

JAMINAN KESEHATAN UNTUK KARYAWAN

Indonesia adalah Negara yang sedang berkembang, yang tentunya perkembangan perekonomiannya juga masih membutuhkan peningkatan dalam sistem perekonomian yang berlaku di Indonesia. Salah satu penggerak roda perekonomian adalah tenaga kerja. Sejak Negeraini didirikan, bangsa Indonesia telah menyadari bahwa pekerjaan merupakan kebutuhan asasi warga Negara sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 27 Ayat (2) Undang–Undang Dasar Tahun 1945 yang menyatakan “tiap-tiap warga Negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”.

Pekerjaan mempunyai makna yang sangat penting dalam kehidupan manusia sehingga setiap orang membutuhkan pekerjaan. Pekerjaan dapat di maknai sebagai sumber penghasilan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup bagi dirinya sendiri dan keluarganya, dapat juga dimaknai sarana mengaktualisasikan diri sehingga seseorang hidupnya menjadi lebih berharga baik untuk dirinya sendiri maupun bagi orang lain. Kehidupan dan pekerjaan adalah dua sisi dari satu mata uang, agar orang bisa hidup maka orang harus bekerja.

Hukum ketenagakerjaan menyebutkan pihak yang terkait sangat luas yaitu tidak hanya mengenai pekerja dan pengusaha saja namun juga adanya pihak–pihak lain. Tenaga kerja adalah setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan guna meghasilkan barang dan/atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhannya sendiri maupun masyarakat.

Keselamatan dan kesehatan kerja (selanjutnya disebut K3) adalah suatu program yang dibuat bagi pekerja maupun pengusaha sebagai upaya pencegahan (Preventif) bagi timbulnya kecelakaan kerja dan penyakit akibat hubungan kerja dalam lingkungan kerja dengan cara mengenali hal–hal yang berpotensi menimbulkan kecelakaan kerja dan penyakit akibat hubungan kerja, dan tindakan antisipatif bila terjadi hal demikian.

Perlindungan kerja dapat dilakukan, baik dengan jalan memberikan santunan, tuntunan, maupun dengan jalan meningkatkan pengakuan hak–hak asasi manusia, perlindungan fisik dan sosial ekonomi melalui norma yang berlaku dalam perusahaan. Undang–Undang Nomor 13 Tahun 2003 Pasal 86 Ayat (1) Huruf a disebutkan bahwa “setiap pekerja mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja”. Sedangkan pada Ayat 2 disebutkan juga “untuk melindungi keselamatan pekerja/buruh guna mewujudkan produktivitas kerja yang optimal diselenggarakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja”.

Karyawan yang sehat jasmani dan rohani merupakan asset yang berharga. Untuk itu diperlukan berbagai macam fasilitas pendukung kesehatan karyawan. Dalam upaya menyediakan fasilitas kesehatan di perusahaan, pimpinan perusahaan haruslah menentukan sistem kesehatan perusahaannya terlebih dahulu. Sistem ini merupakan tatanan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan individu guna mencapai derajat kesehatan optimal.

Sistem kesehatan yang dirancang perusahaan diharapkan dapat memuaskan pegawainya. Manajemen perlu memperhatikan adanya pergeseran paradigma dalam pengelolaan pelayanan kesehatan. Pergeseran paradigma ini akibat perubahan lingkungan dan norma-norma.

Sistem kesehatan harus memenuhi persyaratan berikut:

1. Adanya pengorganisasian pelayanan kesehatan yang jelas tentang jenis, bentuk, jumlah, dan pendistribusiannya.
2. Adanya pengorganisasian pembiayaan kesehatan yang juga harus jelas dan jumlah, pendistribusian, pemanfaatan dan mekanisme pembiayaannya.
3. Mutu pelayanan dan manfaat pembiayaan, apakah sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat, serta apakah pembiayaan ini tidak mubazir

Sistem kesehatan ini dibagi menjadi pembiayaan kesehatan dan pelayanan kesehatan.

1. Pembiayaan Kesehatan

Biaya kesehatan adalah sejumlah dana yang disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Biaya ini diperoleh health provider untuk investasi, biaya operasional, dan *health consumer* untuk imbal jasa pelayanan.

2. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan atau *health service* adalah upaya yang diselenggarakan oleh organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Aktivitas yang berdampak kepada bidang kesehatan tetapi bukan merupakan pelayanan kesehatan tersebut sebagai *health related activities*.

Perusahaan yang mempunyai banyak pegawai, apalagi yang memungkinkan pegawainya di suatu daerah, sebaiknya menentukan jenis atau bentuk pelayanan kesehatan yang akan diberikan kepada pegawainya, Baik berupa pelayanan kedokteran (*medical service*) dan / atau pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*).

Sebelumnya telah disebutkan bahwa suatu perusahaan harus memperhatikan kesehatan pegawainya. Untuk keperluan tertentu membutuhkan dana. Dengan dana tersebut diharapkan di dapat pelayanan kesehatan yang memadai. Pelayanan kesehatan yang dapat dari dana

pembiayaan tersebut haruslah digunakan dengan efektif dan efisien. Efektif berarti pelayanannya memberikan hasil kesembuhan dan memuaskan pasien, sedangkan efisien berarti hemat biaya.

Suatu pelayanan kesehatan perusahaan dapat dikatakan baik apabila memenuhi persyaratan-persyaratan berikut:

1. Tersedia (*available*); perusahaan harus menyediakan pelayanan kesehatan untuk pegawainya dengan cara mempunyai poliklinik atau rumah sakit, bila tidak menyerahkannya kepada pihak ketiga.
2. Wajar (*appropriate*): pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan, misalnya suatu Perusahaan Tambang haruslah menyediakan pelayanan bedah, karena kemungkinan akan sering terjadi kecelakaan akibat bekerja dengan alat-alat berat (dozer, crane, shhoovel, excavator). Suatu lokasi kerja yang terpencil, umpayanya suatu rig di tenah laut, haruslah tersedia sarana untuk medical evacuation, misalnya berupa helikopter. Dengan pengadaan keselamatan kerja yang baik dan bermanfaat, sepiantas terkesan adanya pemborosan, seperti helikopter yang jarang digunakan untuk mengevakuasi orang yang kecelakaan. Di sini, upaya penyediaan helikopter kedati banyak mengeluarkan biaya masih bisa diterima karena wajar.
3. Berkesinambungan (*continue*): pelayanan kesehatan yang memerlukan kelanjutan harus diberikan berkesinambungan. Pemeriksaan kesehatan berkala harus dilakukan secara periodik sehingga keadaan kesehatan pegawai bisa dipantau secara terus menerus.
4. Dapat Diterima (*acceptable*): suatu perusahaan besar dengan laba yang besar tentu saja tidak layak bila memberikan fasilitas kesehatan yang minimal. Pegawai tidak akan ikhlas menerimanya. Itu berarti pelayanan tidak *acceptable*. Sedangkan, perusahaan yang belum mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap sasuai standar, bisa memberikan pelayanan yang minimal tetapi dengan memberikan penjelasan kepada oegawainya bahwa perusahaan belum mampu. Apabila alasan ini masuk akal, maka pegawai akan bisa menerima layanan tersebut dengan ikhlas. Jadi walaupun layanannya minimal, tetapi tetap *acceptable*.
5. Dapat Dicapai (*accessible*): pelayanan kesehatan yang diupayakan harus mudah dicapai. Pegawai yang lokasi kerjanya jauh dari tempat fasilitas kesehatan harus mendapat jemputan untuk pemeriksaan kesehatan, atau apabila ada kecelakaan harus bisa cepat dijemput dengan ambulance untuk medical evacuntion.
6. Terjangkau (*affordable*): Perusahaan memilih layanan kesehatan yang sesuai standar dan harganya terjangkau oleh perusahaan. Banyak cara untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, nanum tidak setiap cara cocok untuk suatu peusahaan. Perusahaan harus memilih cara yang paling cocok untuknya

Sebelum memutuskan pilihan cara yang paling cocok, haruslah terlebih dahulu ditetapkan ketentuan bahwa:

1. Kesehatan seorang merupakan tanggung jawab individu.
2. Setiap pegawai harus memberitahukan kepada keluarganya bahwa kesehatan mereka merupakan tanggung jawab mereka.
3. Perusahaan akan membantu upaya pegawai dan keluarganya mencapai tingkat kesehatan optimal.
4. Ada hal-hal yang sepenuhnya harus dibiayai oleh pegawai, misalnya yang bersifat kosmetika dan kekikmatan.

Ada beberapa pola suatu perusahaan melaksanakan pelayanan kesehatan:

a. Sistem Reimbursement

Perusahaan membayar biaya pengobatan berdasarkan *fee for services*. Sistem ini memungkinkan terjadinya *over utilization*.

b. Asuransi

Perusahaan bisa menggunakan modal asuransi kesehatan dalam upaya melaksanakan pelayanan kesehatan bagi pekerjanya. Dianjurkan agar asuransi yang diambil adalah asuransi kesehatan yang mencakup seluruh jenis pelayanan kesehatan (*comprehensive*), yaitu kuratif dan preventif. Asuransi tersebut menanggung seluruh biaya kesehatan, atau *group health insurance* (namun kepada pekerjaan dianjurkan agar tidak berobat secara berlebihan).

d. Pemberian Tunjangan Kesehatan

Perusahaan yang enggan dengan kesukaran biasanya memberikan tunjangan kesehatan atau memberikan lumpsum biaya kesehatan kepada pegawainya dalam bentuk uang. Sakit maupun tidak sakit tunjangannya sama. Sebaiknya tunjangan ini digunakan untuk mengikuti asuransi kesehatan (*family health insurance*) kalau tidak akan dibelanjakan untuk kepentingan lain, malahan bisa untuk membeli rokok, sesuatu yang malah merugikan kesehatannya.

e. Rumah Sakit Perusahaan

Perusahaan yang mempunyai pegawai berjumlah besar akan lebih diuntungkan apabila mengusahakan suatu rumah sakit untuk keperluan pegawainya dan keluarga pegawai yang ditanggungnya. Dalam praktiknya, rumah sakit ini bisa juga dimanfaatkan oleh masyarakat bukan pegawai perusahaan tersebut.

Menyangkut kesehatan pegawainya, rumah sakit perusahaan harus menyiapkan rekam medis khusus, yang lebih lengkap, dan perlu dievaluasi secara periodik.

Perlu diingatkan bahwa pelayanan kesehatan yang didapat dari rumah sakit perusahaan diupayakan bisa lebih baik bila dibandingkan jika dilayani oleh rumah sakit lain. Dengan demikian, pegawai perusahaan yang dirawat akan merasa puas dan bangga terhadap fasilitas

yang disediakan. Rasa senang menerima fasilitas kesehatan ini akan membahukan semangat bekerja untuk membalas jasa perusahaan yang dinikmatinya.

Program Keselamatan Kerja di Perusahaan

Program keselamatan kerja dititikberatkan pada penanganan kecelakaan kerja dan upaya untuk menghindarinya. Program keselamatan kerja terbentuk dari unsur :

1. Dukungan manajemen puncak

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan kuat antara dukungan manajemen puncak & berkurangnya pekerja yang cidera. Bentuk dukungan : kehadiran dalam pertemuan-pertemuan tentang urgensi keselamatan kerja, mengagendakan rapat dengan dewan direksi tentang pentingnya K3

2. Pengangkatan Kepala Keselamatan Kerja

Harus bisa menyeimbangkan pendekatan personalia dan pendekatan rekayasa.

3. Perekayasa suatu perusahaan & operasi yang aman

Tersedianya alat-alat mekanis untuk penanganan bahan-bahan. Peralatan yang berbahaya harus ditempatkan sejauh mungkin. Tempat kerja harus bersih, diterangi dengan baik, diberi ventilasi. Prosedur kerja & peraturan kerja untuk cegah human error.

4. Pendidikan bagi karyawan untuk bertindak secara aman.

Pengarahan saat pengangkatan karyawan oleh pimpinan. Pelatihan kerja (titik-titik berbahaya dari operasi mesin). Arahan harian oleh supervisor. Bagan, poster, majalah perusahaan, peragaan / simulasi.

5. Pengadaan & Penyampaian Catatan

Jumlah peristiwa kecelakaan/cidera, penyakit maupun kematian yang disebabkan oleh pekerjaan.

6. Analisis penyebab kecelakaan kerja

Sebab-sebab mekanis : perlengkapan, peralatan, mesin, bahan-bahan, dan lingkungan kerja yang tidak berfungsi secara normal. Sebab-sebab manusiawi : kurang hati-hati, melamun, obat-obat terlarang, supervisor yang mengekang, kelelahan, kejenuhan.

Kewajiban Perusahaan bila terjadi Kecelakaan Kerja :

Bagian SDM wajib lapor ke Depnaker tentang daftar kecelakaan kerja beserta biaya ganti rugi

Ganti rugi adalah sebagai berikut :

1. Biaya transportasi ke RS / rumah
2. Biaya pengobatan & perawatan
3. Biaya pemakaman bila wafat
4. Semua jenis tunjangan yang menjadi hak karyawan

Pimpinan perusahaan harus menyadari bahwa biaya kesehatan tidak kecil. Nilai biaya kesehatan setiap tahun biasanya selalu naik dan kenaikannya sering melebihi tingkat inflasi. Kenaikan ini bisa disebabkan oleh penggunaan peralatan canggih. Pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak sehingga terjadi pemeriksaan berulang, pembayaran premi asuransi profesi oleh dokter, pemeriksaan yang berlebihan karena dokter ingin mengurangi resiko kegagalan / *malpractice*, atau tuntutan pegawai yang neko-neko.

Jumlah dana pembiayaan harus cukup untuk membiayai upaya kesehatan yang telah direncanakan. Bila biaya tidak mencukupi maka jenis dan bentuk pelayanan kesehatannya harus diubah sehingga sesuai dengan biaya yang disediakan.

Distribusi atau penyebaran dana perlu disesuaikan dengan prioritas. Suatu perusahaan yang unit kerjanya banyak dan tersebar perlu ada perencanaan alokasi dana yang akurat. Perusahaan yang memukinkan pekerjanya, haruslah memberikan dana pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak kalah penting dibandingkan dana untuk pelayanan kedokteran. Penyediaan fasilitas kesehatan di perusahaan perlu selalu dimonitor, dan bila kurang bermanfaat, pengaturannya harus diubah.

Peraturan Undang – Undang Mengenai Pekerja Dalam Kondisi Sakit

Undang-Undang yang mengatur ketentuan mengenai pekerja yang sakit adalah sebagai berikut :

1. Undang-undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan

Undang-Undang ini mengatur mengenai segala hal yang berhubungan dengan ketenagakerjaan mulai dari upah kerja, jam kerja, hak maternal, cuti sampai dengan keselamatan dan kesehatan kerja. Lebih lengkapnya UU No.13/2003 mengatur mengenai hal yang berkaitan dengan pekerja yang sakit dalam pasal 93, 153, 156 dan 172.

2. Undang-undang No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja

Undang-Undang ini mengatur bahwa program Jamsostek wajib diikuti oleh setiap perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja sebanyak 10 orang atau lebih, atau membayar upah paling sedikit Rp 1 juta sebulan.

Sebagian besar perusahaan akan mendaftarkan pekerjanya menjadi anggota Jamsostek (saat ini melebur ke dalam BPJS). Berdasarkan Undang-undang No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja, pemeliharaan kesehatan diartikan sebagai upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan, termasuk pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan.

Ruang lingkup jaminan pemeliharaan kesehatan dalam undang-undang ini meliputi:

1. rawat jalan tingkat pertama
2. rawat jalan tingkat lanjutan
3. rawat inap
4. pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan
5. penunjang diagnostik
6. pelayanan khusus
7. pelayanan gawat darurat.

Namun, sayangnya peraturan tersebut hanya berlaku bagi karyawan yang perusahaannya sudah mendaftarkan diri di Jamsostek. Bagi perusahaan yang belum mendaftarkan perusahaan dan karyawannya di Jamsostek, biasanya diberlakukan penggantian biaya berobat yang bervariasi tergantung kebijakan perusahaan yang bersangkutan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah salah satu lembaga jaminan sosial terbesar di Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menawarkan berbagai macam program mulai dari program kecelakaan kerja, jaminan hari tua hingga program pemeliharaan kesehatan.

Seperti yang sudah disebutkan dalam UU No.3/1992, bahwa program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) wajib diikuti oleh setiap perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja sebanyak 10 orang atau lebih, atau membayar upah paling sedikit Rp 1 juta sebulan. Program BPJS Kesehatan dan Ketenagakerjaan merupakan haknya tenaga kerja.

Apabila terdapat perusahaan yang belum mengikuti Program BPJS, maka tenaga kerja dapat melaporkannya ke:

1. Pejabat Penyidik Polisi Negara Republik Indonesia
2. Pejabat Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) tertentu di Departemen yang tugas dan tanggungjawabnya meliputi ketenagakerjaan/pegawai Pengawas Ketenagakerjaan pada Kantor Dinas Tenaga Kerja setempat

Sesuai Pasal 6 UU No. 3/1992 dan Pasal 2 ayat (1) PP No. 14/1993, lingkup program jaminan sosial tenaga kerja saat ini adalah meliputi 4 (empat) program, yakni:

1. jaminan kecelakaan kerja (JKK)
2. jaminan kematian (JK)
3. jaminan hari tua (JHT)
4. jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK)

Dalam hal ini, jaminan bagi pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan termasuk dalam JPK yang menjadi hak pekerja. Cakupan program JPK ini termasuk Pelayanan Persalinan, yakni pertolongan persalinan yang diberikan kepada pekerja perempuan berkeluarga atau istri pekerja peserta program JPK maksimum sampai dengan persalinan ke-3. Besar bantuan biaya persalinan normal setinggi-tingginya ditetapkan Rp 500.000.

Ada dua jenis peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang masalah kecelakaan kerja dan biaya pengobatannya, bila perusahaan ini mengikuti program jamsostek, Undang-undang no.3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja yang berlaku, Pasal 9 Undang-Undang No. 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja menguraikan yang termasuk jaminan kecelakaan kerja, yaitu meliputi:

1. biaya pengangkutan
2. biaya pemeriksaan, pengobatan, dan/atau perawatan
3. biaya rehabilitasi
4. santunan berupa uang yang meliputi:
 - a. santunan sementara tidak mampu bekerja
 - b. santunan cacat sebagian untuk selama-lamanya
 - c. santunan cacat total untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental.

Bahkan Kepres RI No. 22 Tahun 1993 tentang penyakit yang timbul karena hubungan kerja mengatur hak pekerja bila menderita penyakit karena hubungan kerja, yakni mendapat jaminan

kecelakaan kerja baik pada saat masih dalam hubungan kerja maupun setelah hubungan kerja berakhir (paling lama 3 tahun sejak hubungan kerja berakhir)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 432/MENKES/SK/IV/2007**

TENTANG

**PEDOMAN MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3)
DI RUMAH SAKIT**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam kegiatan rumah sakit berpotensi menimbulkan bahaya fisik, kimia, biologi, ergonomik dan psikososial yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan baik terhadap pekerja, pasien, pengunjung maupun masyarakat di lingkungan rumah sakit;
 - b. bahwa untuk mencegah dan mengurangi bahaya kesehatan dan keselamatan khususnya terhadap pekerja, perlu dilakukan upaya-upaya kesehatan dan keselamatan kerja dengan menetapkan Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1970 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2918);
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
 3. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4729);
 4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1999 tentang Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3838);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 2000 tentang Keselamatan Dan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Radiasi Pngion (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 136, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3992);
9. Keputusan Presiden Nomor 22 Tahun 1993 tentang Penyakit Yang Timbul Karena Hubungan Kerja;
10. Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Wajib Laporan Penyakit Akibat Hubungan Kerja;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 876/Menkes/SK/VIII/2001 tentang Pedoman Teknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1217/Menkes/SK/IX/2001 tentang Pedoman Pengamanan Dampak Radiasi;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1335/Menkes/SK/X/2002 tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Kualitas Udara Ruang Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1439/Menkes/SK/XI/2002 tentang Penggunaan Gas Medis Pada Sarana Pelayanan Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 351/Menkes/SK/III/2003 tentang Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3) DI RUMAH SAKIT.**
- Kedua : Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua merupakan acuan bagi pengelola maupun karyawan Rumah Sakit dalam melakukan upaya kesehatan dan keselamatan kerja;
- Keempat : Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua dilaksanakan oleh Menteri Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota, dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat.
- Kelima : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 10 April 2007

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 432/Menkes/SK/IV/2007
Tanggal : 10 April 2007

PEDOMAN MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3) DI RUMAH SAKIT

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Jika memperhatikan isi dari pasal di atas maka jelaslah bahwa Rumah Sakit (RS) termasuk ke dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS.

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

Hasil laporan *National Safety Council (NSC)* tahun 1988 menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di RS 41% lebih besar dari pekerja di industri lain. Kasus yang sering terjadi adalah tertusuk jarum, terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, dan penyakit infeksi dan lain-lain. Sejumlah kasus dilaporkan mendapatkan kompensasi pada pekerja RS, yaitu *sprains, strains* : 52%; *contusion, crushing, bruising* : 11%; *cuts, laceration, punctures*: 10.8%; *fractures*: 5.6%; *multiple injuries*: 2.1%; *thermal burns*: 2%; *scratches, abrasions*: 1.9%; *infections*: 1.3%; *dermatitis*: 1.2%; dan lain-lain: 12.4% (*US Department of Laboratorium, Bureau of Laboratorium Statistics*, 1983).

Laporan lainnya yakni di Israel, angka prevalensi cedera punggung tertinggi pada perawat (16.8%) dibandingkan pekerja sektor industri lain. Di Australia, diantara 813 perawat, 87% pernah *low back pain*, prevalensi 42% dan di AS, insiden cedera *musculoskeletal* 4.62/100 perawat per tahun. Cedera punggung menghabiskan biaya kompensasi terbesar, yaitu lebih dari 1 miliar \$ per tahun. Khusus di Indonesia, data penelitian sehubungan dengan bahaya-bahaya di RS belum tergambar dengan jelas, namun diyakini bahwa banyak keluhan-keluhan dari para petugas di RS, sehubungan dengan bahaya-bahaya yang ada di RS.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Selain itu, Gun (1983) memberikan catatan bahwa terdapat beberapa kasus penyakit kronis yang diderita petugas RS, yakni hipertensi, varises, anemia (kebanyakan wanita), penyakit ginjal dan saluran kemih (69% wanita), dermatitis dan urtikaria (57% wanita) serta nyeri tulang belakang dan pergeseran diskus intervertebrae. Ditambahkan juga bahwa terdapat beberapa kasus penyakit akut yang diderita petugas RS lebih besar 1.5 kali dari petugas atau pekerja lain, yaitu penyakit infeksi dan parasit, saluran pernafasan, saluran cerna dan keluhan lain, seperti sakit telinga, sakit kepala, gangguan saluran kemih, masalah kelahiran anak, gangguan pada saat kehamilan, penyakit kulit dan sistem otot dan tulang rangka.

Dari berbagai potensi bahaya tersebut, maka perlu upaya untuk mengendalikan, meminimalisasi dan bila mungkin meniadakannya, oleh karena itu K3 RS perlu dikelola dengan baik.

Agar penyelenggaraan K3 RS lebih efektif, efisien dan terpadu, diperlukan sebuah pedoman manajemen K3 di RS, baik bagi pengelola maupun karyawan RS.

B. Tujuan dan Manfaat

Tujuan :

Terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan RS

Manfaat :

1. Bagi RS :
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan
 - b. Mempertahankan kelangsungan operasional RS
 - c. Meningkatkan citra RS.
2. Bagi karyawan RS :
 - a. Melindungi karyawan dari Penyakit Akibat Kerja (PAK)
 - b. Mencegah terjadinya Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)
3. Bagi pasien dan pengunjung :
 - a. Mutu layanan yang baik
 - b. Kepuasan pasien dan pengunjung

C. Sasaran

1. RS
2. Karyawan RS
3. Pasien dan pengunjung



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

II. KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI RUMAH SAKIT

A. Pengertian

Kesehatan Kerja Menurut WHO / ILO (1995)

Kesehatan Kerja bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan; perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan; dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologisnya. Secara ringkas merupakan penyesuaian pekerjaan kepada manusia dan setiap manusia kepada pekerjaan atau jabatannya.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.

Manajemen K3 RS

Suatu proses kegiatan yang dimulai dengan tahap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian yang bertujuan untuk membudayakan K3 di RS .

B. Upaya K3 di RS

Upaya K3 di RS menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, proses kerja dan lingkungan kerja. Upaya ini meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan. Kinerja setiap petugas kesehatan dan non kesehatan merupakan resultante dari tiga komponen K3 yaitu kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja.

Yang dimaksud dengan :

1. Kapasitas kerja adalah kemampuan seorang pekerja untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik pada suatu tempat kerja dalam waktu tertentu.
2. Beban Kerja adalah suatu kondisi yang membebani pekerja baik secara fisik maupun non fisik dalam menyelesaikan pekerjaannya, kondisi tersebut dapat diperberat oleh kondisi lingkungan yang tidak mendukung secara fisik atau non fisik.
3. Lingkungan Kerja adalah kondisi lingkungan tempat kerja yang meliputi faktor fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial yang mempengaruhi pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya.

C. Bahaya Potensial di RS

Bahaya Potensial di RS dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Yaitu disebabkan oleh faktor biologi (virus, bakteri dan jamur); faktor kimia



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

(antiseptik, gas anestasi) ; faktor ergonomi (cara kerja yang salah); faktor fisika (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran dan radiasi); faktor psikososial (kerja bergilir, hubungan sesama karyawan/atasan).

Bahaya potensial yang dimungkinkan ada di RS, diantaranya adalah mikrobiologik, desain/fisik, kebakaran, mekanik, kimia/gas/karsinogen, radiasi dan risiko hukum/keamanan.

Penyakit Akibat Kerja (PAK) di RS, umumnya berkaitan dengan faktor biologik (kuman patogen yang berasal umumnya dari pasien); faktor kimia (pemaparan dalam dosis kecil namun terus menerus seperti antiseptik pada kulit, gas anestasi pada hati; faktor ergonomi (cara duduk salah, cara mengangkat pasien salah); faktor fisik dalam dosis kecil yang terus menerus (panas pada kulit, tegangan tinggi pada sistem reproduksi, radiasi pada sistem pemroduksi darah); faktor psikologis (ketegangan di kamar bedah, penerimaan pasien, gawat darurat dan bangsal penyakit jiwa).

D. Respon Kegawatdaruratan di RS

Kegawatdaruratan dapat terjadi di RS. Kegawatdaruratan merupakan suatu kejadian yang dapat menimbulkan kematian atau luka serius bagi pekerja, pengunjung ataupun masyarakat atau dapat menutup kegiatan usaha, mengganggu operasi, menyebabkan kerusakan fisik lingkungan ataupun mengancam finansial dan citra RS.

RS mutlak memerlukan Sistem Tanggap Darurat sebagai bagian dari Manajemen K3 RS.

III. SISTEM MANAJEMEN K3 RUMAH SAKIT

A. Komitmen dan Kebijakan

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

Untuk melaksanakan komitmen dan kebijakan K3 RS, perlu disusun strategi antara lain :

1. Advokasi sosialisasi program K3 RS.
2. Menetapkan tujuan yang jelas.
3. Organisasi dan penugasan yang jelas.
4. Meningkatkan SDM profesional di bidang K3 RS pada setiap unit kerja di lingkungan RS.
5. Sumberdaya yang harus didukung oleh manajemen puncak
6. Kajian risiko secara kualitatif dan kuantitatif



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

7. Membuat program kerja K3RS yang mengutamakan upaya peningkatan dan pencegahan.
8. Monitoring dan evaluasi secara internal dan eksternal secara berkala.

B. Perencanaan

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

Perencanaan meliputi:

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

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

Bahaya potensial berdasarkan lokasi dan pekerjaan di RS meliputi :

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

No	Bahaya Potensial	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
2	KIMIA : disinfektan	Semua area	Petugas kebersihan, perawat
	Cytotoxics	Farmasi, tempat pembuangan limbah, bangsal	Pekerja farmasi, perawat, petugas pengumpul sampah
	Ethylene oxide	Kamar operasi	Dokter, perawat
	Formaldehyde	Laboratorium, kamar mayat, gudang farmasi	Petugas kamar mayat, petugas laboratorium dan farmasi
	Methyl : Methacrylate, Hg (amalgam)	Ruang pemeriksaan gigi	Petugas/dokter gigi, dokter bedah, perawat
	Solvents	Laboratorium, bengkel kerja, semua area di RS	Teknisi, petugas laboratorium, petugas pembersih
	Gas-gas anaestesi	Ruang operasi gigi, OK, ruang pemulihan (RR)	Dokter gigi, perawat, dokter bedah, dokter/perawat anaestesi
3	BIOLOGIK : AIDS, Hepatitis B dan Non A-Non B	IGD, kamar Operasi, ruang pemeriksaan gigi, laboratorium, laundry	Dokter , dokter gigi, perawat, petugas laboratorium, petugas sanitasi dan laundry
	Cytomegalovirus	Ruang kebidanan, ruang anak	Perawat, dokter yang bekerja di bagian Ibu dan anak
	Rubella	Ruang ibu dan anak	Dokter dan perawat
	Tuberculosis	Bangsal, laboratorium, ruang isolasi	Perawat, petugas laboratorium, fisioterapis
4	ERGONOMIK Pekerjaan yang dilakukan secara manual	Area pasien dan tempat penyimpanan barang (gudang)	Petugas yang menangani pasien dan barang
	Postur yang salah dalam melakukan pekerjaan	Semua area	Semua karyawan
	Pekerjaan yang berulang	Semua area	Dokter gigi, petugas pembersih, fisioterapis, sopir, operator komputer, yang berhubungan dengan pekerjaan juru tulis



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

No	Bahaya Potensial	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
5	PSIKOSOSIAL Sering kontak dengan pasien, kerja bergilir, kerja berlebih, ancaman secara fisik	Semua area	Semua karyawan

b. Penilaian faktor risiko

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

c. Pengendalian faktor risiko

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

2. Membuat peraturan

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

3. Tujuan dan sasaran

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

4. Indikator kinerja

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

5. Program K3

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

C. Pengorganisasian

Pelaksanaan K3 di RS sangat tergantung dari rasa tanggung jawab manajemen dan petugas, terhadap tugas dan kewajiban masing-masing serta kerja sama dalam pelaksanaan K3. Tanggung jawab ini harus ditanamkan melalui adanya aturan yang jelas. Pola pembagian tanggung jawab, penyuluhan kepada semua petugas,



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

bimbingan dan latihan serta penegakkan disiplin. Ketua organisasi/satuan pelaksana K3 RS secara spesifik harus mempersiapkan data dan informasi pelaksanaan K3 di semua tempat kerja, merumuskan permasalahan serta menganalisis penyebab timbulnya masalah bersama unit-unit kerja, kemudian mencari jalan pemecahannya dan mengkomunikasikannya kepada unit-unit kerja, sehingga dapat dilaksanakan dengan baik. Selanjutnya memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan program, untuk menilai sejauh mana program yang dilaksanakan telah berhasil. Kalau masih terdapat kekurangan, maka perlu diidentifikasi penyimpangannya serta dicari pemecahannya.

1. Tugas dan fungsi organisasi/unit pelaksana K3 RS

a. Tugas pokok :

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

b. Fungsi

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

2. Struktur organisasi K3 di RS

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

Model 1 :

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Model 2 :

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

Keanggotaan :

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

3. Mekanisme kerja

Ketua organisasi/unit pelaksana K3 RS memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan organisasi/unit pelaksana K3 RS.

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

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

Untuk dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, organisasi/unit pelaksana K3 RS mengumpulkan data dan informasi mengenai pelaksanaan K3 di RS. Sumber data antara lain dari bagian personalia meliputi angka sakit, tidak hadir tanpa keterangan, angka kecelakaan, catatan lama sakit dan perawatan RS, khususnya yang berkaitan dengan akibat kecelakaan. Dan sumber yang lain bisa dari tempat pengobatan RS sendiri antara lain jumlah kunjungan, P3K dan tindakan medik karena kecelakaan, rujukan ke RS bila perlu pengobatan lanjutan dan lama perawatan dan lama berobat. Dari bagian teknik bisa didapat data kerusakan akibat kecelakaan dan biaya perbaikan.

Informasi juga dikumpulkan dari hasil monitoring tempat kerja dan lingkungan kerja RS, terutama yang berkaitan dengan sumber bahaya potensial baik yang berasal dari kondisi berbahaya maupun tindakan berbahaya serta data dari bagian K3 berupa laporan pelaksanaan K3 dan analisisnya.

Data dan informasi dibahas dalam organisasi/unit pelaksana K3 RS, untuk menemukan penyebab masalah dan merumuskan tindakan korektif maupun tindakan preventif. Hasil rumusan disampaikan dalam bentuk rekomendasi



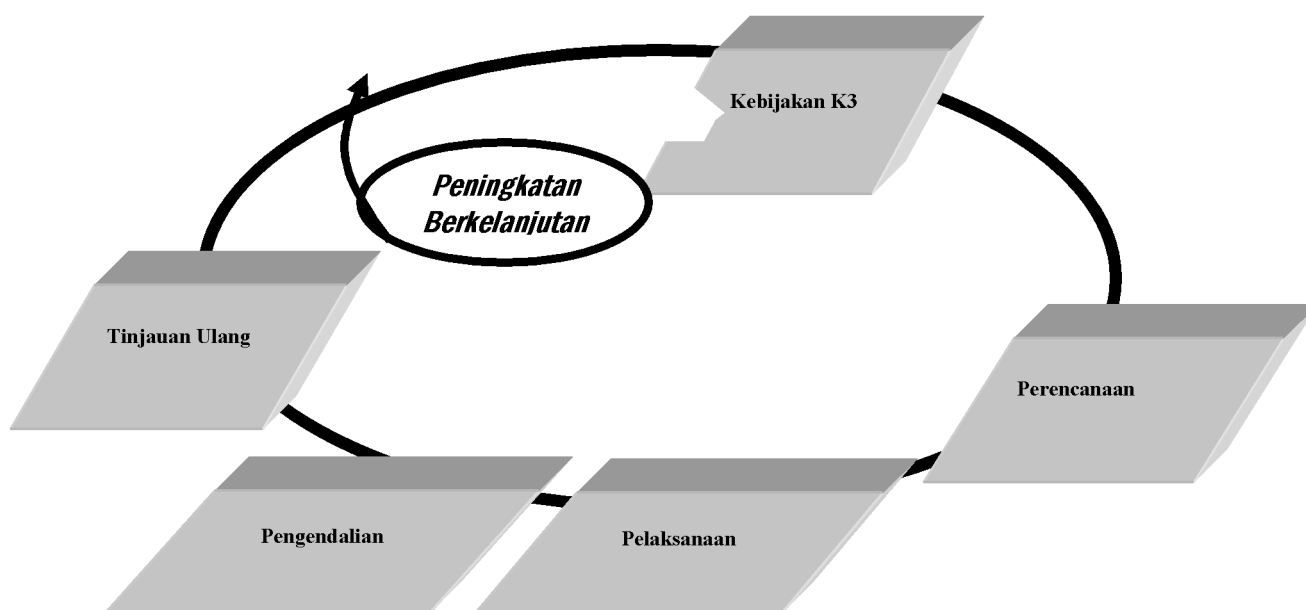
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

kepada direktur RS. Rekomendasi berisi saran tindak lanjut dari organisasi/satuan pelaksana K3 RS serta alternatif-alternatif pilihan serta perkiraan hasil/konsekuensi setiap pilihan.

Organisasi/unit pelaksana K3 RS membantu melakukan upaya promosi di lingkungan RS baik pada petugas, pasien maupun pengunjung, yaitu mengenai segala upaya pencegahan KAK dan PAK di RS. Juga bisa diadakan lomba pelaksanaan K3 antar bagian atau unit kerja yang ada di lingkungan kerja RS, dan yang terbaik atau terbagus pelaksanaan dan penerapan K3 nya mendapat reward dari direktur RS.

D. Langkah-Langkah Penyelenggaraan

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



1. Tahap persiapan

- a. Menyatakan komitmen.
Komitmen harus dimulai dari direktur utama/direktur RS (manajemen puncak). Pernyataan komitmen oleh manajemen puncak tidak hanya dalam kata-kata, tetapi juga harus dengan tindakan nyata, agar dapat diketahui, dipelajari, dihayati dan dilaksanakan oleh seluruh staf dan petugas RS.
- b. Menetapkan cara penerapan K3 di RS.
Bisa menggunakan jasa konsultan atau tanpa menggunakan jasa konsultan jika RS memiliki personil yang cukup mampu untuk mengorganisasikan dan mengarahkan orang.
- c. Pembentukan organisasi/unit pelaksana K3 RS.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- d. Membentuk kelompok kerja penerapan K3.
Anggota kelompok kerja sebaiknya terdiri atas seorang wakil dari setiap unit kerja, biasanya manajer unit kerja. Peran, tanggung jawab dan tugas anggota kelompok kerja perlu ditetapkan. Sedangkan mengenai kualifikasi dan jumlah anggota kelompok kerja disesuaikan dengan kebutuhan RS.
- e. Menetapkan sumber daya yang diperlukan.
Sumber daya disini mencakup orang (mempunyai tenaga K3), sarana, waktu dan dana.

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Penyuluhan K3 ke semua petugas RS
- b. Pelatihan K3 yang disesuaikan dengan kebutuhan individu dan kelompok di dalam organisasi RS. Fungsinya memproses individu dengan perilaku tertentu agar berperilaku sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya sebagai produk akhir dari pelatihan.
- c. Melaksanakan program K3 sesuai peraturan yang berlaku diantaranya :
 - Pemeriksaan kesehatan petugas (prakarya, berkala dan khusus)
 - Penyediaan alat pelindung diri dan keselamatan kerja
 - Penyiapan pedoman pencegahan dan penanggulangan keadaan darurat
 - Penempatan pekerja pada pekerjaan yang sesuai kondisi kesehatan
 - Pengobatan pekerja yang menderita sakit.
 - Menciptakan lingkungan kerja yang higienis secara teratur, melalui monitoring lingkungan kerja dari hazard yang ada
 - Melaksanakan biological monitoring
 - Melaksanakan surveilas kesehatan pekerja

3. Tahap pemantauan dan Evaluasi

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

Pemantauan dan evaluasi meliputi :

- a. Pencatatan dan pelaporan K3 terintegrasi ke dalam sistem pelaporan RS (SPRS);
 - Pencatatan dan pelaporan K3
 - Pencatatan semua kegiatan K3
 - Pencatatan dan pelaporan KAK
 - Pencatatan dan pelaporan PAK
- b. Inspeksi dan pengujian
Inspeksi K3 merupakan suatu kegiatan untuk menilai keadaan K3 secara umum dan tidak terlalu mendalam. Inspeksi K3 di RS dilakukan secara



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

berkala, terutama oleh petugas K3 RS sehingga kejadian PAK dan KAK dapat dicegah sedini mungkin. Kegiatan lain adalah pengujian baik terhadap lingkungan maupun pemeriksaan terhadap pekerja berisiko seperti *biological monitoring* (Pemantauan secara Biologis).

c. Melaksanakan audit K3

Audit K3 yang meliputi falsafah dan tujuan, administrasi dan pengelolaan, karyawan dan pimpinan, fasilitas dan peralatan, kebijakan dan prosedur, pengembangan karyawan dan program pendidikan, evaluasi dan pengendalian.

Tujuan Audit K3 :

- Untuk menilai potensi bahaya, gangguan kesehatan dan keselamatan
- Memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah dilaksanakan sesuai ketentuan
- Menentukan langkah untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu.

Perbaikan dan pencegahan didasarkan atas hasil temuan dari audit, identifikasi, penilaian risiko direkomendasikan kepada manajemen puncak.

Tinjauan ulang dan peningkatan oleh pihak manajemen secara berkesinambungan untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan K3.

IV. PENUTUP

Pengelolaan K3 di RS penting artinya untuk meningkatkan lingkungan kerja RS agar aman, sehat dan nyaman baik bagi karyawan, pasien, pengunjung ataupun masyarakat di sekitar RS. Pengelolaan K3 di RS dapat berjalan dengan baik, bila pimpinan puncak atau Direktur RS punya komitmen yang tinggi terhadap jalannya pelaksanaan K3 di RS. Selain itu perlu juga pemahaman, kesadaran dan perhatian yang penuh dari segala pihak yang terlibat di RS, sehingga apa yang diharapkan terhadap penerapan K3 di RS bisa tercapai.

Untuk suksesnya pengelolaan K3 di RS, tidak terlepas dari upaya pemerintah dalam membina terhadap setiap proses tahapan K3 di RS. Bisa dari sudut legislasi ataupun dari penyediaan pedoman-pedoman baik teknis K3 maupun strategi penerapan K3 di RS.

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP.(K)