

**STUDI PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESEHATAN DAN
KESELAMATAN KERJA PADA RUMAH SAKIT
MENTENG MITRA AFIA JAKARTA**

TESIS

Diajukan guna melengkapi persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Administrasi (M Si) pada Program Pascasarjana Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi
Mandala Indonesia (STIAM I) Jakarta



Oleh

NAMA : **ELLY SARINARULITA**
NPM : **20110106010003**
Konsentrasi : **Ilmu Administrasi Publik**

**SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MANDALA INDONESIA
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU ADMINISTRASI
JAKARTA
2012**

**STUDI PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESEHATAN DAN
KESELAMATAN KERJA PADA RUMAH SAKIT
MENTENG MITRA AFIA JAKARTA**

TESIS

Diajukan guna melengkapi persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Administrasi (M Si) pada Program Pascasarjana Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi
Mandala Indonesia (STIAM I) Jakarta



Oleh :

NAMA : SARI NARULITA
NPM : MIA 1006010003
Konsentrasi : Ilmu Administrasi Publik

SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MANDALA INDONESIA
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU ADMINISTRASI
JAKARTA
2012

HALAMAN PERSETUJUAN SIDANG TESIS

**STUDI PENERAPAN
SISTEM MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN
KERJA PADA RUMAH SAKIT MENTENG MITRA AFIA
JAKARTA**



SARI NARULITA


NPM : MIA 1006010003

TESIS

Untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Magister Sains (M.Si) Program Studi Ilmu Administrasi
Telah disetujui oleh Komisi Pembimbing dan Direktur Program
Pada tanggal seperti tertera dibawah ini

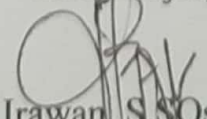
Jakarta, Juni 2012

Menyetujui,


DR. F.A Gunawan

Pembimbing

Menyetujui,


Bambang Irawan, S.SOs, M.Si, MM

Ketua Program Studi

HALAMAN PENGESAHAN THESIS
STUDI PENERAPAN SMK3 PADA RUMAH SAKIT
MENTENG AFIA JAKARTA



SARI NARULITA
MIA100601003

THESIS

Untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Magister Sains (M.Si) Program Studi Ilmu Administrasi
telah disetujui oleh Komisi Pembimbing dan Penguji
pada tanggal seperti tertera dibawah ini

1. **Prof. Dr. Safri Nurmantu, M.Si**
Ketua Penguji

Tanggal : 21 Juni 2012

2. **Dr. Rahman Pasha, MM**
Penguji I

Tanggal : 21 Juni 2012

3. **Dr. FA Gunawan**
Penguji II

Tanggal : 21 Juni 2012

Mengesahkan :

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Mandala Indonesia

Prof. Dr. Ir. Wahyuddin Latunreng, MM

ABSTRAK

Sari Narulita MIA 1006010003- Studi Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Pada Rumah Sakit Menteng Mitra Afia Jakarta

Kata Kunci : Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Hasil laporan National Safety Council (NSC) tahun 1998 menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di rumah sakit 41% lebih besar dari pekerja di industri lain.. Beragamnya jenis penghuni rumah sakit dan resiko bahaya yang selalu mungkin terjadi menjadikan manajemen keselamatan dan kesehatan rumah sakit sama pentingnya dengan memajemen bagian operasional lainnya untuk menjamin keselamatan orang –orang yang ada didalam dan disekitar rumah sakit . Penulisan tesis ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode studi kasus menggunakan teknik observasi langsung, wawancara dan check dokumen untuk menilai kualitas penerapan System Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia Jakarta. Sebagai hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa program keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit MMA belum berjalan dengan baik dikarenakan masih minimnya kebijakan mengenai K3 yang dibuat pimpinan RS serta tidak adanya tenaga profesional di bidang K3 yang dapat membuat perencanaan dengan baik untuk program keselamatan dan kesehatan kerja . Kebijakan dan komitmen yang kuat dari puncak pimpinan merupakan hal mendasar yang harus dibangun di RS MMA dengan diawali peningkatan pemahaman mengenai SMK3 bagi pemilik usaha dan pimpinan Rumah Sakit Menteng Mitra Afia .

ABSTRACT

Sari Narulita MIA 1006010003 - Applied study Occupational Health and Safety Management system at Menteng Mitra Afia Hospital Jakarta

Key Word : *Occupational Health and Safety Management system*

The report from the National Safety Council (NSC) in 1998 showed that the occurrence of accidents in the hospital 41% more than workers in other industries. Residents of the various types of hospitals and the risk of possible dangers that always makes the management of hospital safety and health is as important as managing other operational parts to ensure the safety of the people that are in and around the hospital. Writing of this thesis is a qualitative research by using this method of case stud with technique observes the object, interview and check the documents to assess the quality of the implementation of Occupational Health and Safety Management system at Menteng Mitra Afia Hospital Jakarta. As a result of research can be concluded that the safety and health program MMA Hospital has not run well due to lack of policy on K3 was made head of the hospital and the lack of professionals in the field of K3 which can make a good plan for occupational safety and health program. Policy and strong commitment from top leadership is essential to be built in MMA Hospital with an increased understanding of the Occupational Health and Safety Management system (SMK3) for business owners and director of Menteng Mitra Afia Hospital.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang unik dan kompleks yang menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, namun perkembangannya saat ini rumah sakit juga sebagai industri penyedia jasa kesehatan. Seiring dengan berkembangnya teknologi fasilitas dan peralatan penunjang kesehatan yang semakin canggih menyebabkan semakin kompleks peralatan dan fasilitas yang ada di rumah sakit. Sifat pekerjaan di rumah sakit pun beragam, mulai dari kegiatan medis sampai kegiatan yang menggunakan sumber api intensif misalnya bagian dapur, laundry atau pengolahan limbah ruang incinerator. Kegiatan juga beraneka mulai dari administrasi, perawatan pasien, operasi, sarana penunjang seperti kantin dan mini market. Semuanya memiliki karakteristik berbeda. Belum lagi Sifat penghuni yang beragam, mulai dari pekerja medis, pasien dan pengunjung yang masing-masing memiliki karakteristik yang berbeda. Pekerja rumah sakit relative terdidik, dapat diatur dan diarahkan namun belum tentu dengan penghuni lainnya termasuk pasien yang sangat rawan kecelakaan karena berada dalam kondisi tidak mampu secara fisik serta tingkat kepanikan yang tinggi pada keluarga, pasien serta pengunjung rumah sakit. Semua ini mengandung berbagai potensi bahaya baik terhadap manusia dalam hal ini pekerja, pasien, pengunjung maupun masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Namun kondisi yang beragam ini tetap harus memberikan saya aman bagi seluruh penghuni yang ada didalamnya dan juga lingkungan yang ada disekitarnya.

Hasil laporan National Safety Council (NSC) tahun 1998 menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di rumah sakit 41% lebih besar dari pekerja di industri lain. Kasus kecelakaan kerja yang sering terjadi adalah tertusuk jarum, terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, dan penyakit infeksi, dan sebagainya. Sejumlah kasus dilaporkan mendapatkan kompensasi pada pekerja rumah sakit yaitu sprains, strains: 52%; contusion, crushing, bruising: 11%; cuts, laceration, puncture: 10,8%; fractures: 5,6%; multiple injuries: 2,1%; thermal burns: 2%; scratches, abrasions: 1,9%; infections: 1,3%; dermatitis : 1,2%; dan lain-lain: 12,4% (US Departement of Laboratorium, Bureau of Laboratorium Statistics, 1983). Kasus lain sepanjang tahun tahun 2006-2009 di Indonesia tercatat 7 kasus kejadian kebakaran di rumah sakit yang menimbulkan dampak dan kepanikan bagi penghuni yang ada didalamnya. Belum lagi kasus malpraktek seperti tertinggalnya kasa dan alat medis lainnya didalam tubuh penderita yang baru terjadi pada tahun 2011 ini. Di Indonesia, data penelitian sehubungan dengan bahaya-bahaya di rumah sakit belum tergambar dengan jelas namun diyakini bahwa banyak keluhan-keluhan dari para petugas di rumah sakit, sehubungan dengan bahaya-bahaya yang ada di rumah sakit termasuk tertukarnya klien yang akan menjalani tindakan operasi. Selain itu, Gun (1983) memberikan catatan bahwa terdapat beberapa kasus penyakit kronis yang diderita petugas rumah sakit, yaitu hipertensi, varises, anemia (kebanyakan wanita), penyakit ginjal dan saluran kemih (69% wanita), dermatitis dan urtikaria (57% wanita), serta nyeri tulang belakang dan pergeseran discus intervertebrae. Ditambahkan juga bahwa terdapat beberapa kasus penyakit akut yang diderita petugas rumah sakit lebih besar 1,5 kali dari petugas atau pekerja lain, yaitu penyakit infeksi dan parasit, saluran pernapasan, 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.

Masalah pengolahan limbah rumah sakit dengan segala permasalahan juga menjadi perhatian yang serius dalam program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit.

Kecelakaan kerja menimbulkan banyak kerugian bagi perusahaan baik dari sisi materi, tuntutan perundangan dan juga dalam bentuk non materi. Dalam beberapa teori terkemuka seperti teori Heinrich yang terkenal dengan teori domino kecelakaan dan teori Bird mengemukakan bahwa kecelakaan/accident bukan terjadi dengan begitu saja tetapi ada beberapa factor yang mempengaruhinya. Bird dalam teorinya mengemukakan bahwa kerugian dan kecelakaan terjadi karena di dasari adanya kurangnya control, penyebab dasar dan adanya penyebab langsung atas terjadinya kerugian. Seluruh kegiatan yang berada di lingkungan rumah sakit merupakan bagian dari system perumahan sakitan yang juga harus di manajemen dengan baik. Segala kebijakan terkait dengan pencegahan kecelakanan kerja harus mutlak menjadi bagian dari sistem layaknya dengan bagian operasional lainnya dalam kegiatan di Rumah Sakit.

Oleh karena itu, diperlukan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan kerja Rumah Sakit (SMK3) yang benar-benar jelas, kontinyu, serta konsekuen dengan misi yang diemban, yaitu mengurangi nilai kecelakaan kerja, termasuk penyakit akibat kerja dan penjaminan keselamatan.

Untuk itu dalam hal ini penulis tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan factor-faktor yang mempengaruhi penerapan SMK3 RS di Rumah Sakit Mitra Menteng Afia yang menjadi objek penulisan ini. RS Menteng Afia merupakan

rumah sakit umum diwilayah Jakarta Pusat yang sedang berkembang dan memiliki visi menerapkan sistem manajemen rumah sakit yang berkualitas dan professional dalam memberikan pelayanannya.

Penerapan SMK3 mengacu pada Permenaker Nomor 05/1996 dan Kepmenkes Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 serta Undang undang NO 13 tahun 2003 pasal 87

1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimana Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan kerja di Rumah Sakit Mitra Menteng Afia ?

1.3 Batasan Masalah dan Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini dibatasi dengan implementasi SMK3 pada Rumah Sakit Menteng Mitra Afia sesuai Penerapan SMK3 mengacu pada Permenaker Nomor 05/1996 dan Kepmenkes Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007.

Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi penerapan SMK3 di RS Menteng Afia ?

Kendala apa saja yang dihadapi dalam pelaksanaan SMK3 ?

1.4 Maksud dan tujuan Penelitian

Untuk mengkaji kualitas penerapan SMK3 RS Menteng afia berdasarkan Kepmenkes Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 dan Permenaker Nomor 05/1996 serta faktor yang mempengaruhi penerapan SMK3

1.5 Kegunaan Penelitian

1.1.5 Bagi Peneliti

- a. Memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penilaian penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan kerja
- b. Mengetahui secara langsung penerapan SMK3
- c. Menambah khasanah keilmuan terkait dengan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja

1.1.5 Bagi Manajemen rumah sakit

- a. Mendapatkan informasi mengenai penerapan system manajemen kesehatan dan keselamatan kerja di RS MMA
- b. Mendapatkan masukan dalam membangun dan mengembangkan program keselamatan dan kesehatan kerja di lingkungan RS MMA
- c. Memperkuat rasa tanggung jawab dalam melaksanakan perusahaan berdasarkan peraturan yang berlaku

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 KAJIAN PUSTAKA

2.1.1 Konsep Manajemen

Manajemen dalam Muninjaya, 2004 adalah ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya.

Penggunaan istilah manajemen dan administrasi sering digunakan bergantian namun ruang lingkupnya hampir sama. Ilmu administrasi mempunyai ruang lingkup yang lebih luas dibandingkan dengan ilmu manajemen namun manajemen berfungsi sebagai motor penggerak berkembangnya dinamika administrasi.

Administrasi adalah ilmu atau seni yang mempelajari kerjasama sekelompok orang dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan bersama.

Muninjaya, 2004 menerangkan tentang ruang lingkup administrasi dan manajemen. Dimana administrasi lebih menekankan pada dinamika kerjasama orang-orang yang ada didalam organisasi mencapai tujuan organisasi, Manajemen sebagai inti pokok administrasi dianggap sebagai motor penggerak jalannya roda administrasi.

Batasan manajemen dapat digunakan untuk mengkaji proses pengambilan keputusan oleh pihak pimpinan (manajer) tentang penggunaan orang lain untuk menyelesaikan berbagai macam tugas organisasi.

2.1.2 Sistem Manajemen K3

Keselamatan dan Kesehatan Kerja harus dikelola sebagaimana dengan aspek lainnya dalam perusahaan seperti operasi, produksi, logistic, sumber daya manusia, keuangan dan pemasaran . Aspek Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) tidak akan bisa berjalan seperti apa adanya tanpa adanya intervensi dari manajemen berupaya terencana untuk mengelolanya. Karena itu, ahli K3 sejak awal tahun 1980an berupaya meyakinkan semua pihak, khususnya manajemen organisasi untuk menempatkan aspek K3 setara dengan unsur lain dalam organisasi. Hal inilah yang mendorong lahirnya berbagai konsep mengenai manajemen K3 (*safety management*).

Semua system manajemen K3 bertujuan untuk mengelola risiko K3 yang ada dalam perusahaan agar kejadian yang tidak diinginkan atau dapat menimbulkan kerugian dapat dicegah.

Menurut Dan Petersen dalam Ramli, 2011 mengelola K3 sama dengan mengelola aspek lain dalam perusahaan dengan menggunakan pendekatan manajemen modern mulai dari perencanaan, pengorganisasian, penerapan dan pengawasan. Lembaga penerbangan dunia, seperti ICAO (*International Civil Aviation Organization*) telah mewajibkan penerapan *safety Management System* dalam aktivitas penerbangan untuk menjamin dan meningkatkan kinerja keselamatan penerbangan. Hasil studi ICAO tersebut menyimpulkan sebagai berikut :

- Sebagian besar kecelakaan penerbangan bersumber dari faktor manusia (*human error*).

- Kesalahan manusia ini mengindikasikan adanya faktor *carelessness* atau kurang kompeten dalam melakukan pekerjaan – namun hal ini tidak sepenuhnya benar.
- Faktor manusia hanyalah mata rantai paling ujung dari proses terjadinya kecelakaan.
- Kecelakaan tidak dapat dicegah dengan mengganti manusia, tetapi hanya dapat dicegah dengan menghilangkan penyebab tidak langsung sebagai penyebab dasar suatu kecelakaan.
- Sebagian besar mata rantai kecelakaan berada di bawah kendali organisasi yang disebut *organizational accident* yang hanya dapat dikontrol melalui suatu *safety management system*.

2.1.2 .1 Pengertian SMK3

Sistem Manajemen K3 adalah bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, perencanaan, tanggung jawab , pelaksanaan, prosedur, proses, dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan, penerapan, pencapaian, pengkajian, dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja dalam pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman efisien dan produktif. (Kepmenaker 05 tahun 1996)

Menurut OHSAS 18001:2007 *OHS Management system: part of an organization's management system used to develop and implement its OH&S Policy and manage OH&S Risks.*

- A Management system is a set of interrelated elements used to establish policy and objectives and to achieve those objectives.

- A Management system includes organizational structure, planning activities (including for example, risk assessment and the setting of objectives), responsibilities, practices, procedures, process and resources.

Sistem Manajemen K3 merupakan konsep pengelolaan K3 secara sistematis dan komprehensif dalam suatu sistem manajemen yang utuh melalui proses perencanaan, penerapan, pengukuran data pengawasan. Pendekatan sistem manajemen K3 telah berkembang sejak tahun 80an dipelopori oleh pakar K3 seperti James Tye dari *British Safety Council*, Dan Petersen, Frank Birds dan lainnya.

2.1.2 .2 Bentuk sistem manajemen K3

Bentuk bentuk SMK3 oleh berbagai lembaga dan institusi di dalam dan luar negeri antara lain :

- a. Sistem Manajemen Five Star dari British Safety Council, UK Dikembangkan oleh lembaga K3 di Inggris sekitar tahun 1970 dan digunakan diberbagai perusahaan dan institusi. Lembaga ini memberi penghargaan kepada perusahaan yang berprestasi berbentuk pedang keselamatan (Sword of Honour). Beberapa perusahaan di Indonesia, seperti Pertamina dan Petrokimia telah memperoleh penghargaan ini.
- b. British Standard BS 8800 Guide to Occupational Health and Safety Management system
Merupakan standar tentang Sistem Manajemen K3 yang diberlakukan di Inggris dan Negara lainnya.
- c. Occupational Health and Safety (OHS) Management System, OSHA, USA.
- d. International Safety Rating System (ISRS) dari ILCI/DNV

Suatu sistem manajemen K3 yang dipelopori oleh ahli K3 dari USA Mr. Frank Bird yang mengembangkan metoda penilaian kinerja K3 yang disebut ISRS .Sistem ini memberi peringkat kinerja K3 suatu perusahaan melalui audit dan system scoring atau nilai.Di Indonesia telah banyak perusahaan yang menerapkan sistem ini.

e. Process Safety Management ,OHS Standard CFR 29 1910.119

Merupakan sistem manajemen K3 yang dirancang khusus untuk Industri proses berisiko tinggi seperti perminyakan dan petrokimia. Di Indonesia dikenal dengan istilah Manajemen Keselamatan proses (MKP) yang telah dikembangkan oleh berbagai industri dan perusahaan.

f. Sistem Manajemen K3 dari Depnaker RI

Sistem ini telah dikembangkan di Indonesia dan diimplementasikan oleh berbagai perusahaan. Auditnya dilakukan melalui Sucofindo.

g. American Petroleum Institute:API 9100A:Model Environmental Health & Safety (EHS) Management System

Lembaga ini mengeluarkan pedoman tentang sistem manajemen keselamatan kerja dan lingkungan.

h. American Petroleum Institute: API RP750,Management of Process Hazards.

i. ILO- OSH 2001: Guideline o OHS Management System Lembaga perburuhan dunia ini juga mengembangkan pedoman sistem manajemen K3 yang banyak digunakan sebagai acuan oleh berbagai negara dan perusahaan.

j. E&P Forum :Guidelines for development and Application of HSE Management System.

Semua sistem manajemen K3 tersebut memiliki kesamaan yaitu berdasarkan proses dan fungsi manajemen modern. Yang berbeda adalah elemen implementasinya yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing.

2.1.2 .3 Tujuan SMK3

Sistem manajemen K3 dapat memiliki tujuan antara lain :

a. Sebagai alat ukur kinerja K3 dalam organisasi

Sistem manajemen K3 digunakan untuk menilai dan mengukur kinerja penerapan K3 dalam organisasi .Dengan membandingkan pencapaian K3 organisasi dengan persyaratan tersebut, organisasi dapat mengetahui tingkat pencapaian K3. Pengukuran ini dilakukan melalui audit sistem manajemen K3. Di Indonesia,diberlakukan Permenaker No.05 tahun 1996 tentang audit Sistem Manajemen K3 yang menetapkan kriteria untuk mengukur kinerja K3 perusahaan.

b. Sebagai pedoman implementasi K3 dalam organisasi

Sistem Manajemen K3 dapat digunakan sebagai pedoman atau acuan dalam mengembangkan sistem manajemen K3. Beberapa bentuk sistem manajemen K3 yang digunakan sebagai acuan misalnya ILO OHSMS *Guidelines*,API HSEMS *Guidelines*, *Oil and Gas Producer Forum (OGP) HSEMS Guidelines*,ISRS dari DNV,dan lainnya.

c. Sebagai dasar penghargaan (awards)

Sistem manajemen K3 juga digunakan sebagai dasar untuk pemberian penghargaan K3 atas pencapaian kinerja K3, Penghargaan K3 diberikan baik oleh instansi pemerintah maupun lembaga independen lainnya seperti Sword of Honour dari British Safety Council,Five Star Safety Rating System

dari DNV atau National Safety Council Award, dan SMK3 dari Depnaker. Penghargaan K3 diberikan atas pencapaian kinerja K3 sesuai dengan tolok ukur masing-masing. Karena bersifat penghargaan, maka penilaian hanya berlaku untuk periode tertentu.

d. Sebagai sertifikasi

Sistem Manajemen K3 juga dapat digunakan untuk sertifikasi penerapan manajemen K3 dalam organisasi. Sertifikasi diberikan oleh lembaga sertifikasi yang telah diakreditasi oleh suatu badan akreditasi. Sistem sertifikasi dewasa ini telah berkembang secara global karena dapat diacu di seluruh dunia.

2.1.2 .4 Proses SMK3

Sistem manajemen K3 terdiri atas 2 (dua) unsur pokok yaitu proses manajemen dan elemen-elemen implementasinya. Proses SMK3 menjelaskan bagaimana sistem manajemen tersebut dijalankan atau digerakkan. Sedangkan elemen merupakan komponen-komponen kunci yang terintegrasi satu dengan yang lainnya membentuk satu kesatuan sistem manajemen.

Elemen-elemen ini mencakup antara lain tanggung jawab, wewenang, hubungan antar fungsi, aktivitas, proses, praktis, prosedur dan sumber daya. Elemen ini dipakai untuk menetapkan kebijakan K3, perencanaan, objektif, dan program K3.

Proses sistem manajemen K3 menggunakan pendekatan PDCA (*plan-do-check-action*) yaitu mulai dari perencanaan, penerapan, pemeriksaan dan tindakan perbaikan. Dengan demikian, sistem manajemen K3 akan berjalan terus menerus secara berkelanjutan selama aktivitas organisasi masih berlangsung.

Sistem manajemen K3 dimulai dengan penetapan kebijakan K3 oleh manajemen puncak sebagai perwujudan komitmen manajemen dalam mendukung penerapan K3. Kebijakan K3 selanjutnya dikembangkan dalam perencanaan. Tanpa perencanaan yang baik, proses K3 akan berjalan tanpa arah (*misguided*), tidak efisien, dan tidak efektif.

Berdasarkan hasil perencanaan tersebut dilanjutkan dengan penerapan dan operasional, melalui pengalokasian semua sumber daya yang ada, serta melakukan berbagai program dan langkah pendukung untuk mencapai keberhasilan.

Secara keseluruhan, hasil penerapan K3 harus ditinjau ulang secara berkala oleh manajemen puncak untuk memastikan bahwa SMK3 telah berjalan sesuai dengan kebijakan dan strategi bisnis serta untuk mengetahui kendala yang dapat mempengaruhi pelaksanaannya.

2.1.2.5 Kunci Keberhasilan Penerapan SMK3

Penerapan SMK3 akan sukses jika terpenuhinya faktor berikut ini.

1. SMK3 harus **komprehensif** dan terintegrasi dengan seluruh langkah pengendalian yang dilakukan. Antara elemen implementasi dengan potensi bahaya atau risiko yang ada dalam organisasi harus sejalan. SMK3 disusun dengan pendekatan *risk based concept* sehingga tidak salah arah (*misguided*).
2. SMK3 harus **dijalankan dengan konsisten** dalam operasi sebagai satu-satunya cara untuk pengendalian risiko dalam organisasi. Semua program K3 atau kebijakan K3 yang diambil harus mengacu kepada SMK3 yang ada. Sebagai contoh, ketika organisasi akan melakukan proyek ekspansi

fasilitas, maka dikembangkan program K3 untuk proyek yang tetap mengacu kepada SMK3 yang sudah ada.

3. SMK3 harus **konsisten dengan hasil identifikasi bahaya** dan penilaian risiko yang sudah dilakukan. Hal ini akan tercermin dalam penetapan objektif dan program kerja yang harus mengacu kepada potensi bahaya yang ada dalam organisasi.
4. SMK3 harus mengandung elemen-elemen implementasi yang berlandaskan **siklus proses manajemen (PDCA)**.
5. Semua unsur atau individu yang terlibat dalam operasi harus **memahami konsep dan implementasi SMK3**.
6. Adanya **dukungan dan komitmen** manajemen puncak dan seluruh elemen dalam organisasi untuk mencapai kinerja K3 terbaik.
7. SMK3 harus **terintegrasi** dengan sistem manajemen lainnya yang ada dalam organisasi.

2.1.3 SMK3 RUMAH SAKIT BERDASAR KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 432/MENKES/SK/IV/2007

2.1.3.1 Komitmen dan Kebijakan

Komitmen diwujudkan dalam bentuk kebijakan (*policy*) tertulis, jelas dan mudah dimengerti serta diketahui oleh seluruh karyawan RS.

Manajemen RS mengidentifikasi dan menyediakan semua sumber daya esensial seperti pendanaan, tenaga K3 dan sarana untuk terlaksananya program K3 di RS. Kebijakan K3 di RS diwujudkan dalam bentuk wadah K3RS dalam struktur organisasi RS.

Untuk melaksanakan komitmen dan kebijakan K3 RS, perlu disusun strategi

antara lain :

1. Advokasi sosialisasi program K3 RS.
2. Menetapkan tujuan yang jelas.
3. Organisasi dan penugasan yang jelas.
4. Meningkatkan SDM profesional di bidang K3 RS pada setiap unit kerja di lingkungan RS.
5. Sumberdaya yang harus didukung oleh manajemen puncak
6. Kajian risiko secara kualitatif dan kuantitatif
7. Membuat program kerja K3RS yang mengutamakan upaya peningkatan dan pencegahan.
8. Monitoring dan evaluasi secara internal dan eksternal secara berkala.

2.1.3.2 Perencanaan

RS harus membuat perencanaan yang efektif agar tercapai keberhasilan penerapan sistem manajemen K3 dengan sasaran yang jelas dan dapat diukur. Perencanaan K3 di RS dapat mengacu pada standar Sistem Manajemen K3RS diantaranya *self assesment* akreditasi K3RS dan SMK3.

Perencanaan meliputi:

1. Identifikasi sumber bahaya, penilaian dan pengendalian faktor risiko. RS harus melakukan kajian dan identifikasi sumber bahaya, penilaian serta pengendalian faktor risiko.
 - a. Identifikasi sumber bahaya, dapat dilakukan dengan mempertimbangkan :
 - Kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya.
 - Jenis kecelakaan dan PAK yang mungkin dapat terjadi.

Sumber bahaya yang ada di RS harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolok ukur kemungkinan terjadinya kecelakaan dan PAK.

Bahaya potensial berdasarkan lokasi dan pekerjaan di RS meliputi :

No	Bahaya Potensial	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
1	FISIK :	IPS-RS, laundry, dapur, CSSD, gedung genset-boiler, IPAL	Karyawan yang bekerja di lokasi tsb
	Getaran	ruang mesin-mesin dan peralatan yang menghasilkan getaran (ruang gigi dll)	perawat, cleaning service dll
	Debu	genset, bengkel kerja, laboratorium gigi, gudang rekam medis, incinerator	Petugas sanitasi, teknisi gigi, petugas IPS dan rekam medis
	Panas	CSSD, dapur, laundry, incinerator, boiler	pekerja dapur, pekerja laundry,petugas sanitasi dan IP-RS
	Radiasi	X-Ray, OK yang menggunakan c-arm, ruang fisioterapi, unit gigi	Ahli radiologi, radioterapist dan radiografer, ahli fisioterapi dan petugas roentgen gigi.
2	KIMIA :	Semua area	Petugas kebersihan, perawat
	disinfektan		
	Cytotoxics	Farmasi, tempat pembuangan limbah, bangsal	Pekerja farmasi, perawat, petugas pengumpul sampah

	Ethylene oxide	Kamar operasi	Dokter,perawat
	Formaldehyde	Laboratorium, kamar mayat, gudang farmasi	Petugas kamar mayat, petugas laboratorium dan farmasi
	Methyl : Methacrylate, Hg (amalgam)	Ruang pemeriksaan gigi	Petugas/dokter gigi, dokter bedah, perawat
	Solvents	Laboratorium, bengkel kerja, semua area di RS	Teknisi, petugas laboratorium, petugas pembersih
	Gas-gas anaestesi	Ruang operasi gigi, OK, ruang pemulihan (RR)	Dokter gigi, perawat, dokter bedah, dokter/perawat
3	BIOLOGIK : AIDS, Hepatitis B dan Non A- Non B	IGD, kamar Operasi, ruang pemeriksaan gigi, laboratorium, laundry	Dokter , dokter gigi, perawat, petugas laboratorium, petugas sanitasi dan laundry
	Cytomegalovirus	Ruang kebidanan, ruang anak	Perawat, dokter yang bekerja di bagian Ibu dan
	Rubella	Ruang ibu dan anak	Dokter dan perawat
	Tuberculosis	Bangsas, laboratorium, ruang isolasi	Perawat, petugas laboratorium, fisioterapis
4	ERGONOMIK Pekerjaan yang dilakukan secara manual	Area pasien dan tempat penyimpanan barang (gudang)	Petugas yang menangani pasien dan barang
	Postur yang salah dalam melakukan pekerjaan	Semua area	Semua karyawan

	Pekerjaan yang berulang	Semua area	Dokter gigi, petugas pembersih, fisioterapis, sopir, operator komputer, yang berhubungan dengan
5	PSIKOSOSIAL Sering kontak dengan pasien, kerja bergilir, kerja berlebih, ancaman		

Tabel 1. Potensi Lokasi Bahaya dan Pekerjaan

b. Penilaian faktor risiko Adalah proses untuk menentukan ada tidaknya risiko dengan jalan melakukan penilaian bahaya potensial yang menimbulkan risiko kesehatan dan keselamatan.

c. Pengendalian faktor risiko

Dilaksanakan melalui 4 tingkatan pengendalian risiko yakni menghilangkan bahaya, menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (engineering/rekayasa), administrasi dan alat pelindung pribadi (APP).

2. Membuat peraturan

RS harus membuat, menetapkan dan melaksanakan standar operasional prosedur (SOP) sesuai dengan peraturan, perundangan dan ketentuan mengenai K3 lainnya yang berlaku. SOP ini harus dievaluasi, diperbaharui dan harus dikomunikasikan serta disosialisasikan pada karyawan dan pihak yang terkait.

3. Tujuan dan sasaran

RS harus mempertimbangkan peraturan perundang-undangan, bahaya potensial dan risiko K3 yang bisa diukur, satuan/indikator pengukuran, sasaran pencapaian dan jangka waktu pencapaian (*SMART*).

4. Indikator kinerja

Indikator harus dapat diukur sebagai dasar penilaian kinerja K3 yang sekaligus merupakan informasi mengenai keberhasilan pencapaian SMK3 RS.

5. Program K3

RS harus menetapkan dan melaksanakan program K3RS, untuk mencapai sasaran harus ada monitoring, evaluasi dan dicatat serta dilaporkan.

2.1.3.3 Pengorganisasian

Pelaksanaan K3 di RS sangat tergantung dari rasa tanggung jawab manajemen dan petugas, terhadap tugas dan kewajiban masing-masing serta kerja sama dalam pelaksanaan K3. Tanggung jawab ini harus ditanamkan melalui adanya aturan yang jelas. Pola pembagian tanggung jawab, penyuluhan kepada semua petugas bimbingan dan latihan serta penegakkan disiplin. Ketua organisasi/satuan pelaksana K3 RS secara spesifik harus mempersiapkan data dan informasi pelaksanaan K3 di semua tempat kerja, merumuskan permasalahan serta menganalisis penyebab timbulnya masalah bersama unit-unit kerja, kemudian mencari jalan pemecahannya dan mengkomunikasikannya kepada unit-unit kerja, sehingga dapat dilaksanakan dengan baik.

2.1.3.3.1 Tugas dan fungsi organisasi/unit pelaksana K3 RS

a. Tugas pokok :

- Memberi rekomendasi dan pertimbangan kepada direktur RS mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan K3.
- Merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman, petunjuk pelaksanaan dan prosedur.
- Membuat program K3RS

b. Fungsi

- Mengumpulkan dan mengolah seluruh data dan informasi serta permasalahan yang berhubungan dengan K3
- Membantu direktur RS mengadakan dan meningkatkan upaya promosi K3, pelatihan dan penelitian K3 di RS.
- Pengawasan terhadap pelaksanaan program K-3.
- Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif.
- Koordinasi dengan unit-unit lain yang menjadi anggota K3RS.
- Memberi nasehat tentang manajemen k3 di tempat kerja, kontrol bahaya, mengeluarkan peraturan dan inisiatif pencegahan.
- Investigasi dan melaporkan kecelakaan, dan merekomendasikan sesuai kegiatannya.
- Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses.

2.1.3.3.2 Struktur organisasi K3 di RS

Organisasi K3 berada 1 tingkat di bawah direktur dan bukan merupakan kerja rangkap.

Model 1 :

Merupakan organisasi yang terstruktur dan bertanggung jawab kepada Direktur RS, bentuk organisasi K3 di RS merupakan organisasi struktural yang terintegrasi ke dalam komite yang ada di RS dan disesuaikan dengan kondisi/kelas masing masing RS, misalnya Komite Medis/Nosokomial.

Model 2 :

Merupakan unit organisasi fungsional (non struktural), bertanggung jawab langsung ke Direktur RS. Nama organisasinya adalah unit pelaksana K3 RS, yang dibantu oleh unit K3 yang beranggotakan seluruh unit kerja di RS. Keanggotaan :

Organisasi/unit pelaksana K3 RS beranggotakan unsur-unsur dari petugas dan jajaran direksi RS.

- Organisasi/unit pelaksana K3 RS terdiri dari sekurang-kurangnya Ketua, Sekretaris dan anggota. Organisasi/unit pelaksana K3 RS dipimpin oleh ketua.
- Pelaksanaan tugas ketua dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta anggota.
- Ketua organisasi/unit pelaksana K3 RS sebaiknya adalah salah satu manajemen tertinggi di RS atau sekurang-kurangnya manajemen dibawah langsung direktur RS.
- Sedang sekretaris organisasi/unit pelaksana K3 RS adalah seorang

tenaga profesional K3 RS, yaitu manajer K3 RS atau ahli K3.

2.1.3.3.3 Mekanisme kerja

Ketua organisasi/unit pelaksana K3 RS memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan organisasi/unit pelaksana K3 RS. Sekretaris organisasi/unit pelaksana K3 RS memimpin dan mengkoordinasikan tugas-tugas kesekretariatan dan melaksanakan keputusan

organisasi/unit pelaksana K3 RS. Anggota organisasi/unit pelaksana K3 RS mengikuti rapat organisasi/unit pelaksana K3 RS dan melakukan pembahasan atas persoalan yang diajukan dalam rapat, serta melaksanakan tugas-tugas yang diberikan organisasi/unit pelaksana K3 RS

2.1 3.4 LANGKAH LANGKAH PENYELENGGARAAN

Untuk memudahkan penyelenggaraan K3 di RS, maka perlu langkah-langkah penerapannya yaitu :

2.1 3.4.1. Tahap persiapan

a. Menyatakan komitmen.

Komitmen harus dimulai dari direktur utama/direktur RS (manajemen puncak). Pernyataan komitmen oleh manajemen puncak tidak hanya dalam kata-kata, tetapi juga harus dengan tindakan nyata, agar dapat diketahui, dipelajari, dihayati dan dilaksanakan oleh seluruh staf dan petugas RS.

b. Menetapkan cara penerapan K3 di RS.

Bisa menggunakan jasa konsultan atau tanpa menggunakan jasa konsultan

jika RS memiliki personil yang cukup mampu untuk mengorganisasikan dan mengarahkan orang.

c. Pembentukan organisasi/unit pelaksana K3 RS

d. Membentuk kelompok kerja penerapan K3.

Anggota kelompok kerja sebaiknya terdiri atas seorang wakil dari setiap unit kerja, biasanya manajer unit kerja. Peran, tanggung jawab dan tugas anggota kelompok kerja perlu ditetapkan. Sedangkan mengenai kualifikasi dan jumlah anggota kelompok kerja disesuaikan dengan kebutuhan RS.

e. Menetapkan sumber daya yang diperlukan. Sumber daya disini mencakup orang (mempunyai tenaga K3), sarana, waktu dan dana.

2.1.3.4.2 Tahap Pelaksanaan

a. Penyuluhan K3 ke semua petugas RS

b. Pelatihan K3 yang disesuaikan dengan kebutuhan individu dan kelompok di dalam organisasi RS. Fungsinya memproses individu dengan perilaku tertentu agar berperilaku sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya sebagai produk akhir dari pelatihan.

c. Melaksanakan program K3 sesuai peraturan yang berlaku diantaranya:

- Pemeriksaan kesehatan petugas (prakarya, berkala dan khusus)
- Penyediaan alat pelindung diri dan keselamatan kerja
- Penyiapan pedoman pencegahan dan penanggulangan keadaan darurat
- Penempatan pekerja pada pekerjaan yang sesuai kondisi kesehatan

- Pengobatan pekerja yang menderita sakit.
- Menciptakan lingkungan kerja yang higienis secara teratur, melalui monitoring lingkungan kerja dari hazard yang ada
- Melaksanakan biological monitoring
- Melaksanakan surveilans kesehatan pekerja

2.1.3.4.3 Tahap pemantauan dan Evaluasi

Pada dasarnya pemantauan dan evaluasi K3 di RS adalah salah satu fungsi manajemen K3 RS yang berupa suatu langkah yang diambil untuk mengetahui dan menilai sampai sejauh mana proses kegiatan K3 RS itu berjalan, dan mempertanyakan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu kegiatan K3 RS dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Pemantauan dan evaluasi meliputi :

- a. Pencatatan dan pelaporan K3 terintegrasi ke dalam sistem pelaporan RS (SPRS); Pencatatan dan pelaporan K3; kegiatan K3, KAK dan PAK
- b. Inspeksi dan pengujian

Inspeksi K3 merupakan suatu kegiatan untuk menilai keadaan K3 secara umum dan tidak terlalu mendalam. Inspeksi K3 di RS dilakukan secara

2.1.4 PEDOMAN PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA PERMENAKER No.5 Tahun 1996

2.1.4.1 KOMITMEN DAN KEBIJAKAN

2.1.4.1.1 Kepimpinan dan Komitmen

Pengurus harus menunjukkan kepimpinan dan komitmen terhadap keselamatan dan kesehatan kerja dengan menyediakan sumberdaya yang memadai. Pengusaha dan pengurus perusahaan harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan kerja yang diwujudkan dalam :

- a. Menempatkan organisasi keselamatan dan kesehatan kerja pada posisi yang dapat menentukan keputusan perusahaan.
- b. Menyediakan anggaran, tenaga kerja yang berkualitas dan sarana-saranyang lain yang diperlukan di bidang keselamatan dan kesehatan kerja.
- c. Menetapkan personal yang mempunyai tanggung jawab, wewenang dankewajiban yang jelas dalam penanganan keselamatan dan kesehatan kerja.
- d. Perencanaan keselamatan dan kesehatan kerja yang terkoordinasi.
- e. Malakukan penilaian kerja dan tindak lanjut pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja.

2.1.4.1.2 Tinjauan Awal Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Initial Review)

Peninjauan awal kondisi keselamatan dan kesehatan kerja perusahaan saat ini dilakukan dengan :

- a. Identifikasi kondisi yang ada dibandingkan dengan ketentuan Pedoman ini.

- b. Identifikasi sumber bahaya yang berkaitan dengan kaitan perusahaan
- c. Penilaian tingkat pengetahuan, pemenuhan peraturan perundangan dan standar keselamatan dan kesehatan kerja.
- d. Membandingkan penerapan keselamatan dan kesehatan kerja dengan perusahaan dan sektor lain yang lebih baik.
- e. Meninjau sebab dan akibat kejadian yang membahayakan, kompensasi dan gangguan serta hasil penilaian sebelumnya yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja.
- f. Menilai efisiensi dan efektifitas sumberdaya yang disediakan.

Hal peninjauan awal keselamatan dan kesehatan merupakan bahan masukan dalam perencanaan dan pengembangan Sistem Manajemen K3.

2.1.4.1.3 Kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja

Kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja adalah suatu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh pengusaha dan atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tujuan perusahaan, komitmen dan tekad melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum dan atau operasional.

2.1.4.2. PERENCANAAN

Perusahaan harus membuat perencanaan yang efektif guna mencapai keberhasilan penerapan dan kegiatan Sistem Manajemen K3 dengan sasaran yang jelas dan dapat diukur. Perencanaan harus memuat tujuan, sasaran dan indikator kinerja yang diterapkan dengan mempertimbangkan identifikasi sumber bahaya, penilaian dan pengendalian risiko sesuai persyaratan perundangan yang berlaku serta hasil pelaksanaan tinjauan awal terhadap keselamatan dan kesehatan kerja.

2.1.4.2.1 Perencanaan Identifikasi bahaya, penialaina dan pengendalian Risiko

Identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko dari kegiatan, produk barang dan jasa harus dipertimbangkan pada saat merumuskan rencana untuk memenuhi kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja. Untuk itu harus ditetapkan dan dipelihara prosedurnya.

2.1.4.2.2 Peraturan Perundangan dan Persyaratan lainnya.

Perusahaan harus menetapkan dan memelihara prosedur untuk inventarisasi, identifikasi dan pemahaman peraturan perundangan dan persyaratan lainnya yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja sesuai dengan kegiatan perusahaan yang bersangkutan. Pengurus harus menjelaskan peraturan perundangan dan persyaratan lainnya kepada setiap tenaga kerja.

2.1.4.2.3 Tujuan dan Sasaran

Tujuan dan sasaran kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja yang ditetapkan oleh perusahaan sekurang-kurangnya harus memenuhi kualifikasi dapat diukur, Satuan /indikator pengukuran, sasaran pencapaian, jangka waktu pencapaian.

2.1.4.2.4 Indikator Kinerja

Dalam menetapkan tujuan dan sasaran kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja perusahaan harus menggunakan indikator kinerja yang dapat diukur sebagai dasar penilaian kinerja keselamatan dan kesehatan kerja yang sekaligus merupakan informasi mengenai keberhasilan pencapaian Sistem Manajemen Kerja K3.

2.1.4.2.5 Perencanaan Awal dan perencanaan kegiatan yang Sedang berlangsung.

Penerapan awal Sistem Manajemen K3 yang berhasil memerlukan rencana yang dapat dikembangkan secara berkelanjutan dan dengan jelas menetapkan tujuan serta sasaran Sistem Manajemen K3 yang dapat dicapai dengan :

- a. Menetapkan sistem pertanggungjawaban dalam pencapaian tujuan dan sasaran sesuai dengan fungsi dan tingkat manajemen perusahaan yang bersangkutan.
- b. Menetapkan sarana dan jangka waktu untuk pencapaian tujuan dan sasaran.

2.1.4.3. PENERAPAN

Dalam mencapai tujuan keselamatan dan kesehatan kerja perusahaan harus menunjuk personal yang mempunyai kualifikasi yang sesuai dengan sistem yang diterapkan.

2.1.4.3.1 Jaminan kemampuan

2.1.4.3.1.1 Sumber Daya Manusia, Sarana dan Dana

Perusahaan harus menyediakan personil yang memiliki kualifikasi, sarana dan dana yang memadai sesuai Sistem Manajemen K3 yang diterapkan. Dalam penerapan Sistem Manajemen K3 yang efektif perlu dipertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

- a. Menyediakan sumber daya yang memadai sesuai dengan ukuran dan kebutuhan.
- b. Melakukan identifikasi kompetensi kerja yang diperlukan pada setiap tingkatan manajemen perusahaan dan menyelenggarakan setiap pelatihan yang dibutuhkan.
- c. Membuat ketentuan untuk mengkomunikasikan informasi keselamatan dan kesehatan kerja secara efektif.
- d. Membuat peraturan untuk mendapatkan pendapat dan saran dari para ahli.

e. Membuat peraturan untuk pelaksanaan konsultasi dan keterlibatan tenaga kerja secara aktif.

2.1.4.3.1.2 Integrasi

Perusahaan dapat mengintegrasikan Sistem Manajemen K3 ke dalam sistem manajemen perusahaan yang ada. Dalam hal pengintegrasian tersebut terdapat pertentangan dengan tujuan dan prioritas perusahaan, maka :

- a. Tujuan dan prioritas Sistem Manajemen K3 harus diutamakan.
- b. Penyatuan Sistem Manajemen K3 dengan sistem manajemen perusahaan dilakukan secara selaras dan seimbang.

2.1.4.3.1.3 Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

Peningkatan keselamatan dan kesehatan kerja akan efektif apabila semua pihak dalam perusahaan didorong untuk berperan serta dalam penerapan dan pengembangan Sistem Manajemen K3, serta memiliki budaya perusahaan yang mendukung dan memberikan kontribusi bagi Sistem Manajemen K3.

Perusahaan harus :

- a. Menentukan, menunjuk, mendokumentasikan dan mengkomunikasikan tanggung jawab dan tanggung jawab gugat keselamatan dan kesehatan kerja dan wewenang untuk bertindak dan menjelaskan hubungan pelaporan untuk semua tingkatan manajemen, tenaga kerja, kontraktor dan subkontraktor dan pengunjung.
- b. Mempunyai prosedur untuk memantau dan mengkomunikasikan setiap perubahan tanggung jawab dan tanggung gugat yang berpengaruh terhadap sistem dan program keselamatan dan kesehatan kerja.
- c. Dapat memberikan reaksi secara cepat dan tepat terhadap kondisi yang menyimpang atau kejadian-kejadian lainnya.

Tanggung jawab pengurus terhadap keselamatan dan kesehatan kerja adalah :

- a. Pimpinan yang ditunjuk untuk bertanggung jawab harus memastikan bahwa Sistem Manajemen K3 telah diterapkan dan hasilnya sesuai dengan yang diharapkan oleh setiap lokasi dan jenis kegiatan dalam perusahaan.
- b. Pengurus harus mengenali kemampuan tenaga kerja sebagai sumber daya yang berharga yang dapat ditunjuk untuk menerima pendelegasian wewenang dan tanggung jawab dalam menerapkan dan mengembangkan Sistem Manajemen K3.

2.1.4.3.1.4 Konsultasi, Motivasi dan Kesadaran

Pengurus harus menunjukkan komitmennya terhadap keselamatan dan kesehatan kerja melalui konsultasi dan dengan melibatkan tenaga kerja maupun pihak lain yang terkait di dalam penerapan, pengembangan dan pemeliharaan Sistem Manajemen K3 , sehingga semua pihak merasa ikut memiliki dan merasakan hasilnya. Tenaga kerja harus memahami serta mendukung tujuan dan sasaran Sistem Manajemen K3, dan perlu disadarkan terhadap bahaya fisik, kimia, ergonomik, radiasi, biologis dan psikologis yang mungkin dapat menciderai dan melukai tenaga kerja pada saat bekerja serta harus memahami sumber bahaya tersebut sehingga dapat mengenali dan mencegah tindakan yang mengarah terjadinya insiden.

4.3.1.5 Pelatih dan Kompetensi Kerja

Penerapan dan pengembangan Sistem Manajemen K3 yang efektif ditentukan oleh kompetensi kerja dan pelatihan dari setiap tenaga kerja di perusahaan. Pelatihan merupakan salah satu alat penting dalam keselamatan dan kesehatan kerja. Prosedur untuk melakukan identifikasi standar kompetensi kerja dan penerapannya melalui program pelatihan

2.1.4.3.2 Kegiatan Pendukung

2.1.4.3.2.1 Komunikasi

Komunikasi dua arah yang efektif dan pelaporan rutin merupakan sumber penting dalam penerapan Sistem Manajemen K3. Penyediaan informasi yang sesuai bagi tenaga kerja dan semua pihak yang terkait dapat digunakan untuk memotivasi dan mendorong penerimaan serta pemahaman umum

dalam upaya perusahaan untuk meningkatkan kinerja keselamatan dan kesehatan kerja.

Perusahaan harus mempunyai prosedur untuk menjamin bahwa informasi keselamatan dan kesehatan kerja terbaru di komunikasikan ke semua pihak dalam perusahaan. Ketentuan dalam prosedur tersebut dapat menjamin pemenuhan kebutuhan untuk :

- a. Mengkomunikasikan hasil dari sistem manajemen, pertemuan audit dan tinjauan ulang manajemen pada semua pihak dalam perusahaan yang bertanggung jawab dan memiliki andil dalam kinerja perusahaan.
- b. Melakukan identifikasi dan menerima informasi keselamatan dan kesehatan kerja yang terkait dari luar perusahaan.
- c. Menjamin bahwa informasi yang terkait dikomunikasikan kepada orang-orang di luar perusahaan yang membutuhkannya.

2.1.4.3.2.2 Pelaporan

Prosedur pelaporan informasi yang terkait dan tepat waktu harus ditetapkan untuk menjamin bahwa Sistem Manajemen K3 dipantau dan kinerjanya ditingkatkan.

Prosedur pelaporan internal perlu ditetapkan untuk menangani :

- a. Pelaporan terjadinya insiden
- b. Pelaporan ketidaksesuaian

- c. Pelaporan kinerja keselamatan dan kesehatan kerja
- d. Pelaporan identifikasi sumber bahaya.

Prosedur pelaporan eksternal perlu ditetapkan untuk menangani :

- a. Pelaporan yang dipersyaratkan peraturan perundangan
- b. Pelaporan kepada pemegang saham

2.1.4.3.2.3 Pendokumentasian

Pendokumentasian merupakan unsur utama setiap sistem manajemen dan harus dibuat sesuai dengan kebutuhan perusahaan. Proses dan prosedur kegiatan perusahaan harus ditentukan dan didokumentasikan serta diperbarui apabila diperlukan. Perusahaan harus dengan jelas menentukan jenis dokumen dan pengendaliannya yang efektif.

4.3.2.4 Pengendalian Dokumen

Perusahaan harus menjamin bahwa :

- a. Dokumentasi dapat diidentifikasi sesuai dengan uraian tugas dan tanggung jawab di perusahaan.
- b. Dokumen ditinjau ulang secara berkala dan, jika diperlukan, dapat direvisi.
- c. Dokumen sebelum diterbitkan harus lebih dahulu disetujui oleh personal yang berwenang.
- d. Dokumen versi terbaru harus tersedia di tempat kerja yang dianggap perlu.
- e. Semua dokumen yang telah usang harus segera disingkirkan.
- f. Dokumen mudah ditemukan, bermanfaat dan mudah dipahami.

2.1.4.3.2.5 Pencatatan dan Manajemen Informasi

Pencatatan merupakan sarana bagi perusahaan untuk menunjukkan kesesuaian penerapan Sistem Manajemen K3 dan harus mencakup :

- a. Persyaratan eksternal/peraturan perundangan dan internal/indikator kinerja keselamatan dan kesehatan kerja.
- b. Izin kerja
- c. Risiko dan sumber bahaya yang meliputi keadaan mesin-mesin, pesawatpesawat, alat kerja, serta peralatan lainnya bahan-bahan dan sebagainya, lingkungan kerja, sifat pekerjaan, cara kerja dan proses produksi.
- d. Kegiatan pelatihan, keselamatan dan kesehatan kerja.
- e. Kegiatan inspeksi, kalibrasi dan pemeliharaan
- f. Pemantauan data
- g. Rincian insiden, keluhan dan tindak lanjut
- h. Identifikasi produk termasuk komposisinya
- i. Informasi mengenai pemasok dan kontraktor
- j. Audit dan peninjauan ulang Sistem Manajemen K3.

2.1.4.3.3 Identifikasi Sumber Bahaya, Penilaian dan Pengendalian Resiko

Sumber bahaya yang teridentifikasi harus dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolak ukur kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Selanjutnya dilakukan pengendalian untuk menurunkan tingkat risiko.

2.1.4.3.3.1. Identifikasi Sumber Bahaya

Identifikasi sumber bahaya dilakukan dengan mempertimbangkan :

- a. Kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya.
- b. Jenis kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang mungkin dapat terjadi.

2.1.4.3.3.2. Penilaian Risiko

Penilaian risiko adalah proses untuk menentukan prioritas pengendalian terhadap tingkat risiko kecelakaan atau penyakit akibat kerja.

2.1.4.3.3.3. Tindakan Pengendalian

Perusahaan harus merencanakan manajemen dan pengendalian kegiatan-kegiatan, produk dan jasa yang dapat menimbulkan resiko kecelakaan kerja yang tinggi. Hal ini dapat dicapai dengan mendokumentasikan dan menerapkan kebijakan standar bagi tempat kerja, perancangan pabrik dan bahan, prosedur dan instruksi kerja untuk mengatur dan mengendalikan kegiatan produk barang dan jasa.

2.1.4.3.3.4. Perancangan (Design) dan Rekayasa

Pengendalian resiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja dalam proses rekayasa harus dimulai sejak tahap perancangan dan perencanaan. Setiap tahap dari siklus perancangan meliputi pengembangan, verifikasi tinjauan ulang, validasi dan penyesuaian harus dikaitkan dengan identifikasi sumber bahaya, prosedur penilaian dan pengendalian risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

2.1.4.3.3.5. Pengendalian Administratif

Prosedur dan instruksi kerja terdokumentasi pada saat dibuat harus mempertimbangkan aspek keselamatan dan kesehatan kerja pada setiap tahapan. Rancangan dan tinjauan ulang prosedur hanya dapat dibuat oleh personel yang memiliki kompetensi kerja dengan melibatkan parapelaksana.

2.1.4.3.3.6. Tinjauan Ulang Kontrak

Pengadaan barang dan jasa melalui kontrak harus ditinjau ulang untuk menjamin kemampuan perusahaan dalam memenuhi persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja yang ditentukan.

2.1.4.3.3.7. Pembelian

Sistem pembelian barang dan jasa termasuk didalamnya prosedur pemeliharaan barang dan jasa harus terintegrasi dalam strategi penanganan pencegahan resiko

kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Sistem pembelian harus menjamin agar produk barang dan jasa serta mitra kerja perusahaan memenuhi persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja.

2.1.4.3.3.8. Prosedur menghadapi keadaan Darurat atau Bencana

Perusahaan harus memiliki prosedur untuk menghadapi keadaan darurat atau bencana, yang diuji secara berkala untuk mengetahui keandalan pada saat kejadian yang sebenarnya. Pengujian prosedur secara berkala tersebut dilakukan oleh personel yang memiliki kompetensi kerja, dan untuk instalasi yang mempunyai bahaya besar harus dikoordinasikan dengan instansi terkait yang berwenang.

2.1.4.3.3.9. Prosedur menghadapi Insiden

Untuk mengurangi pengaruh yang mungkin timbul akibat insiden perusahaan harus memiliki prosedur yang meliputi :

- a. Penyediaan fasilitas P3K dengan jumlah yang cukup dan sesuai sampai mendapatkan pertolongan medik.
- b. Proses perawatan lanjutan.

2.1.4.3.3.10. Prosedur Rencana Pemulihan keadaan Darurat

Perusahaan harus membuat prosedur rencana pemulihan keadaan darurat untuk secara cepat mengembalikan pada kondisi yang normal dan membantu pemulihan tenaga kerja yang mengalami trauma.

2.1.4.4. PENGUKURAN DAN EVALUASI

Perusahaan harus memiliki sistem untuk mengukur, memantau dan mengevaluasi kinerja Sistem Manajemen K3 dan hasilnya harus dianalisis guna menentukan keberhasilan atau untuk melakukan identifikasi tindakan perbaikan.

2.1.4.4.1 Inspeksi dan Pengujian

Perusahaan harus menetapkan dan memelihara prosedur inspeksi, pengujian dan pemantauan yang berkaitan dengan tujuan dan sasaran keselamatan dan kesehatan kerja, Frekuensi inspeksi dan pengujian harus sesuai denganobyeknya.

2.1.4.4.2 Audit Sistem Manajemen K3

Audit Sistem Manajemen K3 harus dilakukan secara berkala untuk mengetahuikeefektifan penerapan Sistem Manajemen K3. Audit harus dilaksanakan secarasistematik dan independen oleh personel yang memiliki kompetensi kerja denganmenggunakan metodologi yang sudah ditetapkan.

2.1.4.4.3 Tindakan Perbaikan dan Pencegahan

Semua hasil temuan dari pelaksanaan pemantauan, audit dan tinjauan ulang Sistem Manajemen K3 harus didokumentasikan dan digunakan untuk identifikasitindakan perbaikan dan pencegahan serta pihak manajemen menjaminpelaksanaannya secara sistematis dan efektif.

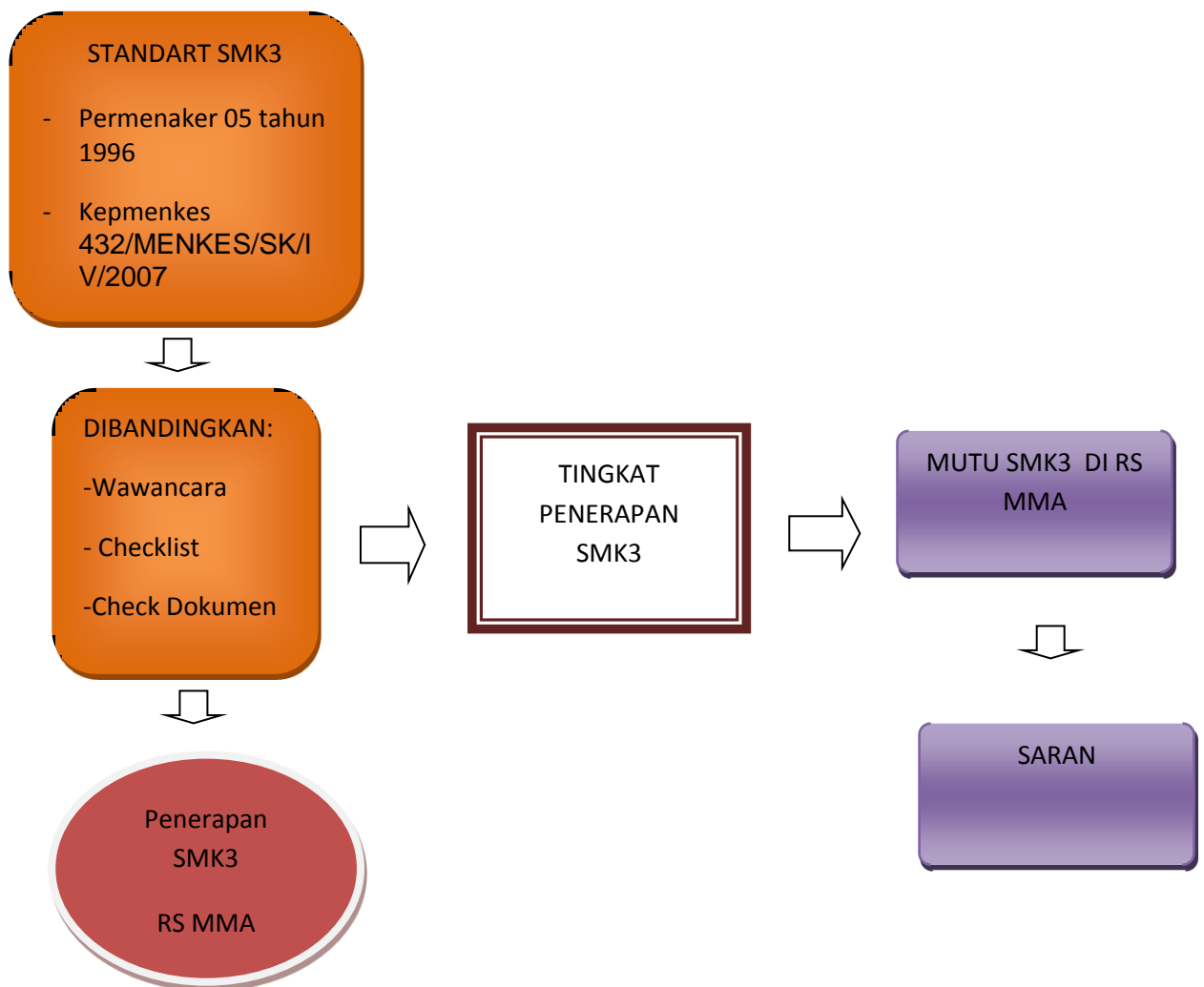
2.1.4.5. TINJAUAN ULANG DAN PENINGKATAN OLEH PIHAK MANAJEMEN

Pimpinan yang ditinjau harus melaksanakan tinjauan ulang Sistem Manajemen K3 secara berkala untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan yang berkesinambungan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan keselamatan dan kesehatan kerja. Ruang lingkup tinjauan ulang Sistem Manajemen K3 harus dapat mengatasi implikasi keselamatan dan kesehatan kerja terhadap seluruh kegiatan, produk barang dan jasa termasuk dampaknya terhadap kinerja perusahaan.

Tinjauan ulang Sistem Manajemen K3 meliputi :

- a. Evaluasi terhadap penerapan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja
- b. Tujuan, sasaran dan kinerja keselamatan dan kesehatan kerja
- c. Hasil temuan audit Sistem Manajemen K3
- d. Evaluasi efektifitas penerapan Sistem Manajemen K3 dan kebutuhan untuk mengubah Sistem Manajemen K3

B. KERANGKA PEMIKIRAN



BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Metodelogi adalah suatu studi sistematis mengenai prosedur dan teknik yang dihubungkan dengan sesuatu. Pertama yang harus disebut dalam metode penelitian adalah jenis penelitian (Mueller dalam Nurtanjung, 2005)

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan bentuk studi kasus. Studi kasus yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam, dan menyertakan berbagai sumber informasi.. Penelitian ini dibatasi oleh waktu dan tempat, dan kasus yang dipelajari berupa program, peristiwa, aktivitas, atau individu (Afriyani.2009)

Penelitian ini mencoba menggambarkan mengenai penerapan SMK3 di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia melalui teknik pengumpulan data yang mendalam. Studi kasus ini dilakukan dilingkungan Rumah Sakit Menteng Afia selama lima hari setelah sebelumnya mendapatkan persetujuan dari pimpinan rumah sakit.

3.2. Metode Pengumpulan Data

Beberapa metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini , yaitu:

a. Wawancara

Wawancara merupakan alat re-checking atau pembuktian terhadap informasi atau keterangan yang diperoleh sebelumnya. Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah wawancara mendalam. Wawancara mendalam (in-depth interview) ini dilakukan untuk memperoleh keterangan yang valid dan guna pencapaian tujuan penelitian. Penulis melakukan tanya jawab langsung kepada para informan atau orang yang diwawancarai dengan menggunakan pedoman (guide) wawancara. Panduan wawancara berisikan pertanyaan-pertanyaan yang penulis kembangkan untuk mendapatkan informasi dan juga untuk re checking dengan informasi yang didapat melalui checklist dan check dokumen. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan terkait elemen elemen SMK3 baik yang berasal dari panduan SMK3 kementerian tenaga kerja dan juga kementerian kesehatan. Objek yang di wawancara diantaranya manajemen puncak pimpinan rumah sakit, yaitu Direktur Rumah Sakit, Hal ini terkait dengan kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh pimpinan. Informan lain termasuk Kepala bagian, Kepala Ruang Perawatan dan Kepala Instalasi dan Pelaksana/Operator

b. Observasi

Bungin (2007) mengemukakan beberapa bentuk observasi yang dapat digunakan dalam penelitian kualitatif, yaitu observasi partisipasi, observasi tidak terstruktur, dan observasi kelompok tidak terstruktur.

Observasi partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui

pengamatan dan pengindraan dimana observer atau peneliti benar-benar terlibat dalam keseharian responden.

Teknik yang digunakan peneliti adalah teknik observasi partisipasi, agar mendapat gambaran yang sebenarnya mengenai setiap aspek penerapan SMK3. Peneliti mengunjungi tempat tempat yang merupakan tempat yang memiliki resiko bahaya..

Implementasi SMK3 berlandaskan siklus proses manajemen (PDCA), sehingga dalam penelitian ini penulis menggunakan observasi partisipasi dengan menggunakan lembar checklist yang dalam pengisian atau penilaiannya juga menggunakan pendekatan PDCA. Penilaian diberikan berdasarkan kategori yang ditetapkan oleh penulis dengan mengkategorikan hasil checklist kedalam 4 bagian yaitu Katerori A, B, C dan D.

Kategori A yaitu apabila poin atau elemen yang dinilai telah memiliki kebijakan tertulis, sudah disosialisasikan, sudah dilaksanakan dan telah dilakukan review.

Kategori B yaitu apabila poin atau elemen yang dinilai telah memiliki kebijakan tertulis, sudah disosialisasikan, sudah dilaksanakan namun belum dilakukan review.

Kategori C yaitu apabila poin atau elemen yang dinilai telah memiliki kebijakan tertulis, belum disosialisasikan

Kategori D yaitu apabila poin atau elemen yang dinilai belum memiliki kebijakan tertulis

Lembar checklist yang berisi poin-poin pernyataan akan memberikan gambaran mengenai standar penerapan SMK3 baik menurut standart departemen tenaga kerja dan departemen kesehatan. Lembar check list Standart Depnaker berisi 166 pernyataan yang akan di check dan disesuaikan dengan criteria yang ada. Lembar check list departemen kesehatan berisi 43 pernyataan.

Observasi langsung yang dilakukan penulis mencakup observasi gedung Rumah Sakit, ruang-ruang yang memiliki potensi bahaya yang cukup tinggi, seperti ruang Intensive Care Unit (ICU), Kamar Bedah, ruang instalasi gawat darurat, ruang Isolasi, instalasi pengolahan air limbah (IPAL), pengolahan sampah, akses darurat, penampungan air, ruang laundry, ruang sterilisasi, instalasi farmasi, dan ruang kantor administrasi umum .

c. Dokumen

Sejumlah besar fakta dan data tersimpan dalam bahan yang berbentuk dokumentasi. Klarifikasi dokumen dilakukan penulis bila poin pernyataan lembar checklist mengharuskan memperlihatkan keberadaan dokumen. Sebagian besar data yang perlihatkan adalah berbentuk surat-surat berupa kebijakan kebijakan, catatan harian, laporan kegiatan, daftar hadir rapat, notulensi rapat, standart operasional prosedur, foto, surat kerjasama dengan pihak ketiga dan sebagainya sesuai dengan apa yang harus ada berdasarkan criteria penilaian. Sifat utama data ini dokumen ini tak dibatasi pada ruang dan waktu sehingga dapat memberi peluang kepada peneliti untuk mengetahui hal-hal yang pernah terjadi di waktu silam.

3.3 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian kualitatif di dasarkan pada pendekatan yang digunakan. Untuk itu bentuk analisis data dalam pada penelitian ini yaitu studi kasus.

Analisis data pada studi kasus, yaitu:

- Lembar checklist yang berisi poin-poin pernyataan yang sudah dikategorikan sesuai dengan elemen yang ada pada sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3). Lembar check list diisi sesuai dengan kondisi keadaan yang ada dan berdasarkan criteria yang ada
- Kode yang digunakan adalah kategori yang telah penulis buat dengan menggunakan pendekatan PDCA. Kategori ini memberikan informasi mengenai sejauhmana aplikasi SMK3 telah diterapkan.
- Checklist yang telah diisi diberikan penjelasan atau keterangan mengenai kondisi yang ada untuk membantu menganalisa penyebab atau kendala, faktor yang mendukung kondisi yang ada sekaligus sebagai bahan untuk rechecking pada saat wawancara
- Setelah seluruh poin terisi kemudian dilakukan penilaian dengan mempresentasikan setiap aspek penilaian
- Penulis kemudian menghubungkan informasi yang didapat baik melalui checklist, wawancara dan cek dokumen dan kemudian melakukan penilaian secara keseluruhan dan mendalam

3.4. Waktu dan Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia dalam waktu satu minggu dari tanggal 16 April s.d 20 April 2012

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran umum Rumah sakit Menteng Mitra Afia

Rumah Sakit Mitra Menteng Afia merupakan Rumah Sakit swasta tipe C yang berada di tengah pemukiman padat daerah Jakarta pusat di Jalan Kalipasir No. 9 Cikini.

Rumah sakit MMA didirikan awal tahun 1997, awalnya rumah sakit ini dikenal sebagai rumah sakit khusus neurologi dan Psikiatrik. Seiring dengan berjalannya waktu, mengikuti perkembangan dan kebutuhan pelanggan, rumah sakit MMA kemudian merubah diri menjadi rumah sakit umum. Rumah sakit MMA saat ini memiliki 105 tempat tidur. Pelayanan yang diberikan mencakup pelayanan IGD 24 Jam, rawat jalan dan rawat inap, ICU, ruang Haemodialisa, ruang operasi dan sarana penunjang lainnya.

4.1.1.1. Visi dan Misi

Visi

Menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan bermutu, mengutamakan kepuasan dan terjangkau masyarakat pada 2013.

Misi

- Menerapkan system manajemen rumah sakit yang berkualitas dan profesional
- Meningkatkan kompetensi dan kesejahteraan SDM untuk memberikan pelayanan yang bermutu
- Membangun tata nilai dan budaya yang berfokus pada kepuasan pelanggan
- Meningkatkan sarana dan prasarana untuk mendukung pelayanan yang bermutu
- Meningkatkan kerjasama yang saling menguntungkan dengan mitra usaha rumah sakit.

4.1.1.2. Fasilitas dan Pelayana Rumah Sakit MMA

Fasilitas mencakup IGD 24 Jam, Poliklinik penyakit dalam, Poli klinik Jantung, Poli bedah umum (onkologi,orthopedic,,plastic,syaraf dan urologi), Poliklinik syaraf, Poliklinik anak, Poli klinik bidan dan kandungan, Poliklinik kesehatan jiwa, Poli klinik mata, THT, Poliklinik kulit dan kelamin, Gigi, akupuntur, ICU, HCU, kamar operasi, Ruang perawatan kelas VIP, rawat khusus kelas I,II, III.

RS MMA ditunjang oleh sarana penunjang diagnostic Seperti USG, Echocardiograpi, Elektromiografi, EEG, Laboratorium, ruang fisioterapi, radiologi, kantin, mushola

4.1.1.3 Komitmen dan kebijakan Kesehatan dan keselamatan

Kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja adalah suatu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh pengusaha dan atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tujuan perusahaan, komitmen dan tekad melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum dan atau operasional.

Program keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit MMA belum merupakan unit tersendiri dan secara organisasi berada dibawah rentang kendali komite medik yang diketua oleh seorang Dokter. Kebijakan terkait keselamatan kerja belum banyak dibuat secara khusus selayaknya program lainnya. Pimpinan Rumah Sakit MMA belum menjadikan program K3 sebagai program independen karena masa pimpinan baru dijabat dalam satu tahun saat tulisan ini dibuat dan baru direncanakan menjadi unit tersendiri. Resiko bahaya yang ada di rumah sakit tetap diantisipasi oleh unit unit yang memiliki resiko bahaya dan dilakukan tindakan pemecahan masalah jika terjadi kecelakaan atau bahaya. Adapun pembahasan mengenai kegiatan yang terkait dengan keselamatan dan kesehatan kerja biasanya dibahas bersamaan pada saat dilakukan pertemuan atau rapat rutin atau sesuai dengan kebutuhan saat itu.

4.1.1.4 Perencanaan

Perencanaan Sistem Manajemen K3 seyogyanya dibuat oleh tenaga yang professional dengan bekal ilmu K3 yang baik. Perencanaan dibuat guna identifikasi sumber bahaya, penilaian dan pengendalian risiko sesuai persyaratan perundangan yang berlaku serta hasil pelaksanaan tinjauan awal terhadap keselamatan dan kesehatan kerja. Rumah sakit MMA belum memiliki perencanaan terkait identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian resiko secara tertulis. Adapun pengendalian

resiko saat ini dikelola di ruang/unit masing masing yang memiliki resiko ancaman terhadap keselamatan dan kesehatan. Apabila terjadi kecelakaan pihak manajemen tanggap untuk segera mengatasinya.

4.1.1.5 Penerapan

Dalam mencapai tujuan keselamatan dan kesehatan kerja perusahaan harus menunjuk personal yang mempunyai kualifikasi yang sesuai dengan sistem yang diterapkan. RSMMA belum memiliki tenaga personal dengan latar pendidikan K3. Belum adanya personel yang mengikuti pelatihan SMK3 baik dari level manjer dan supervisor. Pelatihan yang diikuti dan atau diselenggarakan lebih banyak kepada bidang medis, sedang kan untuk bidang lainnya masih sangat terbatas. Belum termanajemennya program K3 membuat pendokumentasian dan pencatan juga menjadi sangat buruk. Resiko bahaya diantisipasi di unit masing masing, sehingga pengendalian bahaya tidak terintegrasi dengan baik. K3 belum menjadi bagian dalam pengambilan keputusan terkait program pembelian dan pengadaan material sehingga pengendalian resiko dilakukan oleh unit yang mengajukan pengadaan alat atau barang. Pihak manajemen pernah melakukan latihan penanggulangan darurat atau bencana di lingkungan rumah sakit. Namun kegiatan yang positif ini tidak direview dan belum dijadikan program kerja yang tetap. Pemeriksaan kesehatan secara rutin terhadap karyawan belum dapat dilaksanakan. Perusahaan memberikan fasilitas asuransi kesehatan untuk membantu pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan.

4.1.1.6 Pengukuran Dan Evaluasi

Standar Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja mengharuskan Perusahaan untuk mengukur, memantau dan mengevaluasi kinerja Sistem Manajemen K3 dan hasilnya dianalisis guna menentukan keberhasilan atau untuk melakukan identifikasi tindakan perbaikan. Tindakan pengukuran Pernah dilakukan di unit-unit RS MMA yang memiliki resiko tinggi seperti OK, ICU, UGD namun pengukuran ini bukan merupakan kegiatan terprogram sebagaimana mestinya hanya berdasarkan kebutuhan RS saja. Pengukuran merupakan hal yang penting dalam menjamin dan mempertahankan semua alat, situasi, kondisi berjalan dengan baik dan aman. Tindakan pengukuran yang pernah dilakukan di antara lain pengukuran kadar mikroorganisme, pengukuran kadar amonia pada IPAL dan kadar bising. Tindakan perbaikan harus dilakukan segera pada saat ditemukan ketidaksesuaian terhadap persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja dari hasil inspeksi, pengujian dan pemantauan. Audit Sistem Manajemen K3 harus dilakukan secara berkala untuk mengetahui keefektifan penerapan Sistem Manajemen K3. Namun terbatasnya personil yang kompeten untuk melakukan audit internal membuat belum dilakukannya evaluasi dalam bidang K3.

4.1.1.7 Tinjauan Ulang Dan Peningkatan Oleh Pihak Manajemen

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Mewajibkan pimpinan untuk melaksanakan tinjauan ulang Sistem Manajemen K3 secara berkala untuk mengevaluasi terhadap penerapan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja dan evaluasi efektifitas penerapan Sistem Manajemen K3. Peninjauan ulang yang selama ini dilakukan baru sebatas rapat rapat atau pertemuan lain untuk mensikapi apabila terjadi bahaya, kecelakaan atau hal lain yang perlu di tindaklanjuti.

4.1.2. Hasil penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

Tabel 2. Penerapan SMK3 Berdasarkan Elemen Penilaian Standar Depnaker

No	Aspek Penilaian	Kategori (%)			
		A	B	C	D
1	Pembanguna Pemeliharaan Komitmen	-	-	25	75
2	Strategi Pendokumentasian	-	-		100
3	Peninjauan ulang Perancangan dan kontrak	-	-	20	80
4	Pengendalian dokumen	-	-		100
5	Pembelian	-	-	30	70
6	Keamanan Bekerja	10	30	10	50
7	Standar Pemantauan	-	30	-	70
8	Pelaporan dan perbaikan kekurangan	-	-	30	70
9	Pengelolaan material dan perpindahannya	-	10	50	40
10	Pengumpulan data dan penggunaan data	-	-	10	90
11	Audit SMK3	-	-	-	100
12	Pengembangan keterampilan dan kemampuan	-	25	10	65

Tabel 3. Penerapan SMK3 berdasarkan Standart Depkes

No	Aspek Penilaian	Kategori (%)			
		A	B	C	D
1	Komitmen dan Kebijakan	-	-	28,5	72,5
2	Perencanaan	-	-	14	86
3	Pengorganisasian	-	-	40	60
4	Pelaksanaan	-	18	-	82
5	Pemantauan dan Evaluasi	-	-	-	100

**Tabel 4. Evaluasi dari total pertanyaan yang ada pada standar Depnaker
menunjukkan hasil :**

Kategori (%)			
A	B	C	D
2,4	12	17	69

**Tabel 5. Evaluasi dari total pertanyaan yang ada pada standar Depkes
menunjukkan hasil :**

Kategori (%)			
A	B	C	D
4,6	4,6	14	76,8

4.2 Pembahasan

Data hasil lembar checklist diolah berdasarkan kategori yang telah ditetapkan begitu pula dengan data hasil wawancara yang kemudian dihubungkan dengan data lainnya untuk di analisa. Untuk pembahasan ini antara standart SMK3 depnaker dan depkes di satukan karena sebagian besar memiliki aspek yang sama untuk dinilai.

Data yang diperoleh mengacu kepada standar penerapan system keselamatan dan kesehatan kerja yaitu SMK3 Kepmenaker No 5 tahun 1996 dan Kepmenkes mengenai Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit . Berdasarkan acuan yang ada data di olah dan didapatkan data sebagai berikut :

1. Berdasarkan SMK3 Depnaker yang terdiri dari 166 pernyataan, pelaksanaan manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di rumah Sakit MMA 2,4 % dalam kategori A kebijakan terkait K3 yang telah ada, dilaksanakan, disosialisasikan dan dilakukanserta direwiew. Kategori B sejumlah 12% artinya 12% kebijakan yang ada dilaksanakan dan disosialisasikan namun belum dilakukan review. kategori C sejumlah 14 %, kebijakan yang telah ada tidak disosialisasikan, belum dilaksanakan dan belum dilakukan review dan 69 % lainnya dalam kategori D dimana kebijakan belum dilaksanakan dan tidak ada kebijakan yang tertulis. Lihat Tabel 4
2. Berdasarkan kepmenkes pelaksanaan manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit MMA 4,6 dalam kategori A dimana kebijakan telah tertulis, telah dilaksanakan, disosialisasikan dan direview, Kategori B 4,6 5% kebijakan yang ada telah disosialisasikan, dilaksanakan namun belum dilakukan review, kategori C sejumlah 14% artinya kebijakan yang ada belum disosialisasikan dan kategori D sejumlah 76,8 % artinya belum ada kebijakan K3 yang dibuat

untuk beberapa aspek dalam lingkup K3 rumah sakit dan belum dilakukan.

Lihat Tabel 5

4.2.1 Pembangunan dan Pemeliharaan Komitmen

Dari tabel diatas dapat diperoleh informasi bahwa masih sangat minim sekali kebijakan dan komitmen dalam program K3, 25% kebijakan terkait K3 telah dibuat dilaksanakan namun belum disosialisasikan. Pemahaman terhadap philosophy dan kebijakan pimpinan dalam komitmen mengedepankan keselamatan penghuni rumah sakit merupakan hal yang sangat penting dalam berbagai aspek. Kesadaran akan budaya K3 menjadi penting karena tidak dapat terbentuk begitu saja. Budaya K3 akan muncul menjadi perilaku bila didasari oleh pemahaman tentang filosofi K3 itu sendiri , sehingga filosofi keselamatan juga menjadi dasar pengambilan kebijakan dalam mensikapi program K3.. Kondisi ini dapat disebabkan karena beberapa hal antara lain kurangnya informasi terkait pengembangan program K3 di rumah sakit, hal ini juga di sadari oleh pimpinan RS. Program K3 di RS MMA belum berdiri sendiri dan masih merupakan bagian dari program komite medic termasuk pasien safety. Masa memimpin rumah sakit yang baru dijabat dalam satu tahun terakhir (saat pengambilan data) juga menjadi alasan pimpinan belum membuat banyak kebijakan termasuk kebijakan K3. Rumah Sakit MMA baru enam bulan yang lalu melakukan akreditasi pertama dengan 5 pelayanan dasar tidak termasuk didalamnya program K3. . Faktor lain seperti belum adanya pimpinan dan supervisor yang mengikuti pelatihan SMK3 menjadi salah satu faktor yang juga menyebabkan belum terlaksana program K3. Asumsi lain menurut penulis belum berjalannya program K3 sejak awal dirumah sakit adalah kurangnya advokasi pemerintah dalam mendorong institusi rumah sakit untuk mendahulukan program

K3 sejak awal beroperasinya rumah sakit dan menetapkan K3 sebagai program awal yang harus di audit saat akreditasi awal.

Hal ini harus menjadi perhatian serius baik bagi pimpinan rumah sakit MMA maupun pemilik usaha karena jika ditinjau dari segi hukum dan perundang undangan rumah sakit belum memenuhi persyaratan perundang undangan :

a. UU No 13 tahun 2003 pasal 87 yaitu :

- (1) Setiap perusahaan wajib menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang terintegrasi dengan sistem manajemen perusahaan.
- (2) Ketentuan mengenai penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah

b. Permenaker N0 5 tahun 1996 BAB III pasal 3 yaitu :

- (1) Setiap perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja sebanyak seratus orang atau lebih dan atau mengandung potensi bahaya yang ditimbulkan oleh karakteristik proses atau bahan produksi yang dapat mengakibatkan kecelakaan kerja seperti peledakan, kebakaran, pencemaran dan penyakit akibat kerja wajib menerapkan Sistem Manajemen K3.
- (2) Sistem Manajemen K3 sebagaimana di maksud dalam ayat (1) wajib dilaksanakan oleh pengurus, Pengusaha dan seluruh tenaga kerja sebagai satu kesatuan

Kebijakan K3 yang dibuat nantinya harus tertulis, harus ditanda tangani oleh manajemen senior perusahaan termasuk pemilik perusahaan. Kebijakan harus dikomunikasikan kepada seluruh tenaga kerja, tamu, kontraktor, pelanggan dan pemasok dengan cara cara yang tepat. Kebijakan harus di tinjau secara berkala.

4.2.2 Strategi Pendokumentasian

Tabel diatas menunjukkan bahwa belum adanya pendokumentasian terkait keselamatan dan kesehatan kerja. Pendokumentasian tentang potensi bahaya dan resiko terkait dengan kegiatan operasional rumah sakit belum termanajemen dengan baik. Perencanaan strategi mengelola potensi bahaya juga belum termanajemen dengan baik dan belum adanya manual system manajemen K3. Kegiatan pendokumentasian tentang antisipasi bahaya dan standart prosedur masih menjadi tanggung jawab unit masing masing. Dari hasil penilaian juga belum terlihat belum adanya pendokumentasian terkait penyebaran informasi K3 seperti pengumuman, foto, bulletin, poster dan lain sebagainya. Hal ini terjadi karena belum adanya tenaga kerja dengan latar pendidikan K3 di rumah sakit MMA yang dapat menyusun perencanaan K3 dengan baik.

4.2.3 Peninjauan Ulang Perancangan (Desain dan Kontrak)

Belum adanya kebijakan tertulis terkait identifikasi bahaya dan penialaian resiko dalam perancangan. Hal hal terkait dengan rancangan dan rencana kerja menjadi tanggung jawab unit masing masing. Kontrak yang selama ini dilakukan menjadi tanggung jawab unit umum. Kontrak yang dilakukan selama ini termasuk kontrak dengan pihak ke tiga dalam pengolahan limbah medis. Kontrak dengan kontraktor terkait pengembangan fisik rumah sakit yang mencakup identifikasi dan menilai potensi bahaya belum dilakukan, Hal ini dikarenakan kontraktor/ pelaksana pengelola gedung masih dibawah pemilik usaha yang sama dan dirasakan pihak manajemen belum perlu.

4.2.4 Pengendalian Dokumen

Dokumentasi mengenai program K3 masih menjadi bagian unit komite memedik, termasuk didalamnya tanggal pengeluaran dan modifikasi. Belum adanya manajemen terhadap kebijakan pendokumentasian, semua masih berjalan secara tradisional dan tersimpan dalam tempat yang rapi. Kurangnya informasi mengenai pendokumentasian program K3 dan unit yang membawahi beberapa bidang menjadi alasan utama belum baiknya manajemen pendokumentasian yang ada.

4.2.5 Pembelian

Program pembelian di RS MMA telah memiliki prosedur kebijakan tersendiri dan telah ditangani oleh orang yang sesuai dengan bidangnya. Belum ada kebijakan tertulis mengenai pengadaan barang-barang dan pasokan lainnya yang harus relevan dengan keselamatan dan kesehatan kerja. Pengadaan barang selama ini berdasarkan pengajuan dari masing-masing unit untuk kemudian dimasukkan dalam rencana pembelian barang, diketahui dan disetujui manajemen untuk kemudian dilakukan pembelian. Belum ada peran pihak K3 dalam pengadaan barang, spesifikasi barang yang diperlukan dikembalikan kepada unit yang memerlukan barang tersebut dan belum ada kebijakan tertulis untuk pengadaan barang. Pengadaan barang-barang baru dan yang terkait dengan operasi mesin maka pihak penjual diminta untuk mempresentasikan barang tersebut dan mentraining karyawan rumah sakit dalam mengoperasikannya. Kurangnya informasi mengenai pentingnya peranan K3 dalam pengadaan barang dan tidak tersedianya kebijakan dan tenaga yang kompeten dalam K3 menjadi dasar belum berjalannya peranan K3 dalam pengadaan atau pembelian barang.

4.2.6. Keamanan Bekerja berdasarkan system manajemen

Belum tersedianya kebijakan dan sumberdaya tenaga yang kompeten dalam bidang K3 menjadi salah satu penyebab belum adanya risk manajemen yang terintegrasi. Resiko resiko bahaya yang ada diidentifikasi dan dikendalikan oleh masing masing unit sesuai pengan pemahaman masing masing. Standar prosedur yang ada dibuat sebagai upaya pengendalian resiko dan arahan pengoperasian alat.

Alat pelindung diri (APD) yang difasilitasi oleh pihak manajemen digunakan dengan benar, namun dari hasil observasi masih ditemukan tenaga kerja yang beresiko tidak menggunakan APD seperti tenaga farmasi, tenaga laundry, petugas gizi dan tenaga perawat. Sedangkan menurut perundangan yang diatur pada Peraturan Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor Per.08/Men/VII/2010 Tentang Alat Pelindung Diri menyatakan bahwa pekerja yang bekerja dia area yang mengandung resiko bahaya Wajib menggunakan alat pelindung diri.

Pengawasan dalam program K3 menjadi hal yang sangat penting dalam pengendalian resiko bahaya, lemahnya pengawasan kepada tenaga pekerja di RS MMA juga menjadi penyebab tidak disiplinnya para pekerja dalam menggunakan alat pelindung diri. Pengawasan sebaiknya didasari oleh kebijakan tertulis, dilakukan pelaporan dan penyelidikan penyakit akibat kerja dan dilakukan konsultasi jika diperlukan. Pelaporan ini setidaknya dilakukan setiap enam bulan sekali ke dinas tenaga kerja setempat sesuai ketentuan yang ada.

Pekerja yang ditempatkan dalam unit kerjanya seyogyanya merupakan hasil dari pertimbangan dan persyaratan kesehatan yang telah diidentifikasi, namun kebijakan ini belum secara tertulis ada di RS MMA.

Lingkungan kerja yang memiliki potensi bahaya harus memiliki pembatasan ijin masuk dan disertai fasilitas fasilitas yang sesuai dengan standart dan pedoman teknis serta terdapat rambu rambu mengenai keselamatan dan pintu darurat. Hasil observasi di RS MMA menunjukkan minimnya rambu rambu untuk tempat tempat dengan resiko bahaya seperti rambu peringatan di ruang dapur, ruang laundry, CSSD, Ruang Operasi, ruang mesin dll. Akses jalan ke ruang laundry hanya satu pintu untuk keluar masuk berupa tangga tangga dan tidak memiliki jalur darurat. Ruang dapur tidak tampak adanya boiler untuk pertukaran udara dan nampak petugas gizi yang tidak menggunakan masker. Petugas farmasi yang bertugas melakukan peracikan obat tidak menggunakan masker. Perawat saat kontak fisik dengan klien dengan tidak menggunakan hand scon. Petugas cleaning service tidak menggunakan rambu rambu resiko jatuh pada lantai yang basah. Zat kimia cair berbahaya (formalin) yang terletak tidak pada tempatnya disertai dus obat obatan yang tidak tertata di tempatnya dan dapat diakses oleh baik karyawan, pengunjung dan pihak luar. Kurangnya pengetahuan tentang bahaya dan pengendalian resiko oleh para petugas rumah sakit dan pihak manajemen menjadi alasan lemahnya pengendalian resiko. Mengikutsertakan tenaga kerja dalam pendidikan dan pelatihan di biang masing masing akan sangat membantu berjalannya program K3 dengan baik.

Pemeliharaan dan perbaikan alat mejadi tugas dan tanggung jawab bagian umum, penjadwalan, pemeriksaan dan pemeliharaan alat sampai saat ini dilakukan sesuai dengan petunjuk dan kebutuhan rumah sakit.. Unit unit yang membutuhkan

perbaikan alat atau pemeliharaan alat mengajukan permohonan dengan prosedur yang ada.

Identifikasi kondisi potensi darurat di dalam dan luar gedung tempat bekerja belum terdokumentasi secara tertulis. Pelatihan penanggulangan kedaruratan pernah dilakukan namun belum terjadwal dan terprogram. Belum adanya system tanda bahaya di lingkungan RS MMA. Jalur evakuasi belum memadai, tidak tersedianya jalan darurat untuk evakuasi klien dalam keadaan darurat seperti jalur yang bias dilewati blankar belum tersedia. Pintu darurat juga belum nampak sebagai jalur evakuasi. Sebaiknya desain rumah sakit dipersiapkan dengan matang sebelum beroperasi.

Perusahaan perlu memiliki petugas darurat yang telah diberi pelatihan spesifik darurat. Termasuk didalamnya tim kebakaran yang mengacu kepada Kepmenaker 186/MEN/1999. Manajemen dan pemilik RS MMA ada baiknya memenuhi sarana prasarana rumah sakit sesuai dengan undang undang kerumahsakitian UU No. 44 tahun 2009, termasuk didalamnya memenuhi prasarana instalasi uap, instalasi pengelolaan limbah berdasarkan Permenkes 1204/Menkes/PerXI/2004 yang mengatur tentang Persyaratan Kesehatan lingkungan rumah sakit dan Kepmen KLH 58/1995 yang mengatur tentang baku mutu limbah cair bagi kegiatan rumah sakit.

Pencegahan dan penanggulangan kebakaran dengan penyediaan instalasi alarm kebakaran belum tersedia sebagaimana Permenaker No.2 Tahun 1983. Petunjuk/ standar dan sarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat dan instalasi tata udara sebagaimana ketentuan belum terpenuhi. Hal ini terjadi karena lemahnya kebijakan dan komitmen serta kurangnya pengetahuan mengenai penyelenggaraan program K3 Rumah Sakit

Pertolongan pertama pada kecelakaan diberikan kepada seluruh karyawan yang mengalami cedera saat bekerja dan telah tersedia peralatan pertolongan pertama oleh Manajemen Rumah sakit.

4.2.7. Standart Pemantauan

Program pemantauan belum berjalan di RS MMA. Belum adanya kebijakan dan tenaga yang kompeten menjadi salah satu penyebab belum berjalannya program K3. Pengendalian Resiko bahaya dipantau bersamaan dengan pemeliharaan dan periksa alat dan jika membutuhkan tindakan lanjutan akan di tindak lebih lanjut.

Program inspeksi dan pengukuran juga belum berjalan secara terjadwal. Pengukuran dilakukan berdasarkan atas kebutuhan rumah sakit atau karena tuntutan tertentu. Dari hasil yang didapat penanggung jawab ruang OK, Rontgen, UGD dan ICU tindakan pengukuran pernah dilakukan di ruang yang memiliki resiko tersebut namun belum terjadwal sebagaimana mestinya. Misal pengukuran kadar debu, mikro organism, sterilisasi ruangan, pengukuran pencahayaan dan lain lain. Hal ini mengacu kepada Kepmenaker 61/MEN/1999 tentang nilai ambang batas faktor fisik (kebisingan, suhu kerja, getaran, gelombang mikro dan radiasi ultraviolet)

Termasuk Pengukuran berjangka Instalasi Pembuangan Air Limbah (IPAL) yang seharusnya dilakukan pengukuran sejarat terjadwal. Pemantauan terhadap reagen reagen laboratorium yang harus terus di up date, karena ditemukan beberapa reagen yang sudah kadaluarsa pada rak reagen. Pengolahan sanitasi lingkungan rumah sakit mengacu kepada Permenkes No. 1204 tahun 2004.)

Alat alat yang perlu dipelihara dan dikalibrasi dilakukan oleh petugas yang berkompeten. Alat alat dan mesin yang perlu dikalibrasi dilakukan kalibrasi sesuai kebutuhan dan belum ada program yang terjadwal sebagaimana mestinya.

Pemantauan kesehatan karyawan secara terjadwal belum dilakukan. Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada saat pekerja menjalani test penerimaan pegawai. Pemeriksaan kesehatan secara terjadwal baru dalam tahap perencanaan dan karyawan telah difasilitasi dengan jamsostek oleh pihak manajemen rumah sakit. Apabila karyawan ada yang sakit maka ber hak mendapatkan pelayanan rawat dari pihak rumah sakit dengan bantuan biaya yang diperhitungkan dan dipertimbangkan kemudian.

4.2.8. Pelaporan dan Perbaikan Kekurangan

Dari hasil pengkajian belum terdapat adanya prosedur mengenai pelaporan bahaya/sumber bahaya demikian pula dengan prosedur pendokumentasian terjadinya kecelakaan penyakit akibat kerja. Pihak Manajemen baiknya membuat prosedur dan dokumentasi pelaporan kecelakaan dan atau penyakit akibat kerja serta melaporkannya ke pihak disnaker setempat dan atau pada laporan triwulan P2K3 perusahaan ke disnaker. Ketentuan ini telah diatur dalam permenaker No.03/MEN/1998 tentang tata cara pelaporan dan pemeriksaan kecelakaan

. Kecelakaan insiden dan penyakit akibat kerja perlu diselidiki sehingga perusahaan mempunyai prosedur penyelidikan kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang kemudian dilaporkan. Penyelidikan dan pencegahan kecelakaan kerja dilakukan oleh petugas atau ahli K3 yang telah dilatih.

4.2.9. Pengelolaan Material dan Perpindahannya

Bahan bahan berbahaya yang digunakan dilingkungan rumah sakit yang memerlukan penanganan manual perlu memiliki prosedur untuk menghindari terjadinya resiko rusak, tumpahan atau bocoran. Kebijakan ini belum ditemui RSMMA dan penulis menemui beberapa keadaan yang menimbulkan resiko berupa tercecernya penyimpanan bahan kimia berupa cairan formalin yang bukan pada tempatnya.

Prosedur mengenai pengangkutan barang, penyimpanan barang telah ada namun tidak tersosialisasi dengan baik. Terbatasnya luas gedung penyimpanan khususnya gudang farmasi membuat stock barang disusun diluar ruang farmasi yang akses ruang tersebut tidak dibatasi dan pengunjung umum bias melewatinya.

Prosedur pengendalian barang yang dapat rusak dan kadaluarsa juga tidak tersosialisasi dengan baik. Hal ini ditandai dengan ditemukannya reagen reagen kadaluarsa di ruang laboratorium.

Prosedur pembuangan bahan beresiko termasuk limbah medis telah terlaksana dengan baik dengan menggunakan pihak ke tiga untuk pengolahan limbah medis.

Prosedur penyimpanan bahan berbahaya telah ada namun tidak tersosialisasi dengan baik sesuai perundangann PP no 70 tahun 2001 tentang pengendalian bahan kimia ditempat kerja. Pelebelan bahan berbahaya dan pemasangan rambu berbahaya belum tersosialisasi dengan baik. Kondisi kondisi yang seharusnya tidak terjadi diatas dapat diantisipasi dengan baik jika ada kebijakan yang memuat hal hal tersebut. Kurangnya control dan kurangnya kesadaran akan bahaya yang dapat terjadi membuat kondisi unsafe terus berlanjut.

4.2.10 Pengumpulan dan penggunaan Data

Pendokumentasian prosedur tidak termanajemen dengan baik, tersebar di unit masing masing. Data laporan rutin K belum terlaksana sesuai anjuran yang ada. Kebijakan independen K3 dan tersedianya tenaga dibidang K3 akan sangat membantu terlaksananya program K3 di Rumah Sakit MMA.

4.2.11 Audit Sistem Manajemen K3

Belum dilakukannya Audit SMK3 di Rumah Sakit MMA disebabkan belum tersedianya petugas atau auditor internal SMK3 yang telah terlatih dan kompeten yang dibekali pemahaman mengenai SMK3.

4.2.12 Pengembangan Keterampilan dan kemampuan

Perusahaan perlu memiliki Training need Analysis (TNA) untuk menganalisa kebutuhan training yang terkait dengan keselamatan dan kesehatan kerja. TNA harus terencana dengan baik sehingga memiliki matriks pelatihan tahunan perusahaan. Rencana pelatihan K3 tersusun bagi semua tingkatan dalam perusahaan. Rencana pelatihan K3 di RSMMA belum dilakukan, pelatihan baru terbatas pelatihan untuk tenaga medis sedangkan pelatihan untuk bidang lain seperti tenaga laundry, regu kebakaran dan gawat darurat dan bidang K3 lainnya belum dilakukan. Dari hasil wawancara, pihak manajemen dan supervisor juga belum pernah ada yang terlibat dalam kegiatan pelatihan K3 terutama dalam cakupan penjelasan tentang kewajiban hukum dan prinsip prinsip serta pelaksanaan K3.

Tamu, mitra kerja termasuk kontraktor perlu ditetapkan persyaratan terkait prosedur safety induction untuk menjamin Keselamatan kerja bisa dalam bentuk

selebaran/brosur, training khusus dan juga berupa lampiran kontrak kepada pihak luar. Hal ini belum terlaksana di RSMMA pihak ketiga dapat keluar masuk rumah sakit tanpa ada penjelasan dan kerjasama mengenai dampak/resiko terhadap keselamatan.

4.2.13 Standar SMK3 Depnaker dan SMK3 Rumah Sakit

Setelah mencoba membandingkan penilaian penerapan standar SMK3 Depnaker dan SMK3 Rumah Sakit dapat dijelaskan bahwa penerapan standar SMK3 yang dikeluarkan oleh departemen tenaga kerja berdasar permenaker No. 5 1996 diperuntukkan bagi seluruh industri termasuk didalamnya industri rumah sakit. Sehingga saat melakukan audit dengan menggunakan standart SMK3 Depnaker auditor harus dapat menerapkan SMK3 ini dalam aplikasinya di Rumah Sakit. Cakupan yang luas dan detail menuntut ketekunan dan ketelitian dalam melakukan penilaian. Identifikasi bahaya yang ada di standar SMK3 Depnaker belum spesifik kearah bahaya-bahaya yang ada dirumah sakit tetapi begitu rinci dalam mengidentifikasi kelemahan-kelemahan terutama dalam bentuk dokumentasi, procedural dan termasuk bahaya bahaya yang melibatkan pihak ketiga seperti kontraktor dan supplier dan lainnya.

Penerapan SMK3RS yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan lebih spesifik dalam mengidentifikasi bahaya-bahaya yang ada di rumah sakit, namun terdapat beberapa hal yang belum tercakup sebagaimana standar SMK3 yang ditetapkan depnaker. Hal tersebut diantaranya dalam antisipasi terhadap hazard dari pihak luar seperti pihak kontraktor yang sedang memiliki kontrak kerja dengan pihak rumah sakit. Hazard lain yang belum diantisipasi adalah hazard dari para pihak supplier termasuk pemasok bahan kimia, gas berbahaya yang diperuntukkan untuk

operasional rumah sakit. Hal lain yang belum diatur dalam standar depkes yaitu pengelolaan material, penyimpanan dan pemindahan barang serta pemeliharaan dan perbaikan alat, .

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari penjelasan pada bab - bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian analisis manajemen K3 RS MMA adalah sebagai berikut :

5.1.1 Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia masih sangat minim ditandai dengan rendahnya prosentase mengenai kebijakan dan komitmen penyelenggaraan K3 baik berdasarkan standar SMK3 depnaker dan standar Depkes

5.1.2 Program Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia belum dapat berjalan dengan baik karena kurangnya sumber daya ditandai dengan belum adanya tenaga kerja dengan latar belakang pendidikan Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan belum ada pimpinan dan tenaga kerja yang pernah mengikuti pelatihan mengenai SMK3

5.1.3 Sarana prasarana Rumah Sakit belum menjamin keselamatan semua pihak baik pekerja, pasien, pengunjung dan masyarakat sekitar Rumah Sakit.

5.1.4 Pendokumentasian termasuk pencatatan dan pelaporan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang sangat minim

5.1.5 Lemahnya pemantauan terhadap resiko resiko bahaya keselamatan dan kesehatan kerja ditandai dengan 70% pemantauan dalam Kategori D

5.1.6 Lemahnya manajemen resiko terhadap bahaya yang ada dilingkungan rumah sakit

5.1.7 Belum seluruh aspek yang menjadi standar SMK3 Depnaker teraplikasi dalam standar SMK3 Rumah Sakit

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan, saran yang dapat diberikan kepada manajemen Rumah Sakit Menteng Mitra Afia adalah :

5.2.1 Bagi Manajemen Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

- Pimpinan rumah sakit segera membentuk unit K3 yang langsung berada dibawah kendali direkrut sebagaimana ketentuan Kepmenkes NOMOR 432/MENKES/SK/IV/2007 mengenai pengorganisasian
- Perekrutan dan atau peningkatan SDM professional terutama dibidang K3 sesuai dengan ketentuan agar dapat membuat perencanaan Program K3 yang tepat
- Pengadaan sarana prasarana yang sesuai dengan peraturan dan panduan yang berlaku antara lain sarana Laundry, Gudang farmasi, Instalasi pengolahan limbah, Penampungan limbah/sampah, Sirkulasi tata udara, alarm kebakaran, hidran serta Dapur
- Mendokumentasikan seluruh kegiatan K3 dan melaporkan kegiatan K3 termasuk kejadian kecelakaan dan penyakit akibat kerja
- Membuat kebijakan tertulis terkait pemantauan terhadap bahaya, pengukuran, pengujian dan kalibrasi alat serta pemeriksaan dan pemantauan kesehatan karyawan

- Membuat manajemen resiko yang komprehensif mencakup semua hazard yang berada dilingkungan rumah sakit baik lingkungan internal dan juga eksternal termasuk hazard dari pihak kontraktor, supplier/pemasok dengan membuat kebijakan tertulis
- Membuat strategi pelatihan bagi tenaga kerja di bagian bagian yang memiliki resiko bahaya, bukan hanya pelatihan untuk tenaga medis saja.
- Pucuk pimpinan rumah sakit, pemilik usaha dan supervisor disarankan untuk wajib mengikuti pelatihan SMK3
- Untuk membantu pengembangan program K3 ada baiknya manajemen rumah sakit meminta jasa konsultan dalam membantu di awal awal penyelenggaraan program K3

5.2.2 Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan dan Keselamatan Kerja

- Menciptakan ahli ahli K3 yang handal terutama terkait K3 di Rumah Sakit

5.2.3 Bagi Pemerintah

- Pemerintah hendaknya menetapkan program K3 merupakan aspek yang mutlak dilakukan sejak awal rumah sakit beroperasi, termasuk sejak Rumah Sakit melakukan akreditasi awal

DAFTAR PUSTAKA

- A.A, Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Afriyani, Iyan. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Melalui <http://www.penalaran-unm.org/index.php/artikel-nalar/penelitian/116-metode-penelitian-kualitatif.html>
- Bungin, Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif: komunikasi, ekonomi, kebijakan public dan ilmu social lainnya*. Jakarta/ Kencana Prenada Media group
- Gun Chandra, 1983 *Manajemen Kesehatan Rumah Sakit. Pusat Komunikasi Publik. Departemen Kesehatan Republik Indonesia* , 10:35-36
- Depnakertrans RI. 2009. *Modul Pelatihan dan Sertifikasi Keselamatan dan Kesehatan kerja*. Direktorat Jendral pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan.
- Nur, Tanjung Bahdin 2005. *Pedoman penulisan Karya Ilmiah*. Jakarta. Kencana Prenada Media Group
- Nur, Thanjung, Bahdin. 2005. *Pedoman penulisan karya ilmiah (proposal, skripsi, dan tesis)* Melalui <http://library.um.ac.id/free-contents/printbook5.php/koleksi-digital-perpustakaan-31012.html>
- Ramli, Soehatman. 2010. *Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan kerja*. Jakarta: Dian Rakyat
- Rahardjo, Mudjia. 2010. *Metodologi Penelitian*. Universitas Malang. Malang
- Suardi, R. 2005. *Sistem manajemen keselamatan dan Kesehatan Kerja PPM*. Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/Menkes/SK/IV/2007
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1204/Menkes/SK/X/2004
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1087/Menkes/SK/VIII/2010
- Keputusan Menteri Tenaga Kerja No. 51 Tahun 1999 Nilai Ambang Batas Faktor Fisik di Tempat Kerja
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor : Per. 05/Men/1996
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 2003

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010