

**TESIS**

**ANALISIS PERMASALAHAN UPAYA PELAYANAN KESEHATAN  
KERJA DALAM KAITAN DENGAN SISTEM MANAJEMEN  
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
GUNA PERENCANAAN PROGRAM K3**

kn

TKK 26/07

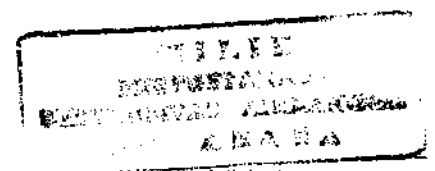
Art

0



**DITA ARTNINGTYAS  
NIM. 090410769 L**

**PROGRAM MAGISTER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2006**



**ANALISIS PERMASALAHAN UPAYA PELAYANAN KESEHATAN  
KERJA DALAM KAITAN DENGAN SISTEM MANAJEMEN  
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
GUNA PERENCANAAN PROGRAM K3**

**TESIS**

**Untuk memperoleh gelar Magister  
Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Minat Studi Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Pada Program Magister  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga**

**Oleh :**

**DITA ARTNINGTYAS  
NIM. 090410769 L**

**PROGRAM MAGISTER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2006**

Lembar pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 30 AGUSTUS 2006

Oleh

Pembimbing Ketua

Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., SpOk  
NIP. 130517177

Pembimbing

Erwin Dyah Nawawinetu, dr., M.Kes  
NIP. 131837436

Mengetahui,

Ketua Program Studi  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



Prof. Dr. Endang Anisa Damayanti, drg., MS  
NIP. 131871470

Tesis diuji pada  
Tanggal 30 Agustus 2006  
PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : H.M. Sulaksmo, dr., M.S., M.PH., SpOk  
Anggota : 1. Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., Sp.Ok  
2. Erwin Dyah Nawawinetu, dr., M.Kes  
3. Dr. Hj. Tri Martiana, dr., M.S.  
4. H. Mulyono, S.KM., M.Kes  
5. Haryuti, Ir., MM

## RINGKASAN

Karyawan Rumah Sakit lebih banyak mengalami masalah Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dibandingkan dengan karyawan sipil lainnya. Karyawan Rumah Sakit merupakan aset yang harus dilindungi. Pelayanan kesehatan kerja di Rumah Sakit Haji Surabaya dalam pelaksanaannya masih perlu ditingkatkan oleh karena belum sesuai dengan upaya pelayanan kesehatan kerja Rumah Sakit seperti pada pokok-pokok kebijakan Rumah Sakit oleh Departemen Kesehatan RI walaupun telah mendapat sertifikat lulus akreditasi K3RS. Rendahnya kepedulian terhadap upaya pelayanan kesehatan kerja karyawan disebabkan oleh Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) yang belum terlaksana dengan baik.

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja dalam kaitan dengan SMK3 guna perencanaan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja di rumah sakit Haji Surabaya.

Penelitian ini adalah eksploratif semi kualitatif. Subyek penelitian ini adalah 62 karyawan, pada setiap unitnya diambil 2 – 5 orang yang dianggap mengerti tentang K3. Dalam menganalisis upaya pelayanan kesehatan kerja, peneliti menggunakan 4 indikator yaitu; promotif, preventif, penerapan ergonomi dan kuratif, sedangkan pada SMK3 menggunakan 3 indikator yaitu; komitmen & kebijakan, pelaksanaan serta pengukuran & evaluasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ;

1. Permasalahan promotif adalah perilaku/ kebiasaan karyawan yang tidak biasa makan pagi, makan & istirahat tidak teratur, serta terbatasnya

pengetahuan tentang keselamatan dan kesehatan kerja/ K3 terutama kepada karyawan yang tidak mempunyai dasar pendidikan kesehatan .

2. Masalah preventif adalah perlindungan terhadap bahaya-bahaya fisik, kimia, biologi dan zat-zat berbahaya ditempat kerja oleh karena keterbatasan dana.
3. Masalah penerapan ergonomi adalah karyawan yang bekerja belum sesuai protap (prosedur tetap) dan adanya ruangan/ alat yang mempercepat kelelahannya.
4. Masalah kuratif adalah belum adanya prosedur tetap untuk pelayanan kesehatan tenaga honorer.
5. Masalah komitmen & kebijakan adalah sosialisasi dan tidak adanya dukungan dana khusus untuk K3.
6. Masalah pelaksanaan SMK3 adalah sosialisasi protap yang belum menyeluruh dan petugas K3 yang belum memiliki keahlian khusus.
7. Masalah pengukuran dan evaluasi pada SMK3 adalah belum ada *standard operating procedure* untuk evaluasi K3.

Sebagai kesimpulannya adalah adanya kaitan yang erat antara upaya pelayanan kesehatan kerja dengan SMK3. Hasil penelitian direkomendasikan kepada direktur untuk meningkatkan upaya pelayanan kesehatan kerja di Rumah Sakit Haji Surabaya. Saran yang terpenting guna perencanaan K3 adalah PK3RS dimasukkan kedalam struktur organisasi RS serta disediakan dana khusus untuk K3.

## SUMMARY

The hospital's employee often get more accident than the civil employee. The hospital's employee are an asset of the hospital whom have to be protected. The occupational health service in Haji Hospital Surabaya must be improved because did not standard comply with available programme standard set by the Department of Health, although Haji Hospital had got accreditation for *K3RS*.

The main aim of this research was to analyze the problems relating to the occupational health service and the occupational health and safety management system. This was an explorative semi qualitative study. Subject of this research consist of 62 employees working in 16 units, each unit was represented by taken 2-5 personnels who knew a lot of knowledge about *K3RS*.

In analyzed the occupational health service problems were used four indicators; namely promotive, preventive, ergonomic implementation and curativewhile in the occupational health and safety management system were used three indicators i. e. the policy and commitment, the performance occupational e and the evaluation . The result of this research indicated that:

1. Promotive problems: the majority of employees did not took breakfast and irregular meal and took a rest. As well as limited knowledge about *K3RS* especially for these who did not have health education basic.
2. Preventive problems: most of employees had not been well protected againts the physical, chemistry, biological hazard in the workplace, due to limited of funding.

3. Ergonomic ergonomic implementation problems: the employees did not comply with the available standard operating procedure and most of the workstation and tools were not ergonomically designed.
4. Curative problems: the standard operating procedure health service for honorary personnels were not provided.
5. The policy and commitment of the occupational health and safety management system problems: lack of socialitation procedures and the absent of financial support specifically provided for occupational health and safety.
6. Performance problems: lack of socialitation of occupational health and safety standard operating procedure and most of occupational health and safety personnels were not professional.
7. Evaluation of the occupational health and safety management system problem: the standard operating procedure not available.

These problems were used to director recommendation for planning occupational effort. It can be conducted that there is strong linked between the occupational health services and occupational health and safety management system. It is sugested the director of Haji Hospital increased and PK3RS structure be included in hospital organization structure and adequate funding for occupational health and safety.



**The Occupational Health Services Problems Analysis in Relation to The Occupational Health and Safety Management System for Occupational Health and Safety Programme Planning Case Study in Haji Hospital Surabaya**

**ABSTRACT**

**Dita Artiningtyas**

This research has been done at the Haji Hospital Surabaya in 2006, carry out 62 employees working in 16 units. Although this hospital had got the certificate accreditation for *K3RS*, occupational health service must be improved because did not comply with available programme standard set by Department of Health.

The main aim of this research was to analyze the problems related to the occupational health service and the occupational health and safety management system. It was an explorative semi qualitative study. In analyzed the occupational health service problems were used four indicators; namely promotive, preventive, ergonomic implementation and curativewhile in the occupational health and safety management system were used three indicators i. e. the policy and commitment, the performance and the evaluation.

The conclusion of this research that there is strong linked between the occupational health service and the occupational health and safety management system. It is suggested the director of Haji Hospital *PK3RS* structure be included in hospital organization structure and adequate funding for occupational health and safety.

**Key words:** the occupational health service, the occupational health and safety management system

## UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.

Tesis ini merupakan salah satu persyaratan yang harus ditempuh oleh mahasiswa pada semester akhir minat Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja ( MK3 ) program Pascasarjana Universitas Airlangga. Penyelesaian penulisan ini berkat bantuan dan bimbingan dari para dosen, dorongan motivasi rekan-rekan sesama mahasiswa MK3 serta seluruh staf yang terlibat di Rumah Sakit Haji Surabaya.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada Bapak Prof. Dr. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., Sp.Ok selaku ketua minat MK3 program studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan program Pascasarjana Universitas Airlangga, sekaligus sebagai pembimbing utama yang penuh kesabaran telah memberikan bantuan pengarahan, dorongan serta bimbingan hingga selesainya tesis ini.

Ibu Erwin Dyah Nawawinetu, dr., M.Kes selaku pembimbing yang penuh kesabaran telah memberikan bantuan pengarahan, dorongan serta bimbingan hingga selesainya tesis ini. Seluruh staf pengajar minat MK3 program studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah banyak membimbing dan memberi masukan selama penulisan ini.

Prof. Dr. Rochmad Romdoni, dr., Sp JP, (K), FIHA selaku Direktur Rumah Sakit Haji Surabaya beserta seluruh staf atas ijin mengikuti Program Magister dan ijin melakukan penelitian di Rumah Sakit Haji.

Bapakku, Bapak A.W. Karyasa, Suamiku Ir. Dalni Soenaryadi serta anakku tercinta Mustafa Lazzuardy yang dengan penuh pengertian telah memberikan pengorbanan waktu, dukungan dan semangat dalam menempuh studi ini.

Rekan-rekan kerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya terutama dr. Salim Baridwan dan Tri Wahyuni yang telah banyak membantu memberikan pengorbanan waktu, sumbangan pikiran dan semangat sehingga selesainya tesis ini.

Rekan-rekan sesama mahasiswa yang telah memberikan bantuan, dorongan semangat demi terselesainya tugas ini.

Semua pihak yang telah membantu terselesainya tugas ini. Semoga Allah SWT selalu memberikan limpahan rahmatNya kepada kita semua. Amin.

Surabaya, September 2006

Penulis

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
RINGKASAN	iii
SUMMARY	v
ABSTRACT	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Identifikasi Masalah	5
1.3. Rumusan Masalah	6
1.4. Pembatasan Masalah	7
1.5. Tujuan Penelitian	7
1.6. Manfaat Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja	9
2.1.1. Beberapa Pengertian	9
2.1.2. Unsur-Unsur MK3	11
2.1.3. Asas MK3	12
2.1.4. Tujuan MK3	13
2.1.5. Sasaran MK3	14
2.2. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit	14
2.2.1. Tujuan dan sasaran K3 RS	16
2.2.2. Konsepsi pengembangan kebijakan K3 RS	17
2.2.3. Kondisi kebijakan K3 RS saat ini	20
2.2.4. Pokok-pokok K3 RS saat ini	21
2.2.5. Implikasi K3 RS	23
2.2.6. Prinsip K3 RS	26
2.2.7. Sistem manajemen K3 RS	29
2.2.8. Bentuk organisasi K3 RS	33
2.2.9. Strategi penerapan sistem manajemen K3 RS saat ini	35
2.3. Ancaman Bahaya di RS	38
2.4. Upaya Kesehatan Kerja RS	41
2.5. Pelayanan Kesehatan Kerja	43
2.6. Kaitan SMK3 dengan Upaya Pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit	48
2.7. Teknik Kesepakatan Kelompok	49
2.8. "Focus Group Discussion"	51

2.9. Analisis SWOT	54
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN</b>	<b>57</b>
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	<b>60</b>
4.1. Rancang Penelitian	60
4.2. Subjek Penelitian	60
4.3. Kerangka Operasional	61
4.4. Definisi Operasional dan Cara Pengukuran	62
4.5. Instrumen Penelitian	68
4.6. Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	69
4.7. Pengumpulan Data	69
4.8. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	69
<b>BAB 5 HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN</b>	<b>73</b>
5.1. Gambaran Umum Rumah Sakit Haji Surabaya	73
5.2. Gambaran Subjek Penelitian	76
5.3. Karakteristik Responden	77
5.4. Analisis Hasil Penelitian	79
5.4.1. Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja	79
5.4.1.1 Upaya Pelayanan (Promotif)	79
5.4.1.2 Upaya Pencegahan (Preventif)	82
5.4.1.3 Upaya Penerapan Ergonomi	85
5.4.1.4 Upaya Penyembuhan (Kuratif)	88
5.4.2. Sistem Manajemen K3	91
5.4.2.1 Komitmen dan Kebijakan	91
5.4.2.2 Pelaksanaan	94
5.4.2.3 Pengukuran dan Evaluasi	97
5.5. Analisa SWOT	100
5.5.1. Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja	101
5.5.1.1 Upaya Pelayanan (Promotif)	100
5.5.1.2 Upaya Pencegahan (Preventif)	104
5.5.1.3 Upaya Penerapan Ergonomi	106
5.5.1.4 Upaya Penyembuhan (Kuratif)	108
5.5.2. Sistem Manajemen K3	110
5.5.2.1 Komitmen dan Kebijakan	110
5.5.2.2 Pelaksanaan	112
5.5.2.3 Pengukuran dan Evaluasi	114
5.6. Hasil "Focus Group Discussion" (FGD)	116
5.6.1. FGD Pertama	116
5.6.1.1 Permasalahan Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja	116
5.6.1.2 Pemasalahan Sistem Manajemen K3	121
5.6.2. FGD Kedua	124
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	<b>126</b>
6.1. Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja (UPKK)	126
6.2. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja	135

6.3. Kaitan Permasalahan UPKK dengan SMK3	142
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>147</b>
7.1. Kesimpulan	147
7.2. Saran	149
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>151</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

Nomor	Judul Tabel	Halaman
4.1.	Variabel, Definisi operasional, Cara Pengukuran, Alat Pengukuran dan Hasil Pengukuran	62
5.1.	Data Kepegawaian RS Haji Surabaya Tahun 2005	73
5.2.	Distribusi Umur Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	75
5.3.	Distribusi Jenis Kelamin Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	75
5.4.	Distribusi Unit Kerja Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	76
5.5.	Distribusi Lama Kerja Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	77
5.6.	Distribusi Upaya Promotif pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	78
5.7.	Distribusi Kecenderungan Promotif pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	79
5.8.	Distribusi Upaya Preventif pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	81
5.9.	Distribusi Kecenderungan Preventif pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	82
5.10.	Distribusi Upaya Penerapan Ergonomi pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	84
5.11.	Distribusi Kecenderungan Penerapan Ergonomi pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	84
5.12.	Distribusi Upaya Kuratif pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	86
5.13.	Distribusi Kecenderungan Kuratif pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	87

Nomor	Judul Tabel	Halaman
5.14.	Distribusi Komitmen dan Kebijakan pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	92
5.15.	Distribusi Kecenderungan Komitmen dan Kebijakan pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	93
5.16.	Distribusi Pelaksanaan SMK3 pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	95
5.17.	Distribusi Kecenderungan Pelaksanaan SMK3 pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	96
5.18.	Distribusi Pengukuran dan Evaluasi pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	98
5.19.	Distribusi Kecenderungan Pengukuran dan Evaluasi pada Responden di RS Haji Surabaya Tahun 2006	99
5.20.	Tabel SWOT UPKK Promotif di RSH Surabaya Tahun 2006	100
5.21.	Tabel SWOT UPKK Preventif di RSH Surabaya Tahun 2006	104
5.22.	Tabel SWOT UPKK Penerapan Ergonomi di RSH Surabaya Tahun 2006	106
5.23.	Tabel SWOT UPKK Kuratif di RSH Surabaya Tahun 2006	108
5.24.	Tabel SWOT SMK3 Komitmen dan Kebijakan di RSH Surabaya Tahun 2006	110
5.25.	Tabel SWOT SMK3 Pelaksanaan di RSH Surabaya Tahun 2006	112
5.26.	Tabel SWOT SMK3 Pengukuran dan Evaluasi di RSH Surabaya Tahun 2006	114



**DAFTAR GAMBAR**

Nomor	Judul Gambar	Halaman
1.1	Masalah SMK3 yang Berkaitan dengan Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja	5
3.1.	Kerangka Konseptual Penelitian	57
4.1.	Kerangka Operasional	61
5.1.	Diagram Scatter SWOT UPKK Promotif di RSH Surabaya Tahun 2006	103
5.2.	Diagram Scatter SWOT UPKK Preventif di RSH Surabaya Tahun 2006	105
5.3.	Diagram Scatter SWOT UPKK Penerapan Ergonomi di RSH Surabaya Tahun 2006	107
5.4.	Diagram Scatter SWOT UPKK Kuratif di RSH Surabaya Tahun 2006	109
5.5.	Diagram Scatter SWOT SMK3 Komitmen dan Kebijakan di RSH Surabaya Tahun 2006	111
5.6.	Diagram Scatter SWOT SMK3 Pelaksanaan di RSH Surabaya Tahun 2006	113
5.7.	Diagram Scatter SWOT SMK3 Pengukuran dan Evaluasi di RSH Surabaya Tahun 2006	115

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran
1.	Kebijakan Manajemen tentang Lingkungan Hidup dan K3
2.	Kebijakan Pelayanan K3 RSUD Dr. Soedono Madiun
3.	Kebijakan K3 di RSUD DR. Syaiful Ahwar Malang
4.	Kebijakan Persyaratan K3 bagi Sub Kontraktor dan terhadap yang melanggar dari PT PAL Indonesia
5.	Bagan Organisasi Panitia K3 RSUD Nganjuk
6.	SK Direktur RS Haji Surabaya tentang Panitia Keselamatan Kerja, Kebakaran, dan Kewaspadaan Bencana
7.	Protap Pengukuran Pencahayaan
8.	Protap Pengukuran Kepadatan Lalat
9.	Jadwal Petugas Instalasi Sanitasi
10.	Hasil Pemeriksaan Kimia Air Limbah
11.	Protap Monitoring Kualitas Udara
12.	Kebijakan Direktur Tentang Tempat Penempatan B3
13.	Protap Pembersihan Tempat Sampah Medis (Bukan Benda Tajam) dan Non Medis (Bukan Sampah Dapur)
14.	SK Direktur RS Haji Surabaya tentang Keselamatan Kerja, Kebakaran, dan Kewaspadaan Bencana
15.	SK Direktur Tentang Sistem Pencatatan dan Pelaporan K3 RS
16.	Kebijakan Direktur Tentang Kewenangan Penyelenggaraan Sarana Komunikasi

Nomor	Judul Lampiran
17.	Form Pengamatan dan Wawancara Tentang Hygiene Perorangan Tenaga Pengolah Makanan
18.	Kebijakan Manajemen Tentang Kriteria Pemeriksaan Kesehatan Pegawai
19.	Protap Pemakaian APD
20.	Ekspedisi Ekstra Fooding Karyawan RS Haji
21.	Protap Kontrol Air Bersih
22.	Laporan Monitoring Kualitas Air Bersih
23.	Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih
24.	Laporan dan Evaluasi Kualitas Air Limbah
25.	Laporan Hasil Pengukuran Pencahayaan, Suhu dan Kelembaban
26.	Jadwal Pelaksanaan Fogging
27.	Laporan Hasil Pembakaran Limbah Padat Medis
28.	Pengukuran Kinerja (Tim Pengendali Infeksi)
29.	SOP Mengangkat Benda Berat Dengan Tangan
30.	SOP Tubuh Saat Mengoperasikan Komputer
31.	Protap Laporan Kecelakaan Kerja dan PAK
32.	Lembar Observasi
33.	Data Pegawai
34.	Pendapat Karyawan Rekam Medik tentang UPKK dan SMK3
35.	Pendapat Karyawan Sanitasi tentang UPKK dan SMK3
36.	FGD Pertama
37.	FGD Kedua
38.	Jadwal Kegiatan

## DAFTAR SINGKATAN

APD	= Alat Pelindung Diri
B3	= Bahan Berbahaya dan Beracun
BB	= Berat Badan
K3	= Keselamatan dan Kesehatan Kerja
PHBS	= Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
Protap	= Prosedur Tetap
RSH	= Rumah Sakit Haji
SMK3	= Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
SOP	= <i>Standard Operating Procedure</i>
UPKK	= Upaya Pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Yankesja	= Pelayanan Kesehatan Kerja

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### 1. 1. Latar Belakang Masalah

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memang dapat menjadi pendorong kemajuan di bidang industri, dimana dengan penggunaan berbagai sarana serta prasarana produksi, peralatan, proses dan metode canggih yang merupakan wujud dari penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, akan mampu meningkatkan produktivitas, efektivitas, dan efisiensi kerja yang pada akhirnya bisa menaikkan pendapatan.

Adanya penggunaan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang industri, tidak bisa lepas dari potensi maupun risiko bahaya yang dibawanya dimana hal tersebut dapat mengancam aspek keamanan, keselamatan dan kesehatan baik terhadap manusia (dalam hal ini tenaga kerja/ karyawan) maupun bagi lingkungan, seperti timbulnya kecelakaan/insiden, kebakaran/peledakan, penyakit akibat kerja serta pencemaran lingkungan yang apabila tidak dikendalikan maka akan dapat menimbulkan kerugian yang tidak sedikit.

Rumah Sakit termasuk industri yang memberikan jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berpotensi menimbulkan bahaya terhadap kesehatan dan keselamatan baik bagi pekerja, pasien, pengunjung maupun masyarakat sekitar Rumah Sakit.

Sebagai konsekuensi dari fungsi rumah sakit maka potensi munculnya bahaya kesehatan dan keselamatan kerja tidak dapat dihindari seperti bahaya pemajanan radiasi, bahan kimia toksik, bahaya biologis, temperatur ekstrim,

bising, debu, stress, dll. 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).

Di Amerika pada umumnya pekerja Rumah Sakit yang mengalami masalah K3 antara lain pekerja di bagian maintenance yang pada umumnya terpajan: *solvent*, asbestos, listrik, bising, dan panas. Pekerja dibagian *cleaning service* terpajan deterjen, disinfektan, jarum suntik, dll. Pekerja di bagian catering sering mengalami terpotong jari, tertusuk, luka bakar, terpeleset, keletihan, stres kerja, dll. Teknisi radiologi sangat potensial terpajan radiasi dari sinar X dan radioaktif isotop dan zat kimia lainnya. Perawat sering mengalami “*back injuries*”, terpajan zat kimia beracun, radiasi, dan stress akibat shift kerja. Petugas di ruang operasi mempunyai risiko masalah reproduksi karena terpajan limbah gas anestesi, risiko tertusuk, radiasi, dll. Contoh kasus K3: Berdasarkan survei nasional terhadap lebih dari 2600 Rumah Sakit di USA tahun 1972 dilaporkan bahwa rata-rata setiap Rumah Sakit mengalami 68 pekerja cedera. Dan yang paling sering terjadi di antara pekerja adalah *strain* dan *sprain*, luka tusukan, *abrasion*, *contusion*, *laceration*, cedera punggung, luka bakar dan fraktur. Sakit yang paling sering adalah gangguan pernapasan, infeksi, dermatitis, dan hepatitis. Beberapa *hazard* yang teridentifikasi, antara lain gas anestesi, *ethylene oxide*, dan *cytotoxic drug*. Tahun 1985 (NIOSH) melaporkan mengidentifikasi 159 *primary skin and eye irritants* yang dipergunakan di Rumah Sakit dan 135 bahan kimia yang *carcinogenic*, *teratogenic*, *mutagenic*, dan kombinasi. Tahun 1978, *California State Department of Industrial Relations* melaporkan *work injury rate*

di Rumah Sakit sebesar 16,8 hari kerja hilang/100 pekerja, disebabkan strain, jatuh dan tergelincir, luka bakar, tertumbuk benda, terpajan zat beracun. Pekerja Rumah Sakit yang mengalami cedera dan sakit, antara lain perawat, pekerja dapur, *maintenance*, *laundry*, *cleaning service*, dan teknisi. Contoh kasus Kronis dan Akut: Kasus kronis dan akut yang terjadi di antara pekerja Rumah Sakit :

1. Hipertensi: terjadi pada *blue collar*
2. *Varicose veins*: pada hampir seluruh jenis pekerja Rumah Sakit.
3. Anemia: sebagian besar pekerja wanita Rumah Sakit.
4. Ginjal: sebagian besar wanita.
5. Eksim, Dermatitis.
6. *Low back injuries*: sebagian besar pekerja wanita.
7. Sistem saluran pernapasan.
8. Sistem saluran pencernaan, dll.

Di Indonesia belum ada data yang akurat mengenai kesehatan dan kecelakaan kerja di Rumah Sakit. Hanya baru-baru ini di Rumah Sakit Demak (Jateng) terjadi kebakaran oleh kompor yang meledak yang menghancurkan ruangan-ruangan perawatan di Rumah Sakit tersebut, terutama untuk ruang Pavillium dan menewaskan sedikitnya satu orang serta melukai puluhan orang di Rumah Sakit tersebut baik pasien, pengunjung maupun karyawannya sendiri

Rumah Sakit Haji yang merupakan Rumah Sakit Pemerintah Type B pendidikan berdiri sejak tahun 1993 dengan lebih dari 650 karyawan telah lulus dua kali dalam akreditasi K3, yaitu pada tahun 2003 dan 2006, seharusnya sudah menerapkan peraturan perundangan tentang K3. Namun pada kenyataannya pelayanan kesehatan dan keselamatan kerja karyawannya belum terkoordinasi

dengan baik. Pencatatan kesehatan dan kecelakaan kerja masih terpisah-pisah di poli pegawai dan beberapa poliklinik di Instalasi Rawat Jalan, maupun di Instalasi Rawat Inap, IGD, serta ICU. Pendokumentasiannya menggunakan formulir status kesehatan penderita umum, belum ada formulir khusus status kesehatan karyawan, walaupun sudah tersedia poliklinik khusus untuk pegawai dengan tenaga dan sarana yang memadai.

Salah satu indikator lemahnya jaminan keselamatan karyawan Rumah Sakit Haji Surabaya adalah di temukan 44,4 % karyawan di bagian kebersihan/ Instalasi sanitasi pernah mengalami kecelakaan kerja, seperti luka robek tangan kiri, terinfeksi hepatitis A, jatuh dan terpelset (Zaikurrozi, 2004). Angka tersebut cukup besar dan perlu di teliti lebih lanjut, sehingga dapat diketahui upaya pengendaliannya. Disamping itu peneliti juga menemukan bahwa 35% karyawan bagian penyakit menular pernah menderita penyakit seperti yang diderita pasien di ruangan tersebut seperti, hepatitis, tifoid dan gastrointeritis. Belum lagi diketahui bahwa di bagian kamar operasi 75% karyawannya menderita gangguan kesehatan.

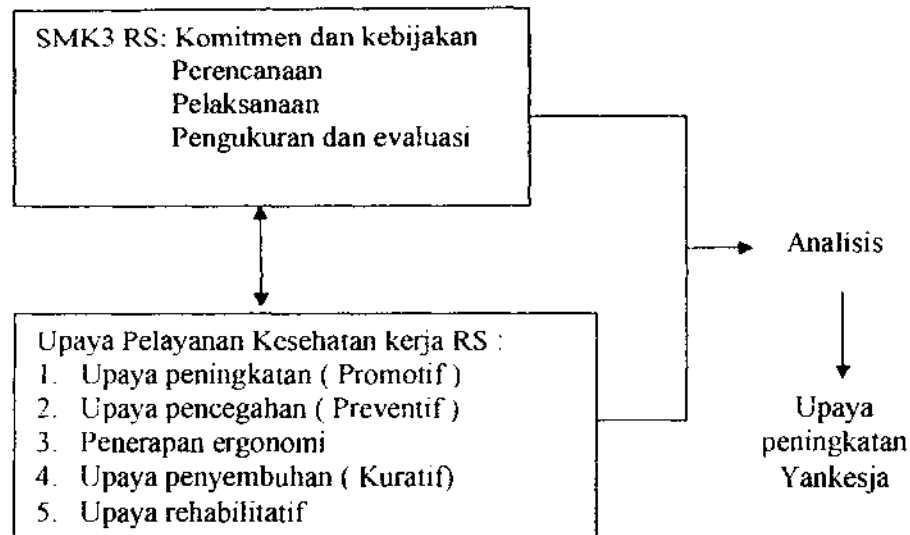
**Masalah :**

Pelayanan kesehatan kerja di RumahSakit Haji Surabaya dalam pelaksanaannya masih perlu ditingkatkan oleh karena belum sesuai dengan upaya pelayanan kesehatan kerja Rumah Sakit seperti pada pokok-pokok kebijakan K3 Rumah Sakit, walaupun Rumah Sakit Haji Surabaya sudah lulus akreditasi K3 Rumah Sakit.



## 1.2. Identifikasi Masalah

Rendahnya kepedulian terhadap pelayanan kesehatan kerja karyawan kemungkinan disebabkan oleh tidak efektifnya penerapan SMK3. Pedoman penerapan SMK3 yang menyebabkan hal tersebut diatas dapat digambarkan dalam bagan sbb: ( I. Putu Suparta, 2004 )



Gambar: 1 : 1 Masalah SMK3 yang berkaitan dengan upaya pelayanan kesehatan kerja

Dalam menerapkan SMK3 Rumah Sakit yang terpenting adalah membangun komitmen. Komitmen merupakan niat dan dukungan dari pihak pimpinan dan para manager. Komitmen merupakan langkah awal dari penerapan suatu program dan bentuk operasionalnya adalah berupa kebijakan pimpinan. Kebijakan K3 memuat uraian tentang struktur PK3RS, posisi yang menentukan serta dukungan dana dan sumber daya manusia yang berkualitas.

Disamping itu juga koordinasi yang mantap dari pihak-pihak yang berkompeten terhadap program K3 RS.

Pihak manajemen Rumah Sakit Haji Surabaya sejak 13 Nopember 2001 sudah mempunyai komitmen yang dituliskan dalam kebijakan tentang lingkungan hidup keselamatan dan kesehatan kerja, yang kemudian ditindak lanjuti dengan adanya panitia K3 RS. Tetapi struktur panitia tersebut kedudukannya hanya mengambang dalam posisi struktur Rumah Sakit, sehingga keberadaannya seolah tak nampak.

Oleh karena kondisi yang demikian itulah maka perencanaan dan pelaksanaan program-programnya belum terkait dengan manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan, yang termasuk di dalamnya adalah upaya pelayanan kesehatan kerja karyawannya. Pelayanan kesehatan kerja di Rumah Sakit Haji Surabaya belum terprogram sesuai dengan ketentuan, pelaksanaannya setiap tahun tergantung dana yang tersedia sehingga sampai sekarang belum dilakukan pemeriksaan kesehatan pada semua karyawan, akibatnya pemeliharaan kesehatan karyawan masih bersifat mandiri. Bial ada keluhan baru diperiksakan langsung kepada dokter spesialis/ poliklinik yang dituju untuk diobati. Ada kalanya karyawan datang memeriksakan diri sudah dalam keadaan positif terinfeksi penyakit menular.

### **1.3. Rumusan Masalah**

Permasalahan apa berkaitan dengan Sistem Manajemen Kesehatan Kerja yang menyebabkan Upaya Kesehatan Kerja belum dapat dilaksanakan secara optimal?

#### **1.4. Pembatasan Masalah**

Sistem Manajemen K3 Rumah Sakit terdiri dari komitmen dan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan program K3, serta pengukuran dan evaluasi .

Sedangkan upaya pelayanan kesehatan kerja Rumah Sakit meliputi; upaya peningkatan (promotif), upaya pencegahan (preventif), penerapan ergonomik serta upaya penyembuhan (kuratif) .

Dalam penelitian ini peneliti membatasi masalah Sistem Manajemen K3 pada komitmen dan kebijakan, pelaksanaan program serta pengukuran dan evaluasi kecuali pada audit K3. Kemudian pada upaya pelayanan kesehatan kerja penulis membatasi pada, promotif, preventif, penerapan ergonomi serta kuratif..

#### **1.5. Tujuan penelitian**

##### **1.5.1. Tujuan Umum**

Menganalisis permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja dalam kaitan dengan Sistem Manajemen K3 dalam perencanaan program K3 di Rumah Sakit Haji Surabaya

##### **1.5.2. Tujuan Khusus**

1. Menganalisis upaya peningkatan (promotif) pelayanan kesehatan kerja melalui analisis SWOT
2. Menganalisis upaya pencegahan (preventif) pelayanan kesehatan kerja melalui analisis SWOT
3. Menganalisis penerapan ergonomik pada upaya pelayanan kesehatan kerja melalui analisis SWOT

4. Menganalisis upaya penyembuhan (kuratif) pelayanan kesehatan kerja melalui analisis SWOT
5. Menganalisa komitmen dan kebijakan, pelaksanaan serta pengukuran dan evaluasi pada SMK3 melalui analisis SWOT
6. Menganalisa permasalahan yang ada pada UPKK dalam kaitan dengan penerapan SMK3
7. Membuat rekomendasi untuk meningkatkan upaya pelayanan kesehatan kerja guna perencanaan program K3

#### **1.6. Manfaat penelitian**

##### **1. Bagi Manajemen**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan pada direktur dan khususnya bagi PK3RS untuk mengetahui kendala tidak lancarnya upaya pelayanan kesehatan kerja. Diharapkan masukan ini menjadi dasar penyusunan kebijakan perencanaan upaya peningkatan pelayanan kesehatan kerja karyawannya.

##### **2. Bagi Institusi Pendidikan:**

Memperoleh dan masukan dalam proses belajar mengajar.

##### **3. Bagi Peneliti**

Sebagai sarana yang baik dalam menerapkan ilmu pengetahuan yang didapat selama mengikuti pendidikan Magister Kesehatan Kerja pada program Pascasarjana Universitas Airlangga.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

##### **2.1.1. Beberapa Pengertian**

###### **A. Manajemen**

Manajemen adalah satu ilmu perilaku yang mencakup aspek sosial dan eksak tidak terlepas dari tanggung jawab keselamatan dan kesehatan kerja, baik dari segi perencanaan, maupun pengambilan keputusan, dan organisasi. Baik kecelakaan kerja, gangguan kesehatan, maupun pencemaran lingkungan harus merupakan bagian dari biaya produksi. Sekalipun sifatnya sosial, setiap kecelakaan atau tingkat keparahan tidak dapat dilepaskan dari faktor ekonomi dalam suatu lingkungan kerja. Pencegahan kecelakaan, dana pemeliharaan hygiene dan kesehatan kerja tidak saja dinilai dari segi biaya pencegahannya tetapi juga dari segi manusianya (Silalahi, Bennet, 1985)

###### **B. Keselamatan Kerja**

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang bertalian dengan mesin, pesawat alat kerja, bahan, dan proses pengolahannya, landasan tempat kerja, dan lingkungan serta cara-cara melakukan pekerjaan (Suma'mur, 1993).

Keselamatan kerja (*Safety*) dalam konteks perorangan dapat diartikan sebagai *minimasi* kontak antara manusia dan bahaya, dan terutama dihubungkan dengan pencegahan orang terhadap bahaya yang dapat mengakibatkan penderitaan fisik. Dengan kata lain merupakan kebebasan

manusia dari bahaya, atau bebas dari bahaya, risiko atau sesuatu yang dapat membahayakan (Sayuti, 1998).

### C. Kesehatan Kerja

Kesehatan kerja adalah operasionalisasi dalam ilmu kesehatan /kedokteran beserta prakteknya yang bertujuan agar pekerja dan masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental/sosial dengan usaha-usaha preventif dan kuratif terhadap penyakit-penyakit gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja serta terhadap penyakit-penyakit umum (Sumamur, 1989).

### D. Manajemen K3

Manajemen keselamatan kerja dan kesehatan kerja adalah ilmu pengetahuan dan seni dalam usaha seorang dalam menekan sedemikian mungkin terjadinya kerugian dalam suatu perusahaan sebagai akibat dari kecelakaan, dengan cara perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pelaksanaan, dan pengawasan terhadap seluruh kegiatan perusahaan (John G Hutauruk, 1991).

Manajemen K3 menurut *American Society of Safety Engineers (ASSE)* diartikan sebagai perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian terhadap kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai sasaran pengendalian rugi organisasi.

### 2.1.2. Unsur-Unsur Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Dari batasan di atas dalam manajemen K3 ada 5 (lima) unsur utama yang harus diperhatikan, yaitu :

#### 1. Masukan

Masukan dalam manajemen K3 terdiri dari :

- 1.1. Teknologi pengendalian bahaya.
- 1.2. Tenaga Ahli K3.
- 1.3. Peraturan pemerintah sebagai pedoman pelaksanaan K3.
- 1.4. Informasi teknik dibidang pengendalian bahaya.
- 1.5. Dana Kegiatan K3.

#### 2. Proses

Masukan tersebut di atas diproses melalui fungsi manajemen K3. Agar memperoleh keluaran yang optimal diperlukan sistem komunikasi dan informasi yang baik dan handal, sehingga dapat menjadikan bentuk pengelolaan di bidang K3.

#### 3. Keluaran (hasil)

Sebagai hasil keluaran yang diharapkan oleh manajemen K3 adalah kegiatan kerja yang berdaya guna dan berhasil guna, aman, tidak ada kerusakan harta perusahaan, tidak merusak lingkungan, maupun merugikan masyarakat, sehingga dapat menunjang tujuan suatu perusahaan/ Rumah sakit.

#### 4. Umpan balik

Keluaran sebagai hasil dari proses manajemen K3 dapat merupakan umpan balik untuk melakukan tindakan yang akan datang baik itu perencanaan maupun pengembangan K3.

## 5. Lingkungan

Lingkungan dapat dikelompokkan sebagai berikut :

### 5.1. Lingkungan organisasi

Lingkungan organisasi dapat berbentuk sikap manajemen perusahaan, kualitas sumber daya manusia, dan keadaan keuangan suatu perusahaan/ Rumah sakit.

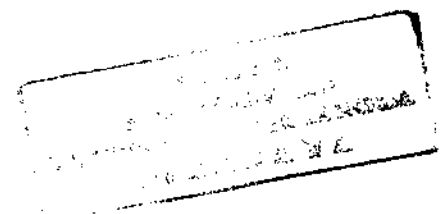
### 5.2. Lingkungan luar

Lingkungan luar dapat berbentuk kebijakan pemerintah bidang K3, kesenjangan teknologi, keadaan sosial budaya masyarakat, keadaan perekonomian masyarakat dan keadaan alam di sekitar suatu perusahaan/ Rumah Sakit.

Kedua lingkungan tersebut di atas akan menentukan bentuk dan keberhasilan manajemen K3.

### 2.1.3. Asas Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Usaha di bidang K3 tidak dibatasi hanya mencegah cedera saja tetapi harus mencakup hal yang lebih luas, sehingga dapat mencegah kejadian-kejadian yang tidak diinginkan yang dapat mengakibatkan cedera pada manusia, kerusakan harta dan lingkungan serta lebih luas lagi dapat mencegah penurunan efisiensi perusahaan (Sayuti, 1998).





#### **2.1.4. Tujuan Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

Tujuan manajemen keselamatan dan kesehatan kerja dijabarkan secara terperinci dalam masing-masing unsur sebagai berikut :

1. Tujuan keselamatan kerja adalah :
  - 1.1. Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produktivitas nasional.
  - 1.2. Menjamin keselamatan setiap orang yang berada di tempat kerja.
  - 1.3. Sumber produksi di pelihara dan dipergunakan secara aman dan efisien (Suma'mur, 1989)
2. Tujuan kesehatan kerja yang telah ditetapkan oleh WHO tahun 1950, secara garis besar antara lain :
  - 1.1. Memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pekerja disemua lapangan pekerjaan ke tingkat setinggi-tingginya baik fisik, mental, maupun kesejahteraan sosial.
  - 1.2. Mencegah timbulnya gangguan masyarakat pekerja yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi lingkungan kerjanya.
  - 1.3. Memberikan perlindungan dan memelihara pekerja disuatu lingkungan pekerja yang sesuai dengan kemampuan fisik dan psikologi kerjanya.

### **2.1.5. Sasaran Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

Sasaran manajemen K3 adalah meningkatkan *profitability* perusahaan melalui kegiatan bidang keselamatan kerja dan kesehatan kerja (Sayuti, 1998).

Perusahaan harus menjunjung tinggi keselamatan, kesehatan, dan kesejahteraan karyawan. Bekerja dengan selamat lebih diutamakan dari produksi. Berdasarkan hal ini, dan sejalan dengan praktek manajemen modern, maka hal berikut harus dijadikan sasaran setiap kegiatan :

1. Pemeliharaan kondisi kerja yang aman dan sehat
2. Taat asas dengan setiap prosedur operasional yang dirancang untuk mencegah luka dan penyakit.
3. Mematuhi Undang-Undang Pokok Keselamatan dan Kesehatan Kerja No. 01/UU/1970 dan seluruh peraturan yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja.

### **2.2. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS)**

Sejalan dengan visi Departemen Kesehatan Indonesia Sehat 2010 maka salah satu strategi yang harus dilakukan adalah profesionalisme termasuk profesionalisme masyarakat pekerja Rumah Sakit. Profesionalisme sangatlah penting dalam meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Oleh karena itu seluruh jajaran pekerja Rumah Sakit mulai dari pimpinan, tenaga medis, perawat dan tenaga non medis merupakan subyek yang harus peduli dan tanggap terhadap kualitas pelayanan jasa Rumah Sakit yang perlu bekerja secara profesional. Di lain pihak lingkunga kerja di Rumah Sakit baik fisik maupun non fisik berupa kondisi fisik ruang kerja dan kondisi sosial psikologis di lingkungan Rumah Sakit

harus ditata sedemikian rupa agar mendukung pada upaya pencapaian standart pelayanan Rumah Sakit yang pada gilirannya akan berdampak pula terhadap produktivitas kerja.

Pekerjaan di Rumah Sakit merupakan kelompok masyarakat yang dapat berperan dalam mencapai Indonesia sehat 2010 oleh karena itu pekerja Rumah Sakit merupakan sumber daya potensial yang harus dibina agar menjadi produktif dan berkualitas. Namun ternyata dalam melaksanakan pelayanan jasa kemasyarakatannya sehari-hari khususnya dalam lingkungan kerjanya pekerja Rumah Sakit banyak terpapar dengan berbagai faktor yang dapat menimbulkan dampak negatif dan mempengaruhi derajat kesehatan mereka. Pekerja di Rumah Sakit yang sangat bervariasi dari segi jenis maupun jumlahnya dalam melaksanakan tugasnya selalu berhubungan dengan berbagai bahaya potensioal bila tidak diantisipasi dengan baik dan benar dapat menimbulkan dampak negatif terhadap keselamatan dan kesehatannya, yang pada akhir dapat mempengaruhi produktivitas kerjanya.

Produktivitas kerja yang rendah pada akhirnya akan berdampak pula terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit. Melihat kondisi tersebut sudah sewajarnya masyarakat pekerja Rumah Sakit menjadi sasaran prioritas program keselamatan dan kesehatan kerja. Pemeliharaan kesehatan sangatlah penting untuk mendukung Indonesia sehat 2010.

### **2.2.1. Tujuan dan Sasaran K3 Rumah Sakit :**

#### **A. Tujuan :**

##### **Tujuan umum :**

Meningkatkan kemampuan hidup sehat masyarakat pekerja di rumah sakit guna mencapai derajat kesehatan yang optimal dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia untuk meningkatkan produktivitas kerja.

##### **Tujuan khusus :**

1. Terbentuknya dan terbinanya unit organisasi pembina dan pelaksana keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit melalui kerja sama lintas program dan lintas unit/ instalasi.
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan kerja paripurna untuk masyarakat pekerja di Rumah Sakit.
3. Terpenuhinya syarat-syarat keselamatan dan kesehatan kerja diberbagai jenis pekerjaan di Rumah Sakit.
4. Meningkatnya kemampuan masyarakat pekerja di Rumah Sakit dalam menolong diri sendiri dari ancaman gangguan dan resiko keselamatan dan kesehatan kerja.
5. Meningkatnya profesionalisme di bidang keselamatan dan kesehatan kerja bagi para pembina, pelaksana, penggerak dan pendukung program kesehatan kerja di Rumah Sakit.
6. Terlaksananya sistem informasi kesehatan kerja dan jaringan pelayanan kesehatan kerja di Rumah sakit.

Secara singkat keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit bertujuan untuk mencegah timbulnya dan menanggulangi masalah kesehatan kerja dan faktor-

faktor resiko yang dapat terjadi pada masyarakat pekerja yang bekerja di Rumah Sakit serta meningkatkan kualitas produktivitas pekerja tersebut dalam melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit.

B. Sasaran :

1. Seluruh masyarakat pekerja di Rumah Sakit
2. Pimpinan dan pengelola Rumah sakit
3. Petugas pembina kesehatan kerja di Rumah Sakit

### **2.2.2. Konsepsi Pengembangan Kebijakan K3 Rumah Sakit**

- 1) Empat pilar pembangunan kesehatan
  - a. Indonesia sehat 2010  
K3-RS merupakan upaya-upaya promotif dan preventif pada masyarakat pekerja dari pada upaya kuratif dan rehabilitatif dan hal tersebut sejalan dengan Indonesia sehat 2010
  - b. Profesionalisme masyarakat pekerja Rumah Sakit sebagai bagian dari kreditasi Rumah Sakit.
  - c. Desentralisasi peran pusat memberi arah adalah bentuk kebijakan (kebijakan K3RS) pembinaan dan pengawasan.
  - d. JPKM bagi masyarakat pekerja Rumah Sakit
- 2) Harmonisasi antara kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja untuk meningkatkan produktivitas kerja dalam bentuk pelayanan kesehatan Rumah Sakit.

### 3) Landasan hukum

Berbagai peraturan masyarakat pekerja, khususnya dalam bidang kesehatan yaitu antara lain :

a. Undang-undang RI No 1 tahun 1970 tentang keselamatan kerja

**Pasal 8**

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

b. Undang-undang RI no 23 tahun 1992 tentang kesehatan

**Pasal 23 ayat (1)**

Keselamatan 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.

**Pasal (3)**

Setiap tempat kerja wajib menyelenggarakan kesehatan kerja.

**Pasal (4)**

Ketentuan mengenai kesehatan kerja sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 84 ayat (3)

Barang siapa menyelenggarakan tempat kerja yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 23 ayat (3) : dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau pidana denda paling banyak Rp. 15.000.000,- ( lima belas juta rupiah)

c. Undang-undang RI nomor 25 tahun 1997 tentang ketenaga kerjaan

Pasal 108 ayat (1)

Setiap pekerjaan mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas :

1. Keselamatan dan kesehatan kerja
2. Moral dan kesusilaan
3. Perilaku yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama.

Pasal 108 ayat (2)

Untuk melindungi kesehatan pekerja guna mewujudkan produktivitas kerja yang optimal diselenggarakan upaya kesehatan kerja.

d. Keputusan Presiden RI No 22 tahun 1993 tentang penyakit yang timbul karena hubungan kerja

Pasal 2 :

Setiap tenaga kerja yang menderita yang timbul karena hubungan kerja berhak mendapat jaminan kecelakaan kerja baik pada saat masih dalam hubungan kerja maupun setelah hubungan kerja berakhir.

e. Undang-undang no 22 tahun 1998 tentang desentralisasi

Undang-undang tersebut diatas merupakan salah satu bentuk realisasi dukungan legalistik terhadap upaya keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit.

4) Perkembangan IPTEK

Perkembangan iptek kedokteran dan kesehatan yang cukup pesat tentunya berdampak pula terhadap kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja yang pada akhirnya akan berpengaruh pula terhadap kebijakan K3RS

**2.2.3. Kondisi Kebijakan K3 Rumah Sakit Saat Ini :**

a. Keadaan saat ini :

1. Epidemiologi K3 masyarakat pekerja Rumah Sakit

K3RS merupakan program baru bagi Rumah Sakit, baru beberapa Rumah Sakit yang sudah mempunyai panitia K3RS, itupun kegiatan belum terarah. Oleh karena itu data tentang angka kecacatan, kesakitan maupun kematian akibat kerja belum ada di Rumah Sakit.

2. *Supply VS Demand* pelayanan K3

Karena masih merupakan program baru maka *supply vs demand* untuk pelayanan K3RS belum terlihat jelas.

b. Organisasi dan manajemen pekerja Rumah Sakit

1. Perencanaan

Rumah Sakit masih belum mempunyai perencanaan yang terarah tentang K3RS, analisa situasi, identifikasi masalah, belum dilaksanakan sehingga rencana upaya penanggulangan belum bisa disusun.



## 2. Pendidikan

Masih jarang sekali Rumah Sakit yang mempunyai tenaga berpendidikan K3 baik yang S1 maupun S2.

## 3. Pemanfaat dan pembinaan

Beberapa Rumah Sakit yang telah mempunyai tenaga dengan pendidikan K3 belum dimanfaatkan secara optimal karena K3RS belum dilaksanakan di Rumah Sakit tersebut. Pembinaan K3 baik oleh pengelola maupun oleh panitia K3 belum berjalan sebagaimana mestinya.

## 4. *Supply* dan logistik

Dengan belum berjalanya K3RS maka *supply* dan logistik belum disediakan oleh Rumah Sakit.

## 5. Finansial kontrol

Finansial kontrol belum dilaksanakan oleh karena program juga belum berjalan.

Informasi dan *system development*. Dengan belum berfungsinya panitia K3RS maka informasi dan *system development* belum berkembang pula.

### 2.2.4. Pokok- Pokok Kebijakan K3-RS

#### I. Syarat-syarat K3-RS

Rumah Sakit agar memperhatikan syarat-syarat K3-RS dengan memperhatikan ancaman bahaya potensi di Rumah Sakit yaitu ancaman bahaya psikososial, keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit

## 2. Pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan K3-RS

### a. Pelaksanaan

Melakukan pemeriksaan kesehatan awal dan pemeriksaan kesehatan berkala

Pemberian paket penanggulangan anemia

Pemberian paket pertolongan gizi

Upaya-upaya yang dilakukan sehubungan dengan kapasitas dan beban kerja misalnya pengaturan kerja bergilir, penempatan petugas pada jabatannya, pendidikan dan pelatihan petugas Rumah Sakit tentang K3

Pelaksanaan upaya penanggulangan bahaya potensial

Pelaksanaan cara kerja yang baik

Pengorganisasian dan pembagian tugas-tugas yang jelas

### b. Pengawasan

Melalui pengisian format identitas K3RS dan formulir cek lis 6 bulan

Pemantauan diutamakan pada kasus kecelakaan, proses terlaksananya kegiatan K3RS dan masukan sumber daya.

### c. Pembinaan

Pembinaan diarahkan agar Rumah Sakit melakukan upaya-upaya sehingga dicapai nihil kecelakaan kerja yang merupakan salah satu indikator keberhasilan K3RS .

### 3. Profesionalisme dibidang K3RS

Perlu didukung tenaga, dana, sarana dan fasilitas yang memadai agar pelaksanaan K3RS dapat dilakukan secara professional. Rumah Sakit perlu memiliki tenaga yang mempunyai pendidikan K3RS atau sudah pernah mengikuti pelatihan K3.

### 4. Sistem informasi K3RS

Sistem informasi K3RS perlu dikembangkan oleh Rumah Sakit . Rumah Sakit agar mengisi format identifikasi K3RS dan format cek lis, kemudian mengirmkannya ke Departemen Kesehatan.

### 5. *Self care* masyarakat pekerja Rumah Sakit

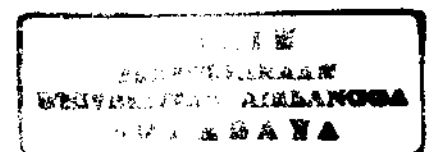
Perilaku dan sikap para pekerja yang tidak sesuai dengan prinsip kesehatan dapat mempengaruhi status kesehatan pekerja yang bersangkutan, sehingga didalam pelaksanaan K3RS diperlukan langkah-langkah mengubah perilaku pekerja.

## 2.2.5. Implikasi Kebijakan K3-RS

### A. Organisasi dan tatalaksana

#### 1. Di tingkat pusat

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 825/Menkes/SK/X/1993 telah dibentuk Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Departemen Kesehatan. Kemudian diadakan perubahan menjadi keputusan Menteri Kesehatan RI no. 1088/Menkes/SK/X/1995 tanggal 1 Nopember 1995 sehubungan dengan adanya penggantian jabatan dan pensiun dari anggota yang duduk dalam



Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja, sehingga dipandang perlu merubah lampiran Keputusan Menteri Kesehatan.

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang merupakan wadah yang terintegrasi antar Direktorat Jendral di lingkungan Departemen Kesehatan maka hasil yang dikeluarkan oleh Komite merupakan produk utuh dari Departemen Kesehatan, Komite ini terdiri dari empat bidang yang disesuaikan dengan keperluan unit kerja di lingkungan Departemen Kesehatan dan bidang tersebut dapat ditambah dikemudian hari berdasarkan kebutuhannya.

#### Tugas Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja

- a. Memberikan rekomendasi atau saran tentang pelaksanaan kegiatan keselamatan dan kesehatan kerja disesuaikan dengan bidang yang dibutuhkan
- b. Menyusun pedoman-pedoman K3
- c. Mengadakan pelatihan dalam rangka meningkatkan mutu sumber daya manusia

#### Bidang-bidang kegiatan pada Komite K3 :

- a. Bidang pengamanan peralatan medik, pengamanan radiasi dan limbah Radioaktif
- b. Bidang pengamanan peralatan berat Non Medik, pengamanan dan keselamatan bangunan
- c. Bidang pengembangan sanitasi sarana kesehatan
- d. Bidang pelayanan kesehatan kerja dan pencegahan Penyakit Akibat Kerja

## 2. Di Tingkat Rumah Sakit

Berdasarkan surat edaran Direktur Jenderal pelayanan Medik No. 00.06.64.01497 tanggal 24 Pebruari 1995 maka di Rumah Sakit perlu ada satuan kerja yang menangani dan bertanggung jawab atas program keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit yaitu dengan cara membentuk Panitia Keelamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (PK3-RS).

### **Tugas dan Fungsi PK3-RS**

Tugas pokok PK3-RS sebagai suatu badan pertimbangan di tempat kerja ialah memberikan saran dan pertimbangan baik di minta maupun tidak kepada Direksi/Direktur mengenai masalah-masalah keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit. Fungsi PK3-RS adalah menghimpun dan mengolah segala data dan tempat kerja yang bersangkutan, serta mendorong ditingkatkan penyuluhan, pengawasan, latihan dan penelitian keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit.

Pelaksanaan dari kebijakan K3 Rumah Sakit adalah unit-unit / instalasi-instalasi dan pengawasan pelaksanaanya adalah kepala unit/instalasi yang bersangkutan dengan dibantu oleh anggota PK3-RS. Pada tiap-tiap unit/instalasi agar membuat kebijakan, strategi, peraturan dan prosedur kerja tetap dengan tujuan untuk mencegah kejadian kecelakaan/ penyakit kerja yang khas untuk unit/instalasinya. Sebagai contoh instalasi bedah sentral membuat kebijakan penanganan jarum suntik dan pisau bekas agar menghindar dari kecelakaan pada petugas. Instalasi laboratorium membuat prosedur penanganan dan pemeriksaan darah pasien yang aman. Untuk petugas

instalasi pemeliharaan sarana membuat prosedur kerja di sarana boiler, generator, trafo untuk menghindari kecelakaan dan lain sebagainya

PK3-RS harus membuat telaah pada setiap kejadian kecelakaan atau penyakit kerja, untuk ini diperlukan pengertian epidemiologinya sehingga dapat dicari pencegahannya secara tepat.

### **2.2.6. Prinsip K3 Rumah Sakit**

Untuk dapat lebih memahami K3 secara utuh, pengertian-pengertian dari 3 komponen yang saling berinteraksi dalam menciptakan kondisi kerja yang aman perlu dimengerti prinsip K3, yaitu:

#### **1. Kapasitas Kerja**

Kualitas sumber daya manusia di Indonesia relatif masih rendah, hal ini tercermin dalam pendidikan pencari kerja. Hal ini terjadi di Rumah Sakit dimana tenaga perawat yang lulusan akademi masih sedikit, demikian pula untuk tenaga non medis banyak yang hanya tamatan SMU, selain pendidikan yang masih kurang kualitas kesehatannya juga masih rendah. Dengan kualitas sumber daya manusia seperti itu tingkat pemahaman dan ketrampilan pekerja relatif masih rendah pula. Penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi membutuhkan tenaga ahli yang terampil

Pada tenaga kerja yang kurang berkualitas, maka pelayanan kesehatan yang makin canggih justru dapat menimbulkan kesulitan, kemampuan mengoperasikan alat-alat modern menjadi sangat terbatas dan dapat menyebabkan kecelakaan kerja.

Di sisi lain tingkat gaji dan jaminan sosial di Rumah Sakit khususnya Rumah Sakit pemerintah relatif masih belum mencukupi. Dengan demikian masih banyak pekerja yang belum dapat memenuhi kebutuhan gizi dan kesehatan secara memadai. Akibatnya mereka sulit bekerja secara produktif dan cenderung menimbulkan masalah kesehatan kerja. Dengan gaji yang belum mencukupi, banyak pekerja terpaksa melakukan kerja tambahan secara berlebihan, sehingga kondisi fisik menjadi cepat lelah dan lemah, sehingga cenderung menurunkan produktivitas kerja bahkan dapat menimbulkan kecelakaan kerja.

## 2. Beban kerja

Sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan, Rumah Sakit beroperasi 24 jam sehari, 1 minggu 7 hari dan 1 tahun 365 hari. Dengan demikian pelayanan di Rumah Sakit menuntut adanya pola kerja bergilir/ tugas jaga malam. Tenaga yang bertugas jaga malam dapat mengalami kelelahan yang meningkat akibat terjadinya perubahan bioritmik (irama tubuh). Fungsi-fungsi fisiologis manusia tidak dapat sepenuhnya menyesuaikan dengan pola kerja yang berubah. Terjadi pengurangan lamanya tidur sampai 4-6 jam oleh karena lamanya waktu tidur relatif lebih pendek dari seharusnya. Pada 15 – 20% gangguan tidur dapat berkembang menjadi gangguan pencernaan. Pola kerja yang berubah juga dapat mempengaruhi kehidupan keluarga terutama bagi tenaga kerja wanita. Penyelesaian urusan rumah tangga merupakan masalah yang tidak mudah diatasi terlebih-lebih bila mempunyai anak yang masih kecil, beban psikis ini dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan stress.

Di sisi lain, dengan masih kurangnya tenaga kesehatan maka banyak tenaga kesehatan yang masih tugas rangkap di lebih satu Rumah Sakit. Hal tersebut tentunya juga dapat berakibat kelelahan.

### 3. Lingkungan kerja

Kondisi lingkungan kerja di Rumah Sakit dimasa mendatang akan brekembang serba mekanik, kimiawi dengan teknologi canggih yang dapat berpengaruh langsung terhadap kesehatan.

Pekerja yang ada di Rumah Sakit sangat bervariasi baik jenis maupun jumlahnya sesuai dengan tugas dan fungsi Rumah Sakit. Masyarakat pekerja di Rumah Sakit dalam melaksanakan tugasnya selalu berhubungan dengan berbagai bahaya potensial yang bila tidak diantisipasi dengan baik dan benar dapat menimbulkan dampak negatif terhadap keselamatan dan kesehatan kerjanya, yang pada akhirnya akan mempengaruhi produktivitas kerjanya.

#### Tujuan upaya penyesuaian K3

1. Memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pekerja di semua lapangan kerja ketingkat setinggi-tingginya baik fisik, mental, maupun kesejahteraan sosialnya. Sebagai contoh : pekerja perlu dijaga agar fisik cukup gizi dan kalorinya, serta lingkungan yang tidak menyebabkan stress serta sedapat mungkin menjamin kebutuhan minimal yang wajar sehingga dapat menghasilkan luaran yang optimal.
2. Mencegah timbulnya gangguan kesehatan pada masyarakat pekerja yang diakibatkan oleh keadaan/ kondisi lingkungan kerjanya. Sebagai contoh: pekerja yang bekerja di instalasi Radiologi, dimana lingkungan kerjanya



terdapat zat radio aktif, perlu dilengkapi alat pendektisi agar tidak melebihi ambang batas paparan.

3. Memberikan pekerjaan dan perlindungan bagi pekerja didalam pekerjaannya dari kemungkinan bahaya yang disebabkan oleh faktor-faktor yang membahayakan kesehatan. Sebagai contoh: pekerja yang bekerja dilaboratorium dimana pengambilan contoh darah memungkinkan pekerja terkena penyakit menular (misalnya hepatitis) yang diderita penderita, maka pekerja perlu dilengkapi alat pengaman, misalnya sarung tangan.
4. Menempatkan dan memelihara pekerja disuatu lingkungan pekerja yang sesuai dengan kemampuan fisik dan psikis pekerjaanya. Sebagai contoh: pekerja yang keadaan fisiknya tidak mengijinkan pekerja tidak terkena sinar ultra violet, maka pekerja tidak diberikan kerja lapangan.

#### **2.2.7. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit**

SMK3RS adalah merupakan bagian dari sistem manajemen keseluruhan RS yang didalamnya meliputi, struktur organisasi, perencanaan, , pelaksanaan, , prosedur, sumber daya serta adanya , tanggung jawab, agar tercipta tempat kerja yang ; aman , efektif dan produktif.

Tujuan Sistem Manajemen K3RS:

Tujuan umum :

Menumbuhkembangkan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit agar tercapai kemampuan hidup sehat masyarakat di rumah sakit .

Tujuan khusus :

1. Tersusunnya rencana kegiatan K3 RS
2. Terlaksananya kegiatan K3RS
3. Terpantau dan terevaluasinya kegiatan K3RS

Pedoman penerapan SMK3 RS:

A. Komitmen dan kebijakan

1. Kepemimpinan dan komitmen
  - 1.1. Adanya struktur PK3RS
  - 1.2. Posisi / kedudukan PK3RS yang kuat / bisa menentukan didalam struktur organisasi RS.
  - 1.3. Adanya dukungan dana/ alokasi dana yang khusus diperuntukkan kegiatan K3RS.
  - 1.4. Mempunyai SDM yang berkualitas
  - 1.5. Dapat mengadakan koordinasi dengan unit-unit kerja lainnya di RS dengan baik.
2. Tinjauan awal K3 ( *Initial review* )
  - 2.1. Melakukan identifikasi kondisi di RS
  - 2.2. Melakukan identifikasi sumber potensi bahaya di RS
  - 2.3. Mengadakan evaluasi/penilaian terhadap SDM yang kompeten didalam PK3RS
  - 2.4. Melakukan kalibrasi terhadap alat-alat medis dll secara teratur.

### 3. Kebijakan K3

- 3.1. Harus diputuskan bersama
- 3.2. Diadakan peninjauan secara berkala

### B. Perencanaan

- 1. Perencanaan identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko
- 2. Peraturan dan persyaratan lainnya
- 3. Menetapkan tujuan dan sarana:
  - 3.1. Harus dapat diukur
  - 3.2. Mempunyai sasaran jelas
  - 3.3. Mempunyai jangka waktu pencapaian tertentu
- 4. Indikator kinerja yang meliputi:
  - 4.1. *Input*
  - 4.2. *Proses*
  - 4.3. *Output*
- 5. *Output*:
  - 5.1. *Mapping* bahaya potensial
  - 5.2. Mempunyai rumusan alternatif upaya penanggulangan

### C. Pelaksanaan

- 1. Melakukan pemeriksaan awal kesehatan, berkala dan khusus
- 2. Melaksanakan upaya penanggulangan
- 3. Menentukan prioritas bahaya potensial
- 4. Menentukan upaya penanggulangan selektif
- 5. Memantau pelaksanaan CPKB ( Cara Pelaksanaan Kerja yang Baik ), SOP, disiplin kerja dll

6. Memantau pengorganisasian dan pembagian tugas;
  - 6.1. Pengaturan kerja bergilir
  - 6.2. Penempatan petugas sesuai keahlian
  - 6.3. Pendidikan dan pelatihan K3
7. Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan unit-unit kerja lainnya di RS
  - 7.1. Secara dua arah
  - 7.2. Menyediakan informasi- informasi penting yang berhubungan dengan K3RS
8. Pendokumentasian
9. Pelaporan
  - 9.1. Internal tentang: kasus, kinerja dll
  - 9.2. Eksternal mengenai : hal yang rutin dan tentang peraturan-peraturan yang ada
10. *Output*:
  - 10.1. Jadwal pelaksanaan K3RS
  - 10.2. SOP
  - 10.3. Dokumentasi
  - 10.4. Laporan
- D. Pengukuran dan evaluasi
  1. Pemantauan pelaksanaan K3 melalui inspeksi dan pengujian ke unit kerja (*check list*).
  2. Melaksanakan audit SMK3
    - 2.1. Secara berkala
    - 2.2. Sistematis

### 2.3. Independen

### 2.4. Metodologi

## 3. Tindakan perbaikan dan pencegahan

### 3.1. Hasil audit untuk bahan tindakan koreksi pimpinan

### 3.2. Sebagai bahan *replanning*

Contoh *cek list*:

1. Pengisian formulir identifikasi PK3RS	sudah / belum
2. Formulir umpan balik:	
2.1. Hasil identifikasi	sudah / belum
2.2. Rencana kerja PK3RS	sudah / belum
3. Pelaksanaan kegiatan PK3RS:	
3.1. Denah bahaya potensial di RS	ada / tidak
3.2. Denah penanggulangan bahaya potensial.	ada/ tidak
3.3. CPKB di tiap unit	ada/ tidak
3.4. Check up kesehatan petugas	orang / tahun

### 2.2.8. Bentuk Organisasi K3 Rumah Sakit

Organisasi K3 di Rumah Sakit melibatkan seluruh unsur dan jenjang jabatan sesuai dengan tanggung jawab masing-masing dalam mencapai tujuan organisasi. Namun demikian untuk menjamin terlaksananya K3 dengan baik, diperlukan keterpaduan antar fungsi dalam organisasi dan antar jenjang dalam fungsi serta harus menyatakan secara jelas dalam uraian tugas atau jabatan. Untuk dapat mengakses seluruh unsur dan jenjang jabatan maka bentuk organisasi K3 sebaiknya berupa Komite atau Panitia yang bersifat fungsional. Menurut surat

edaran Dirjen Pelayanan Medik Depkes No.HK.00.06.6.4.01407 tahun 1995, bentuk organisasi K3 di Rumah Sakit berupa Panitia K3-RS (PK3-RS), yang bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Panitia K3-RS mempunyai susunan pengurus sebagai berikut :

Ketua;

1. Wakil Direktur Pelayanan Medik untuk Rumah Sakit Kelas A atau B,
2. Kepala Seksi Pelayanan Medik untuk Rumah Sakit Kelas C atau D

Wakil Ketua;

3. Kepala Bidang untuk Rumah Sakit Kelas A atau B
4. Kepala Sub Bagian Sekretariat untuk Rumah Sakit Kelas C atau D

Sekretaris : Staf Kesekretariatan Rumah Sakit

Anggota terdiri dari 3 – 4 orang yang berasal dari :

- a. Instalasi Pemeliharaan Sarana, Instalasi Pemeliharaan Peralatan Medik, dan Instalasi Sanitasi Rumah Sakit
- b. Bidang Keperawatan
- c. Bidang Penunjang Medik
- d. Bidang Pelayanan Medik

Di beberapa Rumah Sakit Swasta dan di luar negeri Panitia K3-RS/ Komite K3-RS bertanggung jawab langsung ke Direktur Rumah Sakit.

Panitia K3 Rumah Sakit di Rumah sakit swasta, mempunyai susunan pengurus sebagai berikut :

1. Ketua adalah dokter/ seseorang yang mempunyai kompetensi di bidang K3
2. Wakil Ketua; Salah satu dari Pimpinan unit pelaksana fungsional Rumah Sakit (UPF RS).

3. Sekretaris : Staf Kesekretariatan Rumah Sakit
4. Anggota terdiri dari beberapa orang yang berasal dari :
  - a. Instalasi Pemeliharaan Sarana, Instalasi Pemeliharaan Peralatan Medik, dan Instalasi Sanitasi Rumah Sakit
  - b. Bidang Keperawatan
  - c. Bidang Penunjang Medik
  - d. Bidang Pelayanan Medik
  - e. Bagian Personalia
  - f. Bagian Keamanan (*security*)

Masih ada bentuk-bentuk lain seperti contoh di atas.

### 2.2.9. Strategi Penerapan SMK3

#### 1. Pengertian Strategis

Strategis adalah suatu seni menggunakan kecakapan dan sumber daya suatu organisasi untuk mencapai sarannya melalui hubungan yang efektif dengan lingkungan dalam kondisi yang paling menguntungkan. (Salusu, 1996)

Strategis ini sangat penting. Sebelum mengembangkan suatu strategi program, dilakukan pengkajian terhadap faktor-faktor yang diperkirakan berkaitan dengan pelaksanaan program K3 tersebut. Setelah strategi dirumuskan selanjutnya dikembangkan dalam berbagai kegiatan atau langkah-langkah operasional.

#### 2. Strategi Penerapan K3

Dalam menerapkan program K3 di Rumah Sakit ada 7 strategi yang perlu dilakukan, agar pelaksanaan K3 dapat berjalan dengan baik.

#### A. Membangun Komitmen

Komitmen merupakan niat dan dukungan dari pihak pimpinan dan para manajer. Adanya komitmen ini sangat diperlukan, agar suatu program dapat terlaksana dengan baik. Komitmen tersebut merupakan langkah awal dari penerapan suatu program dan bentuk operasional dari komitmen tersebut adalah berupa kebijakan Pimpinan. Kebijakan dibidang K3 merupakan suatu pernyataan (*statement*) tentang sasaran, tujuan prinsip operasional yang menjadi arah bagi setiap orang agar berperilaku dan bertindak secara aman, selamat dan sehat, serta menjadi landasan dalam melaksanakan program K3. Kebijakan K3 memuat :

- a. Uraian tentang tujuan dan penekanan dari manajemen program K3-RS
- b. Uraian petunjuk umum dari fungsi K3-RS.
- c. Gambaran tentang tanggung jawab pucuk pimpinan terhadap fungsi K3-RS
- d. Uraian tentang dukungan dari pihak manajemen maupun pihak lain yang berkompeten terhadap program K3-RS

Kebijakan hendaknya diketahui dan dipatuhi oleh seluruh petugas kesehatan, pengunjung, pemilik dan masyarakat.

#### B. Memberikan tanggung jawab (*Assign Responsibility*)

Langkah berikutnya adalah memberikan tanggung jawab kepada seluruh petugas Rumah Sakit sesuai dengan kedudukan/ posisinya, karena tanpa adanya rasa tanggung jawab dari semua petugas Rumah Sakit, kebijakan tersebut tidak akan efektif. Dalam membangun rasa tanggung jawab tersebut meliputi :



Apa yang harus dikerjakan (*What you must do ?*)

Apa dukungan dari staf saudara (*Support from your staff*)

- C. Membuat dan memelihara kondisi tempat kerja yang aman. Tempat kerja adalah setiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, di mana tenaga kerja bekerja, atau sering dimasuki tenaga kerja untuk kemungkinan terdapat sumber-sumber yang membahayakan.

Untuk membuat tempat kerja yang aman, maka perlu dilakukan pengelolaan terhadap sumber-sumber yang membahayakan (*hazard*) tersebut. Dengan indentifikasinya sumber-sumber bahaya atau *hazard* tersebut maka kita akan dapat mengendalikannya, sehingga akan tercipta kondisi tempat kerja yang aman.

- D. Pelatihan K3

Pelatihan merupakan suatu upaya untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan ketrampilan seluruh petugas Rumah Sakit. Selain itu mereka juga diharapkan peduli terhadap permasalahan-permasalahan dibidang K3, serta mampu untuk mengendalikan dan menyelesaikannya. Pelatihan di bidang K3 bisa dilakukan diluar Rumah sakit atau di dalam Rumah Sakit. Pelatihan tersebut dapat berupa in ciass ataupun on the job training.

- E. Surveilans terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja

Pengamatan atau surveilans terhadap terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja, merupakan upaya untuk mengetahui atau mendeteksi secara dini akan terjadinya kecelakaan dan penyakit tersebut. Kejadian kecelakaan atau penyakit akibat kerja mungkin dapat bersifat ringan

mungkin juga bisa serius, sehingga memerlukan suatu surveilans yang cukup ketat, dalam rangka melindungi petugas Rumah Sakit.

F. *Persiapan terhadap keadaan darurat (preparing for emergencies)*

Keadaan darurat merupakan suatu kejadian yang tidak bias diperkirakan. Untuk mengatasinya perlu adanya persiapan-persiapan yang terprogram (*Emergencies System*-sistem tanggap darurat). Persiapan untuk mengatasi keadaan darurat meliputi penyediaan sarana dan prasarana P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan) atau *First Aid* yang dilengkapi tehnik CPR (*Cardio Pulmonary Resuscitation*), serta Penanggulangan Kebakaran dan Bencana.

G. *Memberikan motivasi kepada seluruh petugas Rumah Sakit (Motivating your employees)*

Untuk meningkatkan kesadaran seluruh petugas Rumah sakit terhadap cara kerja yang aman (safe) dimana nantinya diharapkan cara kerja yang aman tersebut menjadi budaya kerja dalam kehidupannya sehari-hari. Supervisor K3-RS mempunyai kewajiban untuk melakukan hal tersebut, ini dapat dilakukan melalui supervise, observasi ke lapangan, pertemuan Gugus Kendali Mutu (GKM).

### **2.3. Ancaman Bahaya di Rumah Sakit**

Ancaman bahaya di Rumah Sakit dibedakan atas :

1. Ancaman bahaya biologi
2. Ancaman bahaya zat kimia
3. Ancaman bahaya fisika

4. Ergonomi
5. Ancaman bahaya psikososial
6. ancaman bahaya keselamatan kerja di Rumah Sakit

### **2.3.1. Ancaman bahaya biologi**

Bahaya biologi adalah penyakit atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh mikro organisme hidup seperti bakteri, virus, riketsia, parasit, dan jamur.

Yang termasuk ancaman biologi di Rumah Sakit adalah :

Infeksi nosokomial

Tuberculosis paru

Hepatitis B

AIDS

Dan lain-lain

### **2.3.2. Ancaman bahaya kimia**

Adanya zat-zat kimia di Rumah Sakit dapat menimbulkan bahaya bagi penderita maupun para pekerjaannya. Kecelakaan akibat bahan-bahan kimia dapat menyebabkan keracunan kronik. Bahan-bahan kimia yang mempunyai risiko mengakibatkan gangguan kesehatan antara lain adalah gas zat anestetik (halotin, nitrous oxide, ethil ether), formaldehid, etilen oksida, merkuri, dan debu)

### **2.3.3. Ancaman bahaya fisik**

Faktor fisik merupakan beban tambahan bagi pekerja Rumah Sakit yang apabila tidak dilakukan upaya-upaya penanganannya dapat menyebabkan penyakit akibat kerja. Faktor fisika di Rumah Sakit terdiri dari

bising, panas, getaran, radiasi cahaya, dan listrik. Contoh pekerja yang bekerja di ruang generator, perlu disadari dapat memberi dampak negatif pada pendengaran dan non pendengaran.

#### **2.3.4.Ergonomi**

Ergonomi merupakan ilmu yang mempelajari perilaku manusia dalam kaitan dengan pekerjaan mereka. Tujuan ergonomi adalah menyesuaikan pekerjaan dengan kondisi tubuh manusia melalui upaya: penyesuaian ukuran tempat kerja dengan dimensi tubuh, pengaturan suhu, dan kelembaban yang sesuai dengan kebutuhan tubuh manusia. Untuk dapat mengidentifikasi masalah ergonomi di Rumah Sakit, perlu dipelajari dasar-dasar ergonomi antara lain: antropometri, kerja otot, kelelahan, ketrampilan, perencanaan ruang kerja, perancangan tangga, pencahayaan dan warna, kebosanan, kejenuhan, hubungan manusia dengan mesin, kemampuan mata dan alat pendengaran dan lain-lain.

Contoh : pada pekerja yang sebagian besar waktu kerjanya dalam posisi duduk perlu disediakan kursi yang sesuai dengan prinsip ergonomi seperti kelelahan otot tertentu

#### **2.3.5.Ancaman bahaya psikososial**

Pekerjaan dapat merupakan sumber kebahagiaan atau sumber kesengsaraan. Faktor psikososial yang dapat menimbulkan kebahagiaan atau kesengsaraan di Rumah Sakit antara lain: pekerjaan yang menghasilkan upah yang kurang dari kebutuhan, yang tidak sesuai dengan minat dan bakat, yang tidak sesuai dengan bekal pengetahuan akan lebih memungkinkan terjadinya stress. Sementara suasana kekeluargaan, gotong royong, tidak kaku, akan

mendukung terjaminnya tenaga kerja yang dapat memacu hasil kerja yang optimal

#### **2.4. Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Rumah Sakit**

Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Rumah Sakit meliputi :

2.4.1. Upaya peningkatan (promotif), diberikan kepada pekerja dengan tujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan kapasitas kerja yang meliputi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kerja, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), norma sehat di tempat kerja antara lain tidak merokok, tidak mengkonsumsi napza (narkotik, psikotropika, dan zat adiktif), peningkatan perilaku dan cara kerja yang baik dan benar, konsultasi gizi, kesehatan jiwa, masalah perkawinan, KB dan lain-lain, penerapan gizi seimbang, pemeliharaan kebugaran pekerja melalui kegiatan olah raga yang baik dan benar, pemeliharaan berat badan ideal.

2.4.2. Upaya pencegahan (preventif), pelayanan ini diberikan sebagai perlindungan pada pekerja sebelum adanya proses gangguan akibat kerja. Kegiatannya meliputi pemeriksaan kesehatan terdiri atas pemeriksaan awal/ sebelum bekerja, berkala dan khusus, imunisasi, misalnya vaksinasi hepatitis pada tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit, hygiene lingkungan kerja, perlindungan diri terhadap bahaya-bahaya dari pekerjaan.

2.4.3. Penerapan ergonomi (penyerasian manusia dengan mesin dan alat-alat kerja) pengendalian bahaya lingkungan kerja agar ada dalam keadaan aman (pengenalan pengukuran dan evaluasi), melaksanakan kegiatan

latihan fisik (relaksasi, dan lain-lain sesuai jenis pekerjaan) secara rutin di antara jam kerja, pemberian suplemen gizi sesuai kebutuhan pekerjaan wanita misalnya tablet besi, yodium, rotasi kerja sesuai kebutuhan, dan surveillance kesehatan kerja.

2.4.4. Upaya penyembuhan (kuratif), pelayanan ini diberikan kepada pekerja yang sudah memperlihatkan gangguan kesehatan/ gejala dini dengan mengobati penyakit, mencegah komplikasi dan penularan terhadap keluarganya ataupun teman sekerjanya pada pekerja yang sudah menderita sakit pelayanan ini diberikan untuk menghentikan proses penyakit sehingga dapat sembuh, mempercepat masa istirahat kerja dan mencegah terjadinya cacat atau kematian

2.4.5. Upaya pemulihan (rehabilitatif), pelayanan ini diberikan kepada pekerja yang karena suatu penyakit atau kecelakaan telah mengakibatkan cacat hingga menyebabkan ketidakmampuan bekerja secara permanen baik sebagian atau seluruh kemampuan bekerjanya yang biasanya mampu dilakukan sehari-hari. Kegiatan ini meliputi antara lain latihan dan pendidikan pekerja untuk dapat menggunakan kemampuan yang masih ada secara maksimal, penempatan kembali pekerja yang cacat secara selektif sesuai dengan kemampuannya, penyuluhan kepada masyarakat, dan pengusaha agar mau menggunakan pekerja yang cacat.

## **2.5. Pelayanan Kesehatan Kerja**

Dalam rangka melindungi tenaga kerja terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan atau lingkungan kerja serta untuk meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental (rohani) dan kemampuan fisik.

Peraturan Perundangan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan kerja:

- 1.UU no. 1 tahun 1970 tentang keselamatan kerja
- 2.PerMenNaker Trans RI. No.03/Men/1982 : tentang pelayanan kesehatan kerja.
- 3.PerMenNaker Trans RI. No.01/Men/1981 : tentang kewajiban melaporkan penyakit akibat kerja
- 4.PerMenNaker Trans RI. No.02/Men/1980 : tentang pemeriksaan kesehatan kerja dalam penyelenggaraan keselamatan kerja.

Pelayanan kesehatan kerja adalah :

Suatu usaha kesehatan yang dilaksanakan dengan tujuan .

1. Memberikan bantuan kepada tenaga kerja dan menyesuaikan dari baik fisik maupun mental, terutama dalam penyesuaian pekerjaan dengan tenaga kerja.
2. Melindungi tenaga kerja terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan atau lingkungan kerja.
3. Meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental (rohani) dan kemampuan fisik pekerja.
4. Memberikan perawatan dan pengobatan serta rehabilitasi bagi tenaga kerja yang menderita sakit.

Tugas pokok pelayanan kesehatan meliputi :

1. Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, pemeriksaan berkala, khusus.
2. Pembinaan dan pengawasan atas penyesuaian pekerjaan terhadap tenaga kerja.
3. Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja.
4. Pembinaan dan pengawasan terhadap perlengkapan saniter.
5. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan untuk kesehatan kerja
6. Pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit umum dan penyakit akibat kerja.
7. Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan
8. Pendidikan kesehatan untuk tenaga kerja dan latihan untuk petugas pertolongan pertama pada kecelakaan.
9. Memberikan nasehat mengenai perencanaan dan pembuatan tempat kerja, pemilihan alat pelindung diri yang diperlukan dan gizi serta penyelenggaraan makanan di tempat kerja.
10. Membantu usaha untuk rehabilitasi akibat kecelakaan atau penyakit akibat kerja
11. Pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga kerja yang mempunyai kelainan tertentu dalam kesehatannya.
12. Memberikan laporan berkala tentang pelayanan kesehatan kerja kepada pengurus.



Menurut Permen 03 /Men/1982 :

Pasal 3 :

1. Setiap tenaga kerja berhak mendapatkan pelayanan kesehatan kerja
2. Pengurus wajib memberikan pelayanan kesehatan kerja sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi

Pasal 4 :

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan kerja dapat :

1. Diselenggarakan sendiri oleh pengurus
2. Diselenggarakan oleh pengurus dengan mengadakan ikatan dengan dokter atau pelayanan kesehatan lain
3. Pengurus dari beberapa perusahaan secara bersama sama menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan.

Pasal 5 :

Pelayanan kesehatan dijalankan oleh seorang Dokter dan disetujui oleh direktur.

Pasal 8 :

Dokter maupun tenaga kesehatan wajib memberikan keterangan tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja kepada Pegawai Pengawas Keselamatan dan Kesehatan Kerja jika diperlukan.

Pasal 10 :

Pelanggaran terhadap pasal 3 ayat 2 diancam dengan hukuman kurungan selamannya 3 bulan atau denda setinggi tingginya seratus ribu rupiah, sesuai dengan pasal 15 ayat 2 UU no.1 th 1970.

Tugas Pokok Pelayanan Kesehatan meliputi :

Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, pemeriksaan berkala, khusus.

Berdasarkan Permen Nakertrans Per.02/men/1980 tentang pemeriksaan kesehatan tenaga kerja dalam penyelenggaraan keselamatan kerja :

**1. Pemeriksaan Kesehatan sebelum kerja adalah :**

Pemeriksaan Kesehatan yang dilakukan oleh dokter sebelum seorang tenaga kerja diterima untuk melakukan pekerjaan.

Tujuannya adalah :

Tenaga kerja yang diterima berada dalam kondisi kesehatan yang setinggi tingginya, tidak mempunyai penyakit menular yang akan mengenai tenaga kerja lainnya dan cocok untuk pekerjaan yang akan dilakukan sehingga keselamatan kesehatan tenaga kerja yang bersangkutan dan tenaga kerja lainnya dapat dijamin

Pemeriksaannya meliputi :

1. Pemeriksaan fisik lengkap
2. Kesegaran jasmani
3. X foto paru
4. Laboratorium rutin
5. Pemeriksaan lain yang dipandang perlu (misal test pendengaran)

**2. Pemeriksaan kesehatan berkala :**

Pemeriksaan kesehatan berkala adalah pemeriksaan kesehatan pada waktu tertentu terhadap tenaga kerja yang dilakukan oleh dokter

Tujuannya adalah :

Untuk mempertahankan derajat kesehatan tenaga kerja sesudah berada dalam pekerjaannya, serta menilai kemungkinan adanya pengaruh dari pekerjaan

seawal mungkin yang perlu dikendalikan dengan usaha pencegahan. Pelaksanaan pemeriksaan kesehatan berkala sekurang-kurangnya 1 tahun sekali. Pemeriksaannya meliputi:

1. pemeriksaan fisik lengkap
2. kebugaran jasmani
3. X foto paru
4. laboratorium rutin

### **3. Pemeriksaan kesehatan khusus**

Dilaksanakan pada :

1. Tenaga kerja yang telah mengalami kecelakaan atau penyakit yang memerlukan perawatan lebih dari 2 minggu
2. Tenaga kerja yang berusia diatas 40 th atau tenaga kerja wanita dan tenaga kerja cacat serta tenaga kerja muda yang melakukan pekerjaan tertentu
3. Tenaga kerja yang terdapat dugaan tertentu mengenai gangguan kesehatannya perlu dilakukan pemeriksaan kesehatan khusus sesuai dengan kebutuhan.

Pemeriksaan kesehatan khusus diadakan pula apabila terdapat keluhan diantara tenaga kerja atau atas pengamatan pegawai pengawas K-3 atau atas penilaian pusat Bina Hyperkes dan Keselamatan kerja atau atas pendapat umum di masyarakat terdapat kelainan dan gangguan kesh yang disebabkan akibat pekerjaan.

## **5. Pemeriksaan lain yang dianggap perlu ( ambang pendengaran )**

Dalam hal ditemukan kelainan kelainan atau gangguan kesehatan pada tenaga kerja pada waktu pemeriksaan kesehatan berkala, pengurus wajib mengadakan tindak lanjut untuk memperbaiki kelainan kelainan tersebut dan sebab-sebabnya untuk menjamin terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja

Apabila Badan penyelenggara pemeriksaan kesehatan berkala menemukan penyakit akibat kerja maka badan tersebut harus melaporkan kepada Dirjen Binalindung tenaga kerja melalui Kantor wilayah Ditjen Binalindung tenaga kerja

## **2.6. Kaitan SMK3 dengan Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Rumah Sakit :**

Sistem manajemen K3 merupakan bagian dari manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan dan pengawasan sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan dan pengembangan, serta pemeliharaan kebijakan K3 dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisiensi dan produktif.

### **Upaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit**

Upaya pelayanan keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit selain bertujuan untuk melindungi keselamatan dan kesehatan serta meningkatkan produktivitas pekerja juga agar pasien, pengunjung dilingkungan sekitar Rumah Sakit terlindungi dari bahaya potensial yang ditimbulkan akibat proses ataupun akibat pekerjaan dan lingkungan kerja di Rumah Sakit.

Dari keterangan tersebut diatas jelaslah bahwa apabila penerapan SMK3 baik dan efektif maka kepedulian terhadap pelayanan kesehatan kerja akan meningkat dengan kata lain bahwa penerapan SMK3 yang efektif, mutu pelayanan kesehatan kerja meningkat dan produktivitas akan meningkat pula.

## **2.7. Teknik Kesepakatan Kelompok**

Teknik Kesepakatan Kelompok ( *Group Discussion Making* ) adalah cara penetapan prioritas masalah dan prioritas jalan keluar tidak dilakukan dengan menganalisis data yang dikumpulkan melainkan dari kesepakatan pihak ketiga yaitu sekelompok orang-orang tertentu yang dimintai khusus untuk itu.

### *2.7.1. Synthetic Group Technique*

Teknik ini mirip dengan survai biasa dengan responden para ahli. Dari berbagai pendapat yang dikemukakan akan dapat ditetapkan peioritas masalah yang dihadapi.

### *2.7.2. Deilhi technique*

Teknik ini juga menggunakan teknik survai dari sekelompok para ahli. Daftar pertanyaan dikirim secara berurutan. Pertanyaan pertama bersifat umum, pertanyaan kedua bersifat khusus. Hai ini dilakukan berulang ulang hingga tercapai kesepakatan.

### *2.7.3. Interacting Group Technique*

Teknik ini seperti pertemuan biasa. Peserta diminta mengemukakan pendapatnya secara bebas. Pimpinan mengambil kesimpulan mengenai prioritas masalah dan penyelesaian yang dicari.

#### 2.7.4. *Formal planning Group Technique*

Teknik ini hampir sama dengan *Interacting Group Technique*. Bedanya adalah pimpinan sidang menjelaskan lebih dahulu masalah yang akan dibahas dan peserta diminta mengemukakan pendapatnya secara bebas. Pendapat yang paling banyak dikemukakan adalah prioritas masalah yang dicari.

#### 2.7.5. *Brainstorming Technique*

Teknik ini identik dengan *Interacting Group Technique*. Pimpinan menantang peserta untuk mengemukakan pendapat sebanyak-banyaknya serta sebebas-bebasnya. Teknik ini akan memberikan hasil yang maksimal bila jumlah peserta dibatasi sekitar 12 orang, memiliki pengetahuan dan pengalaman yang sama serta pimpinan menguasai teknik tersebut. Lama pertemuan antara 30 sampai 60 menit.

#### 2.7.6. *Delbecq Technique. Nominal Group Technique (NGT)*

Teknik ini dilakukan melalui empat tahap yaitu peserta menuliskan pendapatnya pada selembar kertas, pimpinan mengumpulkan dan memimpin diskusi antar peserta mengenai pendapat yang terkumpul serta melakukan pungutan suara untuk menentukan prioritas masalah. Lebih efektif apabila peserta pada pertemuan ini dibatasi antara 7 sampai 10 orang.

#### 2.7.7. *Nominal Interacting Technique*

Pada dasarnya teknik ini identik dengan Delbecq atau Brainwriting techniques. Bedanya pada teknik ini ditemukan adanya lobby antar peserta yang dilaksanakan setiap selesainya satu tahap. Dengan adanya pertukaran pendapat secara informal ini, kesepakatan akan lebih cepat tercapai. Prioritas masalah adalah masalah paling banyak.

## 2.8. Focus Group Discussion (FGD)

### Definisi FGD

*Focus Group Discussion* (FGD) atau Diskusi Kelompok Terarah (DKT) adalah bentuk diskusi yang bersifat informal dan terstruktur untuk mendiskusikan atau membahas suatu masalah tertentu atau membahas cara penyelesaian suatu masalah. FGD biasanya dilaksanakan dalam suasana percakapan, namun terarah karena berpegang pada pedoman diskusi yang dipandu oleh seorang moderator.

### Kelebihan Metoda FGD

4. Waktu yang dibutuhkan relatif singkat karena topik diskusi terfokus
5. Dapat memperoleh pendapat yang lebih banyak dari peserta

### Kekurangan Metoda FGD

1. Dibutuhkan moderator yang profesional
2. Tahap persiapan dan analisis hasil FGD memakan waktu yang lama.

### Manfaat FGD

Dengan melakukan FGD maka diperoleh masukan dari berbagai pihak mengenai suatu masalah atau cara penyelesaian suatu masalah.

### Langkah-langkah FGD

1. Persiapan
  - a. Persiapan sarana/peralatan:

Kertas atau buku catatan dan alat tulis untuk mencatat proses diskusi, masukan dari peserta dan hasil diskusi.

Untuk memudahkan dalam membuat hasil FGD, sebaiknya disiapkan *tape recorder*, kaset kosong dan baterai secukupnya. Mutu alat perekam harus dicek sebelum FGD dimulai.

b. Ruang Pertemuan

Pilihlah yang cukup luas, tenang dan nyaman

Ventilasi ruangan harus baik agar udara ruangan cukup segar (peserta tidak mengantuk)

Posisi tempat duduk diatur sedemikian rupa sehingga membentuk posisi duduk setengah atau tiga perempat lingkaran. Jika diskusi dilakukan dilakukan disebuah ruangan yang terdapat pintu menghadap ke luar ruangan yang cukup ramai dilalui orang maka sebaiknya moderator yang menghadap pintu masuk.

c. Persiapan Gugus Tugas

Pembagian tugas perlu dilakukan sebelum FGD dimulai. Tentukanlah siapa yang menjadi moderator dan pencatat. Moderator memiliki tugas utama memandu dan mengarahkan jalannya diskusi, sedangkan pencatat bertugas mencatat semua proses dan masukan dari peserta diskusi.

2. Peserta

Peserta FGD berjumlah 6-10 orang dengan syarat utama mengerti dan menguasai topik atau masalah yang didiskusikan.

3. Proses Pelaksanaan

Proses FGD secara keseluruhan terdiri dari

a. Pemanasan dan perkenalan

Proses ini berlangsung selama 15 menit. Langkah pertama moderator mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada peserta



Moderator menjelaskan kepada peserta tentang tujuan diadakannya FGD serta tata tertib yang berlaku.

b. Pelaksanaan diskusi dan observasi (jika diperlukan)

Proses ini berlangsung selama 60 menit. Pertama moderator mengemukakan masalah dan melontarkan pertanyaan kepada peserta untuk mengemukakan pendapatnya tentang masalah yang dikemukakan oleh moderator. Masalah dan pendapat tersebut dibahas secara bersama dengan peserta lainnya.

Petugas pencatat mencatat semua hal yang dikemukakan oleh peserta selama diskusi berlangsung.

c. Rangkuman dan kesimpulan

Proses ini berlangsung selama 15 menit. Pertama tuliskan semua topik atau masalah yang telah didiskusikan

Tuliskan semua masukan dan pendapat dari peserta diskusi tentang topik atau masalah yang dibahas.

Minta kelompok membantu menyimpulkan dan tanyakan pada peserta jika ada yang terlupa atau ingin ditambahkan.

Ucapan terima kasih atau kehadiran dan partisipasi peserta

Bicaralah secara pribadi kepada peserta yang memberikan informasi yang keliru. Tutuplah pertemuan.

## 2.9. Analisis SWOT

### Definisi

Analisis SWOT merupakan suatu metode yang dapat digunakan untuk menentukan posisi suatu organisasi berdasarkan kekuatan dan kelemahan kondisi internalnya, serta peluang dan tantangan (ancaman) dari kondisi eksternal. Metode ini mengacu pada konsep berpikir manajemen strategi.

### Unsur-Unsur SWOT

#### 1. Kekuatan (*Strength*)

Berbagai kelebihan yang bersifat khas yang dimiliki organisasi, yang bila dimanfaatkan akan berperan besar dalam memperlancar kegiatan organisasi dan tujuan organisasi.

#### 2. Kelemahan (*Weaknesses*)

Berbagai kekurangan yang bersifat khas yang dimiliki organisasi. Bila berhasil diatasi akan berperan besar dalam memperlancar kegiatan dan tujuan organisasi.

#### 3. Kesempatan (*Opportunity*)

Peluang yang bersifat positif yang dihadapi organisasi, bila dapat dimanfaatkan akan besar peranannya dalam mencapai tujuan organisasi

#### 4. Hambatan (*Threat*)

Kendala yang bersifat negatif yang dihadapi organisasi, bila berhasil diatasi akan besar peranannya dalam mencapai tujuan organisasi.

### Beberapa Teknik Analisis SWOT

1. Kuantitatif

Semua informasi faktor SWOT didukung data kuantitatif

2. Kualitatif

Semua informasi faktor SWOT dihasilkan melalui keputusan kualitatif, misalnya melalui FGD

3. Gabungan keduanya

### Langkah – Langkah Analisis SWOT

1. Menyusun tabel IFAS (*Internal Strategic Factor Analysis*)

- a. Buat tabel berisi 4 kolom

- b. Kolom 1 diisi dengan faktor atau variabel internal yang telah diidentifikasi

- c. Kolom 2 diisi dengan bobot untuk masing-masing faktor atau variabel pada kolom 1

- d. Bobot ditentukan secara arbiter (keepakatan) dengan mengacu pada besarnya peran masing-masing faktor atau variabel tersebut dalam mencapai tujuan organisasi. Pembobotan dapat dilakukan dengan NGT atau FGD. Jumlah bobot untuk keseluruhan faktor atau variabel adalah 1 atau 100%.

- e. Kolom 3 diisi dengan nilai (rating) masing-masing faktor atau variabel.

Cara penentuan rating adalah sebagai berikut:

Menentukan nilai dasar rating yang dimulai dari angka 1 sampai dengan 4 atau 1 sampai dengan 5

Rating ditentukan atas dasar pertimbangan kontribusi masing-masing faktor atau variabel tersebut terhadap pencapaian tujuan organisasi dan tingkat kendali.

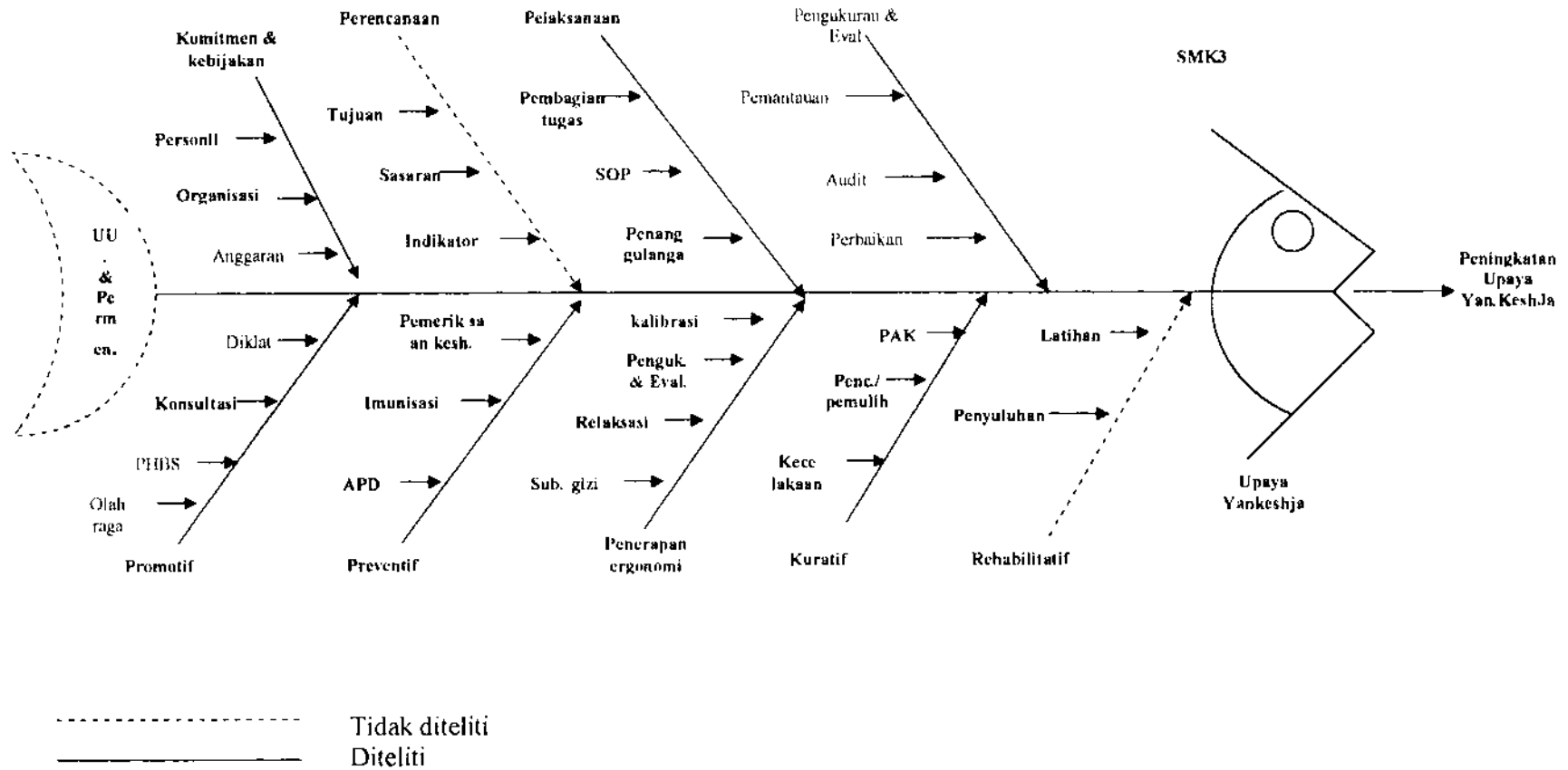
Selanjutnya ditentukan mana yang merupakan kekuatan dan mana yang merupakan kelemahan. Pemberian rating kekuatan dan kelemahan dapat dicontohkan sebagai berikut:

Rating 3 dan 4 merupakan kekuatan sehingga rating 1 dan 2 merupakan kelemahan, sehingga skor yang diberikan adalah sebagai berikut: Rating 4 = 2, Rating 3 = 1, Rating 2 = -1 dan Rating 1 = -2

Kolom 4 diisi dengan hasil perkalian antara bobot dan rating. Jika dijumlahkan ke bawah, hasil penjumlahan ini akan menjadi titik koordinat pada sumbu x yang menunjukkan besarnya kekuatan dan kelemahan organisasi

2. Menyusun tabel EFAS (*External Strategic Factor Analysis*)
  - a. Cara pembuatan tabel EFAS mengikuti alur dan cara analisis tabel IFAS
  - b. Perbedaannya hanya pada informasi faktor atau variabel yang dipelajari, yang dalam hal ini bersumber dari faktor eksternal.
  - c. Faktor eksternal dikelompokkan menjadi peluang dan tantangan (ancaman)
  - d. Hasil akhir perhitungan tabel EFAS ini akan menjadi titik koordinat pada sumbu Y yang akan menunjukkan besarnya peluang dan tantangan (ancaman) organisasi.

### BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN



Gambar : 3.1 : Kerangka konseptual Penelitian

Pada kerangka konseptual tersebut, pedoman pelaksanaan SMK3 ditentukan oleh beberapa faktor yaitu komitmen dan kebijakan, perencanaan program, penerapan pelaksanaan program, pengukuran dan evaluasi serta tinjauan ulang oleh pihak manajemen.

Upaya pelayanan kesehatan kerja yang harus dilaksanakan meliputi; upaya peningkatan (promotif), upaya pencegahan (preventif), penerapan ergonomi, upaya penyembuhan (kuratif) dan upaya pemulihan/ rehabilitatif.

Peraturan perundang-undangan meliputi; UU No. 1 th 1970 tentang keselamatan kerja, UU. RI No. 23/ UU / 1992 pasal 23 tentang penyelenggaraan kesehatan kerja, UU RI No. 22/ UU / 1993 tentang penyakit yang timbul karena hubungan kerja, serta UU RI No. 22/UU/1998 tentang desentralisasi. Karena beberapa hal maka penulis hanya membatasi pada pedoman pelaksanaan SMK3 dan upaya pelayanan kesehatan kerja.

Pada upaya pelayanan kesehatan kerja, rehabilitasi tidak penulis teliti oleh karena di Rumah Sakit Haji hal tersebut sudah masuk didalam instalasi tersendiri.

Disamping itu pada pelaksanaan SMK3, perencanaan juga tidak penulis teliti dikarenakan yang dibuat belum terkait dengan perencanaan orang Rumah Sakit secara keseluruhan juga pada pengukuran dan evaluasi khusus tentang audit tidak peneliti lakukan penelitian oleh karena Rumah Sakit Haji Surabaya belum melaksanakan audit K3.

Demikian pula dengan undang-undang dan peraturan menteri tidak penulis teliti oleh karena hal tersebut memang sudah menjadi ketentuan yang tetap.

Oleh karena beberapa hal yang penulis kemukakan diatas, maka penulis membatasi penelitian ini hanya pada pelaksanaan SMK3 pada faktor komitmen

dan kebijakan, pelaksanaan program dan pengukuran dan evaluasinya. Sedangkan upaya pelayanan kesehatan kerjanya hanya pada faktor promotif, preventif, penerapan ergonomi dan kuratif.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Rancangan Penelitian**

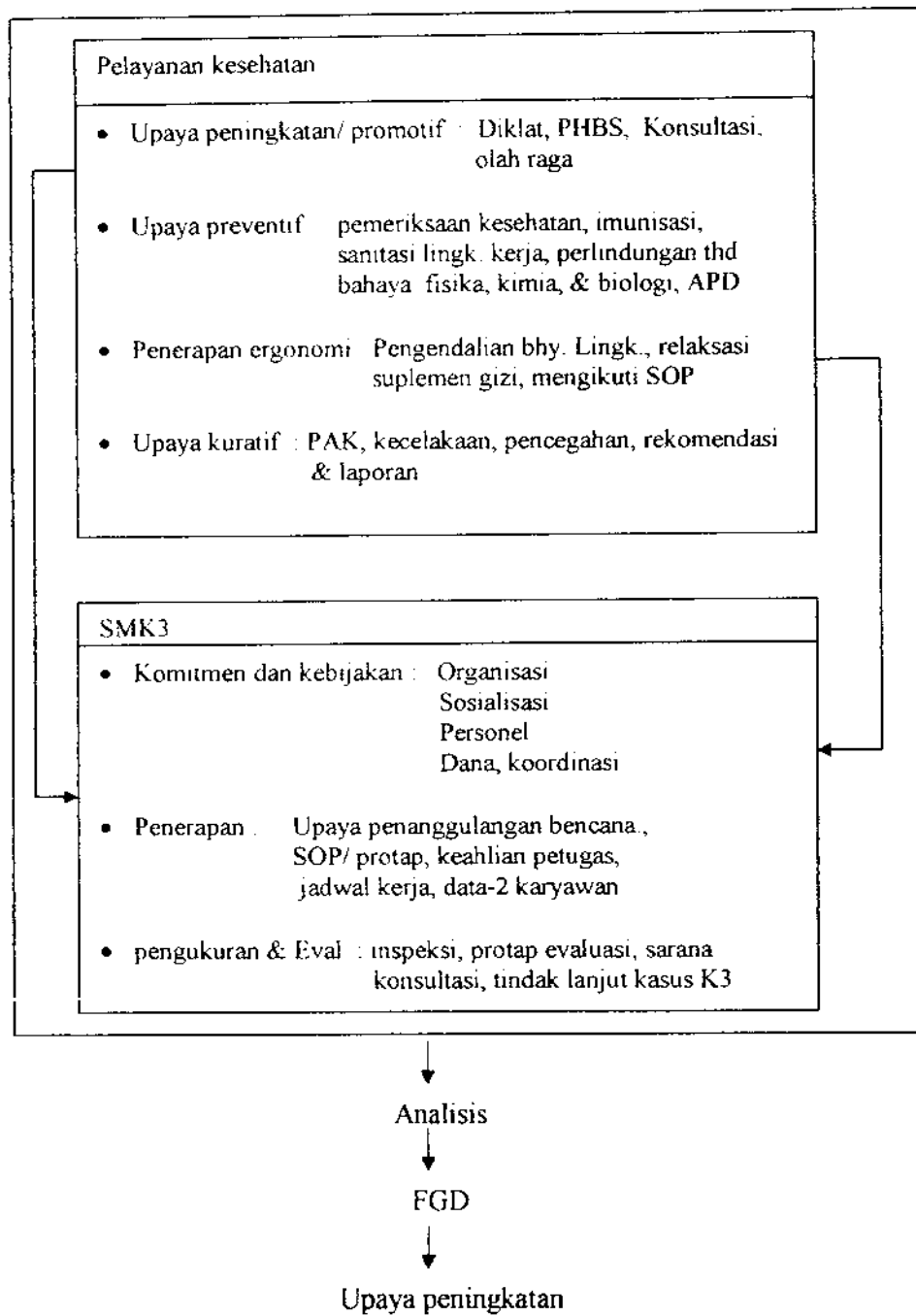
Penelitian ini adalah penelitian eksploratif semi kualitatif yang datanya diambil secara observasi dan wawancara selama 6 minggu dari tanggal 1 Juli sampai dengan 8 Agustus 2006 dan merupakan penelitian kasus pelayanan kesehatan kerja di RS Haji Surabaya.

#### **4.2 Subyek Penelitian**

Subjek penelitian ini adalah tim PK3RS, kepala instalasi radiologi, kepala instalasi patologi klinik, kepala instalasi patologi anatomi, kepala instalasi gizi, poliklinik pegawai, kepala ruangan unit pelayanan kesehatan, bagian diklat, pengadaan barang, subagian rekam medik, bagian pelayanan medik, sanitasi serta bagian-bagian lain yang terkait dengan K3RS. Berdasarkan data diketahui bahwa jumlah semuanya adalah 62 orang.



### 4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 : Kerangka operasional

#### 4.4. Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

Setiap responden diberi nomor dan kode khusus yaitu M untuk tenaga medis dan N untuk tenaga non medis. Untuk selanjutnya bisa dilihat pada tabel

4.1. Definisi Operasional seperti tersebut dibawah ini:

Tabel 4. 1 : Variabel, definisi operasional, cara pengukuran dan hasil pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data
Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja					
1.	Upaya peningkatan (promotif)	Segala upaya pelayanan kepada karyawan yang bertujuan meningkatkan status kesehatan dan kapasitas kerja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pendidikan &amp; penyuluhan kesehatan</li> <li>- berpenampilan rapi dan bersih</li> <li>- sarapan pagi dan pola makan teratur</li> <li>- istirahat teratur</li> <li>- Tidak merokok di tempat kerja</li> <li>- tidak mengkonsumsi zat/obat terlarang</li> <li>- meninggalkan ruangan dlm kondisi rapi, bersih dan aman</li> <li>- konsultasi ke bagian gizi, jiwa/ dokter bila ada masalah-2 yang peningkatan pencernaan makanan. masalah-2 RT/ anak dan kesehatan</li> <li>- mempertimbangkan makanan yang dimakan dengan tenaga yang dikeluarkan</li> <li>- bila merasa berat badan bertambah, ada usaha mengurangi makanan yang dimakan mengikuti kegiatan olah raga</li> </ul>	Menggunakan observasi list dengan pertanyaan terbuka ya/ tidak dengan keterangannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data relevan nilainya 4</li> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, nilai 1</li> <li>• Nilai 3 – 4 ,termasuk S/ kekuatan atau O/kesempatan</li> <li>• Nilai 1 - 2 ,termasuk W/ kelemahan atau T/ hambatan</li> </ul>

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data
2	Upaya pencegahan/preventif	Segala upaya pelayanan kesehatan yang diberikan sebagai perlindungan pada pekerja sebelum adanya proses gangguan akibat kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pemeriksaan kesehatan awal kerja, setiap tahun dan bila mau pindah tempat/sakit ada keluhan pernah dilakukan di RS Haji</li> <li>- vaksinasi selama bekerja di RS Haji</li> <li>- suasana kerja tidak bising, terang, tidak panas/ pengap, nyaman dengan pembuangan limbah cair/ sampah lancar</li> <li>- ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat-2 kimia, kuman yang berbahaya dan beracun di tempat kerja</li> <li>- ada perlakuan khusus dan pemakaian APD seperti kaos tangan, masker, helm, short, sepatu karet</li> </ul>	Menggunakan observasi list dengan pertanyaan terbuka ya/tidak dengan keterangannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data relevan nilainya 4</li> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, Nilai 1</li> <li>• Nilai 3 – 4 , termasuk strength/ kekuatan atau opportunity/ kesempatan</li> <li>• Nilai 1 – 2 , termasuk weaknesses/ kelemahan atau threat/ hambatan</li> </ul>

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data
3.	Penerapan Ergonomi	Segala upaya penverasian manusia dengan mesin dan alat-2 kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ada pengendalian bahaya yang dilakukan RS Haji seperti pengukuran kebisingan, panas, getaran, kelembaban</li> <li>- melakukan kegiatan relaksasi fisik, seperti relaksasi otot pada saat tertentu waktu kerja</li> <li>- ada pemberian suplemen gizi</li> <li>- ruang kerja warna, cat dinding tidak menambah kebosanan/ kelelahan</li> <li>- perlengkapan/ peralatan yang dipakai tidak menimbulkan/ menambah kelelahan/ kebosanan</li> <li>- bekerja seperti mengangkat, mengikuti SOP</li> </ul>	Menggunakan observasi list dengan pertanyaan terbuka ya/ tidak dengan keterangannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data relevan nilainya 4</li> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, Nilai 1</li> <li>• Nilai 3 – 4 , termasuk strength/ kekuatan atau opportunity / kesempatan</li> <li>Nilai 1 – 2 , termasuk weaknesses/ kelemahan atau threat/ hambatan</li> </ul>

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data
4.	Upaya penyembuhan (kuratif)	Segala upaya pelayanan kesehatan yang diberikan pada karyawan yang sudah memperlihatkan gangguan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jika merasa sakit langsung/ dengan mudah bisa berobat</li> <li>- ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan</li> <li>- ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan</li> <li>- ada laporan karyawan yang sakit (lihat laporannya)</li> <li>- ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3 RS disertai rekomendasinya</li> <li>- ada tidak lanjut atas rekomendasi tersebut diatas</li> </ul>	Menggunakan observasi list dengan pertanyaan terbuka ya/ tidak dengan keterangannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data relevan nilainya 4</li> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, Nilai 1</li> <li>• Nilai 3 – 4, termasuk strength/ kekuatan atau opportunity/ kesempatan</li> <li>• Nilai 1 – 2, termasuk weaknesses / kelemahan atau threat/ hambatan</li> </ul>

SMK3					
No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data
1.	Komitmen dan kebijakan	Komitmen dukungan dari Direktur/ Kepala unit tentang K3 Kebijakan pernyataan tertulis tentang sasaran, Tujuan dan prinsip operasional menjadi landasan dalam melaksanakan program K3 dan telah disosialisasikan pada semua karyawan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komitmen tertulis, ditanda tangani Direktur (bila ada komitmen disertakan)</li> <li>- Ada bukti-2 kegiatan K3 sudah dilaksanakan</li> <li>- Ada organisasi K3 serta uraian tugasnya</li> <li>- Pejabat K3 sesuai kualifikasi nya. (Keta, Wadir Yan, sekretaris, ahli K3)</li> <li>- Ada dukungan dana khusus untuk K3-RS</li> <li>- Ada koordinasi PK3RS dengan seluruh unit kerja di RS</li> </ul>	Menggunakan observasi list dengan pertanyaan terbuka ya/ tidak dengan keterangan nya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, Nilai 1</li> <li>• Nilai 3 – 4, termasuk strength/ kekuatan atau opportunity / kesempatan</li> <li>• Nilai 1 – 2, termasuk weaknesses / kelemahan atau threat/ hambatan</li> </ul>
2	Pelaksanaan kegiatan PK3 RS		<ul style="list-style-type: none"> <li>- bahaya yang mengancam jiwa diprioritaskan</li> <li>- ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana</li> <li>- ada protap tentang upaya penanggulangan kebakaran</li> </ul>	Menggunakan observasi list dengan pertanyaan terbuka ya/ tidak dengan keterangan nya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, Nilai 1</li> </ul>

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data
2	Pelaksanaan kegiatan PK3 RS		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ada protap tentang B3</li> <li>- ada protap tentang pemantauan lingkungan secara teratur dan ada bukti-2 nya</li> <li>- ada protap tentang diklat K3</li> <li>- ada data karyawan yang telah mengikuti diklat K3</li> <li>- ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS</li> <li>- petugas K3 mempunyai keahlian yang sesuai</li> <li>- protap tentang penanggulangan kecelakaan dan PAK</li> <li>- ada denah tempat-2 berbahaya di RS</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai 3 - 4 , termasuk strength/ kekuatan atau opportunity/ kesempatan</li> <li>• Nilai 1 - 2 , termasuk weaknesses / kelemahan atau threat/ hambatan</li> </ul>
3.	Pengukuran dan evaluasi		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ada pemantauan pelaksanaan K3 melalui inspeksi dan pengujian ke unit kerja (cek list) minimal setiap 6 bln/x</li> <li>- ada protap tentang pelaksanaan evaluasi</li> <li>- ada sarana komunikasi antar unit dlm RS</li> <li>- ada bukti tindak lanjut K3</li> <li>- ada bukti penanggulangan perbaikan kasus K3</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya + keterangan + data relevan nilainya 4</li> <li>• Ya + keterangan + data tdk relevan nilai 3</li> <li>• Ya tanpa keterangan Nilai 2</li> <li>• Tidak, Nilai 1</li> <li>• Nilai 3 - 4 , termasuk strength atau opportunity</li> <li>• Nilai 1 - 2 , termasuk weaknesses atau threat</li> </ul>

Kemudian nilai-nilai tersebut dianalisa dengan menggunakan analisa SWOT yang hasilnya menjadi bahan diskusi kelompok yang terdiri dari :

1. Wakil direktur pelayanan medik
2. Kepala instalasi Sanitasi
3. Kepala instalasi Gizi
4. Kepala instalasi Patologi Klinik
5. Kepala instalasi Radiologi
6. Kepala Ruang Rawat Inap
7. Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan
8. Kepala Sub Bagian umum, rumah tangga dan perlengkapan
9. Tim Pengendalian Infeksi
10. Tim PK3RS

Kelompok diskusi ini akan membahas upaya peningkatan pelayanan kesehatan karyawan dalam kaitan dengan SMK3, dan ini merupakan rekomendasi kepada direktur RS Haji Surabaya guna perencanaan program K3.

#### **4.5. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengkaji pelaksanaan SMK3 menggunakan lembar observasi, observasi langsung/ pengamatan dan wawancara
2. Untuk mengkaji upaya pelayanan kesehatan kerja karyawan menggunakan lembar observasi, observasi langsung/ pengamatan dan wawancara.



#### **4.6. Lokasi dan Waktu Pengambilan Data**

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Haji Surabaya . Waktu pengambilan data dilakukan dalam waktu 6 minggu terhitung dari tanggal 1 Juli sampai dengan 8 Agustus 2006.

#### **4.7. Pengumpulan Data**

Jenis data dalam penelitian ini yaitu:

##### **4.7.1. Data Primer**

Data primer yaitu yang dikumpulkan dengan menggunakan observasi list yang ditanyakan kepada setiap responden dan diisi oleh tenaga terlatih ditambah dengan data hasil pengamatan dan wawancara langsung peneliti/ petugas.

##### **4.7.2. Data Sekunder**

Data Sekunder yaitu yang menyangkut organisasi, data personalia dan data kinerja organisasi yang diambil dari bagian umum, sanitasi, diklat serta yang berhubungan dengan K3RS.

#### **4.8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data**

##### **4.8.1. Teknik Pengolahan Data**

Pengolahan data meliputi :

##### **1. Editing,**

Adalah kegiatan memeriksa keabsahan data yang masuk. Kegiatan ini meliputi ; pemeriksaan kelengkapan pengisian observasi list, kejelasan makna jawaban dan relevansi jawaban.

## 2. Coding;

Adalah kegiatan mengklarifikasikan data atau jawaban yang masuk menurut kategorinya masing-masing. Setiap kategori yang berbeda diberi kode yang berbeda pula.

## 3. Tabulasi

Adalah kegiatan meringkas data yang masuk kedalam tabel agar memudahkan untuk dianalisis

### 4.8.2. Teknik Analisis Data

Untuk mengetahui kaitan upaya pelayanan kesehatan kerja dengan Sistem Manajemen K3 di Rumah Sakit Haji Surabaya, digunakan analisis SWOT untuk masing-masing variabel UPKK dan SMK3 serta strategi mengatasinya . Untuk menentukan kekuatan dan kelemahannya serta pembobotan masing-masing indikator dalam analisis SWOT dilakukan FGD. Hasilnya langsung dibuatkan tabulasi dan grafik SWOT setiap variabel.

Kriteria untuk menentukan unsur S,W,O,T adalah sebagai berikut:

1. Unsur kekuatan/Strength (S) adalah kelebihan yang bersifat khas yang dimiliki organisasi /karyawan tersebut. Jadi bersifat internal dan sangat tergantung pada organisasi/karyawan tersebut.
2. Unsur Kelemahan/Weaknesses (W) adalah kekurangan yang bersifat khas yang dimiliki organisasi /karyawan tersebut. yang bila berhasil diatasi akan berperan besar dalam memperlancar tujuan organisasi. Bersifat internal dari dalam organisasi / karyawan tersebut
3. Unsur Kesempatan/Opportunity (P) adalah peluang yang bersifat positif yang dihadapi organisasi/ karyawan yang dapat dimanfaatkan untuk

mencapai tujuan organisasi. Jadi bersifat eksternal dari luar diri karyawan atau organisasi tersebut.

4. Unsur Hambatan/Threat (T) adalah kendala bersifat negatif bila bisa di atasi besar perannya dalam mencapai tujuan organisasi. Jadi bersifat eksternal dari luar diri karyawan atau organisasi tersebut.

Kriteria untuk menentukan Bobot adalah sebagai berikut:

1. Bobot ditentukan secara kesepakatan/arbiter dengan mengacu pada besarnya peran masing-masing indikator dalam pencapaian tujuan organisasi
2. Pembobotan dilakukan dengan FGD
3. Jumlah bobot untuk satu unsur SWOT adalah 1 atau 100%

Kriteria untuk menentukan Rating/nilai adalah sebagai berikut:

1. Dimulai dari angka 1 sampai dengan 4
2. Ditentukan atas dasar pertimbangan kontribusi masing-masing unsur SWOT terhadap pencapaian tujuan organisasi dan tingkat kendali

Rating ditentukan atas dasar pertimbangan kontribusi masing-masing faktor atau variabel tersebut terhadap pencapaian tujuan organisasi dan tingkat kendali.

Selanjutnya ditentukan mana yang merupakan kekuatan dan mana yang merupakan kelemahan. Pemberian rating kekuatan dan kelemahan dapat dicontohkan sebagai berikut:

Rating 3 dan 4 merupakan kekuatan sehingga rating 1 dan 2 merupakan kelemahan, sehingga skor yang diberikan adalah

sebagai berikut. Rating 4 = 2, Rating 3 = 1, Rating 2 = -1 dan Rating 1 = -2

Kemudian hasil analisis dan strategi tersebut di atas diajukan sebagai bahan FGD dan hasil diskusi disusun menjadi rekomendasi.

#### **4.9. Jadwal Kegiatan**

Lihat lampiran

## **BAB 5**

### **HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Gambaran Umum Rumah Sakit Haji Surabaya.**

Rumah Sakit Haji Surabaya didirikan berkenaan dengan peristiwa yang menimpa para jemaah Haji Indonesia di Trowongan Mina pada tahun 1990, atas biaya sebagian kecil dari pemerintah Arab Saudi dan sebagian besar dari pemerintah Daerah Propinsi Jawa Timur.

Dengan SK. No: 445/ 376A/ 0.1/ 1993 dan telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas B Non pendidikan melalui SK Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur yaitu SK No. 136 tahun 1997. Rumah Sakit Haji disamping memberikan pelayanan pada calon dan jemaah haji yang mau berangkat/ sudah tiba dan masih berada di Asrama Haji Sukolilo yang membutuhkan pelayanan kesehatan/ medis, juga memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lain yang membutuhkan.

Untuk menjalankan fungsi pelayanan kesehatan, karyawan-karyawati Rumah Sakit Haji Surabaya bersepakat mendasarkan pelayanan pada visi, misi dan motto yaitu :

- a. Misi : Menjadi Rumah Sakit pilihan masyarakat dengan pelayanan prima yang islami.
- b. Visi :
  1. Menyediakan pelayanan kesehatan berkualitas melalui sumber daya manusia yang profesional, mukhlis, komitmen tinggi, sesuai perkembangan iptekdok.

2. Meningkatkan kualitas hidup sesuai harapan pelanggan.
  3. Mewujudkan sarana dan prasarana yang memadai.
  4. Menanamkan budaya kerja sebagian dari ibadah dan profesionalisme.
  5. Mengembangkan program unggulan.
  6. Mengembangkan jejaring dengan instalasi kesehatan.
- c. Motto : Salam dan senyum dalam pelayanan.

Adapun nilai-nilai, keyakinan dasar dan strategi yang ditanamkan karyawan-karyawati Rumah Sakit Haji Surabaya adalah :

a. Nilai-nilai :

1. Amanah :

Dapat dipercaya, memberikan kesaksian yang benar, tidak berkeluh kesah dan tidak melampaui batas.

2. Akhlak mulia :

Jujur, adil dan ikhlas

3. Kebersamaan :

Bekerja dalam kebersamaan

4. Inerasi :

Mau dan mampu mengadakan pembaharuan sesuai tantangan.

5. Integritas :

Rasa hormat kepada sesama dan loyal kepada institusi

b. Keyakinan dasar.

Pelayanan adalah bagian dari ibadah.

c. Strategi inti = stabilitas

Strategi :

1. Pengembangan pasar
2. Memperkuat keadaan saat ini
3. Jejaring dan kemitraan.

Fasilitas pelayanan adalah rawat jalan spesialistik, IGD, rawat Inap, ICU, kamar jenazah dan fasilitas penunjang yang meliputi laboratorium, Apotik, radiologi, rehabilitasi medik, serta konsultasi gizi. Berdasarkan laporan tahun 2005, kapasitas tempat tidur 234 buah dengan 171 perawat. Sedangkan jumlah pegawai Rumah Sakit Haji secara keseluruhan seperti tertera pada tabel 5.1. dibawah ini.

Tabel 5.1. Data kepegawaian Rumah Sakit Haji Surabaya tahun 2005

No.	Jenis pegawai	Pendidikan	Jumlah	Status pegawai	
				Tetap	Honor
1.	Tenaga Medis	1. Dokter spesialis	50	49	1
		2. Dokter umum	22	22	-
		3. Dokter umum spesialis	6	6	-
		4. Dokter gigi	5	5	-
		Jumlah	83	82	1
2.	Fungsional para medis perawatan	1. S.1 keperawatan	2	1	1
		2. Akper	186	123	63
		3. Aknes	1	1	-
		4. D3 kebidanan	14	12	2
		5. SPK	26	21	5
		6. Perawat gigi	3	3	-
		Jumlah	232	161	71
3.	Fungsional paramedis Non perawatan	1. S1 Apoteker	5	5	-
		2. S1 Gizi	1	1	-
		3. SKM	7	7	-
		4. S1 psikologi	1	1	-
		5. S1 MIPA	3	3	-
		6. D3 Radiologi	5	2	3
		7. AAM	11	8	3
		8. AKFIS	6	6	-
		9. ATEM	3	2	1

No.	Jenis pegawai	Pendidikan	Jumlah	Status pegawai	
				Tetap	Honor
		10. D3 Perpustakaan	1	-	1
		11. D3 Rekam medik	2	-	2
		12. SAA	21	18	3
		13. D3 Gizi	17	14	3
		14. Sedarajat	17	11	6
		Jumlah	96	79	17
4.	Tenaga Non medis/Struktural	1. S3 Medis	1	1	-
		2. S2 Umum	4	4	-
		3. S2 Kesehatan	9	9	-
		4. S1 (dokter)	6	6	-
		5. S1 (kesht. lain)	5	5	-
		6. SE	16	7	9
		7. SH	2	1	1
		8. S1 komputer	1	-	1
		9. S1 Teknik	1	-	1
		10. S1 Agama	1	-	1
		11. S1 Sosial	7	4	3
		12. D3 Ekonomi	3	2	1
		13. D3 Kesehatan	5	5	-
		14. D3 Komputer	1	-	1
		15. STM Listrik	21	1	20
		16. SMA	161	13	148
		17. SLTP	19	-	19
		18. SD	14	-	14
		Jumlah	266	57	219
		Jumlah total	688	380	308

## 5.2. Gambaran Subyek Penelitian

Responden yang diikuti sertakan dalam penelitian ini adalah karyawan yang bekerja pada hampir semua instalasi pelayanan di Rumah Sakit. Setiap unit kerja diambil 2-5 responden diutamakan kepada yang paling mengetahui tentang K3 Rumah Sakit.

Instrumen yang digunakan untuk mengetahui analisis permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja dalam kaitan dengan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja adalah lembar cek list dan wawancara yang dilakukan oleh petugas-petugas khusus yang telah dilatih sebelumnya. Untuk upaya pelayanan kesehatan kerja menggunakan format seperti pada upaya peningkatan kesehatan



kerja Rumah Sakit, sedangkan untuk sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja menggunakan format SMK3 Rumah Sakit oleh Departemen Kesehatan.

### 5.3. Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi umur , jenis kelamin , unit kerja dan lama bekerja di Rumah Sakit Haji Surabaya. Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.2 Distribusi umur responden di Rumah Sakit Surabaya , tahun 2006

Kategori Umur	Frekuensi	Persentase
< 30 tahun	19	30,6 %
30-45 tahun	26	41,5 %
> 45 tahun	17	27,5 %
Jumlah	62	100 %

Dari tabel 5.2 di dapat bahwa responden terbanyak pada usia sekitar 30-45 tahun. (41,5% ). Rspnden tertua berumur 55 tahun. Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden masih dalam umur produktif.

Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.3. Distribusi jenis kelamin responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	26	41,9 %
Perempuan	36	58,1 %
Jumlah	62	100 %

Berdasarkan data tabel 5.3. diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (58,1%). Meskipun tidak ada perbedaan yang menyolok antara karyawati dibandingkan dengan karyawan.

Distribusi responden berdasarkan unit kerja dapat dilihat pada tabel 5.4. berikut :

Tabel 5.4. Distribusi unit kerja responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Unit Kerja	Frekuensi	Persentase
1.	Rawat Inap	5	8,1 %
2.	Rawat Jalan	3	4,8 %
3.	Radiologi	3	4,8 %
4.	Lab. Patologi Klinik	3	4,8 %
5.	Lab. Patologi Anatomi	3	4,8 %
6.	Bag. Keperawatan	4	6,4 %
7.	Tim Pengendali Infeksi	3	4,8 %
8.	Panitia K3 Rumah Sakit	5	8,1 %
9.	Sanitasi (termasuk Laundry)	5	8,1 %
10.	Instalasi pemeliharaan sarana	5	8,1 %
11.	Gizi	5	8,1 %
12.	Perlengkapan dan Rumah Tangga	3	4,8 %
13.	ICU dan IGD	3	4,8 %
14.	Bedah Sentra	5	8,1 %
15.	Cleaning service	5	8,1 %
16.	Poli Pegawai	2	3,3 %
	<b>Jumlah</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Berdasarkan data pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa variabel unit kerja tertinggi merata pada unit Rawat Inap (8,1% ) , Instalasi Gizi (8,1% ) , Bedah Sentral(8,1% ) , dan Cleaning Service (8,1% ) .

Distribusi lama kerja responden dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut .

Tabel 5.5 Distribusi lama kerja responden di RS. Haji Surabaya , tahun 2006

Lama Kerja	Frekuensi	Persentase
< 5 tahun	20	32,2 %
5-10 tahun	23	37,1 %
> 10 tahun	19	20,6 %
Jumlah	62	100 %

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sebanyak 37,1 % telah bekerja selama antara 5-10 tahun , walaupun tidak ada perbedaan yang menyolok pada masing-masing kategori lama kerja responden di Rumah Sakit Haji Surabaya .

#### 5.4. Analisis Hasil Penelitian

##### 5.4.1. UPKK (Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja)

##### 5.4.1.1. Upaya Peningkatan Pelayanan (Promotif)

Upaya peningkatan (promotif) adalah segala upaya pelayanan kepada karyawan yang bertujuan meningkatkan status kesehatan dan kapasitas kerja.

Indikator pada variabel ini terdiri dari: adanya pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan; penampilan bersih dan rapi; sarapan pagi dengan pola teratur; istirahat teratur; tidak merokok di tempat; tidak mengkonsumsi obat (zat terlarang); meninggalkan ruangan dalam kondisi rapi, bersih dan aman; konsultasi ke bagian gizi, jiwa/dokter bila ada masalah gangguan pencernaan, masalah-masalah rumah tangga, anak dan kesehatan; mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan; bila

merasa BB bertambah, ada usaha mengurangi makanan yang dimakan; dan mengikuti kegiatan olah raga.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi serta wawancara dengan responden bahwa upaya peningkatan pelayanan (promotif) pada responden Rumah Sakit Haji Surabaya sebagai berikut.

Tabel 5.6 Distribusi upaya peningkatan (promotif) pada responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Adanya pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan	25	37
2	Penampilan bersih dan rapi	56	6
3	Sarapan pagi dengan pola teratur	12	50
4	Istirahat teratur	23	39
5	Tidak merokok di tempat	55	7
6	Tidak mengkonsumsi obat (zat terlarang)	60	2
7	Meninggalkan ruangan dalam kondisi rapi, bersih dan aman	46	16
8	Konsultasi ke bagian gizi, jiwa/dokter bila ada masalah gangguan pencernaan, masalah-masalah rumah tangga, anak dan kesehatan	38	24
9	Mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan	44	18
10	Bila merasa BB bertambah, ada usaha mengurangi makanan yang dimakan	48	14
11	Mengikuti kegiatan olah raga	20	42

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa hasil analisis SWOT lebih memilih unsur *strength* (S) dan *opportunity* (O) pada indikator; penampilan bersih dan rapi; tidak merokok di tempat; tidak mengkonsumsi obat (zat terlarang); meninggalkan ruangan dalam kondisi rapi, bersih dan aman; mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan; bila merasa BB bertambah, ada usaha mengurangi makanan yang dimakan. Sedangkan unsur *weakness* (W) dan *threat* (T) responden lebih

memilih pada indikator; adanya pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan; sarapan pagi dengan pola teratur; dan istirahat teratur.

Sedangkan untuk melihat kecenderungan indikator sebagai hasil FGD pada *strength* (S), *weakness* (W), *opportunity* (O), *threat* (T) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.7 Distribusi kecenderungan upaya peningkatan pelayanan (promotif) pada responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT			
		S	W	O	T
1	Tidak adanya pendidikan dan penyuluhan tentang K3				√
2	Penampilan bersih dan rapi	√			
3	Tidak sarapan pagi dengan pola makan tidak teratur		√		
4	Istirahat tidak teratur		√		
5	Tidak merokok di tempat	√			
6	Tidak mengkonsumsi obat (zat terlarang)	√			
7	Meninggalkan ruangan dalam kondisi rapi, bersih dan aman	√			
8	Konsultasi ke bagian gizi, jiwa/dokter bila ada masalah gangguan pencernaan, masalah-masalah rumah tangga, anak dan kesehatan			√	
9	Mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan			√	
10	Bila merasa BB bertambah, ada usaha mengurangi makanan yang dimakan			√	
11	Tidak/jarang mengikuti kegiatan olah raga				√

Berdasarkan tabel 5.7 di atas dan hasil FGD dapat disepakati bahwa sebagian besar responden memilih *strength* (S) terhadap upaya peningkatan (promotif), pada indikator tidak merokok di tempat kerja; tidak mengkonsumsi obat (zat terlarang); serta meninggalkan ruangan dalam kondisi rapi, bersih dan aman. Kesepakatan itu diperoleh karena sebagian peserta FGD menganggap kebiasaan tersebut merupakan kelebihan atau ciri khas sebagai karyawan RS Haji Surabaya yang memang wajib tidak merokok, tidak

mengonsumsi napza, berpenampilan rapi dan meninggalkan ruangan dalam kondisi yang aman. Sedangkan *opportunity* sepakat pada indikator konsultasi, dan mempertimbangkan berat badan serta makanan yang dimakan. Hal tersebut dipilih oleh sebagian besar peserta FGD karena selain ditentukan oleh diri karyawan juga oleh budaya, adat/kebiasaan dan kondisi ekonomi diri karyawan. Unsur *weakness* (W) lebih dipilih responden pada indikator tidak sarapan pagi dengan pola makan tidak teratur dan istirahat tidak teratur. Peserta FGD hampir semua menganggap bahwa memang umumnya sulit dilakukan pada karyawan RS yang harus bekerja 24 jam dengan mengutamakan pelayanan penderita lebih dahulu. Jadi merupakan ciri khas dari karyawan yang bekerja di rumah sakit.

Responden lebih memilih *threat* (T) pada indikator kurangnya pendidikan dan penyuluhan tentang K3 dan tidak mengikuti kegiatan olahraga sebab keduanya terkait dengan keuangan. Biaya diklat K3 RS Haji tergantung dari Pemprov Tingkat I Jatim sebagai pemiliknya. Sedangkan kegiatan olahraga tergantung dari sarana dan biaya karyawan yang cukup untuk datang pagi pada Hari Jumat, mengingat jarak tempuh yang cukup jauh ke tempat kerja. Jadi hampir semua peserta FGD menganggap bahwa banyak unsur luar atau ekternal yang sangat mempengaruhi diri karyawan / organisasi.

#### **5.4.1.2. Upaya Pencegahan (Preventif)**

Upaya pencegahan (preventif) dalam penelitian ini adalah segala upaya pelayanan kesehatan yang diberikan sebagai perlindungan pada pekerja sebelum adanya proses akibat kerja.

Indikator pada variabel ini antara lain: pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, setiap tahun dan bila mau pindah tempat / sakit/ ada keluhan dilakukan di Rumah Sakit Haji Surabaya; pernah divaksinasi selama bekerja di Rumah Sakit Haji; suasana kerja tidak bising, terang, tidak panas dan terdapat pembuangan limbah cair/ sampah lancar; ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat kimia, kuman yang berbahaya ditempat kerja; ada perlakuan khusus dan pemakaian APD seperti kaos tangan, masker, helm, sepatu karet, kacamata.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi dan wawancara dengan responden didapatkan hasil mengenai upaya pencegahan (preventif) pada responden Rumah Sakit Haji Surabaya sebagai berikut.

Tabel 5.8 Distribusi upaya pencegahan (preventif) pada responden di RSU Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, setiap tahun dan bila mau pindah tempat / sakit/ ada keluhan dilakukan di RSU Haji Surabaya	16	45
2	Pernah divaksinasi selama bekerja di RSU Haji	5	57
3	Suasana kerja tidak bising, terang, tidak panas dan terdapat pembuangan limbah cair/ sampah lancar	43	19
4	Ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat kimia, kuman yang berbahaya ditempat kerja	41	21
5	Ada perlakuan khusus dan pemakaian APD seperti kaos tangan, masker, helm, sepatu karet, kacamata	33	29

Berdasarkan tabel 5.8 dapat diketahui bahwa responden sebagian besar memilih unsur *strength* (S) dan *opportunity* (O) pada indikator suasana kerja tidak bising, terang, tidak panas dan terdapat pembuangan limbah cair/ sampah lancar; ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat kimia, kuman

yang berbahaya ditempat kerja; ada perlakuan khusus dan pemakaian APD seperti kaos tangan, masker, helm, sepatu karet, kacamata. Sedangkan unsur *weakness* (W) dan *Threat* (T) responden lebih memilih pada indikator pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, setiap tahun dan bila mau pindah tempat/ sakit/ ada keluhan yang di lakukan di RS Haji Surabaya serta vaksinasi selama bekerja di RS Haji.

Sedangkan untuk melihat kecenderungan indikator hasil setelah dilakukan FGD pada *strength* (S), *weakness* (W), *opportunity* (O), *threat* (T) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.9 Distribusi kecenderungan upaya pencegahan (preventif) pada responden di RS Haji Surabaya,tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT			
		S	W	O	T
1	Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, setiap tahun dan bila mau pindah tempat / sakit/ ada keluhan tidak dilakukan di RSU Haji Surabaya		√		
2	Tidak pernah divaksinasi selama bekerja di RSU Haji				√
3	Suasana kerja tidak bising, terang, tidak panas dan terdapat pembuangan limbah cair/ sampah lancar	√			
4	Ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat kimia, kuman yang berbahaya ditempat kerja			√	
5	Ada perlakuan khusus dan pemakaian APD seperti kaos tangan, masker, helm, sepatu karet, kacamata			√	

Berdasarkan tabel 5.9 di atas dapat diketahui bahwa kesepakatan FGD memilih unsur *opportunity* (O) terhadap upaya pencegahan (preventif), pada indikator ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat kimia, kuman yang berbahaya ditempat kerja; ada perlakuan khusus dan pemakaian APD seperti kaos tangan, masker, helm, sepatu karet, kacamata. Hal tersebut karena



indikator di atas sangat tergantung dari adanya dana yang diusulkan ke Pemprov Tingkat I Jatim. Selain itu, kesepakatan FGD memilih *strength* (S) pada indikator suasana kerja yang nyaman karena RS Haji belakangan ini banyak membangun terutama tempat kerja karyawannya yang sebagian besar sudah ber-AC. Jadi hal ini sudah menjadi ciri khas dari rumah sakit Haji Surabaya.

*Weakness* (W) disepakati pada indikator pemeriksaan kesehatan, karena hal tersebut merupakan kelemahan karyawan RS Haji. Pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) sudah memiliki jaminan kesehatan (Askes), tinggal check up saja ke poli pegawai, yang seharusnya dapat dikoordinir oleh bagian K3 RS Haji. Sedangkan pegawai honorer (bukan PNS) belum mempunyai jaminan kesehatan kerja.

*Treath* (T) yang disetujui adalah tidak pernah dilakukan vaksinasi, karena vaksinasi di RS Haji masih belum dilakukan, jadi masih harus diusulkan ke Pemprov Tingkat I Jawa Timur. Jadi faktor eksternal sangat berpengaruh.

#### **5.4.1.3. Penerapan Ergonomi**

Penerapan ergonomi dalam penelitian ini adalah segala upaya penyesuaian manusia dengan mesin dan alat-alat kerja.

Indikator pada variabel ini antara lain: ada pengendalian bahaya yang dilakukan Rumah Sakit Haji, seperti pengukuran kebisingan, panas getaran, kelembaban; melakukan kegiatan relaksasi fisik, seperti relaksasi otot saat tertentu pada waktu kerja; ada pemberian suplemen gizi; ruang kerja, warna

cat dinding tidak menambah kebosanan/ kelelahan; perlengkapan/ peralatan yang dipakai tidak menimbulkan/ menambah kelelahan/ kebosanan; dan bila bekerja, seperti mengangkat, mengikuti SOP nya.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi dengan wawancara, didapatkan hasil mengenai penerapan ergonomi pada responden Rumah Sakit Haji Surabaya sebagai berikut.

Tabel 5.10 Distribusi penerapan ergonomi pada responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Ada pengendalian bahaya yang dilakukan RSH, seperti pengukuran kebisingan, panas, getaran, kelembapan	8	54
2	Melakukan kegiatan relaksasi fisik, seperti relaksasi otot saat tertentu pada waktu kerja	42	20
3	Ada pemberian suplemen gizi	43	19
4	Ruang kerja, warna cat dinding tidak menambah kebosanan/ kelelahan	48	14
5	Perlengkapan/ peralatan yang dipakai tidak menimbulkan/ menambah kelelahan/ kebosanan	49	13
6	Bila bekerja, seperti mengangkat, mengikuti SOP nya	36	26

Berdasarkan tabel 5.10 dapat diketahui bahwa responden sebagian besar memilih unsur *strength* (S) dan *opportunity* (O) pada indikator, melakukan kegiatan relaksasi fisik, seperti relaksasi otot saat tertentu pada waktu kerja; ada pemberian suplemen gizi; apakah ruang kerja, warna cat dinding tidak menambah kebosanan/ kelelahan; apakah perlengkapan/ peralatan yang dipakai tidak menimbulkan/ menambah kelelahan/ kebosanan; dan apakah bila bekerja, seperti mengangkat, mengikuti SOP nya. Sedangkan unsur *weakness* (W) dan *Threat* (T) responden lebih memilih pada indikator

Surabaya bila bekerja mengikuti SOP karena objek pekerjaannya adalah nyawa manusia. *Threat* (T) yang dipilih responden adalah indikator pengukuran pengendalian bahaya fisik, kebisingan, panas, getaran dan kelembaban. Pengukuran tersebut sudah dilakukan, oleh karena terbentur dana maka rutinitas pengukuran pengendalian tersebut terganggu. Jadi faktor eksternal sangat berpengaruh, dalam hal ini adalah dana yang harus diajukan terlebih dahulu ke Dinas kesehatan Tingkat I.

#### **5.4.1.4. Upaya Penyembuhan (Kuratif)**

Upaya penyembuhan (kuratif) dalam penelitian ini adalah segala upaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada karyawan yang sudah memperlihatkan gangguan kesehatan.

Indikator pada variabel ini antara lain: jika merasa sakit langsung atau dengan mudah bisa berobat; ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan; ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan.; ada laporan karyawan yang sakit; ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3RS disertai rekomendasinya; dan ada tindak lanjut atas rekomendasi tersebut.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi dengan wawancara, didapatkan bahwa upaya penyembuhan (kuratif) pada responden RSU Haji Surabaya sebagai berikut.

Tabel 5.12 Distribusi upaya penyembuhan (kuratif) pada responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Jika merasa sakit langsung atau dengan mudah bisa berobat	53	9
2	Ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan	52	10
3	Ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan	52	10
4	Ada laporan karyawan yang sakit	5	57
5	Ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3RS disertai rekomendasinya	11	51
6	Ada tindak lanjut atas rekomendasi tersebut	27	35

Berdasarkan tabel 5.11 dapat diketahui bahwa responden lebih memilih *strength* (S) dan *opportunity* (O) pada indikator; jika merasa sakit langsung atau dengan mudah bisa berobat; ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan; ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan. Sedangkan responden lebih memilih *weakness* (W) dan *threat* (T) pada indikator; ada laporan karyawan yang sakit; ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3RS disertai rekomendasinya; dan ada tindak lanjut atas rekomendasi tersebut.

Sedangkan untuk melihat kecenderungan indikator hasil setelah dilakukan FGD pada *strength* (S), *weakness*(W), *opportunity* (O), *threat* (T) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.13 Distribusi kecenderungan upaya penyembuhan (kuratif) pada responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT			
		S	W	O	T
1	Jika merasa sakit langsung atau dengan mudah bisa berobat			√	
2	Ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan	√			
3	Ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan	√			
4	Tidak ada laporan karyawan yang sakit		√		
5	Tidak ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3RS disertai rekomendasinya		√		
6	Tidak ada tindak lanjut atas rekomendasi tersebut				√

Berdasarkan tabel 5.13 di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar peserta FGD memilih *strength* (S) terhadap upaya penyembuhan (kuratif), pada indikator ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan serta adanya poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan. Hal ini dipilih karena kedua hal tersebut sudah merupakan ciri khas yang dimiliki RS Haji Surabaya. *Weakness* (W) lebih dipilih oleh sebagian besar peserta FGD pada indikator; tidak adanya laporan karyawan yang sakit; tidak adanya laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan kepada panitia K3RS disertai rekomendasinya. Hal tersebut diatas dipilih karena seharusnya bisa dibuatkan laporannya, sehingga dianggap sebagai kelemahan. Sedangkan *opportunity* (O) dipilih pada indikator; kemudahan berobat jika merasa sakit. Hal ini berlaku terutama bagi PNS yang telah memiliki kartu Askes, karena memang pegawai negeri sipil mempunyai kesempatan untuk memelihara kesehatannya melalui jaminan kesehatan pegawai dari PT Askes. Threat (T) dipilih oleh

Tabel 5.14 Distribusi komitmen dan kebijakan SMK3 menurut responden di RSUD Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Ada komitmen yang dituliskan dalam kebijakan dan ditandatangani oleh direktur.	14	48
2	Ada bukti-bukti kegiatan K3 sudah dilaksanakan seperti penanggulangan bahaya potensial	13	49
3	Ada organisasi K3 beserta uraian tugasnya	32	30
4	Ada dukungan dana khusus untuk K3RS	1	61
5	PK3RS mengadakan koordinasi dengan seluruh unit kerja di Rumah Sakit	9	53
6	Pejabat K3 sesuai dengan kualifikasinya	33	29

Berdasarkan tabel 5.14 dapat diketahui bahwa responden, sebagian besar memilih *weakness* (W) dan *threat* (T), pada indikator ada komitmen yang dituliskan dalam kebijakan dan ditandatangani oleh direktur; ada bukti-bukti kegiatan K3 sudah dilaksanakan seperti penanggulangan bahaya potensial; ada dukungan dana khusus untuk K3RS; PK3RS mengadakan koordinasi dengan seluruh unit kerja di Rumah Sakit. Hanya dua indikator yang dipilih oleh responden pada *strength* (S) dan *Opportunity* (O), yaitu indikator adanya organisasi K3 beserta uraian tugasnya dan Pejabat K3 sesuai dengan kualifikasinya.

Sedangkan untuk melihat kecenderungan indikator hasil setelah dilakukan FGD pada *strength* (S), *weakness* (W), *opportunity* (O), *threat* (T) dapat dilihat pada tabel berikut.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi dengan wawancara, didapatkan bahwa pelaksanaan SMK3 menurut responden RSU Haji Surabaya sebagai berikut.

Tabel 5.16 Distribusi pelaksanaan SMK3 menurut responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Penanggulangan bahaya yang mengancam jiwa diprioritaskan	32	30
2	Ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana	19	42
3	Ada protap upaya penganggulangan bahaya kebakaran	25	37
4	Ada protap pengelolaan K3	21	41
5	Ada protap tentang pemantauan lingkungan (fisik,kimia,biologi) secara teratur	18	44
6	Ada bukti pelaksanaan pemantauan lingkungan	15	47
7	Ada protap tentang diklat K3;	14	48
8	Ada data karyawan yang telah mengikuti diklat K3	27	35
9	Ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS;	38	24
10	Ada petugas K3 memiliki keahlian yang sesuai	20	42
11	Ada protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja	10	52
12	Ada denah tempat-tempat berbahaya	30	32

Berdasarkan tabel 5.16 dapat diketahui responden, sebagian besar indikator memilih *weakness* (W) dan *threat* (T), pada indikator ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana; ada protap upaya penganggulangan bahaya kebakaran; ada protap pengelolaan Bahan berbahaya, dan beracun (B3); ada protap tentang pemantauan lingkungan (fisik,kimia,biologi) secara teratur; ada bukti pelaksanaan pemantauan lingkungan; adakah protap tentang diklat K3; ada data karyawan yang telah mengikuti diklat K3; ada petugas K3 memiliki keahlian yang sesuai; ada

protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja; ada denah tempat-tempat berbahaya.

Responden memilih *strength* (S) dan *Oppurtunity* (O), pada indikator penanggulangan bahaya yang mengancam jiwa diprioritaskan, dan ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS. Sedangkan untuk melihat kecenderungan indikator hasil setelah dilakukan FGD pada *strength* (S), *weaknesses* (W), *opportunity* (O), *threat* (T) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.17 Distribusi kecenderungan pelaksanaan SMK3 pada responden di RS Haji Surabaya,tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT			
		S	W	O	T
1	Penanggulangan bahaya yang mengancam jiwa diprioritaskan			√	
2	Ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana	√			
3	Tidak ada protap upaya penganggulangan bahaya kebakaran		√		
4	Tidak ada protap pengelolaan B3		√		
5	Tidak ada protap tentang pemantauan lingkungan (fisik,kimia,biologi) secara teratur				√
6	Tidak ada bukti pelaksanaan pemantauan lingkungan				√
7	Tidak ada protap tentang diklat K3;		√		
8	Tidak ada data karyawan yang telah mengikuti diklat K3		√		
9	Ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS;	√			
10	Ada petugas K3 memiliki keahlian yang sesuai				
11	Ada protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja			√	
12	Ada denah tempat-tempat berbahaya	√			

Berdasarkan tabel 5.17 di atas dapat disimpulkan bahwa kecenderungan sebagian besar peserta FGD sepakat memilih *Strength* (S); adanya protap upaya pencegahan dan pengendalian bencana, adanya jadwal petugas sanitasi dan IPS dan adanya denah tempat – tempat berbahaya. Ketiga hal tersebut memang sudah



ada pada RS Haji Surabaya. *Weakness (W)*; tidak ada protap upaya penanggulangan kebakaran, tidak ada protap B3, tidak ada protap diklat K3 dan data karyawan yang telah mengikuti diklat K3. Hal tersebut sebenarnya sudah ada tapi sosialisasinya masih terbatas. Namun untuk diklat khusus K3 memang belum ada, masih tergabung dengan diklat yang lain. *Opportunity (O)*; adanya prioritas penanggulangan pada bahaya yang mengancam jiwa dan adanya protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Hal ini dipilih karena kedua protap tersebut sudah ada dan tersedia sumber daya untuk "live saving". *Threat (T)*; Tidak adanya protap tentang pemantauan lingkungan secara teratur beserta bukti pelaksanaannya. Hal tersebut dipilih sebagai *threat (T)* sebab walaupun protap sudah ada tetapi pelaksanaan secara teratur sangat tergantung ketersediaan dana dari pihak rumah sakit.

#### **5.4.2.3 Pengukuran dan evaluasi Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3)**

Indikator dalam variabel ini adalah ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di Rumah Sakit Haji; ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3; tersedia sarana konsultasi antar unit dalam Rumah Sakit Haji; ada bukti tindak lanjut K3; ada bukti penanggulangan perbaikan dari kasus K3.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi dengan wawancara didapatkan bahwa pengukuran dan evaluasi SMK3 menurut responden Rumah Sakit Haji Surabaya sebagai berikut.

ada pada RS Haji Surabaya. *Weakness (W)*; tidak ada protap upaya penanggulangan kebakaran, tidak ada protap B3, tidak ada protap diklat K3 dan data karyawan yang telah mengikuti diklat K3. Hal tersebut sebenarnya sudah ada tapi sosialisasinya masih terbatas. Namun untuk diklat khusus K3 memang belum ada, masih tergabung dengan diklat yang lain. *Opportunity (O)*; adanya prioritas penanggulangan pada bahaya yang mengancam jiwa dan adanya protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Hal ini dipilih karena kedua protap tersebut sudah ada dan tersedia sumber daya untuk "live saving". *Threat (T)*; Tidak adanya protap tentang pemantauan lingkungan secara teratur beserta bukti pelaksanaannya. Hal tersebut dipilih sebagai *threat (T)* sebab walaupun protap sudah ada tetapi pelaksanaan secara teratur sangat tergantung ketersediaan dana dari pihak rumah sakit.

#### **5.4.2.3 Pengukuran dan evaluasi Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3)**

Indikator dalam variabel ini adalah ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di Rumah Sakit Haji; ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3; tersedia sarana konsultasi antar unit dalam Rumah Sakit Haji; ada bukti tindak lanjut K3; ada bukti penanggulangan perbaikan dari kasus K3.

Berdasarkan hasil pengumpulan lembar observasi dengan wawancara didapatkan bahwa pengukuran dan evaluasi SMK3 menurut responden Rumah Sakit Haji Surabaya sebagai berikut.

Tabel 5.18 Distribusi pengukuran dan evaluasi SMK3 menurut responden di RSUD Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT	
		S/O	W/T
1	Ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di RSUD Haji	7	55
2	Ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3	2	60
3	Tersedia sarana konsultasi antar unit dalam RSUD Haji	38	24
4	Ada bukti tindak lanjut K3	16	46
5	Ada bukti penanggulangan perbaikan dari kasus K3.	18	44

Berdasarkan tabel 5.18 dapat diketahui bahwa responden, sebagian besar memilih *weakness* (W) dan *threat* (T), pada indikator ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di Rumah Sakit Haji; ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3; ada bukti tindak lanjut K3; ada bukti penanggulangan perbaikan dari kasus K3. Terdapat satu indikator yang terdapat pada kuadran *Strength* (S) dan *Opportunity* (O) yaitu indikator tersedia sarana konsultasi antar unit dalam Rumah Sakit Haji.

Sedangkan untuk melihat kecenderungan indikator hasil setelah dilakukan FGD pada *strength* (S), *weakness* (W), *opportunity* (O), *threat* (T) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.19 Distribusi kecenderungan pengukuran dan evaluasi SMK3 pada responden di RS Haji Surabaya, tahun 2006

No	Indikator	Analisis SWOT			
		S	W	O	T
1	Tidak ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di RSU Haji		√		
2	Tidak ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3		√		
3	Tersedia sarana konsultasi antar unit dalam RSU Haji	√			
4	Tidak ada bukti tindak lanjut K3				√
5	Ada bukti penanggulangan perbaikan dari kasus K3.			√	

Berdasarkan tabel 5.19 di atas dapat disimpulkan bahwa kecenderungan sebagian besar peserta FGD sepakat memilih *weakness* (W) pada pengukuran dan evaluasi SMK3. pada indikator tidak ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di Rumah Sakit Haji dan tidak ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3. Hal tersebut dipilih berdasarkan kenyataan bahwa selama ini memang tidak ada inspeksi PK3RS ke unit-unit di Rumah Sakit Haji dan prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi program K3. Hal ini merupakan kelemahan karena seharusnya bisa dilaksanakan oleh karena organisasi K3RS sudah ada. *Strength* (S) dipilih pada indikator tersedia sarana konsultasi antar unit dalam RSU Haji. Hal ini dipilih karena sarana konsultasi antar unit sangat diperlukan dan telah tersedia di RS Haji. *Opportunity* (O) dipilih pada indikator adanya bukti penanggulangan perbaikan dan kasus K3, sebab walaupun pelaporannya ada tapi masih belum terkoordinir. *Threat* (T) dipilih pada indikator tidak ada bukti tindak lanjut K3 karena hal ini terkait dengan banyak unit verja, serta merupakan tantangan bagi PK3RS.

## 5.5 Analisis SWOT

SWOT digunakan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan internal organisasi serta peluang dan ancaman eksternal. Sering dilakukan sebagai bagian dari audit kinerja dan dalam memformulasikan strategi yang memungkinkan (Greg Birchall, 2000). Pada penelitian ini dipilih metode SWOT karena akan menganalisis permasalahan UPKK yang berkaitan dengan SMK3 dengan harapan menghasilkan masalah dan strategi yang lebih mudah untuk perencanaan program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit Haji Surabaya.

### 5.5.1 Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja

#### 5.5.1.1 Upaya Peningkatan/ Promotif

Setelah diperoleh kesepakatan melalui FGD, dibuatkan tabel SWOT seperti tersebut di bawah ini

Tabel 5.20 Tabel SWOT Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja , Promotif di Rumah Sakit Haji Tahun 2006

No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
1	S	Berpenampilan bersih dan rapi	30 %	2	0,6
2	S	Tidak merokok di tempat kerja	10 %	2	0,2
3	S	Tidak mengkonsumsi obat dan zat terlarang	20%	2	0,4
4	S	Meninggalkan ruang kerja dalam kondisi rapi, bersih, dan aman.	40%	2	0,8
					2,0
5	W	Kebiasaan tidak sarapan pagi dan pola makan tidak teratur	70%	3	2,1
6	W	Istirahat tidak teratur	30%	3	0,9
					3,0
7	O	Konsultasi ke bagian dokter bagian gizi, jiwa bila ada masalah, gangguan pencernaan, masalah-masalah RT, anak, dan kesehatan.	40%	1	0,4
8	O	Mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan	30%	1	0,3

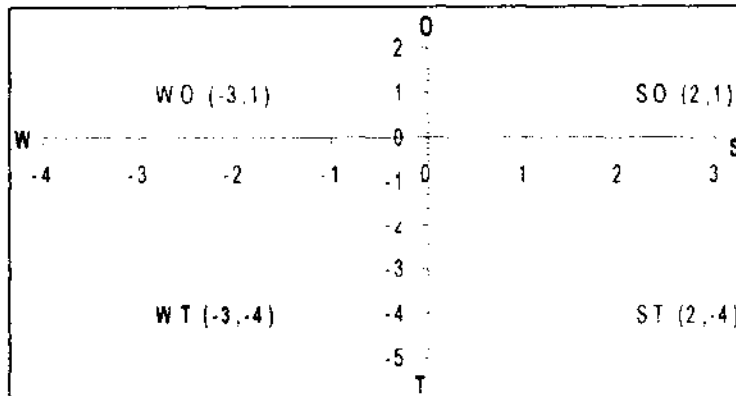
No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
9	O	Bila merasa Berat Badan bertambah, ada usaha untuk mengurangi makanan yang dimakan.	30%	1	0,3
					1,0
10	T	Kurangnya pendidikan dan penyuluhan tentang K3	30%	4	1,2
11	T	Tidak mengikuti kegiatan olah raga	70%	4	2,8
					4,0

Pada Tabel SWOT UPKK Promotif disepakati bahwa yang menjadi unsur *strength* (S) terdiri dari empat indikator, yaitu berpenampilan rapi dan bersih, tidak merokok di tempat kerja, tidak mengonsumsi obat dan zat terlarang serta meninggalkan ruang kerja dalam keadaan rapi bersih dan aman. Yang diberi bobot terbesar (40 %) pada keamanan waktu meninggalkan ruangan, karena hal ini sangat penting untuk mencegah kecelakaan. kemudian harus berpenampilan bersih dan rapi (30%), sebab sebagai karyawan RS memang diharuskan diharuskan, lalu tidak mengonsumsi zat terlarang (20%), serta tidak merokok di tempat kerja diberikan bobot terkecil (10%), karena kadang masih suka mencuri merokok walau dibelakang rumah sakit. Hal tersebut disepakati karena mengingat bahwa tempat kerja adalah sebuah institusi RS. Pada *Opportunity* (O) terdiri dari tiga indikator, yaitu konsultasi, mempertimbangkan makanan yang dimakan serta mengendalikan berat badan. Bobot terbesar pada konsultasi sebesar 40%, karena dianggap paling penting diantara ketiga indikator yang lain oleh karena apabila ada masalah tidak dikonsultasikan akan mengganggu pekerjaannya. Kemudian mempertimbangkan makanan yang dimakan dan mengurangi makanan yang dimakan bila dirasa berat badan bertambah diberikan bobot yang sama, masing-masing 30%, sebab dianggap keduanya mempunyai arti yang sama dalam

mengendalikan berat badan. Pada *weaknesses* (W), terdapat dua indikator yaitu kebiasaan tidak sarapan dan makan yang tidak teratur serta istirahat tidak teratur. Bobot terbesar pada kebiasaan tidak sarapan/dan makan tidak teratur, 70%, sebab disepakati bahwa hal ini mempunyai andil besar dalam meningkatkan produktivitas karyawan yang berarti menyokong keberhasilan organisasi rumah sakit. Sedangkan indikator istirahat tidak teratur 30%. Demikian juga dengan *threat* (T) yang terdiri dari dua indikator yaitu kurangnya pendidikan tentang K3 serta tidak mengikuti kegiatan olah raga. Bobot terbesar pada kegiatan olahraga 70% karena dianggap bahwa dengan mengikuti kegiatan olahraga maka badan bertambah sehat. Pada indikator kurangnya pendidikan tentang K3 diberi bobot 30% karena dianggap lebih kecil dalam andil menyehatkan badan.

Setelah diberi bobot lalu dikalikan dengan ratingnya, *Threat* (T) yaitu olahraga dan pengetahuan tentang K3 diberi rating tertinggi dengan nilai 4, karena keduanya sebenarnya mudah dilaksanakan. Kegiatan olah raga dalam satu minggu ada dua kali setiap pada hari Selasa dan Jumat sebab sehari-hari karyawan rumah sakit mempunyai mobilitas yang cukup tinggi. Menyusul *Weaknesses* (W) dengan nilai 3, karena apabila diberi pengertian tentang K3 terutama perlunya sarapan dan istirahat teratur dalam meningkatkan produktivitas maka hal ini akan mempunyai kontribusi yang cukup besar dalam mencapai tujuan organisasi rumah sakit. *Strength* (S) dengan nilai 2, karena lebih sulit untuk melaksanakannya perlu pembinaan yang terus-menerus. *Opportunity* (O) dengan nilai 1 karena dianggap tidak begitu besar menyokong UPKK promotif dibandingkan dengan unsur yang lain. Kemudian dihitung hasil perkalian antara bobot dan ratingnya masing-masing. Nilai yang didapatkan digambarkan dalam *axis* dan *ordinat* dalam

diagram Scatternya. Kemudian dilakukan pembuatan diagram Scatter dengan sumbu horizontal W-S dan sumbu vertikal O-T, seperti gambar tersebut di bawah ini:



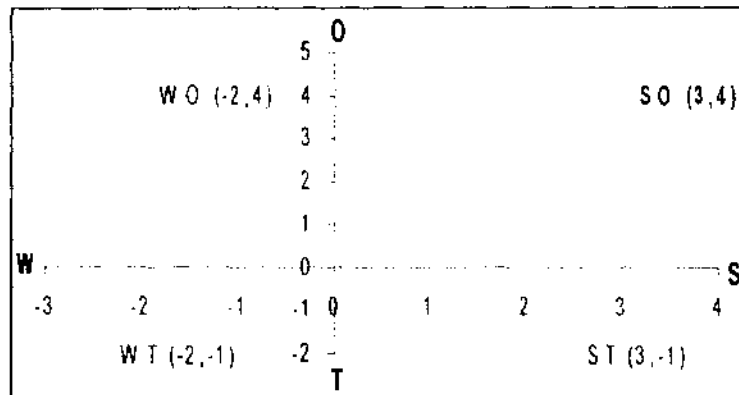
Gambar 5.1. Scatter Diagram SWOT Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Promotif di Rumah Sakit Haji Tahun 2006

Pada diagram tersebut terlihat bidang yang paling dominan, melalui titik W-T (-3,-4) yang berarti bahwa unsur *weaknesses* (kelemahan) dan unsur hambatannya besar, tetapi kendala dan hambatannya lebih besar, sehingga strateginya adalah mengurangi kelemahan untuk memperkecil hambatan atau mengurangi W untuk memperkecil T yang berarti membiasakan sarapan dan makan / tidur teratur serta mengikuti olahraga ditambah dengan penyuluhan K3.



nyaman, karena dianggap penting dan relative mudah dilaksanakan. W ( Weakness) yaitu pemeriksaan kesehatan yang lebih sulit dilaksanakan terutama pada tenaga honorer yang lebih besar terkena paparan zat berbahaya sebab pada umumnya mereka bekerja sebagai tenaga kasar. T ( *Threat* ) yaitu vaksinasi dengan nilai 1. Vaksinasi dianggap UPKK preventif paling akhir diantara yang lain karena pelaksanaannya paling sulit karena tergantung dana yang ada.

Selanjutnya dibuatkan diagram SWOT seperti tertera pada gambar tersebut di bawah ini:



Gambar 5.2. Scatter Diagram SWOT Upaya Kesehatan Kerja Preventif di Rumah Sakit Haji Tahun 2006

Pada bidang tersebut terlihat bidang yang paling luas adalah bidang yang melalui titik SO, (+3,+4) namun *opportunity* (kesempatannya) masih lebih besar daripada kelemahannya. Maka strateginya adalah memanfaatkan peluang yang ada untuk menambah kekuatannya, yaitu memanfaatkan O untuk menambah S yang berarti meningkatkan kegiatan perlindungan, perlakuan khusus dan APD agar suasana kerja lebih nyaman.

### 5.5.1.3 Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Penerapan Ergonomi

Setelah dibuatkan Tabel SWOT seperti tersebut di bawah ini:

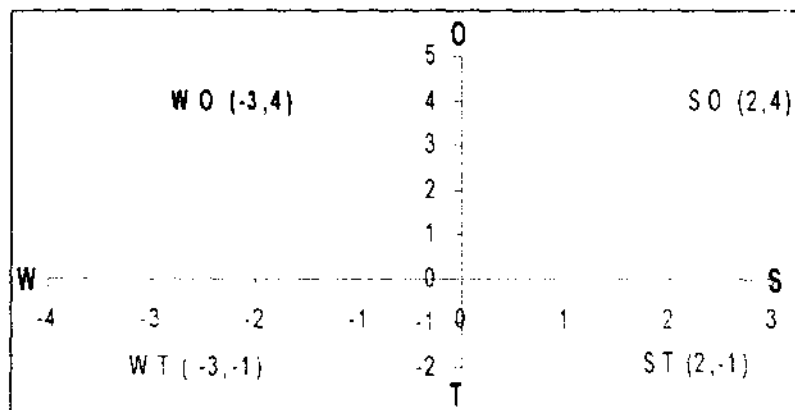
Tabel 5.22 Tabel SWOT Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Penerapan Ergonomi di Rumah Sakit Haji Surabaya Tahun 2006

No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
1	S	Melakukan kegiatan relaksasi seperti relaksasi otot saat tertentu waktu kerja	40%	2	0,8
2	S	Ada pemberian suplemen gizi	60%	2	1,2
					2,0
3	W	Perlengkapan dan peralatan yang dipakai menimbulkan atau menambah kebosanan/ kelelahan	100%	3	3
					3
4	O	Bila bekerja seperti mengangkat ada SOPnya	60%	4	2,4
5	O	Ruang kerja, warna cat dinding tidak menambah kebosanan atau kelelahan	40%	4	1,6
					4,0
6	T	Kurangnya pengendalian bahaya yang dilakukan Rumah Sakit Haji, seperti pengukuran, kebisingan, panas, getaran dan kelembaban.	100%	1	1
					1

Pada UPKK penerapan ergonomi ada 2 unsur yang mempunyai 2 indikator yaitu S dan O yang masing-masing mempunyai bobot ; pada S/ kekuatan, suplemen gizi diberi bobot 60%, karena lebih menunjang tenaga dibandingkan dengan relaksasi otot 40%. Pada O bekerja sesuai SOP bobotnya 60% sebab dianggap lebih penting dalam mencegah kecelakaan kerja dibandingkan dengan cat dinding ruang kerja tidak mempercepat kelelahan/ kebosanan yang diberikan bobot lebih kecil yaitu 40%. Sedangkan rating, unsur O paling besar yaitu 4, karena hal ini paling mudah dilaksanakan oleh pihak rumah sakit. W dengan nilai

3, karena seharusnya ini bisa dilaksanakan oleh tim pengadaan barang rumah sakit. S dengan nilai 2, karena relatif lebih sulit dilaksanakan dan yang terkecil T dengan nilai 1, karena hal ini berhubungan dengan anggaran yang dipunyai oleh rumah sakit. Hal ini karena pengukuran pengendalian bahaya yang banyak membutuhkan biaya harus diajukan dahulu ke RS kemudian diteruskan ke Pemprov Tingkat I Jawa Timur, sehingga agaknya sulit dilaksanakan.

Kemudian dilakukan pembuatan diagram SWOT seperti tertera di bawah ini



Gambar 5.3 Scatter Diagram SWOT Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Penerapan Ergonomi di Rumah Sakit Haji Surabaya

Bila kita lihat pada diagram di atas maka bidang yang terluas adalah bidang yang melalui titik WO (-3,4), tetapi *opportunity* atau peluangnya lebih besar, sehingga strateginya adalah memanfaatkan peluang untuk memperkecil kelemahan, atau memanfaatkan O untuk memperkecil W. Berarti bekerja harus sesuai SOP, cat dinding ruang kerja tidak mempercepat kelelahan agar alat yang dipakai tidak menimbulkan kelelahan/ kebosanan.

#### 5.5.1.4 Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Kuratif

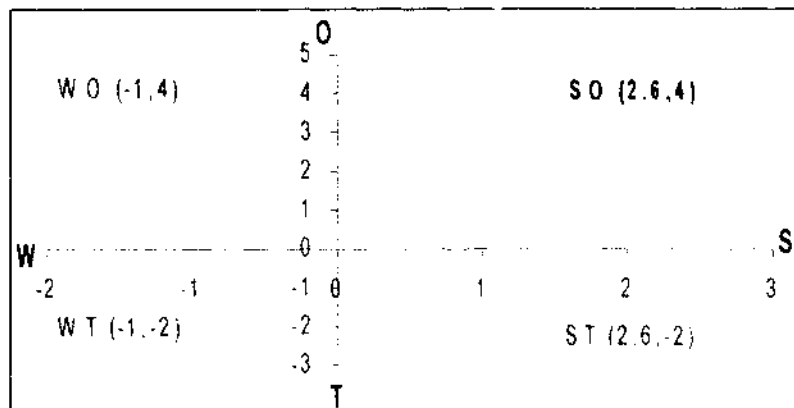
Setelah dibuatkan Tabel SWOT seperti tersebut di bawah ini:

Tabel 5.3 Tabel SWOT Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Kuratif di Rumah Sakit Haji Surabaya Tahun 2006

No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
1	S	Ada dokter khusus yang menangani karyawan	60%	3	1,8
2	S	Ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan	40%	3	1,8
					2,6
3	W	Tidak ada laporan karyawan yang sakit	30%	1	0,3
4	W	Tidak ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3RS disertai rekomendasinya	70%	1	0,7
					1,0
5	O	Jika merasa sakit langsung dengan mudah bisa berobat	100%	4	4
					4
6	T	Tidak ada tindak lanjut atas rekomendasi tersebut	100%	2	2
					2

Pada UPKK kuratif, ada 2 unsur yang mempunyai indikator lebih dari satu yaitu unsur kekuatan/S. Adanya dokter khusus diberi bobot 60% dan adanya poliklinik khusus pegawai diberi bobot 40% karena dianggap dokter lebih berperan dibandingkan dengan polikliniknya. Untuk W tidak adanya laporan dokter pemeriksa ke unit kerja diberi bobot 70%, karena seharusnya laporan itu lengkap adanya dan lebih penting dibandingkan dengan tidak adanya laporan karyawan yang sakit yang diberi bobot 30%. Penilaian rating yang terbesar adalah unsur O yaitu kemudahan untuk berobat karena sebagai institusi rumah sakit hal

itu mudah dilakukan. Adanya dokter dan poliklinik khusus pegawai diberikan rating tiga karena bisa dilaksanakan. T dengan indikator; tidak adanya tindak lanjut atau rekomendasi diberikan rating dua karena relatif lebih sulit dilaksanakan. W/ kelemahan dengan indikator; tidak adanya laporan karyawan yang sakit dan tidak adanya laporan dokter kepada kepala unit kerja diberi rating 1 karena sulit dilaksanakan sebab terikat dengan undang-undang praktek kedokteran. Selanjutnya dilakukan pembuatan diagram SWOT seperti tertera di bawah ini



Gambar 5.4 Scatter Diagram SWOT Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja Kuratif di Rumah Sakit Haji Surabaya

Dari diagram tersebut terlihat bahwa bidang yang terluas adalah bidang yang melalui titik SO (+2,6;+4), tetapi unsur *opportunity* jauh lebih besar, sehingga strateginya adalah memanfaatkan peluang yang ada agar kekuatannya lebih meningkat lagi, yaitu memanfaatkan O untuk meningkatkan S, berarti memanfaatkan kemudahan berobat terutama untuk tenaga honorer dan meningkatkan kualitas dokter dan polikliniknya.

## 5.6.2 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

### 5.6.2.1 Komitmen dan Kebijakan

Dibuatkan Tabel SWOT seperti tersebut di bawah ini:

Tabel 5.24 Tabel SWOT Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Komitmen dan Kebijakan di Rumah Sakit Haji Surabaya

No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
1	S	Ada organisasi K3RS beserta uraian kerjanya	100%	1	1
2	W	Tidak ada komitmen yang dituliskan dalam kebijakan, ditandatangani dan disosialisasikan pada karyawan	80%	3	2,4
3	W	Tidak ada bukti kegiatan K3 sudah dilaksanakan seperti penanggulangan biaya potensial	20%	3	0,6
					3
4	O	Pejabat K3 sesuai kualifikasi	100%	2	2
					2
5	T	Tidak ada dukungan dana khusus untuk K3RS	70%	4	2,8
6	T	PK3RS /jarang mengadakan koordinasi dengan seluruh unit kerja Rumah Sakit	30%	4	1,2
					4,0

Pada SMK3 komitmen dan kebijakan ada 2 unsur yang mempunyai 2 indikator yang harus diberi bobot yaitu W, indikator kurang disosialisasikannya komitmen diberi bobot 80% karena memegang peranan lebih penting apabila dibandingkan dengan indikator; bukti kegiatan yang diberi bobot hanya 20% sedangkan yang lain yaitu T, indikator tidak adanya dukungan dana khusus K3 diberikan bobot 70% karena apabila dana tidak tersedia biasanya program sulit dilaksanakan dan PK3 RS jarang berkoordinasi dengan unit kerja lain diberi bobot 30%. Hal tersebut dinilai berdasarkan kepentingan/ kontribusinya terhadap kelangsungan PK3 RS. Demikian juga pemberian rating, T / tantangan diberi nilai

### 5.5.2.2 Pelaksanaan

Dibuatkan Tabel SWOT seperti tersebut di bawah ini

Tabel 5.25 Tabel SWOT Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pelaksanaan di Rumah Sakit Haji Surabaya Tahun 2006

No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
1	S	Ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana	30%	3	1,0
2	S	Ada denah tempat berbahaya di rumah sakit	40%	3	1,2
3	S	Ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS	30%	3	1,0
					3,2
4	W	Tidak ada protap upaya penanggulangan bahaya kebakaran	30%	2	0,6
5	W	Tidak ada protap tentang pengelolaan B3	30%	2	0,6
6	W	Tidak ada protap tentang diklat K3	30%	2	0,6
7	W	Tidak ada data karyawan yang telah mengikuti diklat K3	10%	2	0,2
					2,0
8	O	Penanggulangan bahaya yang mengancam jiwa diprioritaskan	70%	1	0,7
9	O	Ada protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja	30%	1	0,3
					1,0
10	T	Tidak ada protap tentang pemantauan lingkungan (fisik, kimia, biologi) secara teratur.	30%	4	1,2
11	T	Tidak ada bukti pelaksanaan pemantauan lingkungan	30%	4	1,2
12	T	Petugas K3 tidak mempunyai keahlian yang sesuai.	40%	4	1,6
					4,0

Pada SMK3 pelaksanaan, keempat unsur mempunyai lebih dari satu indikator sehingga masing-masing indikator harus diberikan bobot yaitu S pada indikator adanya denah diberikan bobot 40%, karena denah merupakan petunjuk yang dianggap lebih penting dibandingkan dengan kedua indikator yang lain yaitu

protap pencegahan bencana, denah tempat berbahaya dan jadwal kerja petugas akan merangsang pembentukan protap pemantauan lingkungan secara teratur dan peningkatan keahlian petugas K3.

### 5.5.2.3 Pengukuran dan Evaluasi

Dibuatkan Tabel SWOT seperti tersebut di bawah ini

Tabel 5.26 Tabel SWOT Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pengukuran dan Evaluasi di Rumah Sakit Haji Surabaya Tahun 2006

No	SWOT	Indikator	Bobot	Rating	B.R
1	S	Tersedia sarana konsultasi antar unit dalam Rumah sakit	100%	3	3
					3
2	W	Tidak ada inspeksi PK3RS ke unit kerja di Rumah Sakit Haji	70%	4	2.8
3	W	Tidak ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi di program K3	30%	4	1.2
					4
4	O	Ada bukti penanggulangan perbaikan kasus K3	100%	2	2
					2
5	T	Tidak ada bukti tindak lanjut K3	100%	1	1
					1

Pada SMK3 pengukuran dan evaluasi hanya ada satu unsur SWOT yang mempunyai lebih dari satu indikator yaitu W, sehingga tidak adanya inspeksi PK3 RS ke unit kerja diberi bobot 70%, karena inspeksi oleh petugas K3 lebih penting dibandingkan dengan indikator tidak adanya prosedur tentang pelaksanaan evaluasi program K3. Sedangkan pemberian nilai ratingnya yaitu W diberi nilai rating 4, karena hal ini lebih mudah dilakukan. Unsur S nilai rating 3, karena mudah dilakukan, sedangkan O nilai rating 2, oleh karena lebih sulit untuk dilaksanakan. T dengan nilai rating 1, oleh karena bukti tindak lanjut K3



## 5.6 Hasil “Focus Group Discussion” (FGD)

FGD awal dilakukan pada hari Rabu tanggal 16 Agustus 2006 untuk menyamakan persepsi tentang kekuatan (S) atau kesempatan (O) dan kelemahan (W) atau hambatan (T) serta pembobotannya. Kemudian setelah dicapai kesepakatan bersama maka peneliti membuat tabulasi dan grafik SWOT sehingga ditemukan usulan pemecahan. Usulan tersebut kemudian diajukan pada FGD kedua pada tanggal 22 Agustus 2006.

FGD dilaksanakan di ruang Komite Medik Rumah Sakit Haji Surabaya, dihadiri oleh Kepala Instalasi Sanitasi, Tim K3 RS, Tim Pengendali Infeksi, Kepala Instalasi radiology, Kepala Instalasi Patologi Klinik, Kepala Instalasi Gizi, Kepala Bagian Diklat, Kepala Ruangan, Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga serta Wakil Direktur Pelayanan Medik sebagai Moderator. Jumlah keseluruhan peserta FGD adalah sepuluh orang. Fgd ini dimulai pukul sepuluh pagi sampai dengan pukul sebelas lebih lima belas menit. FGD ini merupakan teknik kesepakatan kelompok semacam *Interacting Group Technique*.

Kesepakatan hasil diskusi adalah sebagai berikut:

### 5.6.1 Kesepakatan pada FGD pertama;

#### 5.6.1.1 Permasalahan Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja

Pada permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja promotif yang disepakati adalah sebagai berikut:

1. Kekuatan (S) dan bobotnya:
  - Berpenampilan bersih dan rapi 30%
  - Tidak merokok di tempat kerja 10%
  - Tidak mengonsumsi obat dan zat terlarang 20%

- Meninggalkan ruang kerja dalam kondisi rapi, bersih, dan aman. 40%
2. Kelemahan (W) dan bobotnya
- Kebiasaan sarapan pagi dan pola makan tidak teratur 70%
  - Istirahat teratur 30%
3. Kesempatan (O) dan bobotnya
- Konsultasi ke bagian dokter bagian gizi, jiwa bila ada masalah, gangguan pencernaan, masalah-masalah RT, anak, dan kesehatan. 40%
  - Mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan 30%
  - Bila merasa Berat Badan bertambah, ada usaha untuk mengurangi makanan yang dimakan. 30%
4. Ancaman (T) dan bobotnya
- Tidak ada pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan 30%
  - Tidak mengikuti kegiatan olah raga 70%

Pada permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja preventif yang disepakati :

1. Kekuatan (S)

- Suasana Kerja tidak bising, terang, tidak panas, 100% nyaman dengan pembuangan limbah cair dan sampah lancar

2. Kelemahan (W)

- Pemeriksaan kesehatan awal kerja, setiap tahun dan bila mau pindah tempat/ sakit/ ada keluhan tidak dilakukan di Rumah sakit Haji Surabaya. 100%

3. Kesempatan (O) dan bobotnya

- Ada perlindungan terhadap bahaya fisik, zat-zat kimia, kuman yang berbahaya atau beracun di tempat kerja. 70%
- Ada perlakuan khusus dan pemakaian APD, seperti helm, kaos tangan, masker, skort, sepatu karet dan kacamata. 30%

4. Ancaman (T)

- Tidak pernah vaksinasi selama kerja di Rumah Sakit Haji Surabaya. 100%

Pada permasalahan upaya penerapan ergonomi disepakati sebagai berikut:

1. Kekuatan (S) dan bobotnya:
  - Melakukan kegiatan relaksasi seperti relaksasi otot saat tertentu waktu kerja 40%
  - Ada pemberian suplemen gizi 60%
  
2. Kelemahan (W)
  - Perlengkapan dan peralatan yang dipakai menimbulkan atau menambah kebosanan 100%
  
3. Kesempatan (O) dan bobotnya
  - Bila bekerja seperti mengangkat ada SOPnya 60%
  - Ruang kerja, warna cat dinding tidak menambah kebosanan atau kelelahan 40%
  
4. Ancaman (T)
  - Tidak ada pengendalian bahaya yang dilakukan Rumah Sakit Haji, seperti pengukuran, kebisingan, panas, getaran dan kelembaban 100%

Pada permasalahan upaya Kuratif disepakati sebagai berikut:

1. Kekuatan (S) dan bobotnya:

- Ada dokter khusus yang menangani karyawan 60%
- Ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan 40%

2. Kelemahan (W) dan bobotnya:

- Tidak ada laporan karyawan yang sakit 30%
- Tidak ada laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit karyawan kepada kepala unit kerjanya dan PK3 RS disertai rekomendasinya 70%

3. Kesempatan (O)

- Jika merasa sakit langsung dengan mudah bisa berobat 100%

4. Ancaman (T)

- Tidak ada tindak lanjut atas rekomendasi tersebut 100%

### 5.6.1.2 Permasalahan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Permasalahan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, pada komitmen dan Kebijakan disepakati sebagai berikut::

#### 1. Kekuatan (S) :

- Ada organisasi K3 RS beserta uraian kerjanya 100%

#### 2. Kelemahan (W) dan bobotnya:

- Tidak ada komitmen yang dituliskan dalam kebijakan, ditandatangani dan disosialisasikan pada karyawan 80%
- Tidak ada bukti kegiatan K3 sudah dilaksanakan seperti penanggulangan biaya potensial 20%

#### 3. Kesempatan (O) dan bobotnya

- Pejabat K3 sesuai kualifikasi 100%

#### 4. Ancaman (T) dan bobotnya

- Tidak ada dukungan dana khusus untuk K3 RS 70%
- PK3 RS tidak mengadakan koordinasi dengan seluruh unit kerja Rumah Sakit 30%

Pada permasalahan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja bagian Pelaksanaan disepakati sebagai berikut:

1. Kekuatan (S) dan bobotnya:
  - Ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana 30%
  - Ada denah tempat berbahaya di rumah sakit 30%
  - Ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS 40%
  
2. Kelemahan (W) dan bobotnya:
  - Tidak ada protap upaya penanggulangan bahaya kebakaran 30%
  - Tidak ada protap tentang pengelolaan B3 30%
  - Tidak ada protap tentang diklat K3 30%
  - Tidak ada data karyawan yang telah mengikuti diklat K3 10%
  
3. Kesempatan (O) dan bobotnya
  - Penanggulangan bahaya yang mengancam jiwa diprioritaskan 70%
  - Ada protap tentang penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja 30%
  
4. Ancaman (T) dan bobotnya
  - Tidak ada protap tentang pemantauan lingkungan (fisik, kimia, biologi) secara teratur. 30%
  - Tidak ada bukti pelaksanaan pemantauan lingkungan 30%
  - Petugas K3 mempunyai keahlian yang sesuai. 40%

Pada permasalahan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja bagian

Pengukuran dan Evaluasi disepakati sebagai berikut:

1. Kekuatan (S)

- Tersedia sarana konsultasi antar unit dalam Rumah sakit 100%

2. Kelemahan (W) dan bobotnya:

- Tidak ada inspeksi PK3RS ke unit kerja di Rumah Sakit Haji 75%
- Tidak ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi di program K3 25%

3. Kesempatan (O)

- Ada bukti penanggulangan perbaikan kasus K3 100%

4. Ancaman (T)

- Tidak ada bukti tindak lanjut K3 100%



### 5.6.2. FGD Kedua

Pelaksanaan FGD kedua ini disepakati usulan sebagai berikut:

#### 1. Permasalahan Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja:

Promotif:

- Kegiatan olah raga digalakkan
- Diadakan pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan secara intensif
- Membiasakan sarapan dan makan teratur
- Membiasakan istirahat teratur

Preventif

- Melindungi karyawan terhadap bahaya fisik, kimia, dan kuman berbahaya di tempat kerja dengan penyediaan APD dan perlakuan khusus.
- Membuat suasana kerja nyaman.

Penerapan ergonomi

- Bekerja sesuai dengan SOP nya
- Ruang atau warna cat dinding tidak menambah kelelahan
- Perlengkapan atau alat kerja tidak menambah kelelahan

Kuratif

- Membuat protap untuk kesehatan kerja honorer.

## 2. Permasalahan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

### Komitmen dan Kebijakan:

- Komitmen dan kebijakan serta bukti program Keselamatan dan Kesehatan kerja yang sudah dilaksanakan disosialisasikan ke semua karyawan
- Koordinasi PK3RS dengan unit di seluruh Rumah Sakit perlu di tingkatkan.
- Perlu dana khusus untuk K3 Rumah Sakit

### Pelaksanaan

- Sosialisasi protap secara intensif
- Petugas harus mempunyai keahlian yang sesuai.

### Pengukuran dan Evaluasi

- Membuat protap pengukuran dan evaluasi program.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Subjek penelitian atau responden adalah 62 karyawan dari 16 unit penunjang, setiap unit diambil 2-5 responden. Poli Pegawai 2 responden, bagian keperawatan 4 responden, sedangkan yang lain 3-5 responden (Lihat Tabel 5.4 halaman 70). Umur responden 41,5% (30 - 45 tahun), 30,6% (< 30 tahun), 27,5% lebih dari 45 tahun, dengan jenis kelamin laki-laki 41,9%, perempuan 58,1% (Lihat Tabel 5.2 dan 5.3 halaman 69). Sedangkan lama kerja di Rumah Sakit Haji, 37,1% (5-10 tahun), 32,2% (< 5 tahun) dan 20,6% telah bekerja > 10 tahun. Dari hasil penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

#### **6.1. Upaya Pelayanan Kesehatan Kerja ( Promotif, Preventif, Penerapan Ergonomi dan Kuratif )**

Menurut buku "Pedoman K3 RS di Indonesia" Depkes RI tahun 2000, maka yang dimaksud dengan upaya peningkatan (promotif) adalah segala bentuk pelayanan kesehatan kepada karyawan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan kapasitas kerja yang meliputi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kerja, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), norma-norma sehat di tempat kerja antara lain tidak merokok, tidak mengkonsumsi Napza, peningkatan perilaku dan cara kerja yang baik dan benar, konsultasi gizi, kesehatan jiwa, masalah perkawinan, KB, dan lain-lain. Penerapan gizi seimbang, pemeliharaan kebugaran, melalui kegiatan olah raga

yang baik dan benar dan pemeliharaan berat badan ideal' ( K3 Rumah Sakit, Depkes RI, th 2000 ).

Berkat hasil pembangunan, termasuk pembangunan di bidang kesehatan, maka beberapa negara termasuk Indonesia, mengalami beberapa perubahan atau transisi. Adanya peralihan dari masyarakat agraris ke masyarakat industri, menyebabkan terjadinya transisi sosial budaya yang memunculkan adanya pergeseran norma-norma, yang selanjutnya menghasilkan perubahan pola penyakit. Kalau masyarakat agraris umumnya pola penyakitnya adalah penyakit-penyakit menular, maka dalam masyarakat industri, pola penyakit didominasi oleh penyakit-penyakit perilaku seperti penyakit jantung, penyakit pembuluh darah, penyakit kanker, AIDS, penyakit gizi lebih dan sebagainya (Suma'mur, th 2005).

Pada penelitian ini indikatornya adalah adanya pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan, penampilan bersih dan rapi, sarapan dan pola makan teratur, istirahat teratur, tidak merokok di tempat kerja, tidak mengkonsumsi obat-obatan terlarang, meninggalkan ruangan dalam kondisi rapi, bersih, dan aman, konsultasi ke bagian gizi, jiwa, atau dokter bila ada masalah kesehatan/stress atau masalah rumah tangga/ anak, mempertimbangkan makanan yang dimakan dan tenaga yang dikeluarkan serta bila dirasa berat badan bertambah ada usaha untuk mengurangi makanan yang masuk serta mengikuti kegiatan olahraga (DirBinKesMas, Depkes RI, th 2006).

Hasil penelitian yang berupa wawancara dengan lembar observasi didapatkan bahwa; pada indikator pendidikan dan penyuluhan tentang K3 37 responden menjadikan sebagai kelemahan (W) atau tantangan (T) sedangkan 25 responden menganggapnya sebagai kekuatan (S) atau kesempatan (O). Kami sepakat mengambil yang nilainya lebih besar, yaitu 37 untuk menyamakan persepsi sebagai *weaknesses* atau *threat*.

Yang diambil sebagai *weaknesses* adalah sarapan, pola makan teratur dan istirahat teratur, dengan alasan karyawan rumah sakit harus mengutamakan pelayanan pasien dan terkena kerja shift pagi, siang, dan malam. Sedangkan pendidikan dan penyuluhan kesehatan atau K3 serta mengikuti olahraga dianggap sebagai ancaman/ *threat* oleh karena banyak factor yang ikut mempengaruhi, diantaranya adalah ketersediaan dana. Padahal salah satu indikator Sistem Manajemen K3 komitmen dan kebijakan adalah ketersediaan dana khusus K3. Demikian juga indikator lainnya (Lihat Tabel 5.6 halaman 72 dan Tabel 5.7 halaman 73)

Yang disepakati sebagai kekuatan (*Strength*) adalah penampilan rapi, tidak merokok atau mengkonsumsi Napza dan meninggalkan ruang kerja dalam keadaan aman, hal ini memang sudah biasa dilakukan di RS Haji karena RS Haji termasuk unit pelayanan publik, maka karyawan juga dibekali dengan pengetahuan atau latihan "*costumer service*", seperti John Robert Power, merias diri, ESQ, dan sejenisnya.

Kesempatan (*Opportunity*) adalah konsultasi ke dokter, psikiater, bagian gizi, dan ahli lainnya dan ada umumnya sudah mengurangi makan bila dirasa berat badan bertambah, hal ini di sebabkan karena sebagian besar karyawan di

Rumah Sakit Haji berbasis pendidikan kesehatan. Pada Diagram SWOT didapatkan bahwa bidang terluas melewati titik WT yang strateginya adalah mengurangi kelemahan untuk memperkecil hambatan. Jadi kebiasaan makan dan istirahat teratur harus digalakkan, selain itu perlu dengan giat mengikuti kegiatan olahraga dan meningkatkan pengetahuan K3 dengan penyuluhan terutama karyawan yang tidak memiliki dasar pendidikan kesehatan.

Strategi di atas kemungkinan besar bisa dilaksanakan mengingat setiap hari Jumat diadakan acara olahraga bersama. Walaupun belum sesuai dengan ketentuan K3 tetapi hampir sebagian besar karyawan RS Haji cara bekerjanya tidak statis. Masyarakat rumah sakit Haji telah tergelincir kedalam masalah yang terkait dengan gaya hidup masyarakat industri, yang justru merupakan pola penyakit yang memerlukan biaya yang jauh lebih besar dan penderitaan yang lebih lama, karena sifat penyakitnya kebanyakan menahun, seperti penyakit jantung, kanker, penyakit gizi lebih, stres dan sebagainya. Hal ini jelas merugikan rumah sakit.

Seperti Gerakan Hidup Sehat yang dilaksanakan di Pertamina, mulai dicanangkan oleh Direktur Utama pada tanggal 3 Maret 1991 untuk dilaksanakan oleh seluruh jajaran Pertamina. Langkah pertama adalah Norma Hidup Sehat dan Produktif yang dikampanyekan adalah:

1. Tidak merokok
2. Olahraga teratur dan terukur
3. Pola makan sehat
4. Mengelola stress
5. Tidur cukup

Norma Hidup Sehat dan Produktif ini dibudayakan di Pertamina melalui Satuan Tugas yang dibentuk diseluruh daerah /unit, lapangan, anak perusahaan, *Joint Venture* dan kontraktor asing, yang kegiatannya selalu dipantau dari pusat.

Perilaku yang tidak sehat adalah:

1. Merokok
2. Pola hidup hypokinetik
3. Pola makan tinggi kalori, lemak, dan kurang serat
4. Hidup penuh stress
5. Kurang tidur

Pola hidup yang tidak sehat ini bisa jadi merupakan perilaku karyawan di lingkungan kerjanya masing-masing yang dapat menimbulkan “*work related diseases*” antara lain penyakit jantung koroner, stroke, obesitas, diabetes melitus, psikostress, hipertensi, kanker, dan lainnya. Dengan mengubah pola hidup karyawan yang sehat maka pada tahun 1992 satu tahun kemudian, team khusus penguji kesehatan melaporkan bahwa penyakit kardiovaskuler menurun, sehingga produktivitas meningkat. (Rachmadi DS, 1984).

Dari uraian tersebut diatas maka Rumah Sakit Haji dapat melaksanakan pola seperti yang telah dibuktikan oleh Pertamina tersebut di atas.

Menurut buku “Pedoman K3 RS di Indonesia” yang diterbitkan oleh Depkes RI Tahun 2000, maka yang dimaksud dengan upaya pencegahan (preventif) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan sebagai perlindungan pada pekerja sebelum adanya proses gangguan akibat kerja yang kegiatan-kegiatannya meliputi pemeriksaan kesehatan awal, berkala, dan khusus,

vaksinasi, hygiene lingkungan kerja dan perlindungan diri dari bahaya – bahaya pekerjaan.

Berdasarkan hasil observasi didapatkan bahwa; jumlah nilai Strength/Opportunity 16 dan W/T 45 pada indikator pemeriksaan kesehatan. Karena pada indikator pemeriksaan kesehatan nilainya lebih tinggi sehingga dianggap/ dipilih sebagai unsur *Weaknesses/Threat*, hal yang sama juga terjadi pada indikator vaksinasi.

Hasil FGD memutuskan bahwa yang dianggap sebagai *Weaknesses* adalah pemeriksaan kesehatan, oleh karena hal itu sebenarnya bisa dilaksanakan terutama pada karyawan Pegawai Negeri Sipil yang di jamin oleh PT. Askes. Sedangkan indikator vaksinasi dianggap sebagai ancamannya karena sangat tergantung oleh ketersediaan dana.

Untuk unsur *Strength/ Opportunity* adalah suasana kerja yang nyaman, perlindungan terhadap bahaya di tempat kerja dan perlakuan khusus atau pemakaian APD pada tempat kerja tertentu. Sesuai hasil FGD maka yang dianggap sebagai *Opportunity* atau kesempatannya adalah perlindungan terhadap bahaya atau pemakaian APD , hal ini memang perlu diberlakukan pada unit-unit seperti rekam medik, *loundry* dan sanitasi. (Lihat table 5.8 halaman 73 dan 5.9 halaman 74). Pencegahan memang perlu dilakukan untuk menghindari bahaya atau kerugian yang lebih besar seperti yang disebutkan pada teori “Domino” dari Henrick, bahwa kondisi tidak aman ditambah dengan perilaku yang bahaya atau menyimpang akan menimbulkan kecelakaan.



Sedangkan menurut Modul K3 RS oleh Depkes RI tahun 2000, kegiatan-kegiatannya adalah latihan fisik (relaksasi sesuai dengan pekerjaan) secara rutin di antara jam kerja, pemberian suplemen gizi, dan *surveillance* kesehatan kerja.

Pada penelitian ini indikatornya adalah pengendalian bahaya, seperti pengukuran kebisingan, panas, getaran, dan kelembaban, relaksasi fisik, pemberian suplemen gizi, ruang kerja, cat dinding dan peralatan kerja tidak menambah kebosanan atau kelelahan serta bekerja harus sesuai dengan SOP.

Hasilnya adalah pengendalian bahaya, peralatan yang dipakai tidak menambah kebosanan atau kelelahan berada pada kolom *Weaknesses/Threat* dan hasil FGD disepakati bahwa pengukuran dan pengendalian bahaya pada posisi *Threat/* ancaman, karena sebenarnya hal tersebut telah dilaksanakan Instalasi Sanitasi Rumah Sakit Haji, hanya karena keterbatasan atau belum ada dana khusus maka frekuensinya jarang/ kurang dari yang seharusnya ( Pedoman Sanitasi RS di Indonesia, Depkes RI th 2000).

Peralatan yang tidak menambah kelelahan dianggap sebagai *weakness* karena di Rumah sakit haji sudah ada panitia pengadaan barang atau alat yang sudah berjalan dan spesifikasi bendanya sudah sesuai dengan yang diusulkan oleh pemakainya. Namun demikian Rumah Sakit Haji yang berstatus sebagai Rumah Sakit pemerintah menyebabkan kadang-kadang barang yang diterima tidak sesuai dengan yang diusulkan.

Pengendalian bahaya, relaksasi, suplemen gizi, bekerja harus sesuai SOP, termasuk dalam kolom *Strength/ Opportunity*, dan yang dianggap sebagai *Strength* adalah relaksasi dan suplemen gizi, sebab kedua hal tersebut sudah dilakukan di Rumah Sakit Haji. Ruang kerja, cat dinding tidak menambah

bebosan dan kelelahan dimasukkan dalam unsur *Opportunity*, karena hampir semua unit ber AC, luas dan terang, dan rumah sakit banyak membangun saat ini (lihat Tabel 5.10 halaman 76 dan 5.11 halaman 77).

Setelah dibuat tabel dan diagram SWOT maka bidang terluas melalui titik WO sehingga strateginya adalah memanfaatkan peluang (O) untuk memperkecil kelemahan (W). Jadi bila bekerja harus sesuai dengan SOPnya seperti mengangkat pasien dan pekerjaan lainnya. Bila bekerja tidak mengikuti aturan maka akan terjadi banyak keluhan, sakit, bahkan kecelakaan.

Berdasarkan data sebuah RS di Paris tahun 1986 ditemukan bahwa kondisi kerja di RS memudahkan penyebab terjadinya gangguan muscollosceletal apabila bekerja tidak sesuai dengan SOPnya. Gangguan tersebut disebabkan karena:

- Berdiri lebih dari 6 jam
- Membungkuk lebih dari 10 kali per jam
- Melakukan beberapa sikap paksa

(Erna Tresnaningsih, 1994)

Usulan strategi lainnya adalah mengupayakan agar perlengkapan atau alat yang dipakai tidak menimbulkan kelelahan, ini sangat terkait dengan perencanaan atau pengadaan barang atau medis (lihat tabel 5.22 halaman 79 dan Gambar 5.3). Panitia pengadaan harus benar-benar konsekuen dengan usulan yang diajukan agar tidak menimbulkan masalah berkepanjangan dikemudian hari.

Upaya penyembuhan/ kuratif diberikan kepada pekerja yang telah memperlihatkan gangguan kesehatan atau gejala dini dengan mengobati

penyakit, mencegah komplikasi dan penularan terhadap lingkungan, keluarga, maupun teman. Para pekerja yang telah menderita sakit, pelayanan diberikan untuk menghentikan proses penyakit sehingga dapat sembuh, mempercepat masa istirahat serta mencegah terjadinya cacat atau kematian (Depkes RI, 2000)

Pada penelian ini yang dipakai sebagai indikator adalah ; bila sakit langsung bisa berobat, ada dokter dan poliklinik khusus, ada laporan penyakit karyawan, rekomendasi dan tindak lanjut untuk karyawan. Pada Tabel 5.12 halaman 78 dan 5.3 halaman 79 posisi langsung bisa berobat serta ada dokter dan poliklinik khusus berada pada kolom *Strength Opportunity*, sedangkan adanya laporan karyawan yang sakit, rekomendasi dan tindak lanjutnya berada di kolom *Weakness Threat*.

Berdasarkan FGD I, disepakati bahwa unsur *Strength* adalah dokter dan poliklinik khusus dan *Threat* adalah tindak lanjut dan rekomendasinya. Unsur *Weaknesses* adalah laporan karyawan yang sakit dan laporan dokter pemeriksa tentang keadaan penyakit. Sebenarnya tugas institusi RS adalah tugas kuratif, sehingga hal ini bukan menjadi hal yang sulit. Pada tabel dan diagram SWOT tentang upaya penyembuhan atau kuratif seperti tertera pada halaman 91, maka bidang terluas melalui Titik SO yang strateginya adalah memanfaatkan peluang yang ada agar kekuatannya lebih meningkat. Jadi membuat semua karyawan yang sakit agar mudah berobat ( Fridawaty; Rivai, th 2005 ).

Masalahnya terletak pada tenaga honorer yang tidak terlindung oleh Askes, hal ini perlu dibuatkan kebijakan khusus, yaitu untuk pelayanan kesehatan tenaga honorer. Tenaga honorer di RS Haji cukup besar yaitu hamper separo dari keseluruhan jumlah karyawannya. Pada umumnya mereka

K3 dan koordinasi ke unit pelayanan masuk ke dalam kolom *Weaknesses Threat*. Sesuai dengan kesepakatan FGD I maka organisasi K3 RS termasuk unsur Strength karena memang sudah terbentuk, sedangkan pejabat K3 sesuai dengan kualifikasinya dianggap sebagai *opportunity*/ kesempatan walaupun masih terbatas dan masih perlu ditingkatkan dan diperbanyak lagi.

Kebijakan manajemen Rumah Sakit Haji hanya berupa lembaran yang isinya K3 LH (Lingkungan Hidup), merupakan komitmen bersama yang ditandatangani oleh manajer terkait, yaitu jajaran direksi ( direktur dan wakil direktur ), kepala bidang pelayanan, kepala bidang sumber daya manusia % diklat dan ketua panitia K3RS.

Dibuat tertanggal 13 Nopember th 2001 dan sampai sekarang belum ada yang terbaru. Ditulis dengan kalimat yang mudah dimengerti, dipahami, rasional walaupun sulit untuk bisa mencapai 100%. Namun sebenarnya belum pernah disosialisasikan secara menyeluruh kepada karyawan, hanya terbatas pada kalangan tertentu saja. Dapat diinterpretasikan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi unit pelayanan tersebut walaupun belum bisa seluruhnya oleh karena terbentur dana dan sumber daya manusianya.

Bila dibandingkan dengan dua rumah sakit pemerintah lainnya di Jawa Timur yang juga sudah terakreditasi K3 yaitu RS Dr. Soedono Madiun dan RS Syaiful Anwar Malang, maka RS haji masih cukup baik. Namun dalam pelaksanaannya RS Syaiful Anwar Malang lebih baik karena kebijakannya sudah mempunyai arah dan petunjuk yang jelas ( lihat lampiran ).

Lain halnya bila dibandingkan dengan kebijakan di perusahaan yaitu PT. Kereta Api ( Persero) Bandung, PT DEF Jakarta dan PT. PAL Indonesia

Surabaya, maka pada perusahaan lebih singkat, sederhana, tegas dan yang penting ada pemantauan dan evaluasi berkelanjutan ( lihat lampiran ).

Seperti pada PT PAL Indonesia ada sanksi yang tegas dan melibatkan pihak lain apabila perusahaan tersebut tidak mampu melakukannya. Bahkan di negara maju seperti Australia keselamatan dan kesehatan kerja & lingkungan hidup sudah merupakan budaya dan prestise sebuah pelayanan kesehatan, seperti komitmen pada sebuah pusat pelayanan kesehatan di New South Wales ( Macquarie Area Health Service/ MAHS) " The Macquarie Area Health Service is committed to ensuring the health, safety and welfare at work, of all its employees" .

Seharusnya kebijakan K3 memuat; uraian tentang tujuan dan penekanan dari manajemen program K3, uraian tentang petunjuk umum K3 RS, Gambaran tanggung jawab puncak pimpinan terhadap fungsi K3 RS, Uraian tentang dukungan dari pihak manajemen maupun lainnya yang berkompeten terhadap program K3. Jadi kebijakan yang ditulis pada lembaran itu belum jelas, masih terlalu singkat (lihat lampiran Kebijakan dan Manajemen RS).

Rumah Sakit Haji sebenarnya telah memiliki panitia K3 RS, namun keberadaannya mengambang dan timbul bila akan akreditasi setelah itu kemudian tenggelam lagi. Padahal personelnnya cukup sesuai dengan kualifikasinya.

Bila dilihat pada Tabel 5.24 halaman 92 dari gambar 5.5 halaman 93, maka bidang yang terluas melalui Titik WT, jadi strateginya adalah mengurangi kelemahan untuk memperkecil hambatan. Jadi komitmen dan kebijakan perlu disempurnakan, kemudian disosialisasikan kepada seluruh karyawan, termasuk di

dalamnya terdapat konsekuensi adanya anggaran khusus K3 dan panitia K3 RS harus secara rutin berkoordinasi dengan seluruh unit pelayanan seluruh rumah sakit. Hal tersebut tidak dapat berjalan dengan baik bila kedudukan K3RS masih mengambang, beda halnya dengan RSSP Pertamina yang struktur K3 nya jelas masuk dalam struktur organisasi RS yang tergambar dalam kotak struktur organisasi rumah sakit dan langsung berada di bawah direktur sehingga lebih leluasa dan mandiri.

Pelaksanaan SMK3 meliputi; melakukan pemeriksaan kesehatan awal, berkala dan khusus; melaksanakan upaya penanggulangan, menentukan prioritas bahaya potensial, menentukan upaya penanggulangan selektif, memantau pelaksanaan CPKB ( Cara Pelaksanaan Kerja yang Baik), SOP, disiplin kerja, memantau pengorganisasian dan pembagian tugas, meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan unit-unit lain di RS, pendokumentasian, pelaporan ( I. Putu Suprpta, 2004).

Pada penelitian ini indikator yang dipergunakan adalah adanya protap-protap pencegahan bencana, penanggulangan kebakaran, pengelolaan B3, diklat K3, penanggulangan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja serta pemantauan lingkungan. Pada Tabel 5.16 halaman 83 dan Gambar 5.17 halaman 84 dapat diketahui bahwa; adanya protap tentang pengendalian bencana, penanggulangan kecelakaan, dan penyakit akibat kerja, ada jadwal kerja petugas, serta denah tempat-tempat berbahaya masuk pada kolom *Strength Opportunity* sedangkan protap tentang kebakaran, pengelolaan B3, diklat K3 beserta data-datanya, dan protap pemantauan lingkungan beserta

bukti pelaksanaannya masuk pada kolom *Weaknesses Threat* (Luwiharsih, 2002).

Sesuai hasil kesepakatan dalam hasil diskusi FGD 1 maka adanya protap atau pengendalian bencana, jadwal kerja petugas dan adanya denah tempat-tempat berbahaya merupakan unsur *strength*, hal ini karena semua hal tersebut telah ada di RS Haji Surabaya. Sedangkan protap pemantauan lingkungan beserta bukti pelaksanaannya merupakan ancaman atau *threat*.

Setelah dibuat tabel dan diagram SWOT seperti terlihat pada Tabel 5.25 halaman 93 dan Gambar 5.6 halaman 94, maka terlihat bahwa bidang terluas adalah bidang yang melalui titik ST, sehingga strateginya adalah menambah kekuatan (S) dengan memperkecil hambatan (T), yaitu dengan melakukan monitoring dan evaluasi protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana, denah tempat-tempat bahaya serta adanya jadwal kerja sanitasi dan IPS. Untuk memperlancar tugas-tugas tersebut maka diperlukan personel khusus yang selalu siap.

Selama ini anggota PK3 RS di RS Haji sudah mempunyai tugas lain yang cukup menyita waktu, sehingga tugasnya terabaikan. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah protap tentang pemantauan lingkungan secara teratur beserta bukti pelaksanaannya perlu segera disosialisasikan ke semua unit pelayanan dengan benar. Oleh karena itu pejabat PK3 RS harus benar-benar berkualitas.

Apabila ditarik kesimpulan maka sumber kurang lancarnya pelaksanaan K3RS di RS Haji adalah sebagai berikut; kurangnya sosialisasi, tidak adanya sanksi, manfaatnya jangka panjang atau tidak segera bisa terlihat sehingga

kurang mendapat perhatian, panitia K3RS tidak bisa mengajukan anggaran sendiri, kurangnya sumber daya manusia yang ahli di bidang K3 serta koordinasi yang kurang baik. Program K3 memang sering memerlukan koordinasi dengan instalasi/ unit pelayanan terkait. Koordinasi akan semakin sulit apabila masing-masing instalasi /unit terlalu mementingkan kepentingannya sendiri.

Rumah sakit Haji harus segera mengadakan penyuluhan, pelatihan dan mendidik tenaga ahli di bidang K3. Sosialisasi tentang masalah pentingnya K3 harus dilakukan secara terus menerus kepada seluruh lini untuk mencegah anggaran yang membengkak akibat kerusakan alat atau kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

Pengukuran dan evaluasi, adalah kegiatan-kegiatan pemantauan pelaksanaan K3, melaksanakan audit K3 serta tindakan perbaikan dan pencegahan. Penelitian ini menggunakan indikator inspeksi ke unit-unit kerja oleh PK3 RS, ada protap tentang pelaksanaan evaluasi program K3, tersedia sarana konsultasi antar unit kerja dalam Rumah Sakit Haji Surabaya disertai bukti tindak lanjutnya dan penanggulangan serta perbaikan (I Putu Suprpta, 2004).

Pada Tabel 5.18 halaman 85 dan Tabel 5.19 halaman 86 maka sarana komunikasi yang sudah tersedia dan adanya bukti penanggulangan perbaikan kasus K3 masuk dalam kolom *Strength Opportunity*, sedangkan inspeksi ke unit-unit, protap evaluasi K3 serta bukti tindak lanjut masuk pada kolom *Weaknesses/ Threat*. Inspeksi yang dilakukan ke unit-unit selama ini sudah pernah dilaksanakan tetapi belum terkoordinir dengan baik. Masing-masing



mengadakan inspeksi secara rutin ke unit-unit yang berhubungan dengan tugasnya ( Rudi Suardi, 2005 ).

Bila dilihat pada halaman 95, tabel 5.26 dan Gambar 5.7, setelah dibuat analisis SWOT maka dapat diketahui bahwa bidang yang paling luas adalah bidang yang melalui Titik WO dan hampir sama dengan luas bidang yang melewati Titik SO, sehingga alternatif pemecahannya adalah dengan bertahan dengan meningkatkan kekuatan serta memanfaatkan peluang untuk memperkecil kelemahannya. Hal tersebut dilakukan dengan meningkatkan komunikasi mengenai bukti-bukti penanggulangan perbaikan K3 yang telah dilaksanakan. Selain itu perlu inspeksi ke unit kerja yang dilakukan oleh Tim K3 RS. Karena itu perlu segera disusun petunjuk operasionalnya. Apabila petunjuk operasionalnya belum ada, berarti kegiatan pengukuran dan evaluasinya belum berjalan.

Sedangkan kegiatan evaluasi adalah kegiatan yang sistematis dan terencana untuk mengukur dan menilai pelaksanaan keberhasilan suatu program. Kegiatan tersebut harus dikembangkan bersama dengan perencanaan program keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit. Bila evaluasinya belum berjalan dengan baik maka perencanaannya pun perlu disempurnakan. Harus dibuatkan perencanaan keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit yang menyeluruh sesuai dengan kaidah K3RS.

Pengukuran pada kegiatan evaluasi dilakukan pada komponen- komponen input, proses dan output. Pengukuran pada kegiatan K3 di rumah sakit Haji belum dapat dilaksanakan sesuai dengan hal- hal tersebut, sedangkan pengukuran dan evaluasi selalu terkait dengan proses pengambilan keputusan.

Berdasarkan hal – hal tersebut diatas maka pengukuran dan evaluasi sangat penting untuk segera dilaksanakan dengan benar ( Syukri Sahab, 2002 ).

### **6.3. Kaitan Permasalahan Upaya Pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja dengan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

Permasalahan pada upaya pelayanan keselamatan dan kesehatan kerja yaitu permasalahan promotif, preventif, penerapan ergonomi dan kuratif sangat erat kaitannya dengan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang terdiri dari unsur-unsur komitmen dan kebijakan, pelaksanaan serta pengukuran dan evaluasi. Hal- hal tersebut diatas dapat diterangkan sebagai berikut:

Permasalahan promotif yang dapat diketahui dari hasil penelitian seperti ditunjukkan pada indikator-indikator, karyawan tidak biasa sarapan, makan dan istirahat tidak teratur, jarang mengikuti olah raga dan jarang mendapat penyuluhan tentang K3. Indikator –indikator tersebut diatas sangat terkait dengan komitmen dan kebijakan pada sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja karena bila direktur mempunyai komitmen yang tinggi terhadap K3 yang dituangkan dalam kebijakan serta disosialisasikan kepada seluruh karyawan akan ada kebijakan untuk mengatasi masalah upaya pelayanan promotif tersebut. Misalnya ada kupon makan bagi karyawan, ada jam istirahat yang benar-benar dapat dipakai karyawan untuk istirahat. Hal itu akan mengurangi jam kerja yang terbuang akibat karyawan minta ijin keluar untuk makan. Dan sebagai akibatnya penggunaan jam kerja akan lebih efektif. Pada akhirnya produktivitas kerja akan meningkat ( Rudi Suardi, 2005 ).

Upaya pelayanan kesehatan kerja promotif dengan indikator-indikator, suasana kerja yang nyaman, perlakuan khusus dan pemakaian APD serta belum adanya kegiatan vaksinasi. Strategi yang dihasilkan melalui analisis SWOT adalah menciptakan suasana kerja yang nyaman melalui perlindungan karyawan dengan perlakuan khusus dan pemakaian APD di tempat kerja. Strategi tersebut akan dapat dilaksanakan dengan baik apabila SMK3 nya yang meliputi indikator-indikator; komitmen dan kebijakan, pelaksanaan serta pengukuran dan evaluasi juga berjalan dengan baik.

Salah satu contoh yang mempengaruhi kenyamanan kerja adalah penerangan/ lampu. Suatu studi yang telah dilakukan oleh orang Jerman yaitu German Study Group " Light " menganalisis tentang efek penerangan terhadap kelelahan dan performance, menunjukkan bahwa apabila intensitas penerangan ditempat kerja ditingkatkan, maka performance akan meningkat pula. RS Haji merupakan institusi yang banyak membutuhkan penerangan dalam melaksanakan kerjanya misalnya pada bagian rekam medik, kamar operasi, ruang tindakan medik, ruang komputer dan ruang pemeriksaan bagi pasien (Dirjen Yanmed Depkes RI, 1997 ).

Penerangan membutuhkan lampu yang mempunyai intensitas cahaya cukup dan ini terkait dengan bagian pengadaan. Bagian pengadaan terkait dengan bagian perencanaan barang. Keputusan menerima atau menolak usulan yang diajukan oleh unit kerja tergantung pada direksi. Apabila direksi belum memahami dan menegakkan komitmennya pada kepentingan K3RS, maka hal tersebut belum menjadi prioritas. Sebagai akibatnya tetap saja unit kerja

tersebut menerima lampu seperti yang biasanya ada padahal dibutuhkan lampu yang lebih tinggi intensitas cahayanya sesuai dengan kebutuhannya

. Demikian juga dengan masalah kebisingan, kelembaban serta ventilasi. Kecuali apabila suatu ketika terjadi kecelakaan kerja apalagi sampai fatal maka barulah diganti atau disediakan barang tersebut. Berdasarkan uraian tersebut diatas maka masalah preventif sengat terkait erat dengan SMK3.

Pada penelitian ini indikator yang dipergunakan pada penerapan ergonomi adalah: kegiatan relaksasi, pemberian suplemen gizi, peralatan yang menambah kelelahan, bekerja sesuai dengan SOPnya, warna cat dinding yang tidak menambah kebosanan/ kelelahan dan pengukuran-pengukuran / pengendalian bahaya. Dari hasil strategi analisis SWOTnya adalah memanfaatkan ruangan yang nyaman dengan warna cat dinding yang tidak menambah kelelahan/kebosanan serta bekerja sesuai dengan SOPnya maka diharapkan alat/ perlengkapan yang sebelumnya menambah kelelahan akan berkurang sehingga karyawan tidak merasa cepat lelah / bosan ( Erna Tresnaningsih, 2004)

Sebagai contoh kasus masalah ini di rumah sakit Haji Surabaya adalah di bagian Laboratorium Patologi Anatomi, yang karyawannya harus banyak duduk melihat mikroskop. Oleh karena pihak direksi mengabaikan usulan perubahan ruangan dan warna cat dinding sesuai dengan yang diusulkan serta rata-rata karyawannya sudah melakukan pekerjaannya sesuai dengan SOPnya, maka walaupun kursi yang terlalu rendah/ bukan kursi untuk melihat mikroskop tidak banyak mengeluh, bahkan mereka berusaha sendiri dengan menyikapi yaitu diberi tambahan bantalan kursi agar lebih tinggi ( Tam Malaka, 2000 ).

Sebaliknya dengan masalah diruangan lainnya yang usulannya tidak segera dipenuhi, padahal yang barang tersebut merupakan barang bergerak, yaitu kereta makan yang rodanya sudah harus diganti padahal dipergunakan sehari-hari. Jalan keretanya menjadi berat serta lambat hal ini dirasakan menghambat pekerjaan dan mempercepat kelelahan. Demikian juga pembuatan dapur, pada tempat cuci alat-alat makan yang seharusnya dibuat kurang lebih setinggi pinggang karyawan ini hanya setinggi lutut, sehingga bila mencuci alat-alat makan karyawan harus membungkukkan badannya. Jelas akan mempercepat kelelahannya disertai keluhan-keluhan sakit pada bagian pinggangnya. Kebosanan pasti dialaminya. Jadi masalah penerapan ergonomi juga sangat tergantung pada direksi/ manajemen dalam pemenuhannya dan harus sesuai dengan usulan unit kerjanya ( Erna Tresnaningsih, 2004).

Permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja ini adalah adanya dokter dan poliklinik khusus memudahkan karyawan yang sakit untuk bisa langsung berobat, tetapi tidak bisa mencakup seluruh karyawan, terutama bagi karyawan honorer yang belum mempunyai jaminan kesehatan/ askes. Apabila karyawan honorer tersebut berobat, pemeriksaannya memang gratis, tetapi obat harus membeli sendiri. Memang ada LBO ( Lembaga Bantuan Obat ), yang didirikan komite medik secara swadaya yang terdiri dari para dokter, dokter gigi dan apoteker, tetapi jumlahnya sangat terbatas.

Setiap tenaga honorer mendapat jatah sejumlah tertentu, selebihnya harus membayar sendiri. Memang belum ada protap untuk menjamin kesehatan tenaga honorer. Penulis pernah menanyakan hal ini ternyata secara lisan ada

aturannya namun belum dituliskan sebagai kebijakan yaitu mendapat keringanan bila sampai dirawat di rumah sakit Haji.

Seperti diketahui bahwa hampir 50 % tenaga di RS Haji Surabaya adalah tenaga honorer. Mereka pada umumnya bekerja di rumah sakit sebagai tenaga kasar yang mudah terpapar zat-zat yang berbahaya. Institusi rumah sakit adalah pelayanan kuratif pada umumnya, sehingga masalah kuratif bagi tenaga honorer harus dipikirkan oleh pihak manajer, terutama manajer Keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit. ( I. Putu Suprpta, 2004).

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian, analisa data, dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan bahwa

1. Masalah pelayanan kesehatan kerja sangat terkait dengan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
2. Masalah upaya peningkatan (promotif) kurang terkait dengan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
3. Masalah pencegahan (preventif) sangat terkait erat dengan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja terutama oleh karena sangat tergantung dengan ketersediaan dana
4. Masalah upaya penerapan ergonomic sangat terkait terutama oleh keaktifan tim Panitia Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah sakit.
5. Masalah penyembuhan (kuratif), untuk tenaga tetap (PNS) kurang terkait, tetapi untuk tenaga honorer sangat terkait dengan kebijakan direktur
6. Upaya kesehatan kerja yang paling terkait dengan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah masalah preventif

## 7.2 Saran

Sesuai dengan motto Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah mengutamakan pencegahan, maka segera dilakukan penyempurnaan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, di rumah sakit Haji Surabaya agar pelayanan kesehatan kerja dapat meningkat. Penyempurnaan tersebut terutama dalam hal kedudukan / eksistensi PK3RS yang dimasukkan dalam struktur organisasi RS seperti pada RSP

Pertamina Jakarta atau rumah sakit umum di Nganjuk. Sebagai konsekuensi adanya program K3, harus tersedia dana yang diperuntukkan khusus K3RS. Dana tersebut bisa dikumpulkan dari dana " life saving " yang ada pada unit-unit kerja RS, atau mengajukan dana tersendiri melalui pemerintah Propinsi Tk. I Jawa Timur atau kepada Dinas Kesehatan Tk. I Propinsi Jawa Timur Sub Din RS yang membawahi bidang K3RS, seperti yang sudah peneliti ikuti sewaktu seminar pemberdayaan K3RS.

Kebijakan yang ada masih terlalu singkat, perlu disempurnakan, dilengkapi dengan meninimbang, mengingatkan dan memutuskan seperti yang ada pada RS Dr. Soedono Madiun. Kebijakan juga dapat dijadikan arah dan pedoman seperti pada RS Dr. Saiful Anwar Malang.

Pengukuran dan evaluasi berkelanjutan perlu diberdayakan secara rutin agar program tetap berjalan, bisa dilakukan semacam internal audit K3RS seperti pada PT PAL Indonesia.

Disamping itu juga perlu adanya ahli K3 yang menangani masalah K3 dan diusahakan tidak disibukkan dengan pekerjaan lainnya.



Kesimpulan dan saran tersebut diatas diajukan sebagai rekomendasi kepada direktur RS Haji Surabaya, sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kerja terutama bagi karyawannya. Dan berguna sebagai bahan perencanaan program K3.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar, DR,dr,M.P.H., (1996 ), *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Bina rupa Aksara, Jakarta
- Bagus Mulyadi, dr, H, DSM, dkk, (2001). *Petunjuk pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit* , diterbitkan oleh WHO Dirjen Yanmedik Depkes RI, Jakarta
- Bagus Qomaruddin M., Drs, M.Sc (2005) *Metode penelitian kualitatif kuliah program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.*
- Barry S. Levy, David H. Wigman, (1983), *Occupational Health, Recognizing and Preventing Work-Related Disease*, Little,Brown and Company Boscom/Toronto-USA
- Departemen Kesehatan RI, *K3 Rumah Sakit di Indonesia*, Modul-Modul, Pusat Pendidikan dan Latihan Kesehatan Departemen Kesehatan dan Kessos RI Jakarta, Tahun 2000.
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia*, Dirjen PPM dan PL Dirjen Pelayanan Medik, Tahun 2002
- Departemen Kesehatan R.I. *Pokok-Pokok Pedoman Arsitektur Medik Rumah Sakit Umum*, Departemen Kesehatan RI Dirjen Yan Medik Direktorat Instalasi Medik Jakarta, Tahun 1998
- Departemen Kesehatan RI. (1996), Peraturan Menteri Kesehatan RI. No 986. Tahun 1992 *Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*, Jakarta

- Depnaker Kanwil Propinsi Jatim (2000), *Kumpulan Makalah Penyuluhan Bagi Perusahaan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Kerja*, Surabaya
- Depnaker, RI, (2000), Permenaker No.5 Tahun 1996 *Tentang Pedoman Penerapan dan SMK3* Tam Malaka, MD.M.OH, Dr, PH (1994), *Kesehatan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja*, Diterbitkan oleh Pengurus Pusat Ikatan Dokter Kesehatan Kerja Indonesia, Jakarta
- Direktorat Bima Kesehatan Kerja (2006), *Modul pelatihan Kesehatan Kerja Bagi Pengeluh Program K3 Rumah Sakit* Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Dirjen Yanmed (1997), *Standar Rumah Sakit Pendidikan Tingkat Perkembangan Awal*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Dubbo Base Hospital, *Occupational Health and Safeti Manual*, Departement of Health, New South Wales Australia, 1995
- Erna Trisnaningsih, dr, M.OH., Ph.D (2004), *Konsep Keselamatan Kerja Rumah Sakit*, Jakarta.
- Fridawaty, Rivai (2005). "*Metode Analisis Masalah dan penentuan Penyebab Masalah* ",Modul Pelatihan Perencanaan & Penganggaran Kesehatan Terpadu Berbasis Kinerja bagi Petugas Kesehatan Kota Surabaya
- Fuad A, *Membangun Lingkungan Sehat*, Airlangga University Press Surabaya, Tahun 1996
- Greg Birchall (2000), "*Strategic Planning for Training Center*", Training Project, Indonesia Australia Specialised
- Hiro Tugiman (1997), "*Audit Internal*", Komisius, Yogyakarta
- Ian M D, Claire N, *Measuring Health*, Oxfrod University Press London, 1996

- ILO-OSH (2001), *Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems*, International Labour Office, Geneva
- Virtual Naval Hospital (2005), *Field Hygiene and Samelate*
- I Putu Suprpta, drg., M.Sc, (2004), "*Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit*", Jakarta
- Joseph Ladou (1997), *Occupational & Enviromental Medicine*, Appleton & Longe, United Statis Of America
- Luwiharsih, *Instrumen Akreditasi K3*, KARS Pusat Jakarta, Tahun 2002
- Nendy L ubov, EdI D and Clara Jean Ersoz, MD (1991), *American Hospital Publishing inc and American Hospital association compani*, Ohyo America.
- Paul Hersey, Kenmeth H. Blanchard, " *Management of Organizational Behavior*", Premtice –Hall International, Imc
- Proyek Pelatihan Khusus Indonesia Australia (2005), "*Pelatihan Administrasi & Manajemen Rumah Sakit* ",New South Wales Australia
- PT Jamsostek (Persero) (1998) "*Pedoman Pelaksanaan Tugas Bagi Dokter Penasehat dalam meningkatkan pelayanan*" Jamsostek, Jakarta
- PT. Petro Kimia Gresik (Persero) (2000), *Audit SMK3*, Secofnido, Jakarta
- Rochiman Sasmita, dr, MS., MM. (2006), *Workshop methodology penelitian*, Mahardhika Group, Surabaya.
- Rudi Suardi. (2005), *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Indonesia*, Jakarta.
- Sabarina Prasetyo (2000), *Quality Of Health Care*, Jakarta, UI Pers

- Sugeng Budiono A.M, (2005), "*Deteksi Dini Pencegahan Penyelesaian Kasus Penyakit Akibat Kerja* ", Seminar Sehari Jamsostek, Jakarta
- Suma'mur PK (2005), "*Penyakit Akibat Kerja (Penyakit yang Timbul karena hubungan kerja)*", Seminar Sehari Jamsostek, Surabaya
- Syukri Sahab, (2002), *Teknik Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*, Jakarta.
- Tim Dalin Rumah Sakit Haji Surabaya (2002), "*Pengamatan Plebitis di Rumah Sakit Haji Surabaya*",
- Tim Dalin Rumah Sakit Haji Surabaya (2005), *Akuntabilitas Kinerja Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial* , Tahun 2004.
- Tjandra Yoga Aditama, Tri Hastuti. (2002), *Kesehatan dan Keselamatan Kerja*, Kumpulan Makalah Seminar K3 Rumah Sakit Persahabatan (2000-2001) Jakarta, UI Pers.



**KEBIJAKAN MANAJEMEN  
TENTANG  
LINGKUNGAN HIDUP DAN KESELAMATAN  
& KESEHATAN KERJA**

RSU Haji Surabaya yang mengemban misi dan visi bertekad melaksanakan kegiatan di bidang K3 ( Keselamatan dan kesehatan kerja ) dengan rasa tanggung jawab sosial dan etika yang tinggi, menciptakan rasa aman di areal instalasi unit-unit intern dan ekstern untuk mewujudkan pelaksanaan perundangan dalam bidang lingkungan hidup dan keselamatan dan kesehatan kerja ( K3 ), manajemen mempunyai komitmen sebagai berikut :

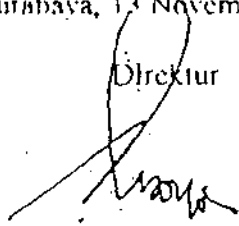
- 1 Mengutamakan lingkungan hidup & K3 dalam pengelolaan Rumah Sakit.
- 2 Membnerikan fasilitas kerja dan peralatan K3 Alat pelindung diri ( APD ) yang tepat guna bagi karyawan untuk melindungi mereka dalam melakukan pekerjaan serta menjamin keselamatan orang yang berada di tempat kerja
- 3 Menerapkan pelaksanaan peraturan dan perundang-undangan tentang lingkungan & K3 yang berlaku.
- 4 Memandang bahwa SDM adalah aset perusahaan yang terpenting yang senantiasa perlu mendapatkan peningkatan kompetensi dalam bidang K3.
- 5 Mendukung pelaksanaan lingkungan hidup & K3 di lokasi Rumah Sakit.

UNTUK MENDUKUNG KOMITMEN MANAJEMEN TERSEBUT, MAKA SETIAP KARYAWAN MAUPUN PEKERJA LAINYA HARUS :

- A. Memahami prosedur kerja dengan baik dan benar agar terhindar dari kecelakaan dan penyakit akibat kerja ( Zero Accident ) .
- B. Mentaati peraturan dan petunjuk tentang K3 dan berdisiplin dalam memakai alat pelindung diri ( APD) di tempat kerja.
- C. Berpartisipasi aktif dalam memajukan program lingkungan & K3.

Surabaya, 13 November 2001

Direktur



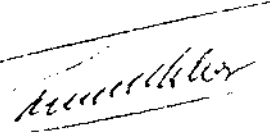
Dr. H. Slamet Riyadi Yuwono, DTM&H,MARS  
Pembina Utama Muda  
Nip.140 098 906

Wadir Pelayanan



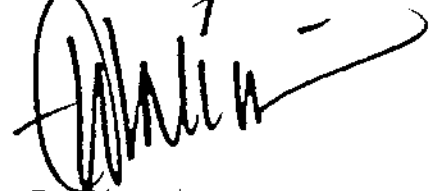
Dr. Soekamto, SPOGI

Wadir Umum Keuangan



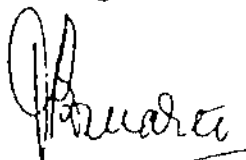
Drs. Tamsil Taher. Apt

Ketua Panitia K3 RS



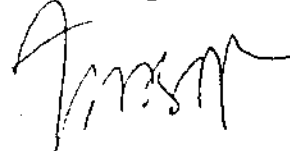
Dr. Dita Ariningtyas

Ka Bidang Pelayanan

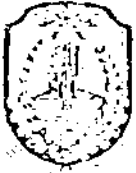


Dr. Retno Indrastuti

Ka Bidang SDM



Drg. Sri Agustina, M.Kes



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOEDONO MADIUN  
Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 496348, 454657 Fax. (0351) 459054  
MADIUN 63116



- KEPUTUSAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOEDONO MADIUN  
NOMOR : 161 TAHUN 2003

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN K-3 (KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA)  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOEDONO MADIUN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOEDONO MADIUN

- Mengingat
1. Undang-Undang RI. No. 23 Tahun 1992, tentang Kesehatan;
  2. Peraturan Pemerintah No. 7 Tahun 1987, tentang Penyelenggaraan sebagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Kepada Daerah;
  3. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 905/Menkes/SK/1992, tentang Pedoman Organisasi RSU;
  4. Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur No. 20 Tahun 2002 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Propinsi Jawa Timur;
  5. Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 27 Januari 2003 Nomor 21/1145/032/2003 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan Struktural Direktur RSU Dr. Soedono Madiun
- Melintang
1. Untuk dalam rangka upaya meningkatkan mutu dan pelayanan kepada masyarakat di K-3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) Rumah Sakit Umum Dr. Soedono Madiun serta adanya ketidaksiapan Direktur bahwa Kebijakan Direktur di K-3 Keselamatan dan Kesehatan Kerja perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur



**MEMUTUSKAN**

**Menetapkan**

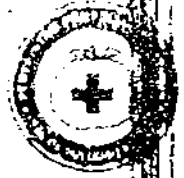
- PERTAMA** Memberlakukan Kebijakan Pelayanan K-3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) Rumah Sakit Umum Dr. Soedono Madiun sebagaimana tertera pada lampiran keputusan ini.
- KEDUA** Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan: -

Ditetapkan di Madiun  
Tanggal 01 Juli 2013

DIREKTUR RSU DR. SOEDONO MADIUN



Dr. SUGENG EDDYANTO SURYAT, MSc  
Pembina Utama Madya  
NIP. 140 055 510



## KEBIJAKAN

### PELAYANAN K-3

(KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA)  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOEDONO MADIUN

1. Sistem manajemen K3LH merupakan bagian yang tak terpisahkan dengan sistem manajemen rumah sakit.
2. Kegiatan K3LH harus selalu berpegang pada visi dan misi yang ditetapkan.
3. K3LH harus dijadikan budaya bagi individu di rumah sakit.
4. Budaya K3LH merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pelayanan rumah sakit pada setiap unit kerja.

Ditetapkan di: Madiun

Tanggal: 01 Juli 2003

DIREKTUR RSUD Dr. SOEDONO MADIUN

Dr. SUGENG EDDYANTO SURYAL, MSc  
Pemula Utama Madya  
NIP. 140 059 510

## KEBIJAKAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3) DI RSUD DR. SAIFUL ANWAR MALANG

### I. PENDAHULUAN

RSUD Dr. Saiful Anwar Malang adalah instansi pelayanan masyarakat yang padat modal, padat teknologi dan padat karya yang dalam pelaksanaan sehari – hari melibatkan sumber daya manusia dengan berbagai jenis keahlian. Disamping itu rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan untuk umum dimana banyak berkumpul orang sakit maupun orang sehat yang memungkinkan terjadinya kontak personal baik antar pengunjung, pengunjung dengan petugas maupun antar petugas yang selalu memerlukan kewaspadaan terus menerus, guna mencegah hal-hal yang mungkin berakibat fatal baik kepada pengunjung maupun petugas.

Untuk itu program perlindungan kepada pengunjung dan petugas melalui Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) sebagai upaya menyeluruh, terencana dan terprogram sangatlah penting. Karena itu perlu dibuat Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja, untuk diterangkan sebagai arah dan pedoman dalam penyelenggaraan program K3 di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

### II. TUJUAN

Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah suatu usaha untuk menciptakan lingkungan kerja dan cara kerja yang aman, bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.

### III. TUJUAN

1. Menciptakan keadaan lingkungan kerja dan cara kerja yang aman, bebas dari kecelakaan.
2. Menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif.
3. Mengupayakan pembantuan keluarga yang sehat secara patruma.

### IV. SASARAN

1. Melindungi tenaga kerja dari penyakit akibat kerja.
2. Memberi rasa aman pada penderita, penunggu penderita dan pengunjung rumah sakit.
3. Meningkatkan produktivitas tenaga kerja.
4. Mempercepat kesembuhan penderita.
5. Menjadikan rumah sakit ramah lingkungan.

### V. KEBIJAKAN

1. Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan kegiatan Program K3 di Rumah Sakit.
2. Dalam melaksanakan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan kegiatan Program K3, Direktur RS menunjuk Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Pendidikan sebagai pimpinan yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan Program K3 di RS dan membentuk organisasi / panitia yang berfungsi membantu Pimpinan dalam penyelenggaraan Program K3.

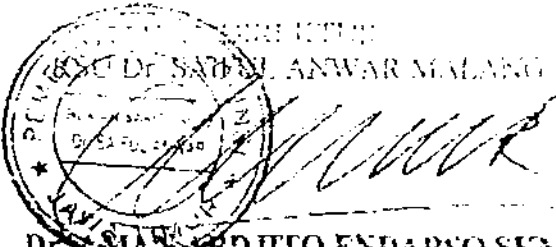
3. Upaya-upaya dalam rangka penyelenggaraan program K-3 diarahkan utamanya untuk :
  - a. Pengamanan perlatan medik
  - b. Pengamanan peralatan non medik
  - c. Pengamanan peralatan berat
  - d. Pengamanan radian dan limbah radiologi
  - e. Pengamanan dan keselamatan bangunan
  - f. Pengembangan sanitasi sarana kesehatan
  - g. Pelayanan kesehatan kerja
  - h. Penanggulangan penyakit akibat kerja
  - i. Penyelenggaraan evakuasi penderita dalam keadaan darurat situasi berbahaya atau bencana alam
  - j. Penyuluhan kesehatan kerja dalam rangka meningkatkan pengertian MSDS (Material Safety Data Sheet) di lingkungan kerja masing-masing
4. Penyelenggaraan kegiatan K-3 di RS merupakan bagian yang tak terpisahkan dari tugas dan fungsi masing-masing unit kerja
5. Pengelolaan program K-3 di RS diatur sebagai berikut
  - a. Rencana/program kerja tahunan K-3 disusun oleh Tim/Panitia K-3 berserta sama Unit kerja yang terkait sebagai masukan bagi Pimpinan RS. Rencana / Program kerja K-3 merupakan bagian dari rencana/program RS secara keseluruhan
  - b. Pelaksana dari rencana / program kerja tahunan K-3 ialah masing-masing unit kerja yang ada di RS baik Struktural maupun Fungsional sesuai lingkup tugasnya
  - c. Pemantauan, pengendalian dan penilaian kegiatan program K-3 di tingkat unit kerja dilaksanakan oleh kepala Unit kerja yang bersangkutan dan atau bersama-sama dengan Tim/Panitia K-3
  - d. Tim/Panitia K-3 wajib membuat penilaian telaah hasil-hasil kegiatan program K-3 RS, serta merumuskan cara pemecahan masalahnya bila terdapat hambatan sebagai bahan masukan bagi Pimpinan RS
  - e. Pemantauan, pengendalian dan penilaian kegiatan Program K-3 di tingkat RS dilaksanakan oleh Tim/Panitia K-3
6. Untuk meningkatkan kesiapsiagaan RS dalam pencegahan dan penanggulangan kebakaran, perlu dibentuk Satuan Tugas Pemadam Kebakaran ( Satgas PMK ) dibawah koordinasi Kepala Matrak Hansip RSSA secara teratur dan terencana dilakukan latihan baik perorangan maupun menyeluruh
7. Untuk meningkatkan dan mengembangkan peran RS dalam penanggulangan bencana baik terhadap bencana yang dialami oleh RS sendiri maupun bencana di luar RS, perlu dibentuk Tim Keselamatan Penanggulangan Bencana ( sesuai SK Menkes RI No 448/Menkes/SK VI/1995)
8. RS mempunyai peraturan tertulis yang ditetapkan oleh Pimpinan untuk menunjang pelaksanaan program K-3 meliputi
  - a. Materi Pokok K-3
  - b. Peraturan kepegawaian
  - c. Izin/izin, sertifikat kelainan dari instalasi terkait
  - d. Yang berkaitan dengan keselamatan kerja, pencegahan dan penanggulangan infeksi nosokomial, bahaya kebakaran dan bencana serta kesehatan lingkungan
  - e. Peraturan-peraturan khusus untuk tempat-tempat beresiko

- a. Ketersediaan alat pemadam
  - b. Persyaratan laik sehat bagi petugas pemadam kebakaran
9. Semua peraturan tertulis tentang keselamatan kerja, pencegahan dan penanggulangan kebakaran dan bencana serta kesehatan lingkungan perlu disebarluaskan, diketahui dan dilaksanakan oleh semua staf RS
10. Tim / Panitia K-3 bersama Bidang Diklit RS perlu menginventarisir kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi staf RS untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dibidang K-3, menyusun program pelatihan secara tertulis dan melaksanakannya secara bertahap sesuai kemampuan RS
11. Fasilitas dan peralatan yang terkait program K-3 harus :
  - a. Selalu dipelihara dan siap pakai secara terus menerus
  - b. Memenuhi spesifikasi sesuai standar MSDS
  - c. Bangunan – bangunan memiliki sertifikat sesuai perundangan yang berlaku ( untuk Lift, listrik, genset, penangkal petir, instalasi alarem kebakaran otomatis, bejana tekan, bejana uap, instalasi radiologi, laboratorium dan peralatan medik lain )
  - d. Mempunyai manual tentang penggunaan peralatan berat dalam baha Indonesia singkat, jelas, mudah dimengerti dan ditempel pada setiap peralatan.
12. Untuk melindungi petugas dari kemungkinan terjadinya penyakit dan kecelakaan kerja perlu disediakan peralatan pelindung diri dalam jumlah yang cukup, digunakan secara teratur dan terpelihara dengan baik
13. Bahan berbahaya yang dipergunakan di RS harus disimpan ditempat khusus yang aman, terpelihara dan dilengkapi dengan prosedur tentang penyimpanan / pengamanan bahan berbahaya disertai tanda-tanda pengamananan yang jelas
14. Perlu disediakan secara bertahap alat perlengkapan keamanan pasien yang meliputi :
  - a. Pegangan sepanjang tangga
  - b. Toilet dilengkapi penanganan dan bel
  - c. Pintu dapat dibuka dari luar
  - d. Tempat tidur dilengkapi penahan pada tepinya dengan jarak terali lebih kecil dari kepala rak
  - e. Sumber listrik mempunyai penutup / pengaman
  - f. Sumber air panas mempunyai kendali otomatis untuk mencegah terjadinya luka bakar oleh air panas
  - g. Pemasokan oksigen yang cukup pada tempat tempat penting
  - h. Tersedianya alat penghisap dalam keadaan darurat ( Emergency suction )
  - i. Alat tanga listrik pengganti bagi ruanuan dan peralatan medis yang vital.
15. Setiap unit kerja harus membuat dokumentasi tentang semua kejadian penanggulangan kesus akibat kecelakaan kerja, kebakaran dan bencana di unit kerjanya, melaporkan kepada Pimpinan Rumah sakit untuk dianalisa, dievaluasi dan ditindaklanjuti dengan penelitian.
16. Untuk pencegahan dan peningkatan kewaspadaan kemungkinan terjadinya penyakit/ kecelakaan akibat kerja dan bencana kebakaran maka setiap bahan, obat peralatan lingkungan dan tempat-tempat lain maka potensial menimbulkan penyakit/ kecelakaan akibat kerja dan bencana kebakaran harus diinventarisir

17. Penyelenggaraan program K 3 di RSSA dilaksanakan dengan memperhatikan keterpaduan dengan program-program rumah sakit yang berkaitan dengan program K 3 di rumah sakit.
18. Kebijakan K3 di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dibuat dan mengacu pada peraturan perundang-undangan sebagai berikut:
  - a. Undang-undang No. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja
  - b. Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
  - c. Permenaker No. 5/Men/1996 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
  - d. Permenkes No. 986 /Menkes/Per/XL/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
  - e. Keputusan Dirjen PPM & PLP No. HK.00.06.6.44. tahun 1993 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Ruang dan Bangunan serta Fasilitas Sanitasi Rumah Sakit.

#### VI PENUTUP

1. Kebijakan ini dibuat untuk dipedomani oleh seluruh satuan kerja yang terkait dengan kegiatan Program K 3 di Rumah Sakit
2. Semua tata cara pelaksanaan kegiatan dibuatkan pedoman pelaksanaan dan prosedur tetap yang merupakan bagian tak terpisahkan dari kebijakan ini
3. Penyelenggaraan kegiatan program K 3 di RS tidak mungkin dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya tanpa dukungan semua pihak yang terkait dan tidak mungkin dilaksanakan secara terpisah tetapi wajib dilaksanakan secara bersama sebagai satu kesatuan (Team Work)
4. Akhirnya diharapkan kepada seluruh karyawan RS agar dapat menyelenggarakan kegiatan program K 3 dengan sebaik-baiknya

  
RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG  
Jl. Saiful Anwar No. 1  
60132 Malang  
Telp. (0341) 821110  
Faks. (0341) 821111  
E-mail: rsu@saifulanwar.com  
www.saifulanwar.com

**Dr. SIAH ARDJITO ENDARSO, SKM**  
NIP. 140 089 211



## STANDAR KEBIJAKAN

Nomor : PS 0 7A 011  
 Revisi : 0  
 Tanggal Terbit : 25 Februari 2000  
 Lembar : 1 dari 1

Judul : Kebijakan Sanksi Terhadap Sub Contractor yang Melanggar Peraturan K3  
 Referensi : Surat Keputusan Dirut Nomor : SKEP/026/DU/S/XII/98, tentang Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

1. Semua Sub Contractor yang melakukan kegiatan yang berhubungan dengan PT PAL Indonesia wajib melaksanakan peraturan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang tercantum dalam Buku Pedoman Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan Peraturan K3 lainnya yang berlaku di PT PAL Indonesia.
2. PT PAL Indonesia akan menjatuhkan sanksi terhadap Sub Contractor yang melakukan pelanggaran sebagai berikut :
  - a. **Sub Contractor yang Tidak Mematuhi/Melaksanakan Peraturan K3 Dan Berpotensi Menimbulkan Kecelakaan**
    - o Didenda sebesar Rp. 250.000,-
    - o Bila dalam kurun waktu 1 (satu) bulan pelanggaran yang sama masih dilakukan, maka yang bersangkutan akan di denda sebesar Rp. 500.000,-
    - o Pelanggaran yang sama untuk ketiga kalinya akan dijatuhi sanksi pemutusan kontrak yang sedang berjalan.
  - b. **Sub Contractor Melakukan Kelalaian yang Menyebabkan Kecelakaan Kerja**
    - o Didenda sekurang-kurangnya Rp. 500.000,- dan atau sebesar kerugian yang diderita oleh PT PAL Indonesia.
    - o Bila kecelakaan berulang akan didenda dengan jumlah yang sama dan dapat dilakukan pemutusan kontrak yang sedang berjalan.
  - c. **Sub Contractor Melakukan Kelalaian sehingga mengakibatkan Kematian**
    - o Didenda sekurang-kurangnya Rp. 5.000.000,- dan atau sebesar kerugian yang diderita oleh PT PAL Indonesia.
    - o Bila kecelakaan yang menyebabkan kematian berulang akan didenda dengan jumlah yang sama dan di *black list* sebagai sub contractor PT PAL Indonesia
3. Mekanisme pelaksanaan penjatuhan sanksi akan diatur tersendiri dalam Standar Prosedur Operasional dan Standar Kerja.




## STANDAR KEBIJAKAN

· Nomor	PS 0 7A 010
· Revisi	0
· Tanggal Terbit	25 Februari 2000
· Lembar	1 dari 1

Judul : Kebijakan Persyaratan K3 bagi Sub Contractor PT PAL Indonesia  
 Referensi : Surat Keputusan Dirut Nomor : SKEP/026/DU/S/XII/98, tentang Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

1. Semua Sub Contractor yang terlibat -baik secara langsung maupun tidak langsung- dalam kegiatan PT PAL Indonesia harus turut berperan dalam upaya pencegahan dan pengendalian kecelakaan kerja.
2. Keikutsertaannya dalam upaya pencegahan dan pengendalian kecelakaan kerja dinyatakan secara tertulis dalam kontrak.
3. PT PAL Indonesia melakukan penilaian kinerja (*performance*) K3 dari setiap Sub Contractor yang akan/sedang melakukan kerja sama dengan PT PAL, dimana hasil penilaian tersebut menjadi salah satu pertimbangan dalam pengambilan keputusan.
4. PT PAL Indonesia -sebagai mitra kerja- akan melakukan pembinaan-pembinaan K3 kepada Sub Contractor dalam rangka mewujudkan lingkungan kerja yang aman.
5. Elemen-elemen penilaian dan persyaratan K3 secara lengkap yang harus dipenuhi oleh Sub Contractor diatur tersendiri dalam standar prosedur operasional.
6. PT PAL Indonesia akan menjatuhkan sanksi kepada Sub Contractor yang tidak memenuhi persyaratan K3 yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada sub contractor yang memenuhi persyaratan K3.



	<b>STANDAR KEBIJAKAN BIDANG K3LH</b>	Nomor : PS 0 7C 004 Revisi : 0 Tanggal Terbit : 05.11.1999 Lembar : 1 dari 1
Judul : Kebijakan Pengelolaan Lingkungan PT PAL Indonesia Referensi : Undang-undang nomor 23 tahun 1997 tentang pengelolaan Lingkungan Hidup		

## KEBIJAKAN LINGKUNGAN

PT PAL INDONESIA SEBAGAI PUSAT INDUSTRI MARITIM & REKAYASA UMUM BERTARAF INTERNATIONAL YANG BERWAWASAN LINGKUNGAN, MENERAPKAN KEBIJAKAN LINGKUNGAN SEBAGAI BERIKUT :

1. MEMATUHI PERUNDANG - UNDANGAN, PERATURAN & PERSYARATAN LINGKUNGAN YANG BERLAKU.
2. DENGAN SARANA YANG DIMILIKI SERTA KERJASAMA DENGAN INSTANSI YANG TERKAIT, PERUSAHAAN MELAKUKAN PENGELOLAAN LINGKUNGAN.
3. MELAKSANAKAN PEMANTAUAN, EVALUASI DAN KAJI ULANG UNTUK MENJAMIN PELAKSANAAN PENGELOLAAN LINGKUNGAN.
4. MEMBINA KEPEKAAN, KESADARAN DAN KEPEDULIAN LINGKUNGAN BAGI SELURUH KARYAWAN.

**Kebijakan Perusahaan**  
**Sidang : Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

PT. Kereta Api (Persero) sebuah perusahaan yang memberikan jasa pelayanan transportasi darat yang bersifat masal baik penumpang dan barang di Jawa dan Sumatera memiliki komitmen .

- ◆ Meningkatkan dan memperbaiki sumber daya serta meningkatkan profesionalisme di jasa perkeretaapian.
- ◆ Mengurangi tingkat gangguan operasional dengan mengutamakan keselamatan dan pelayanan terhadap penumpang, barang, karyawan dan masyarakat sekitar.
- ◆ Meningkatkan rasa peduli dengan menitik beratkan pada ketaatan akan peraturan dan persyaratan K3 yang relevan.
- ◆ Semua karyawan melakukan tugas dengan sungguh-sungguh sesuai bidang dan tanggung jawab untuk kinerja perusahaan dan kesejahteraan bersama
- ◆ Memiliki system pengawasan yang berjenjang secara sistematis dengan terus menerus menganalisa dan mengevaluasi mengikuti perkembangan teknologi, kompetensi, lingkungan dan peraturan.

Bandung, 15 Juli 2003-07-15  
Direktur Utama

**KEBIJAKAN**  
**KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA, DAN LINGKUNGAN**  
**PT. DEF**

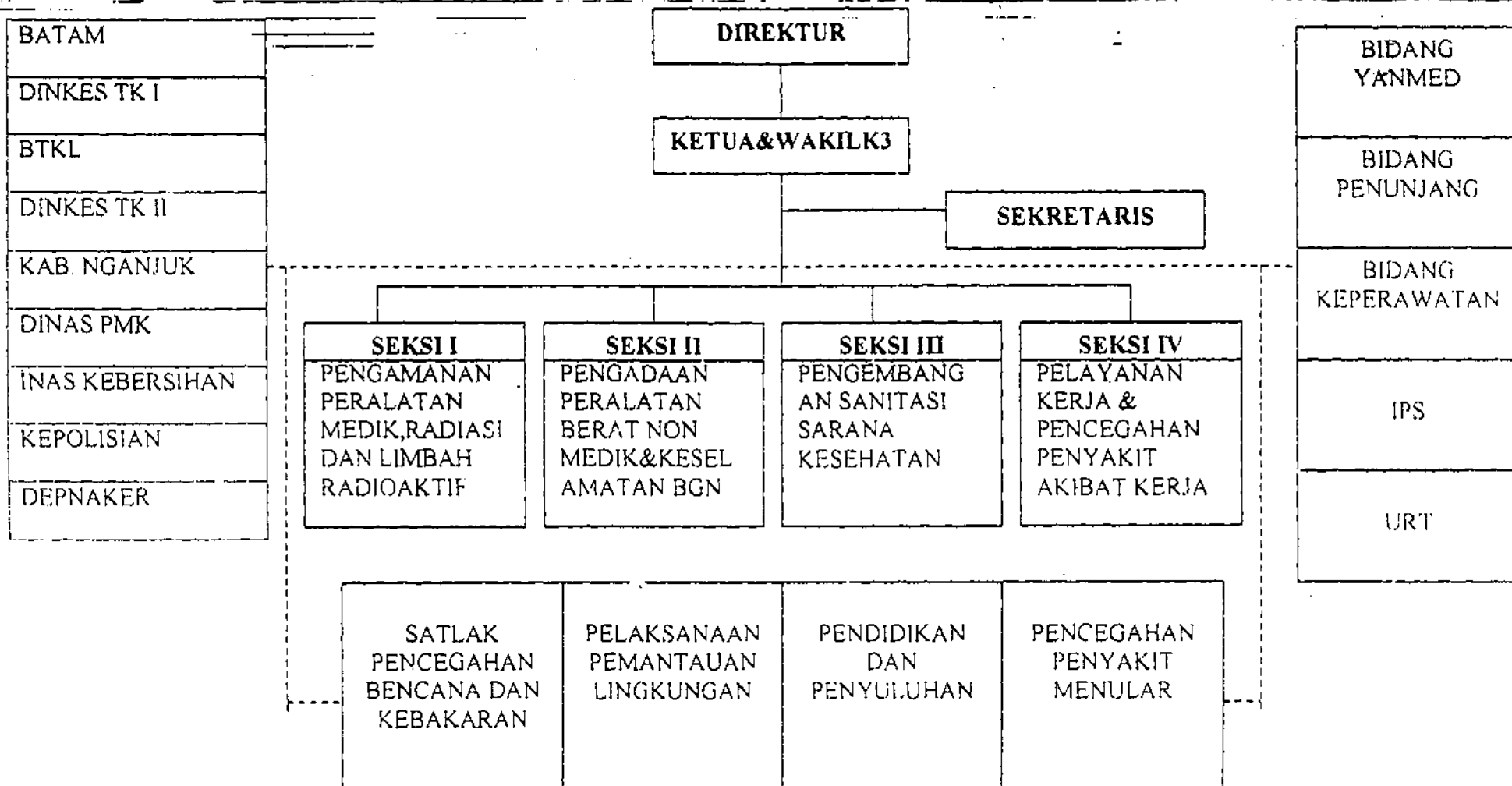
PT DEF yang bergerak dalam bidang waste water, water treatment dan air pollution control specialist menyatakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja, merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari seluruh aktivitasnya dan menjadi tanggung jawab seluruh tingkat organisasi

PT DEF berusaha untuk mencapai tingkat tertinggi unjuk kerja keselamatan dan kesehatan kerja, secara berkelanjutan dengan mencapai tingkat resiko yang dapat prima dengan mengendalikan resiko, dan memenuhi perundangan dan persyaratan keselamatan dan Kesehatan Kerja, lainnya yang relevan, dengan melakukan peningkatan berkelanjutan dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk menerapkan dan mewujudkan kebijakan ini

Jakarta, 10 Desember 2001

Direktur Utama

## BAGAN ORGANISASI PANITIA K3 RSUD NGANJUK 20001





---

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA  
NOMOR : 602.1 / 16 / 101.2/2005

TENTANG  
PANITIA KESELAMATAN KERJA, KEBAKARAN DAN KEWASPADAAN BENCANA  
DILINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

---

BISMILLAHIRROHMANIROCHIM

- Menimbang : Bahwa dalam upaya meningkatkan Pelayanan Kesehatan di RSUD Haji Surabaya khususnya tentang Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana, maka perlu dibentuk Panitia Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana, maka perlu
- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992, Tentang Keselamatan.
  2. Keputusan Menteri Dalam Negeri No 1 Tahun 2001 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit daerah.
  3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan dan Standar Medis di Ruamah Sakit.
  4. Peraturan Daerah Nomor 9 tahun 1998 tentang bOrganisasi dan Tata Kerja RSUD Haji Surabaya

MEMUTUSKAN

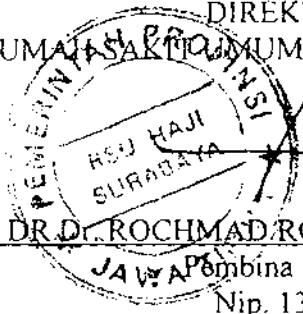
- Menetapkan :
- Pertama : Membentuk Panitia Keselamatan kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana RSUD Haji Suarabaya dengan susunan seperti dalam Lampiran Surat Keputusan ini dan menjadi bagian tidak terpisahkan dari Surat Keputusan Ini.
- Kedua : Panitia Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Haji Surabaya
- Ketiga : Dengan Belakunya Surat keputusan ini maka Surat Keputusan dengan Nomor : 445/511.A/01.1/2000 tentang kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana dinyatakan sudah tidak berlaku lagi.

Keempat . ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga  
Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam pencetakan Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : SURABAYA  
Pada Tanggal : 1 Juni 2005.

---

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT GEMUKUM HAJI SURABAYA



Prof. DR. DR. ROCHMAD ROMDONI, Sp.Pd., Sp.Jp(K)  
Pembina Utama Muda  
Nip. 130 610 744

Tembusan disampaikan :

- Yth :
1. Gubernur Jawa Timur
  2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur
  3. Direktur
  4. Wadir Umum dan Keuangan
  5. Wadir Pelayanan Medis
  6. Semua Kabag, Kepala Instalasi, Ketua Komite Medik, semua SMF
  7. Semua pihak yang terkait dilingkungan

tentang  
STRUKTUR ORGANISASI PANITIA  
KESELAMATAN KERJA, KEBAKARAN DAN KEWASPADAAN BENCANA  
RSUD HAJI SURABAYA

---

KETUA : Dr. TANIA ELIZE VIYAYA S

SEKRETARIS : MISDAN SURYATMOKO, SKM.Mkes

ANGGOTA :

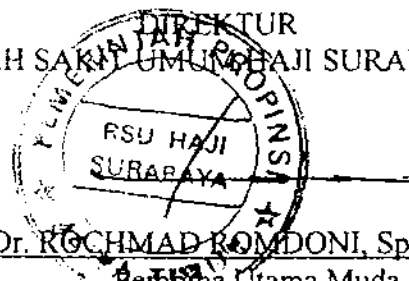
- NURTANTO INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA
- PUTHUT HARIYADI INSTALASI SANITASI
- Dra. ENY DARMAWATI, MM BAGIAN PERLENGKAPAN/ RT
- Dr. RETNO INDRASTUTI, MARS BIDANG PELAYANAN
- Dr. SALIM BARJIDWAN INSTALASI RAWAT INAP
- Dr. SASONGKO, SpA INSTALASI RAWAT JALAN
- ENY SAYUNINGSIH, SKM INSTALASI GIZI
- Dr. JAMROJI, Sp Rad INSTALASI RADIOLOGI
- Dr. RAHMANIA, SpPK INSTALASI PATHOLOGI KLINIK
- Dra. HARLINA, Apt INSTALASI FARMASI
- Dr. TRININGSIH INSTALASI RAWAT JALAN
- AGUS SUGIANTORO, AMK I.G.D
- Drg. RAHAYU S BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA
- PUJI RAHAYU, Skep BIDANG KEPERAWATAN
- MASRUR, AMK INSTALASI BEDAH SENTRAL

Ditetapkan di : SURABAYA

Pada Tanggal : 1 Juni 2005.

---

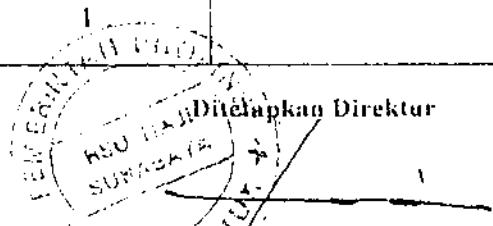
DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA



Prof. DR. Dr. ROCHMAD ROMDONI, Sp.Pd., Sp.Jp(K)

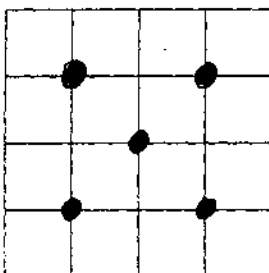
Pejabat Utama Muda

Nip. 130 610 744

RSU HAJI SURABAYA Jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	PENGUKURAN PENCAHAYAAN GENERAL		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman
PROTAP	Tanggal Terbit 10 Januari 2004	 Ditandatangani Direktur <u>Prof. DR. Dr. Rochmad Romdoni, Sp.PD., Sp.JP(K) FIHA</u> Pembina Utama Muda NIP. 130 610 744	

## PROSEDUR TETAP PENGUKURAN PENCAHAYAAN GENERAL

1. Penentuan lokasi dan persiapan alat
2. Menentukan titik pengukuran  
Menggunakan peta 90 cm/dengan cara diagonal

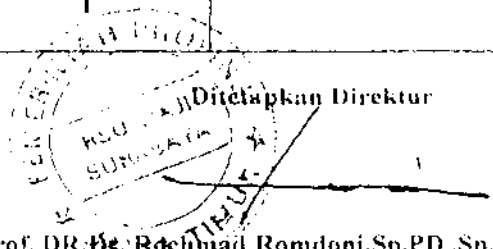


• Titik-titik Pengukuran

3. Melakukan pengukuran di titik-titik pengukuran dengan cara :
  - a. Hidupkan lux meter dengan menekan tombol "ON".
  - b. Posisi alat setinggi orang yang bekerja, diletakkan ditelapak tangan dengan jarak 50 cm dari tubuh.
  - c. Ditunggu  $\pm 5$  menit
  - d. Catat hasilnya sesuai dengan angka yang ditunjukkan oleh "Lux Meter".
  - e. Matikan alat dengan menekan tombol "OFF".
4. Dari setiap pengukuran yang dilakukan dicari rata-ratanya. Hasil yang diperoleh menunjukkan tingkat pencahayaan diruangan tersebut.

### Catatan :

Pengukuran general dilakukan ditempat dimana setiap kerja tiap orang memiliki kebutuhan pencahayaan yang sama.

RSU HAJI SURABAYA Jl. Manyar Kertoadi S U R A B A Y A	PENGUKURAN PENCAHAYAAN RUANGAN LOKAL		
	No Dokumen	No Revisi 1	Halaman
PROTAP	Tanggal Terbit 10 Januari 2004	 Ditetapkan Direktur <u>Prof. DR. Dr. Rochmiad Romdoni, Sp.PD., Sp.JP(K) FIHA</u> Pembina Utama Muda NIP. 130 610 744	

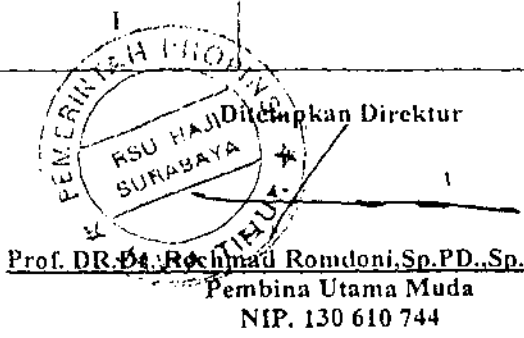
## PROSEDUR TETAP PENGUKURAN PENCAHAYAAN RUANGAN LOKAL

1. Menentukan lokasi dan persiapan alat
2. Menentukan titik pengukuran
3. Melakukan pengukuran dengan cara :
  - a. Hidupkan lux meter dengan menekan tombol "ON".
  - b. Posisi alat setinggi orang yang bekerja, diletakkan ditelapak tangan dengan jarak 50 cm dari tubuh.
  - c. Ditunggu  $\pm$  5 menit
  - d. Catat hasilnya sesuai dengan angka yang ditunjukkan oleh "Lux Meter".
  - e. Matikan alat dengan menekan tombol "OFF".

### **Catatan :**

- ☞ Pengukuran local dilakukan jika kebutuhan pencahayaan berbeda-beda dan juga untuk tempat yang ada sekat-sekatnya.
- ☞ Sebaiknya orang yang melakukan pengukuran menggunakan pakaian yang berwarna gelap.



RSU HAJI SURABAYA Jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	PENGUKURAN KEPADATAN LALAT		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman
PROTAP	Tanggal Terbit 10 Januari 2004	 <p>Prof. DR. Dr. Rochmad Romdoni, Sp.PD., Sp.JP(K) FIHA Pembina Utama Muda NIP. 130 610 744</p>	

## PROSEDUR TETAP PENGUKURAN KEPADATAN LALAT

1. Menentukan lokasi dan mempersiapkan alat yang terdiri dari :
  - ⊕ Fly Grill = Tempat untuk hinggapnya lalat
  - ⊕ Rally Counter = Alat Bantu menghitung yang hinggap di fly grill
  - ⊕ Stop Watch = Alat untuk menentukan waktu
2. Meletakkan fly grill didekat tempat sampah atau lantai ruangan
3. Menghidupkan stop watch, kemudian menghidupkan lalat yang hinggap di fly grill dengan bantuan rally counter sampai stop watch menunjukkan waktu 30 detik.  
Hal ini diulangi sampai 10 kali masing-masing selama 10 detik.
4. Setiap selesai melakukan pengukuran dicatat hasilnya.
5. Dari hasil yang diperoleh mengambil 5 angka yang terbesar kemudian dijumlahkan dibagi 5.  
Hasil yang diperoleh merupakan hasil rata-rata kepadatan lalat ditempat tersebut.
6. Hasil rata-rata disesuaikan dengan kriteria tingkat kepadatan lalat.  
Jika hasilnya :
  - 0 – 2 = Tidak menjadi masalah
  - 3 – 5 = Perlu pengamatan
  - 6 – 20 = Populasi cukup padat, perlu pengamanan dan rencana tindakan
  - > 21 = Populasi padat, dilakukan pengamanan dan tindakan pengendalian.

**JADWAL PETUGAS PERBAIKAN INSTALASI SANITASI  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

**BULAN : JULI**

NO	NAMA	TANGGAL DAN HARI																														
		1 St	2 Mg	3 Sn	4 Sl	5 Rb	6 Km	7 Jm	8 St	9 Mg	10 Sn	11 Sl	12 Rb	13 Km	14 Jm	15 St	16 Mg	17 Sn	18 Sl	19 Rb	20 Km	21 Jm	22 St	23 Mg	24 Sn	25 Sl	26 Rb	27 Km	28 Jm	29 St	30 Mg	31 Sn
1	DJOKO SUPRIYO	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L
2	DOMPIT BERO	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S
3	SALEH	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P
4	ARIF AL BIROWO	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M	L	L	P	P	P	S	S	S	L	M	M	M
5	MATARI	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P
6	SUBAKTI ELYONO	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P
7	PUTHUT H.	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P	P	P	P	P	L	L	P

**Keterangan :**

P : Dinas Pagi : 07.00 s/d 14.00 WIB  
 S : Dinas Sore : 14.00 s/d 21.00 WIB  
 M : Dinas Malam : 21.00 s/d 07.00 WIB  
 L : Libur

Surabaya, 30 - 6 - 2006

Ka. Instalasi Sanitasi



Misdan Suryatmoko, SKM, Mkes  
 NIP. 140 151 344



## **MONITORING KUALITAS UDARA INDOOR & OUTDOOR RSU. HAJI SURABAYA**

### **I. JENIS SAMPEL**

Pemantauan kualitas udara di RSUD. Haji dilaksanakan sebagai data dasar dalam rangka menekan sedini mungkin terjadinya infeksi nosokomial diantara pasien, pengunjung, karyawan rumah sakit serta masyarakat disekitarnya. Pengambilan sampel udara di rumah sakit serta dilakukan terhadap kualitas udara baik yang ada didalam ruang/unit rumah sakit (indoor) maupun di halaman/lingkungan rumah sakit (out door).

### **II. PARAMETER PENGUKURAN**

#### **1. Indoor sampling**

Jenis sampel kualitas udara yang diperiksa/diukur meliputi antara lain: debu, gas-gas beracun ( $H_2S, NH_3$ ), angka kuman dan kebisingan.

#### **2. Outdoor sampling**

Jenis sampel kualitas udara yang dieperiksa/diukur di halaman/lingkungan rumah sakit meliputi antara lain :

- Debu termasuk kandungan logam berat (Pb, Cd);
- Gas-gas beracun ( $H_2S, NH_3, CO, NOX, SO_2, HC, Ozon$ , dan lain-lain).
- Tingkatan kebisingan

### **III. ALAT DAN BAHAN**

Pemeriksaan kualitas udara di rumah sakit di dalam rangka pemantauan kadar debu, gas beracun dan angka kuman dapat di lakukan dengan menggunakan sistem kering (dry system) dan sistem basah (wet system). Peralatan yang digunakan untuk sampling kualitas udara secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini :

JENIS SAMPEL	ALAT SAMPLING	
	DRY SYSTEM	WET SYSTEM
Debu (SPM)	High Volume Sampler (HVS)	Dus Fall Collection
Gas Beracun	- Gas Detector - CO Analyzer	Impinger Gas Sampler
Angka Kuman	Bio Test RCS	Impinger Gas Sampler
Kebisingan	Sound Level Meter	

Peralatan sampling di siapkan oleh pihak Labotarorium lingkungan BTKL Surabaya yang ditunjuk sebagai tempat pemerisaan kualitas udara oleh RSU Haji Surabaya.

#### IV. TITIK/LOKASI SAMPLING (POINT OF SAMPLING)

##### a. Indoor sampling

##### 1. Sampel debu dan gas

Lokasi sampling untuk pengukuran parameter debu dan gas beracun di masing-masing ruang/unit ruang operasi (OK), ruang Obsgin (Kebidanan), ruang perawatan bayi, ICU, Ruang perawatan penyakit dalam, Labotorium, Farmasi, Instalasi gizi. Jumlah sampel udara yang di di ambil/diukur pada masing-masing ruang/unit minimal 1 (satu) titik.

##### 2. Sampel angka kuman

Lokasi sampling untuk mengetahui tingkat kepadatan kuman dilakukan pada ruang/unit : ruang operasi, ruang obsgin (Kebidanan), ruang perawatan penyakit dalam, Ruang penyakit paru-paru, I.G.D, Instalansi Gizi. Jumlah sampel udara yang diperiksa/diukur pada masing-masing ruang/unit minimal 1 (satu) titik.

3. Tingkat kebisingan dan pencahayaan ruang

Pengukuran tingkat kebisingan ruang dilakukan pada ruang/unit: VIP, Perawatan Klas I, Klas II, Klas III, Isolasi, Radiologi, operasi, Poli gigi, Laboratorium, Cuci/loundry, Dapur dan Diesel. Titik pengukuran pada masing-masing ruang/unit pada satu periode pengukuran minimal 3 (tiga) kali yaitu pada pagi, siang dan malam hari.

b. Outdoor sampling

Lokasi sampling kadar debu, gas serta keisingan di halaman/lingkungan rumah sakit dilakukan pada titik yang terdekat, di tengah-tengah dan terjauh dari sumber pencemaran (jalan raya Manyar Kertoadi yaitu masing-masing di halaman parkir depan, parkir belakang, dan halaman. Jumlah sampel pada masing-masing titik pengukuran 1 (satu) buah.

## V. PREKUENSI PENGAMBILAN SAMPEL

a. Indoor sampling

1. Kegiatan pemeriksaan/pengukuran kadar debu dan gas beracun dilakukan 2 (dua) kali dalam setahun.
2. Pengukuran angka kuman dilakukan 3 (tiga) kali setahun.

b. Outdoor sampling

Kegiatan pemeriksaan/pengukuran kadar debu, gas dan kebisingan di halaman/lingkungan rumah sakit dilakukan 1 (satu) kali setahun.

## VI. PENGIRIMAN SAMPEL KE LABORATORIUM

Sampel lingkungan sebaiknya segera dikirim ke Laboratorium untuk dianalisa. Apabila kemungkinan untuk dikirim ke Laboratorium pada hari itu juga (khususnya sampel untuk pemeriksaan kadar gas beracun dan angka kuman), maka sampel perlu mendapatkan perlakuan khusus agar supaya sampel tersebut diperiksa di Laboratorium, hasil pemeriksaannya tetap akan mewakili/menambahkan kondisi kualitas udara yang ada pada saat itu.

a. Sampel debu

Sampel debu yang diambil dengan sistem kering (dry sistem) di ambil dengan alat HVS dan debu ditangkap dengan media sampling berupa kertas saring yang terbuat dari HVS kertas filter yang mengandung debu dilipat menjadi dua dengan permukaan yang mengandung debu berada pada bagian dalam. Kemudian kertas filter di masukan ke dalam amplop kertas manila atau kertas tebal lainnya pada bagian depan amplop di lengkapi dengan data-data tentang ; lokasi sampling, tanggal sampling, berat kertas filter sebelum dan sesudah sampling serta data tentang cuaca pada saat sampling (arah dan kecepatan angin, kelembaban, suhu, keadaan cuaca (cerah, mendung, gerimis,/hujan dan lain-lain), kertas sampel dikirim ke Laboratorium untuk diperiksa/ditimbang berat debunya (Laboratorium pemeriksan seyogyanya adalah labororium dimana berat kertas filter ditimbang sebelum dipakai untuk sampling dengan timbangan yang sama)

b. Sampel gas dan angka kuman

Sampel dikeluarkan dari Impinger kemudian dipindahkan kedalam wadah sampel/botol berwarna hitam atau gelap kemudian di tutup. Kemudian wadah sampel/botol ditutup dan dilengkapi dengan data-data, nama instansi pengirim sampel, tanggal sampling, lamanya sampling, volume absorbans (larutan penangkap sampel gas) sebelum dan sesudah sampling serta data tentang cuaca pada saat sampling antara lain: arah dan kecepatan ang, suhu dan kelembaban, keadaan cuaca (cerah, mendung, gerimis/hujan). Agar sampel dalam keadaan dingin dan terlindung daridari sinar Matahari, maka sampel gas dimasukkan ke dalam termos/box baik setelah sampling, pengiriman ke Laboratorium maupun sebelum pemeriksaan/ analisa di Labororium.

## **VII. PELAPORAN**

Sistem pelaporan hasil analisa kualitas udara di RSUD. Haji disajikan dalam bentuk tabel (terlampir) yang memuat hasil analisa, baku mutu lingkungan dan interpretasi hasil analisa.

Frekuensi pelaporan disesuaikan dengan frekuensi pengambilan sampel, yaitu:

- a. Sampel Indoor sampling
  1. Sampling gas, debu dan kebisingan : 2 (dua) kali setiap tahun
  2. Sampling kuman : 3 (kali) setiap tahun.
- b. Outdoor sampling
  1. Sampling debu, gas dan kebisingan.

## **VIII. EVALUASI/INTERPRETASI**

Hasil pemeriksaan laboratorium terhadap kualitas udara (debu, gas dan angka kuma serta keisingan) dibandingkan dengan baku mutu yang berlaku yaitu SK. Dirjen P2M dan PLP Dep. Kes No. NK.00.06.6.44 (lampiran 1) tentang persyaratan kesehatan lingkungan, ruang dan bangunan serta Fasilitas Sanitasi Rumah Sakit. Apabila kadar beberapa udara hasil sampling di ruang/unit dan atau lingkungan masih berada di bawah baku mutu yang berlaku, maka dapat diinterpretasikan bahwa kualitas udara di ruang/unit dan atau lingkungan rumah sakit masih berada pada batas-batas normal serta tidak membahayakan kesehatan.

Apabila kadar beberapa parameter udara ruang hasil sampling di ruang/unit dan atau lingkungan lebih besar dari pada baku mutu yang berlaku maka dapat diinterpretasikan bahwa kualitas udara di ruang/unit dan atau lingkungan tidak memnuhi syarat dan dapat membahayakan kesehatan.

Surabaya, Agustus 1997



TENTANG

TEMPAT PENEMPATAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERESIKO  
LINGKUNGAN RSU HAJI SURABAYA

RSU Haji Surabaya yang mengemban misi dan visi bertekad melaksanakan kegiatan di bidang K3 ( Keselamatan dan kesehatan kerja ) dengan rasa tanggung jawab sosial dan etika yang tinggi, menciptakan rasa aman di areal instalasi unit-unit intern dan extern untuk mewujudkan pelaksanaan perundangan dalam bidang lingkungan hidup serta keselamatan dan kesehatan kerja ( K3 ). Adapun tempat yang digunakan sebagai tempat penyimpanan bahan berbahaya dan resiko tinggi adalah sebagai berikut

1. Gedung Instalasi Patologi Klinik ( Laboratorium )
2. Gedung Radiologi pust dan Radiologi IGD.
3. Gedung Farmasi
4. Instalasi Gizi.
5. Instalasi sentral Gas Medik
6. Kamar Operasi
7. Gedung CSSD
8. Gedung Genset
9. Gedung / ruang Isolasi

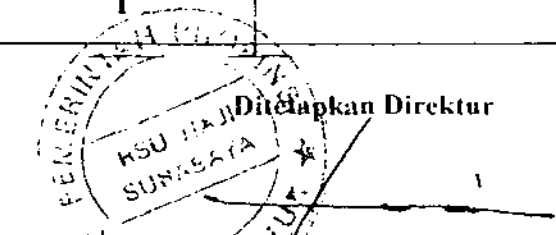
Surabaya, November 2001

Direktur

Dr. H. Slamet Riyadi Yuwono, DTM&H, MARS

Pembina Utama Muda

Nip. 140 098 906

RSU HAJI SURABAYA Jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	<b>Pembersihan Tempat Sampah Medis (bukan benda tajam) Dan Non Medis (bukan sampah dapur)</b>		
	No Dokumen	No Revisi I	Halaman
PROTAP	Tanggal Terbit 10 Januari 2004	 <b>Prof. DR. Dr. Rochmad Romdoni, Sp.PD., Sp.JP(K) FIHA</b> Pembina Utama Muda NIP. 130 610 744	

<b>1. PENGERTIAN</b>	Yang di maksud dengan tempat sampah adalah tempat penampungan sementara dari sampah-sampah di tempat produksi sampah, sebelum diangkut dan diproses lebih lanjut.
<b>2. TUJUAN</b>	Agar tempat sampah tidak menjadi sumber penyakit yang dapat menulari petugas rumah sakit, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit.
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pembersihan tempat sampah medis</li> <li>b. Pembersihan tempat sampah non medis</li> </ul>
<b>4. PROSEDUR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pembersihan tempat sampah medis meliputi :           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pembersihan dilakukan setiap kali pengosongan atau sebelum nampak kotor</li> <li>2. Pemisahan tutup dan tempat sampah</li> <li>3. Tempat sampah dicuci dengan sabun setelah itu dengan desinfektan</li> <li>4. Apabila mengandung darah harus menggunakan chlorine liquid terlebih dahulu</li> <li>5. Periksa apakah ada kerusakan dari tempat sampah, bila perlu mungkin diganti</li> </ul> </li> <li>b. Pembersihan tempat sampah non medis meliputi :           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pembersihan dilakukan setiap kali pengosongan atau sebelum tampak kotor</li> <li>2. Pemisahan tutup dan tempat sampah</li> <li>3. Tempet sampah dicuci dengan sabun dilanjutkan dengan desinfektan</li> <li>4. Periksa apakah ada kerusakan dari tempat sampah, bila perlu mungkin diganti.</li> </ul> </li> </ul>
<b>5. SYARAT-SYARAT :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harus ada petugas khusus yang menangani pembersihan tempat sampah medis maupun tempat sampah non medis</li> <li>- Tersedia sarana dan prasarana</li> </ul>
<b>6. UNIT TERKAIT :</b>	<b>Rawat Inap dan Rawat Jalan (Semua Unit)</b>

FORM PENGAMATAN DAN WAWANCARA  
TENTANG HYGIENE PERORANGAN TENAGA PENGOLAH MAKANAN  
INSTALASI GIZI RSUD HAJI SURABAYA

I. IDENTITAS

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Tingkat Pendidikan :
5. Lama Bekerja :

II. PETUNJUK PENGISIAN

Beri tanda (V) sesuai dengan jawaban:

No.	Jenis Pertanyaan	Selalu	Kadang	Tidak Pernah
1.	Pengolah makanan mandi 2 kali sehari			
2.	Pemeriksaan kesehatan dilakukan secara berkala setiap 6 bulan sekali			
3.	Mencuci tangan dengan sabun sebelum bekerja			
4.	Mencuci tangan dengan sabun setelah bekerja			
5.	Memakai alas kaki sewaktu bekerja			
6.	Memakai celemek/pakaian kerja yang bersih			
7.	Memakai tutup kepala sewaktu bekerja			
8.	Kuku pendek dan bersih			
9.	Menutup hidung dan mulut bila batuk			
10.	Tidak memakai perhiasan berukir			
11.	Tidak menggaruk kulit, kepala, lubang hidung			
12.	Tidak meludah di sembarang tempat			
13.	Tidak menyisir rambut di tempat pengolahan			
14.	Tidak mengusap keringat saat bekerja			
15.	Tidak makan saat mengolah makanan			
16.	Tidak berbicara/ngobrol ketika bekerja			
17.	Tidak memasak/menyajikan makanan sambil merokok			
18.	Mencicipi masakan dengan menggunakan 2 sendok			
19.	Mencuci peralatan sebelum digunakan			
20.	Mencuci peralatan setelah digunakan			
21.	Menggunakan sabun dalam mencuci peralatan			
22.	Mencuci peralatan sesuai dengan prosedur			
23.	Mencuci bahan makanan sebelum diolah			
24.	Mencuci bahan makanan dengan air mengalir			
25.	Membuang sampah langsung pada tempatnya			

Catatan :

Penanggung Jawab  
Katering

(.....)

**FORM PENGAMATAN DAN WAWANCARA TENTANG HIGYENE DAN  
SANITASI SARANA DAN PRASARANA DI RUANG PENGOLAHAN  
MAKANAN**

(Pertanyaan untuk penanggung jawab catering)

Berikan tanda (V) sesuai dengan jawaban :

**I. PERALATAN MEMASAK**

NO	JENIS PERALATAN	SELALU	KADANG	TIDAK PERNAH
1.	Kompor besar/kecil dibersihkan setiap selesai digunakan			
2.	Meja stainless selalu dalam keadaan bersih setiap selesai digunakan			
3.	Meja keramik selalu dalam keadaan bersih setiap selesai digunakan			
4.	Trolley selalu dalam keadaan bersih			
5.	Almari pendingin/cooler dibersihkan minimal 3 hari sekali			
6.	Almari daging dibersihkan minimal 1 minggu sekali			
7.	Pan boiling dan rice cooker dibersihkan minimal 3 hari sekali			
8.	Wastafel stainless selalu dalam keadaan bersih			
9.	Alat masak (panci, wajan, langseng, dll) dibersihkan setiap sebelum dan selesai digunakan			
10.	Alat masak (panci, wajan, langseng, dll) selesai digunakan tertata rapi di tempat penyimpanan peralatan			
11.	Tidak meninggalkan sisa makanan matang di ruang pengolahan sebelum pulang.			

## II. RUANG PENGOLAHAN

NO	JENIS PERALATAN	SELALU	KADANG	TIDAK PERNAH
1.	Lantai dibersihkan setiap hari selesai kegiatan pengolahan makanan			
2.	Bongkar (membersihkan seluruh ruang pengolahan) minimal 1 minggu sekali			
3.	Saluran pembuangan limbah dalam ruangan selalu dalam keadaan bersih			
4.	Tidak membuang sampah atau sisa makanan di saluran pembuangan limbah dalam ruangan			
5.	Bak cuci keramik selalu dalam keadaan bersih dan dibersihkan setiap hari.			
6.	Kamar mandi dibersihkan minimal 2 hari sekali			
7.	Ruang penyimpanan peralatan tertata rapi dan dibersihkan setiap hari			
8.	Selasar belakang dibersihkan setiap hari dan bebas sampah			
9.	Terdapat tempat pembuangan sampah sementara dalam ruang pengolahan makanan.			
10.	Sampah sisa pengolahan makanan dikemas dalam plastik atau wadah terbungkus sebelum dibuang di bak penampungan sampah			
11.	Peralatan kebersihan disimpan dalam keadaan bersih dan rapi			
12.	Gudang penyimpanan bahan makanan tertata rapi dan dibersihkan setiap hari			
13.	Locker pegawai tertata rapi dan dibersihkan setiap hari			
14.	Gudang elpiji selalu dalam keadaan bersih dan tertata rapi			

Penanggung Jawab  
Katering

(.....)



---

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**  
**NOMOR : 602.1 / 16.1 / 01.2 / 2005**

**TENTANG**  
**PEMERIKSAAN KESEHATAN PRA-PEKERJAAN DAN PEMERIKSAAN BERKALA**  
**DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

---

**BISMILLAHIRROHMANIROCHIM**

Menimbang : Bahwa dalam upaya meningkatkan Kesejahteraan, Kesehatan kerja di RSUD Haji Surabaya khususnya tentang pemeriksaan Pra – Pekerjaan, Pemeriksaan kesehatan berkala dan pemeriksaan khusus, serta kewajiban melapor tentang penyakit akibat kerja.

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992, Tentang Keselamatan.
2. Keputusan Menteri Dalam Negeri No 1 Tahun 2001 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit daerah.
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan dan Standar Medis di Rumah Sakit.
4. Peraturan Daerah Nomor 9 tahun 1998 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD Haji Surabaya
5. Keputusan menteri Tenaga Kerja No. Per – 02 /MEN/1980, tanggal 13 Maret 1980, tentang Pemeriksaan Tenaga Kerja dan Penyelenggaraan Keselamatan Kerja.

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan :

Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya tentang Pemeriksaan Kesehatan Pra- Pekerjaan, Pemeriksaan Kesehatan berkala, Pemeriksaan Kesehatan Khusus di Lingkungan tenaga kerja RSU Haji Surabaya.

**Pasal 1**

Setiap tenaga kerja yang akan bekerja di lingkungan RSU Haji harus mendapatkan pemeriksaan / Surat Keterangan Kesehatan dari Instansi terkait.

**Pasal 2**

Pemeriksaan berkala untuk tenaga medis, paramedis dan tenaga kesehatan lainnya ditetapkan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 3

Tenaga kerja yang harus mendapat pelayanan pemeriksaan berkala adalah semua tenaga kesehatan yang bekerja dalam lingkungan :

1. Radiologi/ Radio Terapi.
2. Laboratorium Klinik.
3. Ruang penyakit menular.
4. Pemularasaan Jenazah.
5. Penjamah Makanan.
6. Penjamah Limbah medis.
7. Pelaksana Laundry.

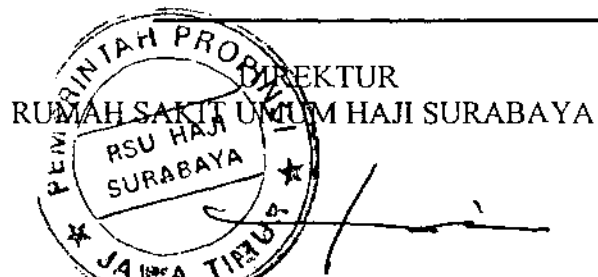
Pasal 5

Biaya pemeriksaan kesehatan yang dimaksud pada pasal 1 (satu) dibebankan kepada Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Propinsi Jawa Timur Dalam DASK Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

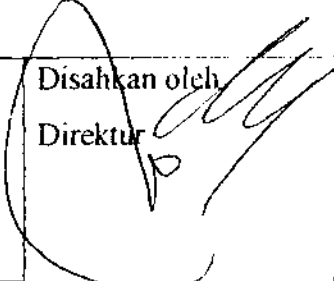
Pasal 6

Hal-hal yang belum diatur dalam keputusan ini akan diatur lebih lanjut oleh Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

Ditetapkan di : SURABAYA  
Pada Tanggal : 3 Pebruari 2005.




Prof. DR. Dr. ROCHMAD ROMDONI, Sp.Pd., Sp.Jp(K) FIHA  
Pembina Utama Muda  
Nip. 130 610 744


RSUD HAJI SURABAYA jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	PROSEDUR TETAP DILINGKUNGAN INSTALASI PATOLOGI KLINIK	Disahkan oleh Direktur 
Diterbitkan tanggal	PROSEDUR TETAP PENGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI	Dr. H WIDATMOKO Pembina Tk. I NIP. 140 050 877

1. PENGERTIAN	Didalam mengerjakan sample darah dimana terdapat reagen yang mengandung bahan berbahaya, petugas diwajibkan mengenakan alat pelindung diri.
2. TUJUAN	Menghindari terjadinya pemaparan bahan berbahaya kimia dan infeksi virus.
3. RUANG LINGKUP	Analisis medis / pekaryas
4. PROSEDUR	Pada saat pengerjaan sample Darah Lengkap ( DL ) karyawan diwajibkan mengenakan sarung tangan dan jas laboratorium ( Apron ).




RSUD HAJI SURABAYA jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	KESALAMATAN KERJA KEBAKARAN DAN KEWASPADAAN BENCANA (K3)	Disahkan oleh Direktur 
Diterbitkan tanggal	PROSEDUR PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG KEPALA	Dr. H. WIDATMOKO Pembina Tk. I NIP. 140 050 877

1. PENGERTIAN	Alat pelindung kepala adalah alat pelindung diri yang dipakai untuk menutupi kepala guna melindungi kepala dari benda/bahan-bahan/mesin yang dapat mencederai kepala.
2. TUJUAN	Sabagai acuan penerapkan langkah-langkah untuk melindungi kepala dari bahaya terbentur dengan benda keras atau tajam yang dapat menyebabkan luka tergores, terpotong, tertusuk, terpukul oleh benda-benda jatuh, melayang dan meluncur. Juga melindungi kepala dari panas, radiasi, api, percikan bahan korosif serta mencegah rambut/rambut rontok masuk bagian mesin berputar.
A. RUANG LINGKUP	Seluruh karyawan medis, paramedis dan non medis yang melaksanakan tugasnya ditetapkan memakai alat pelindung kepala dan digunakan pada tempat yang diwajibkan pemakaian alat pelindung kepala.
B. PROSEDUR	4.1 Pilih Alat Pelindung Kepala Yang Sesuai. 4.2 Pakailah Alat Pelindung Kepala (Helm, Caping, Topi, Penutup Kepala) Dengan Tepat Dan Nyaman Dengan Ukuran Kepala. 4.3 Ikat Tali Pengikat Agar Helm/Caping Tidak Jatuh Sewaktu Bekerja. 4.4 Jangan memakai helm/caping tanpa tali pengikat.

RSUD HAJI SURABAYA Jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	KESALAMATAN KERJA KEBAKARAN DAN KEWASPADAAN BENCANA (K3)	Disahkan oleh Direktur 
Diterbitkan tanggal	PROSEDUR PEMAKAIAN MASKER HIDUNG	Dr. H WIDATMOKO Pembina Tk. I NIP. 140 050 877

1. PENGERTIAN	Masker hidung adalah alat yang digunakan untuk menutup hidung dan mulut guna melindungi diri dari masuknya benda-benda kecil, kuman penyakit maupun gas/bau/asap kesaluran pernafasan.
2. TUJUAN	Sebagai acuan menerapkan langkah-langkah untuk penggunaan masker hidung guna menghindari terhirupnya benda-benda kecil, kuman penular penyakit dari pasien maupun bau/gas/asap yang berterbangan di udara.
3. RUANG LINGKUP	Seluruh karyawan medis, paramedis dan medis rumah sakit yang dalam melaksanakan tugasnya ditetapkan memakai alat pelindung diri berupa masker hidung.
4. PROSEDUR	4.1 Masker dipakai tepat menutupi hidung dan mulut petugas dengan mengikat talinya melilit kepala 4.2 Gunakan cermin untuk menolong pemasangan. 4.3 Kedua tali diatas diikatkan melalui atas telinga. 4.4 Pakailah masker yang bersih dan dalam kondisi baik.

RSUD HAJI SURABAYA jl. Manyar Kertoadi SURABAYA	KESALAMATAN KERJA KEBAKARAN DAN KEWASPADAAN BENCANA (K3)	Disahkan oleh Direktur 
Diterbitkan tanggal	PROSEDUR PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG TELINGA	Dr. H WIDATMOKO Pembina Tk. I NIP. 140 050 877

1. PENGERTIAN	Alat pelindung telinga adalah alat pelindung diri yang dipakai untuk melindungi telinga suar yang disebabkan yang dapat mengganggu kenyamanan bekerja atau bisa menurunkan daya pendengaran.
2. TUJUAN	Sabagai acuan menerapkan langkah-langkah untuk melindungi telinga pekerja dari suara yang disebabkan oleh proses kegiatan bekerja yang melebihi nilai ambang batas yang ditentukan.
3. RUANG LINGKUP	Pertukaran, instalasi listrik/Genset, tempat yang mempunyai kebisingan tinggi.
4. PROSEDUR	4.1 Pakai alat pelindung telinga sesuai dengan kondisi ruangan/sumber bising 4.2 Pilih alat pelindung telinga yang baik, ear muff dan ear plug 4.3 Sebelum memakai ear muff, semua perhiasan pada kepala (anting-anting, bando,kaca mata) harus dilepas 4.4 Pakailah tepat menutupi telinga/lubang telinga

ADLN-Perustakaan Universitas Airlangga

## EKSPEDISI EKSTRA FOODING KARYAWAN RSU HAJI SURABAYA

**HARI/TANGGAL: Selasa, 28 February 2006**

Nomor	Ruangan	Jumlah	Nama Terang
①	Apotik	13	1 Emy
②	Bersalin 2 a	4	3 Jue
③	Bersalin VK	6	
4	Billing (SIM)	2	
5	CSSD	2	5
⑥	Gizi	12	7 J
⑦	Gudang	4	
8	ICU	6	8
⑨	IPS	2+8	9 ARIFIN
10	Keuangan		10
⑪	Laboratorium	14	11
⑫	Lantai 1 C	6	13 alia
⑬	Lantai 2 C	6	
⑭	Lantai 3 A	5	15 h. Dri
⑮	Lantai 3 C	5	
⑯	Lantai 4 A	5+1	17 Ch
17	Lantai 4 C	6	
⑱	Laundry	2+6	18 Jm
19	Patologi	4	19
⑳	Pavillium	14	20 Pran
㉑	Radiologi	7	21 J
㉒	Rehab Medik	8+1	23 Jm
㉓	Rekam Medik	7+6+4	
24	Sanitasi		24
㉕	Tukang kebun	5	25 Jh
㉖	Udd - VIP IV	4	26 D
27	UGD		
		175	

CTT: Apabila tidak diambil, Instalasi Gizi tidak bertanggung jawab bila terjadi kerusakan.

Penanggung Jawab  
Gizi



## **PROSEDUR TETAP PENGAMBILAN SAMPEL AIR BERSIH**

### **1. Pendahuluan**

Disamping mengemban fungsi kuratif (penyembuh dan pemulihan) penderita penyakit, Rumah sakit Haji Surabaya juga berfungsi preventif (pencegahan) penyakit. Salah satu faktor penunjang dalam melaksanakan fungsi tersebut, adalah air bersih untuk kebutuhan sehari-hari yang kuantitasnya memadai dan kualitasnya memenuhi syarat kesehatan. Untuk pengolahan air bersih tersebut, perlu diambil sampel secara berkala dari titik yang representatif yang diperiksa di laboratorium kualitas air. Agar hasil laboratorium yang diambil maka cara pengambilan, pengawetan dan pengirimannya harus benar.

### **2. Penentuan Titik Sampling**

Kebutuhan air bersih RSUD Haji Surabaya diperoleh dari sumber PDAM. Sistem penyediaan air bersih yang diterapkan, dilaksanakan melalui tahap pemampungan dalam Reservoir dipompa ke tower, diteruskan ke unit-unit bangunan melalui jaringan perpipaan.

Lokasi yang ditentukan sebagai titik sampling adalah :

- a. Inlet air PAM Reservoir Induk
- b. Onlet air PAM Reservoir Induk
- c. Titik-titik di unit khususnya seperti dapur gizi, bedah sentral, serta unit rawat bedah, serta unit kebidanan dan bayi perlu mendapat perhatian untuk mengambil sampelnya, terutama untuk pemeriksaan kualitas mikrobiologis.

### 3. Parameter Pengukuran

Untuk memperoleh hasil analisa agar memudahkan dalam menetapkan penyebab terjadinya kontaminasi air, maka ditentukan parameter pengukuran sebagai berikut :

- a. Air bersih Bersumber Air PDAM
  - Suhu
  - Sisa Chlor
  - PH
  - Caliform
  - Escherichia coli
- b. Air Bersih Bersumber Air Sumur
  - Suhu
  - Parameter phisik dan kimia lengkap
  - Sisa cholor
  - Caliform dan Escherichia Coli

### 4. Frekuensi Sampling

- a. Pemeriksaan mikrobiologi  
Dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali yakni bulan Januari, April, Juli dan Oktober.
- b. Pemeriksaan Phisik dan Kimia  
Dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali yakni Januari dan bulan Juli
- c. Pemeriksaan Sisa Chlor  
Dilakukan setiap bulan. Interval waktu pemeriksaan ini cukup untuk memonitor fluktuasif kadar sisa chlor dalam air bersih.

### 5. Cara pengambilan, pengawetan dan Pengiriman Sampel

- a. Dari Reservoir
  - 1) Untuk pemeriksaan kualitas mikrobiologis

**Peralatan :**

- Botol sampel steril berpemberat, volume sekurang-kurangnya 150 ml, tutup sampai tertutup kertas pelindung; botol keseluruhannya terbungkus rapat dengan kertas.
- Nyala spiritus (kapas dibasahi spiritus dijepit pada krustang, untuk dinyatakan

**Tata Kerja :**

- Siapkan nyala spiritus;
- Pegang botol sampel pada bagian atasnya, sedemikian rupa sehingga bagian bawah botol, yang terpegang tetap beralaskan kertas pembungkus.
- Uraikanlah tali botol, sisakan kira-kira  $\frac{1}{2}$  cm yang tidak terpegang tangan.
- Buka tutup botol dengan cara mengambil sebagai satu kesatuan dengan kertas pelindung mulut leher botol.
- Letakkan tutup beserta kertas pelindung mulut leher botol pada suatu tempat yang ekring dengan posisi terbaik (tutup menghadap ke atas).
- Lewatkan mulut botol pada nyala spiritus.
- Turunkan botol perlahan-lahan ke dalam reservoir. Yakinkan bahwa botol terisi air bagian luar botol beserta tali yang akan masuk ke dalam air tidak tersentuh tangan atau bagian dari dinding reservoir. Biarkan botol masuk kira-kira 30 cm di bawah permukaan air, dan terisi air. Saat botol terisi air akan terdengar suara gelembung udara keluar dari air. Bila botol sudah terisi air penuh, suara akan berhenti.

**2) Untuk Pemeriksaan Kimiawi**

**Peralatan :**

- Botol timba pengambil sampel kimia

Botol plastik putih volume 1 liter, pada bagian bawahnya diikatkan 1,25 Kg pemberat dari timah putih atau hitam, dengan kawat kuningan atau tembaga. Mulut botol harus lebar, sehingga dapat dimasuki sumbat karet yang diberi 2 lubang. Pada salah satu lubang dimasuki slang plastik kecil yang bergaris tengah 0,5 cm. Slang ini salah satu jungnya cukup sampai pada lubang sumbat karet. Di lubang lain pada sumbat karet dimasuki slang plastik kecil yang ukurannya lebih kecil atau sama dengan slang pertama. Ujung slang kedua ini sampai pada sumbat karet, sedang ujung yang lain menjulur keluar botol sampai kira-kira 25 cm

- **Wadah sampel**

Wadah sampel yang terdiri dari dua buah botol plastik volume 250 ml dan satu buah jerigen plastik volume 2 liter kalau parameter yang diperiksa kimia lengkap, atau satu botol plastik volume 500 ml kalau parameter yang diperiksa kimia terbatas. Wadah sampel dari plastik, dipilih yang tidak luntur, sebaiknya berwarna putih atau warna muda.

**Tata kerja**

- Ambilah sampel dengan botol timba. Pengambilan pertama dipakai untuk membilas wadah sampel, masing-masing wadah termasuk tutupnya dibilas 3 kali. Pengambilan ketiga dipakai untuk mengisi wadah sampel.
- Isilah wadah sampel dengan jalan emmbalikkan botol timba, dan ujung slang pada botol timba menempel pada dinding 2 ml asam sulfat pekat pada salah satu wadah sampel yang telah diisi 250 ml sampel. Tandai botol ini dengan "+H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>".
- Tutup semua wadah sampel, isikan data pengambilan sampel.
- Siapkan label wadah sampel, isikan data pengambilan sampel.



- Tempelkan label pada wadah sampel.
- Kirimkan sampel ke alboratorium.

b. Dari Kran

1) Untuk Pemeriksaan Mikrobiologis

Peralatan :

- Botol sampel steril volume sekurang-kurangnya 150 ml, tutup botol sampai leher tertutup kertas pelindung.
- Nyala spiritus (kapas dibasahi spiritus dijepit pada krustang untuk dinyalakan)

Tata kerja :

- Bersihkan kran dari benda yang menempel dengan la bersih.
- Buka kran, biarkan mengalir penuh  $\frac{1}{2}$  menit air ini tidak ditampung.
- Tutup kran.
- Siapkan nyala spiritus.
- Panasi mulut botol pada nyala spiritus
- Buka kran, tampung air ke dalam botol sebanyak 100 ml.
- Lewatkan mulut botol pada nyala spiritus
- Ambil tutup botol (sebagai satu kesatuan dengan kertas pelindung mulut leher botol); tutupka pada botol.
- Ikatlah erat-erat kertas pelindung mulut leher botol.
- Siapkan label botol dan isikan data pengambilan sampel.
- Tempelkan pada botol sampel, label yang telah diisi dengan data pengambilan sampel.
- Kirim segera sampel dengan termos / box pendingin ke laboratorium, agar diperiksa selambat-lambatnya 24 jam setelah pengambilan.

## 2) Untuk Pemeriksaan Kimia

### Peralatan :

- Wadah sampel

Terdiri dari dua buah botol plastik volume 250 ml dan 1 buah jerigen plastik volume 2 liter kalau parameter yang diperiksa kimia lengkap; atau satu botol plastik volume 500 ml kalau parameter yang diperiksa kimia terbatas. Wadah sampel dari plastik, dipilih yang tidak mudah luntur, sebaiknya berwarna putih atau warna muda.

### Tata Kerja :

- Bersihkan mulut kran
- Buka kran, biarkan mengalir penuh selama  $\frac{1}{2}$  menit. Air
- Bilaslah wadah sampel beserta tutupnya sampai 3 kali dengan air dari kran.
- Isikan semua wadah sampel dengan menampung air dari kran melalui dinding wadah sampel;
- Tambahkan 2 ml asam sulfat pekat pada salah satu wadah sampel yang oleh diisi 250 ml sampel. Tandai botol ini dengan "+H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>";
- Tambahkan 5 ml tetes toluol dalam wadah lainnya yang telah diisi dengan 250 ml sampel. Tandai botol ini dengan "+toluol";
- Tutuplah semua wadah sampel, isikan data pengambilan sampel.
- Siapkan label wadah sampel, isikan data pengambilan sampel.
- Kirim sampel ke laboratorium.

### Pemeriksaan Parameter Lapangan

Dalam melaksanakan pengambilan sampel perlu dilakukan pemeriksaan parameter lapangan yaitu parameter yang harus diperiksa di tempat,

sebab bila tidak demikian, hasilnya akan berbeda. Parameter tersebut adalah pH, sisa chlor (untuk air bersih yang dikaporisasi dan suhu).

Pemeriksaan parameter ini dilakukan pengambilan sampel untuk pemeriksaan mikrobiologis menggunakan air dari botol timba kimia atau langsung dari kran.

### Cara pengukuran pH.

Salah satu alat pengukur pH adalah Komparator.

Cara penggunaannya sebagai berikut:

- Bilas masing-masing cuvet 2 atau 3 kali dengan air dari botol timba;
- Isi masing-masing cuvet dengan air sampai batas tanda pada cuvet;
- Salah satu cuvet dipasang pada ruangan di komparator yang sebaris dengan warna standart;
- Pada cuvet kedua diteteskan 4 - 8 kali tetes indikator (sesuai petunjuk penggunaan indikator yang ada)
- Cuci ibu jari tangan kanan dengan sampel air;
- Tutup cuvet dengan ibu jari ini dan cuvet dibolak balik sehingga sampel air dan indikator tercampur baik;
- Letakkan cuvet ruang lain di komparator;
- Komparator diangkat, sambil menghadap cahaya terang putar piringan sampai warna standar sama dengan warna yang timbul karena penambahan indikator;
- Baca angka yang muncul pada komparator. Angka ini adalah harga pH dari sampel air yang diperiksa.

### Cara Pemeriksaan Sisa Chlor

Dapat dipakai komparator seperti tersebut di atas dengan standar dan indikator untuk Cl<sub>2</sub>. Sebagai indikator dipakai DPD, DPD 1 untuk mengukur sisa chlor bebas, dan DPD 3 untuk total sisa chlor.

Cara kerja analog dengan pemeriksaan pH

### Cara Pemeriksaan Suhu

Masukan thermometer ke dalam air, baca suhu selagi bagian yang berisi air raksa tetap dalam air.

## 6. Pelaporan

Sistem pelaporan hasil analisis kualitas air bersih digunakan formulir berbentuk tabel (terlampir), yang disampaikan sebagai laporan bulanan. Secara terpadu untuk menyusun kesimpulan akhir dari analisa digunakan data dalam bentuk laporan tahunan. kesimpulan laporan disesuaikan dengan frekuensi pengambilan sampel.

Laporan secara rutin ditujukan kepada :

### a. Secara Intern

- Kepada Direktur RSUD Haji Surabaya
- Kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan
- Kepada Instalasi Pemeliharaan Sarana

### b. Secara Ekstern

- Kepada Subdin Kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan Jawatan Jawa Timur

## 7. Evaluasi

Digunakan tolak ukur Peraturan Menteri Kesehatan No. 416/MENKES/PER/IX/1990 tentang syarat-syarat dan pengawasan kualitas air (terlampir).

INSTALASI SANITASI RSU HAJI SURABAYA  
 Jl. Manyar Kertoadi Surabaya

**LAPORAN  
 MONITORING KUALITAS AIR BERSIH  
 (PHISIK, KIMIA DAN MIKROBIOLOGI)**

ANALISA KE	I	TAHUN: 2005	PELAKSANA
BULAN	November		UNIT LAB. LINGKUNGAN SURABAYA

**II. KUALIAS AIR BERSIH/PAM**

LOKASI SAMPLING	PARAMETER					
	SUHU	PH	CLOR	C. FORM	E. COLI	PATHOGEN
1. Air kran IGD				240	Negatif	
2. Air kran Bersalin				2,2	Negatif	
3. Air kran OK				8,8	Negatif	
4. Air kran Laboratorium				21	Negatif	
5. Air kran Bali Gigi				38	Negatif	
6. Air kran Lantai IIC				4,4	Negatif	
7. Air kran Instalasi Gizi				8,8	Negatif	
SK. Menkes No. 907/MBN- KES/SK/VII/2002						

Kesimpulan/ Saran :

- Air kran nomor 1 s/d 7 tidak memenuhi syarat sebagai air bersih

Catatan/ Direktur/ Wadir	Surabaya Tanggal: 16 Desember 2005
<p><i>Periksa kembali instalasi dan tes jaringan</i></p>	<p>Instalasi Sanitasi RSU Haji Surabaya</p> <p><i>Misdar</i></p> <p>Misdar Suryatmoko, SKM, MKes          Nip. 140 151 344</p>
Tesis	Analisis permasalahan upaya.....
	Dita Ardingtyas

DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN SURABAYA  
JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN  
PROGRAM STUDI KESEHATAN LINGKUNGAN SURABAYA  
Alamat : Jl. Monur 118 A Surabaya Telp. (031) 5020696 Fax. (031) 5023653



Nomor : LA.02.02.7. 1047

HASIL PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

No : 79 / XII / Mikro / 2005

1. Nama : RSU. Haji Surabaya
2. Contoh Uji : Air Bersih
4. Alamat Sampel : Tandon Air RSU. Haji Surabaya
5. Jenis Pemeriksaan : Mikrobiologi
6. Parameter : MPN Coli form dan Escherichia coli
7. Tanggal Pengambilan : 30 November 2005
8. Tanggal Pemeriksaan : 30 November 2005

A. MPN Coliform

No	Lokasi Pengambilan	Jam Pengambilan	Hasil Pemeriksaan MPN Coliform			Jumlah Kumaha per 100 ml
			10 ml	1 ml	0.1 ml	
1	IGD	08.45	5	1	0	240
2	VK. Bersalin	08.55	1	0	0	22
3	Bedah Sentral	09.00	3	0	0	8,8
4	Laboratorium	09.10	4	1	0	21
5	Poli Gigi	09.15	5	0	0	38
6	Lantai II C	09.30	1	1	0	4,4
7	Instalasi Gizi	09.35	3	0	0	8,8

B. Escherichia coli

No	Lokasi Pengambilan	Jam Pengambilan	Hasil Pemeriksaan E. coli
1	IGD	08.45	Negatif
2	VK. Bersalin	08.55	Negatif
3	Bedah Sentral	09.00	Negatif
4	Laboratorium	09.10	Negatif
5	Poli Gigi	09.15	Negatif
6	Lantai II C	09.30	Negatif
7	Instalasi Gizi	09.35	Negatif

Surabaya, 5 Desember 2005

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kesehatan  
Lingkungan  
Politeknik Kesehatan  
Surabaya

Hj. Siti Sadarti, S.P., M.Kes.  
NIP. 140 068 633

Pengetala  
Laboratorium Lingkungan

Eliyandani, Am, A.K., S.Si.  
NIP. 140 051 483

LAPORAN DAN EVALUASI  
KUALITAS AIR LIMBAH

ANALISA KE	I	TAHUN: 2005	PELAKSANA
BULAN	DESEMBER		UNIT LAB. LINGKUNGAN SURABAYA

I. KUALITAS AIR LIMBAH INLET

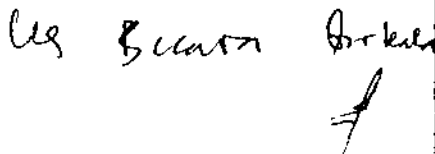

LOKASI SAMPEL	PARAMETER								
	SUHU	PH	BOD	COD	TSS	NH3	PO4	COLI	PATH
* Inlet IPAL			32 Mg/L	97Mg/L					
* Outlet IPAL			5,5Mg/L	52,3Mg/L					

II. KUALITAS UDARA OUT DOOR

PARAMETER	OUT LET I	OUT LET II	STANDART

Kesimpulan/ Saran :

Pada Inlet dan Outlet semua memenuhi persyaratan

Catatan/ Direktur/ Wadir	Surabaya	Tanggal : 16 Desember 2005
	Instalasi Sanitasi RSU Haji Surabaya  Misdan Suryatmoko, SKM.MKes Nip. 140 151 344	
Tesis	Analisis permasalahan upaya....	Dita Artiningtyas

## LAPORAN HASIL PENGUKURAN PENCAHAYAAN TAHUN 2005

NO	RUANG	STANDART	HASIL	KETERANGAN
1	Laundry	minimal 200		
	- Ruang Cuci		18,3	
	- Ruang Setrika		15,8	
2	Dapur	minimal 200	10,74	
3	Pemulihan	300 - 500	65,3	
4	Laboratorium	300 - 500	7,5	
5	Poli Gigi	300 - 500	9,2	

## LAPORAN HASIL PENGUKURAN SUHU TAHUN 2005

NO	RUANG	STANDART	HASIL (°C)	KETERANGAN
1	Laundry			
	- Ruang Cuci		31	
	- Ruang Setrika		32	
2	Dapur		30	
3	Pemulihan	24 <sup>o</sup> -25 <sup>o</sup>	28	
4	Laboratorium		26	
5	Poli Gigi	26 <sup>o</sup> -27 <sup>o</sup>	27	

## LAPORAN HASIL PENGUKURAN KELEMBABAN TAHUN 2005

NO	RUANG	STANDART	HASIL (%)	KETERANGAN
1	Laundry			
	- Ruang Cuci		60	
	- Ruang Setrika		55	
2	Dapur		62,5	
3	Pemulihan	50 - 60	61	
4	Laboratorium		49	
5	Poli Gigi		48	



## JADWAL PELAKSANAAN FOGGING TAHUN 2005

<b>NO</b>	<b>TANGGAL</b>	<b>WAKTU PELAKSANAAN</b>	<b>JUMLAH PETUGAS</b>
1	7 JANUARI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
2	21 JANUARI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
3	11 PEBRUARI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
4	25 PEBRUARI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
5	11 MARET 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
6	25 MARET 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
7	8 APRIL 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
8	22 APRIL 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
9	13 MEI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
10	27 MEI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
11	10 JUNI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
12	24 JUNI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
13	8 JULI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
14	22 JULI 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
15	12 AGUSTUS 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
16	26 AGUSTUS 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
17	9 SEPTEMBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
18	23 SEPTEMBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
19	14 OKTOBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
20	28 OKTOBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
21	11 NOPEMBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
22	25 NOPEMBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
23	9 DESEMBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo
24	23 DESEMBER 2005	05.30 - 06.30	Subakti Elyono/ Djoko Supriyo

## LAPORAN HASIL PEMBAKARAN LIMBAH PADAT MEDIS TAHUN 2005

NO	BULAN	HASIL PEMBAKARAN (KG)
1	JANUARI	5710
2	PEBRUARI	5566
3	MARET	5942
4	APRIL	6096
5	MEI	6148
6	JUNI	5816
7	JULI	5792
8	AGUSTUS	5874
9	SEPTEMBER	5352
10	OKTOBER	5157
11	NOPEMBER	5352
12	DESEMBER	5635

**PENGUKURAN INDIKATOR KINERJA**  
ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga

**Unit kerja : Tim Pengendalian Infeksi Nasokomial**

No	Indikator Kinerja	Satuan	Hasil yang telah dicapai			Trend	Target Th. 2005
			Tahun 2002	Tahun 2003	Tahun 2004		
1	Protap pengendalian infeksi Nasokomial :						
	a. Jumlah protap yang ada		30	31	31	-	31
	b. Jumlah protap yang belum ada		-	-	-	-	-
	c. Prosentase kepatuhan tenaga terhadap Protap	%	70	70	70	-	80
2	Jumlah program yang sudah dilaksanakan		6	9	9	-	16
3	Jumlah program yang belum dilaksanakan		6	7	7	-	7
4	Pemeriksaan kesehatan petugas						
	a. Jumlah petugas yang sudah pernah diperiksa	orang	-	-	-	-	30
	b. Frekwensi pemeriksaan	kali	-	-	-	-	1 th / 1 X
	c. Macam pemeriksaan	jenis	-	-	-	-	8
	d. Hasil pemeriksaan						
	_ Baik		-	-	-	-	-
	_ Cukup		-	-	-	-	-
	_ Kurang		-	-	-	-	-
5	Pemeriksaan Bakteriologis Sterilisator :						
	a. Jumlah sterilisator yang ada	buah	18	18	18	-	19
	b. Jumlah sterilisator yang dilakukan pemeriksaan Bakteriologis	buah	-	-	-	-	18
	c. Frekwensi pemeriksaan	kali	-	-	-	-	6 bl / 1 X
	d. Hasil pemeriksaan terakhir		-	-	-	-	-
6	Pemeriksaan Bakteriologis Kamar operasi :						
	a. Frekwensi pemeriksaan	kali	-	-	1	Naik	6 bl / 1 X
	b. Jumlah sampel yang diambil	buah	-	-	-	-	3
	c. Hasil pemeriksaan terakhir		-	-	-	-	-
7	Pemeriksaan Bakteriologis alat dapur :						
	a. Frekwensi pemeriksaan	kali	-	-	-	-	6 bl / 1 X
	b. Jumlah sampel yang diambil	ruang	-	-	-	-	12 lokasi
	c. Hasil pemeriksaan terakhir		-	-	-	-	-
8	Pemeriksaan Bakteriologis Air Bersih :						
	a. Frekwensi pemeriksaan	kali	-	-	-	1 Naik	6 bl / 1 X
	b. Jumlah sampel yang diambil	ruang	-	-	-	-	15 lokasi
	c. Hasil pemeriksaan terakhir		-	-	-	-	-
9	Pemeriksaan kerja Sterilisator						
	a. Frekwensi pemeriksaan	kali	12	12	12	-	12
	b. Jumlah Sterilisator yang diperiksa		16	16	16	-	18
10	Pertemuan rutin Tim Dalin		4	1	1	-	6
11	Frekwensi surveylance infeksi nasokomial	kali	12	12	12	-	12
12	Frekwensi pelatihan tenaga	kali	2	2	1	turun	2

No	Indikator Kinerja	Satuan	Hasil yang telah dicapai		Trend	Target Th. 2005	Keterangan
			Th 2002	Th 2003			
1	Akuntabilitas Keuangan						
	Dana yg diterima	-	-	-	-	-	
	Pengeluaran	-	-	-	-	-	
2	Akuntabilitas Administrasi						
	Ketenagaan / SDM	-	-	-	-	-	
	Jenis						
	PNS	-	-	-	-	-	
	Honorer	-	-	-	-	-	
	Pendidikan	-	-	-	-	-	
	-						
	-						
	-						
	-						
	Peralatan						
	-Kertas CD	Rim	7	8	Naik	8	
	-Kertas Hvs	Rim	4	4	-	4	
	-Transparasi	Lbr	12	50	Naik	50	
	-Spidol white boards	buah	3	4	Naik	4	
	-Spidol transparansi	buah	-	4	Naik	4	
	-Staples	buah	-	2	Naik	2	
	-Isi Staples	pak	-	-	-	5	
	-Tinta komputer		-	-	-	2	
	Gedung						
	-						
	-						
	-						
3	Akuntabilitas Prosedur						
	*Standar teknis		31	31	-	31	
	*Standar administrasi		-	-	-	-	

**REKAPITULASI INFEKSI LUKA OPERASI  
( I L O ) BLN . JANUARI- s/d DESEMBER  
TH.2004**

JENIS OPERASI	B			BK			K			I			Jlh
	LPD	INF	%	LPD	INF	%	LPD	INF	%	LPD	INF	%	
BEDAH UMUM	206	0	0	361	2	0,55	5	0	0	111	2	1,8	
BEDAH ORTHO	345	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
BEDAH UROLOGI	10	0	0	98	2	2,04	0	0	0	0	0	0	
BEDAH OBGYN	5	0	0	494	9	1,8	0	0	0	0	0	0	
BEDAH SYARAF	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BEDAH MATA	166	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BEDAH THT	0	0	0	107	0	0	0	0	0	0	0	0	
BEDAH KULIT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Jumlah LPD	763			1063			7			111			1944
Jumlah infeksi		0			13			0			2		15
Jumlah Inf.dlm %			0%			1,22 %			0%			1,8 %	0,8 %

**6. Prosentase ( % ) Infeksi Luka Operasi ( ILO ) dalam kurun waktu**

Jenis Operasi	Th. 2002	Th. 2003	Th.2004
Bersih	0 %	0,15%	0 %
B.Kontaminasi	0 %	1,12 %	1,2 %
Kotor	0 %	3,8 %	0 %
Infeksi	1,42 %	2,8 %	1,8 %
Jumlah ILO keseluruhan Px yg dilakukan tindakan operasi	<b>0,5 %</b>	<b>0,9 %</b>	<b>0,8 %</b>

**ANGKA DIKUBITUS TAHUN 2004**

No	Ruangan	Jumlah Px teresiko Dikubitus	Kasus Dikubitus	Prosentase
1	I.C	69	1	
2	II.C	46	0	
3	III.C	71	2	
4	IV.C	115	1	
5	II.A	31	0	
6	III.A	79	1	
7	IV.A	93	1	
8	ICU	179	5	
9	PAV	144	0	
	<b>JUMLAH</b>	<b>850</b>	<b>11</b>	<b>1,3 %</b>

## MENGANGKAT BENDA BERAT DENGAN TANGAN

### PENGERTIAN:

Mengangkat Benda Berat Dengan Tangan adalah mengangkat benda berat untuk merubah posisi atau memindahkan sesuatu benda dengan menggunakan tangan, tanpa alat pembantu.

### TUJUAN:

Sebagai acuan pada semua karyawan pada saat benda berat dengan menggunakan tangan sedemikian sehingga terhindar dari cedera pada otot dan sendi.

### PETUGAS:

Karyawan RSUD HAJI Surabaya.

### PROSEDUR :

- ◆ Mendekat ke benda yang mau diangkat.
- ◆ Jongkok (menekuk sendi lutut dan menekuk sendi paha /hip) bukan mbungkuk (berdiri, lutut lurus, menekuk sendi paha/hip) .
- ◆ Memegang benda yang mau diangkat dengan kedua tangan
- ◆ Mengangkat benda (hingga lepas dari lantai) dengan menggunakan kekuatan tangan, bukan dengan mengkontraksikan otot punggung.
- ◆ Bersamaan dengan mengangkat benda sendi lutut/sendi paha diluruskan dengan posisi punggung tetap tegak.



**PROSEDURE PENGENDORAN OTOT BAGI PEKERJA KOMPUTER**

**PENGERTIAN:**

Program Pengendoran otot bagi pekerja komputer adalah mengendorkan – melemaskan – merelakskan otot-otot punggung

**TUJUAN:**


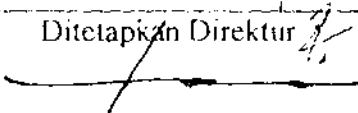
Sebagai acuan pada semua karyawan pada saat benda berat dengan menggunakan tangan sedemikian rupa sehingga terhindar dari cedera pada otot dan sendi.

**PETUGAS:**

Karyawan RSUD HAJI Surabaya.

**PROSEDUR :**

- ◆ Dilakukan dalam posisi berdiri
- ◆ Mbungkuk (menekuk/fleksi sendi paha/hip)
- ◆ Ndengkek (ekstensi sendi paha/hip dan sendi tulang belakang dengan bahu ditarik ke belakang)
- ◆ Rotasi (tangan dipinggang atau direntangkan)  
Bahu kanan diputar kedepan  
Bahu kiri diputar kebelakang  
Diulang dengan arah sebaliknya
- ◆ Tiap gerakan diulang 10 kali  
Tiap kali 10 detik

	LAPORAN KECELAKAAN KERJA DAN PENYAKIT AKIBAT KERJA		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	XIV/5/2/33/05	1	1
Prosedur Tetap	Tanggal Terbit  5 Feb 2005	Ditetapkan Direktur  <b>Prof. DR. Dr. ROCHMAD ROMDONI, SpPD, SpJP(K)</b> <b>Pembina TK I</b> <b>NIP. 130 610 744</b>	
Pengertian	Adalah suatu keadaan yang tidak diinginkan akibat kerja.		
Tujuan	Adanya penanganan yang cepat dan tepat untuk karyawan yang mengalami kecelakaan akibat kerja.		
Kebijakan	Kecelakaan akibat kerja mendapatkan pelayanan yang sesuai.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apabila terjadi kecelakaan kerja berupa : terpeleset, teriris, terbakar, tersengat listrik, kebakaran, dll, diwajibkan lapor pada kordinator yang sedang dinas.</li> <li>2. Petugas kordinator segera mengambil tindakan antara lain :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bila kecelakaan tidak memerlukan penanganan lebih lanjut, korban cukup diobati di P3K Gizi.</li> <li>b. Bila memerlukan penanganan pengobatan lebih lanjut, korban segera dikirim ke UGD dengan menulis pada lembar permintaan tindakan gawat darurat.</li> <li>c. Petugas kordinator mencatat pada buku laporan kejadian kecelakaan.</li> <li>d. Bila kondisi korban tidak memungkinkan untuk bekerja kembali, kordinator bisa meberikan ijin pulang atau perawatan lebih lanjut.</li> </ol> </li> <li>3. Bila ada tindakan lebih lanjut, prosedur dilakukan sesuai protap di IRD.</li> </ol>		
Unit Terkait	IRD		

**Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Karyawan  
( Promotif )**

Observasi List

Kode Resp. :            laki/peremp. :            , usia :            , Bag. :            lama kerja :

No.	Kegiatan	Hasil		keterangan
		Ada/ Ya	tidak	
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan kesehatan bagi tenaga kerja khusus P3K dan gawat darurat</li> <li>b. Penyuluhan/ pelatihan kesehatan bagi semua tenaga kerja agar dapat mengatasi masalah kesehatan dirinya</li> </ul>			
2.	PHBS : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Selalu berpenampilan rapi dan bersih</li> <li>b. Sarapan pagi</li> <li>c. Pola makan teratur</li> <li>d. Istirahat</li> </ul>			
3.	Tidak merokok di tempat kerja			
4.	Tidak mengkonsumsi napza (narkotik, psikotropika dan zat adiktif lainnya)			
5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Selalu meninggalkan ruang kerja dalam kondisi bersih dan rapi</li> <li>b. Listrik (lampu, AC dsb), air yang tidak perlu dimatikan</li> <li>c. Selalu meninggalkan alat dalam kondisi siap pakai</li> </ul>			

6.	Bila dirasakan ada gangguan pencernaan/ makanan/ kondisi tubuh makin gemuk/ kurus selalu konsultasi ke bagian gizi			
7.	Bila sering pusing/ kondisi jiwa labil/ ada masalah hubungan dengan teman/ atasan selalu di konsultasi ke bagian jiwa/ yang dianggap mampu			
8.	Bila ada masalah rumah tangga/ anak/ KB konsultasi ke dokter/ kepala unit/ teman yang di anggap mampu.			
9.	Mempertimbangkan makanan yang dimakan dengan tenaga yang dikeluarkan selama kerja.			
10.	Mengikuti kegiatan olah raga.			
11.	Mempertimbangkan berat badannya agar tidak terlalu gemuk/ kurus.			

### Upaya Pencegahan (Preventif)

#### Observasi List

Kode Resp. :      laki/peremp. :      , usia :      , Bag. :      lama kerja :

No.	Kegiatan	Hasil		Keterangan
		Ada / Ya	tidak	
1.	Pemeriksaan kesehatan : a. sebelum bekerja b. setiap tahun c. bila            mau            pindah tempat/sakit/ada keluhan			
2.	Pernah di Vaksinasi, mis; Hepatitis dll			
3.	Sanitasi lingkungan kerja : a. kebisingan b. pencahayaan c. ventilasi d. penanganan limbah : - cair - padat/sampah			
4.	Perlindungan terhadap bahaya fisika, kimia dan biologi ditempat kerja, misal pada petugas-2 : - cleaning service - laundry/ pencucian linen - sanitasi - dapur - bedah sentral, laboratorium - R. Penyakit menular, dsb			
5.	Adakah perlakuan khusus dan penyediaan Alat Pelindung Diri ?			

### Penerapan Ergonomi

#### Observasi List

Kode Resp. :      laki/peremp. :      , usia :      , Bag. :      lama kerja :

No.	Kegiatan	Hasil		keterangan
		Ada/ Ya	Tidak	
1.	Pengendalian bahaya lingkungan, seperti : Pengukuran kebisingan , - panas - getaran - kelembaban/ kalibrasi alat-2			
2.	Melaksanakan kegiatan latihan fisik seperti relaksasi dll yang rutin dilakukan di bagian: - komputer - cleaning service dll			
3.	Pemberian suplemen gizi pada tempat-2 yang beban kerja/ risiko kerja tinggi, seperti pada : - Bedah sentral - ICU - R. Menular - Laundry - Laboratorium dll			
4.	Ruang kerja, tangga, warna, cat dinding, tidak menambah kelelahan dan kebosanan			
5.	Peralatan yang dipergunakan tidak menimbulkan/ menambah kelelahan dan kebosanan.			

### Upaya Penyembuhan ( Kuratif )

#### Observasi List

Kode Resp. :      laki/peremp. :      , usia :      , Bag. :      lama kerja :

No.	Kegiatan	Hasil		keterangan
		Ada/ Ya	Tidak	
1.	Karyawan yang sakit langsung bisa berobat			
2.	Ada dokter khusus yang menangani kesehatan karyawan			
3.	Ada poliklinik khusus untuk pelayanan kesehatan karyawan			
4.	Ada laporan/ data-2 karyawan yang sakit			
5.	Laporan dokter pemeriksa tentang keadaan karyawan kepada kepala unit kerjanya disertai rekomendasinya			
6.	Ada tindakan atas rekomendasi tersebut : a. untuk karyawan tersebut b. untuk teman-teman sekerjanya			

**Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Komitmen dan Kebijakan**

Observasi List

Kode Resp. :            laki/peremp. :            ,usia :            , Bag. :            lama kerja :

No	Kegiatan	Hasil		Keterangan
		Ada/ Ya	Tidak	
1.	Komitmen tertulis, ditandatangani oleh Direktur,			
2.	Bukti-2 kegiatan K3 sudah diedarkan.			
3.	Ada organisasi K3 & uraian tugasnya.			
4.	Pejabat PK3 RS sesuai kualitas.			
5.	Ada dukungan dana khusus untuk K3 RS.			
6.	PK3 RS berkoordinasi (mengadakan pertemuan-2, menyebarkan informasi-2) pada seluruh unit di lingkungan Rumah Sakit			



### Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pelaksanaan

#### Observasi List

Kode Resp. :      laki/peremp. :      , usia :      , Bag. :      lama kerja :

No	Kegiatan			Keterangan
		Ada/ Ya	Tidak	
1.	Upaya penanggulangan disesuaikan menurut tingkat potensial bahayanya yang mengancam jiwa adlah prioritas.			
2.	Ada protap tentang upaya pencegahan dan pengendalian bencana.			
3.	Bencana kebakaran.			
4.	Bencana tentang kesehatan kerja bagi karyawan.			
5.	Ada protap tentang pengelolaan barang dan bahan berbahaya			
6.	Ada protap tentang kesehatan lingkungan Rumah Sakit			
7.	Ada protap tentang pemantauan lingkungan secara teratur			
8.	Ada protap kesehatan kerja & PAK			
9.	Ada protap tentang menanggulangi bila terjadi kontaminasi B3.			
10.	Ada protap tentang penyehatan lingkungan Rumah Sakit.			
11.	Ada protap tentang diklat untuk meningkatkan pengetahuan & ketrampilan tentang K3.			

12.	Ada jadwal kerja petugas sanitasi dan IPS.			
13.	Petugas mempunyai keahlian yang sesuai.			
14.	Data-2 karyawan yang telah memperoleh diklat K3			

### Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pengukuran & Evaluasi

#### Observasi List

Kode Resp. :      laki/peremp. :      , usia :      , Bag. :      lama kerja :

No.	Kegiatan	Hasil		keterangan
		Ada/ Ya	Tidak	
1.	Ada inspeksi ke unit-2 kerja yang dilakukan oleh PK3 Rumah Sakit.			
2.	Ada prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi di program K3.			
3.	Tersedia sarana konsultasi antar unit dalam Rumah Sakit untuk mengembangkan teknik-2 dan cara-2 baru yang tepat guna.			
4.	Ada bukti tindak lanjut kasus K3.			
5.	Ada bukti penanggulangan untuk perbaikan dari kasus K3.			

## 1. Data Pegawai :

No.	Indikator Kinerja	Satuan	Hasil yang telah dicapai			Trend	Target 2006	Ket (Honor)
			Th. 2003	Th. 2004	Th. 2005			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I.	<b>JENIS PEGAWAI :</b>							
	- PNS	Orang	354	362	380	Naik	463	
	- Honorer	Orang	298	301	308	Naik	310	1 Dokter Spesialis Radiologi (PTT)
II.	<b>JUMLAH TENAGA MEDIS PENDIDIKAN :</b>							
	Dokter Umum	Orang	16	17	22	Naik	23	
	Dokter Gigi	Orang	5	6	5	Turun	6	
	Dr.sp.Bedah Umum	Orang	2	3	3	Tetap	3	
	Dr.sp.Peny. Dalam	Orang	4	5	5	Tetap	5	
	Dr.sp.Kes. Anak	Orang	4	5	5	Tetap	5	
	Dr.sp.Obgyn	Orang	4	4	5	Naik	5	
	Dr.sp.Radiologi	Orang	3	4	5	Naik	5	1
	Dr.sp.Anestesi	Orang	1	2	2	Tetap	3	
	Dr.sp.P.A	Orang	1	1	1	Tetap	2	
	Dr.sp.P.K	Orang	2	1	2	Naik	2	
	Dr.sp.Jiwa	Orang	1	1	2	Naik	2	
	Dr.sp.Mata	Orang	3	3	4	Naik	4	
	Dr.sp.THT	Orang	2	2	2	Tetap	3	
	Dr.sp.KK	Orang	3	3	4	Naik	4	
	Dr.sp.Jantung	Orang	2	2	2	Tetap	4	
	Dr.sp.syaraf	Orang	1	2	2	Tetap	3	
	Dr.sp.Paru	Orang	2	2	2	Tetap	3	
	Dr.sp.P. Forensik	Orang	0	0	0	-	1	
	Dr.sp.Orthopedi	Orang	1	1	1	Tetap	2	
	Dr.sp.B.Syaraf	Orang	0	0	0	-	1	
	Dr.sp.Urologi	Orang	1	1	1	Tetap	1	
	Dr.sp.Rehab Medik	Orang	1	1	2	Naik	2	
	Dr.sp. Bedah Plastik	Orang	0	0	0	-	1	
	Dr.Sub.sp.Onkologi Gynex	Orang	0	0	0	-	1	
	Dr.Sub.sp.Onkologi Medis/Non Medis	Orang	0	0	0	-	1	
	Dr.Sub.sp.Bedah Umum	Orang	0	0	0	-	1	
	Drg. Sp. Ortodontist	Orang	1	1	2	Naik	2	
	Drg. Sp. Prostodontist	Orang	0	1	1	Tetap	1	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Drg. Sp.Periodontist	Orang	0	1	1	Tetap	1	
	Drg. Sp.Kedokteran	Orang	0	1	1	Tetap	1	
	Gigi Anak							
	Drg. Sp.Konservasi	Orang	0	1	1	Tetap	2	
	Gigi							
	Drg. Sp.Bedah Mulut	Orang	0	0	0	-	1	
	Jumlah		60	71	83		102	1
III.	<b>JUMLAH TENAGA FUNG. PARAMEDIS PERAWATAN :</b>							
	S1 Keperawatan / D4	Orang	1	1	1	Tetap	15	1
	A K P E R	Orang	71	71	73	Naik	169	63
	A K N E S	Orang	1	1	1	Tetap	6	
	D-III. Kebidanan	Orang	4	7	9	Naik	43	
	P2B	Orang	18	15	13	Turun		2
	S P K / S P R	Orang	64	62	61	Turun	61	5
	Perawatan Gigi	Orang	3	3	3	Tetap	8	
	Jumlah		162	160	161		302	71
IV.	<b>JUMLAH TENAGA FUNG. PARAMEDIS NON PERAWATAN :</b>							
	S1. Apoteker	Orang	5	5	5	Tetap	6	
	S1. Gizi	Orang	0	0	1	Naik	2	
	S K M	Orang	9	6	7	Naik	8	
	S1. Psikologi	Orang	2	1	1	Tetap	1	
	S1. Mipa	Orang	0	0	3	Naik	3	
	A P R O	Orang	1	1	2	Naik	5	3
	A K Z I	Orang	7	6	6	Tetap	9	2
	A A M / A A K	Orang	-	8	8	Tetap	18	3
	AKFIS	Orang	4	4	6	Naik	7	
	ATEM/ATRO	Orang	1	1	2	Naik	3	1
	A S T	Orang	-	-	-	-	1	
	A O P	Orang	-	-	-	-	1	
	A P K / T S	Orang	5	4	4	Tetap	5	1
	A R O	Orang	-	-	-	-	1	1
	A T G	Orang	1	1	1	Tetap	2	
	D3 PERPUSTAKAAN	Orang	-	-	-	-	2	
	D3 REKAM MEDIK	Orang	-	-	-	-	2	2
	S P A G	Orang	10	9	8	Turun	10	1
	S A A / S M F	Orang	19	19	18	Turun	21	3
	S M A K / S P A	Orang	7	7	6	Turun	8	
	S P P H	Orang	1	1	1	Tetap	2	
	SPK C/U/E/PENKES	Orang	2	2	0	Tetap	3	
	Jumlah		80	79	79		128	17

1	2	3	4	5	6	7	8	9
V.	<b>JUMLAH TENAGA NON MEDIS / STRUKTURAL :</b>							
	S3 Medis	Orang	0	1	1	Tetap	1	
	S2 Umum	Orang	2	4	4	Tetap	5	
	S2 Kesehatan	Orang	7	9	9	Tetap	12	
	S1/Dokter/Dokter Gigi	Orang	5	5	6	Naik	6	
	S1 Apoteker	Orang	1	1	1	Tetap	1	
	S K M	Orang	3	2	3	Naik	3	
	S1 Keperawatan	Orang	0	1	1	Tetap	2	
	SE (Akuntansi)	Orang	0	0	0	Naik	5	2
	S1 Ekonomi	Orang	8	7	7	Tetap	7	6
	S1 Ekonomi Manaj	Orang	0	0	0	-	-	1
	S1 Hukum	Orang	1	1	1	Tetap	5	1
	S1 Sosial/adm	Orang	4	4	4	Tetap	8	3
	S1 Perpustakaan	Orang	-	-	-	-	-	
	S1 Komputer	Orang	-	-	-	-	-	1
	S1 Teknik	Orang	-	-	-	-	-	1
	S1 Agama	Orang	-	-	-	-	2	1
	DIII Perawat	Orang	1	2	2	Tetap	2	
	P2B	Orang	1	1	0	Turun	-	
	S P K	Orang	1	1	1	Tetap	1	
	S P A	Orang	0	1	1	Tetap	1	
	S P A G	Orang	1	0	1	Naik	4	
	A P K	Orang	1	1	0	Turun	1	2
	D-III Ekonomi(Ak)	Orang	1	1	1	Tetap	13	1
	D-III Keuangan	Orang	1	1	1	Tetap	1	
	D-III Perpus	Orang	0	0	0	-	1	
	D-III Komputer	Orang	0	0	0	-	52	1
	D-III Komunikasi	Orang	0	0	0	-	1	
	SMU/D-1/SMK/SMKK	Orang	14	11	12	Naik	229	146
	S T M Listrik	Orang	1	1	1	Tetap	21	20
	M A N	Orang	-	-	-	-	4	
	S L T P	Orang	4	-	-	-	-	19
	S D	Orang	1	-	-	-	-	14
	Jumlah		<b>54</b>	<b>53</b>	<b>57</b>		<b>387</b>	<b>219</b>
	<i>Jumlah</i>		<b>356</b>	<b>363</b>	<b>380</b>		<b>919</b>	<b>308</b>

## 2. Pengukuran Indikator Kinerja

No.	Indikator Kinerja	Satuan	Hasil yang telah dicapai			Trend	Target 2006	Ket
			Th. 2003	Th. 2004	Th. 2005			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Pengangkatan PNS	Orang	0	0	15	Naik		
2.	Pengusulan CPNS	Orang	0	0	0	-		
3.	Kenaikan Gaji Berkala	Orang	169	211	145	Turun	180	
4.	Kenaikan Pangkat	Orang	71	208	47	Turun	96	
5.	Penetapan Angka Kredit (PAK)	Orang	139	115	59	Turun	128	
6.	Pengusulan Jabatan Fungsional	Orang	9	45	7	Turun	15	
7.	Pengusulan Penyesuaian Tunjangan Jabatan Fungsional / Inpasing	Orang	148	286	17	Turun	90	
8.	Pengusulan Jabatan Struktural	Orang	10	2	1	Turun	3	
9.	Pengusulan Diklat PIM							
	Tk. II	Orang	2	2	1	Turun	2	
	Tk. III	Orang	6	4	0	Turun	3	
	Tk. IV	Orang	10	18	5	Turun	8	
10.	Pengiriman peserta Diklat Pim							
	Tk. II	Orang	1	1	0	Turun	2	
	Tk. III	Orang	2	2	0	Turun	3	
	Tk. IV	Orang	1	2	2	Tetap	4	
11.	Pengusulan Ujian Dinas dan PI	Orang	9	2	0	Turun	2	
12.	Pengiriman peserta ujian dinas	Orang	9	2	0	Turun	10	
13.	Pengiriman peserta psikotes	Orang	3	3	0	Turun	5	
14.	Pemberhentian/pensiun	Orang	7	4	3	Turun	3	
15.	Pemberian sangsi	Orang	2	2	0	Turun	10	
16.	Pembatalan kenaikan pangkat	Orang	0	3	0	Turun	0	
17.	Pemberian reward							
	a. Pengiriman petugas TKHI, TKHD, TPHD	Orang	5	3	3	Tetap	5	
	b. Pemberian ijin belajar	Orang	1	15	10	Turun	50	
	c. Pemberian ijin tugas belajar	Orang	-	-	5	Naik	5	
	d. Pemberian pengesahan ijin belajar	Orang	-	-	4	Naik	4	
	e. Permohonan pindah program	Orang	2	7	0	Turun	1	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	f. Permohonan dispensasi	Orang	0	0	0	Tetap		
	g. Permohonan berhenti	Orang	3	1	0	Turun		
	h. Pengusulan Karsu/Karis	Orang	182	8	5	Turun	26	
18.	Peningkatan kesejahteraan karyawan							
	a. Pengusulan Karpeg	Orang	3	2	2	Tetap	20	
	b. Pengusulan Taspen	Orang	0	24	4	Turun	15	
	c. Pengusulan Askes	Orang	0	1	3	Naik	30	
	d. Pemberian ijin perceraian	Orang	3	3	-	Turun		
	e. Pengusulan Bapertarum	Orang	10	3	4	Naik	35	
19.	Surat-surat :							
	a. Surat keterangan	Berkas	39	52	52	Tetap	75	
	b. Surat Kuasa	Berkas	0	0	0	-	10	
	c. Surat Lamaran	Berkas	388	329	408	Naik	350	
	d. Surat Panggilan	Berkas	23	21	27	Turun	35	
	e. Surat Penugasan	Berkas	44	39	27	Turun	50	
	f. Surat Rekomendasi	Berkas	9	5	43	Naik	15	
	g. Surat Pengaduan	Berkas	0	0	0	-	1	
	h. Surat Pernyataan	Berkas	1	0	3	Naik	8	
	i. Surat Paspor	Berkas	1	1	6	Naik	2	
	j. Surat Pengantar	Berkas						
	- Data Perawat	Kali	2	1	3	Turun	2	
	- Daftar Nama Dokter	Kali	9	1	5	Turun	15	
	- Rencana Kebutuhan	Kali	14	1	3	Naik	-	
	- Undangan	Kali	8	3	13	Tetap	15	
20.	Permohonan :							
	a. Permohonan pindah tugas	Berkas	5	4	2	Turun	7	
	b. Penawaran permohonan tenaga	Berkas	12	1	5	Naik	6	
	c. Permohonan peserta LPJ	Berkas	0	0	6	-	9	
	d. Permohonan pensiun anak	Orang	0	0	0	-	-	
	e. Usul perbaikan nama pada SK	Orang	2	0	2	Naik	3	
	f. Penyerahan kembali tenaga titipan	Orang	0	0	0	Turun	-	
	g. Penghadapan tenaga	Orang	2	3	20	Turun	25	
	h. Pengecekan hasil seleksi	Orang	8	0	0	Turun	12	
	i. Pengujian kesehatan	Orang	0	3	2	Turun	25	
21.	Rapat tim kredensial (seleksi tenaga Medis)	Kali	6	8	15	Naik	12	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
22.	Rapat Baperjakat	Kali	6	3	14	Naik	8	
23.	Rakor tim angka kredit	Kali	4	2	-	Turun	4	
24.	Pemberian cuti PNS :							
	a. Cuti Tahunan	Orang/ hr	227/ 1381	210/ 1256	228/ 1289	Naik	250	
	b. Cuti Alasan Penting :							
	- Melahirkan	Orang/ hr	28/249 0	20/1770	14/1 050	Turun	30	
	- Menikah	Orang/ hr	0	0	4/32	-	8	
	- Besar	Orang/ hr	2/180	3/270	0/0	Turun	2	
	- Haji	Orang/ hr	11/ 4545	3/ 120	18/ 676	Naik	14	
	<b>Jumlah surat cuti PNS</b>	<b>Orang /hr</b>	<b>267/ 7215</b>	<b>236/ 3416</b>	<b>264/ 3047</b>	<b>Naik</b>	<b>280</b>	
25.	Pemberian cuti Honorer							
	a. Cuti Tahunan	Orang/ hr	163/ 937	196/ 910	162/ 936	Turun	150	
	b. Cuti Alasan Penting :							
	- Melahirkan	Orang/ hr	27/ 1380	98/ 1154	19/ 1410	Turun	35	
	- Menikah	Orang/ hr	6/36	6/36	8/48	Naik	15	
	- Besar	Orang/ hr	0	1	0	Turun	-	
	- Haji	Orang/ hr	0	0	0	-	-	
	<b>Jumlah surat cuti Honorer</b>	<b>Orang /hr</b>	<b>196/ 2353</b>	<b>260/ 2100</b>	<b>189/ 1124</b>	<b>Turun</b>	<b>270</b>	

#### IV. PERMASALAHAN YANG ADA DAN UPAYA PENYELESAIANNYA :

##### A. Masalah :

Masalah yang dihadapi di Sub Bagian Kepegawaian meliputi :

1. Kurangnya tenaga Medis, Paramedis Perawatan, Paramedis Non Perawatan berdasarkan analisa beban kerja.
2. Printer kurang, sehingga perlu ditambah 1 unit lagi.
3. Dana pengelolaan manajemen kepegawaian belum tersedia.



### **Pendapat salah seorang karyawan di bagian Rekam Medik**

Ny. Hr (Wanita, 32 tahun), sudah bekerja di Rekam Medik selama 8 tahun, pendidikan Akademi Rekam Medik. Setelah peneliti berbincang- bincang sebentar dengan responden, menjelaskan maksud dan tujuannya, peneliti mulai melakukan wawancara;

#### **I. Tentang UPKK**

##### Masalah Peningkatan Pelayanan (promotif)

Penyuluhan bagi karyawan untuk masalah K3 belum pernah ada. Hanya pendidikan atau pelatihan setahu saya ada teman yang dikirim untuk pelatihan mengatasi bencana. Kalau masalah perilaku hidup bersih dan sehat saya rasa sudah, selalu berpenampilan bersih ya harus karena kami ada di loket depan yang selalu dan langsung melayani pasien dan keluarganya.

Sarapan pagi kadang-kadang, tapi jam 9-10 kami menyempatkan makan, kadang-kadang sampai jam 11.00 bila pasien ramai. Tapi ada beberapa teman kami yang mbontot. Makan rasanya teratur 3 kali per hari, kalau jamnya yaitu tidak tetap. Hanya bila dalam keadaan terpaksa atau ada kesibukan-kesibukan baru hanya makan 2 kali setiap hari.

Istirahat setelah jam kerja rasanya ada setelah jam 12.00. Pekerjaan kami sedikit berkurang, kalau sampai di rumah ya bisa tidur cukup.

Merokok atau zat-zat terlarang jelas harus kami tinggalkan, eh ada ding teman kami laki-laki satu itu yang masih kadang-kadang merokok. Tapi suka sembunyi-sembunyi bila istirahat.

Pulang kami jam 15.00, kadang-kadang bila sudah payah ya tempat kerja berantakan. Tapi kalau matikan AC atau computer pasti kami lakukan karena takut data-data hilang atau kebakaran. Satpam tidak ada di sekitar sini soalnya.

Konsultasi masalah kesehatan atau berobat ya pasti ke Poli Pegawai, kalau masalah rumah tangga atau pekerjaan ya tanya pada teman yang lebih tahu atau lebih berpengalaman pada satu ruangan ini. Masalah-masalah yang terlalu pribadi tidak pernah, pasti diselesaikan sendiri.

Jika sakit sedikit-sedikit seperti diare ya diberi New Diatab, karena kalau ke Poli kelamaan. Saya sering alergi terutama makanan, cuaca, dan udara. Masalah gizi seimbang ya tahu karena pernah sekolah di Gizi.

Untuk olah raga sejak hamil sampai sekarang (kurang lebih satu tahun), saya tidak pernah olah raga. Apa pekerjaan rumah tangga bukan olah raga?

Masalah berat badan tidak masalah karena saya sedang menyusui (Anak umur 4 bulan). Dulu pernah merasa berat badan meningkat, terus mengurangi makan nasi dan yang manis-manis.

#### Masalah Upaya Pelayanan Pencegahan (Preventif)

Saya pernah diimunisasi hepatitis satu kali tahun 2005, tapi vaksinnya beli sendiri di luar oleh karena kelamaan. Saya takut karena teman satu ruangan yang hepatitis ada tiga orang, semuanya 22 orang. Saya jaga diri sendiri soalnya sering jaan di kantin.

Ya, loket tempat kerja saya bising, kalau pencahayaan rasanya cukup, karena permintaan dipenuhi dan mudah untuk membaca.

Ventilasi ruangan kurang besar, jika mau menata arsip biar rapi kesulitan.

Kebersihan tidak ada masalah, sampah, limbah sudah diurus oleh cleaning service. Dua kali sehari. Pagi dan siang.

Pemeriksaan berkala tentang kesehatan? Ya saya Cuma berharap perlindungan terhadap bahaya. Yang penting bagi saya, ruangan ini harus sering disedot debunya. Sudah pernah tapi tidak rutin. Belum tentu satu bulan satu kali, mungkin enam bulan ini belum. Harapan saya bisa rutin, paling tidak bisa dua sampai tiga kali setahun, karena kalau disuruh pakai masker terus ya sumpek juga.

Kami pakai masker bila kerja bakti mengatur dokumen-dokumen. Efek debu saya belum terasa, yang sering alergi itu teman saya. Dua orang kena TB Paru, tapi tidak tahu mulai kapan.

( Peneliti terus menanyakan pada dua karyawan yang disebutkan di atas. Satu orang memang relatif baru dan katanya sebelumnya tidak kena tapi memang mudah alergi dan yang satu memang suka merokok).

Sering rak-rak didorong, teman-teman teriak-teriak karena kecepit. Raknya besar lebih tinggi dari tinggi orang.

#### Masalah Penerapan Ergonomi

AC di tempat kami jarang dicek, dulu ketika masih baru iya. Sebenarnya selain AC kami butuh Exhausfan karena banyak debu dan pengap, apalagi di ruang arsip. Bahkan di ruang penyimpanan arsip non aktif (yang lebih dari lima tahun), bagaikan "mandi debu", sebab ruangnya amat sempit. Melakukan relaksasi? Ya relaksasi sendiri, walau jarang saya lakukan.

Kami diberi tambahan dari gizi, Hari Kamis susu dan Selasa roti. Kopi dan the kami minta diganti air laulu diberi air galonan. Satu minggu satu gallon, padahal

yang monum 22 orang, ada juga yang jaga shift. Pada umumnya tidak sampai Hari Jumat sudah habis. Jumat pasti habis, sehingga kalau jaga atau shift malam terutama Sabtu dan Minggu merasa kehausan. Ruangan kerja biasa-biasa aja walaupun sudah pindah ke tempat yang baru, tapi luas ruangan tetap, jadi tetap aja ada keterbatasan.

Kursi kerja tidak enak, padahal kami banyak duduk. Tentang bekerja sesuai SOP? Apa- apa cara kerja yang baik rasanya sudah dari dulu ya seperti ini. Kalau stress kerja banyak Bu, karena menghadapi pasien yang macam-macam. Apalagi bila ditambah sarana dan prasarana atau perlengkapan yang kurang, misalnya kamar rawat inap penuh, blangko-blangko status tidak ada, stres naik beban kerja mulai bertambah bila pasiennya tidak sabar. Bila kejadian ini di luar jam kerja atau hari Sabtu dan Minggu, stres bertambah. Tidak tahu mau curhat ke siapa. Memberi pengertian ke pasien itu paling sulit. Kalau tempat sudah penuh, ada renovasi gedung, atau status yang kurang. Wah, stres meningkat.

#### Masalah Upaya Pelayanan Penyembuhan / Kuratif

Bila berobat bisa langsung dan lancar, tapi resepnya yang mahal harus dibeli sendiri. Sebenarnya ada LBO (Lembaga Bantuan Obat), tapi jumlah terbatas, ada jatahnya, kalau jatah habis ya beli sendiri.

Usul: Askes untuk honorer? Kita-kita ini kerja di RS, tapi mau berobat tidak bisa karena terbentur biaya obat, padahal kita yang melayani pasien tak mampu digratiskan. Obat-obat yang sederhana di Puskesmas ada tapi kok di RS tidak ada. Masak Parasetamol saja saya harus beli.

Dokter dan Polikliniknya ada dan Stand By. Tentang laporan-laporan yang sakit rasanya ada di poli pegawai. Laporan ke kepala unit tidak ada. Harusnya ada, paling tidak buat jaga diri supaya tidak ketularan. Tindak lanjut hasil check up tidak ada, kalau tentang K3 atau SMK3 saya tidak tahu.

## **Pendapat Karyawan Sanitasi tentang UPKK**

Rn, Perempuan, 29 tahun, Sanitasi (Loundry), Lama kerja 8 tahun

### UPKK Promotif

Saya tidak pernah mendapat pendidikan khusus P3K dan gawat darurat atau yang berhubungan dengan K3 atau penyuluhan khusus tentang bagaimana mengatasi kesehatan diri sendiri dari RS Haji. Tapi mungkin teman-teman saya dari bagian lain pernah sebab mereka langsung berhadapan dengan pasien atau menangani pasien yang sakit. Padahal kalau menurut saya untuk bagian kami penting juga sebab kemungkinan bahayanya lumayan besar.

Kalau berpenampilan rapi, meskipun kami orang belakang yang jarang ketemu pasien tapi untuk berpenampilan rapi itu harus, agar enak dipandang. Wah, kalau sarapan pagi jarang sekali saya lakukan, makan di kantor juga jarang. Kadang saya suka nyamil. Tentang istirahat tidak ada jam khusus untuk istirahat tapi saya masih sempat istirahat dan cukuplah. Kebanyakan istirahat juga tidak enak rasanya.

Merokok dan mengkonsumsi obat-obatan terlarang? Tidak pernah. Selain memang tidak boleh, aneh juga kalau perempuan merokok. Kalau pulang, saya selalu menyempatkan diri untuk merapikan tempat kerja. Risih juga kalau datang pagi tapi ruangan masih berantakan. Lampu-lampu juga begitu, sebelum pulang pasti dimatikan. Kalau saya lupa ada teman lain yang mematikan. Tidak selalu saya kok. Apalagi mesin cuci dan alat setrika, setiap pagi pasti langsung siap pakai. Ya kalau setrika harus tunggu panas dulu baru bisa dipakai.

Saya konsultasi masalah gangguan pencernaan atau kalau badan rasanya tidak sehat ya langsung ke poli pegawai, kalau ada masalah dengan teman kerja

biasanya saya cerita ke suami kemudian baru saya selesaikan. Wah, kalau masalah keluarga lebih baik saya simpan dulu. Pernah sih tidak kuat menahan karena masalahnya besar, kalau sudah begitu saya cerita ke keluarga saya, tapi yang lain. Menutup saya makanan yang saya makan sudah cukuplah, tidak terlalu berlebihan dan tidak kurang. Olahraga jarang sekali, tidak hobby olahraga. Kalau badan terasa mulai gemuk paling nyamil saya kurangi.

### UPKK Preventif

Saya tidak pernah mendapat pemeriksaan kesehatan sebelum saya kerja. Selama saya di RS Haji rasanya kesehatan saya tidak pernah diperiksa, maksudnya pemeriksaan yang langsung dari RS Haji kan? Teman saya pernah diperiksa, pemeriksaan kesehatan seperti check up itu giliran, jadi tidak semuanya diperiksa. Saya sih kalau periksa langsung ke poli pegawai tapi karena keinginan sendiri. Vaksinasi? Oh, saya tidak pernah dapat. Tapi temen saya yang lain di bagian ini ada kok yang pernah dapat. Mungkin giliran juga ya?

Lingkungan kerja saya kira tidak bising dan pencahayaannya cukup, hanya di tempat cuci yang agak gelap. Yang agak tidak nyaman itu debu yang kadang sampai membuat sesak. Ruangan ini pengap karena blowernya kurang. Ada sih tapi kecil dan tidak cukup untuk ruangan sebesar ini. Kalau pembuangan limbah cairnya saya kurang tahu kemana, tapi kalau pemisahan sampah medis dan non medis saya tahu. Biasanya sampah-sampah itu dipisahkan di ruangan.

Perlindungan terhadap bahaya? Saya kira ya APD itu. Kalau tata ruangnya saya tidak tahu ya. Di bagian ini kita diberi APD masker, handscoot, dan ada baju khusus. Tapi kalau pakai bajunya jarang, panas!

### UPKK Penerapan Ergonomi

Pengukuran-pengukuran kebisingan, panas, getaran, kelembaban itu saya belum pernah tahu. Kalibrasi alat juga saya belum tahu. Kegiatan relaksasi sering saya lakukan. Biasanya dalam posisi kerja yang sama dalam waktu lama. Di bagian ini diberi suplemen gizi, ya kayak snack, susu, telur. Hari Selasa dan Kamis biasanya. Hari Sabtu dan minggu juga dapat telur, susu dan roti.

Kalau alat-alat kerja saya kira tidak menambah lelah, tapi ya itu tadi kalau masalah ruangnya kadang sumpek juga. Terlalu pengap dan banyak debunya. SOP? Oh ada, itu ditempel di dinding. Saya rasa teman-teman yang lain sudah tahu, dan kalau bekerja pasti ikut itu.

### UPKK Kuratif

Kalau saya sakit bisa langsung berobat kok. Langsung ke poli pegawai. Ada dokter khususnya. Tapi kadang –kadang Cuma dilihat dan langsung diberi obat pusing atau nyeri. Kalau obat-obatnya kadang harus beli lagi. Yang biasanya dikasih di poli pegawai ya biasanya itu-itu saja.

Laporan tentang karyawan yang sakit? Setahu saya kalau data-data tentang yang sakit adanya di rekam medik. Tidak ada laporan siapa saja yang sakit dan sakit apa yang diderita ke bagian ini. Paling kalau ada yang sakit dan diberi surat sakit baru tahu karena harus ijin tidak masuk. Laporan dokter pemeriksa juga sepertinya tidak ada, ya tadi itu paling surat sakit.

Kalau tentang SMK3 saya tidak tahu, mungkin yang lebih tahu kepala bagian saya. Beliau yang sering ikut seperti itu.



FOCUS GROUP DISCUSSION  
PENELITIAN DITA ARTNINGTYAS  
DI RUMAH SAKIT HAJI SURABAYA  
HARI/TANGGAL: RABU, 16 AGUSTUS 2006

---

Peserta:

1. Dr. S ( Wadir Pelayanan )
2. M ( Kepala Instalasi Sanitasi )
3. Dr. Sb ( Tim PK3RS )
4. Ds ( Tim Pengendalian Infeksi )
5. Dr. Dh ( Kepala Instalasi Radiologi )
6. Dr. N ( Kepala Instalasi Patologi Klinik )
7. En ( Kepala Instalasi Gizi )
8. Drg T ( Kepala Bagian Diklat )
9. Ms ( Kepala Ruangan Ila )
10. Ed ( Kepala Subag Umum dan Rumah Tangga )

FGD dimulai jam 10.00 WIB

Pertemuan dibuka oleh Wadir Yanmed diawali dengan presentasi hasil penelitian dari Dita Artningtyas kemudian dilanjutkan pembukaan FGD oleh Dr. Sukanto SpOG selaku moderator.

- Moderator                      Assalamualaikum, saya selaku moderator mengucapkan terima kasih atas kehadiran bapak ibu sekalian dalam kegiatan FGD yang merupakan rangkaian pengumpulan data penelitian Dr. Dita Artningtyas di Rumah Sakit Haji Surabaya. Pembicaraan kita pada kesempatan ini adalah analisis permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja dalam kaitan dengan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. Selanjutnya saya kira kita tidak usah memperkenalkan diri masing-masing, untuk menyingkat waktu.
- M                                      Sudah bosan ketemu
- Peserta FGD                      Geer.....er....er

- Moderator                    Baik. Kita mulai dengan pertanyaan:  
*Dari hasil penelitian ada dua grup yang harus kita pecah supaya bisa dibuat analisa swotnya mana yang termasuk Weakness, Threat serta Strength atau Opportunity dari upaya pelayanan kesehatan kerja di rumah sakit Haji? Dari yang promotif dulu siapa yang akan menjawab lebih dulu silahkan !*
- Dr. Dh                         Terima kasih, saya rasa ini kan Rumah Sakit Haji ya kan berarti sesuai dengan misi kita yang islami maka berpenampilan rapi, tidak merokok, tidak mengkonsumsi napza harus buat kita. Jadi saya setuju kalau itu dimasukkan dalam kekuatan kita.Lha kalau yang meninggalkan ruangan harus rapi, semua dimatikan mestinya juga iya tho!
- Peserta FGD                 Huu.....uu.....uu, iya ta?
- Dr. Sb                         Saya setuju dengan pendapat dr Diah, Lho yok opo RS Haji kok ? seperti juga makan teratur, tidur teratur mana bisa? Akan sulit oleh karena kita bekerja melayani orang sakit yang sewaktu-waktu dikonsuli, ya sebenarnya kita mengerti tapi berhubung tugas yang harus kita dahulukan, untuk makan dan tidur yang tepat waktu kita abaikan. Jadi saya usul hal itu merupakan kelemahan-kelemahan kita.
- Moderator                    Bisa saya pertegas lagi, selain makan , istirahat serta penampilan rapi, tidak merokok , tidak mengkonsumsi napza kita sepakati menjadi kesempatan dan hambatan , Lha yang meninggalkan ruang dalam kondisi aman tadi juga masuk kekuatan, bagaimana setuju? Atau mungkin ada pendapat lain?
- Ms                              Terima kasih, ya saya setuju pak Kamto dan untuk menyingkat waktu oleh karena jam 11.30 kita nanti akan sholat dhuhur, bagaimana kalau sekaligus diberikan bobotnya.
- Moderator                    Terima kasih pak Masnur, saya rasa semua setuju ya? Wah ngewangi bu Dita keenaken rek !

- Moderator**                    Baik, kita lanjutkan yang preventif; o iya yang bobotnya bagaimana?
- Dr. N**                            Terima kasih, saya mungkin sedikit subyektif, eee..... Kalau menurut hemat saya Diantara yang S itu yang paling berbobot ya yang membuat kuta semua aman yaitu harus meninggalkan ruangan dalam keadaan aman supaya tidak terjadi kebakaran., harus rapi, tidak mengkonsumsi obat terlarang kalau merokok itu ya harus ditinggalkan tapi kan sulit pak , jadi diberi bobot yang paling kecil. Kemudian yang O yang diberi bobot terbesar ya konsultasi kepada ahlinya dulu walaupun dengan kedua yang lainnya itu hampir sama. Sedangkan yang W dan T ya seperti itulah yang kira kira lebih mudah dilaksanakan diberi bobot yang lebih besar, betul kan pak? Sedangkan ratingnya ya seperti biasa satu sampai empat?
- Drg. T**                            Lha ya justru itu oleh karena sangat subyektif, diadakan FGD ini untuk paling tidak menyamakan persepsi agar tidak banyak berbeda.
- Dr. N**                            Ooo..... begitu tho!
- Peserta FGD**                    Uuu.....
- Ed**                                Untuk yang preventf pak! Menurut pendapat saya suasana kerja yang nyaman paling penting dan sangat mempengaruhi kinerja, jadi dianggap sebagai kekuatannya, dedangka dua yang lain sebagai O nya dengan perlindungan bahaya diberikan bobot yang lebih tinggi.
- Ds**                                Melanjutkan bu Eni pak, vaksinasi merupakan hambatan buat kita oleh karena rumah sakit kita milik Pemda yang anggarannya terbatas.
- Dr. Sb**                            Setuju ! Lanjut !
- M**                                Untuk penerapan ergonomi, dimana peralatan, sarana& prasarana dan ruang yang sedapat mungkin sesuai dengan kita, menurut saya sudah sesuai atau paling tidak sudah

mendekatilah kan waktu pengadaan harus ada spek yang kita usulkan dan juga melalui berbagai cek and re cek.

- En Wah sing mbaurekso bagian pengadaak angkat bicara rek!
- M Seperti suplemen gizi, relaksasi menurut saya berhubung bekerja di rumah sakit ya sudah otomatis, ada , jadi dimasukkan ke kekuatan, sedangkan yang pengendalian bahaya dalam hal ini masalah pengukuran-pengukurannya menjadi hambatan buat kita sebagai rumah sakit pemerintah oleh karena dana yang terbatas.
- Dr. Dh Untuk yang kuratif, pak! Mestinya yang menjadi masalah hanya yang tenaga honorer sedangkan seperti kita semua ini yang PN kan sudah ada askes.  
Kelamahan kita ya buat laporan atau rekomendasi itu yang males, habis sudah capek dengan pasien, kalau seandainya dituliskan boleh ya pak!
- Moderator Lho kalau dituliskan jadinya bukan rahasia lagi.
- Peserta FGD Uuu... uuuu.....
- Moderator Bobotnya bagaimana?
- Dr. Sb Untuk yang kekuatan menurut saya adanya dokter yang lebih penting dibandingkan dengan tempatnya yaitu poliklinik dan membuat rekomendasi merupakan lanjutan dari membuat laporan, jadi diberikan bobot yang lebih besar.
- Moderator Oke! Semua setuju dengan pendapat-pendapat pada upaya peningkatan pelayanan kesehatan kerja ini.!
- Peserta FGD Setujuuu.....

- Moderator                    Sekarang mari kita lanjutkan dengan :  
*Mana yang menjadi kekuatan, kelemahan, kesempatan dan hambatan pada sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja ? Dimulai dengan komitmen dan kebijakannya.*
- Dr. N                            Sistem manajemen yang bagaimana! Yang saya tahu ya ada organisasinya, jadi itu yang mungkin bisa dijadikan sebagai kekuatan kita. Dana ya pasti lagi-lagi menjadi kendala kita atau hambatan .
- Ms                                Jujur saja menurut pendapat saya K3RS di RS Haji ini belum disosialisasikan secara menyeluruh, jadi kalau boleh saya usul yang penting sosialisasinya dulu, tak kenal maka tak sayang, eee...eeee
- M                                 Ya kalau kita baca sebenarnya kegiatan-kegiatannya ada namun belum bisa dikoordinasikan dengan psnitis K3RS. Kalau mau akreditasi runah sakit saja kelihatan lebih bisa berperan.Jadi saya setuju dengan pendapat dr. Nik dimana adanya strujtur organsasi sebagai kekuatannya dengan pejabat-pejabatnya yang sudah sekolah K3 sebagai kesempatannya.
- Ed.                                Untuk tahap pelaksanaannya pak, rasanya protap-protap itu sudah ada dari dulu, seperti protap tentang penanggulangan bencana, bahaya kebakaran  
Latihan-latihan tentang kebakaran sepertinya saya juga pernah melihat, denah-denah yang ada di rumah sakit ini juga kebetulan saya yang memesankannya, terus jadwal –jadwal petugas sanitasi ya otomatis ada ya pak Misdan?, Oleh karena itu saya mengusulkan bahwa denah, jadwal dan perlindungan terhadap karyawan merupakan kekuatannya, sedangkan data dan protap tentang diklat merupakankelemahannya, bukan begitu bu Tina ?
- Drg. T                            Ya nggak apalah walaupun sebenarnya ada namun campur dengan yang lain , sedangkan protapnya yang khusus tentang K3 memang belum ada  
Tapi secara diklat umum ada. Selanjutnya saya usul bobot adanya jadwal, denah yang pasti-pasti ada harus lebih besar.

- Moderator                    Kita lanjutkan yang terakhir tentang pengukuran dan evaluasi!  
Bagaimana ini ! Siapa yang mau memberi masukan lebih dahulu!
- M                                Saya pak, memang kalau kita perhatikan mengenai pengukuran dan evaluasi ini sepintas sepertinya belum ada sama sekali, mengingat sistemnya aja belum berjalan dengan baik kecuali bila mau akreditasi,eee...eeee maaf pak!  
Saya sebagai sekretaris PK3RS yang kebetulan juga mempunyai dasar pendidikan kesehatan lingkungan, kalau boleh mengusulkan ; bahwa sebenarnya kita ini kan institusi rumah sakit jadi kalau upaya pelayanan kesehatan kan sarana dan prasarananya sudah ada, tinggal istilahnya menjadikan saja apalagi karyawannya yang sudah menjadi pegawai negeri sudah ada askes ya mungkin tinggal di koediner saja. Seoerti untuk hal pengukuran dan evaluasi ini, sebenarnya inspeksi-inspeksi kan sudah dilakukan, terutama di instalasi saya sanitasi inspeksi ke uhit-uhit pelayanan dilakukan setiap dua minggu sekali, jadi saya mengusulkan poin ini sebagai kekuatan
- Dr, Sb                            Kalau saya tidak setuju, oleh karena yang dimaksudkan disini adalah inspeksi oleh tim PK3RS, bukan tiap unit-unit sendiri begitu, lho wong itu udah menjadi tugasnya kok! Betul kan!
- Peserta FGD                    Betul....., geer....er....
- Dr. Sb                            Kalau saya berpendapat dan setuju seperti yang diusulkan siapa tadi yang sudah pasti-pasti tadi , o ya bu Tina ya yang sudah terang ada sarana konsultasi antar unit dan ini sebagai kekuatan kita lha yang kelemahannya justru pada inspeksi-inspeksi itu.
- Peserta FGD                    Setuju.....
- En                                Ayo rek gek ndang wis belum sholat sudah jam 11.15 nanti kan mau ada rapat lagi.
- Moderator                    Baiklah ibu-ibu dan bapak-bapak sekalian, berhubung

waktu sudah jam 11.15 kita akhiri pertemuan diskusi ini dengan beberapa hal yang bisa saya simpulkan yaitu:

1. Untuk promosi yang sebagai S nya mulai dengan bobot yang terbesar adalah meninggalkan ruangan aman, rapi, tidak mengkonsumsi napza dan tidak merokok dan W nya adalah makan dan istirahat teratur.
2. Preventif, suasana kerja sebagai S nya dan pemeriksaan kesehatan sebagai W nya.
3. Penerapan ergonomic, relaksasi dan seplemen gizi sebagai S nya dan perlengkapan dan peralatan sebagai W nya.
4. Kuratif, adanya dokter dan poli pegawai sebagai kekuatanyasedangkan laporan & rekomendasi keadaan penyakit karyawan sebagai kelemahannya.
5. Untuk SMK3, komitmen dan kebijakan, organisasi sebagai S nya dan bukti-bukti kegiatan sebagai W nya.
6. Pada pelaksanaan, jadwal, denah dan protap pengendalian S nya serta protap B3, diklat, kebakaran & data W nya.
7. Terakhir pengukuran dan evaluasi, S nya sarana konsultasi dan W nya inspeksi dan protap pengukuran dan evaluasi. Setelah bu Dita membuat SWOT nya kita ketemu lagi selasa.

Terima kasih,. Wassalamualaikaum Wr Wb.

**FOCUS GROUP DISCUSSION**  
**PENELITIAN DITA ARTNINGTYAS**  
**DI RUMAH SAKIT HAJI SURABAYA**  
**HARI/TANGGAL: SELASA, 22 AGUSTUS 2006**

---

Peserta:

1. Dr. S ( Wadir Pelayanan )
2. M ( Kepala Instalasi Sanitasi )
3. Dr. Sb ( Tim PK3RS )
4. Ds ( Tim Pengendalian Infeksi )
5. Dr. Dh ( Kepala Instalasi Radiologi )
6. Dr. N ( Kepala Instalasi Patologi Klinik )
7. En ( Kepala Instalasi Gizi )
8. Drg T ( Kepala Bagian Diklat )
9. Ms ( Kepala Ruangan IIIa )
10. Ed ( Kepala Subag Umum dan Rumah Tangga )

FGD dimulai jam 10.00 WIB

Pertemuan dibuka oleh Wadir Yanmed diawali dengan presentasi hasil penelitian dari Dita Artningtyas kemudian dilanjutkan pembukaan FGD oleh Dr. Sukanto SpOG selaku moderator.

- |             |   |
|-------------|---|
| Moderator   | Assalamualaikum, saya selaku moderator mengucapkan terima kasih atas kehadiran bapak ibu sekalian dalam kegiatan FGD kedua yang merupakan rangkaian penelitian Dr. Dita Artningtyas di Rumah Sakit Haji Surabaya. Pembicaraan kita pada kesempatan ini adalah: analisis permasalahan upaya pelayanan kesehatan kerja dalam kaitan dengan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. Selanjutnya saya kira kita tidak usah memperkenalkan diri masing-masing, untuk menyingkat waktu. |
| M           | Sudah bosan ketemu terus  |
| Peserta FGD | Geer.....er....er   |
| Moderator   | Baik. Kita mulai dengan pertanyaan:   |



*Dari hasil penelitian ada dua grup yang harus kita diskusikan supaya bisa dibuat rekomendasi untuk peningkatan upaya pelayanan kesehatan kerja di rumah sakit Haji. Dari yang promotif dulu siapa yang akan menjawab lebih dulu silahkan ! Olah raga dan diklat ditingkatkan, sarapan dan istirahat lebih teratur.*

- Dr. N Terima kasih, saya rasa ini kan Rumah Sakit Haji ya memang olah raga harus disempatkan dan kita Selasa bisa. Untuk diklat, perlu dibuatkan anggaran tersendiri untuk program K3 RS, himbauan atau halo-halo agar makan dan istirahat teratur.
- Peserta FGD Huh.....uu.....uu, gelem ta?
- Dr. Dh Saya setuju dengan pendapat dr Nik, Lho seperti apa yang sudah dikatakan RS Haji kok ? seperti juga makan teratur, tidur teratur mana bisa? Akan sulit oleh karena kita bekerja melayani orang sakit yang sewaktu-waktu dikonsuli, ya sebenarnya kita mengerti tapi berhubung tugas yang harus kita dahulukan, untuk makan dan tidur yang tepat waktu kita abaikan, ya misalnya sedikit-demi sedikit akan berubah dengan himbauan-himbauan
- Moderator Bisa saya pertegas lagi, selain makan , istirahat teratur dan olahraga, perlu ditingkatkan penyuluhan tentang kesehatan ke semua karyawan. Bagaimana setuju? Atau mungkin ada pendapat lain?
- M Terima kasih, ya saya setuju pak Kamto dan untuk menyingkat waktu oleh karena jam 12.00 kita nanti akan rapat, bagaimana kalau sekaligus menanggapi setiap sub grupnya, misal promotif, preventif, dan sebagainya
- Moderator Terima kasih pak Misdan, saya rasa semua setuju ya? Wah ndang lulus ki !
- En Setuju! ya gak apa-apa to pak biar RS gak ditinggal terus.
- Moderator Baik, kita lanjutkan yang preventif, bagaimana?



- Moderator PR membuat protap ya???
- Ms Ya pak, saya sangat berharap tenaga honorer mendapat jaminan kesehatan, oleh karena jika kita pikir-pikir yang terkena dampak terbesar itu ya yang tenaga honorer. Betul kan?
- Moderator Oke! Semua setuju dengan pendapat-pendapat pada upaya peningkatan pelayan kesehatan kerja ini?
- Peserta FGD Setujuuu.....
- Moderator Sekarang mari kita lanjutkan dengan : *rekomendasi untuk sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja!*  
*Dimulai dengan komitmen dan kebijakannya.*
- Dr. N Ya saya setuju dengan meningkatkan koordinasi, komitmen K3 disosialisasikan. La kita juga tidak seberapa paham kok.
- M Jujur saja menurut pendapat saya K3RS di RS Haji ini belum disosialisasikan secara menyeluruh, jadi kalau boleh saya usul yang penting sosialisasinya dulu, tak kenal maka tak sayang, eee...eeee seperti yang dikatakan Pak Masrur dulu.  
Ya kalau kita baca sebenarnya kegiatan-kegiatannya ada namun belum bisa dikoordinasikan dengan psnitis K3RS. Kalau mau akreditasi runah sakit saja kelihatan lebih bisa berperan. Jadi saya setuju dengan pendapat dr. Nik dimana bukti-bukti kegiatan itu juga disosialisasikan.
- Ed. Seperti yang telah kami utarakan sebelumnya, untuk tahap pelaksanaannya pak, rasanya protap-protap itu sudah ada dari dulu, seperti protap tentang penanggulangan bencana, bahaya kebakaran  
Latihan-latihan tentang kebakaran sepertinya saya juga pernah melihat, denah-denah yang ada di rumah sakit ini juga kebetulan saya yang memesankannya, terus jadwal – jadwal petugas sanitasi ya otomatis ada ya pak Misdan? Ya mungkin kurang sosialisasi.
- M Ya memang petugas K3 RS harus mempunyai keahlian yang sesuai, di RS rasanya ada tapi diam-diam saja.

- Moderator                    Kita lanjutkan yang terakhir tentang pengukuran dan evaluasi!  
Bagaimana ini ! Siapa yang mau memberi masukan lebih dahulu!
- Drg T                            Saya kan ruangnya di belakang bersebelahan dengan Pak Misdan yang sekretaris PK3. Saya lihat ada bukti-bukti pelaksanaan, ya kembali lagi sosialisasi dan feedbacknya. Biar semua tahu gitu lo! Dan protap evaluasi memang harus ada.
- Dr, Sb                            Sosialisasi yang terus menerus. Jangan seperti rok-rok asem
- Peserta FGD                    Setuju.....
- Dr. Dh                            Yo belum sholat sudah jam 11.45 nanti kan mau ada rapat lagi.
- Moderator                    Baiklah ibu-ibu dan bapak-bapak sekalian, berhubung waktu sudah jam 11.15 kita akhiri pertemuan diskusi ini dengan beberapa hal yang bisa saya simpulkan untuk rekomendasi yaitu:
1. Untuk promosi olahraga dan penyuluhan kesehatan ditingkatkan agar makan dan istirahat jadi teratur.
  2. Preventif, perlakuan khusus dan pemakaian APD pada tempat-tempat berbahaya, karyawan terlindungi dan Suasana kerja nyaman.
  3. Penerapan ergonomi, bekerja sesuai SOP nya agar tidak mudah lelah
  4. Kuratif, membuat protap untuk pelayanan kesehatan tenaga honorer.
  5. Untuk SMK3, komitmen dan kebijakan, sosialisasi yang terus menerus atau berkesinambungan.
  6. Pada pelaksanaan, sosialisasi program k3, buat feedback ke unit-unitnya
  7. Terakhir pengukuran dan evaluasi, buat protap evaluasi dan disosialisasikan
- Terima kasih,. Wassalamualaikaum Wr Wb.

### Jadwal Kegiatan

BULAN / KEGIATAN	NOP 05				DES 05				JAN 06				FEB 06				MAR 06				APR 06				MEI 06				JUN 06				JUL 06				AGT 06			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pra Proposal	█																																							
Proposal	█				█				█				█				█																							
Perbaikan proposal																					█																			
Penelitian																									█															
Analisa data																													█											
Ujian tesis																																					█			