilakukan bila terjadi keadaan darurat?				
49	Apakah orang-orang diidentifikasi				

	untuk melakukan tugas tertentu mis. petugas pemadam kebakaran, petugas insiden, penilai risiko, penolong pertama, (dan jika perlu, orang-orang yang dinominasikan untuk memanggil Pemadam Kebakaran)?				
50	Apakah staf, tamu diberi informasi tentang zat berbahaya yang ada di gedung?				
51	Apakah Anda memiliki prosedur untuk menginformasikan kepada pihak ketiga, kontraktor, pengunjung, dll mengenai yang harus dilakukan pada saat keadaan darurat				
52	Apakah pengaturan keselamatan kebakaran Anda terkoordinasi dengan orang-orang yang bertanggung jawab di gedung?				
53	Apakah rincian terekam dari informasi atau instruksi apa pun yang telah Anda berikan dan detail dari setiap pengaturan untuk kerjasama dan koordinasi dengan orang lain mis. izin untuk bekerja, prosedur kerja di luar jam kerja, membuat atau mengubah jadwal kerja				
Area dapur peralatan memasak penghasil minyak					
54	Apakah staf mengetahui informasi, prosedur tentang keselamatan kebakaran ?				
55	Apakah staf telah mengikuti pelatihan keselamatan kebakaran di Rumah Sakit?				
56	Apakah semua pemeriksaan dan perawatan pada peralatan pemadam				

	kebakaran dicatat secara memadai?				
57	Apakah staf dapat mengoperasikan APAR				

2. Inspeksi hydrant

FORM CHECK LIST PEMELIHARAAN HYDRANT

TYPE HYDRANT :

Lokasi :

No	Tanggal	Hose	Nozzle	Valve	Lain-lain	Paraf
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						

30						
31						

Keterangan:

Pemeriksa

B = Baik

R = Rusak


N = Nihil/tidak ada

()

Sub Komite kebakaran

3. **Inspeksi**

4. MFCA

 <div style="text-align: center;"> CHECK LIST MCFA (Main Control Fire Alarm) </div>								
Bulan : _____								
TGL	PANEL MCFA		TOTAL STATUS				Petugas	Keterangan
	ON	OFF	Fira	Fault	Ditakui	Normal		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
KETERANGAN:		Ditetujui, K3		Mengetahui, Piket UPSBS		Diperiksa oleh, Sub. Kebakaran		
V: OK								
X: Tidak Ok / Rusak								

5. Cek list Inspeksi tangga darurat, RAM

INSPECTION AKSES TANGGA DARURAT RAM									
Periode :									
NO	JENIS ASSET TANGGA	Lokasi	ITEM PEMERIKSAAN						KETERANGAN
			Pintu	Handle	Lantai	Railing	Lampu penerang	Signage	
1	Tangga Darurat RAM	Lantai 1							
2	Tangga Darurat RAM	Lantai 2							
3	Tangga Darurat RAM	Lantai 3							
4	Tangga Darurat RAM	Lantai 4							

KETERANGAN :	Disetujui K3	Diketahui PJ lantai	Diperiksa oleh, Sub Komite Kebakaran
√ : OK/KONDISI BAIK			
X : TIDAK OK/RUSAK			
	Honi Meidyananta		

K3RS

RSUDKL/K3RS/Fr-10/Rev.00

INSPECTION AKSES TANGGA DARURAT RAM										
Periode :										
NO	JENIS ASSET TANGGA	Lokasi	EMERIKSAAN					KETERANGAN		
			Pintu	Handle	Lantai	Railing	Lampu	Signage		
1	Tangga Darurat RAM	Lantai 1								
2	Tangga Darurat RAM	Lantai 2								
3	Tangga Darurat RAM	Lantai 3								
4	Tangga Darurat RAM	Lantai 4								

KETERANGAN :	Disetujui K3	Diketahui PJ lantai	Diperiksa oleh, Sub Komite
√ : OK/KONDISI BAIK			
X : TIDAK OK/RUSAK			
	Honi Meidyananta		

6. Inspeksi KDM

LAPORAN KEJADIAN MEROKOK TAHUN 2022

No	Bulan	REKAPITULASI PERSENTASE KEJADIAN MEROKOK
1	Januari	
2	Februari	
3	Maret	
4	April	
5	Mei	
6	Juni	
7	Juli	
8	Agustus	
9	September	
10	Oktober	
11	November	
12	Desember	

KETERANGAN

CARA MENGHITUNG KEJADIAN MEROKOK

JUMLAH KEJADIAN MEROKOK X 100%

JUMLAH HARI

Januari : 0 X 100 % = 0 %

31

Februari : 0 X 100% = 0 %

28

7. Inspeksi APAR

C 1.7 Regulasi tentang penetapan Rumah Sakit sebagai kawasan bebas rokok

Peraturan bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/I/ 2011 Nomor 7 Tahun 2011 tentang pedoman pelaksanaan kawasan tanpa rokok mendefinisikan bahwa yang dimaksud dengan kawasan tanpa rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan/ atau mempromosikan produk tembakau.

Penetapan kawasan tanpa rokok merupakan upaya perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok, memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat serta melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung. Penetapan kawasan tanpa rokok ini perlu diselenggarakan di selenggarakan dilingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha selain sebagai tempat kerja juga merupakan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengembangan kawasan tanpa rokok mempunyai landasan hukum yaitu peraturan pemerintah RI Nomor 81 tahun 1999 dan nomor 38 tahun 2000 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan. Perihal kawasan tanpa asap rokok pasal 23,24 dan pasal 26 tentang peran masyarakat, landasan hukum tersebut yaitu:

a. Pasal 23.

Tempat umum dan atau tempat kerja yang spesifik sebagai tempat penyelenggara upaya kesehatan, proses belajar mengajar, area kegiatan anak, kegiatan ibadah dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok.

b. Pasal 24

Pimpinan atau penganggung jawab tempat umum dan tempat kerja harus mengupayakan terbentuknya kawasan tanpa rokok.

c. Pasal 26

Masyarakat termasuk setiap orang yang memproduksi rokok dan setiap orang yang memasukkan rokok ke dalam wilayah Indonesia memiliki kesempatan untuk berperan seluas-luasnya dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal melalui terbentuknya kawasan tanpa rokok pada tempat umum, tempat kerja dan angkutan umum.

Panduan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di RS mencakup definisi dari Kawasan tanpa rokok, manfaat Kawasan tanpa rokok dan tata laksana dalam menjalankan Kawasan tanpa rokok di RS.

Dalam hal ini semua pihak yang berada di lingkungan rumah sakit mulai dari staf medis dan non medis, seluruh pengunjung rumah sakit dan seluruh pasien rumah sakit ikut berperan dalam menaatin peraturan yang dibuat untuk mencapai Kawasan tanpa rokok dengan cara tidak merokok pada saat berada di area Rumah Sakit.

C.1.7.1 Manfaat Kawasan Tanpa Rokok

Manfaat Kawasan tanpa rokok di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Menciptakan tempat yang sehat, nyaman dan aman
2. Pengunjung tidak terganggu asap rokok
3. Memberikan citra yang positif
4. Mengurangi risiko terjadinya kebakaran
5. Menegakkan etika tidak merokok

Pemanatauan Pelaporan dan Evaluasi

Kegiatan pemantauan patrol Kawasan dilarang merokok dilakukan tiap hari dan kegiatan Pelaporan pemantauan kepatuhan karyawan terhadap aturan tidak merokok dilakukan oleh petugas satgas setiap 1 minggu sekali dengan waktu yang tidak ditentukan, selanjutnya laporan dilaporkan setiap bulan sekali ke kepala bagian umum, Tim K3 dan Komite PMKP. Bagi karyawan yang melanggar peraturan akan diberikan sanksi oleh bagian SDM.

C. 1.8 Rumah sakit memastikan semua staf memahami proses proteksi kebakaran termasuk melakukan pelatihan penggunaan APAR, hidran dan simulasi kebakaran setiap tahun.

Rumah Sakit merencanakan pelatihan bagi staf yang sudah ditunjuk dalam hal mengoperasikan penggunaan alat proteksi kebakaran. Kegiatan diklat dilaksanakan dengan cara pembelajaran di kelas/unit kerja dengan menggunakan metode: presentasi, diskusi / tanya jawab, simulasi dan praktek lapangan

Pendidikan dan Pelatihan Peran pemadam Kebakaran Diklat Disaster Plan diberikan kepada karyawan untuk mendukung program rumah sakit menyediakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman.

Tujuan : Memberikan pengetahuan dan penyegaran tentang peran pemadam kebakaran, penanganan kondisi darurat, penanggulangan kebakaran

Waktu : 1 kali dalam 1 tahun

Metode : Ceramah, diskusi dan role play

Tempat : Ruang Rapat basement

11. **Peralatan medis**

12. **Sistim utilitas**

9. Penanganan kedaruratan dan bencana

Manajemen tanggap darurat merupakan pendekatan yang terencana untuk mengelola bila terjadi bahaya, situasi maupun kondisi darurat lainnya.

Keadaan darurat dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu :

a. Keadaan darurat tingkat 1

Keadaan darurat tingkat 1 adalah keadaan darurat yang berpotensi mengancam bahaya manusia dan harta benda (aset) yang secara normal dapat diatasi oleh peRumah Sakitonal atau staf rumah sakit atau instalasi/unit pelayanan yang ada di rumah sakit dengan menggunakan prosedur yang telah dipeRumah Sakitiapkan, tanpa perlu adanya regu bantuan.

b. Keadaan darurat tingkat 2

Keadaan darurat tingkat 2 adalah suatu kecelakaan atau bencana besar dimana semua karyawan yang bertugas dibantu dengan peralatan dan material yang teRumah Sakitedia di instalasi/unit pelayanan dan tidak mampu untuk dikendalikan, contoh: kebakaran kecil, ledakan dahsyat, kebocoran bahan B3 yang kuat, yang mengancam nyama dan lingkungan sekitar rumah sakit.

c. Keadaan darurat tingkat 3

Keadaan darurat tingkat 3 adalah keadaan darurat berupa malapetaka atau bencana besar dimana keadaan darurat tersebut memerlukan bantuan serta koordinasi dengan tingkat nasional, contoh : banjir, gempa, kebakaran besar.

A. Strategi Komunikasi Pada Kejadian

Pada saat keadaan bencana berlangsung, diperlukan strategi komunikasi yang baik guna menjamin kelancaran upaya penanggulangan bencana. Adapun strategi komunikasi pada keadaan bencana yaitu :

1. Mengaktifkan Pos Penanganan Bencana

Pengadaan pos penanganan bencana diperlukan untuk mengelola maupun menampung beberapa kegiatan dalam mendukung penanganan korban bencana sehingga penanganan dan pengelolaannya dapat lebih terkoordinasi

dan terarah.

PENGALIHAN RUANGAN SEBAGAI POSKO

POS	LOKASI
Pos Komando	Ruang Security Lantai basement
Pos Pengolahan Data	Ruang Rekam Medis Lantai 1
Pos Informasi	Ruang Customer Service
Pos Logistik	Ruang Logistik Lantai Basement
Pos Penanganan jenazah	Ruang Jenazah Lantai Basement

a. POS KOMANDO

Tempat : Security Lt.1

Fungsi :

- 1) Pusat koordinasi dan komunikasi baik dengan internal maupun external unit yang dipimpin oleh Komandan Bencana. Area ini merupakan area khusus, dimana hanya petugas tertentu yang boleh masuk.
- 2) Wadah yang melibatkan semua unsur pimpinan pengambil keputusan dan mengendalikan bencana.
- 3) Tempat penyimpanan Disaster kit, radio komunikasi dan peta-peta yang diperlukan untuk koordinasi maupun pengambilan keputusan

b. POS PENGOLAHAN DATA

Tempat : Ruang Rekam Medis Lt. 1

Fungsi : Tempat penerimaan dan pengolahan data yang terkait dengan penanganan bencana.

c. POS INFORMASI

Tempat : Ruang Customer Service Lt.1 Fungsi :

- 1) Tempat tersedianya informasi untuk data korban, data perencanaan kebutuhan obat, alat medis, non medis, barang habis pakai medis/ nonmedis, perbaikan gedung, data donatur.
- 2) Informasi yang disiapkan di pos ini didapatkan dari pos pengolahan data.

d. POS LOGISTIK

Tempat : Ruang Logistik Lantai Basement Fungsi :

- 1) Menerima dan mendistribusikan semua bantuan logistik dan uang dari pihak luar dalam menunjang operasional penanganan bencana.
- 2) Tempat penyimpanan sementara barang sumbangan, selanjutnya didistribusikan ke bagian yang bertanggung jawab

e. **POSPENANGANAN JENAZAH**

Tempat : Ruang Jenazah Fungsi

- 1) Tempat penampungan, penyimpanan korban meninggal dan atau body part serta proses pengeluarannya.
- 2) Tempat identifikasi jenazah.
- 3) Tempat penyimpanan barang bukti.

2. Melakukan Pengosongan Ruangan

Pada keadaan bencana baik internal maupun eksternal, setelah penanganan emergency korban di triage-IGD maka ruang perawatan untuk melokalisasi korban yang ada diarahkan ke Ruang Amali dan Brasia Lantai 2.

3. Menentukan Area dan Ruang Berkumpul (Titik Kumpul Aman)

a. Area Berkumpul

Area sebagai tempat berkumpul (titik aman berkumpul) saat terjadinya bencana internal bagi pasien, petugas dan pengunjung/ keluarga pasien, serta tempat untuk melaksanakan triage korban.

Area Berkumpul Terbuka (Titik Aman Berkumpul)

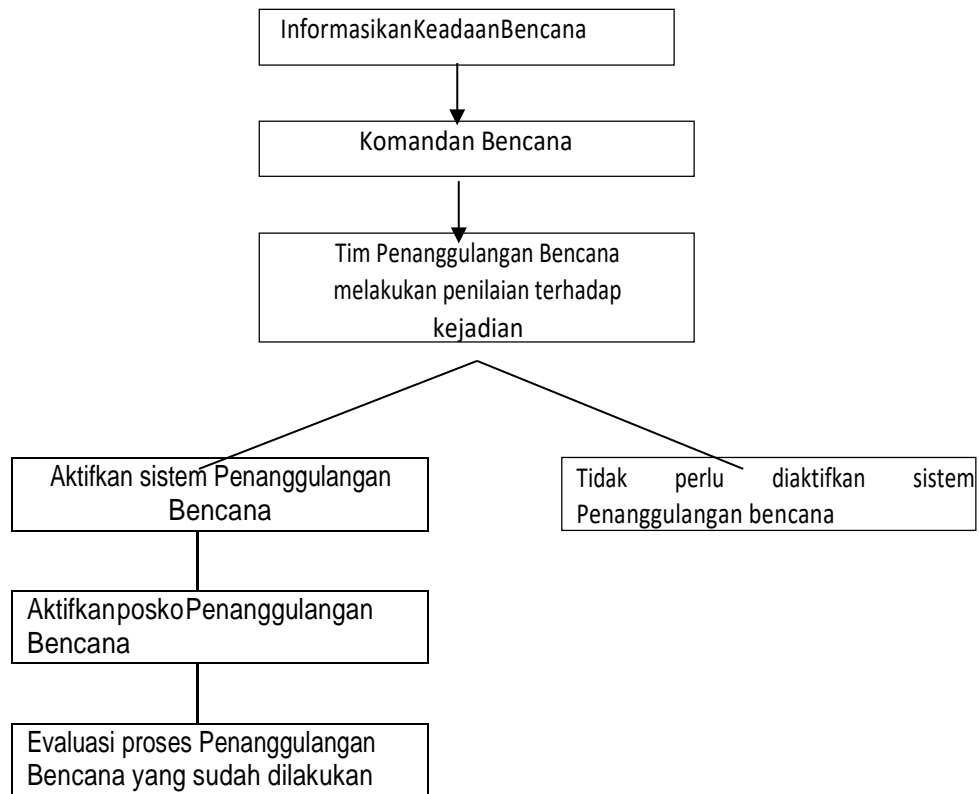
WILAYAH SEKITAR RS	AREA TERBUKA
Area Barat	Area Parkir didepan IGD
Area Timur	Area Parkir di Belakang gedung Rumah sakit

b. Ruang berkumpul

Ruangan yang dipilih untuk dimanfaatkan sebagai tempat penampungan pasien sementara adalah ruangan aman terdekat dengan kejadian yaitu

4. Mengaktifkan Sistem Bencana

Alur untuk mengaktifkan sistem bencana yaitu



5. Garis Komunikasi

Garis komunikasi yang dilaksanakan pada situasi bencana adalah

- Aktivasi Sistem Penanganan Bencana RS.
- Mobilisasi tim medik
- Mobilisasi tim manajemen
- Aktifasi Pos Komando
- Penggunaan media komunikasi yang ada, yaitu HT, telepon, paging, internet dan fax
- Peran dan tanggung jawab inti pada kartu instruksi kerja, yang dilaksanakan oleh tiap orang sewaktu-waktu sesuai jabatannya
- Tetap memberikan informasi yang up to date yang telah disetujui oleh Ketua Tim Penanggulangan Bencana

6. Pengaturan lalu Lintas

Pengaturan lalu lintas pada saat bencana :

a. Bencana Eksternal

Pengaturan lalu lintas pada bencana eksternal dilakukan sebagai berikut :

- 1) Kendaraan korban masuk melalui pintu IGD rumah sakit
- 2) Pintu masuk dibuka dan dijaga oleh satpam rumah sakit bekerja sama dengan kepolisian
- 3) Di IGD petugas satpam dan kepolisian mengatur ketertiban dan kelancaran proses penurunan korban dari kendaraan, serta mengarahkan kendaraan untuk keluar rumah sakit
- 4) Korban diterima oleh tim medis yang ada di IGD, untuk selanjutnya dilakukan pertolongan korban
- 5) Kendaraan pengangkut pasien yang bukan korban bencana, diarahkan menuju pintu utama
- 6) Kendaraan petugas dan pengunjung masuk melalui pintu utama.

b. Bencana Internal

Pengaturan lalu lintas pada bencana internal dilakukan sesuai dengan lokasi bencana. Seluruh kendaraan tidak diijinkan memasuki area rumah sakit, kecuali kendaraan Pemadam kebakaran, Ambulans dan Polisi.

7. Peran Instansi Lain

Pada situasi bencana suatu rumah sakit diharapkan dapat menyelenggarakan pelayanan dan mengatasi semua situasi terkait dengan pertolongan korban baik ketersediaan peralatan medik atau masalah teknis lainnya dalam tempo yang sesingkat-singkatnya sehingga pelayanan dapat diberikan dengan sebaik-baiknya, serta dengan seminimal mungkin adanya korban meninggal.

Dalam situasi demikian, maka kemampuan rumah sakit diuji untuk mampu mengatasi semua kejadian/korban yang ada. Sangatlah tidak mungkin jika semua hal tersebut dibebankan kepada hanya 1 (satu) rumah sakit, sehingga sangatlah penting untuk mengembangkan kerjasama dengan instansi dan rumah sakit jejaring sebagai upaya memperluas dan meningkatkan peran aktif sektor/instansi lain untuk bersama-sama memberikan bantuan sesuai dengan

kemampuan masing-masing.

Instansi jejaring yang diharapkan perannya pada situasi bencana, antara lain :

- a. Dinas Pemadam Kebakaran
- b. Palang Merah Indonesia
- c. Kepolisian
- d. Satkorlak
- e. PLN
- f. TELKOM
- g. PDAM
- h. Dinas Kesehatan Kota Bekasi
- i. Rumah Sakit Jejaring

Rumah sakit yang merupakan jejaring untuk penanganan bencana adalah Rumah Sakit

- j. SAR

Tim SAR sangat diperlukan untuk membantu proses evakuasi dalam penanganan bencana

B. Pengelolaan Sumber Daya Pada Waktu Bencana

Pada saat terjadinya bencana diperlukan perencanaan Sumber Daya Manusia untuk menghadapi penanggulangan bencana. Perencanaan pada saat bencana dilakukan berdasarkan :

1. Jumlah korban yang ada pada saat itu
2. Jumlah tenaga yang ada pada saat itu

Pada saat bencana eksternal maka ketentuan perencanaan SDM adalah sebagai berikut

1. Siaga 3

Jumlah korban yang datang 3-4 orang. Dokter IGD dan Perawat IGD yang berdiskusi dibantu oleh perawat poliklinik agar dapat memenuhi kebutuhan tenaga

2. Siaga 2

Jumlah korban yang datang 5-10 orang. Diperlukan tambahan tenaga perawat dari Perawatan lantai 2 sesuai dengan kebutuhan

3. Siaga 1

Jumlah korban lebih dari 10 orang. Diperlukan tambahan tenaga perawat dari perawatan lantai 2 dan lantai 3 sesuai dengan kebutuhan.

Pada saat bencana internal yaitu kebakaran maka ketentuan perencanaan SDM adalah sebagai berikut

1. Kebakaran Ringan

Untuk memadamkan api diperlukan 1-2 orang dari pegawai yang berdinass atau berada di sekitar kejadian dengan menggunakan 1-2 APAR.

2. Kebakaran Sedang

Untuk memadamkan api diperlukan 3-5 orang dari pegawai yang berdinass dengan APAR yang jumlahnya lebih banyak, dan 2-3 orang untuk evakuasi pasien dan dokumen atau barang berharga lainnya yang ada di ruang lokasi kejadian.

3. Kebakaran Berat

Untuk memadamkan api diperlukan bantuan dari dinas kebakaran dengan mengerahkan seluruh pegawai yang berdinass saat itu untuk melakukan evakuasi

Pengaturan jumlah dan kualifikasi tenaga yang diperlukan saat penanganan bencana. Tenaga yang dimaksud adalah SDM rumah sakit yang harus disiagakan serta pengelolaannya saat situasi bencana.

Adapun pengelolaannya yaitu :

1. HRD menginstruksikan Koordinator ruang yang terkait untuk menyiapkan tenaga.
2. Koordinasi dengan pihak lain bila diperlukan tenaga tambahan/dari luar RS.
3. Dokumentasikan semua staf yang bertugas untuk setiap shift.

C. Penanganan Bencana di Rumah Sakit

Pada situasi bencana aspek koordinasi dan kolaborasi diperlukan untuk mengatur proses pelayanan terhadap korban dan mengatur unsur penunjang yang mendukung proses pelayanan sehingga dapat berjalan sebagaimana mestinya. Penanganan bencana di rumah sakit pada sistem penanganan bencana adalah sebagai berikut:

1. **Penanganan Korban**

Proses penanganan yang diberikan kepada korban dilakukan secepatnya untuk mencegah resiko kecacatan dan atau kematian, dimulai sejak di lokasi kejadian, proses evakuasi dan proses transportasi ke IGD atau area berkumpul.

Kegiatan dimulai sejak korban tiba di IGD.

Penanggungjawab : Ketua Tim Keamanan dan Keselamatan

Tempat : Titik kumpul area parkir depan gedung rumah sakit di sebelah kiri dan area parkir belakang
Prosedur :

a. Di Lapangan

- 1) Lakukan triage sesuai dengan berat ringannya kasus (Hijau, Kuning, Merah, dan Hitam)
- 2) Menentukan prioritas penanganan
- 3) Evakuasi korban ke tempat yang lebih aman
- 4) Lakukan stabilisasi sesuai kasus yang dialami
- 5) Transportasi korban ke IGD.

b. Di Rumah Sakit (IGD)

- 1) Lakukan triage oleh tim medik.
- 2) Penempatan korban sesuai hasil triage.
- 3) Lakukan stabilisasi korban.
- 4) Berikan tindakan definitif sesuai dengan kegawatan dan situasi yang ada (Merah, Kuning, Hijau)
- 5) Perawatan lanjutan sesuai dengan jenis kasus (ruang perawatan dan kamar operasi)
- 6) Lakukan rujukan bila diperlukan baik karena pertimbangan medis maupun tempat perawatan.

2. Pengelolaan Barang Milik Korban

Barang milik korban hidup baik berupa pakaian, perhiasan, dokumen, dll ditempatkan secara khusus untuk mencegah barang tersebut hilang maupun tertukar. Sedangkan barang milik korban meninggal, setelah di dokumentasi, selanjutnya diserahkan ke pihak kepolisian.

Tempat : Ruang Security Lantai Basement

Penanggungjawab : Team Keamanan dan Keselamatan

Prosedur :

- a. Catat barang yang dilepaskan dari korban atau dibawa oleh korban
- b. Bila ada keluarga maka barang tersebut diserahkan kepada keluarga korban dengan menandatangani form penyerahan barang.
- c. Tempatkan barang milik korban pada kantong plastik dan disimpan di lemari/ loker terkunci.
- d. Bila sudah 1 minggu barang milik korban belum diambil baik oleh pasien sendiri maupun keluarganya, maka barang-barang tersebut akan dimusnahkan

3. Pengosongan Ruang dan Pemindahan Pasien

Pada situasi bencana eksternal maka ruangan perawatan tertentu harus dikosongkan untuk menampung sejumlah korban dan pasien-pasien diruangan tersebut harus dipindahkan keruangan yang sudah ditentukan.

Tempat : Ruang Amarylis dan Brasia

Penanggungjawab : Manager Keperawatan

Prosedur :

- a. Manager Keperawatan menginstruksikan koordinator ruangan yang dimaksud untuk mengosongkan ruangan.
- b. Koordinator ruangan berkoordinasi ke koordinator ruangan lain untuk memindahkan pasiennya
- c. Koordinator ruangan dan PJ ruangan menjelaskan pada pasien / keluarganya alasan pengosongan ruangan
- d. Koordinator ruangan mencatat ruangan-ruangan tempat tujuan pasien pindah dan menginstruksikan kepada petugas billing untuk melakukan mutasi pada system billing.
- e. Koordinator ruangan melaporkan proses pengosongan ruangan kepada manager keperawatan.

4. Pengelolaan makanan Korban dan Petugas

Makanan untuk pasien dan petugas, persiapan dan distribusinya dikoordinir oleh Instalasi Gizi sesuai dengan permintaan tertulis yang disampaikan oleh Koord ruangan maupun PJ pos. Makanan yang dipersiapkan dengan

memperhitungkan jumlah makanan cadangan untukantisipasi kedatangan korban baru.

Tempat : Ruang dapur induk

Penanggungjawab : Koordinator Instalasi Gizi

Prosedur :

- a. Instalasi Gizi mengkoordinasikan jumlah korban dan petugas yang ada ke ruangan / posko sebelum mempersiapkan makanan pada setiap waktu makan.
- b. Instalasi Gizi mengumpulkan semua permintaan makanan dari ruangan / posko.
- c. Instalasi mengkoordinir persiapan makanan dan berkolaborasi dengan posko logistik untuk mengetahui jumlah makanan yang akan / dapat di distribusikan.

5. Pengelolaan Tenaga Rumah Sakit

Pengaturan jumlah dan kualifikasi tenaga yang diperlukan saat penanganan bencana. Tenaga yang dimaksud adalah SDM rumah sakit yang harus disiagakan serta pengelolaannya saat situasi bencana.

Tempat : Bagian HRD

Penanggungjawab : HRD

Prosedur :

- a. HRD menginstruksikan Koordinator ruangan yang terkait untuk menyiapkan tenaga.
- b. Koordinasi dengan pihak lain bila diperlukan tenaga tambahan / dari luar RS.
- c. Dokumentasikan semua staff yang bertugas untuk setiap shift.

6. Pengendalian Korban Bencana dan Pengunjung

Pada situasi bencana internal maka pengunjung yang saat itu berada di RS ditertibkan dan diarahkan pada tempat berkumpul yang ditentukan. Demikian pula korban diarahkan untuk dikumpulkan pada ruangan / area tempat berkumpul yang ditentukan.

Tempat/area berkumpul : Pada area parkir depan gedung rumah sakit yang berada di sebelah kiri dan belakang gedung

Penanggungjawab : Tim Keamanan

Prosedur :

- a. Umumkan kejadian dan lokasi bencana melalui speaker dan informasikan agar korban dipindahkan dan diarahkan ke area yang ditentukan.
- b. Perintahkan Koord. ruangan terkait untuk memindahkan korban.
- c. Koordinir proses pemindahan dan alur pengunjung ke area dimaksud.

7. Koordinasi Dengan Instansi Lain

Diperlukannya bantuan dari instansi lain untuk menanggulangi bencana maupun efek dari bencana yang ada. Bantuan ini diperlukan sesuai dengan jenis bencana yang terjadi. Instansi terkait yang dimaksud adalah Satkorlak, Dinas Pemadam Kebakaran Bekasi, Kepolisian Sektor Pondokgede, PLN, TELKOM, PMI Kota Bekasi. Tempat : Pos Komando

Penanggungjawab : Ketua Penanggulangan Bencana

Prosedur :

- a. Koordinir persiapan rapat koordinasi dan komunikasikan kejadian yang sedang dialami serta bantuan yang diperlukan
- b. Hubungi instansi terkait untuk meminta bantuan sesuai kebutuhan
- c. Bantuan instansi terkait dapat diminta kepada pemerintah Propinsi, Kabupaten/ Kota dan Pusat, termasuk lembaga/ instansi/ militer/ polisi dan atau organisasi profesi.

8. Pengelolaan Obat /Alat

Penyediaan obat dan bahan/ alat habis pakai dalam situasi bencana merupakan salah satu unsur penunjang yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan, oleh karena itu diperlukan adanya persediaan obat dan bahan/ alat habis pakai sebagai penunjang pelayanan korban.

Tempat : Instalasi Farmasi

Penanggungjawab : Koord Farmasi

Prosedur :

- a. Menyiapkan persediaan obat & bahan / alat habis pakai untuk keperluan penanganan korban bencana.
- b. Distribusikan jumlah dan jenis obat & bahan/ alat habis pakai sesuai dengan permintaan unit pelayanan.
- c. Siapkan tempat penyimpanan yang memadai dan memenuhi persyaratan penyimpanan obat & bahan/ alat habis pakai
- b. Buat pencatatan dan pelaporan harian
- c. Lakukan pemusnahan/ koordinasikan ke pihak terkait apabila telah kadaluarsa dan atau tidak diperlukan sesuai dengan persyaratan

9. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan tetap dijaga pada situasi apapun termasuk situasi bencana untuk mencegah terjadinya pencemaran maupun dampak dari bencana.

Tempat : Lingkungan Rumah Sakit

Penanggungjawab : Tim Teknik

Prosedur :

- a. Pastikan sistem pembuangan dan pemusnahan sampah dan limbah medis dan non medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- b. Catat dan laporkan jumlah sampah medis
- c. Kontrol seluruh pipa dan alat yang dipakai untuk pengolahan sampah dan limbah agar tidak terjadi pencemaran lingkungan
- d. Koordinasikan kebersihan ruangan dan pemisahan sampah medis dan sampah umum dengan petugas ruangan.

10. Pengelolaan Listrik, Telepon, dan Air

Meningkatnya kebutuhan power listrik, instalasi air dan tambahan sambungan telpon saat Disaster membutuhkan kesiapsiagaan dari tenaga yang melaksanakannya. Persiapan pengadaan maupun sambungannya mulai dilaksanakan saat aktifasi situasi bencana di rumah sakit

Tempat : Unit pelayanan

Penanggungjawab : Tim Teknik/Maintenance Umum
Prosedur :

- a. Pastikan sistem berfungsi dengan baik dan aman.
- b. Siapkan penambahan dan jaga stabilitas listrik agar layak pakai dan aman
- c. Siapkan penambahan line telepon untuk SLI maupun sambungan keluar lainnya
- d. Jaga kualitas air sesuai dengan syarat kualitas maupun kuantitas air bersih dan hindari kontaminasi sehingga tetap aman untuk digunakan
- e. Lakukan koordinasi dengan Instansi terkait (PLN, PT TELKOM, PDAM) untuk menambah daya, menambah line dan tetap menjaga ketersediaan listrik, telpon, maupun Air
- f. Distribusikan kebutuhan listrik, telpon dan air ke area yang membutuhkan
- g. Berkoordinasi dengan pengguna/ruangan dan penanggung jawab area
- h. Lakukan monitoring secara rutin

11. Penanganan Keamanan

Keamanan diupayakan semaksimal mungkin pada area-area transportasi korban dari lokasi ke IGD, pengamanan sekitar Triage dan IGD pada umumnya serta pengamanan pada unit perawatan dan pos-pos yang didirikan.

Penanggungjawab : Tim Keamanan

Tempat : Alur masuk ambulance ke IGD, seluruh unit pelayanan dan pos

Prosedur :

- a. Atur petugas sesuai dengan wilayah pengamanan.
- b. Lakukan koordinasi dengan instansi terkait seperti kepolisian
- c. Atur dan Arahkan pengunjung ke lokasi yang ditentukan pada saat bencana internal
- d. Lakukan kontrol rutin dan teratur.
- e. Dampingi petugas bila ada keluarga yang mengamuk.

12. Pengelolaan Informasi

Informasi, baik berupa data maupun laporan dibuat sesuai dengan form yang ditentukan sehingga tidak terjadi kesimpangsiuran mengenai jumlah korban baik korban hidup, korban meninggal, asal negara, tempat perawatan korban dan status evakuasi ke luar rumah sakit.

Informasi ini meliputi identitas korban, SDM dan fasilitas yang diperlukan untuk penanganan korban.

Tempat : Pos Informasi

Penanggungjawab : Tim Humas

Prosedur :

- a. Lengkapi semua data korban yang mencakup nama pasien, umur, dan alamat/asal negara, dari korban rawat jalan, rawat inap dan meninggal serta evakuasi dan lengkapi dengan data tindakan yang telah dilakukan
- b. Informasi di update setiap 12 jam untuk 2 hari pertama (jam 08.00 dan jam 20.00) dan 24 jam untuk hari-hari berikutnya (jam 08.00)
- c. Informasi ditulis pada papan informasi dan dipasang di pos informasi
- d. Setiap lembar informasi yang keluar ditandatangani oleh komandan bencana dan diserahkan kepada pihak yang membutuhkan oleh penanggung jawab pos informasi

13. Jumpa Pers

Informasi dari posko data merupakan sumber informasi yang akan digunakan pihak rumah sakit pada saat jumpa pers. Pihak RS yang menghadiri press release adalah Direktur Rumah Dharma Nugraha, ketua penanggulangan bencana dan komandan bencana.

Tempat : Auditorium Lt 6
Penanggung Jawab : Tim Humas
Prosedur :

- a. Jumpa pers dilaksanakan setiap hari setiap jam 11.00 WIB untuk 5 hari pertama, dua hari sekali untuk hari berikutnya dan seterusnya bila mana dipandang perlu.
- b. Undangan atau pemberitahuan kepada pers akan adanya jumpa pers dilakukan oleh Tim Humas.
- c. Siapkan dan sebelumnya konfirmasikan informasi yang akan disampaikan pada jumpa pers kepada Direktur Rumah sakit.

14. Pengelolaan Media

Wartawan dari media cetak dan elektronik akan berada hampir 24 jam disekitar rumah sakit untuk meliput proses pelayanan dan kunjungan tamu ke unit pelayanan, bukan hanya berasal dari media regional, nasional tetapi juga internasional sehingga perlu dikelola dengan baik.

Tempat : Ruangan Humas
Penanggung Jawab : Tim Humas
Proses :

- a. Registrasi dan berikan kartu identitas semua media serta wartawan yang datang
- b. Sampaikan bahwa semua informasi dapat diperoleh dari pos informasi
- c. Koordinasikan dengan petugas pengamanan rumah sakit untuk pengaturannya
- d. Peliputan media hanya diijinkan kepada yang sudah memperoleh kartu identitas
- e. Peliputan langsung pada korban bencana atas seijin yang bersangkutan

15. Pengelolaan Rekam Medis

Semua korban bencana yang memerlukan perawatan dibuatkan rekam medis sesuai dengan prosedur yang berlaku di Rumah Sakit. Pada rekam medis diberikan tanda khusus untuk mengidentifikasi data korban dengan segera.

Tempat : Ruang Rekam Medis
Penanggung jawab : Koord. Rekam Medik
Prosedur :

- a. Siapkan sejumlah form rekam medis korban bencana untuk persiapan kedatangan korban
- b. Kontrol dan pastikan semua korban sudah dibuatkan rekam medik

- c. Registrasi semua korban pada system billing setelah dilakukan penanganan emergency.

16. Identifikasi Korban

Semua korban bencana yang dirawat menggunakan Gelang pasien yang bertuliskan nomor Ream Medis yang dipasangkan pada pergelangan tangan /kaki pasien pasien Setelah dilakukan tindakan life saving, label ID akan dilepas dan disimpan pada rekam medik yang bersangkutan.

Tempat : Area Titik kumpul di depan gedung rumah sakit Mitra
Keluarga Depok di sebelah kiri.

Penanggungjawab : Koord. Rekam Medik

Prosedur :

- a. Pasangkan label ID pada semua lengan atas kanan korban hidup pada saat masuk ruangan triage atau korban meninggal pada saat masuk kamar jenazah, serta dibuatkan rekam mediknya.
- b. Kontrol semua korban bencana dan pastikan sudah menggunakan Label ID

17. Pengelolaan Tamu /Kunjungan

Tamu dan kunjungan ke rumah sakit untuk meninjau pelaksanaan penanganan terhadap korban dilakukan berupa kunjungan oleh institusi, LSM, maupun perseorangan. Pengelolaannya diatur untuk mencegah terganggunya proses pelayanan dan mengupayakan privacy korban. Semua tamu diterima oleh petugas keamanan dan Humas.

Tempat : Ruang Rapat

Penanggungjawab : Tim Humas

Prosedur :

- a. Semua rencana kunjungan tercatat pada bagian Humas
- b. Hubungi Direktur Rumah Sakit, dan manager terkait untuk menerima kunjungan sesuai jenis kunjungan atau tamu yang akan hadir.
- c. Siapkan ruangan dan kebutuhan lainnya (makanan/ minuman) bila dibutuhkan.
- d. Siapkan informasi/ data korban dan perkembangannya, data kesiapan rumah sakit dan proses pelayanannya.
- e. Koordinasi ke Tim keamanan Rumah Sakit untuk persiapan pengamanannya
- f. Koordinasikan semua tim untuk mempersiapkan kunjungan.
- g. Siapkan dokumentasi.

18. Pengelolaan Jenazah

Untuk kejadian bencana, jenazah akan di tempatkan di ruang jenazah yang berada di lantai basement, Untuk penyimpanan dan pengeluaran jenazah dilakukan di kamar jenazah di lengkapi dengan serah terima kepada pihak keluarga di sertai surat kematian.

Tempat : Kamar Jenazah

Penanggungjawab : Petugas Rekam Medis

Proses :

- Registrasi semua jenazah korban bencana yang masuk ke RS melalui kamar jenazah
- Bila diperlukan, dilakukan identifikasi pada korban untuk menentukan sebab kematian.
- Siapkan surat-surat yang diperlukan untuk identifikasi, penyerahan ke keluarga, pengeluaran jenazah dan evakuasi dari rumah sakit serta sertifikat kematian
- Buat laporan jumlah dan status jenazah kepada ketua medical support dan pos pengolahan data

19. Evakuasi Korban Keluar Rumah Sakit

Atas indikasi medis, sosial, politik dan hukum, maupun permintaan negara yang bersangkutan atau atas permintaan keluarga seringkali pasien/ korban pindah ataupun keluar dari rumah sakit untuk dilakukan perawatan di rumah sakit tertentu di luar Rumah Sakit. Perpindahan / evakuasi korban ini dilakukan atas keterangan dari tim medis. Permintaan keluarga maupun negara yang bersangkutan bila korban adalah warga negara asing. Kelengkapan dokumen medik serta persetujuan keluarga / negara yang bersangkutan diperlukan untuk pelaksanaan proses evakuasi.

Tempat : IGD, Unit Perawatan

Penanggungjawab : Koordinator Rekam Medis

Prosedur :

- Pastikan adanya persetujuan medis, maupun persetujuan keluarga/ negara yang bersangkutan sebelum proses evakuasi dilakukan
- Koordinasikan rencana evakuasi korban kepada pihak/ rumah sakit penerima
- Pastikan pasien dalam keadaan stabil dan siap untuk dievakuasi
- Siapkan ambulance sesuai standar untuk evakuasi pasien
- Bila diperlukan hubungi pihak penerbangan untuk kesiapan transportasi pasien
- Pastikan adanya tim medis yang mendampingi selama proses evakuasi

D. Identifikasi dan Penugasan Peran dan Tanggung Jawab Pada Saat Bencana

Pada saat bencana, terjadi penugasan peran dan tanggung jawab pada petugas yaitu :

1. Umum

- a. Seluruh dokter dan karyawan/karyawati Rumah Sakit tetap harus bekerja pada pos masing-masing sesuai jadwal kerja yang telah disusun kecuali ditentukan lain oleh Ketua Tim Penanggulangan Bencana.
- b. Anggota Tim akan menunjuk petugas lain jika petugas yang seharusnya bertugas tidak dapat bekerja atau sedang tidak ada ditempat. Bagi petugas yang harus mengkonsumsi obat-obatan tertentu untuk memelihara kesehatannya, maka mereka harus memastikan telah membawa obat sesuai keperluannya sampai bencana dapat diatasi.

2. Karyawan Sedang Bertugas

- a. Begitu keadaan tanggap darurat bencana diumumkan maka seluruh karyawan/karyawati yang ada di rumah sakit pada saat itu harus segera melaporkan diri pada tempat dimana mereka ditugaskan.
- c. Karyawan yang sedang bertugas harus mematuhi keputusan koordinator ruangan dan tidak boleh pulang apabila belum ada pengganti.
- d. Karyawan yang sedang bertugas harus siap ditempatkan dimana saja sesuai kebutuhan pada saat bencana.

3. Karyawan yang Sedang Libur

Karyawan yang sedang libur akan dipanggil dan harus segera melaporkan diri pada Kepala Ruangan atau pejabat yang bertanggung jawab pada tempatnya melapor.

4. Penugasan Ulang

Seluruh karyawan dapat ditugaskan ulang dan harus tunduk pada keputusan Kepala Ruangan atau pejabat yang bertanggung jawab pada tempatnya melapor sesuai arahan ketua Tim Penanggulangan Bencana

5. Koordinator dan PJ

Seluruh perawat koordinator dan PJ lainnya bertanggung jawab untuk memastikan seluruh stafnya memiliki kesiapan menghadapi bencana. Mereka juga harus mengingat alamat dan nomor yang dapat dihubungi untuk masing-masing stafnya termasuk nomor orang yang dapat membantu di Rumah Sakit jika dianggap perlu. (catatan: Banyak staf non paramedis yang mungkin

memiliki kemampuan Resusitasi Jantung Polmuner atau keahlian lain yang tidak dipergunakan dalam tugas sehari-hari).

Seluruh karyawan harus disiapkan dan memahami bahwa jika Rumah Sakit dalam keadaan siaga bencana maka yang pertama harus dipikirkannya adalah segera datang ke Rumah Sakit.

6. Daftar Nama

- a. Divisi kepegawaian harus membuat dan dapat menyediakan setiap saat daftar nama beserta nomor telepon yang dapat dihubungi seluruh karyawan rumah sakit pada saat tanggap bencana.
- b. Karyawan yang tidak memiliki nomor telepon diharuskan untuk menghubungi Kepala Ruangan, Kepala Instalasi dan Kepala Divisi-nya paling lambat 1 (satu) jam setelah Rumah Sakit dinyatakan dalam keadaan siaga bencana.
- c. Daftar karyawan akan di perbaharui dan diverifikasi setiap tahun.

Proses pengelolaan tanggap darurat dikelola oleh sub komite Disaster plan berkoordinasi dengan pimpinan unit pelayanan setempat, dengan cara

- a) Menentukan jenis yang kemungkinan terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman, dan kejadian;
- b) Menentukan integritas struktural dan non struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bagaimana bila terjadi bencana;
- c) Menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut;
- d) Menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian;
- e) Mengelola sumber daya selama kejadian termasuk sumber-sumber alternatif;
- f) Mengelola kegiatan klinis selama kejadian termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian;
- g) Mengidentifikasi dan penetapan peran serta tanggungjawab staf selama kejadian dan; dan
- h) Proses mengelola keadaan darurat ketika terjadikonflik antara tanggung jawab pribadi staf dan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien termasuk kesehatan mental dari staf.

8. Konstruksi dan Renovasi

Assesmen Risiko Prakonstruksi secara komprehensif dan proaktif digunakan untuk mengevaluasi risiko dan kemudian mengembangkan rencana agar dapat meminimalkan dampak konstruksi, renovasi atau penghancuran/demolisi sehingga pelayanan pasien tetap terjaga kualitas dan keamanannya. Dengan memperhatikan hal berikut:

- a. Kualitas udara
- b. Pencegahan dan pengendalian infeksi
- c. Utilitas
- d. Kebisingan
- e. Getaran
- f. Bahan dan limbah berbahaya
- g. Keselamatan kebakaran
- h. Keamanan
- i. Prosedur darurat, termasuk jalur/keluar alternatif dan akses ke layanan darurat
- j. Bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.

Penilaian risiko akibat dampak renovasi atau konstruksi yang dikenal sebagai infection control Risk assesment (ICRA) adalah suatu proses terdokumentasi yang dilakukan sebelum memulai kegiatan pemeliharaan, perbaikan, pembongkaran, konstruksi, maupun renovasi untuk mengetahui risiko dan dampaknya terhadap kualitas udara dengan mempertimbangkan potensi paparan pada pasien.

Sistem HVAC (heating, Ventilation, Air Conditioning) adalah sistem pemanas, ventilasi dan pendingin udara di sarana pelayanan kesehatan yang dirancang untuk:

- a. Menjaga suhu udara dan kelembaban dalam ruangan pada tingkat yang nyaman untuk petugas, pasien dan pengunjung
- b. Kontrol bau
- c. Mengeluarkan udara yang tercemar
- d. Memfasilitasi penanganan udara untuk melindungi petugas dan pasien dari patogen airborne
- e. Meminimalkan risiko transmisi patogen udara dari pasien infeksi. Sistem HVAC mencakup udara luar inlet, filter, mekanisme modifikasi kelembaban (misalnya kontrol kelembaban musim panas, kelembaban musim dingin) pemanas dan pendingin peralatan, exhaust, diffusers, atau kisi-kisi untuk distribusi udara. Penurunan kinerja sistem fasilitas kesehatan HVAC, inefisiensi filter, pemasangan yang tidak benar dan pemeliharaan yang buruk dapat berkontribusi pada penyebaran infeksi airborne.

Tahap pra kontruksi pada tahap prakontruksi kegiatan yang diperlukan menimbulkan dampak sebagai berikut: survey lapangan, pengadaan lahan, mobobilisasi tenaga kerja untuk kontruksi, mobilisasi alat, pengadaan material dan pematangan lahan.

Tata laksana kontruksi merupakan suatu kegiatan membangun sarana maupun prasarana. Dalam sebuah bidang arsitektur atau teknik sipil, sebuah kontruksi juga dikenal sebuah bangunan atau satuan infrastruktur pada sebuah area atau pada beberapa area secara ringkas kontruksi di definisikan sebagai objek keseluruhan bangunan yang terdiri dari bagian-bagian struktur. Misalnya, kontruksi bangunan adalah bentuk bangunan secara keseluruhan dari struktur bangunan.

Tata laksana domisili/Renovasi dalam pelaksanaan domilisi/renovasi, bangunan atau fasilitas harus dalam keadaan kosong atau tidak digunakan untuk melaksanakan pelayanan. Namun dalam kondisi pelayanan di fasilitas atau disekitarnya tetap harus melaksanakan pelayanan, maka harus dilaksanakan kegiatan atau tindakan agar dampak dari demolisi tersebut dapat dikurangi atau bahkan ditiadakan.

1. Assesmen Risiko Prakontruksi (PCRA)

- A. PCRA merupakan pengkajian kontruksi secara keseluruhan salah satunya adalah nilai kualitatif dan kuantitatif risiko cedera atau infeksi terkait aktifitas di fasilitas pelayanan kesehatan serta mengenai ancaman bahaya aktivitas tersebut
- B. Kontruksi, renovasi dan demolisi akan menimbulkan debu yang mengandung flamen-flamen jamur, seperti aspergillus dan juga potensial pathogen lain.
- C. Cara mengidentifikasi risiko infeksi, identifikasi jenis aktifitas dengan mempertimbangkan pasien, petugas kesehatan dan risiko terhadap pengunjung
- D. Analisis risiko di identifikasi kemungkinan konsekuensi dari program untuk pasien, petugas, pengunjung dan lingkungan
 - 1) Pre Renovasi
 - Sebelum renovasi ada rapat koordinasi antara bagian teknik, tim MFK, UPSRS, Tim Manajemen Risiko Fasilitas dan Lingkungan, Bagian kesehatan lingkungan dan vendor
 - Tim MFK dan IPSRS melakukan pengkajian risiko dan membuat ijin renovasi / demolisi
 - Sebelum pelaksanaan pembangunan dan renovasi bangunan Tim MFK, IPSRS, Tim Manajemen Risiko dan bagian kesehatan lingkungan memberikan edukasi kepada pihak perencana dan pelaksana proyek tentang pencegahan terjadinya penularan penyakit akibat renovasi

- Selama proses pembangunan pelaksanaan proyek wajib menggunakan APD
- Setelah pembangunan selesai Tim MFK dan PPI melakukan evaluasi kembali melalui cek list renovasi bangunan,

2) Selama Renovasi, selama dalam proses pembangunan, tim pengawas proyek (unit UPSRS, Tim MFK,PPI, Tim Manajemen risiko dan kesling) melakukan monitoring terhadap pelaksanaan pekerjaan sesuai kesepakatan

3) Aktivitas kontruksi berdasarkan tipe

a) Tipe aktivitas berdasarkan tipe:

- Banyaknya debu yang ditimbulkan
- Potensi terhadap aerosol air
- Lama pekerjaan kontruksi
- Jumlah sistem pendingin ruangan dan ventilasi yang terpadu

b) Ada 4 tipe: tipe A, B, C dan D

✚ Tipe A

- Inspeksi dan aktivitas non invasive.
- Jenis pekerjaan: mengangkat papan plavon untuk inspeksi visual terbatas pada 1 papan pe square feet
- Pengecetan dll

✚ Tipe B

- Skala kecil, durasi aktivitas pendek yang dapat menghasilkan debu minimal
- Jenis pekerjaan: instalasi telepon dan kabel komputer, akses untuk ke ruangan, memotong dinding atau langit-langit dimana migrasi debu dapat dikontrol

✚ Tipe C

- Aktivitas yang menghasilkan debu dari tingkat moderat sampai tinggi atau membutuhkan penghancuran atau pemusnahan komponen kerangka gedung
- Jenis pekerjaan: melakukan plesteran dinding untuk dicat atau pelapisan dinding, mengangkat penutup lantai, papan plavon, dan papan penghalang, kontruksi dinding baru, membuat akses kerja minor, atau pekerjaan listrik di atas plavon, aktivitas kabel mayor, pekerjaan yang tidak bias diselesaikan dalam satu shift.

🚧 Tipe D

- Penghancuran mayor dan proyek bangunan
 - Jenis pekerjaan: aktivitas yang membutuhkan kerja shift yang berkelanjutan, membutuhkan penghancuran besar, pengangkatan sistem kabel yang lengkap konstruksi baru.
- c) Berdasarkan kelompok risiko
- i. Risiko rendah: pada area kantor, non pasien area
 - ii. Risiko sedang:
 - Ruang tunggu rawat inap
 - Radiologi
 - Pendaftaran / rekam medik
 - dapur
 - iii. Risiko tinggi
 - Poliklinik
 - UGD
 - Labolaturium
 - farmasi
 - iv. Risiko sangat tinggi
 - R. HCU
 - R. CSSD
 - Kamar Bedah
 - Ruang Rawat Inap
- d) Level PCRA, berdasarkan tabel antara Tipe Pekerjaan konstruksi dan kelompok risiko bangunan.
- 1) Level I
- Lakukan pekerjaan dengan metode yang dapat meminimalisir debu dari aktivitas konstruksi
 - Mengganti/ menggeser papan langit-langit yang salah posisi
- 2) Level II
- Melakukan metode yang aktif untuk mencegah debu bertebaran dari tempatnya ke udara
 - Semprotan air ke permukaan kerja untuk mengontrol debu pada saat memotong
 - Tutup pintu yang tidak dipakai dengan selotip
 - Memblok dan menutup ventilasi udara
 - Letakkan keset di pintu masuk dan keluar dari area konstruksi
 - Lepaskan atau lakukan isolasi sistem HVAC di area kerja.

- 3) Level III
- Jaga tekanan negatif udara dalam area kerja menggunakan HEPA yang dilengkapi dengan unit filtrasi udara
 - Pengiriman atau kereta, tutup rapat dengan selotip, kecuali sudah ada penutupnya.
- 4) Level IV
- Jaga tekanan negative udara dalam area kerja menggunakan HEPA yang dilengkapi dengan unit filtrasi udara.
 - Tutup lubang, pipa-pipa, sambungan-sambungan dan bolongan-bolongan dengan benar
 - Setiap petugas yang memasuki area kerja harus memakai pelindung diri lengkap
 - Jangan melepaskan penghalang dari area kerja sampai proyek selesai

2. Kualitas Udara

Untuk mengatasi polusi udara yang diakibatkan kegiatan renovasi yang berupa pembongkaran tempat, kupas plasteran, pengamplasan, maka harus dilakukan penyekatan area pekerjaan dengan menggunakan triplek, terpal, seng atau bahan-bahan lain yang dapat mencegah debu keluar dari area demolisi/ renovasi atau dengan cara membasahi material yang akan dibongkar dengan air untuk mencegah debu berterbangan selain untuk menanggulangi dampak yang berupa polusi udara, hal ini juga dapat mencegah timbulnya infeksi yang disebabkan oleh debu. Adapun kandungan debu maksimal di dalam udara ruangan dalam pengukuran debu rata-rata 8 jam adalah 0,15mg/m³

INDEKS KUALITAS UDARA MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM KUALITAS UDARA (waktu pemaparan 8 jam, satuan dalam rentang)
1	Ruang Pasien: <ul style="list-style-type: none"> - Saat tidak tidur - Saat tidur 	<div>40</div> <div>35</div>
2	Ruang operasi	40
3	Anestesi, pemulihan	40
4	Laboratorium	40
5	Koridor	50
6	Tangga	50
7	Kantor/lobby	50

8	Ruang alat/gudang	45
9	Farmasi	45
10	Dapur	35
11	Ruang Cuci	35
12	Ruang HCU	35
13	Ruang Poliklinik	40

3. Pengendalian Infeksi

Untuk mengatasi infeksi akibat kegiatan renovasi yang berupa pembongkaran tembok, kupas plesteran, pengamplasan, maka harus dilakukan penyekatan area pekerjaan dengan menggunakan triplek, terpal, seng atau bahan-bahan lain yang dapat mencegah debu keluar dari area demolisi/renovasi atau dengan cara membasahi material yang akan dibongkar dengan air untuk mencegah debu bertebaran, memberikan cairan antiseptik untuk menghindari terjadinya infeksi.

INDEKS PENGENDALIAN INFEKSI MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM KUALITAS INFEKSI (waktu pemaparan 8 jam, satuan dalam rentang)
1	Ruang pasien	60
2	Ruang operasi	70
3	Anestesi, pemulihan	50
4	Laboratorium	50
5	Koridor	40
6	Tangga	40
7	Kantor/lobby	40
8	Ruang alat/gudang	40
9	Farmasi	40
10	Dapur	40
11	Ruang Cuci	40
12	Ruang HCU	75
13	Ruang Rawat Inap	50

4. **Kebutuhan Utilitas**

- 1) Kebutuhan air bersih kebutuhan air bersih dapat dipenuhi dengan memanfaatkan saluran air rumah sakit yang sudah ada di area renovasi, yang menggunakan sistem tangki atap dan tangki tekan.
- 2) Pembuangan air kotor. Pembuangan air kotor/limbah dapat dilakukan menggunakan saluran air kotor terdekat yang sudah ada di area rumah sakit
- 3) Pembuangan sampah, pembuangan sampah bongkaran material harus dilakukan dengan rapi sehingga tidak mengganggu kegiatan pelayanan di unti pelayanan sekitarnya dan tidak mengganggu keindahan lingkungan.\
- 4) Instalasi listrik. Sumber daya listrik dapat diambil dari instalasi terdekat yang ada di rumah sakit dengan memperhatikan segi keamanan dan kerapihan. Menggunakan material/ bahan-bahan standar dan pengaturan kabel tidak berserakan.

INDEKS KEBUTUHAN UTILITAS MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM KUALITAS UTILITAS (waktu pemaparan 8 jam, satuan %)
1	Ruang pasien	70
2	Ruang operasi	70
3	Anestesi, pemulihan	70
4	Laboratorium	70
5	Ruang tunggu	70
6	Tangga	70
7	Kantor/lobby	70
8	Ruang alat/gudang	80
9	Farmasi	80
10	Dapur	70
11	Ruang Cuci	70
12	Ruang HCU	70
13	Ruang poliklinik	70

5. **Kebisingan**

Dengan melakukan penyekatan area demolisi/ renovasi dengan bahan yang dapat mengurangi kebisingan yang ditimbulkan dari kegiata tersebut. Bahan yang digunakan adalah partikel hardboard dilapisi lembaran sterofoam

INDEKS KEBISINGAN MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM KEBISINGAN (waktu pemaparan 8 jam, satuan dBA)
1	Ruang pasien:	
	- Saat tidak tidur	45
	- Saat tidur	40
2	Ruang operasi	45
3	Anestesi, pemulihan	45
4	Laboratorium	65
5	Ruang tunggu	40
6	Tangga	45
7	Kantor/lobby	45
8	Ruang alat/gudang	45
9	Farmasi	45
10	Dapur	78
11	Ruang Cuci	78
12	Ruang HCU	40
13	Ruang poliklinik	80

6. Getaran

Apabila kegiatan demolisi/ renovasi akan menimbulkan dampak getaran yang sangat kuat, sehingga mengganggu kenyamanan pengguna sekitarnya, maka kegiatan pelayanan harus dipindahkan atau dihentikan sementara selama getaran tersebut timbul

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM GETARAN (waktu pemaparan 8 jam, satuan dBA)
1	Ruang pasien:	
	- Saat tidak tidur	45
	- Saat tidur	40
2	Ruang operasi	45
3	Anestesi, pemulihan	45
4	Laboratorium	65
5	Ruang tunggu	40
6	Tangga	45
7	Kantor/lobby	45
8	Ruang alat/gudang	45
9	Farmasi	45

10	Dapur	78
11	Ruang Cuci	78
12	Ruang HCU	40
13	Ruang poliklinik	80

7. Bahan Berbahaya

Bahan berbahaya atau beracun kerap disingkat B3 adalah zat atau bahan-bahan lain yang dapat membahayakan kesehatan atau kelangsungan hidup manusia, mahluk lain dan atau lingkungan hidup pada umumnya.

INDEKS BAHAN BERBAHAYA MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM BAHAN BERBAHAYA (waktu pemaparan 8 jam, satuan %)
2	Radiologi	5
3	Laboratorium	5
4	CSSD	4
5	UGD	10
6	Poliklinik	3
7	OK	5
8	Ruang Rawat Inap	3
9	UPSRS	10

8. Kejadian yang bersifat Emergency dilakukan sesuai dengan SPO Gawat Darurat

INDEKS KEJADIAN EMERGENCY MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM KEJADIAN EMERGENCY (waktu pemaparan 8 jam, satuan %)
1	Ruang rawat inap	50
2	Ruang operasi	70
3	Anestesi, pemulihan	40
4	Laboratorium	40
5	Kantor/lobby	40
6	Ruang alat/gudang	60
7	farmasi	50
8	Dapur	65

9	Ruang HCU	45
10	Ruang rawat jalan	50
11	UGD	80

9. Bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan dan layanan

Kontruksi, renovasi dan demolisi akan menimbulkan debu yang mengandung flamen-flamen jamur, seperti aspergillus dan juga potensi pathogen lain. Cara mengidentifikasi risiko infeksi, identifikasi jenis aktifitas dengan mempertimbangkan pasien, petugas kesehatan dan risiko terhadap pengunjung.

INDEKS BAHAYA YANG MEMPENGARUHI PERAWATAN, PENGOBATAN DAN LAYANAN MENURUT RUANGAN ATAU UNIT

NO	RUANGAN ATAU UNIT	MAKSIMUM BAHAYA PERAWATAN, PENGOBATAN DAN LAYANAN (waktu pemaparan 8 jam, satuan %)
1	Ruangan rawat inap	50
2	Ruang operasi	70
3	Pemulihan	40
4	Laboratorium	40
5	Ruang tunggu	40
6	Tangga	50
7	Kantor/lobby	40
8	Ruang alat/gudang	50
9	Farmasi	40
10	Dapur	60
11	Ruang Cuci	45
12	Ruang HCU	50
13	Ruang Rawat Jalan	50

Selama pelaksanaan kegiatan, dilakukan pencatatan dan pelaporan tentang kegiatan dan administrasi yang telah dilakukan. Dokumen yang harus dikerjakan untuk kegiatan assesmen risiko prakontruksi (PCRA). Dokument yang harus dilengkapi adalah:

- a. Bukti berupa foto-foto pelaksanaan pembangunan di RS Dharma Nugraha yang sudah melaksanakan pencegahan dari dampak polusi udara, kebisingan, getaran, infeksi dan kejadian yang bersifat infeksi.
- b. Bukti Laporan Assesmen Risiko Prakontruksi (PCRA)

11. Pelatihan

Seluruh staf di rumah sakit dan yang lainnya telah dilatih dan memiliki pengetahuan tentang pengelolaan fasilitas rumah sakit, program keselamatan dan peran mereka dalam memastikan keamanan dan keselamatan fasilitas secara efektif

Rumah Sakit merencanakan pelatihan bagi staf yang sudah ditunjuk dalam hal mengoperasikan peralatan medis dan sistem utiliti, menghadapi bencana, kebakaran, penanganan limbah, gas medis, emergensi air dan listrik. Kegiatan diklat dilaksanakan dengan cara pembelajaran di kelas/unit kerja dengan menggunakan metode: presentasi, diskusi / tanya jawab, simulasi dan praktek lapangan.

A. Pendidikan dan Pelatihan *Disaster Plan*

Diklat *Disaster Plan* diberikan kepada karyawan untuk mendukung program rumah sakit menyediakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman.

Tujuan : Memberikan pengetahuan dan penyegaran tentang *disaster plan*, penanganan bahan dan limbah berbahaya, penanganan dan penanggulangan kebakaran

Waktu : 1 kali dalam 1 tahun

Metode : Ceramah, diskusi dan role play

Tempat : Ruang Auditorium Lt IV.

B. Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan

Diklat ini diberikan kepada karyawan mengingat pertumbuhan rumah sakit yang bertambah dan berkembang baik dari segi pelayanan maupun pertumbuhan fisik bangunan atau fasilitas, sehingga dapat memahami hal-hal yang perlu diperhatikan selama proses pembangunan berjalan.

Tujuan : Memberikan pengetahuan tentang keselamatan dan keamanan selama proses pembangunan

Waktu : Tentative (sesuai rencana pembangunan)

Metode : Ceramah, diskusi

Tempat : Unit Kerja

C. Pendidikan dan pelatihan keamanan

Diklat ini diberikan kepada karyawan mengingat pertumbuhan rumah sakit yang bertambah dan berkembang baik dari segi pelayanan maupun pertumbuhan fisik bangunan atau fasilitas, sehingga dapat memahami hal-hal yang perlu diperhatikan selama proses pembangunan berjalan.

Tujuan : Memberikan pengetahuan tentang keselamatan dan keamanan selama proses pembangunan

Waktu : Tentative (sesuai rencana pembangunan)

Metode : Ceramah, diskusi

Tempat : Unit Kerja

D. Pendidikan dan Pelatihan Sistem Utilitas

Diklat ini diberikan kepada karyawan, khususnya untuk bagian Umum, sebagai pembekalan dan untuk memberikan pengetahuan tentang system utilisasi rumah sakit (listrik, air minum, limbah, ventilasi, gas medis, manajemen kunci, lift, genset, ups, emergency lamp, dll)

Tujuan : memberikan pengetahuan tentang sistem utilitas rumah sakit

Waktu : 4 kali dalam 1 tahun

Metode: Ceramah, diskusi

Tempat: Ruang maintenance/ unit

E. Pelatihan Bahan Berbahaya dan Beracun

Diklat ini memberikan kepada karyawan untuk bagian umum dan pelayanan, sebagai pembekalan dan untuk memberikan pengetahuan tentang B3 di rumah sakit dan cara penanganan tumpahan B3 di Rumah Sakit.

Tujuan : memberikan pengetahuan tentang B3

Waktu : 1 tahun sekali

Metode: Ceramah, diskusi

Tempat: Ruang Aula lantai 4

F. Pelatihan Proteksi Kebakaran

Diklat ini memberikan kepada karyawan untuk bagian umum dan pelayanan, sebagai pembekalan dan untuk memberikan pengetahuan tentang proteksi kebakaran di rumah sakit dan peran penanganan pemadaman kebakaran di Rumah Sakit

Tujuan : Memberikan pengetahuan tentang peran penanganan kebakaran

Waktu : 1 tahun sekali

Metode: ceramah, diskusi

Tempat: Ruang aula lantai 4

G. Pelatihan Peralatan Medis

Diklat ini memberikan kepada karyawan untuk bagian pelayanan, sebagai pembelakan dan untuk memberikan pengetahuan tentang peralatan medis di rumah sakit tentang penggunaan dan perawatan di Rumah Sakit

Tujuan : Memberikan pengetahuan tentang peran penanganan kebakaran

Waktu : 1 tahun sekali

Metode: ceramah, diskusi

Tempat: Ruang aula lantai 4

H. Pelatihan terhadap vendor, pekerja kontrak, relawan, pelajar

Diklat ini memberikan kepada karyawan untuk bagian pelayanan, sebagai pembelakan dan untuk memberikan pengetahuan tentang peralatan medis di rumah sakit tentang penggunaan dan perawatan di Rumah Sakit

Tujuan : Memberikan pengetahuan tentang manajemen fasilitas dan keselamatan.

Waktu : 1 tahun sekali

Metode: ceramah, diskusi

Tempat: Ruang aula lantai 4

BAB VIII

PENUTUP

Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja Lingkungan di RS (K3RS) ini merupakan pedoman yang dipakai sebagai acuan dalam pelaksanaan pengelolaan K3RS yang di kenal dengan Kebakaran, Keselamatan Kerja dan Kewaspadaan Bencana. Standar K3L RS sebagai acuan lebih komprehensif karena didalamnya terdapat Standar Kesehatan Kerja dan Standar Keselamatan Kerja yang mencakup standar penanggulangan kebakaran dan kewaspadaan terhadap bencana.

Standar K3 RS yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087/MENKES/SK/VIII/2010 diharapkan dapat diterapkan di seluruh Rumah Sakit sebagai bagian dalam pengelolaan Rumah Sakit dan sebagai salah satu parameter penilaian Akreditasi Rumah Sakit yang diamanatkan oleh Undang undang no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Diharapkan dengan adanya standar ini, pembinaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dapat dilaksanakan dan sebagai pedoman dalam melaksanakan program K3RS yang lebih baik lagi dan yang selama ini sudah dijalankan oleh Kementerian Kesehatan dapat ditingkatkan hasilnya. Untuk SDM Rumah Sakit, diharapkan standar ini dapat membantu mereka dalam memahami masalah-masalah K3RS dan dapat melakukan upaya-upaya antisipasi terhadap akibat-akibat yang ditimbulkan sehingga tercapai budaya sehat dalam bekerja”.

Tentu saja pedoman ini masih jauh dari sempurna, dan kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak-pihak terkait guna penyempurnaan dimasa yang akan datang dan atas kerjasama dari berbagai pihak kami mengucapkan terima kasih.

Disetujui
Direktur

The image shows a blue ink signature of dr. Purwanti Aminingsih over the logo of Dharma Nugraha Hospital. The logo consists of a stylized blue flower-like symbol to the left of the text "Dharma Nugraha Hospital Est. 1996".

dr. Purwanti Aminingsih, MARS PhD

Dibuat oleh
Kesehatan dan keselamatan kerja

A blue ink signature of Honi Meidyananta SKM, consisting of a stylized, elongated loop.

Honi Meidyananta SKM