

PEDOMAN MANAJEMEN RESIKO PUSKESMAS JAGIR



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
UPTD. PUSKESMAS JAGIR**
Jl. Bendul Merisi No.1, Surabaya

DAFTAR ISI

BAB I MANAJEMEN RISIKO LINGKUNGAN.....		
A	DEFINISI.....	2
B	RUANG LINGKUP PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LINGKUNGAN.....	2
C	PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LINGKUNGAN DI PUSKESMAS.....	2
D	DOKUMENTASI	5
BAB II MANAJEMEN RISIKO LAYANAN KLINIS.....		5
A	DEFINISI.....	5
B	RUANG LINGKUP PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LAYANAN KLINIS.....	5
C	PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LINGKUNGAN DI LAYANAN KLINIS.....	6
D	DOKUMENTASI.....	9
BAB III MANAJEMEN RISIKO PELAKSANAAN PROGRAM.....		
A	DEFINISI.....	10
B	RUANG LINGKUP PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LAYANAN KLINIS.....	10
C	PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LINGKUNGAN DI LAYANAN KLINIS.....	10
D	DOKUMENTASI.....	11
Referensi.....		12

BAB I. MANAJEMEN RISIKO LINGKUNGAN

A. DEFINISI

Manajemen risiko lingkungan di Puskesmas adalah penerapan manajemen risiko untuk meminimalkan dampak yang ditimbulkan oleh aktifitas atau kegiatan di Puskesmas pada kesehatan pasien, petugas maupun pada lingkungan. Potensi bahaya di Puskesmas, selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya-bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di Puskesmas, yaitu kecelakaan (peledakan, kebakaran, kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anastesi, gangguan psikososial dan ergonomi. Semua potensi bahaya tersebut di atas, jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi para karyawan di Puskesmas, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan Puskesmas.

B. RUANG LINGKUP PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO

Lingkup pelaksanaan manajemen risiko lingkungan di Puskesmas meliputi :

1. Penilaian persyaratan bangunan, sarana prasarana dan kondisi lingkungan Puskesmas
2. Identifikasi risiko kondisi lingkungan yang berdampak pada pasien, petugas dan lingkungan sekitar Puskesmas
3. Tatalaksana penerapan manajemen risiko lingkungan
4. Pemantauan penerapan manajemen risiko lingkungan

Penerapan manajemen risiko lingkungan di Puskesmas Jagir meliputi:

1. Sarana dan prasarana bangunan Puskesmas
2. Sarana prasarana fasilitas Puskesmas termasuk rasio jumlah karyawan dan toilet.
3. Tata ruang dan penetapan zona risiko.
4. Pemantauan kualitas lingkungan termasuk suplai air bersih, keadaan udara, penghawaan, kebisingan, pencahayaan, kelembaban.
5. Pemantauan fasilitas sanitasi Puskesmas
 - a. Toilet dan Kamar Mandi,
 - b. Pembuangan sampah,
 - c. Penyediaan air minum dan air bersih,
 - d. Hygiene dan sanitasi makanan
 - e. Pengolahan limbah,

- f. Pengolahan limbah medis
- g. Pengelolaan linen
- h. Pengendalian serangga dan binatang pengganggu
- i. Dekontaminasi dan sterilisasi
- j. Promosi hygiene dan sanitasi

C. PELAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO DI PUSKESMAS JAGIR

Manajemen risiko di lingkungan Puskesmas Jagir diterapkan pada seluruh kegiatan yang menimbulkan dampak risiko terhadap lingkungan yaitu:

1. Kegiatan pelayanan klinis di Puskesmas.
2. Kegiatan pelayanan kesehatan di Pustu, DTC Corner, Pusling, Poskeskel dan Posyandu.
3. Kegiatan pasien/pengujung Puskesmas.
4. Kegiatan karyawan/ staf Puskesmas.

Kegiatan pelaksanaan manajemen risiko lingkungan

1. Penilaian persyaratan bangunan, sarana dan prasarana Puskesmas
 - a. Bangunan Puskesmas terdiri dari bangunan dengan konstruksi kuat, atap tidak bocor, lantai tidak licin, permukaan dinding kuat dan rata serta menggunakan bahan bangunan yang tidak membahayakan.
 - b. Lingkungan Puskesmas tidak panas, ventilasi cukup, pencahayaan cukup, seluruh ruangan tidak lembab dan tidak berdebu.
 - c. Terdapat fasilitas pemadam kebakaran dan petunjuk jalur evakuasi dan pintu darurat jika terjadi kecelakaan
 - d. Rasio kecukupan toilet karyawan mengikuti indeks perbandingan jumlah karyawan dengan toilet yaitu 1:20 artinya setiap penambahan 20 karyawan harus ditambah 1 toilet dan 1 kamar mandi.
 - e. Tata ruang
 - Zona ruang dengan
 - i. Risiko rendah : meliputi ruang administrasi TU, ruang Kepala Puskesmas, ruang pertemuan, ruang penyimpanan rekam medis bersatu dengan loket (unit pendaftaran), ruang penyimpanan obat dan Musholla
 - ii. Risiko sedang: meliputi poli rawat jalan (selain klinik IMS dan PTRM).

- iii. Risiko tinggi: meliputi klinik IMS, PTRM, Laboratorium, UGD, rawat inap bersalin, rawat inap umum dan rawat inap BBLR, tempat penampungan limbah/sampah medis.
 - Penataan ruangan memperhatikan zona risiko penularan.
- 2. Identifikasi risiko kondisi lingkungan

Setiap unit kerja melakukan identifikasi risiko kondisi lingkungan antara lain:

 - a. Sarana
 - b. Kerusakan bangunan atau sarana prasarana
 - c. Fasilitas sanitasi seperti wastafel buntu, air tidak lancar, sampah medis tidak tersedia, toilet rusak, dll
 - d. Kondisi pencahayaan, penghawaan, kelembaban, kebisingan peralatan, dsb
 - e. Kebersihan ruangan dan fasilitas
 - f. Limbah, misalnya sarana pembuangan limbah yang penuh, paparan limbah pada lingkungan dll.
- 3. Tatalaksana penerapan manajemen risiko lingkungan
 - a. Toilet dan kamar mandi tersedia dalam keadaan bersih
 - b. Lantai kedap air dan mudah dibersihkan
 - c. Terpisah antara toilet laki laki dan perempuan
 - d. Tidak terdapat perindukan nyamuk
 - e. Pembuangan sampah, medis dan non medis
 - f. Tempat sampah tertutup
 - g. Sampah/ limbah non medis padat ditampung dalam kantong warna hitam. Sampah medis ditampung dalam kantong warna kuning.
 - h. Sampah setiap hari dibuang di tempat penampungan sampah sementara kemudian dikirim ke tempat pemusnahan.
 - i. Penyediaan air minum dan air bersih,
 - j. Tersedia air bersih
 - k. Tersedia air minum untuk karyawan sesuai kebutuhan.
 - l. Hygiene dan sanitasi makanan.
 - m. Kebersihan peralatan makan di Puskesmas.
 - n. Pengolahan limbah
 - o. Limbah cair ditampung dalam IPAL Puskesmas
 - p. Pengolahan limbah medis
 - q. Limbah medis tajam ditampung dalam safety box
 - r. Pengelolaan linen
 - Dilakukan pemisahan linen yang infeksius dan non infeksius

- Linen / kain yang terkontaminasi dilakukan proses desinfeksi
 - Linen / kain secara berkala dikumpulkan dan dikirim ke tempat pencucian
- s. Pengendalian serangga dan binatang pengganggu
- Dilakukan pengamatan terhadap serangga nyamuk, kecoa dan tikus
 - Kebersihan ruangan dijaga untuk mencegah binatang pengganggu
 - Dilakukan pemberantasan jika terdapat binatang pengganggu
- t. Dekontaminasi dan sterilisasi
- Seluruh peralatan yang terkontaminasi dilakukan proses dekontaminasi dan sterilisasi
 - Proses dekontaminasi dilaksanakan segera setelah proses pelayanan.
- u. Promosi hygiene dan sanitasi
- Tersedia promosi untuk menjaga kebersihan ruangan, membuang sampah, kebersihan kamar mandi, cara mencuci tangan, etika batuk dan pemakaian APD.
4. Pemantauan penerapan manajemen risiko lingkungan
- Pemantauan penerapan manajemen risiko dilaksanakan oleh tim manajemen risiko.

D. DOKUMENTASI

Seluruh penerapan kegiatan manajemen risiko didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.

BAB II. MANAJEMEN RISIKO LAYANAN KLINIS

A. DEFINISI

Manajemen risiko layanan klinis adalah suatu pendekatan untuk mengenal keadaan yang menempatkan pasien pada suatu risiko dan tindakan untuk mencegah terjadinya risiko tersebut. Manajemen risiko layanan klinis di Puskesmas dilaksanakan untuk meminimalkan risiko akibat adanya layanan klinis oleh tenaga kesehatan di Puskesmas yang dapat berdampak pada pasien maupun petugas. Tujuan utama penerapan manajemen risiko layanan klinis di Puskesmas adalah untuk keselamatan pasien dan petugas.

B. RUANG LINGKUP PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LAYANAN KLINIS

Manajemen risiko layanan klinis mencakup adanya prosedur untuk mencegah kejadian yang membahayakan (*preventing harm*) dan prosedur untuk meminimalkan risiko (*patient safety*) serta upaya K3 di Puskesmas menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, dan proses kerja. Upaya ini meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan.

Lingkup penerapan manajemen risiko layanan klinis di Puskesmas Jagir meliputi:

1. Risiko yang berhubungan dengan pasien/pengunjung Puskesmas
2. Risiko yang berhubungan dengan petugas kesehatan
3. Risiko yang berhubungan dengan staf Puskesmas lainnya
4. Risiko yang berhubungan dengan peralatan kesehatan dan properti Puskesmas lainnya

Penerapan manajemen risiko layanan klinis di Puskesmas Jagir dilaksanakan di unit pelayanan yang menyelenggarakan layanan klinis yaitu:

1. Unit Pendaftaran dan Kasir
2. Unit Pengobatan Umum
3. Unit Pengobatan Gigi
4. Unit KIA/KB
5. Unit Pelayanan Obat
6. PTRM
7. Klinik IMS
8. UGD
9. Laboratorium

- 10. Rawat inap bersalin
- 11. Rawat inap umum
- 12. Rawat inap BBLR

Ruang lingkup penerapan manajemen risiko pelayanan klinis juga dilaksanakan di jaringan pelayanan Puskesmas Jagiryang melaksanakan layanan klinis seperti pemeriksaan, pengobatan dan tindakan termasuk imunisasi. Jaringan pelayanan Puskesmas yang dimaksud meliputi: Puskesmas Pembantu (Pustu), DTC Corner, Pusling, Poskeskel dan Posyandu.

C. PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO LAYANAN KLINIS

Proses penerapan manajemen risiko layanan klinis meliputi kegiatan:

1. Identifikasi risiko

Masing-masing unit pelayanan dan jaringan Puskesmas menyusun daftar risiko yang berpotensi membahayakan pasien dan petugas yang bisa didapatkan dari:

- Hasil temuan pada audit internal
- Keluhan pasien/pelanggan Puskesmas
- Adanya insiden atau kejadian berbahaya yang pernah terjadi di unit pelayanan tersebut

Contoh daftar risiko pada layanan klinis di Puskesmas:

Unit Layanan	Risiko
Unit Pendaftaran dan Kasir	<ul style="list-style-type: none"> - Kesalahan pemberian identitas rekam medis - Kesalahan pengambilan rekam medis
Unit Pengobatan Umum, Unit Pengobatan Gigi, Unit KIA/KB, Klinik IMS, PTRM dan UGD	<ul style="list-style-type: none"> - Kesalahan diagnosis - Kesalahan identifikasi pasien/salah orang - Kesalahan pemberian terapi - Kesalahan pemberian resep - Kesalahan tindakan yang menimbulkan perlukaan - Monitoring pengobatan atau tindakan yang kurang baik - Insiden tertusuk jarum bekas pakai - Limbah medis berceceran - Paparan dengan luka terbuka atau cairan tubuh

Unit Layanan	Risiko
	pasien - Tidak menggunakan Alat Pelindung Diri - Menggunakan peralatan tidak steril
Laboratorium	- Kegagalan pengambilan sampel sehingga menimbulkan perlukaan - Kesalahan pengambilan sampel - Kesalahan pemberian label sampel laboratorium - Kesalahan penulisan hasil pemeriksaan laboratorium - Hasil pemeriksaan hilang - Sampel rusak atau hilang
Unit Pelayanan Obat	- Kesalahan membaca resep - Kesalahan pemberian obat - Kesalahan dosis/formula obat - Kesalahan edukasi cara minum/pemakaian obat - Kesalahan identifikasi pasien - Pemberian obat kadaluwarsa - Kesalahan penulisan label - Pemberian obat rusak - Kesalahan pengambilan obat

Daftar risiko yang telah teridentifikasi, dicatat dalam formulir identifikasi manajemen risiko Puskesmas dan dilaporkan kepada Tim Manajemen Risiko Puskesmas.

2. Analisis risiko (Risk Assessment)

Daftar risiko yang telah diidentifikasi kemudian dilakukan analisis oleh Tim Manajemen Risiko. Analisis risiko dilakukan dengan cara menilai tingkat kegawatan dari risiko (*severity assessment*) dan dengan metode FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) seperti dalam Formulir berikut:

Formulir Analisis FMEA

Risiko Pelayanan Klinis Puskesmas Jagir

No	FAILURE (Kegagalan/ Kesalahan)	PENYEBAB	EFEK	FREKUENSI TERJADINYA (OCC)	KEGAWATAN (SV)	KEMUDAHAN TERDETEKSI (DT)	RPN (OCC x SV x DT)	SOLUSI	VALIDASI SOLUSI

Keterangan:

- Rentang nilai OCC mulai 0-10; dimana 0= tidak mungkin terjadi dan 10 = sangat sering terjadi
- Rentang nilai SV mulai 0-10; dimana 0=tidak gawat dan 10=sangat gawat
- Rentang nilai DT mulai 0-10; dimana 0=mudah dideteksi dan 10=sangat sulit dideteksi

3. Evaluasi risiko

Evaluasi risiko dilakukan pada kasus yang terpilih berdasarkan kegawatan risiko. Evaluasi dilakukan dengan mencari penyebab masalah menggunakan Analisis Akar Masalah (RCA/Root Cause Analysis) kemudian ditentukan apakah memerlukan tindakan perbaikan (treatment) ataukah tidak.

4. Tindakan atau perbaikan

Jika diperlukan tindakan perbaikan maka Tim Manajemen Risiko akan merekomendasikan rencana tindakan perbaikan dan monitoring terhadap tindakan perbaikan. Setiap tindakan perbaikan dikonsultasikan kepada Kepala Puskesmas dan dikomunikasikan kepada petugas Puskesmas lainnya.

D. DOKUMENTASI

Seluruh kegiatan manajemen risiko layanan klinis didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.

BAB III. MANAJEMEN RISIKO PELAKSANAAN PROGRAM

A. DEFINISI

Manajemen risiko pada pelaksanaan program Puskesmas merupakan upaya untuk mengidentifikasi, menganalisa dan meminimalkan dampak atau risiko atas pelaksanaan program Puskesmas.

B. RUANG LINGKUP

Manajemen risiko pelaksanaan program Puskesmas meliputi risiko :

- Risiko pelaksanaan program terhadap masyarakat sasaran
- Risiko pelaksanaan program terhadap lingkungan
- Risiko pelaksanaan program terhadap petugas pelaksana program

Tempat pelaksanaan program dan sasaran program termasuk pada pelaksanaan kegiatan Posyandu balita, posyandu lansia, posyandu remaja dan posbindu.

C. PENERAPAN

Penerapan manajemen risiko pelaksanaan program meliputi kegiatan

a. Identifikasi risiko

Risiko yang dapat timbul karena pelaksanaan program antara lain:

Program	Risiko
Posyandu Balita	<ul style="list-style-type: none">- Kesalahan penentuan kebutuhan imunisasi- Kesalahan cara pemberian imunisasi- Kesalahan jenis imunisasi- Kesalahan dosis vaksin- Insiden kegagalan pemberian imunisasi- Insiden efek samping imunisasi- Ceceran limbah medis- Insiden petugas tertusuk jarum- Insiden balita terluka pada proses penimbangan menggunakan dacin- Kesalahan cara penimbangan- Kesalahan pencatatan hasil pengukuran dan pemeriksaan

Program	Risiko
Posyandu Lansia	<ul style="list-style-type: none"> - Kesalahan identifikasi - Kesalahan pemeriksaan dan diagnosis - Insiden perlukaan karena penggunaan alat periksa - Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium - Insiden perlukaan karena pemeriksaan laboratorium - Insiden tertusuk jarum - Insiden kontak dengan cairan tubuh penderita - Tidak menggunakan APD
Posbindu	<ul style="list-style-type: none"> - Kesalahan identifikasi - Kesalahan pemeriksaan dan diagnosis - Insiden perlukaan karena penggunaan alat periksa - Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium - Insiden perlukaan karena pemeriksaan laboratorium - Insiden tertusuk jarum - Insiden kontak dengan cairan tubuh penderita - Tidak menggunakan APD
Posyandu Remaja	<ul style="list-style-type: none"> - Kesalahan identifikasi - Kesalahan pemeriksaan dan diagnosis - Insiden kontak dengan cairan tubuh penderita

b. Analisis risiko

Daftar risiko yang telah diidentifikasi kemudian dilakukan analisis oleh Tim Manajemen Risiko. Analisis risiko dilakukan dengan cara menilai tingkat kegawatan dari risiko (severity assessment) dan dengan metode FMEA (Failure Mode and Effect Analysis). Hasilnya didokumentasikan ke formulir FMEA.

c. Evaluasi risiko

Risiko yang teridentifikasi dianalisis menggunakan formulir FMEA dan analisis penyebab dengan menggunakan metode RCA (Root Caused Analysis). Tingkat risiko yang memiliki nilai yang tinggi

merupakan prioritas untuk dilakukan pemecahan masalah. Identifikasi risiko dilaporkan kepada Tim Manajemen Risiko Puskesmas

d. Tindakan perbaikan

Jika diperlukan tindakan perbaikan maka Tim Manajemen Risiko merekomendasikan rencana tindakan perbaikan dan monitoring terhadap tindakan perbaikan. Setiap tindakan perbaikan dikonsultasikan kepada Kepala Puskesmas dan dikomunikasikan kepada petugas Puskesmas lainnya

D. DOKUMENTASI

Seluruh kegiatan manajemen risiko layanan klinis didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.

REFERENSI

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204 Tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 432 Tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).

Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Depkes RI, 2008.

Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, edisi 2, Jakarta, 2008.