

# Kesehatan & Keselamatan Kerja Rumah Sakit



**RISNAWATI TANJUNG, BAMBANG SULISTYO, HAMZAH HASYIM,  
SARI NARULITA, DEFI ARJUNI, RICHARD ANDREAS PALILINGAN,  
RAHMITASARI**



# **K3 RUMAH SAKIT**

**RISNAWATI TANJUNG  
BAMBANG SULISTYO P  
HAMZAH HASYIM  
SARI NARULITA  
DEFI ARJUNI  
RICHARD ANDREAS PALILINGAN  
RAHMITASARI**



**PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# K3 RUMAH SAKIT

**Penulis:**

Risnawati Tanjung  
Bambang Sulistyio P  
Hamzah Hasyim  
Sari Narulita  
Defi Arjuni  
Richard Andreas Palilingan  
Rahmitasari

**ISBN : 978-623-5383-04-0**

**Editor** : Mila Sari, S.ST, M.Si  
**Penyunting** : Rantika Maida Sahara, STr.Kes  
**Desain Sampul dan Tata Letak** : Handri Maika Saputra, S.ST

**Penerbit** : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI  
**Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022**

**Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah  
Padang Sumatera Barat  
Website : [www.globaleksekuatifteknologi.co.id](http://www.globaleksekuatifteknologi.co.id)  
Email : [globaleksekuatifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekuatifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, Mei 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk  
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat dan karuniaNya kami dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul “K3 RUMAH SAKIT”. Buku ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan panduan bagi pembaca.

Penulis telah berusaha menyusun buku ini secara sistematis dan mendalam, akan tetapi buku ini masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca demi kesempurnaan buku ini di masa yang akan datang.

Penulis, Mei 2022

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>v</b>
<b>BAB 1 KONSEP KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT (K3RS)</b> .....	<b>1</b>
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2. Definisi .....	3
1.3. Tujuan dan Manfaat.....	4
1.4. Ruang Lingkup.....	7
1.4. Sistem Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) .....	9
1.5. Program K3 di Rumah Sakit .....	12
1.5. Dasar Hukum dan Kebijakan K3 RS.....	15
<b>BAB 2 PERENCANAAN K3RS</b> .....	<b>18</b>
2.1 Pendahuluan.....	18
2.2 Sistem Manajemen K3 Di Rumah Sakit.....	19
2.3 Permenkes 66 Tahun 2016 berfokus pada penerapan yang 8 rencana K3RS.....	25
2.4 Terdapat 5 Prinsip Dasar Penerapan SMK3 PP No. 50 Th.2012 .....	26
2.5 Perencanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Rumah Sakit .....	29
2.6 Tahap pelaksanaan.....	34
<b>BAB 3 PELAKSANAAN K3 RUMAH SAKIT</b> .....	<b>37</b>
3.1 Pendahuluan.....	37
3.2 Potensi Bahaya Di Rumah Sakit.....	39
3.3 Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Rumah Sakit (SMK3RS) .....	43
3.4 Pelaksanaan K3 RS .....	50
3.5 Standar Penerapan K3 Rumah Sakit.....	54
3.6 Penutup.....	58
<b>BAB 4 PEMANTAUAN DAN EVALUASI KINERJA K3RS</b> .....	<b>64</b>
4.1 Pendahuluan.....	64
4.2 Tahap Pemantauan dan Evaluasi .....	65
4.3 Indikator keberhasilan SMK3-RS .....	66
4.4 Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 Rumah Sakit.....	66

4.5 Pemantauan dan Evaluasi SMK3 di RS .....	67
4.5.1. Pemantauan dan evaluasi K3 Rumah Sakit meliputi : .....	68
<b>BAB 5 PELAYANAN KESEHATAN KERJA DI RUMAH SAKIT .....</b>	<b>76</b>
5.1 Pendahuluan .....	76
5.2 Tujuan Pelayanan Kesehatan Kerja .....	76
5.3 Tugas Pokok Pelayanan Kesehatan Kerja.....	77
5.4 Pelayanan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit.....	78
5.5 Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Kerja .....	81
5.5.1 Pembentukan dan Cara penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Kerja .....	82
<b>BAB 6 PENGELOLAAN BAHAN KIMIA BERACUN &amp; BERBAHAYA DI RUMAH SAKIT .....</b>	<b>85</b>
6.1. Pendahuluan .....	85
6.1.1. Bahan Kimia .....	85
6.1.2. Bahan Kimia Berbahaya dan Beracun (B3) .....	86
6.1.3. Perumahsakit .....	87
6.1.4. Kesehatan & Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).....	88
6.2. Bahan Berbahaya dan Beracun di Rumah Sakit .....	89
6.2.1 Klasifikasi.....	91
6.2.2 Penyimpanan B3 .....	92
6.2.3 Pengangkutan B3 .....	93
6.2.4 Pengemasan B3 .....	94
6.2.5 Penyimpanan B3 .....	95
6.2.6 Tanggung Jawab Terhadap K3 .....	96
6.2.7 Penanggulangan Kebakaran dan Keadaan Darurat.....	97
6.2.8 Kewajiban menggunakan Lembar Data Keselamatan Bahan (LKDB) atau Material Safety Data Sheet (MSDS) .....	97
<b>BAB 7 PENGELOLAAN PRASARANA RUMAH SAKIT DARI ASPEK K3.....</b>	<b>100</b>
7.1 Pendahuluan .....	100
7.2 Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit .....	102
7.3 Pelaksanaan Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit.....	107
7.4 <i>Form Ceklist</i> Pengelolaan prasarana Rumah sakit Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 66 Tahun 2016 .....	110
<b>BAB 8 KESIAPSIAGAAN MENGHADAPI KONDISI DARURAT .....</b>	<b>114</b>
8.1 Pendahuluan .....	114
8.2 Kategori Keadaan Darurat .....	116
8.2.1 Kondisi Darurat Tingkat 1.....	116
8.2.2 Kondisi Darurat Tingkat 2.....	116

8.2.3 Kondisi Darurat Tingkat 3 .....	116
8.3 Jenis Keadaan Darurat .....	117
8.3.1 Bencana Alamiah (Natural Hazard) .....	117
8.3.2 Bencana Non Alam (Faktor Operasional) .....	117
8.3.3 Bencana Sosial .....	117
8.4 Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana .....	117
8.4.1 Identifikasi Resiko Kondisi Darurat .....	118
8.4.2 Penilaian Analisa Resiko Kerentanan Bencana .....	119
8.4.3 Pemetaan Resiko Kondisi Darurat .....	119
8.4.4 Pengendalian Kondisi Darurat .....	119
8.4.5 Simulasi Kondisi Darurat.....	119
8.5 Tingkat Kesiapsiagaan kondisi darurat.....	119
8.6 Sistem Kode Darurat Di Rumah Sakit.....	120
<b>BIODATA PENULIS</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Penerapan K3 RS.....	19
Gambar 2. 5 Prinsip Dasar Penerapan SMK3 PP No. 50 Th.2012 .....	25
Gambar 3. Struktur Salah Satu Organisasi Rumah Sakit BUMN.....	53
Gambar 4. Proses Manajemen Resiko.....	118
Gambar 5. Tingkatan Dalam Kesiapsiagaan Kondisi Darurat...	120
Gambar 6. Contoh Struktur <i>Emergency Response Preparedness</i> .....	119

# **BAB 1**

# **KONSEP KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT (K3RS)**

**Oleh Risnawati Tanjung**

## **1.1 Pendahuluan**

Rumah sakit adalah sebuah lembaga pelayanan dalam kesehatan dimana melaksanakan pelayanan dalam kesehatan perorangan dengan cara lengkap yang terdiri dari rawat jalan dan rawat inap, serta gawat darurat maupun di laboratorium. Rumah sakit merupakan tempat bekerja yang memiliki banyak sekali hal yang berpotensi menimbulkan bahaya yang dapat berdampak maupun berisiko terhadap K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja). Risiko tersebut bukan hanya dapat terjadi pada pelaku langsung saat bekerja dalam rumah sakit tetapi dapat juga terjadi pada pasien, bahkan pengunjung maupun masyarakat yang ada di dalam lingkungan sekitar rumah sakit (Fitra, 2021).

Untuk mencegah risiko Penyakit dan Kecelakaan Akibat Kerja tidak terjadi, untuk itu rumah sakit diwajibkan menjalankan penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan dengan terpadu serta menyeluruh. Yang menjadi Sasaran dari K3RS yaitu tenaga medis, tenaga non medis, pasien yang ada di rumah sakit, keluarga pasien, para pengunjung dan masyarakat yang berada di lingkungan rumah sakit. Pada umumnya bahaya potensial yang menyebabkan terjadinya penyakit akibat kerja di rumah sakit terkait akan faktor fisik (kebisingan, suhu, debu, listrik, getaran), kimia (desinfektan, pelarut, sitotoksik, gas medis, pengawet), biologi (bakteri, virus, serangga, parasit), ergonomi (tata cara saat mengangkat pasien, tata cara saat duduk), psikologis (hubungan

saat bekerja antara karyawan atau antara atasan dan juga tata cara bekerja dalam unit kamar bedah, unit penerimaan pasien, dan unit gawat darurat serta dalam unit perawatan).

Penerapan K3RS sangat penting guna mencegah serta mengurangi risiko terjadinya kecelakaan maupun penyakit akibat kerja. Untuk itu diperlukan pelayanan strategis yang professional demi terciptanya jaminan keselamatan kerja melalui prosedur kerja sesuai standar dan tetap, jangan hanya bergantung dengan peraturan-peraturan yang bersifat mengikat serta finansial yang akan diberikan, tetapi banyak sekali faktor yang wajib dilibatkan, antara lain adalah pelaksanaan sebuah organisasi. Organisasi dikatakan berhasil terlihat dari bagaimana hasil pencapaian tujuan dari organisasi tersebut. Pelaksanaan K3RS di nilai dari efektifitas organisasi K3 tersebut. Pekerja merupakan aset berharga bagi rumah sakit sehingga wajib untuk dijaga, diberikan pembinaan, selalu berada pada kondisi sehat dan terbebas dari hal atau pengaruh negatif akibat bahaya pada tempat bekerja. Rumah Sakit pada kegiatannya memberikan fasilitas aman, dan berfungsi dengan baik serta bersifat suportif bagi pasien, bagi keluarga, bagi staf, dan juga bagi pengunjung (Kusmawan, 2021)

Penerapan K3 yang sangat penting di rumah sakit berhubungan dengan risiko yang mungkin dapat membahayakan atau merugikan pihak rumah sakit dalam berbagai hal. Mulai dari keselamatan pekerja, pasien, maupun pengunjung di rumah sakit. Dengan adanya Penerapan dapat direncanakan dan mengelola risiko serta bahaya yang dapat terjadi di lingkungan rumah sakit. Penerapan K3 secara baik dan tepat dapat menjadi nilai tambah pihak rumah sakit dikarenakan sarana dan prasarana yang ada sesuai dengan standar yang berlaku, akan terpelihara dengan baik dan dapat terpantau juga sesuai dan ditetapkan berdasarkan aturan perundang-undangan yang berlaku.

## 1.2. Definisi

Kesehatan Kerja merupakan upaya dalam memelihara keadaan pekerja secara fisik dan mental serta kesejahteraan dalam berbagai pekerjaan melalui usaha untuk pencegahan terjadinya kondisi yang tidak sehat, pengendalian risiko pada pekerjaan serta melakukan penyesuaian dalam pekerjaan terhadap para pekerja, dan sebaliknya para pekerja terhadap setiap pekerjaannya (*International Labour Organization, World Health Organization*), dalam (Soedarto, 2013). Fokus utama kesehatan kerja adalah untuk meningkatkan keadaan kesehatan setiap pekerja agar mampu bekerja dengan baik, menciptakan lingkungan kerja yang aman sehingga pada saat bekerja selalu ada pada kondisi sehat dan menciptakan organisasi kerja serta kultur dalam kerja (pengaturan personalia, sistem manajerial, peraturan penyelenggara pelatihan, dan prinsip partisipasi) dalam hal keamanan dan kesehatan kerja sehingga tercipta iklim sosial dalam bekerja positif serta menciptakan suasana menyenangkan yang pada akhirnya produktivitas kerja akan meningkat.

Keselamatan merupakan suatu kebutuhan setiap manusia serta sebuah naluri seluruh makhluk hidup, dimana beberapa rangkaian usaha dalam menciptakan kondisi atau suasana kerja aman dan kondisi yang tenteram bagi pekerja, serta melakukan perlindungan agar dapat terhindar dari cedera yang berhubungan dengan pekerjaannya. (Ramli, 2010).

Dengan memiliki K3 pekerja memperoleh jaminan perlindungan serta keamanan dari potensi kecelakaan juga bahaya lainnya baik secara fisik, mental maupun secara emosional bagi pekerja, masyarakat, perusahaan, serta lingkungan. Sehingga para pekerja mendapatkan rasa aman dalam bekerja agar terjadi peningkatan produktivitas kerja dan hasil kerja.

Rumah sakit merupakan suatu wilayah dimana orang yang sakit datang mencari serta menerima pelayanan kesehatan untuk pasien baik itu yang bersifat dasar, bersifat spesialisik, maupun bersifat subspecialistik dan juga tempat menempuh pendidikan klinik mahasiswa kedokteran, keperawatan, dan tenaga profesi di

bidang kesehatan lainnya wajib diselenggarakan (Adisasmito, 2007). K3RS merupakan kegiatan dalam melindungi dan menjamin sumber daya baik itu rumah sakit, pasien, keluarga pasien, serta pengunjung yang berada di lingkungan sekitar rumah sakit lewat upaya pencegahan kecelakaan dan pencegahan penyakit akibat kerja di dalam rumah sakit.

### **1.3. Tujuan dan Manfaat**

Pentingnya penerapan K3 pada rumah sakit jelas berhubungan dengan faktor risiko yang mungkin dapat membahayakan atau merugikan pihak rumah sakit dalam berbagai bidang. Mulai dari keselamatan pekerja, pasien, maupun pengunjung di rumah sakit. Dengan adanya Penerapan K3RS pihak penyelenggara dan tim dapat merencanakan dan mengelola risiko dan bahaya yang dapat terjadi. (Kusmawan, 2021)

Berdasarkan Permenkes No 66 Tahun 2016 mengenai K3RS, tujuan K3 diantaranya dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Keamanan dan Keselamatan Rumah Sakit memiliki tujuan dalam pencegahan kecelakaan akibat kerja.
2. Manajemen risiko K3 mempunyai tujuan meminimalkan risiko di rumah sakit maka tidak berdampak fatal terhadap kesehatan dan keselamatan Sumber Daya Manusia rumah sakit, dan masyarakat seperti pasien, pengunjung yang mendampingi pasien, maupun pengunjung lainnya.
3. Diselenggarakannya K3 Rumah Sakit dengan efisien, efektif maupun optimal dan dilakukan secara berkesinambungan.
4. Pengelolaan Limbah B3 yang maksimal dengan tujuan agar sumber daya manusia Rumah Sakit terlindungi dimana termasuk di dalamnya perawat, pasien, yang mendampingi pasien, para pengunjung, dan juga lingkungan di Rumah Sakit.
5. Pengendalian dan pencegahan kebakaran guna memastikan pekerja di rumah sakit, pasien itu sendiri, pendamping atau keluarga pasien, pengunjung, serta aset dapat terhindar dari api dan asap dan bahaya lainnya.

6. Menciptakan dan membuat lingkungan kerja aman dan nyaman sehingga dapat dipastikan pengelolaan prasarana Rumah Sakit memiliki kehandalan sistem utilitas sehingga mampu memperkecil kemungkinan risiko yang terjadi.
7. Aspek K3 Rumah Sakit melalui pengelolaan seluruh alat-alat medis sehingga potensi bahaya tidak mengenai bagi pekerja, para pasien, yang mendampingi pasien, pengunjung, serta lingkungan.
8. Kesiapsiagaan dalam menghadapi suatu kondisi yang darurat ataupun bencana, mengakibatkan timbulnya kerugian dalam bentuk material, fisik dan mental, mengganggu proses operasional, dan yang dapat menimbulkan kerusakan pada lingkungan serta yang dapat menimbulkan ancaman pada finansial dan merusak citra dari rumah sakit.
9. Penurunan terhadap kejadian serta prevalensi dari penyakit pada pekerja di rumah sakit, PAK maupun KAK melalui unit pelayanan di bidang kesehatan kerja.

Adapun manfaat dari adanya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) RS yaitu:

1. Mencegah Penyakit Akibat Kerja (PAK).  
Penyakit akibat kerja merupakan penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan yang dilakukan setiap hari atau bisa disebut sebagai suatu penyakit yang memiliki keeratan hubungan cukup kuat dengan lingkungan kerja, yang dapat disebabkan oleh pekerjaan, alat kerja, bahan, proses kerja maupun lingkungannya. Dengan diterapkannya K3 rumah sakit, tenaga kerja termasuk perawat dapat diminimalisir dari bahaya penyakit akibat kerja.
2. Mencegah terjadinya Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)  
Dampak cedera akibat kerja perawat terbanyak adalah sprain dan strain, Tertularnya akibat penyakit seperti HIV/AIDS, hepatitis, Bergesernya cakram intervertebralis infeksi patogen, fraktur, dan cedera kepala. Untuk mencegah terjadinya hal-hal tersebut maka dilakukanlah

penerapan K3 yang diharapkan dapat meminimalisir bahkan mengatasi kecelakaan ataupun cedera pada tenaga kerja termasuk perawat.

Ada tiga komponen saling berinteraksi agar K3RS mampu dipahami dengan utuh yakni:

1. Kapasitas/kemampuan kerja  
Merupakan kekuatan pekerja dalam menjalankan pekerjaannya dengan sebaiknya di dalam tempat kerja pada saat tertentu
2. Beban kerja  
Kondisi atau keadaan yang membebani para pekerja baik fisik dan non fisik untuk melakukan pekerjaannya, keadaan itu diperberat dengan tidak mendukungnya keadaan lingkungan baik secara fisik ataupun secara non fisik
3. Lingkungan kerja  
Keadaan lingkungan sangat mempengaruhi pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya seperti lingkungan fisik, kimia, biologi, ergonomik maupun psikososial.

## **1.4. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup Ilmu K3 meliputi bidang yang luas dari berbagai disiplin ilmu seperti kesehatan kerja, keselamatan kerja, higiene perusahaan, toksikologi industri, psikologi industri, statistik, epidemiologi, fisiologi, dan sebagainya. Dalam penerapannya diperkuat dengan peraturan dan perundang-undangan.

1. Pelayanan Kesehatan Kerja:  
Wajib melaksanakan pelayanan kesehatan kerja seperti tercantum pada pasal 23 UU kesehatan no.36 tahun 2009 dan peraturan Menteri tenaga kerja dan Transmigrasi RI No.03/men/1982 dimana pelayanan kesehatan kerja yang diselenggarakan mengutamakan pelayanan preventif dan promotive
2. Penyakit Akibat Kerja  
Penyakit Akibat Kerja merupakan penyakit yang diderita pekerja/ karyawan akibat faktor risiko yang spesifik berasal dari kondisi lingkungan tempat kerja, peralatan

kerja, material/ bahan baku yang di pakai, proses produksi, cara kerja, limbah perusahaan dan hasil produksi atau mempunyai hubungan yang kuat dengan pekerjaannya yang berasal dari satu agen penyebab. Terdapat 5 konsep dalam tingkatan Pencegahan Penyakit baik itu berupa Penyakit Akibat Kerja (***five level of prevention disease***) yang meliputi:

- Promosi kesehatan (*health promotion*)
  - Perlindungan yang dilakukan secara khusus (*specific protection*)
  - Diagnosa dini dan pengobatan yang tepat (*prompttreatment and early diagnosis*)
  - Pembatasan disabilitas (*disability limitation*)
  - Rehabilitasi (*rehabilitation*)
3. Promosi kesehatan  
Merupakan proses yang dilakukan pekerja untuk bisa meningkatkan taraf kesehatan dan kebugaran atau kapasitas kerjanya. Dalam konteks yang lebih luas, promosi kesehatan di tempat kerja merupakan rangkaian kegiatan yang mencakup: manajemen dan pencegahan penyakit (penyakit umum, penyakit degeneratif/kronik, PAK/PAHK), serta peningkatan kesehatan pekerja secara optimal, seperti: olah raga, gizi kerja, program penghentian merokok, perilaku kerja dan social
  4. Manajemen Risiko  
Kebijakan manajemen, seluruh prosedur serta seluruh aktivitas mengenai identifikasi potensi bahaya, tahap penilaian, tahap analisa, tahap penanganan sampai pada tahap pemantauan di terapkan dengan sistematis.
  5. Keselamatan Kerja  
Untuk mengidentifikasi dan mengontrol cedera/ kematian akibat kecelakaan kerja melalui antara lain: pencegahan aktif (SOP, APD) pelatihan karyawan dan program pendidikan dan pelatihan.

## **1.4. Sistem Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.66 Tahun 2016 bahwa ada 5 hal di dalam sistim Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yaitu:

### **1. Penetapan kebijakan K3RS**

Penetapan Kebijakan secara tertulis melalui Keputusan Direktur Rumah Sakit serta wajib dilakukan sosialisasi ke seluruh Sumber Daya Manusia Rumah Sakit yang meliputi:

#### **a. Menetapkan kebijakan dan menetapkan tujuan K3RS**

Penetapan melalui pimpinan tertinggi dalam Rumah Sakit serta tertuang secara tertulis dan resmi. Kebijakan secara jelas serta gampang dipahami dan diketahui dari segi manajemen, kontraktor, karyawan, pemasok, pasien, pengantar pasien, pengunjung, para tamu dan pihak lainnya yang berhubungan dengan tata cara yang benar dan tepat. Seluruh pihak bertanggung jawab untuk mendukung serta melaksanakan kebijakan, menjalankan prosedur selama berada di lingkungan Rumah Sakit. Sosialisasi kebijakan melalui berbagai upaya seperti saat rapat koordinasi dan juga antar pimpinan, banner, spanduk, audiovisual, poster, dan lainnya.

#### **b. Penetapan organisasi K3RS**

Penetapan organisasi dalam penerapan K3RS keseluruhan serta berada langsung di bawah pimpinan suatu rumah sakit. Semakin tinggi kelas dari Rumah Sakit maka akan semakin besar risiko K3 disebabkan bertambah banyaknya pelayanan, sarana, prasarana serta teknologi, disertai bertambah banyaknya manusia yang terlibat di dalamnya baik, pasien maupun pengunjung, kontraktor, pengantar, dan lain-lain. Untuk itu rumah sakit membuat satu unit fungsional untuk bertanggung jawab mengenai penyelenggaraan K3RS agar terselenggara secara efektif, optimal, efisien,

berkesinambungan serta terintegrasi dengan komite lainnya.

c. Penetapan dukungan mengenai sarana prasarana dan dukungan pendanaan

Diperlukan alokasi anggaran mengenai pelaksanaan K3RS dan sarana prasarana yang memadai. Hal tersebut termasuk dalam bagian komitmen pimpinan. Alokasi anggaran bukan hanya digunakan untuk biaya pengeluaran, tetapi dilihat sebagai aset ataupun investasi dengan penekanan dalam aspek mencegah terjadinya berbagai hal besar yang akan terjadi serta menimbulkan dampak besar dan kerugian.

2. Perencanaan K3 RS

Dalam pembuatan perencanaan K3RS harus efektif agar mencapai keberhasilan penyelenggaraan K3RS melalui sasaran yang jelas serta dapat diukur. Perencanaan K3RS diselaraskan dengan lingkup manajemen Rumah Sakit dan disusun serta ditetapkan oleh pimpinan melalui kebijakan yang telah ditetapkan, dan diterapkan guna melaksanakan pengendalian potensi bahaya serta risiko yang telah teridentifikasi dan berhubungan dengan operasional Rumah Sakit. Untuk itu perlu pertimbangan peraturan baik berupa perundang-undangan, mencakup kondisi yang ada serta hasil identifikasi risiko bahaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

3. Pelaksanaan dari rencana K3RS

Pengendalian dalam risiko K3 dapat dilaksanakan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan yang meliputi:

- a. Manajemen risiko;
- b. Pelayanan mengenai Kesehatan Kerja;
- c. Keamanan dan Keselamatan;
- d. Pengendalian serta pencegahan pada saat kebakaran;
- e. Pengelolaan pada B3 melalui Aspek K3;
- f. Pengelolaan alat-alat medis;

- g. Pengelolaan dalam hal prasarana suatu Rumah Sakit;
  - h. Kesiapsiagaan dalam menghadapi kondisi darurat (bencana) sesuai standar dari K3RS.
4. Pemantauan serta evaluasi dari kinerja K3RS
- Pemantauan, pencatatan, dan kegiatan evaluasi hingga ke pelaporan harus ditetapkan dalam program K3RS, yang fokusnya dalam meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya gangguan-gangguan kesehatan, dan mencegah terjadinya kecelakaan dan cedera, kesempatan proses berproduksi menghilang, alat yang rusak dan lingkungan yang mengalami kerusakan. Semua personil dipastikan dapat menghadapi kondisi darurat. Perkembangan serta kemajuan dapat dilihat secara periodik dan berkesinambungan melalui:
- a. Pemeriksaan cara kerja dan tempat kerja yang dilakukan dengan teratur.
  - b. Pemeriksaan dilaksanakan secara bersama beserta wakil organisasi yang memiliki tanggung jawab dalam K3RS serta wakil SDM di Rumah Sakit dan sudah mendapatkan pelatihan ataupun orientasi identifikasi potensi suatu bahaya.
  - c. Inspeksi dilakukan guna mendapatkan saran petugas pada lokasi yang diperiksa.
  - d. Daftar periksa di tempat kerja sudah di susun agar dapat dipakai saat melakukan inspeksi.
  - e. Laporan kemudian diajukan pada unit bersangkutan mengenai K3RS
  - f. Dilakukan tindakan yang korektif dalam penentuan efektifitasnya.
  - g. Ditetapkan penanggung jawab K3RS yang ditentukan oleh Pimpinan sebuah Rumah Sakit dalam melaksanakan tindakan untuk perbaikan berdasarkan hasil laporan dari pemeriksaan.

## 5. Peningkatan dan peninjauan kinerja K3RS

Kinerja melalui perbaikan berdasarkan adanya evaluasi dan kaji ulang yang dilakukan oleh pimpinan rumah sakit. Kinerja tersebut tertuang dalam indikator yang dicapai dalam setiap tahun. Indikator kinerja tersebut dapat dipakai dalam menurunkan absensi karyawan karena sakit, menurunkan angka kecelakaan kerja, prevalensi penyakit akibat kerja serta meningkatkan produktivitas kerja.

## 1.5. Program K3 di Rumah Sakit

Program K3RS wajib dimiliki serta dijalankan oleh pihak rumah sakit, yang merupakan program spesifik menyangkut keselamatan, keamanan, disaster, proteksi kebakaran, pengolahan limbah B3, serta keselamatan peralatan/fasilitas/bangunan. Program ini wajib diketahui dan disosialisasikan karena dianggap milik seluruh petugas yang ada di rumah sakit, yang mencakup:

### 1. Pengenalan potensi bahaya serta pengendalian risiko K3.

Upaya mengidentifikasi potensi bahaya agar dapat melakukan pengendalian risiko dengan benar sehingga terhindar dari masalah kesehatan yang diakibatkan pekerjaannya seperti penyakit akibat kerja maupun kecelakaan akibat kerja

### 2. Penerapan kewaspadaan standar

Merupakan upaya pencegahan terhadap penularan infeksi, paparan bahan kimia dalam perawatan pasien yang mengacu pada Permenkes nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

### 3. Penerapan ergonomi

Tujuan penerapan ergonomi adalah agar SDM dapat bekerja secara aman, nyaman, sehat, efektif, efisien dan produktif. SDM berpotensi mengalami cedera dari bahaya ergonomi pada saat penanganan, mengangkat, mendorong, maupun memindahkan atau perubahan posisi, duduk yang tidak ergonomis, berdiri lama lama, posisi statis, Gerakan yang dilakukan berulang dengan posisi yang tidak ergonomic,

misalnya reposisi pasien dari tempat tidur ke tempat tidur lain, dari kursi ke tempat tidur, dari lantai ke tempat tidur, transportasi pasien, termasuk membersihkan dan memandikan pasien, pemberian asuhan pelayanan dan tindakan medis seperti tindakan operasi, pelayanan kesehatan gigi, pelayanan kebidanan dan lain lain. Penerapan prinsip ergonomi merupakan upaya penyesuaian pekerjaan dengan manusia, serta bagaimana merancang tugas, pekerjaan, peralatan kerja, informasi, dan fasilitas di lingkungan kerja.

4. Pemeriksaan kesehatan secara berkala

Pemeriksaan kesehatan pada SDM antara lain:

- a. Penilaian status kesehatan
- b. Menemukan secara dini suatu kasus terjadinya penyakit akibat kerja dan bukan akibat pekerjaannya
- c. Pencegahan penyakit agar tidak menjadi semakin parah
- d. Penentuan kelaikan bekerja dalam hal menyesuaikan kondisi kesehatan dengan pekerjaannya (*fit to work*).

Pemeriksaan dapat dilakukan minimal setahun sekali, dengan memperhatikan risiko dari pekerjaannya dan penentuan parameter pada pemeriksaan kesehatan secara berkala disesuaikan dengan jenis pekerjaan, potensi risiko terjadinya gangguan kesehatan dari lingkungan kerja maupun pekerjaannya, dan proses kerja yang dilaksanakan.

5. Pemberian Imunisasi

Memberikan imunisasi merupakan upaya yang dilaksanakan yang berguna untuk mencegah penularan suatu penyakit. SDM pada Fasyankes berisiko untuk tertular suatu penyakit infeksi misalnya influenza, hepatitis, varicella, dan penyakit lainnya. Terjadinya penyakit infeksi di cegah melalui pemberian imunisasi. Semua SDM wajib untuk menerima imunisasi terkhusus pada SDM yang berisiko tinggi. Prioritas imunisasi adalah hepatitis B, hal ini disebabkan risiko penularan penyakit hepatitis B sangat tinggi.

6. Budaya perilaku hidup bersih dan sehat

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan upaya untuk membudayakan SDM agar melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan keadaan yang sehat

7. Pengelolaan sarana prasarana dari segi K3

Pengelolaan sarana dan prasarana dari aspek K3 bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dengan memastikan kekuatan sarana dan prasarana atau sistem utilitas dan meminimalisasi risiko yang mungkin terjadi. Aspek tersebut mencakup pengawasan dan pemeliharaan komponen-komponen sarana seperti gedung, dan prasarana seperti jaringan serta sistem.

8. Pengelolaan alat-alat medis dari segi K3

Alat-alat medis adalah peralatan yang digunakan untuk memberikan pelayanan-pelayanan kesehatan. Pengelolaan yang dilakukan sebagai upaya untuk memastikan seluruh alat-alat medis yang digunakan baik terhadap SDM pada Fasyankes, pada pasien maupun pada lingkungan sekitar aman dari potensi terjadinya bahaya baik saat menggunakan maupun tidak digunakan

9. Kesiapsiagaan dalam menghadapi suatu keadaan darurat dan bencana

Merupakan rangkaian kegiatan yang berguna dalam meminimalisir kerugian serta kerusakan yang dapat terjadi akibat dari keadaan darurat, secara internal dan secara eksternal yang di sebabkan kegagalan dari teknologi, ulah dari manusia itu sendiri maupun bencana yang bisa terjadi kapan saja. Definisi bencana merupakan peristiwa yang akan mengancam serta mengganggu penghidupan dan kehidupan dari masyarakat disebabkan faktor alam dan non alam, ataupun faktor dari manusia itu sendiri yang dapat menimbulkan korban jiwa, kerusakan kualitas lingkungan, kerugian materi serta berdampak pada psikologis manusia. Dengan tujuan mengurangi dampak dari kondisi darurat dan bencana baik internal maupun eksternal yang menimbulkan

kerugian fisik, material, jiwa bagi SDM, pasien, pendamping pasien, dan pengunjung maupun sistem operasional.

10. Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun serta limbah bahan berbahaya dan beracun (B3)

Dilakukan secara aman dan sehat sesuai standar dan peraturan yang ada dengan memastikan pelaksanaan pengelolaan terbebas dari masalah kesehatan akibat pekerjaannya agar tidak menyebabkan kesalahan dalam pelaksanaan pengelolaan yang tidak hanya berdampak pada pekerja tetapi pasien, keluarga pasien dan lingkungan

11. Pengelolaan limbah domestik.

Dihasilkan dari kegiatan non medis misalnya kegiatan di dapur, sampah dari pepohonan, sampah yang dihasilkan pengunjung dan lainnya. Limbah tersebut tidak memiliki kuman infeksius, ada juga kardus obat, pembungkus syringe yang terbuat dari plastik, dan juga seluruh benda-benda yang tidak terkontaminasi dan tidak mengandung kuman maupun bahan infeksius. Rumah sakit wajib melakukan pengelolaan limbah domestik dengan sehat dan aman dengan standar yang berlaku.

## **1.5. Dasar Hukum dan Kebijakan K3 RS**

Penerapan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) memiliki beberapa dasar hukum pelaksanaan yaitu:

1. UU No 13 Tahun 2003 mengenai Ketenagakerjaan
2. UU No 1 Tahun 1970 mengenai Keselamatan Kerja
3. UU Nomor 32 Tahun 2009 Mengenai Pengelolaan dan Perlindungan Lingkungan Hidup
4. UU No 36 Tahun 2009 mengenai Kesehatan
5. UU No 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit
6. UU Nomor 23 Tahun 2014 mengenai Pemerintahan Daerah perubahan terakhir UU No 9 Tahun 2015 mengenai Perubahan Kedua UU No 23 Tahun 2014 mengenai Pemerintahan Daerah

7. PP No 63 Tahun 2000 mengenai Keselamatan dan Kesehatan Pemanfaatan Radiasi Pengion
8. PP No 66 Tahun 2014 mengenai Kesehatan Lingkungan
9. UU No 36 Tahun 2014 mengenai Tenaga Kesehatan
10. PerMenLH No 03 Tahun 2008 mengenai Pemberian Simbol dan Pelabelan B3;
11. PP No 50 Tahun 2012 mengenai Penerapan Sistem Manajemen K3
12. PerMenKes No 56 Tahun 2014 mengenai Perizinan di Rumah Sakit dan Klasifikasi
13. PerPres No77 Tahun 2015 mengenai Pedoman Organisasi di Rumah Sakit
14. PerMenKes No 12 Tahun 2012 mengenai Akreditasi di Rumah Sakit
15. PerMenKes No 24 Tahun 2016 mengenai Syarat Teknis Bangunan; Prasarana di Rumah Sakit
16. PerMenKes No 66 Tahun 2016 mengenai K3RS

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W., 2007. *Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada .
- Anizar, 2012. *Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Industri*. Kedua ed. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Fitra, M., 2021. *Analisis Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (AK3)*. 1 ed. Jakarta: Azkia Publishing.
- Kusmawan, D., 2021. *Pengantar Konsep dan Aplikasi K3 Rumah Sakit*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Ramli, S., 2010. *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja OHSAS 18001*. 2 ed. Jakarta: PT Dian Rakyat.
- Ridley, J., 2008. *Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. s.l.:Erlangga.
- Soeripto, 2008. *Higiene Perusahaan*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suma'mur, 2014. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes)*. Yogyakarta: Sagung Seto.

# **BAB 2**

## **PERENCANAAN K3RS**

**Oleh Bambang Sulisty**

### **2.1.PENDAHULUAN**

Rumah sakit merupakan salah satu instansi kesehatan dimana didalam bangunan tersebut memiliki berbagai perlengkapan, sumber daya manusia, serta tamu. Keberadaan rumah sakit dapat menimbulkan dampak, baik dampak positif yaitu berupa produk layanan kesehatan dan juga dapat menimbulkan dampak negatif salah satunya pengaruh buruk yang ditimbulkan dari berbagai sumber baik dari pencemaran lingkungan, maupun dari risiko penularan penyakit. Bekerja dirumah sakit juga mempunyai banyak risiko yang harus dihadapi seperti risiko terhadap bahaya kesehatan, bahaya kecelakaan kerja, dan lain sebagainya. Untuk itu penerapan SMK3 di rumah sakit penting mendapatkan perhatian yang serius hal ini dilakukan untuk menghindari dari risiko kecelakaan kerja.

Rumah sakit merupakan salah satu industri jasa pelayanan kesehatan yang memiliki berbagai macam potensi bahaya bagi keselamatan dan kesehatan bagi SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien maupun pengunjung rumah sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, rumah sakit merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit.

Keselamatan dalam bekerja merupakan hal yang sangat diperlukan oleh setiap manusia, adapun upaya yang dapat dilakukakan untuk menghindari terjadinya kecelakaan dalam bekerja, yaitu dengan meningkatkan perlindungan bagi tenaga

kerja salah satu diantaranya dengan adanya perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 Tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) menyebutkan bahwa bagian dari sistem manajemen perusahaan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian bahaya dan risiko yang berkaitan dengan aktivitas kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif.

SMK3 disuatu industri merupakan bentuk dari metode tata laksana yang menyeluruh terdiri dari sistem organisasi, program, penanggung jawab, implementasi, tata cara, serta sumber daya dalam peningkatan, pelaksanaan, perolehan, peninjauan, serta perlindungan tentang kebijakan K3 demi meminimalkan efek dalam proses pekerjaan, hal ini berguna untuk terbentuknya tempat kerja yang aman, memiliki efisiensi dan produktif (Pangkey, 2012).

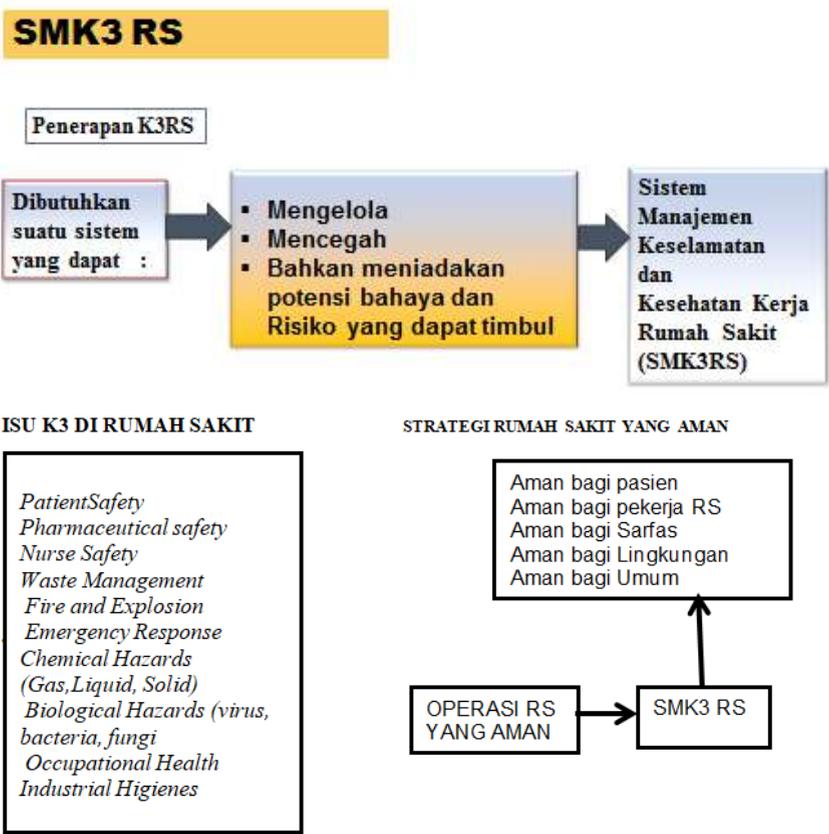
## **2.2. Sistem Manajemen K3 Di Rumah Sakit**

Kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit merupakan upaya untuk memberikan jaminan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi. Manajemen K3 di rumah sakit adalah suatu proses kegiatan yang dimulai dengan tahap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian yang bertujuan untuk memberdayakan K3 di rumah sakit.

Tinjauan umum tentang sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) tidak terlepas dari pembahasan manajemen secara keseluruhan. Manajemen merupakan suatu proses pencapaian tujuan secara efisien dan efektif, melalui pengarahan, penggerakan dan pengendalian kegiatan-kegiatan yang

dilakukan oleh orang-orang yang tergabung dalam suatu bentuk kerja. Sedangkan sistem manajemen merupakan rangkaian proses kegiatan manajemen yang teratur dan integrasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Masalah keselamatan dan kesehatan kerja akhir-akhir ini terus berkembang seiring dengan kemajuan sains dan teknologi dalam bidang industri. Keadaan ini merubah pandangan masyarakat industri terhadap pentingnya penerapan K3 secara sungguh-sungguh dalam kegiatannya.



Gambar 1. Penerapan K3 RS

Tujuan dari diterapkannya Sistem Manajemen K3 ini pada Rumah Sakit adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja

yang sehat, aman, nyaman, dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan RS. Kesehatan kerja menurut Suma'mur didefinisikan sebagai spesialisasi dalam ilmu kesehatan/kedokteran beserta prakteknya, agar masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik fisik atau mental maupun sosial dengan usaha-usaha preventif dan kuratif terhadap penyakit-penyakit/gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja serta terhadap penyakit-penyakit umum.

K3 sudah terlebih dahulu ditetapkan dalam peraturan perundangan yang telah diterbitkan sebagai salah satu pedoman penerapan K3, adapun Undang- Undang yang mengatur tentang K3 yaitu Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja. K3 juga yang telah dimantapkan dalam Undang- Undang Nomor 23/1992 Tentang Kesehatan. Dalam Peraturan Perundangan tersebut terdapat pula sanksi hukum bila adanya pelanggaran terhadap ketentuan yang telah ditetapkan. Demi menghindari terjadinya musibah dalam melakukan pekerjaan maka penting diterapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja atau sering disebut SMK3 sebagai pedoman untuk tenaga kerja (Salawati, 2009).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 Tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) menyebutkan bahwa bagian dari sistem manajemen perusahaan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif. SMK3 disuatu industri merupakan bentuk dari metodetata laksana yang menyeluruh terdiri dari system organisasi, program, penanggung jawab, implementasi, tata cara, serta sumber daya dalam peningkatan, pelaksanaan, perolehan, peninjauan, serta perlindungan tentang kebijakan K3 demi meminimalkan efek dalam proses pekerjaan, hal ini berguna untuk terbentuknya tempat kerja yang aman, memiliki efisiensi dan produktif (Pangkey, 2012).

SMK3 adalah hal yang tidak bisa dipisahkan dari sebuah sistem perlindungan terhadap tenaga kerja dan bagi pekerjaan jasa pelayanan yang dapat mencegah dan menghindarkan diri dari resiko kerugian moral maupun material, dan kehilangan jam kerja, termaksud keselamatan sumber daya manusia dan lingkungan tempat kerja hal ini dapat menunjang dalam peningkatan kinerja tenaga kerja. Rumah sakit sebagai industri jasa termasuk dalam katagori tersebut. Oleh karena itu, rumah sakit wajib menerapkan K3.

Adapun tujuan keselamatan kerja menurut Suma'mur (1987) adalah sebagai berikut :

1. Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan untuk meningkatkan produksi serta produktivitas nasional.
2. Menjamin setiap keselamatan setiap orang lain yang berada di tempat kerja.
3. Sumber produksi dipelihara dan dipergunakan secara aman dan efisien.

Menurut WHO / ILO (1995), Kesehatan kerja bertujuan,

1. Untuk peningkatan dan pemeliharaan kesehatan fisik, mental, dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja disemua jenis pekerjaan
2. Pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan
3. Perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari resiko akibat faktor yang merugikan kesehatan; dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologisnya.

Rumah sakit merupakan salah satu industri jasa pelayanan kesehatan yang memiliki berbagai macam potensi bahaya bagi keselamatan dan kesehatan bagi SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien maupun pengunjung rumah sakit. Evaluasi program K3 di rumah sakit sangat diperlukan untuk menilai mutu dan keefektifan sistem tersebut. Pelaksanaan program keselamatan

dan kesehatan kerja di Rumah Sakit harus mendapat dukungan manajemen berupa kebijakan yang mendukung, pedoman petunjuk teknis dan SOP, pelatihan dan pendidikan K3 terhadap SDM RS, terpantaunya kesehatan lingkungan tempat kerja, diselenggarakannya pelayanan keselamatan dan keamanan, pengelolaan B3, Penanggulangan bencana, proteksi kebakaran, pengelolaan peralatan medis dan pengelolaan sistem penunjang.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) memiliki nilai perlindungan terhadap tenaga kerja dari kecelakaan kerja ataupun penyakit akibat kerja. Sumber daya manusia atau tenaga kerja yang bagus merupakan hal yang sangat dibutuhkan dalam semua kegiatan karena dapat menentukan suatu kegiatan tersebut dapat berjalan dengan bagus pula. Tenaga kerja merupakan aset penting dari sebuah organisasi yang sangat penting didalam proses produksi disamping unsur material, mesin, dan lingkungan tempat kerja. Oleh sebab itu, tenaga kerja harus dilindungi, diberi pembinaan dan dikembangkan guna untuk peningkatan produktivitas kerja (Fitriana, 2015).

Perlindungan terhadap tenaga kerja berkenaan dengan hak karyawan terhadap Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), terdapat beberapa jaminan atau asuransi yang dapat menjamin keselamatan pekerja seperti jaminan kemasyarakatan bagi pekerja diantaranya jaminan lanjut usia, jaminan perlindungan kesehatan, jaminan akan musibah, jaminan ketewasan, juga syarat- syarat kerja lainnya. Peristiwa ini penting untuk dilakukan perkembangan bisa dilakukan dengan terstruktur maupun secara berangsur-angsur seraya melihat pengaruh yang akan ditimbulkan seperti dampak ekonomi terhadap karyawan, serta kesigapan bidang terkait, keadaan pemberi kerja, lapangan kerja dan kemampuan tenaga kerja. Perlindungan terhadap tenaga kerja perlu adanya komitmen untuk pelaksanaannya yaitu melalui penerapan K3.

Rumah sakit merupakan salah satu instansi kesehatan dimana didalam bangunan tersebut memiliki berbagai perlengkapan, sumber daya manusia, serta tamu. Keberadaan rumah sakit dapat menimbulkan dampak, baik dampak positif yaitu berupa produk layanan kesehatan dan juga dapat menimbulkan

dampak negatif salah satunya pengaruh buruk yang ditimbulkan dari berbagai sumber baik dari pencemaran lingkungan, maupun dari risiko penularan penyakit. Bekerja di rumah sakit juga mempunyai banyak risiko yang harus dihadapi seperti risiko terhadap bahaya kesehatan, bahaya kecelakaan kerja, dan lain sebagainya. Untuk itu penerapan SMK3 di rumah sakit penting mendapatkan perhatian yang serius hal ini dilakukan untuk menghindari dari risiko kecelakaan kerja.

Dalam penerapan SMK3 di suatu rumah sakit terdapat beberapa kriteria SMK3 yang terdiri dari Penetapan Kebijakan K3, Perencanaan K3, Pelaksanaan Rencana K3, Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3, serta Peninjauan dan Peningkatan Kinerja K3. Penetapan Kebijakan K3 harus dilakukan mulai dari pimpinan rumah sakit, serta berkomitmen agar SMK3 dapat dilaksanakan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang ada.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2007), Tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit, menjelaskan K3RS ialah metode pelaksanaan kegiatan yang bermula melalui beberapa langkah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian dengan maksud membiasakan pelaksanaan K3 di rumah sakit. Usaha K3RS berkaitan perilaku karyawan, cara melakukan aktivitas, alat perekakas, serta lokasi kerja. Usaha tersebut mencakup peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan. Petugas yang berkemampuan baik petugas pelayanan kesehatan maupun non kesehatan ialah yang diakibatkan dari tiga komponen K3 meliputi kapasitas kerja, beban kerja dan area kerja.

Undang- Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, Pasal 23 menyatakan upaya K3 harus diadakan pada seluruh bagian lokasi kerja, serta lebih mengutamakan lokasi pekerjaan dengan tingkat ancaman yang tinggi, serta mempekerjakan pekerja setidaknya 10 orang. Berdasarkan kandungan dari Pasal tersebut bahwa rumah sakit termaksud dalam lokasi pekerjaan dengan bermacam- macam ancaman yang bisa menyebabkan efek buruk terhadap tubuh, selain pada pekerja yang terdapat dilingkungan rumah sakit, efeknya juga berimbas pada orang yang berada

dilingkungannya, seperti pasien, serta pengunjung. Berdasarkan permasalahan tersebut, sudah semestinya pengelola atau pemimpin rumah sakit menerapkan usaha-usaha K3RS. Manajemen K3 di rumah sakit memiliki tujuan umum menciptakan metode kerja, dan lokasi kerja yang sehat, aman, nyaman, serta juga bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesehatan di rumah sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, rumah sakit merupakan tempat kerja yang memiliki resiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit. Keselamatan dalam bekerja merupakan hal yang sangat diperlukan oleh setiap manusia, adapun upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya kecelakaan dalam bekerja, yaitu dengan meningkatkan perlindungan bagi tenaga kerja salah satu diantaranya dengan adanya perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja. Permenkes No.66 Tahun 2016 memuat panduan yang sangat komprehensif dalam penerapan Sistem Manajemen K3 di rumah sakit. Regulasi ini diwajibkan kepada rumah sakit yaitu yang melaksanakan rawat jalan, rawat inap dan pelayanan gawat darurat. Regulasi ini tidak hanya fokus kepada pasien (*patient safety*) tapi juga ke seluruh manusia yang ada di rumah sakit seperti sumber daya manusia rumah sakit (pekerja) serta pengunjung.

## **2.3 Permenkes 66 Tahun 2016 berfokus pada penerapan yang 8 rencana K3RS**

Permenkes 66 Tahun 2016 berfokus pada penerapan yang 8 rencana K3RS yang meliputi:

1. manajemen risiko K3RS;
2. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
3. pelayanan Kesehatan Kerja;
4. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
5. pencegahan dan pengendalian kebakaran;

6. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
7. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
8. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

## 2.4 Terdapat 5 Prinsip Dasar Penerapan SMK3 PP No. 50 Th.2012



Gambar 2. 5 Prinsip Dasar Penerapan SMK3 PP No. 50 Th.2012

1. Penetapan kebijakan K3;
  - Penyusunan Kebijakan K3:
  - Penetapan Kebijakan:
  - Komitmen tingkatan pimpinan
  - Peran serta pekerja & orang lain di tempat
2. Perencanaan K3;
  - Rencana K3 berdasarkan: *penelahaan awal, HIRA, peraturan & sumber daya*

- Rencana K3 memuat: *tujuan & sasaran, skala prioritas, upaya pengendalian bahaya, penetapan sumber daya, jangka waktu pel, indikator pencapaian, sistem pertanggung jawaban*

### 3. Pelaksanaan rencana K3

- Penyediaan SDM : perusahaan berkewajiban untuk memiliki SDM yang berkompeten dan bersertifikat sesuai peraturan perundangan
- Penyediaan sarana & prasarana : Organisasi/unit K3, Anggaran, Prosedur kerja, informasi, pelaporan, pendokumentasian, Instruksi kerja

Kegiatan pelaksanaan meliputi:

- Tindakan pengendalian risiko kecelakaan & PAK
- Perancangan dan rekayasa
- Prosedur & instruksi kerja
- Penyerahan sbg Pelaksana Pekerjaan
- Pembelian/Pengadaan Barang dan Jasa
- Produk Akhir
- Keadaan Darurat Kec. dan Bencana Industri
- Rencana & Pemulihan Keadaan Darurat

### 4. Pemantauan dan evaluasi kinerja K3;

- Pemeriksaan, Pengujian dan Pengukuran
- Audit Internal SMK3

### 5. Peninjauan dan peningkatan kinerja SMK3

- Tinjauan ulang secara berkala dengan melakukan Rapat Tinjauan Manajemen
- Dapat mengatasi implikasi K3.

Jika salah satu prinsip diatas tidak diterapkan maka konsekuensinya ketika dilakukan Final Audit SMK3 oleh Lembaga Audit Independen akan menjadi

Dalam rangka pengelolaan dan pengendalian risiko yang berkaitan dengan keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit agar terciptanya kondisi Rumah Sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit,

maka Rumah Sakit perlu menerapkan SMK3 Rumah Sakit. SMK3 Rumah Sakit merupakan bagian dari sistem manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan. Ruang lingkup SMK3 Rumah Sakit meliputi:

- a. penetapan kebijakan K3RS;
- b. perencanaan K3RS;
- c. pelaksanaan rencana K3RS;
- d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
- e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.

Perencanaan K3RS dilaksanakan sesuai sebagai berikut :

- Perencanaan K3RS ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
- Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan tingkat faktor risiko.
- Perencanaan K3RS dibuat secara berkala setiap 1 (satu) tahun dan ditinjau jika terdapat perubahan sarana dan prasarana serta proses kerja di Rumah Sakit.

1) Pelaksanaan rencana K3RS sebagai berikut:

- a. manajemen risiko K3RS;
- b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
- c. pelayanan Kesehatan Kerja;
- d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
- f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
  - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
  - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

2) Pelaksanaan rencana K3RS sesuai dengan standar K3RS. Pelaksanaan rencana K3RS harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.

- 3) Perencanaan K3RS Rumah Sakit harus membuat perencanaan K3RS yang efektif agar tercapai keberhasilan penyelenggaraan K3RS dengan sasaran yang jelas dan dapat diukur. Perencanaan K3RS dilakukan untuk menghasilkan perencanaan strategi K3RS, yang diselaraskan dengan lingkup manajemen Rumah Sakit. Perencanaan K3RS tersebut disusun dan ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit dengan mengacu pada kebijakan
- 4) Pelaksanaan K3RS yang telah ditetapkan dan selanjutnya diterapkan dalam rangka mengendalikan potensi bahaya dan risiko K3RS yang telah teridentifikasi dan berhubungan dengan operasional Rumah Sakit.

Dalam rangka perencanaan K3RS perlu mempertimbangkan peraturan perundang-undangan, kondisi yang ada serta hasil identifikasi potensi bahaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

## **2.5. Perencanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Rumah Sakit**

Perencanaan K3 merupakan hal yang sangat penting sebab pada perencanaan dilakukan tinjauan awal, identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko lalu kemudian menyusun program-program K3.

Adapun beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perencanaan K3 meliputi apakah perusahaan memiliki perencanaan K3, bagaimana proses penyusunan rencana K3 tersebut, apakah perencanaan K3 tersebut sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan, dan siapa SDM yang terlibat dalam proses penyusunan rencana K3 tersebut, apa yang menjadi indikator pencapaian dalam perencanaan tersebut, bagaimana indikator dalam perencanaan tersebut mampu mengurangi

terjadinya kecelakaan kerja juga apakah memiliki kendala atau hambatan dalam perencanaan K3 yaitu misalnya perbedaan didalam memaknai konsep bahaya dan risiko sehingga masalah yang sebenarnya justru tidak terselesaikan dengan baik akibatnya kecelakaan kerja masih terjadi dan kadang terulang kejadian yang serupa meskipun perusahaan (RS) sudah menyusun perencanaan K3. Kesalahan pemahaman arti bahaya sering menimbulkan analisa yang kurang tepat dalam melaksanakan identifikasi potensi bahaya, karena sumber bahaya yang sebenarnya justru tidak diperhatikan, sebagian pihak beranggapan bahwa bahaya adalah ketika sudah terjadi suatu kejadian, sedangkan konsep bahaya adalah segala hal yang berpotensi menimbulkan bahaya dan berimplikasi terhadap kejadian kecelakaan kerja. Kondisi dan cara kerja yang tidak aman, kurangnya pelatihan atau kelelahan karena beban kerja yang meningkat bukan bahaya tetapi merupakan kegagalan dalam pengawasan dan pemantauan yang dilakukan oleh pihak pimpinan atau manajemen. Sebagai contoh tidak memakai APD bukan merupakan bahaya tetapi akibat kekeliruan tersebut timbul kecenderungan untuk memasang berbagai alat pengaman atau alat pelindung diri dari pada mengidentifikasi sumber bahaya yang sebenarnya serta melakukan pengendalian bahaya yang tepat, selain itu pihak pimpinan atau manajemen harus memberikan pemahaman kepada seluruh tenaga kerja bahwa pemakaian alat pelindung diri adalah langkah terakhir sehingga tenaga kerja harus mematuhi peraturan yang telah ditetapkan oleh pihak manajemen. Penetapan kebijakan K3 serta perencanaan K3 yang baik akan berkorelasi dengan berkurangnya angka kecelakaan kerja, di beberapa perusahaan di Indonesia kecelakaan kerja masih terjadi meskipun perusahaan telah menetapkan kebijakan K3 dan perencanaan K3.

Perencanaan K3RS tersebut disusun dan ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit dengan mengacu pada kebijakan pelaksanaan K3RS yang telah ditetapkan dan selanjutnya diterapkan dalam rangka mengendalikan potensi bahaya dan risiko K3RS yang telah teridentifikasi dan berhubungan dengan operasional Rumah Sakit. Rumah sakit harus membuat

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

**Perencanaan meliputi:**

- a. Identifikasi sumber bahaya dapat dilakukan dengan mempertimbangkan:
  - Kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya
  - Jenis kecelakaan dan PAK yang mungkin dapat terjadiPenilaian faktor resiko, yaitu proses untuk menentukan ada tidaknya resiko dengan jalan melakukan penilaian bahaya potensial yang menimbulkan risiko kesehatan dan keselamatan kerja. Pengendalian faktor resiko, dilakukan melalui empat tingkatan pengendalian risiko yaitu menghilangkan bahaya, menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah /tidak ada (engineering/rekayasa), administrasi dan alat pelindung pribadi (APD).
- b. Membuat peraturan, yaitu rumah sakit 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.
- c. Tujuan dan sasaran, yaitu rumah sakit harus mempertimbangkan peraturan perundang-undangan, bahaya potensial, dan risiko K3 yang bisa diukur,

satuan/indikator pengukuran, sasaran pencapaian dan jangka waktu pencapaian (SMART)

- d. Indikator kinerja, harus dapat diukur sebagai dasar penilaian kinerja K3 yang sekaligus merupakan informasi mengenai keberhasilan pencapaian SMK3 rumah sakit.
- e. Program kerja, yaitu rumah sakit harus menetapkan dan melaksanakan proram K3 rumah sakit, untuk mencapai sasaran harus ada monitoring, evaluasi dan dicatat serta dilaporkan.

Beberapa contoh Perencanaan Program K3RS dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Pengembangan Kebijakan K3RS, pihak rumah sakit telah melaksanakan dengan mengeluarkan surat keputusan tentang pembentukan tim K3RS.
- b. Pembudayaan Perilaku K3RS, rumahsakit telah menerapkan budaya K3 dirumah sakit yaitu dengan dilakukannya sosialisasi tentang K3RS kepada SDM RS dan memberikan informasi kepada pasien ataupun kepada pengantar pasien dan pengunjung rumah sakit.
- c. Pengembangan SDM, rumah sakit telah melaksanakan pelatihan kepada SDM rumah sakit dan untuk pelatihan lanjutan dilakukan setiap 3 (tiga) tahun sekali.
- d. Pelayanan Kesehatan Kerja, rumahsakit telah melaksanakan program pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, pemeriksaan kesehatan berkala dan pemeriksaan kesehatan khusus.
- e. Pelayanan Keselamatan Kerja, rumah sakit telah melakukan pengawasan dengan melakukannya pemeriksaan sarana-prasarana dan peralatan keselamatan.
- f. Pemantauan Kesehatan Lingkungan Kerja, rumah sakit telah melaksanakan pengawasan lingkungan kerja atau area kerja yang memiliki resiko bahaya.

- g. Pengembangan Manajemen Tanggap Darurat, rumah sakit telah menyediakan sarana prasarana dan alat keselamatan, namun sistem penanggulangan kebakaran belummaksimal.
- h. Pengembangan Pedoman, Petunjukteknis dan SOP, rumah sakit telah menyediakan alat keselamatan danjuga SOP penggunaannya.
- i. Pengembangan Program Pemeliharaan Pengelolaan Limbah Padat, cair dan Gas, rumah sakit telah menyediakan tempat penampungan limbah sementara dan tempatpengolahan akhir limbah medis.
- j. Pengelolaan Jasa, Bahan BeracunBerbahaya dan Barang Berbahaya,rumah sakit telah menyediakan tempat penyimpanan khusus untuk B3.
- k. Pengumpulan Data, Pengolahan dan Pelaporan K3RS, rumah sakit telahmelakukan kerja sama dari tim K3RSdengan tim PPI rumah sakit.
- l. Review Program Tahunan, rumahsakit melakukan akreditasi sesuai dengan Permenkes RI No 34 Tahun2017 tentang akreditasi rumah sakit.

Rumah sakit dalam menerapkan K3 yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut :

### **1) Komitmen.**

Komitmen ini harus dipertegas yang pertama oleh Pimpinan atau Manajemen rumah sakit atau puncak manajemen. Komitmen tidak hanya dinyatakan melalui ucapan saja, namun juga harus disertai dengan tindakan-tindakan nyata yang mendukung agar dapat dijadikan sebagai contoh, untuk dipelajari, dijadikan pedoman, serta terealisasi dengan baik oleh seluruh pekerja, dan petugas rumah sakit.

### **2) Pembentukan organisasi/unit pelaksana K3RS**

Rencana K3 yang akan disusun meliputi:

- a)Identifikasi Bahaya, peninjauan dan pencegahan resiko yang dapat diukur.

- b) Rencana K3 yang disusun harus berpedoman pada peraturan perundangan yang berlaku membentuk tujuan dan sasaran yang ingin dicapai dalam penerapan K3.
- c) Menyusun agar terbentuknya program-program pendukung dalam penerapan K3, baik program umum maupun khusus.
- d) Menentukan indikator kinerja karyawan sebagai salah satu bentuk dari penilaian penerapan K3 di rumah sakit (Aldin, 2018).

### **3) Membuat kelompok kerja penerapan K3**

Membentuk kelompok kerja merupakan upaya yang dapat dilakukan agar penerapan K3 berjalan maksimal. Anggota kelompok kerja sebaiknya disusun menurut kemampuan masing-masing, yang diwakili oleh seorang wakil dari satu bagian pekerjaan, umumnya eksekutif bagian kerja

### **4) Menentukan potensi yang diperlukan**

Nilai potensi jugasangat penting, contohnya seperti potensi manusia yang memiliki pengetahuan yang cukup dalam proses penerapan K3, sarana, waktu, dan dana. Sumber daya manusia yang baik dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan kelalaian kerja yang bisa berakibat fatal. Selain sumber daya manusia, sumber daya lainnya juga sangat diperlukan dalam hal melancarkan penerapan K3 di lingkungan rumah sakit, contohnya seperti sumber daya dana yang diperlukan untuk membeli peralatan yang diperlukan.

## **2.6. Tahap pelaksanaan**

### **a. Penyuluhan K3 kepada seluruh karyawan Rumah Sakit**

Pelaksanaan penyuluhan bisa dilaksanakan dengan berbagai cara, contohnya dengan adanya pemberitahuan

komitmen manajemen, lewat sosialisasi, kemudian juga dapat dinyatakan dengan menyebarkan surat edaran, atau dapat dilakukan dengan membagikan buku-buku yang berkenaan dengan K3. Jika dilakukan penyuluhan seperti sosialisasi, sebaiknya dilakukan secara bertahap, hal ini bertujuan agar setiap karyawan/staf yang mengikuti penyuluhan tentang K3 tersebut bisa memahami dengan baik tentang apa yang disampaikan.

**b. Pelatihan K3**

Pelatihan K3 untuk karyawan atau staf harus disesuaikan dengan kebutuhan setiap karyawan atau staf dan kelompok di dalam organisasi rumah sakit. Pelatihan K3 ini bertujuan untuk memproses karyawan agar berperilaku sama dengan apa yang telah ditentukan sebelumnya.

**c. Merencanakan Program K3 Berdasarkan Peraturan yang berlaku:**

- 1) Pengecekan kesehatan karyawan (prakarya, berkala dan khusus).
- 2) Pengadaan peralatan pengamanan diri.
- 3) Penugasan lokasi kerja yang sesuai kondisi kesehatan tenaga kerja.
- 4) Meberikan biaya penyembuhan terhadap karyawan yang mengidap penyakit.
- 5) Membentuk area kerja yang bersih serta tertata, melalui pemantauan lingkungan kerja dari bahaya yang ada.
- 6) Melakukan pemantauan biologi.
- 7) Melakukan pengumpulan data tentang kesehatan pekerja.

## DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Pemerintah (PP) No. 50 Tahun 2012, tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (SMK3), Jakarta
- Ardi, S. Z., & Hariyono, W. 2018. Analisa Penerapan Budaya Perilaku Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit. Jurnal. Volume 12 (Issue 1), 15–20.
- Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol. 2. No. 1. Internasional Labour Organization. Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Pekerja Muda. 2018. Jakarta.
- ILO. (2018). Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit. Jakarta.
- Aditama TY, Hastuti T. Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia; 2002.
- Pangkey F, Malingkas GY, Walangitan DOR. Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3)
- Soehatman Ramli, BE, SKM, MBA Keselamatan Dan Kesehatan Jakarta : PT. Dian Rakyat, 2010..

# **BAB 3**

## **PELAKSANAAN K3 RUMAH SAKIT**

**Oleh Hamzah Hasyim**

### **3.1 PENDAHULUAN**

Perkembangan Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan di Indonesia akhir-akhir ini sangat pesat, baik dari jumlah maupun pemanfaatan teknologi kedokteran. Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tetap harus mengedepankan peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat dengan tanpa mengabaikan upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) bagi seluruh pekerja Rumah Sakit. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2012)

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Presiden Republik Indonesia, 2009). Selain dituntut mampu memberikan pelayanan dan pengobatan yang bermutu, Rumah Sakit juga dituntut harus melaksanakan dan mengembangkan program Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit (K3RS) seperti yang tercantum dalam buku Standar Pelayanan Rumah Sakit dan terdapat dalam instrument akreditasi Rumah Sakit.

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit harus menjamin kesehatan dan keselamatan baik terhadap pasien, penyedia layanan atau pekerja

maupun masyarakat sekitar dari berbagai potensi bahaya di Rumah Sakit. Oleh karena itu, Rumah Sakit dituntut untuk melaksanakan Upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh sehingga resiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) di Rumah Sakit dapat dihindari.

Rumah sakit sebagai industri jasa yang mempunyai beragam persoalan tenaga kerja yang rumit dengan berbagai risiko terkena penyakit akibat kerja bahkan kecelakaan akibat kerja sesuai jenis pekerjaannya, sehingga berkewajiban menerapkan upaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS). (Purba et al., 2018) Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pengelola tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan bagi tenaga kerja. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

Perkembangan K3RS tertinggal dikarenakan fokus pada kegiatan kuratif, bukan preventif. Fokus pada kualitas pelayanan bagi pasien, tenaga profesi di bidang K3 masih terbatas, organisasi kesehatan yang dianggap pasti telah melindungi diri dalam bekerja. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) membuat Daftar Periksa Keamanan Bedah WHO untuk mencegah efek samping di ruang operasi. (Santana et al., 2016) Hambatan yang paling umum dalam mengevaluasi *the World Health Organization (WHO) surgical safety checklist*, adalah resistensi dari dokter senior. Fasilitator mengungkapkan beberapa langkah positif yang dapat diambil untuk mencegah/mengatasi hambatan tersebut, misalnya, mengubah daftar periksa, memberikan pendidikan/pelatihan, memberi umpan balik data lokal, menumbuhkan kepemimpinan yang kuat (terutama di tingkat hadir), dan menanamkan akuntabilitas. (Russ et al., 2015)

Rumah sakit merupakan salah satu tempat kerja yang memiliki tenaga kerja yang banyak dengan tingkat resiko yang tinggi terkena penyakit akibat kerja ataupun kecelakaan kerja. Oleh karena itu rumah sakit wajib untuk melakukan pencegahan yaitu dengan menerapkan program kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit.(Maringka et al., 2019)

### **3.2 POTENSI BAHAYA DI RUMAH SAKIT**

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang kegiatannya memberikan banyak pelayanan kesehatan, baik berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, maupun pelayanan gawat darurat yang meliputi pelayanan medis. Faktor pendukung yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit saling berkaitan satu sama lain, antara lain pasien, pekerja, mesin, lingkungan kerja, cara kerja dan proses pelayanan kesehatan itu sendiri. Sebagai penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit juga merupakan tempat berkumpulnya orang sehat dan orang sakit sehingga kemungkinan terjadinya risiko gangguan kesehatan dan terjadinya penularan penyakit sangat tinggi. Penyelenggaraan Rumah Sakit tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan semata, tetapi harus mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien. Selain itu, penyelenggaraan rumah sakit selalu mengupayakan peningkatan keselamatan pasien melalui upaya manajemen risiko klinik.(Presiden Republik Indonesia, 2009)

Yang dimaksud dengan “potensi bahaya” adalah kondisi atau keadaan baik pada orang, peralatan, mesin, pesawat, instalasi, bahan, cara kerja, sifat kerja, proses produksi dan lingkungan yang berpotensi menimbulkan gangguan, kerusakan, kerugian, kecelakaan, kebakaran, peledakan, pencemaran, dan penyakit akibat kerja. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2012) Hasil laporan *National Safety Council (NSC)* tahun 1988 menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di RS 41% lebih besar dari pekerja di industri lain. Kasus yang sering terjadi adalah tertusuk jarum,

terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, dan penyakit infeksi dan lain-lain. Sejumlah kasus dilaporkan mendapatkan kompensasi pada pekerja RS, yaitu *sprains, strains: 52%; contusion, crushing, bruising : 11%; cuts, laceration, punctures: 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%. Khusus di Indonesia, data penelitian sehubungan dengan bahaya-bahaya di RS belum tergambar dengan jelas, namun diyakini bahwa banyak keluhan-keluhan dari para petugas di RS, sehubungan dengan bahaya-bahaya yang ada di RS. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007)

Rumah Sakit mempunyai risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja yang spesifik sehingga perlu dikelola dengan baik agar dapat menjadi tempat kerja yang sehat, aman dan nyaman. Salah satu bahaya yang paling mengancam petugas kesehatan dan pasien adalah Infeksi Nosokomial (IN) dan cedera tertusuk jarum (NSI). (Suksatan et al., 2022). Dimana IN dan NSI adalah agen terpenting yang dapat meningkatkan penyebab kecacatan, penyakit menular transfer, morbiditas dan mortalitas, meningkatkan rawat inap, dan masalah kesehatan yang tinggi di rumah sakit dan pusat Kesehatan dan faktor terpenting dalam meningkatkan biaya perawatan dan rumah sakit. (Davoudi et al., 2014) Salah satu penyebab utama komplikasi dan kematian adalah *Infeksi nosokomial (IN)* (Ahmadi et al., 2013) Selanjutnya IN adalah infeksi yang terjadi pada pasien akibat prosedur pengobatan akibat rawat inap di rumah sakit atau puskesmas. (Salmanzadeh et al., 2015) Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien yang dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. (Presiden Republik Indonesia, 2009) Dimana insiden keselamatan pasien adalah kesalahan medis (*medical error*), kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*), dan nyaris terjadi (*near miss*). (Presiden Republik Indonesia, 2009)

Risiko bahaya dalam kegiatan rumah sakit dalam aspek kesehatan kerja, antara lain berasal dari sarana kegiatan di poliklinik, bangsal, laboratorium, kamar *rontgent*, dapur,

*laundry*, ruang *medical record*, *lift* (eskalator), *generator-set*, penyalur petir, alat-alat kedokteran, pesawat uap atau bejana dengan tekanan, instalasi peralatan listrik, instalasi proteksi kebakaran, air limbah, sampah medis, dan sebagainya. (Hasyim, 2005) Faktor kimia (bahan kimia dan obat-obatan antibiotika, *cytostatika*, narkotika dan lain-lain, pemaparan dengan dosis kecil namun terus menerus seperti antiseptik pada kulit, gas anestesi pada hati. *Formaldehyde* untuk mensterilkan sarung tangan karet medis atau paramedis dikenal sebagai zat yang bersifat karsinogenik), faktor ergonomi (cara duduk, mengangkat pasien yang salah), faktor fisik yaitu pajanan dengan dosis kecil yang terus menerus (kebisingan dan getaran diruang generator, pencahayaan yang kurang dikamar operasi, laboratorium, ruang perawatan, suhu dan kelembaban tinggi diruang boiler dan laundry, tekanan barometrik pada *decompression chamber*, radiasi panas pada kulit, tegangan tinggi pada sistem reproduksi, dan lain-lain) serta faktor psikososial (ketegangan dikamar bedah, penerima pasien gawat darurat dan bangsal penyakit jiwa, shift kerja, hubungan kerja yang kurang harmonis, dan lain-lain). (Hasyim, 2005) Riset yang dilakukan oleh *International Labour Organization* (ILO) menunjukkan bahwa Angka Kecelakaan kerja terhitung masih sangat tinggi, yaitu 1 pekerja di dunia meninggal setiap 15 detik karena kecelakaan kerja dan 313 juta pekerja mengalami kecelakaan non-fatal pertahunnya (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Penelitian yang dilakukan, data kecelakaan kerja dalam kasus tertusuk dengan jarum suntik tercatat terdapat 9 kasus kecelakaan kerja tertusuk jarum suntik pada perawat di beberapa ruang perawatan. Dari 9 kasus tersebut terdapat 1 kasus tertusuk jarum. (Dolongpaha et al., 2019) Berbagai jenis pekerjaan pasti memiliki berbagai resiko yang dapat ditimbulkan oleh bahan dan alat kerja, baik yang menimbulkan resiko bagi tenaga kerja, alat kerja maupun bahan kerja. Dalam melakukan pekerjaannya, pekerja juga dapat terkena penyakit akibat kerja (PAK) dan kecelakaan kerja (KAK) yang tidak terduga dan tidak diharapkan, seperti tertimpa benda, terjepit mesin, terkena sinar radiasi, dan lain sebagainya. Potensi bahaya akibat kecelakaan kerja di fasilitas

kesehatan sangat besar. Jika dibandingkan dengan tenaga kerja umum, pekerja di fasilitas kesehatan lebih rentan mengalami keseleo dan cedera, infeksi, dermatitis, hepatitis, gangguan jiwa, penyakit mata, influenza, dan lain-lain. Perkembangan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan di Indonesia telah sangat pesat akhir-akhir ini, baik dari segi jumlah maupun pemanfaatan teknologi kedokteran. Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan harus mengutamakan peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat tanpa mengabaikan upaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) bagi seluruh pekerja rumah sakit (Mayangkara et al., 2021)

Selanjutnya, berdasarkan data *International Labour Organization (ILO)* disebutkan bahwa 2,78 juta pekerja di seluruh dunia meninggal setiap tahun karena kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Penyebab kematian yang terjadi pada pekerja yang disebabkan oleh penyakit akibat kerja adalah sekitar 86,3%. Dan lebih dari 13,7% kematian disebabkan oleh kecelakaan kerja yang fatal (International Labour Organization, 2018).

Istilah "*safety culture*" and "*safety climate*" sering digunakan dalam literatur untuk merujuk pada sifat kebijakan organisasi dan sikap karyawannya mengenai masalah keselamatan. (Noor Arzahan et al., 2022). Budaya keselamatan atau dimensi iklim di RS seperti komitmen manajemen, kebiasaan organisasi, keterlibatan dan komunikasi keselamatan, peralatan keselamatan, tata graha, pelatihan keselamatan, dan penghargaan, perlu mendapatkan perhatian (Noor Arzahan et al., 2022) Rumah Sakit yang menerapkan K3 akan dapat memberikan rasa aman bagi pasien, keluarga pasien, pengunjung, tenaga kesehatan, vendor, dan semua pihak yang terlibat didalam kegiatan rumah sakit, baik langsung maupun tidak langsung hal ini akan mempengaruhi mutu layanan dan memberikan kepuasan terhadap semua pihak. Sehingga manfaatnya akan kembali kepada pihak rumah sakit tersebut. Oleh karena itu diperlukan komitmen dari Direktur Rumah Sakit terhadap pelaksanaan K3RS. Pelaksanaan K3RS dapat tercapai bila semua pihak yang berkepentingan yaitu pimpinan Rumah Sakit, manajemen, karyawan, dan SDM Rumah Sakit lainnya berperan

serta dalam menjalankan perannya masing-masing. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit merupakan bagian dari usaha pemerintah yang ditujukan bagi semua pihak terkait agar seluruh Rumah Sakit dapat menyelenggarakan K3RS dengan efektif, efisien, dan berkesinambungan. Dengan ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan ini diharapkan dapat mengendalikan risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

Konsep dasar kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS) adalah upaya terpadu seluruh pekerja di rumah sakit yang meliputi pasien, pengunjung/pendamping orang sakit untuk menciptakan lingkungan kerja yang sehat, aman dan nyaman baik bagi pekerja rumah sakit maupun pasien. Pengunjung/pengantar orang sakit dan masyarakat sekitar lingkungan rumah sakit (Sucipto, 2014). Dalam mencegah dan mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang terjadi di rumah sakit guna terciptanya jaminan keselamatan kerja, diperlukan pelayanan yang strategis dan diperlukan prosedur kerja yang tetap dan tidak bergantung pada peraturan yang mengikat dan mewajibkan K3RS. Dalam mencapai suatu tujuan dalam suatu organisasi, keberhasilan atau kegagalan suatu organisasi dapat diukur dengan melihat sejauh mana tujuan organisasi tersebut dapat dicapai.

### **3.3 SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI RUMAH SAKIT (SMK3RS)**

Rumah Sakit sebagai industri padat karya, tenaga ahli, modal dan teknologi memiliki potensi bahaya dan kompleksitas risiko yang dapat meningkatkan kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja. Untuk mengatasi hal tersebut, rumah sakit harus menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja yang terintegrasi ke dalam sistem manajemen rumah sakit. Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan upaya untuk melindungi pekerja dan orang

lain yang memasuki tempat kerja dari bahaya kecelakaan. Tujuan K3 adalah untuk mencegah, mengurangi, bahkan meniadakan risiko penyakit dan kecelakaan kerja (KAK) dan meningkatkan kesehatan pekerja sehingga produktivitas kerja meningkat. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan bebas dari gangguan kesehatan dan pengaruh buruk yang ditimbulkan oleh pekerja. (Mitrison, 2010). Dalam rangka pengelolaan dan pengendalian risiko yang berkaitan dengan keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit agar terciptanya kondisi Rumah Sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit, maka Rumah Sakit perlu menerapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit (SMK3RS) Globalisasi perdagangan saat ini memberikan dampak persaingan sangat ketat dalam segala aspek khususnya ketenagakerjaan, yang salah satunya mempersyaratkan adanya perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja. Untuk meningkatkan efektifitas perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja, tidak terlepas dari upaya pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja yang terencana, terukur, terstruktur, dan terintegrasi melalui SMK3RS guna menjamin terciptanya suatu sistem keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, pekerja/buruh, dan/atau serikat pekerja/serikat buruh dalam rangka mencegah dan mengurangi kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja serta terciptanya tempat kerja yang nyaman, efisien dan produktif. Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja melalui SMK3RS telah berkembang di berbagai negara baik melalui pedoman maupun standar. Untuk memberikan keseragaman bagi setiap perusahaan dalam menerapkan SMK3RS sehingga perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja bagi tenaga kerja, peningkatan efisiensi, dan produktivitas perusahaan dapat terwujud maka perlu ditetapkan Peraturan Pemerintah yang mengatur penerapan SMK3RS. (Presiden Republik Indonesia, 2012)

SMK3RS adalah bagian dari sistem manajemen RS secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif. SMK3RS diterapkan untuk pengendalian risiko berkaitan dengan kegiatan kerja. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2012)

Upaya pembinaan SMK3RS dirasakan semakin mendesak mengingat adanya beberapa perkembangan. Perkembangan tersebut antara lain dengan makin meningkatnya pendayagunaan obat atau alat dengan risiko bahaya kesehatan tertentu untuk tindakan diagnosis, terapi maupun rehabilitasi di sarana kesehatan. Terpaparnya tenaga kerja (tenaga medis, paramedis, dan nonmedis), di sarana kesehatan pada lingkungan tercemar bibit penyakit yang berasal dari penderita yang berobat atau dirawat, adanya transisi epidemiologi penyakit dan gangguan kesehatan. Hal tersebut diikuti dengan masuknya IPTEK canggih yang menuntut tenaga kerja ahli dan terampil. Hal ini yang tidak selalu dapat dipenuhi dengan adanya risiko terjadinya kecelakaan kerja. Untuk itu diperlukan adanya peningkatan SDM di sarana kesehatan, tidak saja untuk mengoperasikan peralatan yang semakin canggih namun juga penting untuk menerapkan upaya SMK3RS. (Hasyim, 2005)

SMK3RS seperti kebijakan K3, perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi K3, serta tinjauan manajemen sesuai dengan aturan yang ada di PP. 50 tahun 2012. (Presiden Republik Indonesia, 2012) SMK3RS yang terintegrasi dengan pelayanan bertujuan untuk mencapai keselamatan pasien dan rumah sakit. (Nasution and Mahyuni, 2020) Selanjutnya Audit SMK3 adalah pemeriksaan secara sistematis dan independen terhadap pemenuhan kriteria, yang telah ditetapkan untuk mengukur suatu hasil kegiatan yang telah direncanakan dan dilaksanakan dalam penerapan SMK3RS (Presiden Republik Indonesia, 2012)

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis pelaksanaan SMK3RS menunjukkan bahwa program K3 di Rumah Sakit belum terlaksana optimal seperti pemeriksaan kesehatan berkala dan

tidak adanya pelaksanaan pelatihan atau pendidikan tentang K3. Belum optimal dan belum adanya standar K3 yang meliputi pembinaan dan pengawasan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan, pelatihan/penyuluhan keselamatan kerja, serta pembinaan dan pengawasan pengelolaan sistem pencegahan dan pengendalian kebakaran. Salah satu kendala penerapan SMK3RS adalah *over tasking* dalam tugas dan rendahnya sosialisasi K3 untuk keseluruhan unit rumah sakit. Direkomendasikan agar penerapan sistem manajemen K3 dapat direncanakan secara terprogram dan dilaksanakan dengan menerapkan sistem informasi komputer berbasis computer. (Nasution and Mahyuni, 2020)

SMK3RS merupakan bagian dari sistem manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Dalam pelaksanaan SMK3RS memerlukan organisasi yang dapat menyelenggarakan program K3RS secara menyeluruh dan berada di bawah pimpinan Rumah Sakit yang dapat menentukan kebijakan Rumah Sakit. Semakin tinggi kelas Rumah Sakit umumnya memiliki tingkat risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja yang lebih besar karena semakin banyak pelayanan, sarana, prasarana dan teknologi serta semakin banyak keterlibatan manusia di dalamnya (sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pengunjung, pengantar, kontraktor, dan lain sebagainya). Untuk terselenggaranya SMK3RS secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan, Rumah Sakit membentuk atau menunjuk satu unit kerja fungsional yang mempunyai tanggung jawab menyelenggarakan SMK3RS. Unit kerja fungsional dapat berbentuk komite tersendiri atau terintegrasi dengan komite lainnya, dan/atau instalasi K3RS. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Perencanaan SMK3RS tersebut disusun dan ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit dengan mengacu pada kebijakan pelaksanaan SMK3RS, yang telah ditetapkan dan selanjutnya diterapkan dalam rangka mengendalikan potensi bahaya dan risiko K3RS, yang telah teridentifikasi dan berhubungan dengan operasional Rumah Sakit.(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

Untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja perlu dilakukan pengelolaan manajemen K3 melalui penerapan penerapan SMK3RS. (Purnomo et al., 2018) Dari salah satu penelitian tentang pelaksanaan SMK3RS diketahui antara lain, belum terbentuknya Panitia K3 karena belum memiliki ahli umum K3, dalam hal kebijakan dan komitmen K3 meskipun hanya berupa lisan, proses pelaksanaan SMK3RS yang telah sudah berjalan walaupun belum maksimal, faktor pendukung dan faktor penghambat, upaya yang dilakukan untuk mengurangi hambatan dalam proses implementasi SMK3RS, dampak implementasi SMK3RS, dan harapan yang diinginkan dalam implementasi SMK3RS. Dari salah satu penelitian, disimpulkan bahwa program K3 telah berjalan dengan baik sesuai peraturan perundang-undangan, walaupun K3 masih belum menjadi budaya kerja yang akan menciptakan terciptanya *zero accident* di lingkungan kerja khususnya di rumah sakit. (Purnomo et al., 2018) Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja melalui SMK3 telah berkembang di berbagai negara baik melalui pedoman maupun standar. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2012) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan atau dikenal dengan MFK merupakan salah satu Standar Manajemen Rumah Sakit (Ismail, 2018). Didalam MFK terdapat 24 standar dan 104 penilaian yang dapat dikelompokkan kedalam enam bidang, yaitu: 1. Keselamatan dan Keamanan 2. Bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya 3. Manajemen Penanggulangan Bencana 4. Sistem Proteksi Kebakaran 5. Peralatan Medis 6. Sistem Penunjang. Rumah sakit diwajibkan untuk mengelola keenam bidang tersebut dalam upaya mencegah kecelakaan dan kerugian bagi pasien, pengunjung dan staf rumah sakit. Untuk penerapan MFK ini, maka rumah sakit diwajibkan untuk membentuk komite K3 atau instalasi K3 sesuai dengan Permenkes 66 tahun 2016 tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit, yang juga disebutkan tentang lima prinsip SMK3 (Sistem Manajemen K3) meliputi: 1) penetapan kebijakan K3; 2) perencanaan K3; 3) pelaksanaan rencana K3; 4) pemantauan dan evaluasi kinerja K3; dan 5) peninjauan dan peningkatan kinerja SMK3. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia,

2012) Pelaksanaan K3 di rumah sakit harus dimulai dengan Komitmen dari Top Manajemen atau direktur rumah sakit yang dituangkan dalam bentuk kebijakan K3. Hal ini juga dinyatakan didalam MFK 1 tentang Kepemimpinan dan Perencanaan. Tanpa komitmen yang kuat dari direktur rumah sakit maka penerapan K3 secara baik akan menjadi sulit diwujudkan. Ada beberapa langkah berikut yang dapat dilakukan dalam menerapkan K3 di rumah sakit, langkah ini menjadi penting karena K3 Rumah Sakit dapat dikatakan merupakan hal yang baru dan masih dianggap belum begitu penting, yaitu:

1. Mendapatkan komitmen dari Direktur Rumah Sakit. Langkah awal dalam penerapan K3 rumah sakit adalah dengan mendapatkan komitmen dari direktur rumah sakit, artinya direktur rumah sakit secara serius mendukung dan terlibat dalam program-program K3 yang akan dijalankan.
2. Membentuk komite K3. Setelah mendapatkan komitmen dari direktur rumah sakit, dan salah satu bentuk wujud dari komitmen tersebut, direktur membentuk Komite K3 rumah sakit dimana ketua komitenya adalah direktur atau satu level dibawahnya. Komite K3 rumah sakit bertugas membuat kebijakan K3 RS dan program-program K3 lainnya. Pembentukan Komite K3 RS disertai dengan Surat Keputusan (SK) direktur, ada dua jenis SK yang perlu dikeluarkan oleh direktur, yaitu: 1) SK Pembentukan Organisasi Komite K3, dan 2) SK penunjukan/penugasan untuk semua anggota Komite K3.
3. Setelah komite K3 terbentuk, maka dilakukan kick off meeting untuk membahas rancangan Kebijakan K3 Rumah Sakit yang nantinya akan ditanda tangani oleh direktur rumah sakit. Kebijakan K3 RS mencerminkan komitmen K3 dari direktur rumah sakit untuk mematuhi peraturan perundangan terkait K3 yang berlaku, komitmen untuk merencanakan dan menerapkan K3 untuk mencegah Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) bagi semua staff/karyawan rumah sakit baik yang permanen, kontrak,

*outsourcing* atau vendor/kontraktor. Kebijakan dibuat dalam bentuk tertulis dan ditanda tangani oleh Direktur.

4. Langkah berikutnya adalah melakukan sosialisasi kebijakan K3 kepada seluruh karyawan rumah sakit untuk mendapatkan dukungan dan keterlibatan dari seluruh karyawan. Sosialisasi ini melibatkan semua manajemen termasuk direktur. Hal ini penting dilakukan untuk menunjukkan keseriusan dari semua manajemen dalam penerapan K3 di rumah sakit. Kegagalan dalam mensosialisasikan kebijakan K3 kepada seluruh karyawan akan berakibat pada kegagalan dalam penerapan program-program K3 berikutnya. Sosialisasi dapat dilakukan dalam bentuk komunikasi langsung oleh direktur kepada seluruh karyawan rumah sakit, atau berjenjang melalui manajemen rumah sakit sampai pada level karyawan paling bawah. Sosialisasi tidak hanya membacakan poin-poin kebijakan akan tetapi juga penjelasan yang detil dari poin-poin tersebut agar dapat dipahami oleh semua karyawan.
5. Setelah sosialisasi kebijakan dilakukan dengan baik, maka dilanjutkan dengan membuat perencanaan program-program K3. Langkah ini dimulai dengan Identifikasi Bahaya di tempat kerja. karena program K3 adalah program pengendalian bahaya dan risiko ditempat kerja, maka harus dimulai dengan melihat dan mengenal (mengidentifikasi) bahaya dan risiko ditempat kerja masing-masing, karena potensi bahaya dan risiko disetiap tempat bisa berbeda-beda. Identifikasi bahaya bisa dilakukan dengan berbagai teknik atau metode, misalnya dengan teknik inspeksi, *job safety analisis* (JSA) atau *qualitative risk assessment* (HIRA). Dari hasil identifikasi bahaya maka dibuatlah program-program pengendalian dari bahaya dan risiko yang ditemukan. Dalam membuat program K3 harus ditentukan sasaran yang ingin dicapai, tolok ukur keberhasilan (KPI), penanggung jawab pelaksana, target waktu dan anggaran yang diperlukan.
6. Langkah berikutnya menerapkan atau menjalankan program yang sudah dibuat. Penerapan program adalah menjadi

tanggung jawab semua instalasi rumah sakit, tergantung pada jenis program yang dijalankan di instalasi masing-masing. Komite K3 bertanggung jawab mengawasi, mengevaluasi dan memberikan masukan terhadap program K3 berjalan.

7. Untuk memastikan konsistensi penerapan program K3 agar tetap berada pada jalur yang ditetapkan, maka perlu dilakukan monitoring dan evaluasi (Monev) secara berkala. Ada tiga cara dalam melakukan monev, yaitu: 1) Inspeksi K3 secara berkala, paling kurang 1 kali dalam 1 bulan. 2) Audit K3 minimal 1 kali dalam 1 tahun 3) Rapat komite k3 untuk membahas program-program berjalan atas hasil inspeksi K3, minimal 1 kali dalam 1 bulan.
8. Langkah terakhir dan juga merupakan kunci keberhasilan dari program K3 dalam tindak lanjut atau perbaikan secara terus-menerus dari hasil temuan monev yang dilakukan. Temuan-temuan yang merupakan gap atau kekurangan dalam implementasi program K3 harus diperbaiki dan ditindak lanjuti. Ada tiga kelompok temuan dari kegiatan Monev, yaitu: 1) Potensi bahaya dan risiko yang sudah dikendalikan dengan baik, ini harus dipertahankan. 2) Potensi bahaya dan risiko yang dikendalikan parsial, ini harus diperbaiki dan dilengkapi pengendaliannya. 3) Potensi bahaya dan risiko yang belum dikendalikan, harus dibuat program pengendaliannya.

### **3.4 PELAKSANAAN K3 RS**

Keselamatan adalah suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/*ground*, peralatan, teknologi medis, informasi serta sistem di lingkungan Rumah Sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko fisik bagi pegawai, pasien, pengunjung serta masyarakat sekitar. Keselamatan merupakan kondisi atau situasi selamat dalam melaksanakan aktivitas atau kegiatan tertentu. Sedangkan keamanan adalah suatu kondisi yang melindungi properti milik Rumah Sakit, sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun

lingkungan Rumah Sakit dari bahaya pengrusakan dan kehilangan atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

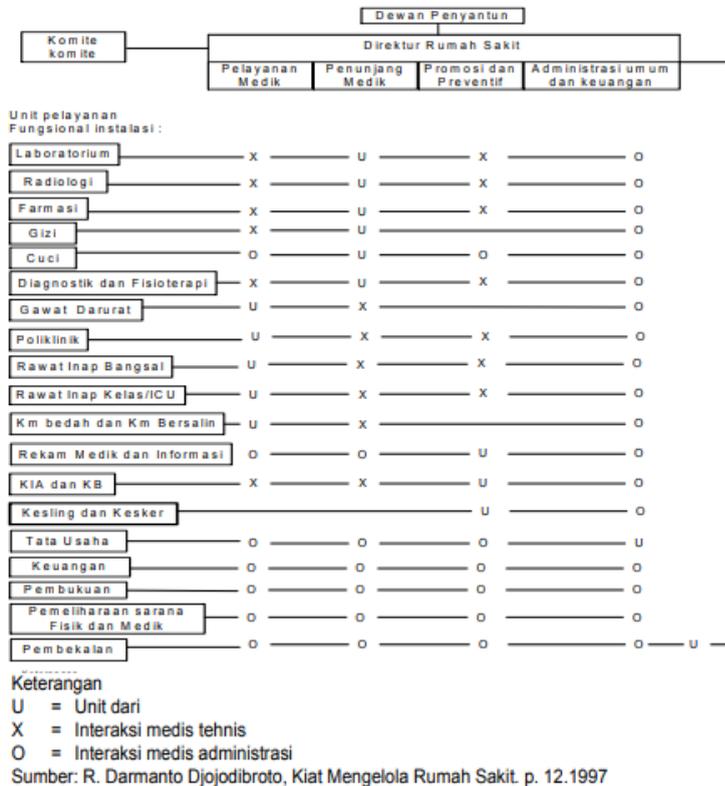
Manajemen risiko K3RS adalah proses yang bertahap dan berkesinambungan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja secara komperhensif di lingkungan Rumah Sakit. Manajemen risiko merupakan aktifitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh Rumah Sakit, untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja. Hal ini akan tercapai melalui kerja sama antara pengelola K3RS yang membantu manajemen dalam mengembangkan dan mengimplementasikan program K3, dengan kerjasama seluruh pihak yang berada di Rumah Sakit. K3RS dilakukan melalui : a. identifikasi dan penilaian risiko; b. pemetaan area risiko; dan c. upaya pengendalian. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien yang dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. (Presiden Republik Indonesia, 2009). Selain itu Manajemen risiko K3RS bertujuan meminimalkan risiko keselamatan dan kesehatan di Rumah Sakit pada tahap yang tidak bermakna sehingga tidak menimbulkan efek buruk terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Rumah Sakit perlu menyusun sebuah program manajemen risiko fasilitas/lingkungan/proses kerja yang membahas pengelolaan risiko keselamatan dan kesehatan melalui penyusunan manual K3RS, kemudian berdasarkan manual K3RS yang ditetapkan dipergunakan untuk membuat rencana manajemen fasilitas dan penyediaan tempat, teknologi, dan sumber daya. Organisasi K3RS bertanggung jawab mengawasi pelaksanaan manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja dimana dalam sebuah Rumah Sakit yang kecil, ditunjuk seorang personil yang ditugaskan untuk bekerja purna waktu, sedangkan di Rumah Sakit yang lebih besar, semua personil dan unit kerja harus dilibatkan

dan dikelola secara efektif, konsisten dan berkesinambungan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan juga dinyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik berhak memperoleh perlindungan atas keselamatan dan Kesehatan Kerja. Pengelola Rumah Sakit harus menjamin kesehatan dan keselamatan baik terhadap SDM Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit dari berbagai potensi bahaya di Rumah Sakit. Oleh karena itu, pengelola Rumah Sakit dituntut untuk melaksanakan upaya kesehatan dan Keselamatan Kerja yang dilaksanakan secara terintegrasi, menyeluruh, dan berkesinambungan sehingga risiko terjadinya penyakit akibat kerja, kecelakaan kerja serta penyakit menular dan tidak menular lainnya di Rumah Sakit dapat dihindari. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

Penyelenggaraan sistem manajemen K3 dengan membentuk P2K3 RS, juga dengan melaksanakan upaya – upaya pelaksanaan penerapan K3 melalui sistem manajemen K3 yang berkesinambungan dan berkelanjutan. (Ernawati and Nurlələwati, 2017) Salah satu hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor implementasi dari segi isi dan tujuan program K3RS, komunikasi, dan komitmen masih kurang penerapannya dikarenakan sosialisasi dan pengawasan yang kurang. Sedangkan untuk sumber daya, lingkungan kerja, dan SOP sudah baik. Untuk itu disarankan pihak rumah sakit mengadakan sosialisasi secara rutin, dan perlu adanya sanksi atau teguran bagi petugas kesehatan yang tidak menerapkan program K3RS sesuai dengan SOP yang ada. (Yunita et al., 2016)

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan, dan keterampilan tentang pelaksanaan K3RS, dilakukan pendidikan dan pelatihan di bidang K3RS bagi sumber daya manusia di bidang K3RS. Pendidikan dan pelatihan merupakan suatu kegiatan dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan dan ketrampilan pada anggota/pelaksana unit fungsional K3RS dan seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien dan pengunjung tentang peran mereka dalam melaksanakan keselamatan dan Kesehatan Kerja. Peningkatan pemahaman dan

kemampuan serta ketrampilan semua SDM Rumah Sakit dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi, inhouse training, workshop. Pendidikan dan pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional K3RS dapat berbentuk *inhouse training*, workshop, pelatihan terstruktur berkelanjutan yang terkait keselamatan dan Kesehatan Kerja dan pendidikan formal. Pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional K3RS harus sesuai dengan standar kurikulum di bidang K3RS yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Pelatihan dapat diselenggarakan oleh lembaga/institusi pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat yang terakreditasi, dan program pelatihannya terakreditasi di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko. (Presiden Republik Indonesia, 2009) Selain itu Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.(Presiden Republik Indonesia, 2009). Seperti yang dikuti dalam artikel (Hasyim, 2005), diilustrasikan salah satu contoh struktur organisasi rumah sakit BUMN yang telah mencantumkan manajemen hiperkes dan Keselamatan Kerja RS, yang diimplementasikan kedalam sistem manajemen sanitasi rumah sakit dan pengendalian infeksi nosokomial serta manajemen keselamatan kerja terlihat seperti pada gambar 3.



Gambar 3. Struktur Salah Satu Organisasi Rumah Sakit BUMN

### 3.5 STANDAR PENERAPAN K3 RUMAH SAKIT

Rumah Sakit juga dituntut harus melaksanakan dan mengembangkan program K3 di Rumah Sakit (K3RS) seperti yang tercantum dalam buku Standar Pelayanan Rumah Sakit dan terdapat dalam instrumen akreditasi Rumah Sakit. Rumah Sakit mempunyai kewajiban untuk menyehatkan para tenaga kerjanya. Salah satunya adalah melalui upaya kesehatan kerja disamping keselamatan kerja (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2012) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan upaya perlindungan yang diberikan kepada pekerja agar selalu dalam keadaan sehat dan memberikan rasa aman dalam melakukan aktivitas kerja serta memberikan rasa nyaman kepada setiap orang

yang memasuki tempat kerja (Kementerian Ketenagakerjaan, 2018). Pelaksanaan K3RS mulai mendapat perhatian serius dari manajemen rumah sakit sejak diberlakukannya sistem akreditasi rumah sakit oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dimana K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja, dan penyakit akibat kerja di rumah sakit. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali dimana unsur keselamatan dan Kesehatan Kerja termasuk sebagai salah satu hal yang dinilai di dalam akreditasi Rumah Sakit. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016). K3RS termasuk sebagai salah satu standar pelayanan yang dinilai di dalam Akreditasi Rumah Sakit, disamping standar pelayanan lainnya, Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan, yang mana persyaratan persyaratan tersebut salah satunya harus memenuhi unsur K3. (Dolongpaha et al., 2019)

Pada satu penelitian diketahui bahwa standar pelayanan kesehatan kerja sudah terlaksana tetapi yang belum maksimal dilaksanakan adalah pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, berkala, peningkatan kesehatan badan dan kondisi mental, kemampuan fisik sumber daya manusia, penanganan bagi sumber daya manusia yang sakit, sedangkan yang belum dilaksanakan yaitu pemeriksaan kesehatan khusus, koordinasi dan pengendalian infeksi, pendidikan dan pelatihan tentang kesehatan kerja, memberikan bantuan dalam penyesuaian diri baik fisik maupun mental, pemantauan lingkungan kerja dan ergonomi, surveilans kesehatan kerja, serta evaluasi, pencatatan/pelaporan. Standar pelayanan keselamatan kerja yang belum terlaksana dengan baik adalah pembinaan dan pengawasan seperti sarana, prasarana,

penyesuaian peralatan kerja terhadap SDM rumah sakit, memberi rekomendasi perencanaan, pembuatan tempat kerja dan pemilihan alat serta pengadaannya, sedangkan yang belum dilaksanakan yaitu pembinaan dan pengawasan lingkungan kerja, sanitair, perlengkapan dan pelatihan keselamatan kerja untuk SDM rumah sakit, manajemen sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran dan evaluasi, pencatatan dan pelaporan. (Bando et al., 2020)

Standar pelayanan seperti pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja dan khusus belum dilaksanakan, dan program-program lain belum terlaksanakan secara optimal yaitu pemeriksaan kesehatan secara berkala, dan pelaksanaan pelatihan/pendidikan tentang kesehatan kerja. Dan untuk standar pelayanan keselamatan kerja standar pelayanan keselamatan kerja seperti pembinaan dan pengawasan saran, prasarana, dan peralatan kesehatan, pelatihan/penyuluhan keselamatan kerja, dan pembinaan dan pengawasan terhadap manajemen sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran belum terlaksanakan secara optimal. Hambatan pelaksanaan standar pelayanan K3RS di RS antara lain adalah Regulasi yang terlambat dibuat, Konsistensi petugas yang menangani pemeriksaan kesehatan, Ketersediaan bahan untuk pemeriksaan laboratorium, Tidak tersedianya tenaga ATEM untuk melakukan pemeliharaan peralatan medis, Program K3RS yang terlambat disusun sehingga anggaran masih kurang dan kurangnya kesadaran dari pegawai. (Lasut et al., 2019) Selanjutnya pelaksanaan delapan standar K3RS meliputi: a. manajemen risiko K3RS; b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit; c. pelayanan Kesehatan Kerja; d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; e. pencegahan dan pengendalian kebakaran; f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Seperti yang diuraikan oleh (MUTU Institute), sebagai berikut.

### **1. Manajemen Risiko K3 Rumah Sakit**

Manajemen risiko dilakukan dengan tujuan untuk meminimalkan risiko semua aspek yang berkaitan dengan keberadaan rumah sakit. Di dalamnya, pengelolaan risiko tidak hanya mencakup pasien, tenaga medis, dan tenaga nonmedis. Tetapi juga berkaitan risiko keuangan rumah sakit, penggunaan sarana dan prasarana, ataupun lingkungan.

### **2. Keselamatan dan Keamanan Rumah Sakit**

Selanjutnya, ada pula standar terkait keselamatan dan keamanan rumah sakit. Penerapan ini dilakukan untuk meminimalkan adanya cedera serta kecelakaan yang dapat menimpa pasien, pengunjung, pendamping pasien, ataupun masyarakat di sekitar lingkungan rumah sakit.

### **3. Pelayanan Kesehatan Kerja**

Standar pelayanan kesehatan kerja mencakup upaya pengelolaan kesehatan bagi SDM yang bekerja di lingkup rumah sakit.

### **4. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)**

Rumah sakit juga perlu menyediakan metode pengelolaan secara khusus untuk limbah B3. Apalagi, pengelolaan B3 yang tidak tepat bisa menimbulkan gangguan kesehatan dan lingkungan.

### **5. Pencegahan serta Pengendalian Kebakaran**

Keikutsertaan dalam pelatihan K3 rumah sakit juga memberi pengetahuan terkait pencegahan dan pengendalian kebakaran. Apalagi, bahaya kebakaran bisa terjadi kapan saja dan di mana saja, termasuk di lingkup rumah sakit.

### **6. Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit**

Selanjutnya standar K3 rumah sakit terkait dengan upaya pengelolaan sarana dan prasarana. Tanpa adanya pengelolaan yang baik, sarana dan prasarana milik rumah sakit bisa menimbulkan potensi kekeliruan pemakaian, potensi kecelakaan tak diharapkan, ataupun kemungkinan lainnya, yang berkaitan dengan pemakaian oleh pasien, pengunjung, karyawan serta masyarakat di lingkungan rumah sakit.

## **7. Pengelolaan Peralatan Medis**

Memperhatikan pengelolaan medis dari aspek K3 juga memiliki peran yang tidak kalah pentingnya dalam standar K3 rumah sakit. Pengelolaan ini menjadi bagian untuk memastikan bahwa peralatan medis rumah sakit aman untuk digunakan, dan tidak menimbulkan dampak berbahaya bagi pasien, pendamping pasien, pengunjung, dan masyarakat di lingkungan rumah sakit.

## **8. Kesiapan menghadapi situasi darurat dan bencana.**

Standar K3 rumah sakit juga mempertimbangkan kesiapan para karyawan dalam menghadapi kondisi darurat atau bencana. Melalui penerapan K3 rumah sakit, pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh masyarakat bisa berjalan dengan baik. Para karyawan pun harus memiliki pengetahuan secara menyeluruh terkait penerapan K3 tersebut. Oleh karena itu, pengelola rumah sakit perlu mengikutsertakan karyawan pada pelatihan K3 khusus rumah sakit.

## **3.6 PENUTUP**

Pelaksanaan K3 Rumah Sakit penting artinya untuk meningkatkan lingkungan kerja RS agar aman, sehat dan nyaman baik bagi karyawan, pasien, pengunjung ataupun masyarakat di sekitar RS. Pelaksanaan K3 di Rumah Sakit dapat berjalan dengan baik, bila pimpinan puncak atau Direktur RS punya komitmen yang tinggi terhadap jalannya pelaksanaan Pelaksanaan K3 di Rumah Sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- AHMADI, F., ABOLGHASEMI, S., PARHIZGARI, N. & MORADPOUR, F. 2013. Effect of silver nanoparticles on common bacteria in hospital surfaces. *Jundishapur Journal of Microbiology*, 6, 209-214.
- BANDO, J. J., KAWATU, P. A. & RATAG, B. T. 2020. Gambaran Penerapan Program Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) Di Rumah Sakit Advent Manado. *Kesmas*, 9.
- DAVOUDI, A. R., NAJAFI, N., SHIRAZI, M. H. & AHANGARKANI, F. 2014. Frequency of bacterial agents isolated from patients with nosocomial infection in teaching hospitals of Mazandaran University of medical sciences in 2012. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 5, 227-231.
- DOLONGPAHA, W. V. G., KAWATU, P. A. & WOWOR, R. E. 2019. Gambaran Pelaksanaan Program Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) Di Rumah Sakit Umum Daerah Talaud. *KESMAS*, 8.
- ERNAWATI, N. & NURLELAWATI, E. 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan penerapan K3 pada tenaga kesehatan di RSIA Permata Sarana Husada. *Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya*, 3.
- HASYIM, H. 2005. Manajemen hiperkes dan keselamatan kerja di rumah sakit (tinjauan kegiatan keselamatan dan kesehatan kerja di institusi sarana kesehatan). *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 8.
- ISMAIL, A. 2018. *Penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)* [Online]. Available: <https://healthsafetyprotection.com/penerapan-kesehatan-dan-keselamatan-kerja-rumah-sakit-k3-rs/> [Accessed].
- LASUT, D. S. A., KAWATU, P. A. & AKILI, R. H. 2019. Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minahasa. *KESMAS*, 8.

- MARINGKA, F., KAWATU, P. A. & PUNUH, M. I. 2019. Analisis Pelaksanaan Program Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di Rumah Sakit Tingkat Ii Robert Wolter Mongisidi Kota Manado. *KESMAS*, 8, 1-10.
- MAYANGKARA, R. H., SUBIYANTO, A. A. & TAMTOMO, D. G. 2021. Implementation of Hospital Occupational Health and Safety Regulations to Minimize Occupational Accidents at the Sultan Agung Islamic Hospital, Semarang. *Journal of Health Policy Management*, 6, 160-167.
- MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA 2007. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 Tentang Pedoman Manajemen Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3) Di Rumah Sakit. Jakarta.
- MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA 2012. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1087 / MENKES / SK / VIII / 2010, tentang : Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit Jakarta.
- MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. Jakarta.
- MUTU INSTITUTE. *Penerapan K3 Rumah Sakit, Apa Saja dan Bagaimana Pelaksanaannya?* [Online]. Available: <https://mutuinstitute.com/post/penerapan-k3-rumah-sakit-apa-saja-dan-bagaimana-pelaksanaannya/> [Accessed].
- NASUTION, A. & MAHYUNI, E. 2020. Hospital Occupational Safety and Health Management System based on Internet of Things (IoT).
- NOOR ARZAHAN, I. S., ISMAIL, Z. & YASIN, S. M. 2022. Safety culture, safety climate, and safety performance in healthcare facilities: A systematic review. *Safety Science*, 147, 105624.

- PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta.
- PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA 2012. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 Tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja. Jakarta.
- PURBA, H. I. D., GIRSANG, V. I. & MALAY, U. S. 2018. Studi Kebijakan, Perencanaan dan Pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di Rumah Sakit Umum (RSU) Mitra Sejati Medan Tahun 2018. *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat*, 3, 113-124.
- PURNOMO, D. H., INDASAH, I. & MELDA, B. 2018. Analysis of Implementation Safety and Health Occupational Management System in Kertosono General Hospital. *Journal for Quality in Public Health*, 1, 78-85.
- RUSS, S. J., SEVDALIS, N., MOORTHY, K., MAYER, E. K., ROUT, S., CARIS, J., MANSELL, J., DAVIES, R., VINCENT, C. & DARZI, A. 2015. A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England: Lessons From the "Surgical Checklist Implementation Project". 261, 81-91.
- SALMANZADEH, S., YOUSEF, F., AHMADI, F., GERAVANDI, S., MOIEN, M., MOHAMMADI, M. J., KOHI, A. M., ALAVI, S. M. A. & ESFARJANI, N. M. 2015. Evaluation of nosocomial infections in a teaching hospital. *Avicenna journal of clinical microbiology infection, Disease & Health*, 2, 29760-29760.
- SANTANA, H. T., DE FREITAS, M. R., FERRAZ, E. M. & EVANGELISTA, M. S. N. 2016. WHO Safety Surgical Checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. *Journal of Infection and Public Health*, 9, 586-599.
- SUKSATAN, W., JASIM, S. A., WIDJAJA, G., JALIL, A. T., CHUPRADIT, S., ANSARI, M. J., MUSTAFA, Y. F.,

- HAMMOODI, H. A. & MOHAMMADI, M. J. 2022. Assessment Effects and Risk of Nosocomial Infection and Needle Sticks Injuries Among Patients and Health Care Worker. *Toxicology Reports*.
- YUNITA, A. R., SRIATMI, A. & FATMASARI, E. Y. 2016. Analisis faktor-faktor kebijakan dalam implementasi program keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit (k3RS) di instalasi gawat darurat rumah sakit umum daerah kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4, 1-9.

# **BAB 4**

## **PEMANTAUAN DAN EVALUASI KINERJA K3RS**

**Oleh Bambang Sulistyio P**

### **4.1 Pendahuluan**

Rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat berfungsi sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Rumah sakit merupakan salah satu tempat bagi masyarakat untuk mendapatkan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan dengan berbagai fasilitas dan peralatan kesehatannya.

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (SMK3RS). Dalam rangka pengelolaan dan pengendalian risiko yang berkaitan dengan keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS) agar terciptanya kondisi Rumah Sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit, maka Rumah Sakit perlu menerapkan SMK3 Rumah Sakit. SMK3RS merupakan bagian dari sistem manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan.

Ruang lingkup SMK3 Rumah Sakit meliputi: Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit. Dalam hal Rumah Sakit tidak memiliki sumber daya manusia di bidang K3RS untuk melakukan pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS dapat menggunakan jasa pihak lain.

Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.

## **4.2 Tahap Pemantauan dan Evaluasi**

1. Inspeksi dan audit program K3
2. Perbaikan dan pengendalian K3 yang didasarkan atas hasil temuan dari audit dan inspeksi
3. Rekomendasi dan tindak lanjut hasil evaluasi program K3

**Tahapan Pemantauan dan Evaluasi sebagai berikut:**

**a. Pemantauan serta evaluasi meliputi:**

1. Laporan K3 serta Catatan
2. Catatan prestasi dari aktivitas K3
3. Laporan serta Catatan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK).
4. Laporan serta Catatan Jumlah Pekerja yang terkena Penyakit Akibat Kerja (PAK).

**b. Inspeksi dan Pengujian**

Inspeksi K3 dan pengujian di rumah sakit dilaksanakan dengan teratur dan bertahap, hal ini dilakukan terutama oleh petugas K3 rumah sakit, sebagai salah satu upaya untuk mencegah terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK).

**c. Melakukan Audit K3**

Maksud dari pelaksanaan audit K3 sebagai berikut:

- Guna melakukan penilaian terhadap potensi bahaya, risiko gangguan terhadap kesehatan dan keselamatan.
- Untuk dipastikannya mengevaluasi pengelolaan penerapan sesuai menurut ketentuan, peraturan, prosedur
- Menetapkan cara guna mengatur ancaman bahaya dan potensial risiko serta peningkatan kualitas.

### **4.3 Indikator keberhasilan SMK3-RS**

1. Terlaksananya program K3-RS
2. Penurunan angka kecelakaan akibat kerja (KAK) dan penyakit akibat kerja (PAK)

### **4.4 Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 Rumah Sakit**

Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 Rumah Sakit harus

1. Menetapkan dan melaksanakan program K3RS, selanjutnya untuk mencapai tujuan, sasaran harus dilakukan pencatatan, pemantauan dan evaluasi serta pelaporan.
2. Penyusunan program K3RS difokuskan pada peningkatan kesehatan, keselamatan dan pencegahan gangguan kesehatan (PAK) serta pencegahan kecelakaan kerja (KAK) yang dapat mengakibatkan kecelakaan personil dan cedera, kehilangan kesempatan berproduksi, kerusakan aset, kerusakan peralatan dan kerusakan/gangguan lingkungan dan juga diarahkan untuk dapat memastikan bahwa seluruh personil Tim Keadaan Darurat mampu menghadapi dan menyelesaikan keadaan darurat.
3. Kemajuan program K3RS ini dipantau secara periodik guna dapat ditingkatkan secara berkesinambungan sesuai dengan bahaya dan risiko yang telah teridentifikasi dan mengacu kepada data-data sebelumnya serta pencapaian sasaran K3RS yang lalu.
4. Penerapan Inspeksi tempat kerja dengan persyaratan, antara lain:
  - a. Inspeksi tempat kerja dan cara kerja dilaksanakan secara teratur baik dan terencana
  - b. Inspeksi dilaksanakan bersama oleh Tim dan wakil

organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS dan wakil SDM Rumah Sakit yang telah memperoleh orientasi dan/atau workshop dan/atau pelatihan mengenai identifikasi potensi bahaya, risiko dan pengendaliannya .

- a. Inspeksi mencari temuan , masukan dari petugas yang melakukan tugas ditempat yang diperiksa, sehingga dapat dilakukan tindak lanjut untuk perbaikan dari hasil rekomendasi Tim Inspeksi.
- b. Daftar periksa (*check list*) di tempat kerja telah disusun dan dipersiapkan untuk digunakan sebagai alat ukur pada saat melakukan inspeksi inspeksi.
- c. Laporan inspeksi diajukan kepada organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS sesuai dengan kebutuhan.
- d. Tindakan korektif dipantau dan dievaluasi untuk menentukan efektifitasnya dan tindak lanjut.
- e. Pimpinan Rumah Sakit atau organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS menetapkan penanggung jawab untuk pelaksanaan tindakan perbaikan dari hasil rekomendasi temuan dilapangan untuk pembuatan laporan hasil pemeriksaan/inspeksi.

## **4.5 Pemantauan dan Evaluasi SMK3 di RS**

Pemantauan dan Evaluasi SMK3 di RS meliputi:

1. Pemeriksaan, Pengujian, Pengukuran dan Audit Internal SMK3. Pemeriksaan, Pengujian, dan Pengukuran harus ditetapkan dan dipelihara prosedurnya sesuai dengan tujuan dan sasaran K3

serta frekuensinya disesuaikan dengan obyek mengacu pada peraturan dan standar yang berlaku oleh Manajemen.

2. Berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi yang sudah dilakukan setiap bulan, seperti Inspeksi dan Audit baik internal dan eksternal K3RS dapat dijadikan sebagai salah satu acuan dalam menyusun perencanaan program berikutnya, untuk peningkatan kinerja K3RS.

#### **4.5.1. Pemantauan dan evaluasi K3 Rumah Sakit meliputi :**

Pemantauan dan evaluasi K3 Rumah Sakit meliputi :

- 1. Pencatatan dan pelaporan K3 terintegraske dalam sistem pelaporan RS (SPRS);**
  - a. Pencatatan semua kegiatan K3
  - b. Pencatatan dan pelaporan KAK
  - c. Pencatatan dan pelaporan PAK
- 2. Inspeksi dan pengujian**

Inspeksi K3 merupakan suatu kegiatan untuk menilai keadaan K3 secara umum dan tidak terlalu mendalam. Inspeksi K3 di rumah sakit dilakukan secara berkala, terutama oleh petugas K3 rumah sakit sehingga kejadian PAK dan KAK dapat dicegah sedini mungkin. Kegiatan lain adalah pengujian baik terhadap lingkungan maupun pemeriksaan terhadap pekerja berisiko seperti biological monitoring (pemantauan secara biologis)

- 3. Melaksanakan audit K3**
  - a. Audit K3 meliputi falsafah dan tujuan, administrasi dan pengelolaan, karyawan dan pimpinan, fasilitas dan peralatan, kebijakan dan prosedur, pengembangan karyawan dan program pendidikan, evaluasi dan pengendalian. Tujuan

audit K3: Untuk menilai potensi bahaya, gangguan kesehatan dan keselamatan

- b. Memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah dilaksanakan sesuai ketentuan.
- c. Menentukan langkah untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu.
- d. Sarana higiene yang memantau pengaruh lingkungan kerja terhadap tenaga kerja antara lain pencahayaan, bising, suhu/ iklim kerja.
- e. Sarana Keselamatan kerja yang meliputi pengamanan pada peralatan kerja, pemakaian alat pelindung diri (APD) dan tanda/rambu-rambu peringatan (*Safety sign*) dan alat pemadam kebakaran, APAR dan Hydrant.
- f. Sarana Kesehatan Kerja yang meliputi pemeriksaan awal, berkala dan khusus, gizi kerja, kebersihan diri dan lingkungan.
- g. Ergonomi yaitu kesehatan antara alat kerja dengan tenaga kerja
- h. Pemantauan Lingkungan Kerja : pemantauan lingkungan kerja dilakukan :
  - 1) Penyehatan lingkungan rumah sakit dilakukan setiap triwulan secara berjenjang
  - 2) Pemantauan kualitas udara ruang minimal 2 kalidalam setahun
  - 3) Pemantauan bahan makanan dilakukan minimal 1 kali setiap bulan diambil sampel untuk konfirmasi laboratorium
  - 4) Tenaga kerja diperiksa kesehatannya 1 kali setahun
  - 5) Pemeriksaan air minum dan air bersih dilakukan 2 kali setahun
  - 6) Perbaikan tangga (dilengkapi karet anti terpeleset), ram, pintu dan tangga darurat

- 7) Penyempurnaan pengolahan limbah
- 8) Pemasangan detektor asap Pemasangan alat komunikasi
- 9) Perbaikan dan penyempurnaan ventilasi dan pencahayaan

Potensi bahaya di rumah sakit, selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya-bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di rumah sakit, yaitu kecelakaan (peledakan, kebakaran, kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anestesi, gangguan psikososial, dan ergonomi. Semua potensi-potensi bahaya tersebut jelas mengancam jiwa bagi kehidupan bagi para karyawan di rumah sakit, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan rumah sakit. Rumah sakit mempunyai karakteristik khusus yang dapat meningkatkan peluang kecelakaan.

Perbaikan dan pencegahan didasarkan atas hasil temuan dari audit, identifikasi, penilaian risiko direkomendasikan kepada manajemen puncak. Tinjauan ulang dan peningkatan oleh pihak manajemen secara berkesinambungan untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan K3. Informasi dikumpulkan dari hasil monitoring tempat kerja dan lingkungan kerja rumah sakit terutama yang berkaitan dengan sumber bahaya potensial baik yang berasal dari kondisi berbahaya maupun tindakan berbahaya serta data dari bagian K3 berupa laporan pelaksanaan K3 dan analisisnya.

Hasil Data dan informasi Audit dibahas K3 untuk menemukan penyebab masalah dan merumuskan tindakan korektif maupun tindakan preventif. Hasil rumusan disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada direktur atau pimpinan tertinggi rumah sakit. Rekomendasi berisi masukan atau saran yang harus ditindak lanjuti dari organisasi/unit pelaksana K3 RS serta alternatif-alternatif pilihan untuk perbaikan .

**Di Rumah Sakit terdapat beberapa program pengecekan atau pemeriksaan yaitu:**

### **1. Standar Pemantauan**

#### **a. Inspeksi *Fire Protection***

Standar yang digunakan adalah peraturan dan prosedur untuk pemantauan kelayakan fasilitas penanggulangan kebakaran seperti Alat Pemadam Api Ringan, *Smoke and Heat Detector, Fire Alarm, Hydrant* standard NPFA 10 yang digunakan.

#### **b. *Medical Check UP***

Selain pemeriksaan alat, para pekerja yang ada di Rumah Sakit juga diperiksa kesehatannya oleh pihak Rumah Sakit. Pemeriksaan kesehatan dilakukan bertahap, yaitu: **Prakerja**, *Medical Check Up* yang dilakukan pada saat sebelum bekerja, biasanya dilakukan pada saat masuknya pekerja baru. **Saat kerja**, *Medical Check Up* yang dilakukan pada saatsudah bekerja dan dilakukan sesuai jadwal. **Pasca kerja**, *Medical Check Up* yang dilakukan setelah para pekerja selesai dalam bekerja, biasanya dilakukan pada saat kontrak pekerja sudah habis.

#### **c. Pengukuran Kualitas Air**

Pengukuran Kualitas air di Rumah Sakit dilakukan secara berkala. Untuk pemeriksaan air

IPAL dilakukan setiap hari.

**2. Beberapa contoh program di Rumah Sakit yang harus ditindak lanjuti (*action*) setelah dilakukan pemantauan dan evaluasi yaitu:**

**a. Pemeliharaan**

Komitmen Pimpinan atau Manajemen sebagai pimpinan tertinggi di Rumah Sakit berkomitmen setelah dilakukannya audit dan pemeriksaan maka hasil tersebut akan dijadikan sebagai bahan untuk perbaikan berkelanjutan (*continous improvment*)

**b. Tinjauan dan Evaluasi**

Tinjauan ulang sebagai bahan untuk dikeluarkannya suatu kebijakan baru dari Pimpinan atau Direktur Utama.

**c. Prosedur dan aturan**

Prosedur dan aturan atau SOP Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit harus ditaati dan dipatuhi

**d. Impementasi**

Implementasi dari Sistem Manajemen Keselematan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit merupakan suatu kesisteman yang ada di Rumah Sakit , diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) **Pembelian:** Pembelian merupakan suatu kesisteman yang ada di Rumah Sakit
- 2) **Keamanan bekerja berdasarkan SMK3:** Keamanan bekerja yang diterapkan di Rumah Sakit adalah penggunaan APD, pemasangan alarm dan kode kedaruratan, pemilahan sampah, dan lain-lain.

- 3) **Standar Pemantauan:** harus dilakukan dengan baik dan secara teratur. Standar yang digunakan harus mematuhi peraturan yang ada.
- 4) **Pelaporan dan Perbaikan kekurangan:** Pelaporan dilakukan sesuai dengan sistem pelaporan yang telah dibuat pihak Rumah Sakit.
- 5) **Pengelolaan material dan perpindahannya:** Pengelolaan material diterapkan dengan dokumen MSDS yang ada di Rumah Sakit. Material yang digunakan dikelompokkan dan ditempatkan pada ruangan tertutup dan terjaga suhu optimalnya.
- 6) **Audit SMK3:** Audit harus dilakukan baik internal maupun eksternal di Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2012 karena pada pelaksanaannya dapat dilakukan setahun sekali oleh auditor internal maupun eksternal.

Pada dasarnya pemantauan dan evaluasi K3 di rumah sakit adalah salah satu fungsi manajemen K3 rumah sakit yang berupa suatu langkah yang diambil untuk mengetahui dan menilai sampai sejauh mana proses kegiatan K3 rumah sakit itu berjalan dengan efektif sesuai dengan tujuan dan sasaran yang ditetapkan organisasi.

Pemantauan dan Evaluasi Kesehatan Lingkungan Kerja Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan lingkungan kerja dilakukan oleh pihak rumah sakit. Pelaksanaan tersebut meliputi pemeriksaan seluruh area kerja yang memiliki risiko bahaya fisik, kimia ataupun

biologi dan bahaya lainnya Pengawasan juga dilakukan disetiap area kerja yang berisiko seperti tanda tanda atau simbol atau *safety sign* yang diletakkan di area berisiko terjadinya insiden.

## DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Pemerintah (PP) No. 50 Tahun 2012, tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (SMK3), Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit. Jakarta.
- Adisasmito, W. 2007. Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada
- Aditama TY, Hastuti T. Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Jakarta: PenerbitUniversitas Indonesia; 2002.
- Anonim, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor432/MENKES/SK/IV/ 2007 Tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit.
- Ardi, S. Z., & Hariyono, W. 2018. Analisa Penerapan Budaya Perilaku Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit. Jurnal. Volume 12 (Issue 1), 15–20.
- Depkes RI, 2009. Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS). Jakarta
- Laverentz, D. M., & Kumm, S. (2017). Concept evaluation using the PDSA cycle for continuous quality improvement. *Nursing Education Perspectives*, 38(5), 288–290.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit. Jakarta.

# **BAB 5**

## **PELAYANAN KESEHATAN KERJA DI RUMAH SAKIT**

**Oleh Sari Narulita**

### **5.1 Pendahuluan**

Kegiatan operasional pekerjaan dilingkungan rumah sakit mengandung resiko yang beragam sesuai dengan hazard yang ada. Kesehatan kerja mencakup kegiatan yang bersifat kompleks dan dalam melakukan pekerjaan perlu mempertimbangkan berbagai potensi bahaya serta resiko yang bisa terjadi akibat sistem kerja atau cara kerja, penggunaan mesin, alat dan bahan-bahan di samping faktor manusianya. (Budiono, 2016). Oleh karenanya sesuai dengan kebijakan yang ada pekerja hendaknya mendapatkan hak perlindungan atas upaya yang telah dilakukan dalam hal perlindungan kesehatan. Undang-Undang Kesehatan No 23 Tahun 1992 telah menyatakan bahwa Penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang perlu dilakukan diantaranya adalah upaya Kesehatan Kerja. Kesehatan Kerja diselenggarakan untuk mewujudkan produktivitas kerja yang optimal meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan penyakit akibat kerja, dan syarat kesehatan kerja.

Untuk menjamin kesehatan para pekerja maka setiap tempat kerja wajib menyelenggarakan kesehatan kerja. Kebijakan tentang pelayanan kesehatan kerja diatur sesuai peraturan menteri tenaga kerja dan transmigrasi Nomor 03/MEN/1982 tentang pelayanan kesehatan kerja.

### **5.2 Tujuan Pelayanan Kesehatan Kerja**

Pelayanan Kesehatan Kerja sebagaimana Peraturan Menteri Tenaga kerja dan transmigrasi Nomer 03 tahun 1982 bertujuan sebagai berikut :

- a. Memberikan bantuan kepada tenaga kerja dalam penyesuaian diri baik fisik maupun mental, terutama dalam penyesuaian pekerjaan dengan tenaga kerja.
- b. Melindungi tenaga kerja terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan atau lingkungan kerja.
- c. Meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental (rohani) dan kemampuan fisik tenaga kerja.

### **5.3 Tugas Pokok Pelayanan Kesehatan Kerja**

Tugas pokok pelayanan Kesehatan Kerja meliputi:

- a. Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, pemeriksaan berkala dan pemeriksaan khusus.
- b. Pembinaan dan pengawasan atas penyesuaian pekerjaan terhadap tenaga kerja.
- c. Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja.
- d. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan sanitair.
- e. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan untuk kesehatan tenaga kerja.
- f. Pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit umum dan penyakit akibat kerja.
- g. Pertolongan Pertama pada Kecelakaan.
- h. Pendidikan Kesehatan untuk tenaga kerja dan latihan untuk petugas Pertolongan Pada Kecelakaan.
- i. Memberikan nasehat mengenai perencanaan dan pembuatan tempat kerja, pemilihan alat pelindung diri yang diperlukan dan gizi serta penyelenggaraan makanan ditempat kerja.
- j. Membantu usaha rehabilitasi akibat kecelakaan atau penyakit akibat kerja.
- k. Pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga kerja yang mempunyai kelainan tertentu dalam kesehatan.
- l. Memberikan laporan berkala tentang Pelayanan Kesehatan Kerja kepada pengurus.

## 5.4 Pelayanan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan No. 66 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kesehatan Kerja Rumah sakit dilakukan secara komprehensif melalui kegiatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan Kesehatan Kerja bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pegawai di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologisnya.

### ▪ Kegiatan pelayanan kesehatan kerja yang bersifat promotif

Kegiatan promotif merupakan peningkatan kesehatan serta kemampuan fisik dan kondisi mental (rohani) SDM Rumah Sakit, antara lain meliputi:

- 1) Pemberian makanan tambahan dengan gizi yang mencukupi (*extra fooding*) bagi petugas yang bekerja di area berisiko tinggi serta petugas yang dinas bergilir (sore, malam dan diluar hari kerja atau libur).
- 2) Pelaksanaan program kebugaran jasmani terprogram (pengukuran kebugaran jasmani dan latihan fisik terprogram), senam kesehatan dan rekreasi.
- 3) Pembinaan mental/rohani.
- 4) Pemenuhan gizi kerja dan ASI di Rumah Sakit, meliputi :
  - Pengelolaan kantin bersih, sehat dan selamat/ hygiene sanitasi.
  - Pemeriksaan kesehatan penjamah makanan/hygiene perorangan.
  - Pemantauan status gizi dan konseling gizi.
  - Tempat Penitipan Anak (TPA).
  - Pengelolaan ASI di Rumah Sakit (penyediaan Ruang ASI,

Pemberian Makanan Tambahan-PMT, konseling dan Komunikasi Informasi Edukasi-KIE tentang ASI)

▪ **Kegiatan pelayanan kesehatan kerja yang bersifat preventif meliputi :**

- 1) Perlindungan spesifik dengan pemberian imunisasi pada SDM Rumah Sakit dan pekerja yang bekerja pada area/tempat kerja yang berisiko dan berbahaya (antara lain; thypoid, hepatitis, influenza dan Ca.Cervix).
- 2) Pemeriksaan kesehatan bagi pegawai sebelum bekerja, berkala dan khusus sesuai dengan risiko pekerjaan. Langkah pemeriksaan kesehatan berkala yang dilakukan berdasarkan risiko pekerjaannya, meliputi;
  - Identifikasi dan pemetaan populasi berisiko sesuai potensi bahaya yang ada
  - Menentukan jenis pemeriksaan kesehatan sesuai dengan potensi bahaya tempat kerjanya
  - Melakukan pemeriksaan kesehatan
  - Menentukan kelaikan bekerja sesuai kondisi kesehatan pegawai (fit to work)
  - Melakukan analisis hasil pemeriksaan kesehatan pegawai secara populasi untuk memberikan rekomendasi program Kesehatan Kerja dan perbaikan lingkungan kerja.
- 3) Pelaksanaan program fit to work dalam rangka penentuan jenis pekerjaan yang sesuai dengan status kesehatan pekerja Rumah Sakit.
- 4) Surveilans medik
  - Menganalisis hasil pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, berkala dan khusus, data rawat jalan, data rawat inap seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit.
  - Memberikan rekomendasi dan tindak lanjut hasil analisis.
- 5) Surveilans lingkungan kerja
  - Menilai, menganalisa dan mengevaluasi hasil pengukuran lingkungan kerja

- Memberikan rekomendasi hasil evaluasi pengukuran lingkungan kerja
  - 5) Memantau kesehatan SDM Rumah Sakit dan pekerja yang bekerja pada tempat kerja yang mengandung potensi bahaya tinggi, sesuai dengan peraturan perundangan
- **Kegiatan pelayanan kesehatan kerja yang bersifat kuratif diantaranya**
    - 1) Memberikan pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi SDM Rumah Sakit yang menderita sakit.
    - 2) Melakukan diagnosis dan tatalaksana Penyakit Akibat Kerja (PAK) yaitu penyakit yang mempunyai beberapa agen penyebab yang spesifik atau asosiasi yang kuat dengan pekerjaan, yang pada umumnya terdiri dari satu agen penyebab yang sudah diakui, selain risiko penyakit umum yang ada di masyarakat.
    - 3) Penanganan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) yaitu suatu kejadian atau peristiwa dengan unsur-unsur tidak diduga, tidak dikehendaki, tidak disengaja, terjadi dalam hubungan kerja, menimbulkan trauma/ruda paksa, kecacatan, dan kematian disamping itu menimbulkan kerugian dan/atau kerusakan properti.
    - 4) Penanganan pasca pemajanan (*post exposure* profilaksis)
  - **Kegiatan Kegiatan rehabilitatif, antara lain meliputi:**
    - 1) Rehabilitasi medik
    - 2) Pelaksanaan program pendampingan kembali bekerja (return to work) bagi SDM Rumah Sakit yang mengalami keterbatasan setelah mengalami sakit lebih dari 2 minggu/KAK/PAK, yang mana memerlukan rehabilitasi medik dan/atau rehabilitasi okupasi/kerja
  - Ruang lingkup lain dari pemantauan keselamatan kerja di Rumah Sakit mengacu pada perundang undangan dan peraturan yang berlaku termasuk dalam hal ketenagaan SDM.

Upaya manajemen Rumah Sakit dalam menjamin semua karyawan yang bekerja di Rumah Sakit aman terhadap ancaman tertularnya penyakit akibat paparan yang diperoleh selama melaksanakan kegiatan di rumah sakit sehingga karyawan merasa aman bekerja dan tetap terjaga kesehatannya. (Widowati, 2018)

Pemantauan terhadap Kesehatan karyawan dilakukan dengan cara :

- a. Pemeriksaan pra kerja bagi calon pegawai yang melamar di Rumah Sakit, meliputi pemeriksaan fisik, rontgen, laboratorium rutin serta evaluasi psikologis
- b. Pemeriksaan kesehatan berkala bagi pegawai dengan frekuensi minimal 1 tahun sekali, meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium lengkap
- c. Pemeriksaan kesehatan khusus bagi karyawan yang bekerja pada tempat-tempat khusus, karyawan berusia diatas 40 tahun, karyawan dengan penyakit-penyakit tertentu yang dianggap beresiko tinggi oleh dokter, dengan frekuensi pemeriksaan minimal 1 tahun sekali

## **5.5 Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Kerja**

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja dapat sebagaimana diatur dalam permenakertras nomer 32 tahun 1982 menyatakan sebagai berikut :

- a. Pelayanan kesehatan kerja dapat diselenggarakan oleh pengurus
- b. Pelayanan kesehatan kerja yang diselenggarakan oleh pengurus mengadakan ikatan dengan dokter atau Pelayanan Kesehatan lain.
- c. Pengurus dari beberapa perusahaan secara bersama-sama menyelenggarakan suatu Pelayanan Kesehatan Kerja.
- d. Direktur mengesahkan cara penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja sesuai dengan keadaan.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja dipimpin dan dijalankan oleh seorang dokter yang disetujui oleh Direktur. Pengurus wajib memberikan kebebasan profesional kepada dokter yang menjalankan Pelayanan Kesehatan Kerja. Dokter dan tenaga kesehatan dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan Kerja, bebas memasuki tempat-tempat kerja untuk melakukan pemeriksaan-pemeriksaan dan mendapatkan keterangan-keterangan yang diperlukan. Pengurus wajib menyampaikan laporan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Kerja kepada Direktur.

Pengurus wajib menyampaikan laporan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Kerja kepada Direktur. Tata cara bentuk laporan sebagaimana dimaksud ditetapkan oleh Direktur. Dokter maupun tenaga kerja kesehatan wajib memberikan keterangan-keterangan tentang Pelaksanaan Kesehatan Kerja kepada pengawas Keselamatan dan Kesehatan Kerja jika diperlukan. Pegawai Pengawas Keselamatan dan Kesehatan Kerja melakukan pengawasan terhadap ditaatinya pelaksanaan peraturan ini sebagaimana tertera dalam permenakertrans N0 32 Tahun 1982.

### **5.5.1 Pembentukan dan Cara penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Kerja**

Petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja permenakestrans N0.Per-03/MEN/1982 sebagai berikut (Soedirman & Prawirakusumah, 2014) :

- a. Pembentukan dan cara penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Kerja tergantung pada jumlah tenaga kerja dan Tingkat bahaya yang ada di tempat kerja yaitu :
  - 1) Perusahaan yang memiliki tenaga kerja lebih dari 500 harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja berbentuk klinik dan di pimpin oleh seorang dokter yang praktik setiap hari kerja. Bila perkerjaan dilaksanakan beberapa shift dan setiap shift mempekerjakan lebih dari 500 orang, harus ada poli klinik jaga pada setiap shift

- 2) Perusahaan yang mempunyai tenaga kerja 200-500 orang dengan tingkat bahaya rendah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja berbentuk klinik yang dibuka setiap hari kerja (dilayani paramedis) dan dipimpin oleh dokter yang praktik setiap 2 hari sekali
- 3) Dengan Tingkat bahaya tinggi harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja seperti yang telah di jelaskan point 1)
- 4) Perusahaan yang mempunyai tenaga kerja 100-200 orang dengan tingkat bahaya rendah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja berbentuk klinik dan buka setiap hari(dilayani paramedis) dan dipimpin oleh dokter praktik setiap tiga hari sekali
- 5) Dengan tingkat bahaya tinggi harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja sama seperti di jelaskan pada nomer 2)
- 6) Perusahaan yang mempunyai tenaga kerja kurang dari 100 orang dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja bersama sama dengan pengurus perusahaan lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budiono, s., 2016. *Bunga Rampai HIPERKES dan KK*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang.
- Soedirman & Prawirakusumah, S., 2014. In: *Kesehatan KErja dalam Pespektif Hiperkes & Keselamatan Kerja*. Jakarta: Erlangga.
- Widowati, A., 2018. *Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: trans Info Media.
- Departemen Kesehatan, Republik Indonesia, Undang Undang Kesehatan No 23 Tahun 1992.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 03 Tahun 1982 tentang pelayanan kesehatan kerja.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomer 32 tahun 1982 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja.

# **BAB 6**

## **PENGELOLAAN BAHAN KIMIA BERACUN & BERBAHAYA DI RUMAH SAKIT**

**Oleh Defi Arjuni**

### **6.1. Pendahuluan**

Tidak ada satupun dari kita sebagai makhluk hidup yang tidak bersentuhan dengan bahan kimia selama hidupnya. Berawal dari air yang kita gunakan sehari-hari, merupakan salah satu contoh nyata penggunaan bahan kimia. Kemudian kita membuat teh manis, kopi atau susu dipagi hari yang didampingi dengan sarapan roti bakar atau nasi goreng. Hal tersebut pastinya tidak lepas dari adanya campur tangan bahan kimia dengan kebutuhan kita sebagai manusia. Salah satu bukti nyata bahwa manusia sangat erat berhubungan dengan bahan kimia aroma atau bau yang dapat kita cium atau sesuatu yang dapat kita lihat dan dapat kita sentuh. Bahan kimia dapat berdiri sendiri sebagai zat murni atau zat yang dapat bergabung dengan zat lainnya. Sebagai salah satu contoh yang sering kita temui adalah air, dimana air sebagai salah satu bahan kimia murni karena homogen hanya terdiri dari satu jenis bahan yaitu seluruh strukturnya hanya terdapat molekul H<sub>2</sub>O.

Dengan pengamatan terhadap bahan kimia yang semakin dalam, ada baiknya kita perlu mengetahui sifat dan karakteristik dari bahan kimia itu sendiri, sehingga kita dapat melakukan tindakan pencegahan dan penanggulangan terhadap kemungkinan paparan dari bahaya bahan kimia tersebut.

#### **6.1.1. Bahan Kimia**

Dibeberapa tempat kerja, para pekerja pastinya akan berpapasan dengan risiko yang timbul akibat kerja. Salah satu dari

risiko adalah terpapar dengan bahan kimia yang memiliki sifat racun, korosif, kaustik dan lain-lain (DR.dr.Asih Widowati, 2018). Untuk lebih jelasnya pemahaman tentang bahan kimia perlulah kiranya mengetahui pengertian bahan kimia itu sendiri. Bahan kimia menurut Widowati adalah bahan-bahan dimana pembuatan, pengolahan, pengangkutan, penyimpanan dan penggunaan dapat menimbulkan dampak negatif antara lain berupa gangguan kesehatan manusia maupun terhadap lingkungan (DR.dr.Asih Widowati, 2018).

### **6.1.2. Bahan Kimia Berbahaya dan Beracun (B3)**

Namun dalam kenyataannya tidak semua bahan kimia aman terhadap manusia maupun makhluk hidup lainnya. Karena berdasarkan definisi bahan kimia berbahaya dan beracun atau disingkat dengan (B3) menurut (Pemerintah *et al.*, 2001) adalah bahan yang karena sifat, konsentrasi atau jumlahnya dapat membahayakan manusia maupun lingkungan dan menurut (Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan, 2017).

Begitu pula definisi tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) (Kementrian Sekretariat Negara, 2021) tentang tata cara registrasi dan notifikasi bahan berbahaya dan beracun

Dengan istilah lain bahwa bagi perorangan ataupun lebih jika akan melakukan kegiatan pengelolaan bahan kimia berbahaya dan beracun (B3) yang ada disekitar kita pastinya harus dikelola dengan baik dan sesuai dengan aturan yang sudah diterapkan (Pemerintah *et al.*, 2001) jika tidak pastinya akan menimbulkan dampak buruk bagi manusia, lingkungan dan makhluk hidup lainnya.

Oleh karena itu, pengelolaan B3 dalam kesehatan dan keselamatan kerja (K3) merupakan aspek yang sangat penting dalam di semua tempat kerja. Diantaranya pengelolaan B3 terdiri dari beberapa kegiatan, diantaranya berupa kegiatan produksi B3, pengangkutan baik secara manual ataupun menggunakan peralatan angkat atau angkut, mendistribusikan baik dalam skala kecil maupun skala besar, penyimpanan pada produsen maupun konsumen, para

pengguna B3, dan/atau pembuangan sisa B3 yang tidak terpakai (Pemerintah *et al.*, 2001).

Pengelolaan B3 ini bertujuan untuk mencegah dan/atau mengurangi risiko dampak B3 terhadap kesehatan manusia serta lingkungan hidup disekitar tempat pengelolaannya. Dalam hal ini setiap orang maupun skala yang lebih besar dalam hal pengelolaan B3 wajib mencegah terjadinya pencemaran terhadap lingkungan hidup.

### **6.1.3. Perumahsakit**

Rumah Sakit adalah upaya dari industri kesehatan yang bergerak dalam memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna melalui penyediaan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kementrian Sekretariat Negara, 2021) dan sesuai menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 yang menyatakan bahwa rumah sakit merupakan area dimana baik pekerja, pasien maupun pengunjung, sama-sama memiliki risiko tinggi untuk terjadi paparan (DR.dr.Asih Widowati, 2018).

Rumah Sakit menurut UU No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna, dan kesehatan paripurna merupakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (Juliansyah, 2019). Menurut (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2010) dikatakan bahwa kesehatan paripurna tersebut menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Dalam melaksanakan pekerjaannya sehari-hari petugas kesehatan di rumah sakit kemungkinan besar selalu bersinggungan dengan risiko bahaya. Diantara yang dihadapi petugas kesehatan tersebut yaitu golongan bahaya beracun, korosif dan kaustik. Bahaya dari bahan kimia tersebut umumnya dapat diantisipasi dengan melakukan pencegahan berupa penjelasan peraturan serta penerapan disiplin kerja.

#### **6.1.4. Kesehatan & Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)**

Perhatian terhadap Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit sudah mulai muncul dari pihak manajemen rumah sakit sejak pertama kali pelaksanaan akreditasi rumah sakit oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) diberlakukan di awal tahun 2000 yang lalu diterapkan.

Di Rumah Sakit, tugas dan fungsi tenaga ahli K3 bekerja sama dengan tenaga medis untuk mendiagnosa penyakit akibat kerja, dengan melakukan *Health Risk Assessment* (HRA) atau dengan melakukan *Walk Through Survey* dengan mengumpulkan data pajanan jika data HRA belum ada (Kurniawidjaja, 2019)

Dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit atau kecelakaan akibat kerja pada pekerja, pasien dan pengunjung di rumah sakit, pihak manajemen rumah sakit mewajibkan ke 6 bidang standar dan penilaian tersebut. Agar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) ini dapat diterapkan dengan sebaik-baiknya, maka rumah sakit perlu kiranya dibentuk unit atau komite atau Badan yang menangani K3 sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI (RI, 2016). Didalamnya disebutkan adanya 5 prinsip Sistem manajemen K3 (SMK3)(Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif, 2012). Kebijakan tersebut terdiri dari 5 prinsip yaitu :

1. Kebijakan
2. Perencanaan
3. Implementasi
4. Monitoring evaluasi
5. Tindak lanjut

Sebagai penyempurnaan, KARS mengeluarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 pada awal tahun 2017. Didalam standar tersebut untuk kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit terdapat Bab mengenai Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), didalamnya terdapat 24 standar dan 104 penilaian yang dikelompokkan dalam 6 bidang (DR.dr.Asih Widowati, 2018) yaitu :

1. Keselamatan dan keamanan
2. Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbahnya
3. Manajemen Penanggulangan Bencana
4. Sistem Proteksi Kebakaran
5. Peralatan Medis
6. Sistem Penunjang

## **6.2. Bahan Berbahaya dan Beracun di Rumah Sakit**

Bahan kimia beracun dan berbahaya tersebut telah banyak digunakan di setiap industri. Termasuk didalamnya industri kesehatan yaitu Rumah Sakit. Penggunaan B3 di Rumah Sakit sangat erat dengan fungsinya sebagai pemberi pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Hal ini dikarenakan Rumah Sakit menurut Bramantoto, 2017 merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna pada upaya penyembuhan dan pemulihan yang terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Selain itu Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2018 adalah institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, pelayanan medik dan non medik yang dalam pelaksanaannya menimbulkan dampak positif maupun negative. Agar tercapainya pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut, tentunya dibutuhkan beberapa fasilitas penunjang, sarana prasarana serta bahan-bahan kimia maupun peralatan pendukung lainnya.

Di Rumah Sakit penggunaan Bahan berbahaya beracun tersebut terdiri dari berbagai jenis dan beragam sesuai dengan kebutuhan jenis pekerjaan di setiap Unit kerjanya. Dengan beragamnya jenis B3 yang digunakan di Rumah Sakit, menyebabkan Rumah Sakit menjadi salah satu industri di bidang kesehatan yang wajib mengelola B3 nya dengan baik dan

benar sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku serta kebijakan Rumah Sakit tentang pengelolaan B3 (drh. David Kusmawan, 2021).

### 2.2.1. Pengelolaan B3 di Rumah Sakit

Tata cara pengelolaan B3 di Rumah Sakit dilaksanakan berdasarkan Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Juliansyah, 2019) yang tercantum pada pasal 7 ayat 1 yang menyatakan bahwa Rumah Sakit harus memenuhi beberapa persyaratan utama, dimana persyaratan tersebut harus memenuhi unsur K3. Potensi-potensi di Rumah Sakit selain penyakit akibat kerja terdapat juga potensi bahaya yang dapat mempengaruhi maupun kecelakaan antara lain penggunaan bahan kimia berbahaya dan beracun serta gas-gas anastesi dan bahan kimia lainnya.

Undang-undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 (Undang-Undang Kesehatan No 36, 2009) tentang Kesehatan yang menyatakan intinya bahwa pengelolaan tempat kerja wajib menjalankan upaya kesehatan melalui langkah-langkah promotive, preventif, kuratif serta rehabilitative.

Penerapan K3RS merupakan suatu upaya yang penting dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit serta memberikan lingkungan kerja yang sehat, aman dan nyaman. Dengan penerapan K3 RS yang baik sehingga dapat meningkatkan mutu pelayan kesehatan bukan saja hanya memberikan lingkungan kerja yang sehat dan aman, namun juga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang aman dan nyaman baik untuk pasien, keluarga pasien serta pengunjung rumah sakit.

Rumah Sakit merupakan salah satu industri yang menggunakan bahan kimia sebagai bahan pembantu proses. Dalam lingkungan kerja tersebut, bahan kimia yang digunakan setiap hari, sehingga besar kemungkinan pekerja yang bekerja di Rumah Sakit seperti tenaga medis, paramedis, non medis dapat terpapar oleh bahan kimia tersebut. Bahaya tersebut kemungkinan dapat meningkat dengan konsentrasi, dosis serta frekuensi paparan bahan kimia tersebut. Agar dapat

mengurangi dampak yang tidak aman, maka Rumah Sakit, maka B3 tersebut dapat dilihat berdasarkan :

**6.2.1 Klasifikasi B3 (Pemerintah *et al*, 2001) adalah sebagai berikut :**

- Mudah meledak (*Explosive*)
- Pengoksidasi (*Oxidizing*)
- Sangat mudah sekali menyala (*Extremely Flammable*)
- Sangat mudah menyala (*Highly Flammable*)
- Mudah menyala (*Flammable*)
- Amat sangat beracun (*Extremely toxic*)
- Beracun (*Toxic*)
- Berbahaya (*Harmfull*)
- Iritasi (*Irritant*)
- Korosif (*Corrosive*)
- Berbahaya bagi lingkungan (*Dengerous to Envoronmental*)
- Karsinogenik (*Carcinogenic*)
- Teratogenik (*Teratogenic*)
- Mutagenik (*Mutagenic*)
- Bahaya lain berupa gas bertekanan (*pressure gas*)

Dalam hal ini Perserikatan Bangsa Bangsa memberikan klasifikasi B3 tersebut sebagai berikut :

Tabel 1 : Klasifikasi Bahan Berbahaya Berdasarkan PBB

Kelas		Penjelasan
Kelas I	(Eksplosif)	Dapat terurai pada suhu dan tekanan tertentu dan mengeluarkan gas kecepatan tinggi dan merusak sekeliling.
Kelas II	(Cairan mudah terbakar)	1. Gas mudah terbakar 2. Gas tidak mudah terbakar 3. Gas beracun
Kelas III	(Bahan mudah terbakar)	1. Cairan : F.P <23 <sup>0</sup> C 2. Cairan : F.P >23 <sup>0</sup> C
Kelas IV	(Bahan mudah)	1. Zat padat mudah terbakar

Kelas		Penjelasan
	terbakar selain kelas II dan III)	2. Zat yang mudah terbakar dengan sendirinya 3. Zat yang bila bereaksi dengan air dapat mengeluarkan gas mudah terbakar
Kelas V	(Zat Pengoksidasi)	1. Oksidator bahan anorganik 2. Peroksida organik
Kelas VI	(Zat racun)	1. Zat beracun 2. Zat menyebabkan infeksi
Kelas VII	(Zat radioaktif)	Aktifitas : 0,002 microcurry/g
Kelas VIII	(Zat korosif)	Bereaksi dan merusak

Sumber : Klasifikasi B3 berdasarkan PBB dalam (DR.dr.Asih Widowati, 2018)

### 6.2.2 Penyimpanan B3

Guna melindungi tenaga kerja, pasien dan pengunjung rumah sakit dari kemungkinan terpaparnya bahan kimia, salah satu bentuk preventivenya dalam bentuk penyimpanan B3 di Rumah Sakit. Penyimpanan bahan kimia (DR.dr.Asih Widowati, 2018) sebagai berikut :

- a. Bahan Kimia Beracun
- b. Bahan Kimia Korosif. Beberapa jeni dari bahan ini mudah menguap sedangkan lainnya dapat bereaksi hebat dengan air. Uap dari asam dapat menyerang atau merusak struktur dan peralatan dan beracun untuk manusia.
- c. Bahan Kimia Mudah Terbakar. Semua pembakaran terjadi antara oksigendan bahan bakar dalam bentuk uapnya atau beberapa lainnya dalam keadaan bubuk halus.

- d. Bahan Kimia Oksidator. Bahan inadalah sumber oksigen dan dapat memberikan oksigen pada suatu reaksi meskipun dalam keadaan tidak ada udara.
- e. Bahan Kimia Reaktif terhadap Air. Bahan ini bereaksi dengan air, uap panas atau larutan air yang lambat laun mengeluarkan panas atau gas yang mudah menyala.
- f. Bahan Kimia Reaktif terhadap Asam. Bahan ini bereaksi dengan asam dan uap asam menghasilkan panas, hydrogen dan gas-gas yang mudah menyala.
- g. Gas Bertekanan. Silinder dengan gas-gas bertekanan harus disimpan dalam keadaan berdiri dan diikat dengan rantai atau diikat secara kuat. Ruang penyimpanan harus disesuaikan baik temperature maupun kelembaban
- h. Bahan Kimia Radioaktif adalah bahan kimia yang mempunyai kemampuan memancarkan sinar radioaktif dengan aktivitas jenis lebih besar dari 0,002 microcurie/gram. Dapat menimbulkan efek somatic dan efek genetic. Efek Somatic dapat bersifat akut maupun kronik. Efek somatic akut bila terkena radiasi 200 (Rad) sampai 5000 Rad dapat menyebabkan sindroma system sentral, sindroma gastrointestinal dan sindroma kelainan darah, Sedangkan efek somatic kronik terjadi pada dosis rendah. Efek geneti mempengaruhi alat reproduksi.

### **6.2.3 Pengangkutan B3**

Perlunya pengawasan dan peraturan maksimal terhadap pelaksanaan pengangkutan dan harus dilaksanakan dengan sebaik mungkin agar tidak menimbulkan dampak buruk bagi pekerja maupun orang lain serta lingkungan yang berada disekitar area kerjanya (Pemerintah *et al.*, 2001) Adapun ruang lingkup pengaturan pengangkutan B3 di Rumah Sakit terdiri dari :

- a. Pengangkutan B3 secara khusus dilakukan demi menjaga kesehatan dan keselamatan para pekerja yang terkait dengan penggunaan B3. B3 tersebut diangkut dan diserahkan langsung ke unit kerja yang menggunakan, contoh Unit Farmasi telah memiliki lemari penyimpanan B3 dan disimpan pada ruangan khusus. Pencatatan sebagai dokumentasi dilakukan dengan cermat sehingga tidak menimbulkan dampak buruk bagi petugas maupun pasien.
- b. Para petugas wajib mengetahui dan mematuhi persyaratan umum dan persyaratan khusus sesuai dengan jenis dan karakteristik B3 berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku, contohnya obat kemoterapi untuk pengobatan penderita kanker, obat tersebut dibawa dengan menggunakan wadah khusus, sehingga dapat meminimalis terjadinya pencemaran lingkungan jika terjadi tumpah
- c. **Persyaratan lintas angkutan B3 yaitu menggunakan koridor yang dilalui oleh banyak orang, antara lain pekerja, pasien, keluarga pasien, siswa atau mahasiswa magang serta pengunjung. Dengan begitu harus** ditentukan prosedur pengangkutan obat dengan mempertimbangkan:
  - Jalan yang dilalui
  - Tingkat bahaya muatan atau jenis bahan berbahaya yang diangkut
  - Frekuensi pengangkutan
  - Jenis kemasan
  - Volume bahan berbahaya yang diangkut
  - Kelestarian lingkungan, jika terjadi kecelakaan dalam pelaksanaan pengangkutan.

#### **6.2.4 Pengemasan B3**

Setiap B3 yang dihasilkan, diangkut, diedarkan, disimpan wajib dikemas sesuai dengan klasifikasinya. Setiap kemasan B3 wajib diberikan simbol dan label serta dilengkapi dengan MSDS.

Pemberian simbol dan label sangat penting untuk mengetahui klasifikasi B3 sehingga pengelolaannya dapat dilakukan dengan baik guna mengurangi risiko yang dapat ditimbulkan dari B3. (Pemerintah *et al.*, 2001). Tata cara pemberian simbol dan label sudah diatur dalam salah satu Peraturan Pemerintah yaitu pada ('Permenperind\_No.23\_2013\_1.pdf', no date).

Bagaimana jika kemasan B3 mengalami kerusakan? Dalam hal kemasan B3 yang mengalami kerusakan untuk:

- B3 yang masih dapat dikemas ulang, pengemasannya wajib dilakukan oleh pengedar
- B3 yang tidak dapat dikemas ulang dan dapat menimbulkan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan dan/atau keselamatan manusia, maka pengedar wajib melakukan penanggulangannya.

Dalam hal simbol dan label yang mengalami kerusakan juga wajib diberikan simbol dan label yang baru.

### **6.2.5 Penyimpanan B3**

Sama halnya dengan kemasan, setiap tempat penyimpanan B3 juga wajib diberikan simbol dan label. Tempat penyimpanan yang sesuai dengan persyaratan adalah sesuatu tempat tersendiri yang dirancang sesuai dengan karakteristik B3 yang disimpan. Misalnya, B3 yang reaktif (reduktor kuat) tidak dapat dicampur dengan asam mineral pengoksidasi karena dapat menimbulkan panas, gas beracun, dan api.

Tempat penyimpanan B3 juga harus dapat menampung jumlah B3 yang akan disimpan. Misalnya suatu kegiatan di Rumah Sakit di Unit Farmasi yang menggunakan B3 dalam hal ini obat kemoterapi, dan obat tersebut harus disimpan di tempat penyimpanan B3 yang memiliki kapasitas yang sesuai dengan B3 yang

akan disimpan dan memenuhi persyaratan teknis kesehatan dan perlindungan lingkungan.

Tempat penyimpanan B3 wajib memenuhi persyaratan:

- Lokasi, misalnya untuk penyimpanan obat kemoterapi dapat disimpan di ruang penyimpanan obat khusus Unit Farmasi dan sudah memiliki standar kesehatan dan keselamatan para pekerjanya.
- Konstruksi bangunan, sebagai contoh disain ruang kerja peracikan atau pengoplosan obat kemoterapi harus dibuat berdasarkan peraturan baku dan sesuai dengan standar dan peraturan yang berlaku.

### **6.2.6 Tanggung Jawab Terhadap K3**

Pengelolaan B3 di Rumah Sakit mewajibkan para pekerjanya untuk bertanggung jawab terhadap setiap proses yang berkaitan langsung dengan pengelolaan B3 tersebut. Dan terlebih lagi, kewajiban dan tanggung jawab tersebut tercantum dalam kebijakan rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan kinerja maupun produktifitas pekerja tersebut.

Setiap orang yang melakukan kegiatan pengelolaan B3 wajib menjaga keselamatan dan kesehatan kerja. Kewajiban tersebut dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan K3 yang berlaku.

Dalam melaksanakan kewajiban tersebut, penanggung jawab kegiatan pengelolaan B3 wajib melibatkan pekerjanya. Peranan pekerja dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh instansi yang berwenang di bidang ketenagakerjaan.

Sedangkan untuk menjaga keselamatan dan kesehatan kerja, pekerja dan pengawas B3 wajib melakukan uji kesehatan secara berkala. Uji kesehatan tersebut diselenggarakan oleh masing-masing instansi sesuai perundang-undangan yang berlaku.

### **6.2.7 Penanggulangan Kebakaran dan Keadaan Darurat**

Setiap orang yang melakukan kegiatan pengelolaan B3 wajib menanggulangi terjadinya kecelakaan dan/atau keadaan darurat akibat B3. Sistem tanggap darurat adalah mekanisme atau prosedur untuk menanggulangi terjadinya keadaan darurat dalam pengelolaan B3 yang memerlukan kecepatan dan ketepatan penanganan, sehingga bahaya yang terjadi dapat ditekan sekecil mungkin. Organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas (Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI, 2019) :

- a. Menyusun Program Kedaruratan Pengelolaan B3 dan/atau Limbah B3;
- b. Melaksanakan Program Kedaruratan Pengelolaan B3 dan/atau Limbah B3;
- c. Melakukan evaluasi internal Program Kedaruratan Pengelolaan B3 dan/atau Limbah B3;
- d. Melakukan revisi Program Kedaruratan Pengelolaan B3 dan/atau Limbah B3 dalam hal terdapat perubahan.

### **6.2.8 Kewajiban menggunakan Lembar Data Keselamatan Bahan (LKDB) atau Material Safety Data Sheet (MSDS)**

Penggunaan LDKB atau MSDS sudah merupakan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh setiap orang atau perusahaan yang berhubungan erat dengan bahan kimia. LKDB atau MSDS merupakan lembar petunjuk yang berisi informasi bahan kimia meliputi sifat fisika, kimia, jenis bahaya yang ditimbulkan, cara penanganan, tindakan khusus dalam keadaan darurat, dan informasi lain yang diperlukan Sesuai regulasi B3, setiap orang yang memproduksi B3 wajib membuat MSDS.

Semua pihak-pihak yang berkaitan dengan aliran distribusi bahan kimia tersebut juga bertanggung jawab

menyampaikan MSDS sampai pada pengguna, di antaranya penanggung jawab pengangkutan, penyimpanan, dan pengedaran B3 wajib menyertakan MSDS yang telah dibuat produsen ('Permenperind\_No.23\_2013\_1.pdf', no date).

MSDS harus memuat:

- Merek dagang
- Rumus kimia B3
- Jenis B3
- Klasifikasi B3
- Teknik penyimpanan
- Tata cara penanganan bila terjadi kecelakaan.

## DAFTAR PUSTAKA

- DR.dr.Asih Widowati, M. (2018) *Kesehatan & Keselamatan Kerja Rumah Sakit*. Pertama. Jakarta.
- drh. David Kusmawan, M. K. K. . (2021) *Konsep dan Aplikasi K3 Rumah Sakit*. Pertama. Yogyakarta.
- Juliansyah, A. T. (2019) 'UU No 44 tahun 2009 ttg Rumah Sakit'. doi: 10.31219/osf.io/xg85w.
- Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI (2019) 'Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No 74 tahun 2019 Tentang Program Kedaruratan Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan/atau Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun', p. 34.
- Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia (2010) 'KMK No. 340 ttg Klasifikasi Rumah Sakit', *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010*, p. 116.
- Kemntrian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif (2012) 'PP No 50 tahun 2012 ttg SMK3'.
- Kemntrian Sekretariat Negara, R. I. (2021) 'Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan', *Lembaran Negara*, (229), pp. 1-15.
- Kurniawidjaja, L. M. (2019) 'Teori dan Aplikasi Kesehatan Kerja'.
- Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan (2017) 'Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI Nomor P.36/MENLHK/SETJEN/KUM.1/6/2017 Tentang "Tata Cara Registrasi dan Notifikasi Bahan Berbahaya Beracun"', pp. 1-21.
- Pemerintah, P. *et al.* (2001) 'Pengelolaan B3', pp. 1-13.  
'Permenperind\_No.23\_2013\_1.pdf' (no date).
- RI, P. (2016) 'Permenkes RI No 66 tahun 2016', *Science of Surverying and Mapping*, 41.
- Undang-Undang Kesehatan No 36 (2009) 'UU no. 36 tahun 2009', *Sekretariat Negara RI*.

# **BAB 7**

## **PENGELOLAAN PRASARANA RUMAH SAKIT DARI ASPEK K3**

### **7.1 Pendahuluan**

Tuntutan terhadap kualitas pelayanan Rumah Sakit terus meningkat setiap waktu. Hal ini juga sejalan dengan tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik. Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap potensi bahaya kesehatan dan keselamatan pekerja, pasien dan pengunjung.

Rumah sakit berbeda dengan tempat kerja yang lain terkait dengan kegiatan yang terus menerus dilakukan selama 24 jam dan 7 hari seminggu menjadikan risiko terhadap gangguan kesehatan menjadi lebih besar bagi pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan dan pekerja dirumah sakit. Hal ini karena akibat dari lama pajanan terhadap bahaya potensial. Bahaya potensial di rumah sakit meliputi faktor fisik, faktor kimia, faktor biologi, faktor ergonomi, faktor psikologi dan kecelakaan kerja. Berbagai penelitian telah dilakukan menunjukkan prevalensi gangguan kesehatan pada pekerja/petugas di institusi kesehatan berada pada kategori cukup tinggi.

Untuk itu diperlukan tindakan pencegahan akan setiap bahaya potensial yang ada. Kegiatan seperti observasi dan identifikasi harus dilakukan oleh manajemen/tim K3RS dalam menjamin setiap prasarana rumah sakit memenuhi standar yang berlaku agar gangguan keselamatan dan kesehatan kerja dapat dicegah sedini mungkin dan menghindari kerugian.

Pengelolaan sarana prasarana rumah sakit sangatlah penting untuk dilakukan karena dapat melindungi dan menjamin keselamatan dari pasien, pengunjung, lingkungan maupun sumber

daya manusia yang ada di Rumah Sakit dari setiap potensi bahaya di lingkungan kerja. Menurut Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pengelola tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan bagi tenaga kerja.

Dengan meningkatnya pemanfaatan Rumah Sakit oleh masyarakat maka kebutuhan terhadap penyelenggaraan K3RS wajib dilakukan mengingat sumber daya manusia di Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan harus mendapatkan perlindungan dari gangguan kesehatan dan kecelakaan, baik sebagai dampak proses kegiatan pemberian pelayanan maupun karena kondisi sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit yang belum memenuhi standar. Rumah sakit memiliki kewajiban dalam menjamin kondisi sarana dan prasarana yang aman, nyaman dan sehat melalui pengelolaan fasilitas fisik, peralatan, teknologi medis secara efektif dan efisien. Dalam rangka melaksanakan kewajiban tersebut harus sesuai dengan standar K3 Rumah Sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan K3RS yang bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, dan berkesinambungan.

Dalam PMK RI Nomor 66 Tahun 2016 terdapat 8 standar K3RS, yaitu manajemen risiko, keselamatan dan keamanan, pelayanan kesehatan kerja, pengelolaan B3, pencegahan dan pengendalian kebakaran, pengelolaan prasarana, pengelolaan peralatan medis, dan kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

Oleh karena itu, manajemen Rumah Sakit diperlukan penyelenggaraan K3RS untuk melaksanakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja yang dilaksanakan secara terintegrasi, menyeluruh, dan berkesinambungan sehingga ancaman akan

penyakit menular dan tidak menular, penyakit akibat kerja, serta kecelakaan kerja di Rumah Sakit dapat dihindari sedini mungkin

## **7.2 Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit**

### **1. Pengertian**

Prasarana Rumah Sakit adalah sistem dan peralatan yang mendukung pelayanan mendasar perawatan kesehatan yang aman. Sistem ini mencakup distribusi listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medis, pipa air, pemanasan, limbah, dan sistem komunikasi dan data. Pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah upaya memastikan sistem utilitas aman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit.

### **2. Tujuan**

Tujuan pengelolaan prasarana di rumah sakit yaitu untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dengan memastikan kehandalan prasarana atau sistem utilitas dan meminimalisasi risiko yang mungkin terjadi. Aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja pada sistem utilitas mencakup strategi-strategi untuk pengawasan pemeliharaan utilitas yang memastikan komponen-komponen sistem kunci, seperti listrik, air, lift, limbah, ventilasi, dan gas medis dan lain lain diperiksa, dipelihara, dan diperbaiki secara berkala.

### **3. Ruang lingkup**

Pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja antara lain meliputi:

- a. penggunaan listrik;
- b. penggunaan air;

- c. penggunaan tata udara;
- d. penggunaan genset;
- e. penggunaan boiler;
- f. penggunaan lift;
- g. Penggunaan gas medis;
- h. Penggunaan jaringan komunikasi;
- i. Penggunaan mekanikal dan elektrik; dan
- j. Penggunaan instalasi pengelolaan air limbah.

4. Sasaran Prasarana Utilitas Rumah Sakit:

- a. Rumah Sakit mengidentifikasi area dan layanan yang memiliki risiko terbesar jika terjadi pemadaman listrik atau kontaminasi atau gangguan air.
- b. Rumah Sakit merencanakan sumber-sumber listrik dan air alternatif dalam keadaan darurat.
- c. Tata udara, gas medis, sistim kunci, sistim perpipaan limbah, lift, boiler dan lain lain berfungsi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Jenis Kegiatan Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit

- a. Ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu tujuh hari dalam seminggu secara terus menerus untuk memenuhi kebutuhan utama asuhan pasien.
- b. Rumah Sakit memiliki proses emergensi untuk melindungi penghuni rumah sakit dari kejadian terganggunya, terkontaminasi atau kegagalan sistem pengadaan air minum dan listrik.
- c. Rumah Sakit melakukan uji coba sistem emergensi dari air minum dan listrik secara teratur sesuai dengan sistem dan

hasilnya didokumentasikan. Untuk menghadapi keadaan emergensi tersebut, rumah sakit :

- 1) Mengidentifikasi peralatan, sistem dan tempat yang potensial menimbulkan risiko tertinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, mengidentifikasi area yang memerlukan pencahayaan, pendinginan, alat pendukung hidup / life support, dan air bersih untuk membersihkan dan mensterilkan perbekalan).
  - 2) Melakukan asesmen dan meminimalisasi risiko dari kegagalan sistem pendukung di tempat-tempat tersebut.
  - 3) Merencanakan sumber darurat listrik dan air bersih untuk tempat tersebut dan kebutuhannya.
  - 4) Melakukan uji coba ketersediaan dan keandalan sumber darurat listrik dan air.
  - 5) Mendokumentasikan hasil uji coba.
  - 6) Memastikan bahwa pengujian sumber alternatif air dan listrik dilakukan setidaknya setiap 6 bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi dari sumber listrik dan air. Kondisi sumber listrik dan air yang mengharuskan peningkatan frekuensi pengujian meliputi : Perbaikan berulang dari sistem air, Seringnya kontaminasi terhadap sumber air, Jaringan listrik yang tidak bisa diandalkan dan Padamnya listrik yang tak terduga dan berulang.
- d. Rumah Sakit melakukan identifikasi sistem listrik, limbah, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya secara teratur diperiksa, dipelihara, dan bila perlu ditingkatkan untuk menghindari bahaya.

- e. Rumah Sakit mempunyai mempunyai proses sistem pemeriksaan pemeriksaan yang teratur teratur dan melakukan melakukan pencegahan dan pemeliharaan lainnya. Selama uji coba, perhatian ditujukan pada komponen komponen kritis (sebagai contoh, switches dan relays) dari sistem tersebut.
- f. Sumber listrik emergensi dan cadangan diuji coba dalam lingkungan yang direncanakan dan mensimulasikan beban aktual yang dibutuhkan. Peningkatan dilakukan sesuai kebutuhan, misalnya penambahan pelayanan listrik di area yang punya peralatan baru.
- g. Petugas atau otoritas yang ditetapkan memonitor mutu air secara teratur.
  - 1) Pelaksanaan monitoring mutu air bersih paling sedikit setiap 1 tahun sekali. Untuk pemeriksaan pemeriksaan kimia minimal minimal setiap 6 bulan sekali atau lebih sering tergantung ketentuan peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman sebelumnya dengan masalah mutu air. Hasil pemeriksaan didokumentasikan.
  - 2) Pemeriksaan air limbah dilakukan setiap 3 bulan atau lebih sering tergantung peraturan perundang-undangan, kondisi air limbah, dan hasil pemeriksaan pemeriksaan air limbah terakhir. Hasil pemeriksaan didokumentasikan.
  - 3) Pemeriksaan mutu air (*biologis/biological air* ) yang digunakan untuk dialisis ginjal setiap bulan, untuk menilai pertumbuhan bakteri dan endotoksin. (bila ada).
  - 4) Pemeriksaan tahunan untuk menilai kontaminasi zat kimia. Hasil pemeriksaan didokumentasikan.

- 5) Melakukan monitoring hasil pemeriksaan air dan melakukan perbaikan bila diperlukan.
  - 6) Pemantauan dapat dilakukan oleh staf yang ditunjuk oleh rumah sakit, seperti staf dari laboratorium klinis atau oleh otoritas kesehatan masyarakat atau pemilik air dari luar rumah sakit yang dinilai kompeten untuk menjalankan pemeriksaan ini.
- h. Membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas yang mencakup : jaringan jaringan listrik, air, listrik, air, ventilasi ventilasi dan aliran udara, gas medik, perpipaan, perpipaan, uap panas, limbah, limbah, sistem komunikasi dan data, dan memetakan pendistribusiannya dan melakukan update secara berkala.
  - i. Pemeriksaan dan pemeliharaan serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris.
  - j. Jadwal pemeriksaan, testing, pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit.
  - k. Pelabelan pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian.
  - l. Komponen listrik yang digunakan rumah sakit sesuai dengan standar dan peraturan perundang- undangan.
  - m. Rumah Sakit mengumpulkan data hasil monitoring program manajemen sistem utiliti/pendukung.
  - n. Data tersebut digunakan untuk merencanakan kebutuhan jangka panjang rumah sakit untuk peningkatan atau penggantian sistem utiliti/pendukung.
  - o. Pemantauan sistem yang esensial/penting membantu rumah sakit mencegah terjadinya masalah dan

menyediakan informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan dalam perbaikan sistem dan dalam merencanakan peningkatan atau penggantian sistem utiliti/pendukung. Data hasil monitoring didokumentasikan.

- p. Bidang Prasarana dan Fasilitas Rumah Sakit dalam Panitia K3RS melakukan monitoring terhadap pelaksanaan prasarana dan fasilitas rumah sakit dan membuat laporan ke Ketua Panitia K3RS sebagai laporan rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit.

### **7.3 Pelaksanaan Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit**

Pengelolaan prasarana rumah sakit adalah suatu upaya yang dilakukan pihak rumah sakit agar semua SDM yang ada di rumah sakit dapat aman dan nyaman saat menggunakan prasarana dan sarana rumah sakit yang memenuhi kriteria. Kriteria pelaksanaan pengelolaan prasarana rumah sakit yaitu

- 1) Identifikasi dan inventarisasi prasarana rumah sakit.

Kegiatan ini dilakukan agar rumah sakit memiliki daftar dan kondisi prasarana rumah sakit sehingga mampu memberikan jaminan keselamatan terhadap seluruh aspek pekerja rumah sakit, pasien, pengunjung, dan seluruh masyarakat. Seperti identifikasi alat-alat yang masih bagus dan sudah rusak di masukan dalam daftar inventaris.

- 2) Pemberian label pada prasarana rumah sakit.

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan keterangan mengenai data peralatan seperti Nama alat, Nomor Seri, Merk, Tipe, Tahun Pengadaan, Tahun Operasional dan Status Kalibrasi yang diisi oleh BPFK atau institusi penguji. Kolom kalibrasi hanya

terdapat untuk alat kesehatan yang wajib dikalibrasi sesuai Permenkes 54 tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.

3) Penyusunan pedoman dan Standar Operasional Prosedur rumah sakit.

Kegiatan ini dilakukan sebagai standarisasi cara yang dilakukan pekerja dalam menyelesaikan pekerjaannya yang bertujuan untuk mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang pekerja dalam melaksanakan tugas, meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual pekerja dan organisasi secara keseluruhan, membantu pekerja menjadi lebih mandiri dan tidak bergantung pada intervensi manajemen sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses kerja, meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas, menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan pekerja cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan, memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh pekerja dalam melaksanakan tugasnya, memberikan informasi dalam upaya peningkatan kompetensi pekerja, dan memberikan informasi mengenai beban tugas seorang pekerja dalam melaksanakan tugasnya Seperti SOP untuk penggunaan alat di kamar bedah sebelum dan setelah digunakan akan disterilkan terlebih dahulu (Sembiring, 2018)

4) Pemeriksaan dan pemeliharaan prasarana rumah sakit.

Kegiatan ini wajib dilakukan tim K3RS sehingga prasarana yang ada dapat diketahui kelayakannya dan apabila tidak layak

digunakan lagi dapat diperbaiki atau bahkan diganti oleh pihak rumah sakit (PMK RI No.66, 2016).

Pemeriksaan dan pemeliharaan harus dilakukan secara berkala meliputi kondisi bangunan diseluruh ruang perawatan rawat inap pasien, bangunan ruang rawat jalan, bangunan diluar ruang perawatan dan alat- alat yang digunakan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan baik alat medik maupun alat non medik.

Pemeriksaan terhadap sarana (fasilitas fisik) dapat dilakukan setiap 1 bulan sekali. Untuk pemeliharaan dapat dilakukan oleh unit pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit. Dan jika perlu diperbaiki dapat dilakukan oleh pihak ketiga atas rujukan dari Rumah Sakit.

#### 5) Pelatihan dan simulasi penggunaan prasarana rumah sakit.

Kegiatan ini dilakukan sebagai bentuk proses pendidikan yang diberikan untuk menunjang pengetahuan dan keterampilan bagi pekerja yang ada di Rumah Sakit agar bisa efektif, efisien serta meningkatkan produktivitas pekerja. Contohnya Pelatihan penggunaan APAR. Pelatihan dan Simulasi bagi pekerja dirumah sakit dilakukan secara berkala minimal setahun sekali.

#### 6) Pelaporan dan Pencatatan setiap kegiatan pengelolaan prasarana.

Kegiatan pelaporan dan pencatatan pengelolaan prasarana rumah sakit penting untuk dilakukan sebagai bagian dari Manajemen K3RS dalam menunjukkan kualitas prasarana yang dimiliki. Kegiatan ini wajib dilakukan rumah sakit secara terintegrasi sehingga rumah sakit dapat melakukan peninjauan dan peningkatan terhadap kinerja K3RS. Kegiatan ini merupakan pemeliharaan, pengawasan dan pengendalian prasaana rumah sakit.

## **7.4 Form Ceklist Pengelolaan prasarana Rumah sakit Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 66 Tahun 2016**

No.	Peraturan menteri Kesehatan No. 66/PMK/M/2016	Kondisi Aktual	Kriteria Kesesuaian		Saran
			Sesuai	Tidak Sesuai	
1.	(BAB 3 Pasal 17, Point 1) Adanya fasilitas yang mendukung dalam setiap pekerjaan guna meminimalisir potensi kecelakaan kerja				
2.	(BAB 3 Pasal 17, Point 2) Adanya pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 meliputi penggunaan listrik, penggunaan air, tata udara yang cukup, penggunaan genset, penggunaan boiler, penggunaan gas medis.				
3.	(BAB 3 Pasal 18 Point 3) Adanya pengelolaan peralatan medis untuk meminimalisir kecelakaan kerja dan untuk melindungi seluruh penghuni rumah sakit dari potensi bahaya peralatan medis.				

No.	Peraturan menteri Kesehatan No. 66/PMK/M/2016	Kondisi Aktual	Kriteria Kesesuaian		Saran
			Sesuai	Tidak Sesuai	
4.	(BAB 3 Pasal 18, Point 2) Adanya pengawasan dalam pengelolaan peralatan medis untuk memastikan seluruh proses pengelolaan peralatan medis telah memenuhi aspek K3.				

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfiqri, Nugraha, 2018. Evaluasi Manajemen Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Rumah Sakit Jiwa Grhasia di Yogyakarta. Available at: <https://dspace.uui.ac.id/handle/123456789/10120>.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI. 2010. Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS), Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat jenderal Bina upaya kesehatan, Direktorat Bina pelayanan penunjang medik dan sarana kesehatan, kementerian kesehatan RI, 2011, Pedoman Teknis di bidang sarana dan prasarana kesehatan. jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 432 Tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Pedoman-pedoman teknis di bidang bangunan dan sarana rumah sakit.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (September 2010). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2010 tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit. Diakses dari <http://www.quantummanagement.biz>.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit. Diakses dari [http://www.kesjaor.kemkes.go.id/documents/PMK\\_No.\\_66\\_tg\\_Keselamatan\\_dan\\_Kesehatan\\_Kerja\\_Rumah\\_Sakit\\_.pdf](http://www.kesjaor.kemkes.go.id/documents/PMK_No._66_tg_Keselamatan_dan_Kesehatan_Kerja_Rumah_Sakit_.pdf).
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. No 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.
- Panitia P2K3 RS. 2018. Buku Panduan Pengelolaan Prasarana RS Avicenna dari aspek K3. Bireuen
- Sembiring, S.F. 2018. Penerapan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabanjahe Kabupaten Karo

Sumatera Utara. Skripsi. FKM Universitas Sumatera Utara.  
Available at:  
<https://repositori.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/11294/141000450.pdf>

Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. 2009. Jakarta

Watung, Frily. 2019. Gambaran Pelaksanaan Program Pelayanan Keselamatan Kerja di RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado. Jurnal Kesmas Vol. 8 No. 7 November 2019. Hal 409-415.  
Available at:  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/26637>.

# **BAB 8**

## **KESIAPSIAGAAN MENGHADAPI KONDISI DARURAT**

**Oleh Rahmitasari**

### **8.1 Pendahuluan**

Disini penulis mencoba mensosialisasikan terkait dengan bagaimana bila terjadi kejadian bencana atau kegawat daruratan di rumah sakit.

Kata darurat ini banyak macamnya, baik yang bisa disebabkan oleh akibat dari rumah sakit itu sendiri atau produksi di rumah sakit itu sendiri atau mungkin dapat dari bencana alam. Seperti yang terjadi saat sekarang krisis Kesehatan akibat dari COVID. Maka dari itu penulis mengambil judul kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat. Daruratnya bisa diakibatkan oleh rumah sakit, dan bencananya bisa diakibatkan oleh alam, yang kesemuanya dapat mengakibatkan terjadi masalah. Dalam hal ini masalah penatalaksanaan yang ekstra yang terkadang diluar dugaan manusia.

Bencana seringkali terjadi secara tiba-tiba dan sulit diprediksi dengan dampak sangat besar hingga dinyatakan kejadian luar biasa. Untuk itu Rumah Sakit harus menyusun pedoman rencana penanggulangan bencana rumah sakit atau Hospital Disaster Plan (HDP) yang menitikberatkan pada upaya upaya terkait penanggulangan kondisi darurat di dalam rumah sakit akibat bencana eksternal maupun internal.

Rumah sakit sebagai pelayanan medis rujukan, terutama untuk kasus gawat darurat, perlu dipersiapkan untuk menghadapi dampak bencana. Rumah sakit tidak hanya harus mampu melakukan dan mengelola pelayanan sehari-hari, Pada saat yang sama juga harus dapat secara aktif melayani para korban. Dapat

membantu menyelamatkan nyawa korban bencana. Kapan Setelah bencana, orang tidak hanya melihat rumah sakit sebagai fasilitas yang memberikan pelayanan perawatan kesehatan pengobatan dan rehabilitasi kepada korban bencana, selain juga berperan sebagai provider makanan dan tempat tinggal dan fasilitas yang berguna mengkoordinasikan pemulihan bencana.

Dasar Hukum yang melandasi tentang kondisi darurat dan bencana di Rumah Sakit. Yang harus kita tahu terlebih dahulu adalah tentang K3 Keselamatannya ada di UU No.1 Tahun 1970 dan tentang penanggulangan bencananya ada di UU No. 24 Tahun 2007. Ada sistem yang harus dipenuhi di suatu rumah sakit, sebagaimana tercantum PP No. 50 Tahun 2012 dan PermenKes No. 66 Tahun 2016.

Setiap bencana umumnya memiliki pola atau siklus berulang yang pada dasarnya terbagi menjadi tiga tahap yaitu pra bencana saat bencana dan pasca bencana. Penanggulangan bencana pada tahap saat bencana disebut dengan tanggap darurat bencana, menurut Peraturan Kepala Badan Nasional penanggulangan bencana nomor 4 tahun 2008 yang disebut dengan tanggap darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan. Penyelenggaraan penanggulangan bencana pada saat tanggap darurat ini meliputi pengkajian secara cepat dan tepat terhadap lokasi kerusakan dan kerugian dan sumber daya. Penentuan status keadaan darurat bencana penyelamatan dan evakuasi masyarakat terkena bencana pemenuhan kebutuhan dasar perlindungan terhadap kelompok rentan serta pemulihan dengan segera prasarana dan sarana vital atau dengan kata lain tahap tanggap darurat merupakan tahap penindakan atau pengarahan pertolongan untuk membantu masyarakat yang tertimpa bencana guna menghindari bertambahnya korban jiwa tanggap darurat langkah yang tepat evakuasi terlaksana cepat masyarakat berhasil selamat.

Arti kesiapsiagaan adalah pencegahan terjadinya kemungkinan bencana. Upaya kesiapsiagaan dilakukan pada saat bencana awal teridentifikasi sebelum terjadi. Dengan kata lain

mampu mengenali ancaman bencana, memprediksikan sebelum terjadinya bencana, mampu mencegah bencana.

Kesiapsiagaan kondisi darurat dan/atau bencana dapat dilakukan dengan menyusun rencana tanggap darurat dan/atau bencana berdasarkan hasil penilaian menggunakan instrumen :

- HIRADC (*Hazard Identification, Risk Assessment and Determining Control*) ,
- HVA (*Hazard Vulnerability Analysis*) ,
- HIS (*Hospital Safety Index*), dan FSRA (*Fire Risk Assessment*)

## **8.2 Kategori Keadaan Darurat**

Tim Tanggap Darurat harus memahami keadaan tingkat darurat agar Tindakan pencegahannya tepat. Kategori Keadaan atau kondisi darurat terbagi menjadi 3 :

### **8.2.1 Kondisi Darurat Tingkat 1**

Kondisi Darurat Tingkat 1 ini berpotensi mengancam bahaya manusia dan harta benda (aset), namun secara normal dapat diatasi oleh personil jaga dari suatu instalasi rumah sakit dengan menggunakan prosedur yang telah dipersiapkan tanpa perlu adanya regu bantuan yang dikoordinir.

### **8.2.2 Kondisi Darurat Tingkat 2**

Pada kondisi ini merupakan Kecelakaan besar dimana semua karyawan yang bertugas dibantu dengan peralatan dan material yang tersedia di instalasi atau pabrik tersebut, tidak mampu mengendalikan keadaan darurat tersebut.

Bantuan tambahan masih berasal dari industri sekitar, pemerintah setempat dan masyarakat sekitar.

### **8.2.3 Kondisi Darurat Tingkat 3**

Kodisi Darurat Tingkat 3 merupakan nalapetaka bencana dahsyat dengan akibat lebih besar dibandingkan dengan keadaan

darurat tingkat 2, dan memerlukan bantuan koordinasi pada tingkat nasional.

## **8.3 Jenis Keadaan Darurat**

Berdasarkan UU Nomor 24 tahun 2007, jenis bencana / keadaan darurat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) jenis bencana yaitu bencana alam, bencana non alam, dan bencana sosial.

### **8.3.1 Bencana Alamiah (Natural Hazard)**

Bencana karena faktor alam seperti banjir, gunung meletus, gempa bumi, tsunami, kekeringan, angin topan puting beliung, dan sebagainya.

### **8.3.2 Bencana Non Alam (Faktor Operasional)**

Bencana karena faktor operasional *human error* seperti kebakaran, kebocoran gas, kerusakan alat, dan sebagainya.

### **8.3.3 Bencana Sosial**

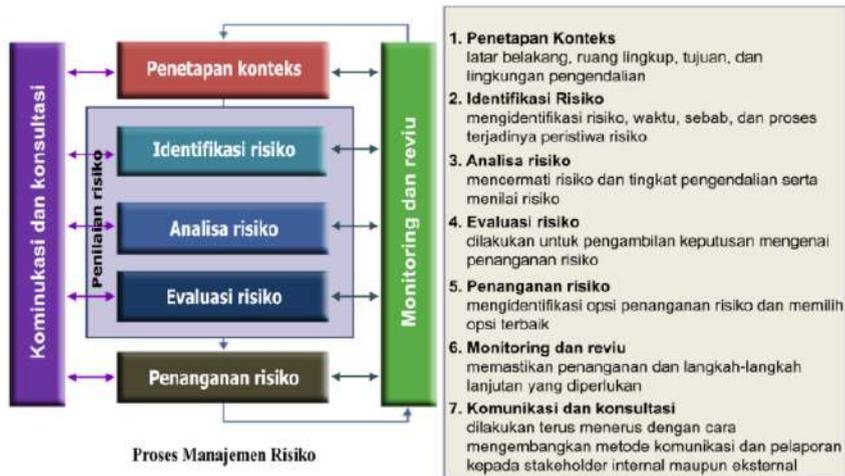
Bencana karena sabotase, aksi konflik / peperangan, teror.

## **8.4 Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana**

Manajemen darurat dan/atau bencana harus dapat dilakukan oleh Rumah Sakit sehingga pada saat terjadi bencana, Rumah Sakit dapat diakses, dapat memberikan layanan kesehatan terhadap korban bencana dan berfungsi maksimum dengan infrastruktur yang sama sebelum terjadi bencana, selama bencana, dan segera setelah bencana (WHO, 2015). Program manajemen bencana Rumah Sakit mengarahkan perkembangan dan eksekusi kegiatan yang mampu memitigasi, mempersiapkan, merespon, dan pemulihan situasi dari suatu bencana.

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Permenkes nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

(K3RS) yang mengatur tentang penyelenggaraan SMK3RS (Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit) dan melakukan penerapan standar K3RS, termasuk didalamnya kesiapsiagaan Rumah Sakit menghadapi kondisi darurat dan/atau bencana.



Gambar 4. Proses Manajemen Resiko

Sumber : Panduan Teknis Kesiapsiagaan Kondisi Darurat dan atau bencana di Rumah Sakit

Sebagaimana pada PermenKes No. 66 Tahun 2016 menyebutkan bahwa Kesiapsiagaan dalam menghadapi kondisi darurat beberapa tahapan:

#### 8.4.1 Identifikasi Resiko Kondisi Darurat

Adalah proses menemukan, menguraikan dan mencatat jenis bahaya yang dapat meningkatkan atau menurunkan kondisi darurat. Dalam hal ini bisa dilihat dari aspek *human, material, machine, method* atau apapun yang dapat berdampak merugikan atau mengganggu kualitas pelayanan suatu rumah sakit.

## 8.4.2 Penilaian Analisa Resiko Kerentanan Bencana

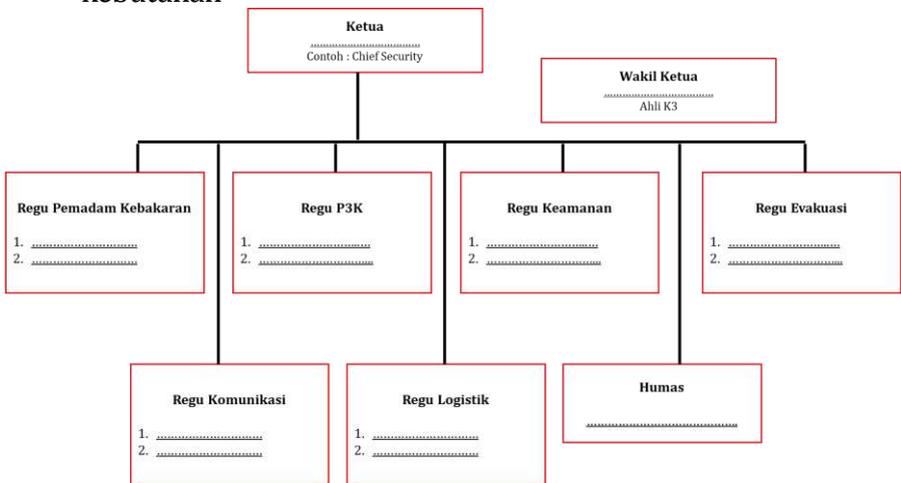
## 8.4.3 Pemetaan Resiko Kondisi Darurat

## 8.4.4 Pengendalian Kondisi Darurat

1. menyusun pedoman tanggap darurat atau bencana;
2. membentuk tim tanggap darurat atau bencana; dan
3. menyusun standar prosedur operasional tanggap darurat atau bencana.

## 8.4.5 Simulasi Kondisi Darurat

Simulasi dilakukan berdasarkan penilaian analisa risiko kerentanan bencana. Berikut Contoh Struktur *Emergency Response Preparedness* yang dapat dikembangkan sesuai kebutuhan



Gambar 6. Contoh Struktur *Emergency Response Preparedness*

## 8.5 Tingkat Kesiapsiagaan kondisi darurat

Ada 3 (tiga) tingkatan dalam kesiapsiagaan kondisi darurat :

Status Kondisi darurat dan/atau bencana	Istilah Dalam Bahasa	Penjelasan
I	Awas/ Merah 	Kondisi darurat dan/atau bencana yang dapat diselesaikan dengan bantuan pihak luar
II	Siaga/ Orange 	Kondisi darurat dan/atau bencana yang dapat diselesaikan oleh internal Rumah Sakit
III	Waspada/ Kuning 	Kondisi darurat dan/atau bencana yang dapat diselesaikan oleh satuan kerja/unit/instalasi terkait

Gambar 5. Tingkatan Dalam Kesiapsiagaan Kondisi Darurat

## 8.6 Sistem Kode Darurat Di Rumah Sakit

- Kode Biru (Code Blue) : Kedaruratan Medik / resusitasi
- Kode Merah (Code Red) : Kebakaran
- Kode Merah Muda (Code Pink) : Penculikan bayi
- Kode Hijau (Code Green) : Kejadian Gempa Bumi
- Kode Hitam (Code Black) : Ancaman bom
- Kode Abu-abu (Code Grey) : Kedaruratan keamanan
- Kode Kuning (Code Yellow) : Kedaruratan massal /  
emergensi internal
- Kode Coklat (Code Brown) : Kehilangan/Pencurian
- Kode Oranye (Code Orange) : Ancaman akibat bahan kimia,  
zat biologis, radioaktif / nuklir
- Kode Ungu ( Code Purple ) : Evakuasi

## **PUSTAKA**

- Cut H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapsiagaan Bencana Di Rsudza Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*. 2017;3(2).
- Wijaya O, Trisnantoro L. Analisis Kesiapsiagaan Rumah Sakit di Kota Padang untuk Mengantisipasi Ancaman Gempa Bumi dan Tsunami (Studi Kasus Rumah Sakit Islam Siti Rahmah). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2015.
- Petunjuk Teknis Kesiapsiagaan Kondisi Darurat dan/ata Bencana Di Rumah Sakit. Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat. 2020
- Pratamaningtyas AB, Jayanti S, Wahyuni I. Analisis Kesiapsiagaan Rsud dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri Dalam Penanggulangan Bencana: Diponegoro University; 2015.

## **BIODATA PENULIS**



**Risnawati Tanjung, SKM. M. Kes**  
Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan  
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Medan, pada tanggal 04 Mei 1975. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Lingkungan di Universitas Sumatera Utara (USU) pada tahun 1999. Pada Tahun 2004 s/d 2006 ia melanjutkan Pendidikan Magister ke Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta Peminatan Kesehatan Lingkungan. Menjadi Dosen Tetap di Jurusan Kesehatan Lingkungan dan Mengajar Mata Kuliah Sanitasi Rumah Sakit, Sanitasi Industri & K3, Sanitasi Pemukiman, Dasar Kesehatan Lingkungan sekaligus pernah menjadi Koordinator Penjaminan Mutu, Koordinator Akademik, Koordinator Kemahasiswaan dan Menjadi Koordinator Laboratorium Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Medan.

## **BIODATA PENULIS**



### **Ir. Bambang Sulistyo P, MKKK**

Dosen Praktisi Program Studi Kesehatan dan Keselamatan Kerja  
(K3) Fakultas Ilmu Kesehatan dan Teknologi  
Universitas Binawan Jakarta

#### **Pendidikan :**

- S1 : Teknik Kimia , Institut Teknologi “ Sepuluh Nopember Surabaya (ITS) “
- Safety Engineer, Texas A & M University, USA, 1991
- S2 : Magister K3, Universitas Indonesia ,2000
- Saat ini sedang menempuh pendidikan Doktor (S3) Ilmu Corporate Communication di Universitas Sahid Jakarta (2018).

#### **1. Training / Course :**

- HSE Engineer Training ( Fire Training Ground ) Sei Gerong, 1991
- SESKO ABRI , Bandung ,1991
- Environment, Health and Safety On The Job Training ,(6 bulan) Mobil Oil,USA, 1993
- The Principles & Application Ergonomics, (2 bulan) Princeton, USA ,1993

- Workshop Total Quality Management System (1 bulan) di Japan, 1994
- General Insurance and Management Training (3 bulan) , England (London),1994
- Total Quality Management Benchmark Study (3 bulan), Japan, 1996
- Accredited Safety Auditing, Cilacap, 1996
- TISA Forum on Industrial Hygiene, Jakarta, 1996
- Process Safety Management Implementation, Cirebon , 1997
- Safety, Health & Environment Workshop Chemical Industry (1 bulan) Tokyo, Jepang, 1999
- AMDAL (A) / Env Impact, 2000, Semarang
- AMDAL Executive, Jogjakarta, 2002
- Quantitative Risk Assessment Applied in Oil Gas And Petroleum Industry, Jogjakarta, 2003
- Team Prepare Guidelines HSE Management System (HSEMS), BPMIGAS, 2006
- Chairman Team Audit HSE Management System, PT. Pertamina EP Jakarta, 2007
- Marpolex (Marine Pollution Exercise) ASEAN Countries, (2 minggu) Philipine Iollo ,2007
- Benchmarking Team Gas Methane and Coal ( 1 bulan ) Queensland, Australia, 2007
- Seminar Middle East Renewable Energy Summit, Cairo, 200
- Benchmarking Tim Project Petroecuador, Ecuador, 2008
- Keynote Speaker Panel Global Gas Flaring Reduction di Kol, Germany, 2008

## **2. Pengalaman :**

- 1981-1992 : Pertamina Refinery Unit II Dumai - Riau
- 1992-1995 : Head of Development & Control Fire, Health & Safety Engineering (Head Quarter Jakarta)
- 1995-1997: Head of Development & Control Environmental (Head Quarter Jakarta)
- 1997-2002 : HSE Specialist (HSE Division-Headquarter, (HSE Corporate), Jakarta

- Upstream Directorate (Exploration & Production), Pertamina E & P :
- 2000–2004 : HSE Manager
- 2004–2008 : General Manager HSE PT. PERTAMINA EP Jakarta
- 2008-2011 : Vice President HSE , Legal & General Affairs (PT. PERTAMINA EP–Elnusa Tristar Ramba Limited–Jakarta)
- 2011–2014 : HSE General Manager (PT. DongYang Indonesia-Korea Company (Krakatau Posco Project) di Cilegon , Banten

## BIODATA PENULIS



**Dr. rer. med. H. Hamzah Hasyim, S.K.M., M.K.M.**  
Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas  
Sriwijaya

Penulis merupakan salah satu dosen senior di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya. Saat ini penulis juga adalah *Research Center Manager in the Institute of Research and Community Service (LP2M)* Universitas Sriwijaya. Pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.) peminatan **Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)** dan Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M.) peminatan **Kesehatan Lingkungan** diselesaikan di Universitas Indonesia (tahun 1999 dan tahun 2009). Selain itu, penulis juga mengikuti *Teacher's Certificate (AKTA IV)*, Teaching Proficiency Program, FKIP Universitas Sriwijaya. (tahun 2000). Penulis menyelesaikan program Doctorate in theoretical medicine (Dr.rer.med.), dalam bidang ilmu Kedokteran di *Institute of Occupational, Social and Environmental Medicine, Faculty of Medicine of the Goethe University Frankfurt German* (2019). Selain itu, penulis juga sempat mengikuti sertifikasi terkait Standarisasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Ergonomi dan Kesehatan Tenaga Kerja Manajemen Promosi, Menuju Perdagangan Bebas, yang diselenggarakan oleh Ikatan Dokter Kesehatan Kerja dan Kementerian Ketenagakerjaan Republik Indonesia di PT PUSRI Palembang. *Professional membership* yang sempat diikuti oleh

penulis antara lain: *Public Health Association of Indonesia (IAKMI)*; *The Indonesian Public Health Union (PERSAKMI)*; *Indonesia One Health University Network (INDOHUN)*; *The Board Member of the Association of Higher Education Institutions of Indonesian Public Health (AIPTKMI)*, dan *Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*.

Alamat afiliasi saat ini adalah *Department of Environmental Health, Faculty of Public Health, Universitas Sriwijaya, Ogan Ilir, 30662, South Sumatra Province, Indonesia*. Penulis dapat dihubungi melalui official email [hamzah@fkm.unsri.ac.id](mailto:hamzah@fkm.unsri.ac.id)

## BIODATA PENULIS



**Sari Narulita**

Staf Dosen Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Penulis lahir di Talang Padang, 17 Juni 1976 pendidikan di jurusan keperawatan Poltekkes Tanjung Karang tahun 1994 dan pada tahun 1998 penulis melanjutkan studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2001. Penulis mencoba memperkaya keterampilan dan pengalaman klinis dengan bekerja di Rumah Sakit. Penulis melanjutkan studi lanjut Magister dengan Konsentrasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan saat ini penulis meniti karir sebagai Dosen tetap di Universitas Binawan, Jakarta. Kegiatan sebagai dosen dilakukan dalam memberikan pengajaran, melakukan penelitian dan Pengabdian kemasyarakat serta melakukan publikasi. Semoga tulisan ini dapat memberikan ilmu manfaat bagi siapa saja yang membacanya dan manfaat untuk keilmuan keselamatan dan kesehatan kerja.

Email Penulis: [sari@binawan.ac.id](mailto:sari@binawan.ac.id) / [s\\_narulita@yahoo.com](mailto:s_narulita@yahoo.com)

## **BIODATA PENULIS**



### **Defi Arjuni**

Dosen Program Studi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Fakultas Ilmu Kesehatan dan Tehnologi, Universitas Binawan Jakarta

Penulis lahir di Jakarta tanggal 16 Juni 1969. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Fakultas Ilmu Kesehatan dan Tehnologi, Universitas Binawan Jakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara pada tahun 1993 dan melanjutkan S2 jurusan Administrasi K3 STIAMI Jakarta dan selesai di tahun 2012. Penulis menekuni bidang Kesehatan dan Keselamatan Kerja sejak menjadi karyawan di sebuah Rumah Sakit swasta di Jakarta dipertengahan tahun 1994 hingga 2009. Beberapa pengalaman yang menjadikannya menjadi sebuah tantangan bahwa penerapan K3 di Rumah Sakit harusnya menjadi issue mutlak yang harus dilaksanakan oleh seluruh karyawan, mulai dari tingkat manajemen hingga level pelaksana.

## **BIODATA PENULIS**



**Richard Andreas Palilingan**

Dosen Tetap Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Manado

Penulis Lahir di Manado pada 22 September 1988. Pada Tahun 2010 menyelesaikan pendidikan sarjana ilmu kesehatan masyarakat di Universitas Sam Ratulangi pada Tahun 2010. Kemudian melanjutkan Jenjang Studi Magister Fisiologi-Ergonomi Kerja di Universitas Udayana Pada 2011. Mulai Tahun 2014 sampai 2019 Menjadi Dosen tidak Tetap Bidang Minat Keselamatan dan kesehatan kerja di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi. Tahun 2019 Penulis diangkat menjadi Dosen Tetap Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Manado.

Saat ini Penulis fokus menekuni bidang Keselamatan dan kesehatan kerja. Berbagai macam pelatihan tentang K3 telah diikuti. Penulis juga aktif dalam kegiatan profesi seperti Perhimpunan Ergonomi Indonesia Sejak Tahun 2015 hingga saat ini sebagai Pengurus Koordinator wilayah Sulawesi, Maluku dan Papua. Tahun 2020 sampai sekarang sebagai anggota aktif Perhimpunan Ahli Kesehatan Kerja Indonesia dan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.

## **BIODATA PENULIS**



### **Rahmitasari**

Petugas Proteksi Radiasi (PPR)

Penulis yang lahir di Jakarta pada 30 Desember 1984 telah menamatkan Pendidikan D-IV Teknokimia Nuklir STTN BATAN Yogyakarta pada tahun 2006. Penulis ditengah kesibukannya yang berprofesi sebagai Petugas Proteksi Radiasi (PPR) bertugas menyusun Program Proteksi Keselamatan Radiasi, saat ini melanjutkan studinya dibidang Hubungan Internasional Paramadina *Graduate School Diplomacy* sejak September 2021.