

**PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN  
DAN KESEHATAN KERJA DI RSUD TARAKAN  
TAHUN 2010  
(PENELITIAN KUALITATIF)**



Skripsi  
Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana  
Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat  
Pada Fakultas Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
Oleh  
**ALAUDDIN**  
**FIRMAN ALIMUDDIN**  
**NIM. 70200106053**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN  
MAKASSAR  
2010**

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan penuh kesadaran, penyusunan yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah benar hasil karya penyusun sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, 27 September 2010

Penyusun,

**FIRMAN ALIMUDDIN**

**NIM: 70200106053**



## PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul “Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan Tahun 2010” yang disusun oleh Firman Alimuddin, NIM: 70200106053, mahasiswa Prodi Kesehatan Masyarakat Jurusan Keselamatan dan Kesehatan Kerja, telah diuji dan diperrtahkan dalam sidang skripsi yang diselenggarakan pada hari Kamis 26 Agustus 2010 M, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (dengan beberapa perbaikan).

Makassar, 26 Agustus 2010  
16 Ramadhan 1431 H

### DEWAN PENGUJI

Ketua	: dr. H. M. Furqaan Naiem, MSc., Ph.D.	(	)
Sekretaris	: M. Fais Satrianegara, SKM., MARS.	(	)
Penguji I	: Fatmawaty Mallapiang SKM., M.Kes.	(	)
Penguji II	: Prof. DR. Darussalam, M.Ag.	(	)

Diketahui Oleh:

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

UIN Alauddin Makassar

dr. H. M. Furqaan Naiem, MSc., Ph.D.  
NIP: 19580404 198903 1001

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Segala puji bagi Allah Tuhan semesta alam yang melimpahkan karunia pengetahuan kepada makhluk-makhluk-Nya. Yang mana setiap tutur kata yang tertulis dalam susunan kalimat-kalimat ini adalah adalah setitik ilmu yang dianugerahkan, dan kita patut mensyukurinya. Sebab tanpa itu, hidup ini ibarat berjalan di dalam gelap gulita tanpa cahaya, dan ilmu pengetahuan itulah cahaya yang dikaruniakan Allah pada kita.

*Allahumma shalli 'alaa sayyidina muhammadin wa 'alaa aalii sayyidina Muhammad*, shalawat dan salam atas junjungan dan suri tauladan terbaik Nabiullah Muhammad Rasulullah SAW, sang ilmuwan peradaban.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada semua orang-orang yang telah banyak membantu dalam penyelesaian proposal penelitian ini:

1. Ayahanda Prof. Dr. H. Azhar Arsyad, M.A. selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar
2. Ayahanda dr. H. M. Furqaan Naiem, MSc., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan dan pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
3. Bapak M. Fais Satrianegara, SKM., MARS. selaku pembimbing II yang telah banyak membantu dalam penulisan skripsi ini.

4. Ibu Fatmawaty Mallapiang SKM, M. Kes. dan Ustadz Prof. DR. Darussalam, M.Ag. yang telah bersedia menjadi penguji serta telah banyak memberikan saran dan arahan yang sangat bermanfaat.
5. Bapak Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan.
6. Buat orang tuaku tercinta, ayahanda Alimuddin dan ibunda Aisyah, kalian adalah orang tua terbaik sedunia yang mencintaiku tanpa logika.
7. Adik-adikku tercinta, Nirma, Lina, Bia dan si bungsu Laila, kalian adalah sumber inspirasi dan spiritku.
8. Rekan-rekan mahasiswa yang telah banyak membantu, khususnya saudara-saudaraku.
9. Pengelola dan staf administrasi Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang telah memperlancar urusan administrasi selama penulis menempuh pendidikan.

Dengan segala kerendahan hati, tulisan ini kami persembahkan, semoga dapat memberi manfaat bagi pembaca.

Makassar, 27 Agustus 2010

**Firman Alimuddin**  
Penulis

## DAFTAR ISI

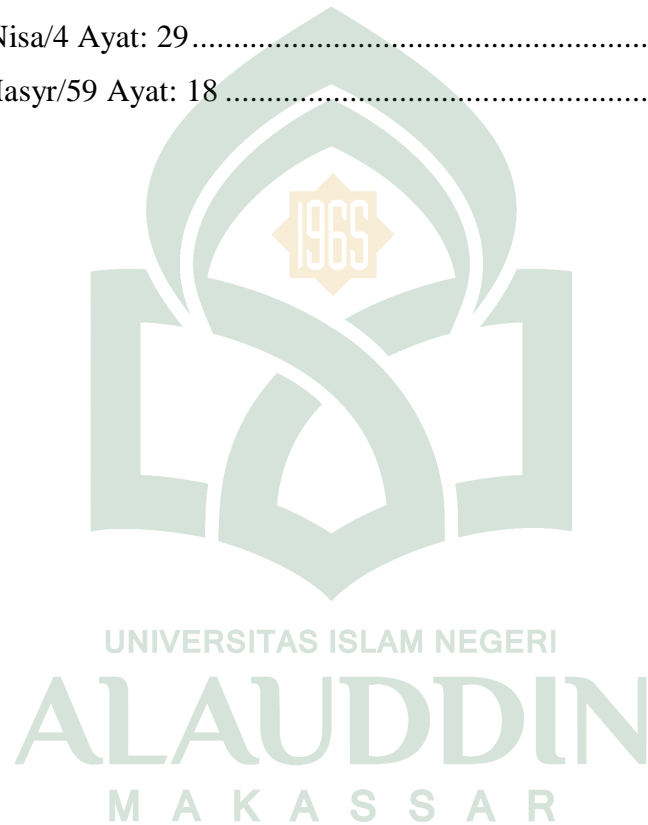
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
ABSTRAK .....	vi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
A. Tinjauan Umum tentang SMK3 .....	10
1. Dasar Hukum Penerapan SMK3 .....	10
2. Tujuan dan Sasaran Penerapan SMK3 .....	15
B. Tinjauan Khusus tentang K3RS .....	17
1. Definisi .....	17
2. Upaya K3 di Rumah Sakit .....	20
3. Potensi Bahaya di Rumah Sakit .....	23
4. Respon Kegawatdaruratan di Rumah Sakit .....	24
C. Prinsip Dasar SMK3RS .....	24
1. Komitmen dan Kebijakan .....	24
a. Kepemimpinan dan Komitmen .....	24
b. Tinjauan Awal K3 ( <i>Initial Review</i> ) .....	25
c. Kebijakan K3 .....	26

2. Perencanaan K3RS .....	28
3. Pengorganisasian .....	32
4. Penerapan K3RS.....	36
a. Tahap Persiapan.....	36
b. Tahap Pelaksanaan.....	38
c. Tahap Pemantauan dan Evaluasi .....	38
d. Tinjauan Ulang dan Peningkatan oleh Pihak Manajemen .....	40
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI PERASIONAL .....</b>	<b>41</b>
A. Kerangka Konsep Penelitian.....	41
B. Definisi Operasional.....	42
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>43</b>
A. Jenis Penelitian.....	43
B. Populasi dan Sampel .....	43
C. Metode Pengumpulan Data.....	43
D. Pengolahan dan Penyajian Data.....	44
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	44
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>45</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	45
B. Hasil.....	46
C. Pembahasan .....	63
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>66</b>
A. Kesimpulan .....	66
B. Saran.....	67

**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR AYAT-AYAT AL-QUR'AN

I. Q.S. Al-Baqarah/ 2 Ayat: 286.....	13
II. Q.S. Al-Qamar/ 54 Ayat: 49 .....	14
III. Q.S. Ar Ra'du/ 13 Ayat: 11 .....	21
IV. Q.S. Al-Maidah/ 5 Ayat: 32.....	22
V. Q.S. An Nisa/4 Ayat: 29.....	23
VI. Q.S. Al-Hasyr/59 Ayat: 18 .....	29





## LAMPIRAN

Lampiran I Kuesioner Penelitian

Lampiran II *Checklist*

Lampiran III Panduan Wawancara

Lampiran IV Surat Izin Penelitian

Lampiran V Surat Keterangan Telah Meneliti

Lampiran VI Struktur Organisasi PK3RS

Lampiran VII Struktur Organisasi Rumah Sakit

Lampiran VIII Dokumentasi Penelitian



## ABSTRAK

Nama Penyusun : Firman Alimuddin  
NIM : 70200106053  
Judul Skripsi : Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
di RSUD Tarakan Tahun 2010

---

Skripsi ini mencoba memaparkan tentang program-program apa dari Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang telah dilaksanakan di RSUD Tarakan, baik dari segi komitmen dan kebijakan, perencanaan, pengorganisasian, dan pelaksanaan.

Populasi penelitian adalah sebanyak 737 orang yaitu seluruh pekerja yang terdaftar sebagai karyawan rumah sakit, sementara sampel penelitian adalah pihak-pihak yang terlibat di dalam penerapan SMK3 di RSUD Tarakan. Penelitian dilakukan dengan survey kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara dan observasi langsung.

Hasil penelitian ini mengkaji tentang komitmen dan kebijakan, perencanaan, pengorganisasian, dan penerapan K3 di RSUD Tarakan. Komitmen dan kebijakan pimpinan terhadap penerapan K3 sudah ada dan tertulis, namun belum tersosialisasikan kepada seluruh elemen yang ada di rumah sakit. Perencanaan K3 di RSUD Tarakan telah dilakukan sebelum perumusan program, salah satunya dengan pengumpulan data dan penentuan prioritas. Pengorganisasian dilakukan dengan membentuk organisasi PK3RS. Penerapan K3 dilakukan dalam bentuk pelaksanaan pelatihan, sosialisasi, dan penyediaan alat pelindung diri, namun masih dalam jumlah yang sangat minim. Evaluasi dan peninjauan belum terlaksana karena penerapan K3 di RSUD Tarakan baru berjalan sekitar 6 bulan.

Rekomendasi bagi pihak manajemen untuk lebih memperkuat komitmen agar kinerja PK3RS lebih meningkat, penyediaan personil PK3RS yang memenuhi syarat, pihak pimpinan mengkomunikasikan K3 ke seluruh jajaran manajemen, karyawan, pasien dan pengunjung rumah sakit.

Kata kunci: Sistem Manajemen K3 Rumah Sakit, PK3RS.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### ***A. Latar Belakang***

Dunia kerja adalah tempat melaksanakan pekerjaan, guna menghasilkan suatu produk berupa barang dan jasa. Pekerjaan dapat berlangsung di tempat terbuka, tertutup, permukaan air, kedalaman air, bawah tanah, darat, udara, tempat bergerak maupun statis. Setiap tempat dan jenis pekerjaan selalu dihadapkan dengan berbagai risiko, baik risiko terhadap tenaga kerja, alat kerja maupun material kerja. Dan Setiap jenis pekerjaan mengandung unsur bahaya, baik industri, perkantoran, pertambangan, pelayanan jasa, perdagangan, konstruksi maupun pertanian.

Termaktub di dalam undang- undang RI No. I Tahun 1970 bahwa tempat kerja adalah tempat dilakukan pekerjaan untuk keperluan suatu usaha di mana terdapat tenaga kerja yang bekerja dan kemungkinan adanya bahaya di tempat kerja tersebut. Tempat kerja ini mencakup semua tempat kegiatan usaha yang bermotif ekonomi maupun sosial.

Suatu negara akan mampu meningkatkan kesejahteraannya apabila pembangunan terus berjalan. Dan roda pembangunan ini dapat terus dijalankan melalui pengembangan berbagai bidang pekerjaan. Pekerjaan akan mencapai hasil yang maksimal apabila setiap unsur yang terlibat di dalamnya berjalan sinkron, baik dari segi alat kerja, tenaga kerja, maupun material kerja. Untuk mewujudkan hal tersebut perlu dilakukan suatu upaya agar harmonisasi antara setiap unsur-unsur yang

terlibat tetap terjaga, berupa penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) yang baik di setiap sektor pekerjaan. Sejalan dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. PER-05/ MEN/ 1996 bahwa Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang selanjutnya disebut Sistem Manajemen K3 adalah bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, penerapan, pencapaian, pengkajian dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja dalam rangka pengendalian resiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif.

Dapat diperkirakan bahwa sejumlah besar tenaga kerja di seluruh dunia saat ini bekerja dalam kondisi yang tidak aman sehingga dapat mengganggu kesehatan para pekerja tersebut. Makalah yang disampaikan oleh Astrid Sulistomo pada seminar K3RS tahun 2001 lalu mengatakan bahwa berdasarkan data yang diperoleh ILO, setiap tahun terjadi 1,1 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit akibat kerja atau kecelakaan akibat hubungan pekerjaan. Dari jumlah tersebut, 354.000 orang mengalami kecelakaan fatal. Dan dari 250 juta kecelakaan, sekitar 300.000 terjadi kematian, sementara sisanya adalah kematian karena penyakit akibat hubungan pekerjaan baru setiap tahunnya. Kejadian kecelakaan walau bagaimana pun kecilnya akan berdampak pada kualitas produksi. Pemerintah dalam hal ini melalui Permenaker No Per 05/ Men/ 1996 mengeluarkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja atau SMK3 bagi industri di Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi ini (Notoatmodjo, 2007: 361).

*International Labor Organization* (ILO) mengestimasikan terdapat 125 juta kasus cedera fatal dengan lebih sebulan absen kerja yang sebagian besar

menyebabkan penurunan kapasitas kerja. Surat kabar harian *Kompas*, terbitan 17 September 2002 menyebutkan bahwa selama tahun 2000 tercatat 66.367 kasus kecelakaan kerja dengan korban meninggal 4.142 orang di Indonesia. Kejadian kecelakaan walau sekecil apapun tidak boleh dipandang remeh, sebab apabila kita telusuri lebih jauh dampak yang ditimbulkannya maka akan lebih banyak ditemukan kerugian lainnya. Layaknya gunung es yang tampak hanya kecil, tetapi di dasarnya sangat besar. Pemerintah dalam hal ini melalui Permenaker No. PER 05/ MEN/ 1996 mengeluarkan peraturan penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja atau SMK3 bagi industri di Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi ini (Notoatmodjo, 2007: 361).

Pelaksanaan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja di suatu perusahaan dapat menunjang peningkatan produktivitas tenaga kerja itu sendiri yang secara otomatis akan memberikan keuntungan. Kecelakaan kerja tidak saja menimbulkan korban jiwa dan kerugian materi bagi pekerja dan pengusaha, tetapi dapat juga mengganggu proses produksi secara menyeluruh, merusak lingkungan yang pada akhirnya akan berdampak pada masyarakat luas (Depkes RI, 2002).

Setiap jenis dan tempat pekerjaan memiliki risiko bahaya yang berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi oleh lokasi, proses kerja, material kerja, maupun alat-alat yang digunakan dalam melaksanakan pekerjaan. Salah satu pekerjaan yang memiliki risiko bahaya tinggi adalah rumah sakit. Pada umumnya masyarakat maupun pekerja di rumah sakit kurang menyadari berbagai potensi bahaya yang ada. “Penyakit akibat kerja di rumah sakit dapat menyerang semua tenaga kerja, baik tenaga medis maupun nonmedis” (Anies, 2005: 123).

Terjadinya kecelakaan di tempat kerja sebagian besar disebabkan oleh faktor manusia (*unsafe act*), yaitu perilaku yang tidak aman. Dan sebagian kecil disebabkan oleh faktor lingkungan (*unsafe condition*). Oleh sebab itu, untuk menjamin keselamatan dan kesehatan tenaga medis, tenaga nonmedis maupun orang lain yang berkunjung ke rumah sakit, diperlukan suatu upaya untuk meminimalisir risiko bahaya yang ada, sehingga semua yang berada di rumah sakit dapat beraktivitas dengan perasaan aman dan nyaman, maka perlu diterapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Djati, 2001: 100).

Tenaga kerja non medis yang bekerja di rumah sakit, misalnya pekerja pada unit *laundry* ataupun *housekeeping* tidak luput dari risiko bahaya infeksi maupun kecelakaan kerja lainnya. Pada tahun 1997 CDC (*Center For Disease Control*) melaporkan ada 52 kasus petugas kesehatan nonmedis terkena HIV akibat kecelakaan di tempat kerja, sedangkan 114 orang petugas kesehatan lain diduga terinfeksi di tempat kerja. *International Council of Nurses* (ICN) (2005) melaporkan bahwa estimasi sekitar 19-35% semua kematian pegawai kesehatan pemerintah di Afrika disebabkan oleh HIV/AIDS.

Gambaran kejadian infeksi di atas hanya satu dari berbagai macam risiko bahaya yang dapat menimpa pekerja di rumah sakit. Misalnya risiko *low back pain* akibat kesalahan posisi tubuh saat mengangkat pasien atau benda-benda lain, bahaya pemajanan radiasi, bahan kimia toksik, bahaya biologis, temperatur ekstrim, bising, debu, *stress*, terjatuh, tersandung, terantuk, terstusuk dan lain sebagainya. Pada tahun 2006 terdapat lebih dari 5 juta orang bekerja di rumah sakit di seluruh Amerika dengan berbagai macam jenis pekerjaan di dalamnya. Mereka semuanya terpapar dengan berbagai masalah yang berkaitan dengan gangguan K3RS di mana salah

satunya adalah tindak kekerasan. Menurut data perkiraan *Bureau Labor Statistic* (BLS) pada tahun 1999 terdapat 2637 kasus tindak kekerasan yang dialami oleh pekerja rumah sakit (Warta Kesehatan Kerja, 2006: 26).

Hal ini tentunya perlu mendapatkan perhatian serius dari pihak pengurus rumah sakit, yaitu melalui upaya penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS). “Dibandingkan dengan pekerja sipil lainnya, pekerja rumah sakit lebih banyak mengalami masalah kesehatan dan keselamatan kerja, berdasarkan klaim kompensasi yang diajukan” (*US Department of Health and Human Services, 1990*).

Komitmen bersama yang kuat, perencanaan, dan pengorganisasian untuk menerapkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di tempat kerja sangat diperlukan untuk meningkatkan daya kerja dan produktivitas. Lemahnya sistem manajemen dan rendahnya tingkat kesadaran terhadap pentingnya Keselamatan dan Kesehatan Kerja dapat berakibat fatal bagi pekerja maupun kemampuan berproduksi suatu perusahaan. Rumah sakit sebagai perusahaan jasa yang memiliki lingkungan kerja yang kompleks dengan berbagai potensi sumber bahaya di dalamnya, sepatutnya memiliki tindakan preventif yang benar-benar mampu menjamin keselamatan dan kesehatan pekerjanya. Rumah sakit dapat dikatakan terminal segala penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular. Tenaga kerja yang bertugas akan sering berinteraksi dengan pasien sehingga rentan tertular penyakit yang sama.

Keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit merupakan program yang baru bagi rumah sakit di Indonesia, hanya ada beberapa rumah sakit yang memiliki panitia K3- RS, dan itupun belum memiliki program yang terarah. Oleh sebab itu, data tentang angka kecacatan, kesakitan, dan kematian akibat kerja di rumah sakit

belum ada (Bambang, 2000). Melihat kondisi ini, jika kita berpatokan pada data-data tersebut, maka akan sulit menentukan rumah sakit mana yang memiliki angka kejadian kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang tinggi. Sehingga penilaian awal dapat dilakukan pada kondisi rumah sakit dan perilaku kerja para petugasnya. Sebab kedua hal tersebut dapat menggambarkan risiko yang dapat ditimbulkannya. Dan salah satu rumah sakit yang penulis anggap perlu untuk diteliti upaya pencegahan kecelakaan dan penyakit kerjanya, (dalam hal ini penerapan SMK3) adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan.

RSUD Tarakan adalah rumah sakit terbesar di bagian utara Kaltim, yang menjadi satu-satunya pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berdomisili di daerah ini. RSUD Tarakan adalah rumah sakit Tipe B non pendidikan yang memiliki jumlah karyawan sebanyak 737 orang (Kepegawaian RSUD Tarakan, 2010). Rumah sakit ini terletak di pulau Tarakan yang merupakan tempat transit bagi orang-orang yang hendak keluar dan masuk dari negara-negara bagian utara Kaltim, di antaranya Malaysia, Filipina, Brunei Darussalam. Hal ini menambah beban kerja RSUD Tarakan, selain sebagai pusat kesehatan utama bagian utara Kaltim, juga harus menghadapi berbagai penyakit yang kemungkinan terbawa oleh para imigran dari negara luar. RSUD Tarakan memiliki visi sebagai rumah sakit yang berwawasan internasional dan memiliki misi meningkatkan/ mengembangkan rumah sakit serta kualitas produk layanan yang berstandar internasional. Tentunya, untuk mencapai hal tersebut RSUD Tarakan harus memiliki setiap kriteria sebagai rumah sakit yang memenuhi standar, salah satunya penerapan SMK3. Suatu instansi atau bidang usaha akan sulit diterima hasil produksinya di pasar internasional jika tidak menerapkan K3 dalam proses kerjanya.



## ***B. Rumusan Masalah***

Berdasarkan uraian di atas, maka permasalahan difokuskan pada bagaimana penerapan SMK3 di RSUD Tarakan. Adapun subpokok permasalahan adalah mengenai prinsip-prinsip dasar penerapan SMK3RS, di antaranya:

1. Bagaimana komitmen dan kebijakan K3 di RSUD Tarakan?
2. Bagaimana perencanaan K3 di RSUD Tarakan?
3. Bagaimana pengorganisasian K3 di RSUD Tarakan?
4. Bagaimana langkah-langkah penerapan K3 di RSUD Tarakan?

## ***C. Tujuan Penelitian***

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang dilaksanakan di RSUD Tarakan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui komitmen dan kebijakan K3 di RSUD Tarakan.
- b. Untuk mengetahui perencanaan K3 di RSUD Tarakan.
- c. Untuk mengetahui pengorganisasian K3 di RSUD Tarakan.
- d. Untuk mengetahui langkah-langkah penerapan K3 di RSUD Tarakan.

#### ***D. Manfaat Penelitian***

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi siapa saja yang mengaksesnya, terutama:

1. Pihak Manajemen Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi, saran dan masukan bagi pihak pengurus rumah sakit untuk lebih meningkatkan upaya penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan.

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan sumber referensi bagi institusi yang menaungi peneliti, yaitu Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pengetahuan dan dapat memperkaya khasanah keilmuan bagi diri peneliti.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan bacaan dan sumber informasi bagi masyarakat agar tumbuh kesadaran akan arti pentingnya penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja merupakan suatu kesatuan yang utuh dari setiap kegiatan manajemen yang ada di suatu institusi tempat kerja atau perusahaan, seperti manajemen produksi, manajemen sumber daya manusia, manajemen keuangan dan manajemen-manajemen lainnya. Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja terintegrasi dengan setiap manajemen yang ada. Manajemen adalah kemampuan atau keterampilan untuk memperoleh suatu hasil dalam rangka pencapaian tujuan secara efektif dan efisien, melalui pengarahan, penggerakan, dan pengendalian kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh orang-orang yang tergabung dalam suatu unit kerjasama. Sedangkan sistem manajemen adalah rangkaian kegiatan manajemen yang teratur dan saling berhubungan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Notoadmodjo, 2007: 365).

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja menurut Permenaker No. 05 tahun 1996 adalah bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, prosedur, proses dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan, penerapan, pencapaian, pengkajian dan pemeliharaan kebijakan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif. Lima prinsip dasar Sistem Manajemen K3 merupakan suatu siklus yang berkesinambungan.

## ***A. Tinjauan Umum tentang SMK3***

### **1. Dasar Hukum Penerapan SMK3**

- a. Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. Per. 05/Men/1996

Pasal 3:

Setiap perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja sebanyak 100 orang atau lebih dan mengandung potensi bahaya yang dapat ditimbulkan oleh karakteristik proses atau bahan produksi yang dapat mengakibatkan kecelakaan kerja, seperti peledakan, kebakaran, pencemaran dan penyakit akibat kerja wajib menerapkan Sistem Manajemen K3.

- b. Undang-undang RI No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

Pasal I:

Tempat kerja adalah tiap ruangan atau lapangan, terbuka atau tertutup, bergerak atau tetap, di mana tenaga kerja bekerja atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan di mana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya sebagaimana diperinci pada pasal 2; termasuk tempat kerja ialah semua ruangan, lapangan, halaman dan sekelilingnya yang merupakan bagian atau yang berhubungan dengan tempat kerja tersebut (Soepomo, 2001: 445).

Pasal 8:

Pengurus perusahaan wajib untuk memeriksakan kesehatan tenaga kerja sejak akan masuk kerja, selama bekerja dan akan dipindahkan ke tempat atau pekerjaan lain.

c. Undang-undang RI No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan

Pasal 23 ayat (1):

Kesehatan kerja diselenggarakan agar setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan diri sendiri dan masyarakat sekelilingnya, agar diperoleh produktivitas kerja yang optimal, sejalan dengan program perlindungan tenaga kerja.

Pasal 23 ayat (2):

Kesehatan kerja meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan penyakit akibat kerja, dan syarat kesehatan kerja.

Di dalam undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya pada kondisi kerja yang berpotensi membahayakan kesehatan. Hal tersebut dapat berlaku pada perusahaan yang mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Berpatokan pada pasal di atas, maka rumah sakit dapat tergolong ke dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai potensi bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap paramedis dan nonmedis yang bekerja di rumah sakit, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung rumah sakit. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola rumah sakit menerapkan upaya-upaya K3 di rumah sakit.

Keselamatan kerja merupakan ilmu tentang pengetahuan dan penerapannya dalam usaha mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja di tempat kerja. Keselamatan dan kesehatan kerja harus diterapkan dan dilaksanakan di tempat kerja. Tempat kerja adalah setiap tempat yang di dalamnya terdapat tiga

unsur, yaitu adanya suatu usaha, baik itu usaha yang bersifat ekonomis maupun usaha sosial. Adanya potensi bahaya di tempat tersebut, baik yang berkaitan dengan lingkungan, proses kerja, alat maupun material kerja. Dan adanya tenaga kerja yang bekerja di dalamnya, baik secara terus-menerus maupun hanya sewaktu-waktu.

Mengingat kondisi tempat kerja yang memiliki berbagai risiko, maka pengusaha memiliki kewajiban untuk melaksanakan K3 di antaranya (Husni, 2003: 106-109):

1. Terhadap tenaga kerja yang baru bekerja, pengusaha berkewajiban menunjukkan dan menjelaskan tentang:
  - a. Kondisi dan bahaya yang dapat timbul ditempat kerja
  - b. Semua alat pegaman dan pelindung yang harus digunakan
  - c. Cara dan sikap dalam melakukan pekerjaannya
  - d. Memeriksa kesehatan baik fisik maupun mental tenaga kerja
2. Terhadap tenaga kerja yang telah/sedang dipekerjakan, ia berkewajiban:
  - a. Melakukan pembinaan dalam hal pencegahan dan penanggulangan
  - b. Memeriksa kesehatan
  - c. Menyediakan alat pelindung diri (APD)
  - d. Memasang rambu-rambu K3
  - e. Melaporkan setiap kecelakaan
  - f. Membayar biaya pengawasan K3
  - g. Menaati semua persyaratan K3

Potensi bahaya di rumah sakit, selain penyakit-penyakit infeksi juga terdapat potensi bahaya-bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di rumah sakit, yaitu risiko peledakan, kebakaran, sengatan listrik, radiasi, bahan-bahan kimia

yang berbahaya, gas-gas anastesi, gangguan psikososial, ergonomi dan sumber-sumber cedera lainnya. Semua potensi bahaya tersebut, jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi para karyawan di rumah sakit, pasien, maupun pengunjung yang ada di lingkungan rumah sakit (Menkes RI, 2007).

Berdasarkan pemaparan tersebut di atas, dapat dilihat berbagai macam ancaman terhadap kesehatan. Sementara dari sudut pandang Islam, sangat ditekankan pentingnya pemeliharaan kesehatan. Quraish Shihab (1994) dalam bukunya Membumikan Al-Qur'an, menjelaskan bahwa Tuhan memang telah menetapkan takdir manusia, namun tidak berarti manusia harus pasrah pada takdirnya. Di dalam bingkai takdir tersebut terdapat berbagai pilihan bagi manusia, dan manusia bebas memilih sepanjang ia masih tetap dalam bingkai tersebut. Demikian halnya dengan takdir sakit, sehat dan ajal, manusia tetap diwajibkan berusaha menjaga kesehatan agar ia dapat berumur panjang dan melakukan banyak pengabdian dalam kehidupannya, baik kepada sesama manusia maupun kepada Tuhannya.

Pendapat Quraish Shihab tentang kewajiban menjaga kesehatan tersebut sesuai dengan firman Allah SWT dalam Q.S. Al-Baqarah/2: 286.

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا ۗ لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ ۗ ... رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا إِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِنَا ۗ رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ ۗ ...

**Terjemahnya:**

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya.... Ya Tuhan Kami, janganlah Engkau bebankan kepada Kami beban yang berat sebagaimana Engkau bebankan kepada orang-orang sebelum kami. Ya Tuhan Kami, janganlah Engkau pikulkan kepada Kami apa yang tak sanggup Kami memikulnya....

Diterangkan dalam Al-Qur'an bahwa Tuhan tidak akan mendatangkan suatu perintah yang tidak mampu dipikul oleh setiap diri manusia. Bahkan di dalam melaksanakan ibadah, kita diberi toleransi, jika tidak mampu melakukan shalat berdiri, kita boleh duduk, atau berbaring. Demikian pula, berpuasa tidak diwajibkan bagi orang yang sakit, atau dalam perjalanan, dan boleh menggantinya pada saat mereka mampu. Ibadah haji hanya diwajibkan bagi orang yang benar-benar mampu melakukan perjalanan secara aman, baik dari segi kesehatan maupun harta yang dimilikinya (Hamka, 1982).

Manusia memiliki keterbatasan, sehingga untuk tetap menjaga kesehatannya, manusia tidak boleh melampaui batas kemampuan yang telah ditetapkan padanya. Termasuk dalam melakukan pekerjaan, sehingga di dalam Keselamatan dan Kesehatan Kerja dikenal ilmu ergonomi, yaitu suatu upaya untuk merencanakan peralatan kerja sehingga dapat sesuai dengan manusia yang menggunakannya. Hal tersebut dimaksudkan agar manusia nyaman dan tak perlu melakukan usaha berlebihan untuk melaksanakan pekerjaan. Firman Allah SWT dalam Q.S. Al-Qamar/54: 49.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
 M A K A S S A R

إِنَّا كُلَّ شَيْءٍ خَلَقْنَاهُ بِقَدَرٍ ﴿٤٩﴾

**Terjemahnya:**

*Sesungguhnya Kami menciptakan segala sesuatu menurut ukuran.*

Berdasarkan ayat Al-Qur'an tersebut di atas, manusia harus memperhatikan dirinya dan tidak memaksakan diri untuk melakukan sesuatu secara berlebihan, sebab hal itu akan mengganggu kesehatannya. Hal inilah yang menyebabkan diperlukannya



suatu perencanaan atau manajemen kerja, sehingga segalanya dapat diukur dan direncanakan dengan baik.

Program K3 berdasarkan Pedoman ILO tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang mencakup langkah-langkah berikut:

- a. Membuat kebijakan berdasarkan prinsip-prinsip K3 dan partisipasi pekerja serta menetapkan unsur-unsur utama program;
- b. Pengorganisasian suatu struktur untuk menerapkan kebijakan, termasuk garis tanggung jawab dan akuntabilitas, kompetensi dan pelatihan, pencatatan dan komunikasi kejadian;
- c. Perencanaan dan penerapan, termasuk tujuan, peninjauan ulang, perencanaan, pengembangan dan penerapan sistem;
- d. Evaluasi pemantauan dan pengukuran kinerja, investigasi kecelakaan, gangguan kesehatan, penyakit dan kejadian yang berhubungan dengan pekerjaan, audit dan peninjauan ulang manajemen;
- e. Tindakan perbaikan melalui upaya-upaya pencegahan dan korektif, pembaruan dan revisi yang terus menerus terhadap kebijakan, sistem dan teknik untuk mencegah dan mengendalikan kecelakaan, gangguan kesehatan, penyakit dan kejadian-kejadian berbahaya yang berhubungan dengan pekerjaan.

## **2. Tujuan dan Sasaran Penerapan SMK3**

Pelaksanaan Sistem Manajemen K3 diharapkan mampu membentuk suatu Sistem Keselamatan dan Kesehatan Kerja di tempat kerja melalui integrasi dengan berbagai unsur manajemen, tenaga kerja, kondisi, dan lingkungan kerja dalam rangka

mencegah dan mengurangi kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Menciptakan tempat kerja yang aman dari kejadian kebakaran, peledakan dan kerusakan yang pada akhirnya akan melindungi investasi perusahaan serta menciptakan kondisi tempat kerja yang sehat. Selain itu, pelaksanaan SMK3 juga diharapkan meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja. Hal tersebut dapat terwujud sebab perusahaan dapat menghemat biaya kompensasi akibat sakit atau kecelakaan kerja (Menaker RI, 1996).

Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan upaya preventif yang kegiatan utamanya adalah mengidentifikasi, mensubstitusi, mengeliminasi, mengevaluasi, dan mengendalikan risiko bahaya. Identifikasi bahaya dapat dilakukan dengan jalan inspeksi, survey dan monitoring tempat kerja. Untuk mengidentifikasi masalah K3, baik manajemen maupun teknik, maka perlu dilakukan audit K3. Untuk itu, Dewan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (DK3) telah menyusun pedoman teknis audit. Selain itu, pemerintah dalam upaya memasyarakatkan dan membudayakan keselamatan dan kesehatan kerja telah memberikan penghargaan kepada perusahaan yang berprestasi dan mampu mencapai nihil kecelakaan (*Zero Accident*). Yaitu penghargaan kepada perusahaan yang mencapai jumlah jam kerja tertentu tanpa kehilangan waktu kerja karena kecelakaan (Notoadmodjo, 2007: 366).

Tujuan dan sasaran Sistem Manajemen K3 adalah menciptakan suatu sistem keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, tenaga kerja, kondisi dan lingkungan kerja yang terintegrasi dalam rangka mencegah dan mengurangi kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta terciptanya tempat kerja yang aman, efisien, dan produktif.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/ Menkes/ SK/ IV/ 2007, menyatakan bahwa tujuan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RS adalah mewujudkan terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman dan nyaman dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan rumah sakit.

## ***B. Tinjauan Khusus tentang K3RS***

### **1. Definisi**

Kesehatan Kerja Menurut WHO/ ILO (1995), adalah suatu upaya yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja 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. Secara ringkas merupakan penyesuaian pekerjaan kepada manusia dan setiap manusia kepada pekerjaan atau jabatannya.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI (2007), Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit adalah suatu proses kegiatan yang dimulai dengan tahap perencanaan yang dilanjutkan dengan pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. Tujuan utama dari sistem manajemen keselamatan

dan kesehatan kerja (K3) rumah sakit adalah untuk membudayakan K3 di dalam lingkup rumah sakit.

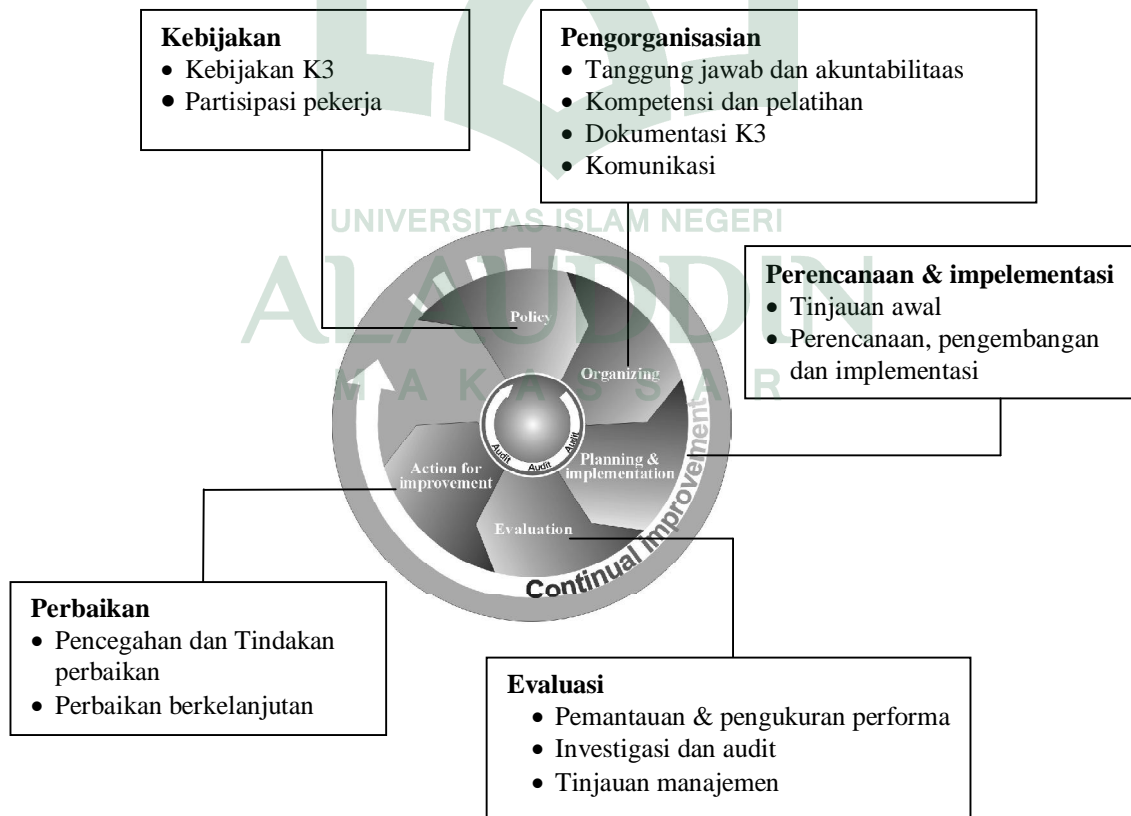
Suatu sistem Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang efektif memerlukan komitmen bersama antara pihak yang kompeten, pengusaha, pekerja dan perwakilan mereka. Tanggung jawab menyeluruh untuk memberikan lingkungan kerja yang aman dan sehat terletak pada pengusaha, yang harus menunjukkan komitmennya kepada K3 dengan menempatkan suatu program yang terdokumentasi, tersedia bagi pekerja dan perwakilan mereka, yang menjelaskan prinsip-prinsip pencegahan, identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko, informasi dan pelatihan. Pekerja mempunyai tugas untuk bekerjasama dengan pengusaha dalam menerapkan K3, menghargai dan menjalankan prosedur dan instruksi lainnya yang dirancang untuk melindungi mereka dan orang lain yang berada di tempat kerja, terhadap paparan potensi bahaya akibat pekerjaan (WHO-ILO, 2005).

Pedoman *International Labour Organization* (ILO, 2001) tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja mencakup langkah-langkah berikut:

- a. Membuat kebijakan berdasarkan prinsip-prinsip K3 dan partisipasi pekerja serta menetapkan unsur-unsur utama program.
- b. Pengorganisasian, suatu struktur untuk menerapkan kebijakan, termasuk garis tanggung jawab dan akuntabilitas, kompetensi dan pelatihan, pencatatan dan komunikasi kejadian.
- c. Perencanaan dan penerapan, termasuk tujuan, peninjauan ulang, perencanaan, pengembangan dan penerapan sistem.

- d. Evaluasi pemantauan dan pengukuran kinerja, investigasi kecelakaan, gangguan kesehatan, penyakit dan kejadian yang berhubungan dengan pekerjaan, audit dan peninjauan ulang manajemen.
- e. Tindakan perbaikan melalui upaya-upaya pencegahan dan korektif, pembaruan dan revisi yang terus menerus terhadap kebijakan, sistem dan teknik untuk mencegah dan mengendalikan kecelakaan, gangguan kesehatan, penyakit dan kejadian-kejadian berbahaya yang berhubungan dengan pekerjaan.

Bagian utama dari unsur-unsur sistem manajemen K3 di tempat kerja yang mengacu pada pedoman ILO tentang sistem manajemen K3 2001 adalah sebagai berikut:



Model ini diambil dari pedoman yang dikembangkan oleh Departemen Pelayanan Penduduk Negara bagian Victoria, Australia, disajikan dalam bentuk ringkasan garis besar dari semua unsur-unsur kunci yang dibutuhkan oleh rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan dalam mengembangkan suatu pendekatan yang menyeluruh untuk mengatur kewajiban-kewajiban K3, termasuk kewajiban hukum menyediakan tempat kerja yang bebas dari risiko, dan untuk memastikan perbaikan yang berkelanjutan terhadap kinerja K3 dan mengurangi biaya yang timbul akibat kecelakaan di tempat kerja, kesakitan dan premi kompensasi pekerja.

## 2. Upaya K3 di Rumah Sakit

Upaya K3 di rumah sakit menyangkut tenaga kerja, cara atau metode kerja, alat kerja, proses kerja dan lingkungan kerja. Upaya ini meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan atau rehabilitasi. Kemampuan kerja atau daya produktivitas petugas medis dan non medis di rumah sakit merupakan resultante dari tiga komponen K3 yaitu kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja (Menkes RI, 2007).

Ruang lingkup program K3 di suatu rumah sakit (*Australia- Bathurst Base Hospital*) meliputi:

1. Kerumahtanggaan (*house keeping*),
2. Penggunaan mesin (*use of machinery*),
3. Penggunaan alat pelindung diri (*use of protective equipment*),
4. Pemeliharaan prosedur kerja (*maintenance procedure*),
5. Pencatatan dan pelaporan terjadinya penyakit akibat kerja, kecelakaan dan injuri (*accident reporting*),

6. Pertolongan pertama pada kecelakaan atau P3K (*first aid attention*),
7. Pencegahan terhadap bahaya kebakaran (*fire prevention*),
8. Pembatasan penggunaan alat-alat listrik (*electrical restrictions*),
9. Penggunaan peralatan dan perlengkapan kerja (*use of tools and equipment*),
10. Adanya lisensi dari bahan dan alat berbahaya (*authorized entry and usage-certificate, licences*),
11. Peraturan tentang larangan minuman keras dan merokok (*smoking and drinking*),
12. Beberapa aturan lain yang terkait dengan pekerjaan yang berhubungan dengan organisasi.

Kondisi lingkungan kerja yang aman dan nyaman akan dapat tercipta melalui upaya penataan yang sesuai dengan standar keselamatan. Islam mengajarkan umatnya untuk selalu berusaha agar mendapatkan hasil atau kondisi yang lebih baik. Allah SWT berfirman di dalam: Q.S. Ar Ra'du/13: 11.

... إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ ۗ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدٍّ لَهُ ۗ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ ﴿١١﴾

**Terjemahnya:**

....Sesungguhnya Allah tidak merubah Keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap sesuatu kaum, Maka tak ada yang dapat menolaknya; dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia.

Islam sangat menganjurkan manusia berusaha untuk meraih apa yang diharapkannya. Demikian halnya di dalam dunia kerja, kita dianjurkan untuk

berusaha agar kondisi pekerjaan kita lebih baik dengan cara menciptakan lingkungan kerja yang aman, nyaman dan sehat. Manusia diharapkan mampu memelihara dirinya sendiri, orang lain dan mampu menjadi pengelola lingkungan alam sekitarnya, sebagaimana kapasitasnya sebagai khalifah di muka bumi.

Di ayat lain Allah SWT berfirman dalam: Q.S. Al Maidah/5: 32.

مِنْ أَجْلِ ذَلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِي إِسْرَائِيلَ أَنَّهُ مَن قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي  
الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ  
جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِّنْهُمْ بَعَدَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ ﴿٣٢﴾

#### Terjemahnya :

Oleh karena itu Kami tetapkan (suatu hukum) bagi Bani Israil, bahwa: Barangsiapa yang membunuh seorang manusia, bukan karena orang itu (membunuh) orang lain, atau bukan karena membuat kerusakan di muka bumi, Maka seakan-akan Dia telah membunuh manusia seluruhnya. dan Barangsiapa yang memelihara kehidupan seorang manusia, Maka seolah-olah Dia telah memelihara kehidupan manusia semuanya. dan Sesungguhnya telah datang kepada mereka Rasul-rasul Kami dengan (membawa) keterangan-keterangan yang jelas, kemudian banyak diantara mereka sesudah itu sungguh-sungguh melampaui batas dalam berbuat kerusakan dimuka bumi.

Diterangkan dalam ayat di atas bahwasanya barang siapa yang menyebabkan terbunuhnya seseorang, atau celaknya orang lain maka sama halnya dia telah membunuh atau mencelakakan semua manusia. Sebaliknya, barang siapa yang memelihara kehidupan satu orang maka seakan-seakan ia telah memelihara kehidupan seluruh manusia. Sehingga menjadi kewajiban bagi para pemilik usaha atau pimpinan suatu perusahaan untuk mengupayakan berbagai cara untuk menjamin keselamatan jiwa dan rasa aman bagi pekerja atau buruh yang bekerja padanya. Sebab



pekerja adalah tulang punggung keluarga yang akan menghidupi seluruh anggota keluarganya.

### 3. Potensi Bahaya di Rumah Sakit

Berbagai potensi bahaya di rumah sakit dapat mengakibatkan gangguan pada tenaga kerja misalnya, penyakit atau kecelakaan akibat kerja. Rumah sakit adalah tempat yang kompleks dengan berbagai macam unsur yang ada di dalamnya. Berbagai macam penyakit dan hal-hal yang berpotensi menimbulkan penyakit terdapat di rumah sakit. Faktor-faktor bahaya tersebut diantaranya faktor biologi (virus, bakteri dan jamur); faktor kimia (antiseptik, gas anestasi); faktor ergonomi (cara kerja yang salah); faktor fisika (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran dan radiasi); faktor psikososial (kerja bergilir, hubungan sesama karyawan/atasan). Bahaya potensial yang kemungkinan ada di rumah sakit, diantaranya adalah mikrobiologik, desain atau fisik, bahaya kebakaran, mekanik, kimia, gas, zat-zat karsinogen, radiasi dan risiko hukum/keamanan (Menkes RI, 2007).

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
Firman Allah SWT di dalam Q.S. An Nisa/4: 29.

... وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴿٢٩﴾

#### Terjemahnya:

... dan janganlah kamu membunuh dirimu, sesungguhnya Allah adalah Maha Penyayang kepadamu.

Larangan membunuh diri sendiri mencakup juga larangan membunuh orang lain, sebab membunuh orang lain berarti membunuh diri sendiri, karena umat merupakan suatu kesatuan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI (2007), Penyakit Akibat Kerja (PAK) di rumah sakit, umumnya berkaitan dengan faktor biologi yaitu: kuman patogen yang umumnya berasal dari pasien, faktor kimia yang meskipun paparannya dalam dosis kecil namun terus menerus seperti antiseptik pada kulit, gas anestesi pada hati, faktor ergonomi misalnya posisi duduk yang salah, cara mengangkat pasien salah, faktor fisik dalam dosis kecil yang terus menerus misalnya: panas pada kulit, tegangan tinggi pada sistem reproduksi, radiasi pada sistem pemproduksi darah, faktor psikologis (ketegangan di kamar bedah, penerimaan pasien, gawat darurat dan bangsal penyakit jiwa).

#### **4. Respon Kegawatdaruratan di Rumah Sakit**

Kegawatdaruratan merupakan suatu kejadian yang dapat menimbulkan kematian atau luka serius bagi pekerja, pengunjung ataupun masyarakat atau dapat menutup kegiatan usaha, mengganggu operasi, menyebabkan kerusakan fisik lingkungan ataupun mengancam finansial dan citra rumah sakit. Oleh sebab itu rumah sakit memerlukan Sistem Tanggap Darurat sebagai bagian dari Manajemen K3 rumah sakit (Menkes RI, 2007).

#### **C. Prinsip Dasar SMK3RS**

##### **1. Komitmen dan Kebijakan**

###### **a. Kepemimpinan dan Komitmen**

Direktur rumah sakit harus menunjukkan kepemimpinan dan komitmen terhadap K3 dengan menyediakan sumberdaya dan memadai. Direktur dan

pengurus rumah sakit harus menunjukkan komitmen terhadap K3 yang diwujudkan dalam:

- 1) Membentuk dan menempatkan organisasi K3 pada posisi yang dapat menentukan keputusan rumah sakit.
- 2) Menyediakan anggaran, tenaga kerja yang berkualitas dan sarana-sarana lain yang diperlukan di bidang K3.
- 3) Menempatkan personil yang mempunyai tanggung jawab, wewenang dan kewajiban yang jelas dalam penanganan K3.
- 4) Perencanaan K3 yang terkoordinasi.
- 5) Melakukan penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan K3. Komitmen dan kebijakan tersebut pada butir a sampai dengan e diadakan peninjauan ulang secara teratur.

Setiap tingkat pimpinan dalam rumah sakit harus menunjukkan komitmen terhadap K3 sehingga penerapan SMK3 berhasil diterapkan dan dikembangkan. Setiap petugas dan orang lain yang berada di wilayah rumah sakit harus berperan serta dalam menjaga dan mengendalikan pelaksanaan K3.

**b. Tinjauan Awal K3RS (*Initial Review*)**

Peninjauan awal kondisi keselamatan dan kesehatan kerja dilakukan dengan:

- 1) Identifikasi kondisi yang ada dibandingkan dengan ketentuan atau standar.
- 2) Identifikasi sumber bahaya yang berkaitan dengan kegiatan perusahaan.

- 3) Penilaian tingkat pengetahuan, pemenuhan peraturan perundangan dan standar keselamatan dan kesehatan kerja.
- 4) Membandingkan penerapan K3 dengan perusahaan dan sektor lain yang lebih baik.
- 5) Meninjau sebab dan akibat yang membahayakan, kompensasi dan gangguan serta hasil penilaian sebelumnya yang berkaitan dengan K3.
- 6) Menilai efisiensi dan efektifitas sumberdaya yang disediakan.

Hasil peninjauan awal K3 merupakan bahan masukan dalam perencanaan dan pengembangan SMK3.

### **c. Kebijakan K3RS**

Kebijakan K3 adalah suatu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh pengusaha dan atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tujuan perusahaan, komitmen dan tekad melaksanakan K3, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum dan atau operasional. Kebijakan K3 dibuat melalui proses konsultasi antara pengurus dan wakil tenaga kerja yang kemudian harus dijelaskan dan disebarluaskan kepada semua tenaga kerja, pemasok dan pelanggan. Kebijakan K3 bersifat dinamik dan selalu ditinjau ulang dalam rangka peningkatan kinerja K3.

Tempat kerja yang aman dan sehat membutuhkan keterlibatan dan komitmen semua pihak serta melibatkan kemitraan yang sedang berlangsung antara manajemen, dan tenaga kerja atau perwakilannya. Hal ini harus dinyatakan dalam kebijakan umum yang menyatakan komitmen organisasi terhadap K3 dan bagaimana

cara untuk mencapai komitmen tersebut. Kebijakan tersebut harus juga memuat tujuan untuk membuat tempat kerja yang bebas dari cedera dan penyakit.

Komitmen diwujudkan dalam bentuk kebijakan (*policy*) tertulis, jelas dan mudah dimengerti serta diketahui oleh seluruh karyawan rumah sakit. Manajemen rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan semua sumber daya esensial seperti pendanaan, tenaga K3 dan sarana untuk terlaksananya program K3 di rumah sakit. Kebijakan K3 di rumah sakit diwujudkan dalam bentuk wadah K3RS dalam struktur organisasi rumah sakit (Menkes RI, 2007).

Penentu kebijakan tidak cukup dengan sekedar menetapkan peraturan tertulis mengenai kebijakan yang diberlakukan, akan tetapi harus pula dipaparkan secara detail tentang aturan dan prosedur-prosedur yang digunakan untuk mencapai tujuan. Agar hal tersebut dapat berjalan dengan baik, maka diperlukan sarana untuk mengevaluasi setiap metode dan prosedur-prosedur yang dijalankan, untuk melihat efektifitas penggunaan metode dan prosedur tersebut (Ridley, 2006: 43).

Kebijakan yang ditetapkan seharusnya menyatakan tujuan penerapannya dengan jelas untuk menjamin keselamatan dan kesehatan orang-orang yang terlibat atau terkait dengan kegiatan perusahaan, misalnya pekerja, kontraktor, tamu, perusahaan tetangga, masyarakat sekitar dan sebagainya. Kebijakan perlu didiskusikan kepada setiap pekerja, mengindikasikan sumber-sumber pakar keselamatan kerja, disosialisasikan serta menyebutkan bagian-bagian penting yang dapat dilakukan untuk mencapai kondisi kerja yang aman (Ridley, 2006: 43-44).

Keputusan WHO di Ottawa Kanada tentang promosi kesehatan tahun 1986 (*Ottawa Charter*) menekankan bahwa advokasi di bidang kesehatan harus dilakukan

oleh pimpinan organisasi kesehatan sehingga lembaga pemerintah nonkesehatan akan lebih menyadari perannya untuk mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayahnya masing-masing (Muninjaya, 2004: 15).

Untuk melaksanakan komitmen dan kebijakan K3 RS, perlu disusun strategi antara lain (Menkes RI, 2007):

- a. Advokasi sosialisasi program K3 RS.
- b. Menetapkan tujuan yang jelas.
- c. Organisasi dan penugasan yang jelas.
- d. Meningkatkan SDM profesional di bidang K3 RS pada setiap unit kerja di lingkungan RS.
- e. Sumberdaya yang harus didukung oleh manajemen puncak.
- f. Kajian risiko secara kualitatif dan kuantitatif.
- g. Membuat program kerja K3RS yang mengutamakan upaya peningkatan dan pencegahan.
- h. Monitoring dan evaluasi secara internal dan eksternal secara berkala.

## **2. Perencanaan K3RS**

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 2004: 54).

Langkah-langkah proses penyusunan perencanaan di antaranya (Muninjaya, 2003: 56):

- a. Analisis situasi,
- b. Mengidentifikasi masalah dan prioritasnya,
- c. Menentukan tujuan program,
- d. Mengkaji hambatan dan kelemahan program,
- e. Menyusun rencana kerja operasional (RKO)

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 (Menkes RI, 2007).

Setiap pekerjaan seharusnya direncanakan dengan baik agar hasil yang dicapai sesuai dengan harapan dan tidak menimbulkan dampak buruk di kemudian hari. Hal ini sesuai dengan firman Allah dalam: Q.S. Al-Hasyr/ 59: 18.

يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَلْتَنْظُرْ نَفْسٌ مَّا قَدَّمَتْ لِغَدٍ ۖ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۚ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا

تَعْمَلُونَ

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
 M A K A S S A R

**Terjemahnya:**

Hai orang-orang yang beriman, bertakwalah kepada Allah dan hendaklah Setiap diri memperhatikan apa yang telah diperbuatnya untuk hari esok (akhirat); dan bertakwalah kepada Allah, Sesungguhnya Allah Maha mengetahui apa yang kamu kerjakan.

Dalam firman Allah SWT tersebut kita diingatkan agar memikirkan segala sesuatu yang telah dan akan kita kerjakan, salah satunya melalui perencanaan yang baik. Islam mengajarkan agar kita tidak tergesa-gesa dalam merencanakan dan

melaksanakan sesuatu. Hal tersebut dimaksudkan agar tindakan yang dilakukan tidak akan menimbulkan penyesalan di masa yang akan datang.

Perencanaan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit meliputi (Menkes RI, 2007):

- a. Identifikasi sumber bahaya, penilaian dan pengendalian faktor risiko.

Rumah sakit harus melakukan kajian dan identifikasi sumber bahaya, penilaian serta pengendalian faktor risiko.

- (1) Identifikasi sumber bahaya dapat dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya, jenis kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang kemungkinan dapat terjadi. Sumber bahaya yang ada di rumah sakit harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolok ukur kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

- (2) Penilaian faktor risiko

Penilaian faktor risiko adalah proses untuk menentukan ada tidaknya risiko dengan jalan melakukan penilaian bahaya potensial yang menimbulkan risiko kesehatan dan keselamatan. Menurut Ridley (2006), penilaian risiko merupakan upaya yang ditempuh oleh pemilik usaha agar dapat melakukan pengendalian potensi-potensi bahaya yang kemungkinan dapat mengancam kesehatan dan keselamatan para pekerjanya. Sasaran dilakukannya penilaian risiko adalah guna mempertimbangkan tindakan apa yang selanjutnya harus dilakukan



untuk mencegah terjadinya kecelakaan yang dapat menyebabkan cedera atau kerusakan.

(3) Pengendalian faktor risiko

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

b. Membuat peraturan

Rumah sakit harus membuat, menetapkan dan melaksanakan *Standard Operational Procedure* (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

Rumah sakit harus mempertimbangkan peraturan perundang-undangan, bahaya potensial dan risiko K3 yang bisa diukur, satuan/indikator pengukuran, sasaran pencapaian dan jangka waktu pencapaian.

d. Indikator kinerja

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

e. Program K3

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

### 3. Pengorganisasian

Pengorganisasian menurut Holt (1993) adalah “... *organizing... the function of gathering resources, allocating resources, and structuring tasks to fulfill organizational plan*”. Organisasi efektif, sumber-sumber daya manusia dan sumber-sumber daya material, menyebabkan meningkatnya produktivitas. Hal tersebut dilaksanakan melalui apa yang dinamakan “sinergisme” (*synergism*), di mana anggota-anggota suatu organisasi, mengkombinasikan upaya mereka secara kolektif guna melaksanakan tugas-tugas, yang akan jauh melampaui jumlah dari upaya-upaya individual mereka. Sinergi dicapai melalui pengintegrasian tugas-tugas yang terspesialisasi.

Pada inti organisasi, terdapat pembagian kerja guna mendesain tugas-tugas secara logikal dan untuk menjelaskan espektasi-espektasi kinerja individual. Pembagian kerja merupakan kekuatan fundamental dalam bidang industrialisasi yang menerangkan bagaimana cara pekerjaan keorganisasian harus dilaksanakan (Winardi, 2003: 20-22).

Sementara menurut Samuel C. Certo, pengorganisasian (*organizing*) ialah: ... proses di mana ditetapkan penggunaan teratur, semua sumber-sumber daya di dalam sistem manajemen yang ada. Penggunaan tersebut, menekankan pencapaian sasaran-sasaran sistem manajemen yang bersangkutan, dan ia bukan saja membantu membuat sasaran-sasaran menjadi jelas, tetapi ia menjelaskan pula sumber-sumber daya macam apa yang akan digunakan untuk mencapainya (Winardi, 2003).

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolong-golongkan, dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas pokok dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam

rangka mencapai tujuan organisasi. Fungsinya adalah untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, finansial, material, dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama (Muninjaya, 2003: 74).

Pelaksanaan K3 di rumah sakit sangat tergantung dari rasa tanggung jawab manajemen dan petugas, terhadap tugas dan kewajiban masing-masing serta kerja sama dalam pelaksanaan K3. Tanggung jawab ini harus ditanamkan melalui adanya aturan yang jelas. Pola pembagian tanggung jawab, penyuluhan kepada semua petugas, bimbingan dan latihan serta penegakkan disiplin. Ketua organisasi/satuan pelaksana K3 RS secara spesifik harus mempersiapkan data dan informasi pelaksanaan K3 di semua tempat kerja, merumuskan permasalahan serta menganalisis penyebab timbulnya masalah bersama unit-unit kerja, kemudian mencari jalan pemecahannya dan mengkomunikasikannya kepada unit-unit kerja, sehingga dapat dilaksanakan dengan baik. Selanjutnya memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan program, untuk menilai sejauh mana program yang dilaksanakan telah berhasil. Apabila hasil evaluasi mengindikasikan ketidakberhasilan, maka perlu diidentifikasi penyimpangannya serta ditetapkan solusianya (Menkes RI, 2007).

Islam pun sangat menganjurkan umatnya untuk bekerjasama dalam kebaikan dan memberikan suatu pekerjaan kepada orang yang mengerti atau ahli dengan pekerjaan tersebut. Mengenai anjuran untuk saling tolong menolong, Rasulullah SAW bersabda di dalam hadits yang diriwayatkan oleh Mutafaq 'alaih;

المُؤْمِنُ لِلْمُؤْمِنِ كَالْبُنْيَانِ إِذَا شُدُّ بَعْضُهُ بَعْضًا تَمَّ شَبْكُ بَيْنِ أَصَابِعِهِ

**Artinya:**

*Seorang mukmin terhadap mukmin lainnya seumpama bangunan saling mengokohkan satu dengan yang lain. (Kemudian Rasulullah SAW merapatkan jari-jari tangan beliau).*

Hadits riwayat Muttafaq 'Alaih di atas menjelaskan betapa seorang mukmin dengan mukmin yang lainnya akan kuat ketika saling memenuhi kekurangan satu dengan yang lainnya. Untuk itu Islam mengajarkan umatnya untuk saling bekerjasama dalam melakukan kebajikan. Demikian pula halnya dalam penerapan SMK3 di rumah sakit harus dilaksanakan bersama dengan membentuk organisasi yang baik. Dengan organisasi yang baik akan terjalin kekompakan kerja sehingga prestasi dan produktivitas yang memuaskan dapat tercapai.

Sistem K3 hanya dapat dikelola secara efektif jika ada tanggungjawab yang rinci, teridentifikasi dan ditugaskan kepada orang yang mewakili manajemen dengan jabatan supervisor. Tanggungjawab tersebut yang ditugaskan kepada setiap jabatan harus sesuai dengan kewenangan jabatannya. Karyawan juga memiliki tanggungjawab dalam pengelolaan tempat kerja yang aman dan sehat. Hal ini harus termuat dalam uraian tugas.

a. Tugas dan fungsi organisasi/unit pelaksana K3RS

1) Tugas unit pelaksana K3 di rumah sakit diantaranya:

- a) Memberi rekomendasi dan pertimbangan kepada direktur rumah sakit mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan K3.
- b) Merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman, petunjuk pelaksanaan dan prosedur.
- c) Membuat program K3RS

2) Fungsi unit pelaksana K3RS:

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

b. Struktur organisasi K3 di Rumah Sakit

Posisi organisasi K3 berada satu tingkat di bawah direktur dan bukan merupakan kerja rangkap (Menkes RI, 2007).

Model 1 : Merupakan organisasi yang terstruktur dan bertanggung jawab kepada Direktur RS, bentuk organisasi K3 di RS merupakan organisasi struktural yang terintegrasi ke dalam komite yang ada di RS dan disesuaikan dengan kondisi/kelas masing-masing RS, misalnya Komite Medis/Nosokomial.

Model 2 : Merupakan unit organisasi fungsional (non struktural), bertanggung jawab langsung ke Direktur RS. Nama organisasinya adalah unit pelaksana K3 RS, yang dibantu oleh unit K3 yang beranggotakan seluruh unit kerja di RS.

Keanggotaan :

- 1) Organisasi/unit pelaksana K3 RS beranggotakan unsur-unsur dari petugas dan jajaran direksi RS.
- 2) Organisasi/unit pelaksana K3 RS terdiri dari sekurang-kurangnya Ketua, Sekretaris dan anggota. Organisasi/unit pelaksana K3 RS dipimpin oleh ketua.
- 3) Pelaksanaan tugas ketua dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta anggota.
- 4) Ketua organisasi/unit pelaksana K3 RS sebaiknya adalah salah satu manajemen tertinggi di RS atau sekurang-kurangnya manajemen dibawah langsung direktur RS.
- 5) Sedang sekretaris organisasi/unit pelaksana K3 RS adalah seorang tenaga profesional K3 RS, yaitu manajer K3 RS atau ahli K3.

#### 4. Penerapan K3RS

Penerapan K3 di rumah sakit meliputi tahap-tahap:

##### a. Tahap Persiapan

###### 1) Menyatakan komitmen

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

###### 2) Menetapkan cara penerapan K3 di Rumah Sakit.

Penetapan cara yang akan digunakan dalam penerapan K3 di rumah sakit dapat dilakukan dengan bantuan konsultan atau personil rumah sakit yang memiliki kemampuan untuk mengorganisasikan dan mengarahkan orang.

###### 3) Pembentukan organisasi/ unit pelaksana K3 rumah sakit.

###### 4) Membentuk kelompok kerja penerapan K3.

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

5) Menetapkan sumber daya yang diperlukan

Sumber daya yang dimaksud mencakup sumber daya manusia dalam hal ini tenaga ahli K3. Selain SDM juga dibutuhkan sarana, waktu dan dana.

**b. Tahap Pelaksanaan**

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

Melaksanakan program K3 sesuai peraturan yang berlaku diantaranya :

- 1) Pemeriksaan kesehatan petugas (prakarya, berkala dan khusus),
- 2) Penyediaan alat pelindung diri dan keselamatan kerja,
- 3) Penyiapan pedoman pencegahan dan penanggulangan keadaan darurat,
- 4) Penempatan pekerja pada pekerjaan yang sesuai kondisi kesehatan,
- 5) Pengobatan pekerja yang menderita sakit,
- 6) Menciptakan lingkungan kerja yang higienis secara teratur, melalui monitoring lingkungan kerja dari hazard yang ada,
- 7) Melaksanakan *biological monitoring*,
- 8) Melaksanakan surveilas kesehatan pekerja

**c. Tahap Pemantauan dan Evaluasi**

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, mempertanyakan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu kegiatan K3 rumah sakit dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Pemantauan dan evaluasi meliputi :

1) Pencatatan dan pelaporan K3 terintegrasi ke dalam sistem pelaporan RS (SPRS).

- Pencatatan dan pelaporan K3,
- Pencatatan semua kegiatan K3,
- Pencatatan dan pelaporan kecelakaan akibat kerja (KAK),
- Pencatatan dan pelaporan penyakit akibat kerja (PAK).

2) Inspeksi dan pengujian

Inspeksi K3 merupakan suatu kegiatan untuk menilai keadaan K3 secara umum. 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 RS 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

Audit K3 yang 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.
- Memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah dilaksanakan sesuai ketentuan.
- Menentukan langkah untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu.
- Untuk menilai potensi bahaya, gangguan kesehatan dan keselamatan.
- Memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah dilaksanakan sesuai ketentuan.
- Menentukan langkah untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu.
- Perbaikan dan pencegahan didasarkan atas hasil temuan dari audit, identifikasi, penilaian risiko direkomendasikan kepada manajemen puncak.

#### **d. Tinjauan Ulang dan Peningkatan oleh Pihak Manajemen**

Dari hasil monitoring dan evaluasi tersebut dilakukan peninjauan ulang dan peningkatan terhadap kebijakan, peraturan, pedoman, prosedur, program dan kegiatan yang dilakukan secara periodik.

## BAB III

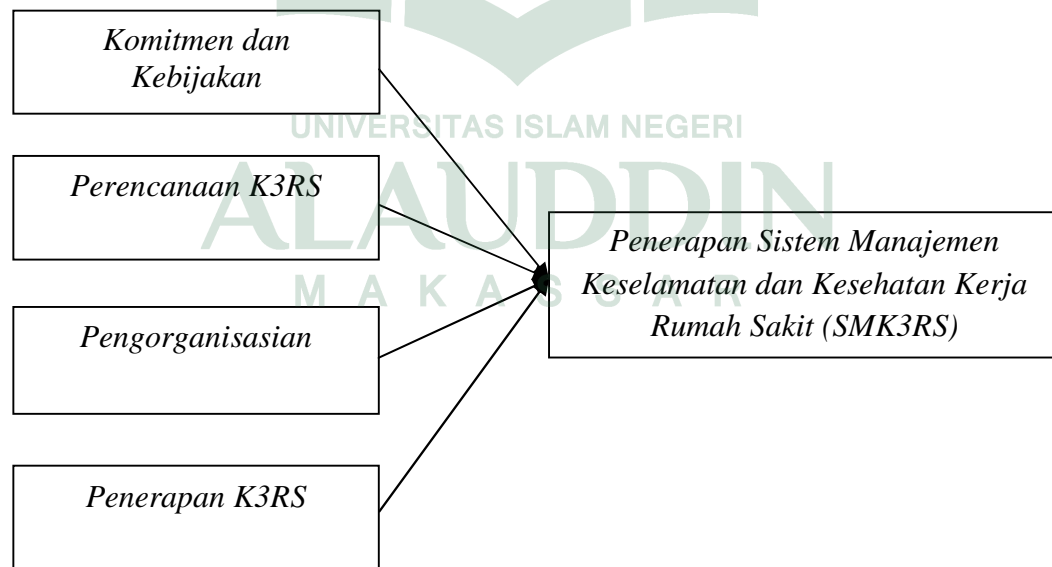
### KERANGKA KONSEP

#### A. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel penelitian adalah:

- a. Komitmen dan kebijakan
- b. Perencanaan K3RS
- c. Pengorganisasian K3RS
- d. Penerapan K3RS

Yang digambarkan dalam bentuk kerangka konsep:



## ***B. Definisi Operasional***

Untuk memfokuskan penelitian ini, maka ditetapkan definisi operasional dari variabel-variabel sebagai berikut:

### 1. Komitmen dan Kebijakan

Komitmen dan kebijakan adalah pernyataan tertulis yang meliputi visi, misi, dan tujuan, yang merupakan tekad direktur dan pengurus rumah sakit dalam menerapkan SMK3 di rumah sakit.

### 2. Perencanaan K3RS merupakan persiapan-persiapan yang ditempuh untuk mencapai keberhasilan penerapan SMK3 di rumah sakit dengan sasaran yang jelas dan terukur sebagai perwujudan komitmen dan kebijakan.

### 3. Pengorganisasian adalah penetapan personil yang sesuai dengan ketentuan dan pemberian wewenang dan tanggungjawab kepada unit pelaksana K3 untuk menerapkan SMK3 di rumah sakit sesuai dengan perencanaan.

### 4. Penerapan K3RS adalah langkah-langkah yang ditempuh dalam menerapkan SMK3 di rumah sakit, meliputi persiapan, pelaksanaan, evaluasi dan peninjauan ulang.

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### *A. Jenis Penelitian*

Rancangan penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif untuk menggambarkan penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan.

#### *B. Populasi dan Sampel*

Populasi adalah seluruh pekerja yang tercatat sebagai karyawan RSUD Tarakan yang berjumlah 737 orang (Kepegawaian RSUD Tarakan, 2010). Metode pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*, dengan sampel penelitian adalah pihak-pihak yang memiliki wewenang dan pengetahuan mengenai penerapan SMK3 di RSUD Tarakan, yaitu sebanyak 10 orang.

#### *C. Metode Pengumpulan Data*

##### 1. Data Primer

Data ini diperoleh melalui wawancara mendalam dan menggunakan kuesioner kepada penyelia, serta melalui pengamatan langsung dengan menggunakan *checklist*. Orang-orang yang berwenang dalam upaya penerapan SMK3RS dijadikan sebagai informan penelitian dan dikategorikan menjadi informan kunci, informan biasa dan informan pangkal. Informan pangkal diambil dari

Direktur sebagai pimpinan rumah sakit, kemudian Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM yang membawahi instalasi K3RS. Dari mereka peneliti akan mendapatkan rujukan tentang informan kunci, yakni orang-orang yang memiliki banyak pengetahuan mengenai penerapan SMK3RS, yaitu personil-personil Panitia Pelaksana Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (PK3RS), serta dari masing-masing kepala bagian unit kerja.

## 2. Data Sekunder

Untuk mendukung data yang diperoleh, peneliti juga melakukan kajian pustaka (referensi) dari data internal dan data instansi terkait.

### ***D. Analisis dan Penyajian Data***

Data hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan proses berpikir secara induktif, yaitu dengan menerapkan teori dan konsep yang mendukung latar penelitian, kemudian dikaji dan dikembangkan pemecahan dari permasalahan yang ada.

### ***E. Tempat dan Waktu Penelitian***

Lokasi penelitian adalah RSUD Tarakan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang terletak di kotamadya Tarakan. Penelitian akan dilaksanakan selama  $\pm$  3 bulan, dimulai pada bulan Juni-Agustus 2010.

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### *A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian*

Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan didirikan oleh Butafshee Petroleum Matshapy (BPM) yang berstatus swasta pada tahun 1952, kemudian pada tahun 1958 Rumah Sakit ini pengelolaannya diserahkan pada Pemerintah Daerah Kabupaten Bulungan, setelah berjalan kurang lebih dua belas tahun dibawah pengelolaan Pemerintah Kabupaten Bulungan akan tetapi karena pemerintah Kabupaten Bulungan tidak sanggup mengelola rumah sakit ini sebagaimana mestinya, maka pada tahun 1964 pengelolaan rumah sakit ini diserahkan kepada Pemerintah Daerah Propinsi Tingkat I Kalimantan Timur hingga sekarang. Kemudian pada tahun 2003 status Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan berubah Statusnya yang tadinya Tipe C ditingkatkan menjadi Tipe B dan berbentuk Badan (Non Pendidikan). Perubahan setatus ini Sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 196/ Men.Kes/ SK/ II/ 2003 tanggal 19 Februari 2003 dan Surat Keputusan Gubernur Kal-Tim No. 445/ K-85/ 2003 tanggal 01 April 2003. Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan berdiri di atas lahan seluas 119. 707 m<sup>2</sup>, dengan luas wilayah kota Tarakan 657,33 Km<sup>2</sup>. Wilayah rujukan RSUD Tarakan di antaranya; kota Tarakan, Kab. Bulungan, Kab. Malinau, Kab. Nunukan, Kab. Berau dan Kab. Tana tidung.

Meningkatkan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Kompetensi SDM di berbagai lini. Menumbuhkan kepercayaan pelanggan terhadap rumah sakit.

Memberikan kesejahteraan bagi seluruh karyawan. Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan adalah salah satu rumah sakit yang berada di daerah bagian utara dari Propinsi Kalimantan Timur, tepatnya di kota Tarakan Jl. Pulau Irian Skip Kecamatan Tarakan Tengah.

RSUD Tarakan adalah rumah sakit terbesar di bagian utara Kaltim, yang pastinya akan menjadi satu-satunya pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berdomisili di daerah ini. RSUD Tarakan adalah rumah sakit tipe B yang memiliki jumlah karyawan sebanyak 737 orang (kepegawaian RSUD Tarakan, 2010). Rumah sakit ini terletak di pulau Tarakan yang merupakan tempat transit bagi orang-orang yang hendak keluar dan masuk dari negara-negara bagian utara Kaltim, di antaranya Malaysia, Filipina, Brunei Darussalam. Hal ini menambah beban kerja RSUD Tarakan, selain sebagai pusat kesehatan utama bagian utara Kaltim, juga harus menghadapi berbagai penyakit yang kemungkinan terbawa oleh para imigran dari negara luar. RSUD Tarakan memiliki visi sebagai rumah sakit yang berwawasan internasional dan memiliki misi meningkatkan/ mengembangkan rumah sakit serta kualitas produk layanan yang berstandar internasional.

## **B. Hasil**

### **1. PK3RS**

Profil PK3RS di RSUD Tarakan sebagai berikut:

Visi, misi dan tujuan organisasi K3 di RSUD Tarakan:

#### **Visi**

Menjadikan RSUD Tarakan tempat kerja yang selamat, nyaman dan aman dalam memberikan pelayanan kesehatan.



### **Misi**

Dalam upaya mewujudkan visi K3 RS, telah ditetapkan dan disepakati suatu misi sebagai *the chosen track* yang harus ditempuh, yaitu :

- a. Mewujudkan lingkungan kerja yang selamat, nyaman dan aman bagi karyawan, pasien dan masyarakat.
- b. Mewujudkan tenaga kerja profesional mandiri, beretos kerja tinggi dan berjiwa K3 menjadi budaya kerja ditempat kerja.
- c. Mewujudkan terciptanya nihil kecelakaan kerja (KK) dan penyakit akibat kerja (PAK).
- d. Mewujudkan harmonisasi antara kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja untuk meningkatkan produktivitas kerja pelayanan kesehatan.

### **Tujuan**

Direktur berwenang menentukan kebijakan K3 RSUD Tarakan guna mengembangkan kerjasama, saling pengertian dan partisipasi efektif dari pengurus K3 dan karyawan di tempat-tempat kerja untuk melaksanakan tugas dan kewajiban bersama di bidang K3 dalam rangka melancarkan usaha berproduksi. Adapun tujuan kebijakan K3 RSUD Tarakan adalah:

#### **a. Tujuan Umum**

Meningkatkan kemampuan hidup sehat karyawan di rumah sakit, keselamatan pasien dan pengunjung.

b. Tujuan Khusus

- 1) Terciptanya lingkungan kerja di rumah sakit yang selamat, aman dan nyaman.
- 2) Terpenuhinya syarat-syarat keselamatan kerja di setiap unit kerja.
- 3) Meningkatkan kemandirian hidup sehat bagi karyawan.
- 4) Meningkatkan profesionalisme dalam hal kesehatan kerja bagi para pembina, pelaksana, penggerak dan pendukung program.
- 5) Terwujudnya organisasi kerja yang menunjang tercapainya K3 RS.
- 6) Terjaminnya keselamatan pasien dari infeksi penyakit lain dan mal praktek.

**2. Program Kerja**

Program kerja PK3 merupakan penjabaran dari tupoksi yang pada dasarnya harus mampu berperan untuk *shared resources* dengan seluruh sistem kebijakan dan komitmen manajemen K3 yang tertuang dalam 11 (sebelas) program pokok yang seluruhnya saling mendukung dan berkesinambungan dari tahun ke tahun. Sebelas kegiatan tersebut adalah:

**a. Program kerja kewaspadaan bencana**

Untuk meningkatkan kesiagaan dalam menghadapi terjadinya bencana, baik bencana di rumah sakit maupun diluar rumah sakit.

**b. Program pencegahan dan pengendalian kebakaran**

Untuk meningkatkan kenyamanan dalam pencegahan dan pengendalian kebakaran, baik dari sisi petugasnya maupun sarana dan prasarana rumah sakit yang diperlukan.

**c. Program keamanan pasien, pengunjung dan petugas**

Untuk meningkatkan kenyamanan dan rasa aman pasien, pengunjung dan pegawai yang berada dilingkungan rumah sakit, dari bahaya kecelakaan.

**d. Program keselamatan kesehatan pegawai**

Untuk meningkatkan keselamatan dan kesehatan pegawai dari risiko kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja.

**e. Program pengelolaan bahan beracun dan berbahaya (B3)**

Untuk meningkatkan pengelolaan B3 agar tidak terjadi bahaya yang dapat ditimbulkan oleh efek samping dari bahan berbahaya, mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi maupun penanganan bila terjadi kontaminasi.

**f. Program kesehatan lingkungan kerja**

Untuk meningkatkan Kesehatan lingkungan kerja agar tidak terjadi kecelakaan maupun penyakit akibat lingkungan kerja yang tidak memenuhi standar.

**g. Program sanitasi**

Untuk meningkatkan kualitas Sanitasi di rumah sakit sehingga kebutuhan Sanitasi terpenuhi, serta mencegah penularan penyakit dilingkungan rumah sakit.

**h. Program sertifikasi (kalibrasi) prasarana dan peralatan**

Untuk menjaga mutu dan kualitas sarana, prasarana dan peralatan di rumah sakit agar tidak terjadi hal – hal yang membahayakan bagi pasien, pegawai maupun pengunjung rumah sakit.

**i. Program pengolahan limbah padat, cair dan gas**

Untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pengolahan limbah padat, cair dan gas di RSUD Tarakan.

**j. Program pendidikan dan latihan**

Untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas rumah sakit, tata usaha anggota PK3 dan pelaksana yang mempunyai risiko kerja tertentu.

**k. Program pengumpulan, pengolahan dan pelaporan data**

Untuk mendapatkan data tentang kejadian kecelakaan kerja, Penyakit Akibat Kerja (PAK), Kebakaran & Bencana di Rumah Sakit agar dapat digunakan untuk evaluasi dan perencanaan program-program K3.

**3. Sasaran**

Program kerja K3 keseluruhan meliputi program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, yang tergambar dalam kegiatan masing-masing sub program. Adapun sasaran dari masing-masing sub program adalah sebagai berikut:

**a. Program kewaspadaan bencana**

- 1) Tersedia tenaga yang trampil dalam penanganan bencana di rumah sakit sebanyak 70% dari petugas.
- 2) Adanya organisasi yang jelas dalam penanganan bencana.

3) Tersedia peralatan yang mencukupi untuk 200 korban bencana.

**b. Program pencegahan dan pengendalian kebakaran**

1) Tersedianya kelengkapan peralatan pemadam kebakaran, 100% dari kebutuhan.

2) Tersedia sistim deteksi api 25% dari kebutuhan.

3) Tersedia sistim Alam 25% dari kebutuhan.

4) Tersedia tenaga trampil sebanyak 100 orang.

**c. Program keamanan pasien, pengunjung dan petugas**

1) Tersedia peralatan keamanan pengunjung.

2) Tersedia peralatan keamanan pasien.

3) Tersedia tenaga listrik pengganti disemua ruangan peralatan medis vital.

**d. Program keselamatan dan kesehatan pegawai**

1) Anggota PK3RS 100% sudah mengikuti pelatihan K3.

2) Petugas Khusus 100% sudah mengikuti pelatihan K3.

3) Penyediaan APD ditempat berisiko 100% sudah terpenuhi.

4) Pemeriksaan Kesehatan Prakarya 100% terpenuhi untuk pegawai baru.

5) Pemeriksaan Kesehatan Berkala 10% terpenuhi untuk pegawai-2 dengan risiko kerja.

6) Petugas Rumah Sakit 100% mengenal K3.

**e. Program pengelolaan B3**

1) Pengadaan B3 100% sesuai dengan ketentuan.

2) Penyimpanan B3 100% sesuai ketentuan.

3) 50% petugas yang menangani B3 mengetahui penanganan bila terjadi kontaminasi dengan B3.

**f. Program kesehatan lingkungan**

- 1) 9 (sembilan) kegiatan Sanitasi Rumah Sakit 100% dijalankan.
- 2) Pemantauan terhadap lingkungan kerja dilakukan di 50% tempat-tempat berisiko di rumah sakit.

**g. Program sanitasi**

- 1) Fasilitas Sanitasi 100% memenuhi persyaratan.
- 2) Pemeliharaan fasilitas Sanitasi 100% dilakukan sesuai dengan standar.

**h. Program pengelolaan limbah padat, cair dan gas**

- 1) Fasilitas pengolahan limbah padat, cair dan gas 100% memenuhi persyaratan.
- 2) Pemeliharaan fasilitas pengolahan limbah 100% dilakukan sesuai persyaratan.

**i. Program sertifikasi dan kalibrasi sarana, prasarana**

- 1) Peralatan medis dan non medis golongan major 100% mempunyai ijin.
- 2) Peralatan yang harus di kalibrasi 100% dilakukan kalibrasi.
- 3) Pemeliharaan peralatan 100% dilakukan sesuai standar.

**j. Program diklat**

- 1) Pelatihan K3 untuk petugas khusus sebanyak 80 orang.
- 2) Simulasi untuk kebakaran, bencana dan risiko kerja untuk 180 orang.
- 3) Penyuluhan K3 untuk 200 petugas di rumah sakit.
- 4) Pelatihan K3 diluar rumah sakit untuk anggota PK3RS untuk 4 Orang.
- 5) Seminar K3 untuk anggota PK3RS untuk 4 orang.

**k. Program penyuluhan, pengolahan dan pelaporan data**

- 1) Laporan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit dilaporkan ke PK3RS setiap 3 (tiga) bulan.
- 2) Laporan bencana dilaporkan ke PK3RS.
- 3) Laporan kebakaran dilaporkan 1 X 24 jam setelah terjadi kebakaran.
- 4) Kejadian K3 dilaporkan ke Direksi PK3RS tiap 3 (tiga) bulan.

**4. Sumber Dana**

Sumber Dana untuk kegiatan K3 dibebankan pada Anggaran Rumah Sakit melalui SAP dan RKAP PK3RS Tahun 2010.

**5. Pemantauan dan Evaluasi**

Pemantauan Program Kerja dilakukan secara berkala tiap 3 (tiga) bulan.

Evaluasi dilakukan pada akhir tahun dalam rapat PK3RS.

**Penerapan SMK3RS**

Visi, misi, dan tujuan penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan telah tertulis di dalam lembar program kerja PK3RS RSUD Tarakan. Namun belum disosialisasikan secara luas, baik kepada jajaran manajemen, karyawan rumah sakit maupun pengunjung dan pasien. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara dengan pihak manajemen rumah sakit.

Informan awal penelitian adalah wakil direktur bagian pengembangan sebagai responden pengganti direktur rumah sakit yang sedang menjalankan tugas di luar kota. Wakil direktur bagian pengembangan dipilih sebagai informan sebab dianggap banyak mengetahui masalah K3 dan merupakan bagian yang membawahi

PK3RS. Pendapat informan mengenai Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan sebagai berikut:

“... K3 ini masih baru, sehingga kita masih dalam tahap pembenahan, pembentukan strukturnya betul-betul baru...” (RH)

Bukti terbentuknya PK3RS adalah dengan dikeluarkannya SK Direktur RSUD Tarakan Nomor: KP.04.05.2.2.XI.15141 tentang struktur pengurus instalasi K3 yang ditetapkan di Tarakan pada tanggal 04 November 2009. Terbentuknya panitia pelaksana K3RS tersebut merupakan bukti bahwa pihak pimpinan rumah sakit telah berkomitmen untuk menerapkan K3 di rumah sakit. Namun jika dilihat dari personil yang mengisi struktur organisasinya, belum dapat dianggap memenuhi syarat. Orang-orang yang terlibat di dalam PK3RS tidak ada yang berlatar belakang pendidikan khusus mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja, sehingga pengetahuan mereka tentang K3 sangat minim.

Tingkat kesadaran pimpinan tentang pentingnya penerapan K3 di rumah sakit akan mempengaruhi kinerja PK3RS, sebab mendapat dukungan dari pihak pimpinan. Hasil wawancara dengan informan mengenai hal-hal yang mendasari diterapkannya SMK3 di rumah sakit adalah sebagai berikut:

“pertimbangannya, rumah sakit itu perlu ada K3, karena keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit itu kan risikonya ada beberapa macam. Jadi, umpamanya kalo dari sisi patologis, itu kan rentan terhadap penularan penyakit. Iyakan? Mau itu TBC, atau umpanya hepatitis, kemudian yang paling ngeri ya HIV. Kemudian kami di sini kan, tenaga kerja rumah sakit ini, mulai dari direktur sampai tukang sampah. Itu kan semua dalam satu kesatuan... yang kedua kita juga di sini, kaya' tenaga-tenaga IPSRS itukan rentan terhadap tegangan listrik... itu yang menyebabkan memang instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja itu harus ada...” (RH)



Hasil wawancara di atas membuktikan bahwa penerapan K3 di RSUD Tarakan memang berdasarkan kesadaran akan pentingnya K3 di rumah sakit, dengan melihat potensi-potensi bahaya yang ada. Dengan adanya kesadaran dari pimpinan tentang pentingnya K3, maka akan berpengaruh pada setiap kebijakan yang dikeluarkan. Sebab setiap program kerja rumah sakit yang akan dijalankan selalu berpatokan pada aspek K3.

Kesadaran mengenai pentingnya K3 tercermin dari komitmen untuk menjalankannya. Komitmen ini terwujud dalam bentuk penyediaan sarana dan prasarana, anggaran khusus, dan kebijakan pelaksanaan K3. Penyediaan sarana dan prasarana serta anggaran untuk program K3 rumah sakit sudah ada, hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh informan berikut ini:

“... komitmen rumah sakit dalam hal umpanya keseriusan ini bisa nanti dilihat di dalam penyusunan anggaran...kemudian untuk tempat mungkin, sementara ini kami tidak bisa memang memberikan tempat yang dianggap layak karena kami sementara membangun, untuk sementara adalah itu dulu...” (RH)

Komitmen pimpinan rumah sakit diwujudkan dengan penyediaan sarana dan anggaran serta SDM untuk pelaksanaan program K3. Namun diakui bahwa sarana yang tersedia masih minim, misalnya kantor PK3RS masih menumpang di gedung instalasi laundry. Hal tersebut dikarenakan gedung rumah sakit masih dalam tahap pembangunan. Sementara prasarana pendukung program K3 yang lainnya sedang dalam proses penyediaan.

Kedudukan PK3RS akan berpengaruh pada program yang akan dicanangkannya, sebab tidak menutup kemungkinan terdapat ketidaksesuaian antara program rumah sakit dan kaidah K3. Oleh sebab itu, maka organisasi K3 dalam

rumah sakit seharusnya memiliki posisi yang ikut menentukan keputusan di rumah sakit. Hal tersebut sesuai dengan Pendapat informan mengenai penempatan organisasi PK3RS pada posisi yang dapat menentukan keputusan di rumah sakit sebagai berikut:

“... jadi seharusnya nanti kedepan hasil evaluasi dari K3 itu seharusnya menjadi bahan pertimbangan direktur untuk perencanaan kedepan...”(RH)

Pendapat informan mengenai identifikasi awal sebelum merencanakan suatu program K3 adalah sebagai berikut:

“... pihak instalasi K3 itu melakukan analisa dulu seharusnya, pendataan, temuan masalah dulu, apa-apa kekurangan dan sebagainya... kalo umpunya ada sepuluh nanti harusnya dia bikin prioritasnya dulu... mana yang diprioritaskan, harus ada kajiannya dulu...”(RH)

Hasil wawancara dengan informan mengenai perencanaan program K3 di rumah sakit umum daerah Tarakan telah sesuai dengan pedoman penerapan SMK3RS yang tercantum di dalam KepmenKes RI tahun 2007. Di mana sebelum penetapan suatu program, terlebih dahulu dilakukan identifikasi dan kajian awal untuk menentukan prioritas masalah K3.

Keberhasilan program K3 akan tercapai ketika semua elemen yang ada mendukung dan berpartisipasi aktif melaksanakan K3. Oleh sebab itu diperlukan komunikasi antara pihak pimpinan, pelaksana K3 dan karyawan. Pendapat informan mengenai pengikutsertaan seluruh elemen dalam penerapan SMK3 di rumah sakit:

“... kita mau sosialisasikan, biar orang *ngeh gitu* kan, orang Jawa bilang, oh ini toh K3 itu kaya gitu loh... rencananya sosialisasi ada tiga tahap, yang pertama pada tingkat manajemen, kemudian pelayanan, kemudian yang non medis...”(RH)

Komitmen dan kebijakan dari pihak pimpinan mengenai pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit telah ada secara tertulis dengan visi, misi, dan tujuan yang jelas, namun diakui oleh pihak pimpinan bahwa sosialisasi ke jajaran manajemen, karyawan, pasien dan pengunjung rumah sakit belum terlaksana. Hal tersebut sesuai dengan informasi yang didapatkan dari beberapa kepala instalasi dan pekerja, sementara berdasarkan pedoman penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI, syarat komitmen penerapan K3 harus tertulis, bertanggal, ditandatangani dan diumumkan kepada seluruh elemen yang ada di rumah sakit.

Beberapa pendapat dari pihak pengelola K3 rumah sakit mengenai penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan sebagai berikut:

“... keselamatan dan kesehatan kerja sudah diterapkan, namun sementara masih dalam proses awal, jadi masih banyak yang harus dibenahi...” (dr.HAR).

“... keselamatan dan kesehatan kerja sudah ada di rumah sakit ini, cuma belum disosialisasikan keseluruh pekerja di rumah sakit...” (Hy).

“... instalasi K3 sudah dibentuk, tapi belum sepenuhnya berjalan karena baru dibentuk...” (HSy).

“... K3 di rumah sakit sudah ada, dan sudah berjalan sekitar kurang lebih enam bulan...”(dr. Dn).

“... K3 memang baru dirumah sakit, belum disampaikan kepada seluruh jajaran rumah sakit...” (Sp).

### **1. Komitmen dan Kebijakan**

Komitmen manajemen RSUD Tarakan dalam penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) diwujudkan dengan membentuk instalasi keselamatan dan

kesehatan kerja rumah sakit. Komitmen dalam penerapan keselamatan dan kesehatan kerja telah tertulis dan ditandatangani oleh direktur rumah sakit, namun belum disosialisasikan kepada seluruh pekerja. Berdasarkan pernyataan pihak pengelola, hal ini masih dalam persiapan. Komitmen juga diwujudkan dalam bentuk penyediaan anggaran khusus untuk penerapan keselamatan dan kesehatan kerja dan personil-personil yang khusus menangani masalah-masalah K3.

Pendapat informan mengenai komitmen dan kebijakan K3 di RSUD Tarakan sebagai berikut:

“...Usulan yang diajukan oleh pengelola instalasi K3 ditindaklanjuti dengan penyediaan anggaran untuk memenuhi kebutuhan pelaksanaan K3...” (dr. HAR).

“... Komitmen harus diwujudkan dengan adanya penganggaran untuk pelaksanaan K3. Dan tidak hanya sebatas komitmen, tetapi anggaran tidak ada...” (Hy).

“... Komitmen belum sepenuhnya dapat dijalankan, misalnya saja penyediaan tempat untuk instalasi K3 belum dapat dikatakan layak, namun hal ini hanya bersifat sementara. Sebab rumah sakit masih dalam tahap pembangunan...” (HSy).

“... Komitmen dan kebijakan sudah tertulis, namun masih dalam bentuk Surat Keputusan (SK) dan belum dalam bentuk pengumuman tertulis sehingga tidak semua orang yang berada di rumah sakit dapat mengetahui tentang komitmen dan kebijakan tersebut...” (dr. Dn).

“... Komitmen diwujudkan dengan membentuk instalasi K3, namun personilnya belum memenuhi syarat...” (Sp).

“... kami belum pernah dikasih tau sama orang K3. Saya kira yang paling tau masalah itu orang yang ada di instalasi K3 sana...” (BR).

“... kami belum dapat penyampaian dari sana (instalasi K3), jadi kami juga masih bingung masalah K3 ini...” (OLP).

Di dalam pedoman penerapan SMK3 RS yang tertera di dalam Permenkes RI Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 dan Permenaker Nomor: PER.05/MEN/1996,

kebijakan K3 adalah suatu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh pengusaha dan atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tujuan perusahaan, komitmen dan tekad melaksanakan K3, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum dan atau operasional.

Komitmen yang nyata dari pihak pimpinan dapat terwujud dengan penyediaan anggaran khusus untuk pelaksanaan program K3. Sebab mustahil suatu program dapat terlaksana tanpa adanya anggaran. Oleh sebab itu, penting bagi pihak manajemen rumah sakit untuk mengkomunikasikan kepada seluruh elemen rumah sakit untuk bersama-sama berkomitmen menerapkan K3 di rumah sakit. Sesuai dengan pedoman penerapan SMK3RS yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI dalam Kepmenkes RI nomor 432/ Menkes/ SK/ VI/ 2007 yang menyatakan bahwa Komitmen diwujudkan dalam bentuk kebijakan (*policy*) tertulis, jelas dan mudah dimengerti serta diketahui oleh seluruh karyawan RS.

## 2. Perencanaan K3RS

Untuk mencapai hasil yang diinginkan, maka harus dilakukan perencanaan yang baik. Pendapat para informan mengenai perencanaan pelaksanaan K3 di rumah sakit sebagai berikut:

“... Perencanaan program K3 dilaksanakan dengan mempertimbangkan prioritas masalah yang ada...” (dr. HAR).

“... Perencanaan program kerja K3 berdasarkan hasil identifikasi awal kebutuhan...” (Hy).

“... Seharusnya program K3 didasarkan pada hasil analisa masalah, yang dikaji dan diprioritaskan...” (HSy).

“... Pelaksanaan program didasarkan pada kesiapan perlengkapannya...” (dr. Dn).

“... Penetapan program berdasarkan hasil pertemuan dengan unit-unit lain...” (Sp).

Perencanaan K3 telah dilakukan dengan berbagai alasan yang mendasarinya, jawaban informan didominasi bahwa perencanaan dilaksanakan dengan melakukan analisa awal dan menentukan prioritas masalah. Sementara sebagian lainnya menjawab bahwa suatu program dilaksanakan berdasarkan kesiapan perlengkapan yang ada. Seorang informan menyatakan bahwa pelatihan dilakukan karena perlengkapannya sudah ada, sehingga program tersebut yang lebih dahulu dilaksanakan. Adapula informan yang berpendapat bahwa suatu program K3 dilaksanakan karena mempertimbangkan tingkat risiko dan pentingnya dilakukan upaya pencegahan.

Perencanaan K3 di rumah sakit penting dilakukan mengingat banyaknya hal yang harus dilaksanakan, sehingga melalui perencanaan yang baik semuanya dapat terlaksana. Tanpa perencanaan K3 yang baik akan sulit mengidentifikasi dan melaksanakan program yang benar-benar harus diprioritaskan untuk dilaksanakan.

Ditinjau dari pedoman SMK3RS Kepmenkes RI tahun 2007, ditetapkan bahwa perencanaan K3 yang sesuai persyaratan harus memperhatikan identifikasi awal, dengan memperkirakan potensi bahaya, cara pengendaliannya. Kemudian merumuskan suatu program dengan tujuan yang jelas.

### **3. Pengorganisasian**

Pembagian tugas secara jelas dengan menetapkan posisi personil dalam struktur organisasi instalasi K3 sehingga masing-masing personil dapat melaksanakan fungsinya. Berberapa pendapat informan mengenai pengorganisasian K3 di RSUD Tarakan:

“... Instalasi K3 telah mengumpulkan data-data dari masing-masing bagian, kemudian menetapkan program K3 yang akan dilaksanakan. Program yang akan dilaksanakan tersebut direkomendasikan kepada bagian pengembangan rumah sakit sebagai bagian yang membawahi instalasi K3...” (dr. HAR).

“... Personil-personil yang bertugas sebagai pengelola instalasi K3 memang belum diambil dari orang-orang yang memiliki latar belakang pendidikan khusus K3...” (Hy).

“... Personil-personil yang mengelola instalasi K3 telah ditetapkan oleh pihak Direksi rumah sakit, namun sifatnya masih dalam bentuk kerja rangkap. Misalnya saja, kepala instalasi K3 sendiri adalah seorang dokter yang juga bertugas di poli jantung...” (HSy)

“... Instalasi K3 masih kekurangan personil yang memenuhi syarat dalam menjalankan program K3. Misalnya, sekretaris instalasi K3 tidak memiliki pendidikan yang spesifik mengenai K3...” (dr.Dn).

“... Penetapan program kerja instalasi K3 dihasilkan dari data masing-masing bagian, dan kemudian instalasi K3 merekomendasikan program tersebut kepada bagian pengembangan dan penunjang rumah sakit...” (Sp).

Informasi dari personil PK3RS menyatakan bahwa panitia pelaksana K3 ini belum dilengkapi oleh personil yang memiliki spesifikasi pendidikan K3 sehingga sering mengalami kesulitan di dalam menentukan program yang harus dijalankan. Pengetahuan mengenai K3 hanya mereka dapatkan dari pelatihan singkat yang hanya diikuti oleh dua orang dari seluruh personil PK3RS yaitu kepala dan wakil kepala PK3RS.

Pemabagian fungsi dan tugas secara jelas melalui pengorganisasian yang baik, hal ini dimaksudkan agar setiap personil memiliki cakupan tanggungjawab masing-masing, sehingga tidak terjadi saling tindih atau melepaskan tanggungjawab. Dengan demikian setiap personil akan bekerja secara professional. Selain dari penetapan tugas secara jelas, yang tak kalah pentingnya adalah pemberian tugas

sesuai dengan kemampuannya, salah satunya dengan menempatkan setiap personil sesuai dengan latar belakang pendidikannya. Di dalam pedoman penerapan SMK3RS Menteri Kesehatan RI dinyatakan bahwa sekretaris organisasi/unit pelaksana K3 RS adalah seorang tenaga profesional K3 RS, yaitu manajer K3 RS atau ahli K3.

#### 4. Penerapan K3RS

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit memiliki tahapan-tahapan di antaranya; tahap persiapan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, tinjauan ulang dan peningkatan. Pendapat informan mengenai penerapan K3 di RSUD Tarakan sebagai berikut:

“... Penyediaan alat pelindung diri, alat pemadam api ringan (APAR) telah disiapkan, namun masih dalam jumlah yang minim sebab sifatnya hanya sementara, dan akan dilengkapi setelah pembangunan gedung rumah sakit yang baru digunakan...” (dr. HAR).

“... Beberapa program yang telah direkomendasikan oleh instalasi K3 kepada bagian pengembangan dan penunjang rumah sakit berupa; sosialisasi K3 ke seluruh instalasi/ ruangan rumah sakit, laporan kegiatan dari instalasi secara berkelanjutan/ rutin. Demo penggunaan APAR, pemebntukan tim penanggulangan bencana, dan pembuatan tanda-tanda penunjuk arah jalan..!” (Hy).

“... Sosialisasi mengenai program K3 di rumah sakit kepada jajaran manajemen, karyawan dan pengunjung masih dalam persiapan, menunggu program-program lain yang lebih awal, selesai terlaksana...” (HSy).

“... kami dari K3 memang belum ada komunikasi, jadi kami di sini Cuma memberikan arahan kepada pekerja itu sesuai ilmu yang kami punya. Misalnya, jangan membawa anak ke tempat kerja karena itu bisa membahayakan anak-anak kita, kan kasian...” (DK)

“... kami cuma kadang dikasih arahan sama kepala ruangan ini, misalnya waktu kerja kita harus pake sarung tangan, sepatu boot, celemek, sama masker...” (Jn).

“... Seharusnya evaluasi dan peninjauan kinerja K3 terus dilakukan dalam jangka waktu tertentu, namun masih dalam tahap perencanaan...” (dr. Dn).



“... Evaluasi, peninjauan dan peningkatan kinerja K3 akan terus dilakukan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Namun untuk waktu sekarang ini belum sepenuhnya terlaksana karena masih dalam tahap permulaan pelaksanaan K3 di rumah sakit ini...” (Sp).

Menurut informasi dari pihak manajemen dan personil PK3RS, dan hasil observasi langsung di lokasi, K3 di RSUD Tarakan belum sepenuhnya terlaksana. Alasan belum diterapkannya K3 secara keseluruhan adalah karena baru dibentuk dan personilnya baru ditetapkan. Sehingga tahapan pelaksanaan yang baru berjalan hanya sebatas pelaksanaan program K3, dan belum dilakukan evaluasi serta peninjauan ulang dan peningkatan program.

Apapun yang menjadi alasan tidak terlaksananya K3 secara penuh di seluruh aspek kegiatan rumah sakit, hal tersebut harus tetap terus diupayakan dan ditingkatkan, mengingat banyaknya risiko yang ada di rumah sakit. Seperti telah dipaparkan pada tinjauan pustaka bahwa risiko bahaya di rumah sakit sangat banyak, baik berupa risiko infeksi, paparan bahan kimia, kebakaran, radiasi, dan lain sebagainya. Sehingga penting bagi seluruh elemen yang ada di rumah sakit memiliki kesadaran akan pentingnya penerapan K3 di rumah sakit. Hal tersebut dapat terwujud melalui komitmen bersama, yang diawali oleh pucuk pimpinan untuk kemudian diterapkan secara menyeluruh baik kepada jajaran manajemen, karyawan, pengunjung dan pasien.

### ***C. Pembahasan***

Penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3) di Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan ditandai dengan dibangunnya komitmen manajemen terhadap keselamatan dan kesehatan para pekerja di rumah sakit. Hal

tersebut dibuktikan dengan pembentukan panitia pelaksana Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang berdasarkan SK Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Nomor: KP.04.05.2.2.XI.15141 yang ditetapkan di Tarakan pada tanggal 04 November 2009 yang menyatakan bahwa panitia keselamatan dan kesehatan kerja di kepalai oleh dr. H. Andi Rijal dan wakil kepala M. Yunus, A.Md.Fis. Dengan dikeluarkannya SK Direktur tersebut, maka instalasi K3 di RSUD Tarakan dinyatakan resmi dibentuk dan dijalankan oleh personil-personil yang tergabung di dalam struktur organisasi PK3RS. Posisi PK3RS berada di bawah wadir penunjang dan pengembangan dan termasuk sebagai instalasi penunjang rumah sakit.

Ditinjau dari hasil pengkajian data yang diperoleh, dapat diketahui bahwa penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan belum mencapai standar, baik yang berpedoman pada Permenaker No. 5 tahun 1996, maupun Kepmenkes RI No. 432 tahun 2007. Hal serupa juga terjadi pada beberapa rumah sakit, misalnya penelitian yang dilakukan oleh Yunianingsih Selano dan Herniati H. Alimadong (2007) di RS Kusta Makassar. Hasil penelitian mereka menemukan bahwa penerapan komitmen dan kebijakan masih kurang, hanya 2 kriteria yang terlaksana dari 11 kriteria yang disyaratkan. Administrasi dan pengelolaan masih kurang, karena hanya 2 dari 5 kriteria yang disyaratkan. Fasilitas dan peralatan dikategorikan kurang, karena hanya 3 dari 13 kriteria yang disyaratkan. Pengembangan staf dan program pun dikategorikan kurang karena hanya 2 dari 4 kriteria persyaratan. Penanggulangan bencana dan kedaruratan dikategorikan kurang karena hanya 2 dari 19 kriteria yang disyaratkan telaksana. Evaluasi dan pengendalian dikategorikan kurang karena belum ada kriteria yang diterapkan.

Hasil serupa juga diperoleh dalam penelitian yang dilakukan oleh Naimah Najamuddin dan Nur Asmar S. (2007) di RS Bersalin Pertiwi Makassar. Hasil penelitian yang mereka peroleh berupa; pada tahap persiapan, 77,78% karyawan menyatakan adanya pembentukan organisasi K3, sebanyak 73,33% menyatakan telah tersedia anggaran dan sarana untuk pelaksanaan K3. Pada tahap monitoring, 44,44% menyatakan telah dilakukan monitoring dan evaluasi, sebanyak 42,22% menyatakan telah dilakukan peninjauan ulang dan peningkatan program K3. Sementara menurut PK3, sebesar 57,86% penerapan SMK3 telah terlaksana. Hasil serupa juga ditunjukkan oleh Amalia dan Kahrir (2007) yang melakukan penelitian di RSU Mamuju Sulawesi Barat, berupa Pemeriksaan kesehatan petugas dikategorikan kurang, hanya 3 dari 6 kriteria yang disyaratkan terlaksana, hal tersebut menggambarkan kurangnya komitmen dalam penerapan K3. Sumber informasi prosedur K3 dikategorikan kurang karena hanya 1 dari 5 kriteria persyaratan yang terlaksana. Penggunaan alat pelindung diri (APD) dikategorikan kurang karena hanya 2 dari 7 kriteria persyaratan yang terlaksana.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### ***A. Kesimpulan***

Berdasarkan hasil analisis data, dapat ditarik kesimpulan mengenai penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di RSUD Tarakan sebagai berikut:

1. Komitmen dan kebijakan manajemen rumah sakit terhadap penerapan K3 telah ada dan tertulis, namun belum tersosialisasikan secara menyeluruh kepada pekerja di rumah sakit maupun pengunjung atau pasien rumah sakit.
2. Perencanaan K3 hanya beberapa yang telah dilaksanakan yaitu di antaranya dengan mengidentifikasi secara awal permasalahan-permasalahan K3 yang kemudian disusun program berdasarkan prioritas permasalahan tersebut.
3. Organisasi K3 di RSUD Tarakan telah dibentuk dan telah melaksanakan tugas dan fungsinya masing-masing, namun personil yang menjalankan organisasi tersebut belum memenuhi kriteria.
4. Penerapan K3 di RSUD Tarakan telah berjalan, namun belum seluruh program terlaksana, misalnya evaluasi dan peninjauan berkelanjutan belum terlaksana.

## ***B. Saran***

Beberapa saran yang diharapkan dapat membantu meningkatkan penerapan SMK3 di RSUD Tarakan di antaranya:

1. Komitmen dan kebijakan sebaiknya dimulai dari pucuk pimpinan dalam hal ini direktur rumah sakit dan disosialisasikan dalam bentuk pengumuman tertulis tentang tujuan, visi dan misi penerapan K3 kepada seluruh elemen yang ada di rumah sakit.
2. Menetapkan personil-personil organisasi K3 yang sesuai dengan kriteria atau memenuhi syarat untuk menjalankan organisasi K3 yaitu tenaga ahli yang memiliki spesifikasi pendidikan di bidang K3.
3. Mengkomunikasikan K3 ke seluruh jajaran manajemen, karyawan, pengunjung dan pasien rumah sakit.
4. Pihak manajemen rumah sakit perlu secara rutin meninjau ulang dan terus menerus meningkatkan SMK3 dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja K3 secara keseluruhan.
5. Pihak manajemen sebaiknya menetapkan anggaran khusus untuk mendukung penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di RSUD Tarakan.

**KUESIONER PENELITIAN  
PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN  
DAN KESEHATAN KERJA DI RSUD TARAKAN TAHUN 2010**

**Identitas Responden**

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

**Riwayat Pekerjaan**

Bagian Kerja :

Masa Kerja :

1. Apakah SMK3 telah diterapkan di rumah sakit ini?
2. Apa yang mendasari diterapkannya sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit ini?
3. Bagaimana komitmen penerapan SMK3 di rumah sakit ini?
4. Bagaimana komitmen tersebut dijalankan?
5. Bagaimana pendapat anda mengenai penempatan organisasi K3 pada posisi yang dapat menentukan keputusan?
6. Bagaimana pendapat anda mengenai penyediaan anggaran, tenaga kerja yang berkualitas, dan sarana-sarana lain yang diperlukan dalam K3?
7. Bagaimana pendapat anda mengenai perencanaan sistem K3 yang meliputi perencanaan identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko saat merumuskan rencana untuk K3?
8. Bagaimana pendapat anda mengenai upaya peningkatan K3 dengan jalan mengikutsertakan semua pihak dalam penerapan SMK3?

*Terima kasih atas partisipasi dan kerjasam anda*

**KUESIONER PENELITIAN**  
**PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN**  
**DAN KESEHATAN KERJA DI RSUD TARAKAN TAHUN 2010**

**Identitas Responden**

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

**Riwayat Pekerjaan**

Bagian Kerja :

Masa Kerja :

**Pengetahuan tentang K3**

1. Pelaksanaan atau penerapan SMK3 perlu dilaksanakan di rumah sakit ini.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
2. Bagi saya, SMK3 tidak penting sebagai pencegahan.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
3. Alat pelindung diri disediakan sebagai pencegahan kecelakaan di tempat kerja.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
4. Alat pelindung diri tidak penting bagi petugas rumah sakit.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
5. Mematuhi prosedur kerja merupakan kewajiban setiap tenaga kerja.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
6. Saya menggunakan alat pelindung diri karena diawasi oleh atasan.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
7. Bagi saya, bekerja sambil berbicara, dan melakukan hal-hal lain adalah tidak baik.
  - a. setuju
  - b. tidak setuju
8. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan K3?
  - a. Ya
  - lb. tidak

*TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASI DAN KERJA SAMA ANDA*

*CHECK LIST* PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN  
KESEHATAN KERJA DI RSUD TARAKAN

TAHUN 2010

1. Apakah kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja
  - a. Tertulis
  - b. Bertanggal
  - c. Visi, misi dan tujuannya jelas
  - d. Ditandatangani oleh direktur
2. Apakah terdapat rambu-rambu mengenai keselamatan
  - a. ada
  - b. tidak ada
3. Apakah terdapat tanda pintu darurat dan dipasang sesuai dengan standar dan pedoman teknis
  - a. ada
  - b. tidak ada
4. Apakah terdapat suatu sistem penandaan bagi alat yang sudah tidak aman lagi jika digunakan atau yang sudah tidak digunakan lagi?
  - a. ada
  - b. tidak ada
5. Apabila diperlukan, dilakukan penerapan sistem penguncian pergoperasian (*lock out system*) untuk mencegah agar sarana produksi tidak dihidupkan sebelum saatnya.
  - a. ya
  - b. tidak
6. Prosedur penandaan status untuk menjamin bahwa peralatan dalam kondisi yang aman untuk dioperasikan.
7. Instruksi keadaan darurat dan hubungan keadaan darurat diperlihatkan secara jelas/ mencolok dan diketahui oleh seluruh tenaga kerja perusahaan.
  - a. ya
  - b. tidak
8. Alat dan sistem tanda bahaya keadaan darurat diperiksa, diuji dan dipelihara secara berkala.
  - a. ya
  - b. tidak



9. Kesesuaian, penempatan dan kemudahan untuk mendapatkan alat keadaan darurat telah dinilai oleh petugas yang berkompeten.
10. Lembar Data Keselamatan Bahan (MSDS) dan komprehensif untuk bahan-bahan berbahaya harus mudah didapat.
11. Terdapat sistem untuk mengidentifikasi dan pemberian label (*labelling*) pada bahan-bahan berbahaya.
12. Rambu peringatan bahaya dipampang sesuai dengan persyaratan peraturan perundangan dan standar yang berlaku.
13. Apakah terdapat alat pelindung diri yang memenuhi standar?  
a. ada            b. tidak ada



**KUESIONER PENELITIAN**  
**PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN**  
**DAN KESEHATAN KERJA DI RSUD TARAKAN TAHUN 2010**

**Identitas Responden**

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

**Riwayat Pekerjaan**

Bagian Kerja :

Masa Kerja :

**A. KOMITMEN DAN KEBIJAKAN**

**1. Komitmen**

1. Bagaimana posisi organisasi K3 dalam menentukan keputusan di rumah sakit ini?
2. Apakah telah tersedia anggaran khusus untuk pelaksanaan K3 di rumah sakit ini?
3. Apakah personel yang menangani pelaksanaan K3 di rumah sakit ini telah memenuhi syarat?
4. Apakah telah ditetapkan tanggungjawab dan wewenang yang jelas kepada personel dalam penanganan K3 di rumah sakit ini?
5. Apakah ada sarana yang tersedia untuk pelaksanaan K3 di rumah sakit ini?
6. Apakah telah dilakukan peninjauan awal terhadap kondisi K3 oleh pengelola rumah sakit ini?
7. Apakah telah dilakukan penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan K3 di rumah sakit ini?

## **2. Kebijakan**

8. Apakah telah terdapat kebijakan K3 yang dikeluarkan oleh direktur rumah sakit secara tertulis?
9. Apakah kebijakan secara jelas menyatakan tujuan K3?
10. Apakah kebijakan K3 telah dikonsultasikan kepada tenaga ahli K3?
11. Apakah kebijakan K3 didiskusikan kepada wakil tenaga kerja, dan dikomunikasikan kepada seluruh tenaga kerja, pengunjung dan pasien?
12. Apakah kebijakan K3 ditinjau secara berkala untuk menjamin bahwa kebijakan tersebut sesuai dengan perubahan yang terjadi dan peraturan perundangan?

## **B. Perencanaan**

13. Apakah perencanaan dilakukan dengan mempertimbangkan identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko pada kegiatan yang akan dilakukan?
14. Apakah unit K3 rumah sakit menjelaskan peraturan perundangan dan persyaratan lainnya kepada setiap tenaga kerja?
15. Apakah penetapan tujuan dan sasaran K3 dikonsultasikan dengan wakil tenaga kerja, ahli K3, dan pihak lain yang terkait?
16. Apakah tujuan dan sasaran K3 yang ditetapkan perusahaan ditinjau secara teratur?

## **C. Pengorganisasian**

17. Apakah ditetapkan sasaran dan jangka waktu pencapaian tujuan dan sasaran SMK3?
18. Apakah program K3RS yang dibuat berdasarkan pada potensi bahaya dan insiden serta catatan K3RS sebelumnya?
19. Apakah pembuatan manual K3RS sebelumnya dikonsultasikan kepada dinas kesehatan dan tenaga ahli K3?
20. Apakah unit K3RS memberi rekomendasi dan pertimbangan kepada direktur rumah sakit mengenai masalah-masalah K3RS?
21. Apakah unit K3RS merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman, petunjuk pelaksanaan dan prosedur K3RS?
22. Apakah unit K3RS telah membuat program K3RS?
23. Apakah unit K3RS telah melakukan pengumpulan dan pengolahan data, serta informasi permasalahan mengenai K3RS?

24. Apakah unit K3RS telah membantu direktur rumah sakit dalam mengadakan, meningkatkan upaya promosi K3, pelatihan dan penelitian K3 di rumah sakit?
25. Apakah unit K3RS mengadakan pengawasan terhadap pelaksanaan program K3RS?
26. Apakah unit K3RS memberikan saran dan pertimbangan yang berkaitan dengan tindakan korektif?

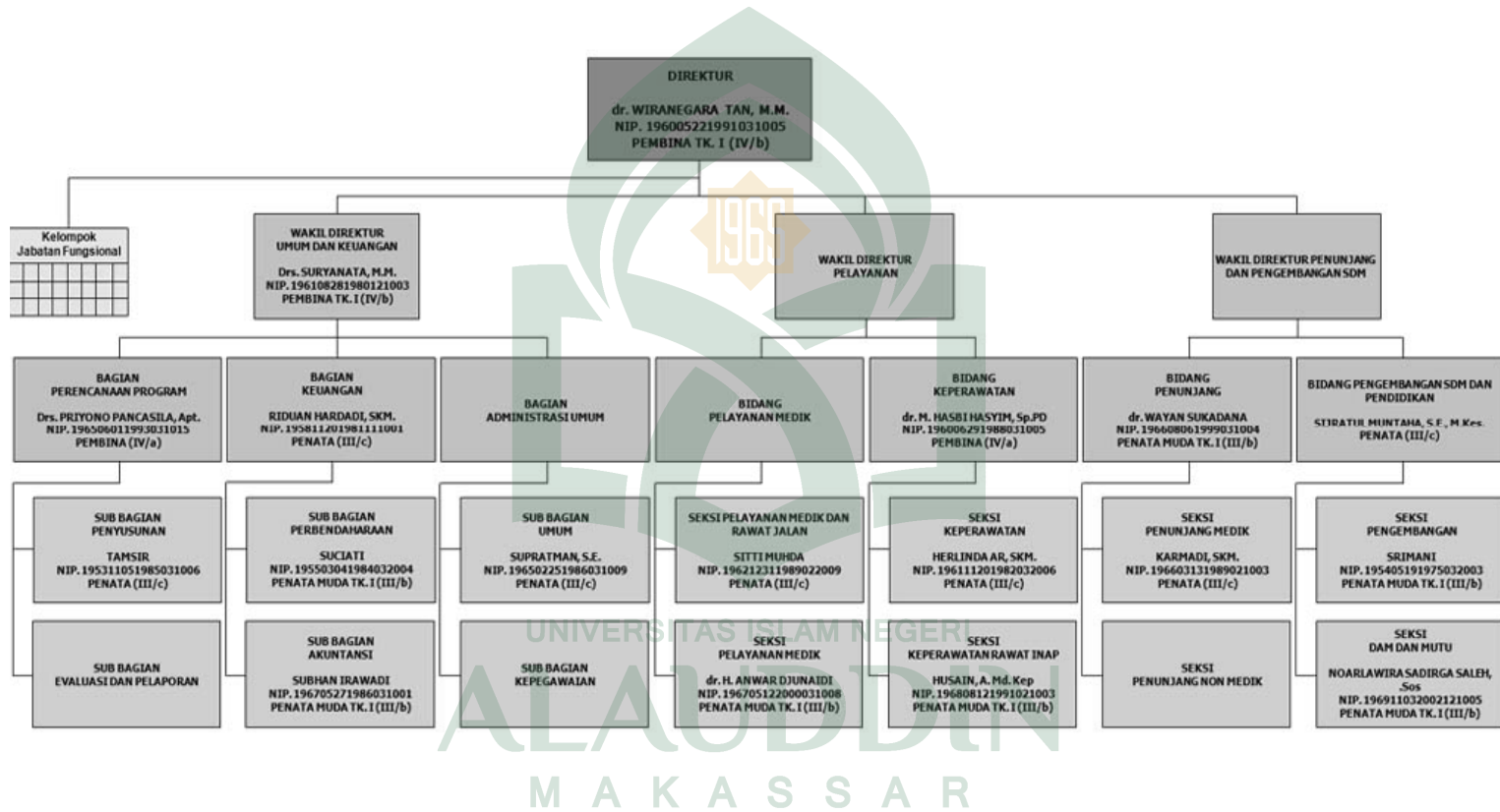
#### **D. Penerapan K3**

27. Apakah pihak manajemen telah membuat ketentuan untuk mengkomunikasikan informasi K3 secara efektif?
28. Apakah dibuat peraturan untuk mendapatkan pendapat dan saran dari para ahli?
29. Apakah manajemen mengintegrasikan SMK3 ke dalam sistem manajemen perusahaan yang ada?
30. Apakah manajemen menentukan, menunjuk, mendokumentasikan dan mengkomunikasikan setiap perubahan tanggung jawab dan tanggung gugat?
31. Apakah dilakukan identifikasi sumber bahaya, penilaian dan pengendalian risiko?
32. Apakah inspeksi pengujian dan pemantauan dilakukan oleh personel yang berpengalaman dan punya keahlian yang cukup?
33. Apakah peralatan dan metode pengujian yang digunakan cukup memadai?
34. Apakah catatan inspeksi, pengujian dan pemantauan terpelihara dengan baik?
35. Apakah hasil temuan dianalisis dan ditinjau ulang?
36. Apakah tindakan perbaikan dan pencegahan dilaksanakan berdasarkan hasil temuan?
37. Apakah pengurus melakukan tinjauan ulang SMK3 secara berkala?
38. Apakah dilakukan tinjauan ulang dari evaluasi terhadap penerapan kebijakan K3?
39. Apakah dilakukan tinjauan ulang terhadap tujuan, sasaran dan kinerja K3?
40. Apakah dilakukan tinjauan ulang dari hasil temuan audit SMK3?
41. Apakah dilakukan tinjauan ulang dari evaluasi efektifitas penerapan SMK3?

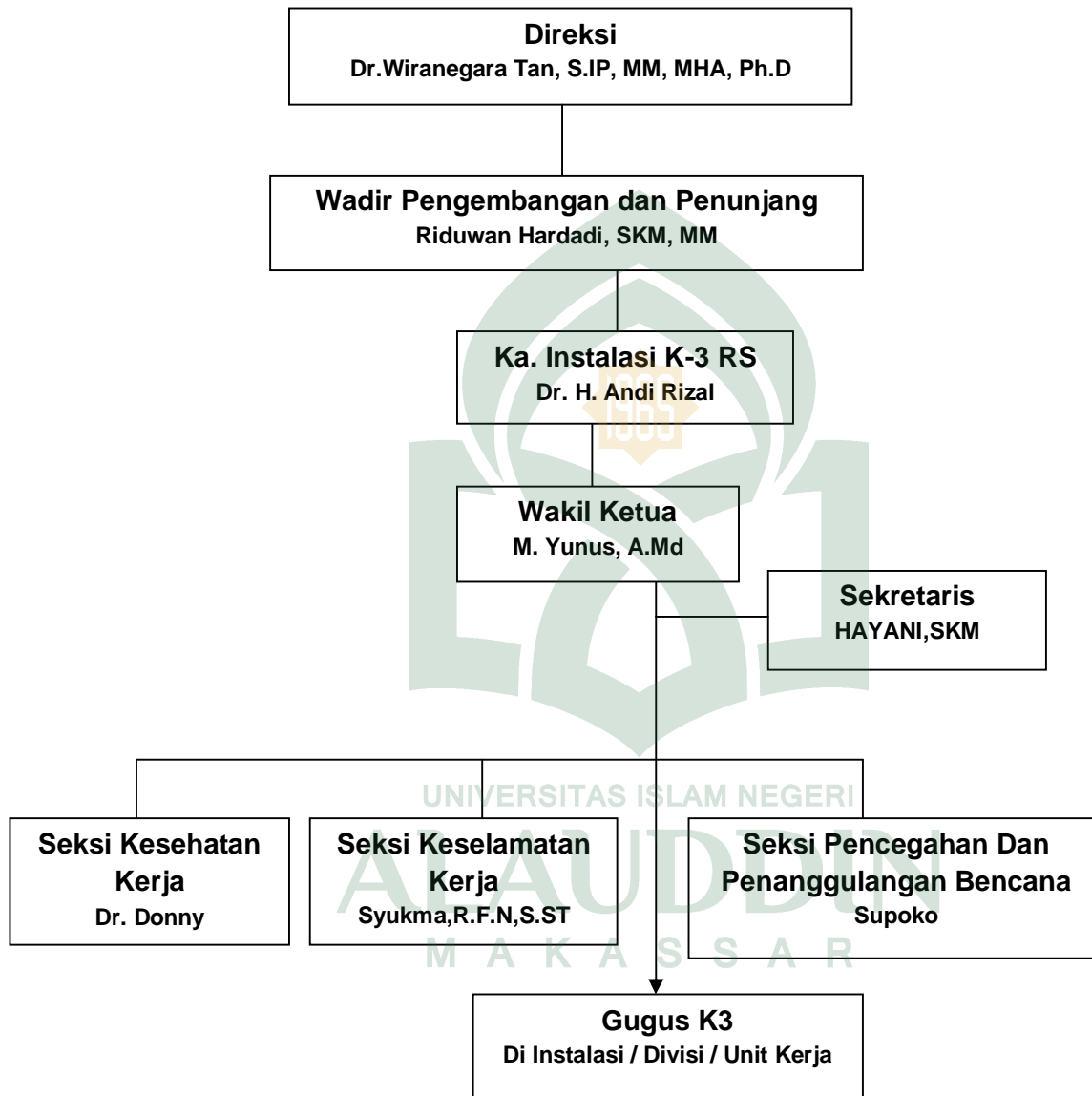
*Terima kasih atas partisipasi dan kerjasama anda*

LAMPIRAN

STRUKTUR ORGANISASI RSUD TARAKAN  
PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR



**STRUKTUR ORGANISASI**  
**PANITIA KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (PK3)**  
**RSUD TARAKAN**



Lampiran

DOKUMENTASI PENELITIAN DI RSUD TARAKAN PEMERINTAH  
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR TAHUN 2010



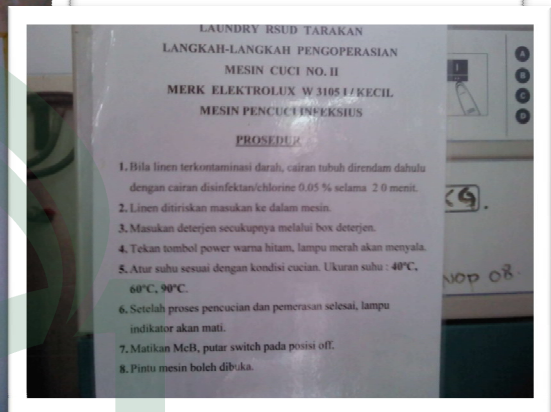
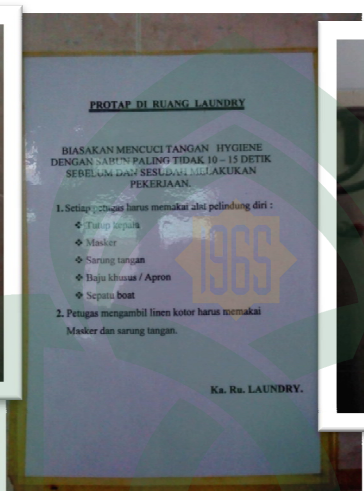
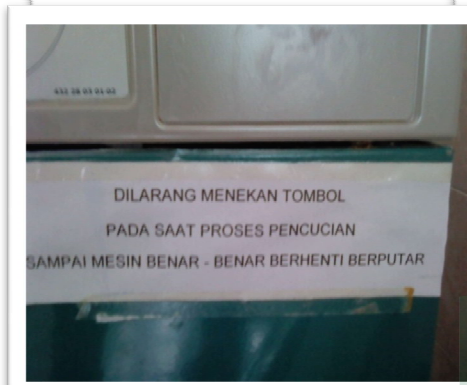
Peneliti sedang mewawancarai wadir bagian pengembangan RS



Peneliti sedang mewawancarai ketua PK3RS



Peneliti sedang mewawancarai beberapa pekerja dan kepala instalasi



Prosedur-prosedur keselamatan yang terdapat di ruangan kerja



Ruangan kantor PK3RS





✗ Pembuatan Dokumen Kepesawaian Billing  
 ✗ Pengembangan Billing System untuk Damkesmas

**ALA UDDIN**  
**MAKASSAR**

**INSTALASI K3**

✗ Sosialisasi K3 ke seluruh Instalasi / Ruangan  
 ✗ Pengumpulan Laporan Kegiatan KESLING, APOTIK, IPSRS secara terkelanjutan / Rutin  
 ✗ Sosialisasi / Demo tata cara penggunaan APAR (alat pemadam kebakaran) yang ada di Ruangan.  
 ✗ Pembentukan tim Penanggulangan bencana  
 ✗ Pembuatan Penunjuk Jalan

Ruangan kantor PK3RS

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimadong H. Herniati dan Yunianingsih Selano. *Penerapan SMK3 pada RS Kusta Makassar*. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia Makassar, 2007.
- Al-Qur'an dan Terjemahannya. Wakaf dari Pelayan Dua Tanah Suci Raja Fahd bin Abdul Aziz Al su'ud.
- Almath Faiz M. *110 Hadits Terpilih, Sinar Ajaran Muhammad*. Jakarta: Gema Insani, 1991.
- Anies. *Penyakit Akibat Kerja*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo, 2005.
- Anonim. "Tindak Kekerasan pada Lingkup Kerja Rumah Sakit" *Warta Kesehatan Kerja*, 3 Agustus 2006.
- Djati, Ismoyo. "Bagaimana Mencapai *Zero Accident* di Perusahaan," dalam Tjandra Yoga Aditama dan Tri Hastumi, eds. *Kesehatan dan Keselamatan Kerja: Kumpulan makalah seminar K3 RS persahabatan tahun 2000 dan 2001*. Jakarta: UI- PRESS, 2006.
- Gassing, Qadir dan Wahyudin Halim, ed. *Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah: Makalah, Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Makassar: Alauddin Press, 2008.
- Hamka. *Tafsir Al-Azhar*. Jakarta: Pustaka Panjimas, 1982.
- Husni, Lalu. *Pengantar Hukum Ketenagakerjaan Indonesia*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada, 2003.
- ILO dan WHO. *Joint ILO/WHO Guidelines on Health Services and HIV/AIDS*. Terj. Zulmiar Yanri et al., *Pedoman Bersama ILO/WHO tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS*. Jakarta: Depankertrans RI, 2005.  
[http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/who\\_ilo\\_guidelines\\_indonesian.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/who_ilo_guidelines_indonesian.pdf)  
Diakses: 24 Juni 2010.
- Menteri Tenaga Kerja Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor PER. 05/ MEN/ 1996*. <http://download.lpj.org/regulasi/permenaker-05-tahun-1996.pdf>. Diakses 18 juni 2010.
- Menteri Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/ MENKES/ SK/ IV/ 2007: Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit..*  
<http://www.depkes.go.id/downloads/Kepmenkes/KMK%20432IV%20K3%20RS.pdf>. Diakses: 18 Juni 2010.

- Muninjaya, A. A. Gde. *Manajemen Kesehatan, Ed. 2*. Jakarta: EGC, 2004.
- Najamuddin Naimah dan Nur Asmar S. *Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RS Bersalin Pertiwi Makassar Tahun 2007*. Dibawakan Dalam Rangka Tugas Kepaniteraan Klinik pada Bagian IKM/IKK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, 2007.
- Notoadmodjo S. 2007. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 2005.
- Pemerintah Kotamadya Tarakan. "Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan." *Fasilitas Kota- Kesehatan*. www. Tarakankota. go.id. Diakses: 9 Juni 2010.
- Ridley, John. *Health and Safety in Brief, Third Edition*. Terj. Soni Astranto, *Ikhtisar Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Edisi Ketiga*. Jakarta: Erlangga, 2006.
- Shihab, M. Quraish. *Membumikan Al Quran*. Cet. XIX; Bandung: Mizan, 1999.
- Sulistomo, Astrid. "Penyakit akibat kerja dan penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan," Tjandra Yoga Aditama dan Tri Hastuni, eds. *Kesehatan dan Keselamatan Kerja: Kumpulan Makalah Seminar K3 RS Persahabatan Tahun 2000 dan 2001*. Jakarta: UI-PRESS, 2006.
- Soepomo, Imam. *Hukum Perburuhan: Undang-undang dan Peraturan-peraturan*. Jakarta: Djambatan, 2001.
- Winardi, J. *Teori Organisasi dan Pengorganisasian, Cet. 2*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada, 2003.

## BIODATA PENULLIS



FIRMAN ALIMUDDIN lahir di kota Tarakan pada tanggal 25 Mei tahun 1985. Pendidikan sekolah dasarnya diselesaikan di Sekolah Dasar Negeri Karungan, kemudian dilanjutkan di Madrasah Tsanawiyah Al-Fatah Karungan. Usai menamatkan sekolah di Madrasah Tsanawiyah, Firman kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Kejuruan Negeri (SMKN) 2 Tarakan, dan berhasil menyelesaikan pendidikan pada tahun 2005. Pada tahun 2006 melanjutkan pendidikan di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, pada Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat Jurusan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dan berhasil menyelesaikan pendidikan pada tahun 2010.

Selain menyelesaikan pendidikan di bangku kuliah, penulis juga pernah mengikuti program magang industri yaitu di rumah sakit PT. Inco Soroako dan mendapatkan penghargaan berupa *Basic Project* sebagai bukti loyalitas dan kinerja yang baik selama mengikuti program magang. Sulung dari 5 bersaudara yang lahir dari pasangan Alimuddin dan Aisyah ini juga pernah aktif dalam kegiatan-kegiatan dan kepengurusan organisasi internal kampus, diantaranya koordinator minat dan bakat dalam Himpunan Mahasiswa Jurusan (HMJ) Kesehatan Masyarakat, dan koordinator bagian Akhlak dan Kerohanian Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R