



Panduan Teknis Asesmen Risiko K3 Rumah Sakit dan Fasyankes Selama Pandemi COVID-19

KOMUNITAS AHLI K3 RUMAH SAKIT

EDISI I, APRIL 2020

Pengarah :

Prof.dr.Umar Fahmi Ahmadi, MPH, PhD

Prof.Dr.dr.L.Meilly Kurniawidjaja, MSc, SpOk

Prof.Dr.dr.Anies, M.Kes, PKK

Prof.Dr.dr.Adi Heru Sutomo, MSc,D.Comm,Nutr

Prof.Dr.dr.Santoso, MS, SpOk

Editor :

Dr.dr.Daru Lestantyo, M.Si.

dr.Afrina, MKK

Dr.dr.Sudi Astono, MS

Dr. Alfajri Ismail, M.Sc, MPM

dr.I Made Ady Wirawan, MPH, PhD

Dr.Widodo Hariyono, ST, M.Kes

Tim Penyusun :

Dr.dr.Daru Lestantyo, M.Si

Bejo Utomo, SKM

dr.Suharyo, SpB (KL), M.Kes

Mela Soneta, SKM

dr.P.Iman Nugroho, Sp.P, MKes

Izzatul Mila A, SKM, M.Kes

Wachid Dachirin, SKM, M.Kes

dr.Siswi Jayanti, M.Sc

Haryanto, SKM, M.Kes

Toeti Rahajoe, SKM, M.Kes

M Y Arifianto, SKM

dr.Dian Inayati, M.Kes

dr.Baju Widjasena, M.Erg

Ns.Nunik Nurhayanti, S.Kep, M.Kep

Lay out dan Tata Letak

Tim HSP Academy



Daftar Isi

Bab I Pendahuluan

1.1. Latar Belakang.....	5
1.2. Tujuan	6
1.3. Sasaran.....	6

Bab II Jenis dan Pelaksanaan Asesmen Risiko K3

2.1. Asesmen Risiko Personil.....	8
2.2. Asesmen Risiko Lingkungan Kerja.....	10
2.3. Komunikasi Risiko	12

Bab III Manajemen Risiko Bencana Saat Pandemi

3.1. Respon Tanggap Darurat Pandemi	13
3.2. Pengendalian Teknis	14
3.2. Monitoring dan Evaluasi	15

Bab IV Penutup

Penutup.....	15
--------------	----

Kepustakaan.....	16
------------------	----



Kata Pengantar

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya sehingga Pedoman Teknis Asesmen Risiko Kesehatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dalam menghadapi pandemic COVID-19 di Rumah Sakit dan Fasyankes dapat selesai disusun. Pada tanggal 11 Maret 2020 WHO telah menetapkan COVID-19 sebagai pandemi. Indonesia menyusul menetapkan Covid 19 dalam status darurat kesehatan masyarakat melalui keputusan Presiden RI no 11 pada tanggal 31 Maret 2020. Kasus positif baru di Indonesia saat ini masih meningkat setiap hari. Tenaga kesehatan terutama bidang medis memiliki risiko tertinggi terhadap penularan virus. Data yang dirangkum dari berbagai media dan organisasi profesi kesehatan menunjukkan sejumlah 44 dokter dan perawat meninggal dunia selama bertugas dalam masa pandemi.

Pedoman teknis asesmen risiko K3 rumah sakit dan fasilitas kesehatan saat ini sangat diperlukan untuk menghadapi cepatnya perubahan situasi pandemi. Tingkat penularan Covid 19 yang cepat namun belum disertai dengan kedisiplinan masyarakat yang berdampak pada peningkatan kasus Covid 19 di semua tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Saya sampaikan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Saya berharap pedoman teknis ini dapat dimanfaatkan dengan baik serta menjadi acuan petugas K3 di rumah sakit dalam menhadapi pandemic Covid-19. Pedoman teknis ini akan terus diperbaiki sesuai dengan bukti terbaru.

Semarang, 20 April 2020

Dr.dr.Daru Lestantyo, M.Si
Ketua Umum KAK3RS



Bab I Pendahuluan

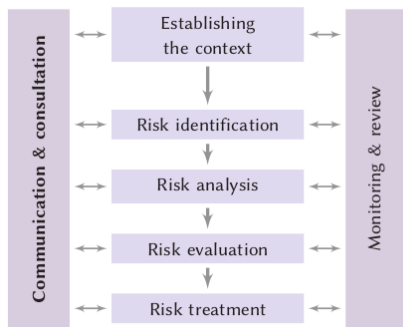
1.1 Latar Belakang

Pandemi wabah virus Covid 19 saat ini telah berada di Indonesia. Jumlah pasien yang terkonfirmasi positif tiap hari masih menunjukkan angka-angka yang fluktuatif. Sejak terdeteksi pertama kali di Wuhan RRC saat ini Covid-19 telah menginfeksi sekitar dua juta penduduk dunia yang berada di 215 negara. Meskipun WHO mencatat bahwa virus ini memiliki patogenitas yang rendah namun penularannya sangat cepat. Di Indonesia saat ini angka kematian masih berkisar 9.49% (data 13 April 2020) sehingga tertinggi di Asia tenggara. Penyebaran utama virus berasal dari droplet yang keluar dari saluran nafas saat orang berbicara batuk atau bersin. Droplet akan dengan mudah tersebar atau menempel pada permukaan benda-benda yang sering disentuh. Penularan antar manusia juga dapat terjadi pada situasi berkumpulnya banyak orang seperti pasar, pusat jajanan, tempat ibadah maupun rapat atau pertemuan yang dihadiri banyak orang.

Pembatasan kontak fisik, *social distancing* dan praktik *hand hygiene* yang teratur saat ini masih dilakukan dan dipercaya sebagai salah satu cara menghambat penularan virus. Seperti penyakit virus pada umumnya, hingga saat ini belum ditemukan pengobatan definitive terhadap Covid 19. Penelitian terhadap vaksin Covid 19 diperkirakan baru selesai paling cepat 1 - 1,5 tahun kedepan. Ketegasan pemerintah dan kedisiplinan masyarakat sangat diperlukan untuk menekan penyebaran virus. Terbatasnya kapasitas rumah sakit dan keterbatasan tenaga kesehatan masih merupakan kendala di Indonesia. Pembatasan aktivitas sosial yang tidak berjalan akan berdampak meledaknya jumlah kasus di masyarakat maupun pada tenaga medis. Banyak rumah sakit saat ini masih menghadapi kelangkaan APD yang diperlukan dalam penanganan pasien.

Manajemen risiko K3 adalah upaya untuk mengenali sekaligus melakukan upaya pengendalian terhadap berbagai risiko yang mengancam keselamatan tenaga kerja. Pada situasi pandemi diperlukan penyesuaian berbagai aspek untuk menekan risiko penularan virus di rumah sakit dan faskes .





Gambar 1.1. Proses Manajemen Risiko Dalam ISO 31000 : 2018

Manajemen risiko K3 saat ini telah mengadaptasi proses dalam ISO 31000:2018.

Asesmen risiko K3 dapat dilakukan setelah dibuat prosedur yang tepat. Rumah sakit wajib memberikan panduan proses pelaksanaan agar asesmen risiko K3 mudah dilaksanakan. Kegiatan komunikasi dan konsultasi merupakan bagian manajemen risiko yang juga penting dilaksanakan sebagai pengendali bias data. Monitoring dan review kegiatan dilaksanakan sebagai upaya continual improvement dan perbaikan hasil pengamatan.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Memberikan rekomendasi teknis pelaksanaan manajemen risiko K3 pada unit pelaksana K3 di rumah sakit dan faskes.

1.2.2. Tujuan Khusus

1.2.2.1. Meningkatkan pengetahuan anggota K3 rumah sakit selama masa pandemi Covid 19

1.2.2.2. Meningkatkan keterampilan petugas K3 rumah sakit dalam pengendalian potensi bahaya selama masa pandemi Covid 19

1.2.2.3. Memberikan pedoman teknis strategi perlindungan keselamatan petugas dan pasien selama masa pandemi Covid 19

1.3. Sasaran

1.3.1. Komite/instalasi K3 rumah sakit yang menjadi rujukan pasien Covid 19

1.3.2. Tenaga kesehatan dan medis di rumah sakit rujukan maupun faskes pada umumnya yang berpotensi kontak dengan pasien Covid 19.

Bab II Jenis dan Pelaksanaan Asesmen Risiko K3

2.1. Asesmen Risiko Pekerjaan

Pemetaan risiko personil adalah langkah mendasar dalam suatu proses manajemen risiko K3. Rumah sakit dan faskes harus mengetahui area dan sumber bahaya yang berpotensi menjadi penularan virus Covid 19. Komite K3 rumah sakit wajib melakukan observasi mendalam terhadap area berisiko infeksi dengan melihat potensi kontak. Asesmen akan memiliki hasil valid apabila dilakukan dengan menggunakan instrumen atau metode yang tepat. Analisis risiko yang baik apabila dapat menggambarkan secara kuantitatif maupun kualitatif dari situasi yang dihadapi. Pemetaan dan asesmen risiko K3 telah diatur dalam berbagai regulasi. Dasar hukum terutama ada di UU No 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, PP No 50 tahun 2012 tentang SMK3 dan PMK No 66 tahun 2016 tentang K3 Rumah Sakit.

Asesmen risiko K3 telah digunakan secara luas di berbagai bidang pekerjaan. Salah satu metode yang akan dipakai pada pedoman ini adalah Hazard Identification Risk Assessment and Risk Control (HIRARC). Metode ini diterjemahkan sebagai Analisis Bahaya dan Pengendalian Risiko (ABPR). Pemakaian instrumen ini cukup mudah dan cepat dalam menghasilkan analisis situasi lapangan terkait K3. Pengguna instrumen dapat secara praktis menyesuaikan kebutuhan di tempat kerja masing-masing. Asesmen risiko pandemi Covid 19 mengikuti model HIRARC yang telah dimodifikasi. Penyesuaian ini tidak akan mengubah fungsi instrumen, melainkan menjadikan lebih tajam dan terfokus pada potensi pengendalian bahaya penularan Covid 19.

Untuk memudahkan pemakaian, kita dapat menggunakan tabel risiko yang sudah ada di tiap instalasi atau unit kerja. Selanjutnya data tersebut kita gunakan untuk analisis potensi bahaya Covid 19. Apabila rumah sakit belum memiliki data risiko, maka harus memulai dengan pengisian dari awal. Berikut ini contoh asesmen berbasis risiko K3 pada Covid 19.



Tabel 2.1. Contoh Asesmen Risiko Pekerjaan

Asesmen Risiko Personil Terhadap Covid 19 RS Tetap Sehat Jakarta									
Ruang /Instalasi : Politeknik Umum						Dibuat Oleh :		Mengetahui (Ka. ruang)	
Tanggal asesmen : 18 April 2020						Disahkan Oleh : (Ketua Komite K3RS)			
No	Jenis Kegiatan	Potensi Covid 19	Pengendalian saat ini	S	P	R	Rencana Pengendalian Tambahan	Waktu	PIC
1	Pendaftaran Pasien	Kontak langsung, Droplet	<i>Physical distancing</i> APD Masker bedah Baju scrub OK	5	4	20	Pemasangan barrier SOP pendaftaran pasien	Maksimal 1 minggu	Kepala ruangan
2	Anamnesis dan pemeriksaan fisik	Airbone, droplet	<i>Phys distancing,</i> Surgical mask Baju scrub OK	5	5	25	APD masker N 95 Goggles Face Shield <i>Surgical gloves</i>	Maksimal 1 minggu	Kepala ruangan
3	dst								

Keterangan :

S = Dampak /Severity (Tingkat Keparahan)

P = Probabilitas (kemungkinan)

R = Tingkat Risiko

Pengamatan risiko pekerjaan dilakukan untuk menganalisis tingkat risiko dan dampak beberapa jenis pekerjaan/tugas yang dilakukan dalam satu unit atau instalasi. Pada tabel 2.1. analisis risiko pekerjaan disesuaikan dengan ancaman biological hazard yaitu virus. Analisis tingkat risiko dilakukan dengan merujuk pada kesepakatan atau tabel dampak dan probabilitas. Tingkat keparahan, probabilitas dan risiko yang dihadapi disesuaikan dengan gambaran klinis penderita atau tingkat penularan penyakit. Asesmen risiko dibuat oleh petugas K3 (dapat bersama dengan PPI) dan disahkan atau diketahui kepala instalasi atau ketua K3 RS masing-masing. Mengingat perkembangan penyakit yang cepat, asesmen risiko perlu segera di review dalam waktu yang tidak terlalu lama.



Tabel 2.2. Dampak/tingkat keparahan bagi petugas

Kriteria	Skor
Tidak memerlukan prosedur karantina	1
Gejala ringan dan perlu karantina	2
Gejala sedang dan perlu perawatan di rumah sakit	3
Perlu perawatan intensif di rumah sakit	4
Meninggal dunia dengan hasil swab positif	5

Tabel 2.3. Probabilitas /kemungkinan terjadi

Kriteria	Skor
Kemungkinan sangat kecil terjadi/tidak ada	1
Jarang terjadi (dalam kurun waktu lebih dari 3 bulan)	2
Dapat terjadi dalam setiap bulan	3
Dapat terjadi setiap minggu	4
Dapat terjadi setiap hari	5

Untuk menentukan tingkat dampak maupun probabilitas, dapat digunakan pendekatan melalui data kejadian maupun studi literatur terkait. Penentuan skor akan lebih baik dilakukan secara tim untuk menghindari bias/gap yang besar. Kriteria skor dapat berubah tergantung data terkini.

2.2. Asesmen Risiko Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja memiliki peran yang cukup besar dalam penularan Covid19 di rumah sakit. Kondisi fisik bangunan gedung maupun lingkungan rumah sakit dapat berpotensi sebagai penularan virus Covid 19 . Salah satu aspek yang perlu mendapat perhatian adalah sistem ventilasi dan sirkulasi. Pengaturan sirkulasi udara di rumah sakit dikenal dengan nama HVAC (Heating,Ventilation, Air Conditioning). Sistem ini bertujuan untuk mengendalikan potensi bahaya penularan penyakit dan memberikan kenyamanan bagi pasien dan petugas. Penggunaan sistem ini terutama pada rumah sakit yang memiliki gedung perawatan dengan banyak penggunaan sirkulasi udara tertutup.

Literatur penelitian menunjukkan bahwa udara ruang tertutup dengan suhu dibawah 24° C dan kelembaban yang rendah dapat menjadi media yang baik untuk pertumbuhan Covid 19. Sebaliknya pada ruang dengan sistem ventilasi terbuka dan memungkinkan sinar matahari masuk dapat memperkecil daya tahan kehidupan virus. RS perlu melakukan asesmen risiko lingkungan kerja untuk mengurangi bahaya penularan .



Tabel 2.4. Contoh Asesmen Risiko Lingkungan Kerja

Asesmen Risiko Lingkungan Kerja Terhadap Covid 19 RS Tetap Sehat Jakarta									
Ruang /Instalasi : Poliklinik Penyakit Dalam						Dibuat Oleh :		Mengetahui (Ka. instalasi)	
Tanggal asesmen : 15 April 2020						Disahkan Oleh : (Ketua Komite K3RS)			
No	Jenis Potensi Bahaya	Potensi Covid 19	Pengendalian saat ini	S	P	R	Rencana Pengendalian Tambahan	Waktu	PIC
1	Sistem HVAC	Laju ventilasi tidak terukur	Belum ada	5	4	20	Pemeriksaan laju ventilasi Pengukuran kualitas udara Maintenance AC 2 minggu sekali	Maksimal 1 minggu	Kepala ruangan
2	Instrumen medis	Kontak langsung karena alat yang berpindah ² , droplet dari pasien /petugas	Belum ada	5	5	25	Membatasi perpindahan alat , melakukan desinfeksi tiap 2 jam	Maksimal 1 minggu	Kepala ruangan
3	Letak kursi tunggu pasien	Kotak langsung, droplet	<i>Physical distancing</i>	5	4	20	Wajib masker bagi pasien	Maksimal 1 minggu	Kepala ruangan

Keterangan :

S = Dampak /Severity (Tingkat Keparahan) pada petugas

P = Probabilitas (kemungkinan) terjadi suatu kasus

R = Tingkat Risiko (*Risk Grading*)

Asesmen risiko lingkungan kerja sebaiknya dilakukan secara teratur di tiap instalasi. Hasilnya akan membantu dalam menentukan kecepatan tindakan yang perlu diambil. Setelah melakukan asesmen, hasilnya dianalisis dalam matriks risiko . Analisis matriks risiko akan membantu untuk menentukan prioritas dan kecepatan tindakan. Hasil analisis lingkungan kerja akan lebih bermakna apabila dikaitkan dengan asesmen risiko pekerjaan/tugas. Hal ini akan mempermudah pelacakan kasus Covid 19 yang terkait personil rumah sakit.



Tabel 2.5. Matriks Risiko (Risk Matrix) Covid 19 Untuk Petugas

	Kemungkinan sangat kecil terjadi/tidak ada (1)	Jarang terjadi (lebih dari 3 bulan) (2)	Dapat terjadi dalam setiap bulan (3)	Dapat terjadi setiap minggu (4)	Dapat terjadi setiap hari (5)
Tidak perlu karantina (1)	1	2	3	4	5
Gejala ringan dan memerlukan karantina (2)	2	4	6	8	10
Gejala sedang dan perlu pengawasan di rumah sakit (3)	3	6	9	12	15
Perlu perawatan intensif di rumah sakit (4)	4	8	12	16	20
Meninggal Dunia (5)	5	10	15	20	25

Tabel 2.5 merupakan matriks risiko yang telah disesuaikan dengan kondisi pandemi Covid 19. Spesifisitas matriks terletak pada kriteria keparahan (severity) dan probabilitas yang disesuaikan dengan risiko selama pandemi Covid 19. Matriks risiko ini dapat digunakan untuk asesmen risiko K3 personil maupun lingkungan.

Penggunaan matriks risiko ini diharapkan dapat mempermudah petugas K3 rumah sakit menentukan tingkat risiko dan prioritas penanganannya. Penggunaan warna diharapkan akan mempercepat analisis pengambilan keputusan. Penggunaan warna juga dapat diterapkan pada saat membuat risk mapping area rumah sakit untuk mendeskripsikan area berisiko. Matriks risiko pada dasarnya juga merupakan sarana komunikasi kepada pihak terkait agar dapat dipahami secara ringkas namun sesuai dengan tujuan manajemen risiko.

Tabel 2.6. Matriks Prioritas Risiko dan Tindak Lanjut

Skor	Prioritas	Tindakan
1 – 4	Rendah	Risiko rendah namun tetap perlu pengendalian dan perbaikan dengan supervisi setingkat kepala instalasi
5 – 9	Sedang	Diperlukan tindakan cepat dengan supervisi setingkat kepala instalasi dan ketua komite K3 RS
10 - 25	Tinggi	Tindakan perbaikan harus dilakukan segera dan perlu keterlibatan manajemen puncak dari rumah sakit serta pihak eksternal apabila diperlukan (Persi, Kemenkes atau Kemnaker)

Tindak lanjut dari suatu hasil asesmen risiko tetap menjadi tujuan utama. Tabel 2.6. merupakan matrix yang akan memandu kita dalam menentukan kecepatan tindak lanjut. Matriks tersebut juga memberikan informasi tingkat keterlibatan pihak manajemen rumah sakit untuk mempercepat pelaksanaan perbaikan. Komite K3 RS sebaiknya melakukan pengawasan internal terhadap proses perbaikan disertai saran tambahan apabila diperlukan. Semua perbaikan agar segera dicatat dan dinilai ulang risikonya. Apabila telah mengalami penurunan tingkat risiko maupun insiden dapat dikomunikasikan hasilnya kepada manajemen rumah sakit.

2.3. Komunikasi Risiko

Hasil analisis akan memiliki nilai tambah apabila dikomunikasikan ke pihak yang terkait. Konsultasi dan komunikasi telah menjadi satu bagian dalam manajemen risiko K3 sesuai ISO 31000:2018. Komunikasi ditujukan ke manajemen rumah sakit atau pada organisasi yang setingkat dengan komite K3 RS. Tujuan dari komunikasi untuk menginformasikan sekaligus mendapatkan usulan perbaikan terkait rencana maupun laporan asesmen risiko. Seperti telah diketahui bahwa manajemen K3 harus sejalan dengan kebijakan rumah sakit dan juga sebaliknya.

Bab III. Manajemen Bencana RS Selama Pandemi Covid 19

3.1. Respon Tanggap Darurat Pandemi

Pandemi Covid 19 yang terjadi saat ini menjadikan rumah sakit sebagai pusat perhatian masyarakat dan pemegang kebijakan. Kondisi pandemi seperti saat ini hampir belum pernah tergambar dalam skenario pelatihan tanggap darurat bencana. Meskipun demikian semua fasilitas kesehatan harus siap dan dapat menyelesaikan permasalahan dengan baik. Manajemen rumah sakit telah dapat mengaktifkan tanggap darurat bencana saat terjadi ketidakseimbangan kapasitas dan pasien yang harus dilayani.

Penentuan langkah-langkah dalam menyikapi situasi bencana penyakit menular perlu memperhatikan sifat dan patofisiologi penularan dari suatu penyakit. Manajemen rumah sakit harus dapat melakukan pemetaan situasi dan menentukan respon yang akan dilakukan. Tim manajemen risiko K3 harus selalu berkoordinasi dengan PPI maupun gugus tugas Covid 19 untuk menentukan situasi dan strategi respon. Hasil pemetaan harus selalu dievaluasi untuk dilakukan perbaikan. Contoh pemetaan/respon tanggap darurat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.1. Tabel Respon Tanggap Darurat

No	Keadaan	Respon/strategi	Kendala	Pemecahan masalah
1	Jumlah PDP meningkat	Menambah kapasitas ruang dan TT	Kapasitas ruang dan TT terbatas	Alih guna ruang yang tidak terpakai
2	Adanya tenaga medis dengan hasil rapid test positif	Penambahan APD, rekayasa teknis sarana prasarana dan prosedur keselamatan tindakan	Anggaran pengadaan tidak ada	Kerjasama dengan lembaga sosial dan ajukan permintaan bantuan
3	Potensi penularan thd pasien lain (non Covid 19)	1.Pembatasan jumlah kunjungan pasien non emergensi 2.Pengurangan jadwal/waktu praktik dokter non emergensi	1.Pasien belum teredukasi dengan baik 2.Teknis pembatasan pasien susah diterapkan	1.Edukasi pasien melalui medsos, dan media lain 2.Penerapan telekonsultasi dokter

Pembuatan tabel respon tanggap darurat akan lebih baik apabila dilakukan oleh tiap instalasi. Hal ini karena dampak dari adanya pandemi di rumah sakit tidak akan persis sama untuk setiap instalasi. Modifikasi yang disesuaikan dengan kebutuhan instalasi akan menjadikan rumah sakit cepat dalam beradaptasi pada situasi bencana. Aspek teknis dari modifikasi yang diperlukan saat terjadi bencana dapat dituliskan dalam suatu matriks sebagai berikut.

3.2 Pengendalian Teknis

Upaya untuk mengendalikan bahaya dapat ditempuh salah satunya dengan melakukan pengendalian teknis. Rekayasa teknis dapat berupa pengaturan ulang tata letak, penggunaan alat dan teknologi canggih atau tepat guna. Perencanaan terhadap rekayasa teknis perlu dibantu oleh tenaga yang memiliki kompetensi terkait bidang tersebut. Rekayasa teknis dalam kondisi darurat pandemi dapat dilakukan bersamaan dengan pemberian APD. Petugas medis tetap harus menjaga jarak komunikasi meskipun tidak sedang bertugas. Tim K3 rumah sakit diharapkan dapat melakukan inspeksi terkait kepatuhan petugas dalam menekan penularan virus.

Tabel 3.2. Contoh Rencana pengendalian Teknis Covid 19

Rencana Pengendalian Teknis Covid 19 Rumah Sakit Sehat Selalu, Jakarta				
Ruang : Laboratorium Patologi Klinik				Tanggal : 18 April 2020
No	Potensi Bahaya	Pengendalian teknis	Alat/instrumen yang dibutuhkan	PIC
1	Meningkatnya jumlah spesimen infeksius	Penambahan ruang analisis sampel	Penambahan Instrumen lab, safety sign, ante room, dsb	Ka Instalasi Lab sentral
2	Potensi penularan thd tenaga medis	Penambahan APD , pemberian sekat /barier	Surgical masks, face shields coverall	
3	Risiko penularan dari pengantar pasien	Pembatasan jumlah pengantar, pemindahan ruang tunggu pengantar	Penempatan jalur dan penanda ruang tunggu, pemindahan kursi ruang tunggu	
Pembuat asesmen : (Analisis Lab)		Mengetahui : (Ka.Instalasi Lab)		

3.3. Monitoring dan Evaluasi

Pemantauan pelaksanaan K3 dalam situasi pandemi sangat dibutuhkan untuk memutuskan tindakan selanjutnya. Rumah sakit perlu merencanakan suatu kegiatan surveilans epidemiologi pada lingkup internal. Hasil penyelidikan digunakan untuk mengetahui tingkat penularan penyakit dan risiko pada petugas serta pasien lain. Data surveilans sebaiknya dikomunikasikan secara internal antara tim yang melaksanakan (K3, Mutu dan PPI) dengan manajemen RS sebelum diambil keputusan.

Evaluasi dilakukan terhadap aspek potensi bahaya, metode pengendalian dan dampak yang muncul. Metode evaluasi dapat dilakukan dengan brainstorming, fishbone ataupun cara lain yang lebih praktis dilakukan. Hasil evaluasi dilaporkan ke manajemen RS untuk mendapat tanggapan atau masukan.

Bab IV. Penutup

Pandemi Covid 19 pada tahun 2020 berdampak serius pada seluruh rumah sakit dan fasilitas kesehatan di Indonesia. Wabah yang meluas menyebabkan semua RS dalam waktu bersamaan mengalami situasi krisis ditambah tidak adanya kelangkaan APD. Gugurnya sejumlah tenaga kesehatan selama bertugas dalam wabah semakin menambah berat perjuangan melawan virus ini. Pemerintah dengan kewenangannya wajib untuk melindungi tenaga medis dari bahaya tertular Covid 19. Masyarakat umum dan para profesional kesehatan wajib bekerja sama dan memberi dukungan terhadap upaya menurunkan kasus Covid 19 di Indonesia.

Pedoman teknis ini disusun berdasarkan sumbangan pemikiran dari para praktisi dan akademisi bidang ilmu Keselamatan dan Kesehatan Kerja khususnya lingkup Rumah Sakit dan fasilitas Kesehatan. Revisi dan perbaikan akan selalu dilakukan mengingat keterbatasan para penulis dan kontributor. Saran dan masukan dapat dikirimkan ke email kak3rs2018@gmail.com dan asosiasikatigars@gmail.com.



Kepustakaan

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. 2020. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> [last accessed February 2020].
2. Coronavirus COVID-19 global cases by Johns Hopkins CSSE. 2020. Available at: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdash> . Available online at www.sciencedirect.com
3. Health Commission of Guangdong Province. Information on the distribution of healthcare workers in Guangdong medical support teams [in Chinese]. 2020. Available at: <https://new.qq.com/omn/20200224/20200224A02ELP00.html> [last accessed February 2020].
4. Wu A, Huang X, Li C, Li L. Novel coronavirus (2019-nCov) pneumonia in medical institutions: problems in prevention and control. *Chin J Infect Control* 2020;19:1e6 [in Chinese].
5. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whochina-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf> [last accessed March 2020].
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (COVID-19). Jakarta: Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; 2020. https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/REV-03_Pedoman_P2_COVID-19_April2020.pdf
7. Susilo LJ, Kaho VR, Manajemen Risiko. Panduan Untuk Risk Leaders dan Risk Practitioners. Pt Grasindo. Jakarta. 2018

