

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Rumah Sakit**

Pengertian Rumah Sakit menurut UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal I bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut WHO (*World Health Organization*) rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Definisi rumah sakit menurut *American Hospital Association* dikutip oleh Wildan Pahlevi (2009) adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. *Association of Hospital Care* (1947) mendefinisikan rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan, sedangkan pada Wolper dan Pena (1987), rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 32 th 1996, jenis-jenis karyawan yang ada dalam Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

#### 1. Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan adalah seorang karyawan yang memberikan pelayanan medik dan atau pelayanan penunjang medis dan mempunyai disiplin ilmu tentang pengelolaan pasien. Jenis tenaga kesehatan terdiri dari :

- a) Dokter
- b) Apoteker
- c) Radiografer
- d) Ahli Madya Gizi
- e) Perawat
- f) Analis Kesehatan
- g) Asisten Apoteker
- h) Sanitarian
- i) Elektromedik

#### 2. Tenaga Non Kesehatan

Tenaga Non Kesehatan/Non Medis adalah karyawan yang tidak memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien atau penunjang medik. Jenis tenaga Non Kesehatan terdiri dari tenaga adalah sebagai berikut:

- a) Administrasi
- b) Keuangan & Akuntansi
- c) Rumah Tangga

- d) Perawatan & Sarana Rumah Sakit
- e) Linen & Binatu
- f) Kasir Ralan & Ranap
- g) Kepegawaian
- h) Pengadaan
- i) Pendidikan & Pelatihan
- j) Sanitasi
- k) Pengolah gizi
- l) Pekarya
- m) Penyaji
- n) Pelayanan Pengamanan
- o) Pelayanan Transportasi
- p) Pemasaran

## **B. Instalasi Gawat Darurat (IGD)**

### **1. Pengertian IGD**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan tempat pelayanan darurat untuk pasien yang butuh pertolongan medis segera yang di adakan di setiap Puskesmas atau Rumah Sakit. Perkembangan medis merupakan hal terpenting yang harus dijalankan agar pelayanan kepada pasien bisa tertangani dengan baik. Menurut UU No. 44 Tahun 2009 Rumah Sakit merupakan institusi yang melayani kesehatan bagi sejumlah manusia dengan karakter yang berbeda-beda yang didorong oleh kemajuan ilmu pengetahuan kesehatan, perkembangan dibidang teknologi dan keadaan sosial ekonomi sejumlah manusia yang harus

mampu memajukan pelayanan yang berkualitas dan tercapai bagi masyarakat agar terlaksana tingkatan kesehatan yang sampai setinggi-tingginya. Dari pemahaman ini, rumah sakit melaksanakan beberapa proses kegiatan termasuk, kegiatan perawatan, kegiatan rehabilitasi atau pemulihan, pencegahan dan perubahan kesehatan, sebagai lingkungan pengajaran, pelatihan paramedis dan medik, sebagai lingkungan penelitian medis, mengembangkan pengetahuan, dan teknologi ilmu kesehatan. Selain dituntut untuk sanggup memberikan manfaat pengobatan yang berkualitas, rumah sakit selalu diharuskan melakukan dan memajukan rancangan Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana yang tercatat dalam buku Panduan Pelayanan Rumah Sakit yang ditemukan dalam instrumen akreditasi rumah sakit.

Dalam UU No. 36 Tahun 2009 perihal kesehatan pasal 165: direktur lingkungan kerja wajib menciptakan segala bentuk upaya Kesehatan. Dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 165: pengelola tempat kerja wajib melakukan segala wujud usaha kesehatan melalui usaha pencegahan, pengembangan, pengobatan dan penyembuhan untuk tenaga medis. Menurut pasal tersebut pengelola lingkungan kerja di dalam rumah sakit memiliki komitmen untuk menyehatkan para tenaga kerja. Salah satunya adalah rumah sakit mampu menanggung keselamatan dan kesehatan baik kepada pasien, penyedia layanan pekerja yang ada di sekitar potensi risiko bahaya di rumah sakit. Potensi bahaya yang dapat menimbulkan penyakit terkait akibat kerja yang telah terjadi di rumah sakit, antara lain yaitu faktor biologi (mikroba

patogen yang kebanyakan bersumber dari pasien), faktor fisik (radiasi, suhu udara panas, dan daya listrik tegangan tinggi), faktor kimiawi (penyajian dalam jumlah kecil namun terjadi secara menerus seperti bahan pembersih pada kulit anestesi gas ke hati), faktor ergonomi (tata cara pada keadaan atau posisi duduk, tata cara keadaan mengangkat pasien atau posisi mengangkat pasien), faktor psikologis (hubungan kerja sesama karyawan, sesama atasan serta aturan kerja di kamar bedah, pada bagian penerimaan pasien, di bagian unit gawat darurat, dan bagian ruang perawatan).

Terdapat beberapa bagian di ruangan rumah sakit salah satunya ruangan yang memiliki potensi bahaya yang merupakan ruangan instalasi gawat darurat. Ruang lingkup instalasi gawat darurat merupakan bagian dari salah satu tantangan yang berisiko bahaya di rumah sakit, utamanya terjadi karena tempat yang tidak terorganisir dan terburu-buru, bersama pasien yang sedang mengalami masalah yang susah diprediksi, dengan ukuran serta tingkat kebutuhan pasien yang berbeda-beda, dan dengan waktu yang tidak terjadwal. Pelayanan terhadap pasien gawat darurat merupakan suatu pelayanan yang memerlukan pelayanan yang cepat, tepat serta cermat dalam mencegah kecacatan dan kematian, pelayanan tersebut sangatlah penting (emergency) maka diwajibkan untuk memberikan pelayanan terhadap pasien selama 24 jam sehari terus menerus (Destifiana, N, 2015 dalam (Silambi et al., 2020)).

Adapun permintaan jasa pelayanan pada rumah sakit termasuk pada bagian instalasi gawat darurat tetap meningkat, hal tersebut

dikarenakan adanya peningkatan dari berbagai jenis penyakit yaitu infeksi, kecelakaan kerja, kecelakaan pada lalu lintas, penyakit akut degeneratif serta bencana dan kejadian yang lain. Dan sebelum perawat dan dokter melakukan tindakan di ruang instalasi gawat darurat, tenaga medis tersebut melakukan proses skrining pada pasien demi mencegah penularan COVID-19 (Firdaus et al., 2020). Ada sekitar dua puluh tindakan keperawatan, delegasi, dan mandat yang dikerjakan serta yang memiliki potensi risiko bahaya biologi, mekanik, ergonomi, dan fisik terutama pada pekerjaan mengangkat pasien, mengambil sampel darah, pemasangan infus, pemberian obat injeksi pada pasien, dan menjahit luka (Ramdan & Rahman, 2018).

a. Mengangkat pasien

Proses kerja mengangkat pasien dimulai dari memindahkan pasien dari mobil ambulance ke brankar, dari proses ini terdapat potensi bahaya berupa bahaya ergonomi yaitu terdapat beban yang berat yang mengumpulkan tenaganya pada bagian pinggang dan tangan yang dilakukan dengan posisi bungkuk atau membungkuk (posisi janggal). Setelah itu pasien dipindahkan ke tempat tidur pasien yang ada di IGD, potensi bahaya dari proses ini hampir sama dengan pada saat memindahkan pasien dari mobil ke brankar (Mutiara, 2020).

b. Mengambil sampel darah

Pengambilan sampel darah pasien di IGD dimulai dengan meletakkan lengan pasien lurus pada alas serta pada telapak tangan harus menghadap ke atas, setelah itu lengan atas diikat dengan pembendung, pasien disuruh

mengepal, bagian vena yang akan ditusuk dibersihkan dengan kapas alkohol, jarum suntik kemudian dimasukkan pada lokasi sepanjang pembuluh darah vena, tarik spuit pelan-pelan sampai sesuai dengan darah yang dibutuhkan, letakkan kapas alkohol pada tempat tusukan dan jarum ditarik kembali. Dari proses menyuntik ini terdapat potensi bahaya fisik dalam penggunaan jarum suntik mengakibatkan tertusuk jarum suntik, bahaya biologis merupakan suatu terjadinya kontak darah dengan pasien yang akan mengakibatkan tertularnya penyakit HIV/AIDS dan Hepatitis, bahaya ergonomi ketika melakukan pekerjaan mengambil darah pasien yaitu bahaya posisi tubuh yang tidak baik atau postur janggal yang berefek low back pain atau nyeri (Putri et al., 2017).

c. Pemasangan infus

Sebelum pemberian infus terhadap pasien maupun dokter, perawat atau petugas kesehatan dapat menentukan jenis suatu cairan infus atau obat yang dibutuhkan oleh pasien. Petugas kesehatan atau perawat kemudian membersihkan bagian yang akan disuntik menggunakan alkohol. Selanjutnya dokter atau perawat menyuntikkan infus ke area pembuluh darah. Kemudian tenaga medis dapat menyesuaikan laju cairan pasien infus agar terkendali. Dan terakhir tenaga medis akan merapikan alat yang telah digunakan dalam memasang infus. Dari proses ini memiliki potensi bahaya yaitu pada saat menusukkan jarum di bagian vena pasien yang mempunyai bahaya fisik dalam memakai jarum suntik yang akan berefek tertusuk jarum suntik, bahaya biologis merupakan suatu terjadinya kontak darah dengan pasien yang akan berdampak tertularnya penyakit

HIV/AIDS dan Hepatitis, bahaya ergonomi merupakan suatu bahaya posisi menunduk saat proses menusukkan jarum ke vena yang berdampak low back pain atau nyeri otot. Dan pada proses merapikan alat terdapat potensi bahaya yaitu bahaya fisik jarum suntik dan bahaya biologi (Putri et al., 2017).

d. Pemberian obat injeksi pada pasien

Pertama-tama tenaga medis membersihkan daerah penusukan menggunakan kapas alkohol. Menganjurkan pasien untuk melakukan kepalan pada tangan serta membuka kepalan tangan tersebut beberapa kali, kemudian menggunakan bagian ibu jari untuk menekan bagian jaringan serta vena yang berukuran 5 cm pada daerah penusukan. Bagian vena ditusuk jarum kemudian dilakukan aspirasi, kemudian memasukkan obat ke bagian pembuluh darah vena secara perlahan selanjutnya jarum dikeluarkan dari bagian pembuluh vena setelah itu tempat tusukan ditutup menggunakan kasa yang steril. Dari proses pemberian obat injeksi pada pasien ditemukan potensi bahaya fisik yaitu tertusuk jarum suntik, bahaya biologi yaitu tertular penyakit hepatitis, AIDS dan HIV yang diakibatkan dari darah pasien dan bahaya ergonomi yang menyebabkan nyeri otot dan low back pain pada saat tenaga medis membungkuk saat ingin menyuntik (Putri et al., 2017).

e. Menjahit luka

Sebelum menjahit luka tenaga medis menyiapkan obat anastesi untuk diberikan kepada pasien. Dan pada proses menjahit luka, tindakan yang dilakukan meliputi pemberian antiseptik yaitu proses dalam mengurangi

jumlah dari mikroorganisme yang terdapat pada kulit, selaput lendir atau jaringan tubuh yang lain dengan menggunakan antimikroba untuk membersihkan kulit sebelum melakukan tindakan. Setelah itu dilakukan pembersihan luka pada pasien, lalu menjahit luka, menutup luka, membalut luka, dan memberikan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder pada luka yang dijahit serta pemberian anti tetanus dan merapikan alat. Dari proses menyiapkan obat anastesi ditemukan potensi bahaya fisik yaitu potensi bahaya menggunakan jarum suntikan serta pemecahan ampulan, pada proses menjahit luka ditemukan potensi bahaya fisik yang menimbulkan dampak luka tusuk jarum, bahaya biologi dan bahaya ergonomi. Dan pada tahap merapikan alat akan berdampak pada tenaga medis yaitu tertular penyakit HIV/AIDS dan Hepatitis, potensi bahayanya berupa bahaya fisik dan bahaya biologi yakni berkontak dengan darah pasien (Putri et al., 2017).

### **C. Kesehatan dan Keselamatan Kerja**

Kesehatan kerja menurut Komisi Gabungan ILO/WHO pada tahun 1950 yang disempurnakan pada tahun 1995 didefinisikan sebagai upaya mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial semua pekerja yang setinggi-tingginya. Mencegah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan; melindungi pekerja dari faktor risiko pekerjaan yang merugikan kesehatan; penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja disesuaikan dengan kapabilitas fisiologi dan psikologinya, dan

disimpulkan sebagai adaptasi pekerjaan kepada manusia dan setiap manusia kepada pekerjaannya (Kurniawidjaja, 2010).

Fank E. Bird mendefinisikan kecelakaan sebagai suatu kejadian yang tidak diinginkan yang menimbulkan kerugian pada manusia (menyebabkan orang cedera), kerusakan properti, lingkungan ataupun kegiatan proses kerja, sebagai akibat dari kontak dengan sumber energi seperti mekanis, kimia, kinetik dan fisik yang melebihi batas kemampuan tubuh, alat atau struktur (Ramli, 2010).

#### 1. Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)

Menurut ILO (1989) dalam Hiperkes (2008) klafikasi kecelakaan adalah sebagai berikut :

##### a. Klafikasi menurut jenis kecelakaan :

- 1) Terjatuh
- 2) Tertimpa benda jatuh
- 3) Tertumbuk atau terkena benda-benda, terkecuali benda jatuh
- 4) Terjepit oleh benda
- 5) Gerakan-gerakan melebihi kemampuan
- 6) Terkena arus listrik
- 7) Kontak dengan bahan-bahan berbahaya atau radiasi
- 8) Tergores atau terkena benda tajam
- 9) Jenis-jenis lain, termasuk kecelakaan-kecelakaan yang data-datanya tidak cukup atau kecelakaan lain yang belum masuk klasifikasi tersebut

##### b. Klafikasi menurut penyebab :

- 1) Mesin
- 2) Alat angkut atau alat angkat
- 3) Peralatan lain
- 4) Bahan-bahan, zat-zat dan radiasi
- 5) Lingkungan kerja
- 6) Penyebab-penyebab lain yang belum termasuk golongan-golongan tersebut

c. Klafikasi menurut sifat luka atau kelainan :

- 1) Patah tulang
- 2) Dislokasi/ keseleo
- 3) Regang otot/ urat
- 4) Memar dan luka dalam lain
- 5) Amputasi
- 6) Luka di permukaan g.
- 7) Luka sayat
- 8) Gagar dan remuk
- 9) Luka bakar
- 10) Keracunan-keracunan mendadak
- 11) Akibat cuaca, dan lain-lain
- 12) Mati lemas
- 13) Pengaruh arus listrik
- 14) Pengaruh radiasi
- 15) Luka-luka yang banyak dan berlainan sifatnya
- 16) Lain-lain

d. Klafikasi menurut letak kelainan atau luka di tubuh :

- 1) Kepala
- 2) Leher
- 3) Badan
- 4) Anggota atas
- 5) Anggota bawah
- 6) Banyak tempat
- 7) Kelainan umum
- 8) Letak lain yang tidak dapat dimasukkan klasifikasi tersebut.

## 2. Penyakit Akibat Kerja (PAK)

Penyakit Akibat Kerja adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan lingkungan kerja. Menurut (Niken, 2020) faktor risiko PAK antara lain: Golongan fisik, kimiawi, biologis atau psikososial di tempat kerja. Faktor tersebut di dalam lingkungan kerja merupakan penyebab yang pokok dan menentukan terjadinya penyakit akibat kerja. Faktor lain seperti kerentanan individual juga berperan dalam perkembangan penyakit di antara pekerja yang terpajan.

Faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya PAK adalah sebagai berikut:

### a. Golongan fisik

- 1) Kebisingan dapat mengakibatkan gangguan pada pendengaran sampai dengan Non-induced hearing loss b

- 2) Radiasi (sinar radio aktif) dapat mengakibatkan kelainan darah dan kulit
- 3) Suhu udara yang tinggi dapat mengakibatkan heat stroke, heat cramps, atau hyperpyrexia. Sedangkan suhu udara yang rendah dapat mengakibatkan frostbite, trenchfoot atau hypothermia.
- 4) Tekanan udara yang tinggi dapat mengakibatkan caison disease
- 5) Pencahayaan yang tidak cukup dapat mengakibatkan kelahan mata. Pencahayaan yang tinggi dapat mengakibatkan timbulnya kecelakaan

b. Golongan kimia

- 1) Debu dapat mengakibatkan pneumokoniosis
- 2) Uap dapat mengakibatkan metal fume fever, dermatitis dan keracunan
- 3) Gas dapat mengakibatkan keracunan CO dan H<sub>2</sub>S
- 4) Larutan dapat mengakibatkan dermatitis
- 5) Insektisida dapat mengakibatkan keracunan

c. Golongan infeksi

- 1) Anthrax
- 2) Brucell
- 3) HIV/AIDS

d. Golongan fisiologis

Dapat disebabkan oleh kesalahan kontruksi, mesin, sikap badan yang kurang baik, salah cara melakukan suatu pekerjaan yang dapat

mengakibatkan kelelahan fisik bahkan lambat laun dapat menyebabkan perubahan fisik pada tubuh pekerja.

e. Golongan mental

Dapat disebabkan oleh hubungan kerja yang tidak baik atau keadaan pekerjaan yang monoton yang menyebabkan kebosanan.

Menurut Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER01/MEN/1981 dan Keputusan Presiden RI No 22/1993 terdapat 31 jenis penyakit akibat kerja yaitu sebagai berikut:

- a. Pneumokoniosis yang disebabkan oleh debu mineral pembentukan jaringan parut (silikosis, antrakosilikosis, asbestosis) dan silikotuberkulosis yang silikosisnya merupakan faktor utama penyebab cacat atau kematian.
- b. Penyakit paru dan saluran pernafasan (bronkopulmoner) yang disebabkan oleh debu logam keras.
- c. Penyakit paru dan saluran pernafasan (bronkopulmoner) yang disebabkan oleh debu kapas, vlas, henep dan sisal (bissinosis).
- d. Asma akibat kerja yang disebabkan oleh penyebab sensitisasi dan zat perangsang yang dikenal berada dalam proses pekerjaan.
- e. Alveolitis allergika yang disebabkan oleh faktor dari luar sebagai akibat penghirupan debu organik
- f. Penyakit yang disebabkan oleh berillium atau persenyawaannya yang beracun.
- g. Penyakit yang disebabkan oleh kadmium atau persenyawaannya yang beracun.

- h. Penyakit yang disebabkan oleh fosfor atau persenyawaannya yang beracun.
- i. Penyakit yang disebabkan oleh krom atau persenyawaannya yang beracun.
- j. Penyakit yang disebabkan oleh mangan atau persenyawaannya yang beracun.
- k. Penyakit yang disebabkan oleh arsen atau persenyawaannya yang beracun.
- l. Penyakit yang disebabkan oleh raksa atau persenyawaannya yang beracun.
- m. Penyakit yang disebabkan oleh timbal atau persenyawaannya yang beracun.
- n. Penyakit yang disebabkan oleh flour atau persenyawaannya yang beracun.
- o. Penyakit yang disebabkan oleh karbon disulfida.
- p. Penyakit yang disebabkan oleh derivat halogen dari persenyawaan hidrokarbon alifatik atau aromatik yang beracun.
- q. Penyakit yang disebabkan oleh benzena atau homolognya yang beracun.
- r. Penyakit yang disebabkan oleh derivat nitro dan amina dari benzena atau homolognya yang beracun.
- s. Penyakit yang disebabkan oleh nitrogliserin atau ester asam nitrat lainnya.
- t. Penyakit yang disebabkan oleh alkohol, glikol atau keton.

- u. Penyakit yang disebabkan oleh gas atau uap penyebab asfiksia atau keracunan seperti karbon monoksida, hidrogen sianida, hidrogen sulfida atau derivatnya yang beracun, amoniak, seng, braso dan nikel.
- v. Kelainan pendengaran yang disebabkan oleh kebisingan.
- w. Penyakit yang disebabkan oleh getaran mekanik (kelainan-kelainan otot, urat, tulang persendian, pembuluh darah tepi atau syaraf tepi).
- x. Penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dalam udara yang bertekanan lebih.
- y. Penyakit yang disebabkan oleh radiasi elektromagnetik dan radiasi yang mengion.
- z. Penyakit kulit (dermatosis) yang disebabkan oleh penyebab fisik, kimiawi atau biologik.
- aa. Kanker kulit epitelioma primer yang disebabkan oleh ter, pic, bitumen, minyak mineral, antrasena, atau persenyawaan, produk atau residu dari zat tersebut.
- bb. Kanker paru atau mesotelioma yang disebabkan oleh asbes.
- cc. Penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang didapat dalam suatu pekerjaan yang memiliki resiko kontaminasi khusus.
- dd. Penyakit yang disebabkan oleh suhu tinggi atau rendah atau panas radiasi atau kelembaban udara tinggi.
- ee. Penyakit yang disebabkan oleh bahan kimia lainnya termasuk bahan obat.

#### **D. Pengertian K3RS**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 TAHUN 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Ahluwalia et al., 2016) Keselamatan Kerja adalah upaya yang dilakukan untuk mengurangi terjadinya kecelakaan, kerusakan dan segala bentuk kerugian baik terhadap manusia, maupun yang berhubungan dengan peralatan, obyek kerja, tempat bekerja, dan lingkungan kerja, secara langsung dan tidak langsung. Kesehatan Kerja adalah upaya peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jabatan, pencegahan penyimpangan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan pekerja dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang mengadaptasi antara pekerjaan dengan manusia dan manusia dengan jabatannya.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.

#### **E. Manajemen Risiko K3RS**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 TAHUN 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Manajemen risiko K3RS adalah proses yang bertahap dan berkesinambungan untuk mencegah terjadinya

kecelakaan dan penyakit akibat kerja secara komperhensif di lingkungan Rumah Sakit. Manajemen risiko merupakan aktifitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh Rumah Sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja. Hal ini akan tercapai melalui kerja sama antara pengelola K3RS yang membantu manajemen dalam mengembangkan dan mengimplementasikan program keselamatan dan Kesehatan Kerja, dengan kerjasama seluruh pihak yang berada di Rumah Sakit.

Manajemen risiko K3RS bertujuan meminimalkan risiko keselamatan dan kesehatan di Rumah Sakit pada tahap yang tidak bermakna sehingga tidak menimbulkan efek buruk terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. Dalam melakukan manajemen risiko K3RS perlu dipahami hal-hal berikut:

1. Bahaya potensial/hazard

yaitu suatu keadaan/kondisi yang dapat mengakibatkan (berpotensi) menimbulkan kerugian (cedera /injury/ penyakit) bagi pekerja, menyangkut lingkungan kerja, pekerjaan (mesin, metoda, material), pengorganisasian pekerjaan, budaya kerja dan pekerja lain. Risiko yaitu kemungkinan/peluang suatu hazard menjadi suatu kenyataan, yang bergantung pada:

- a. pajanan, frekuensi, konsekuensi

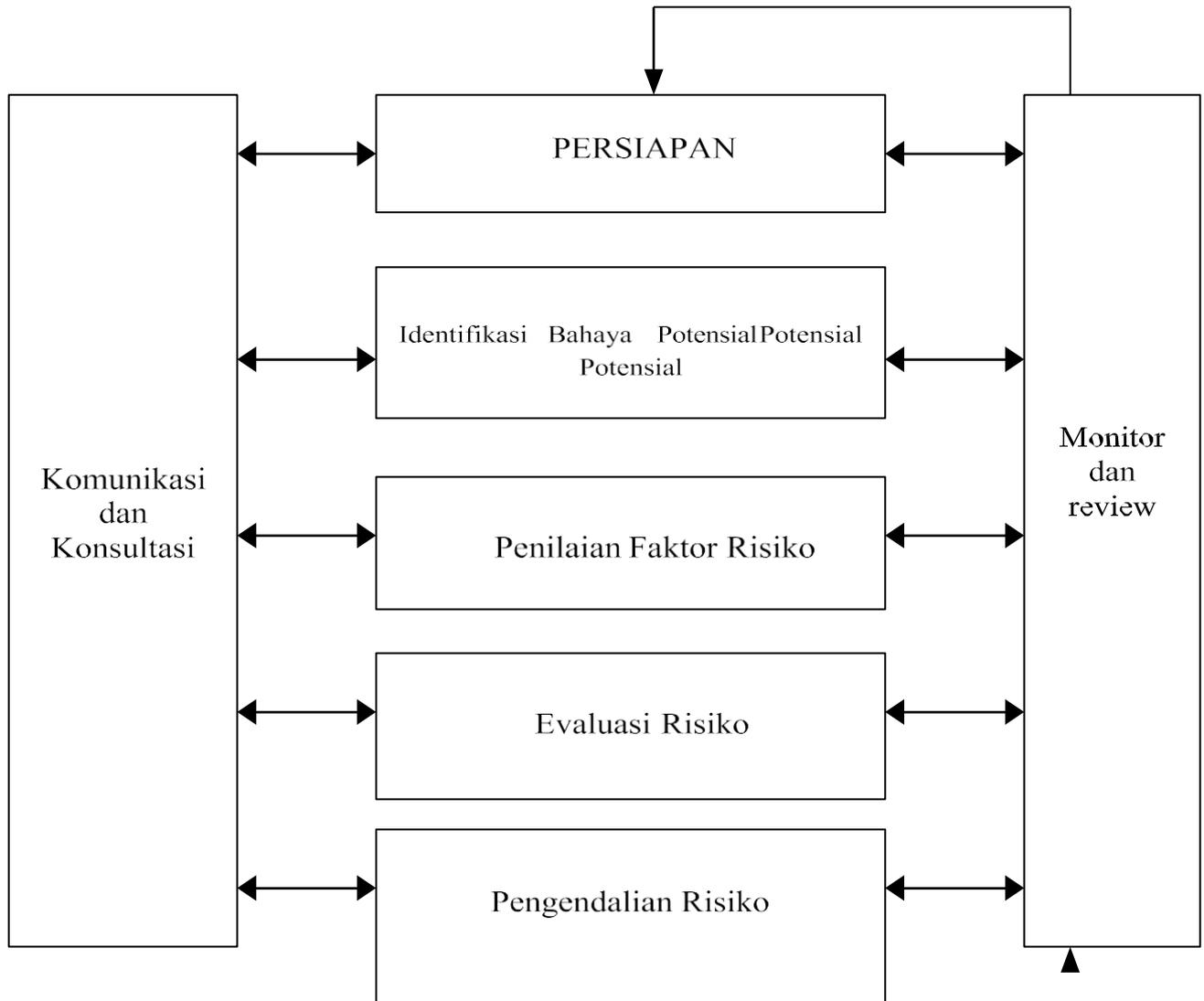
b. dose-response

2. Konsekuensi adalah akibat dari suatu kejadian yang dinyatakan secara kualitatif atau kuantitatif, berupa kerugian, sakit, cedera, keadaan merugikan atau menguntungkan. Bisa juga berupa rentangan akibat- akibat yang mungkin terjadi dan berhubungan dengan suatu kejadian. Rumah Sakit perlu menyusun sebuah program manajemen risiko fasilitas

/lingkungan /proses kerja yang membahas pengelolaan risiko keselamatan dan kesehatan melalui penyusunan manual K3RS, kemudian berdasarkan manual K3RS yang ditetapkan dipergunakan untuk membuat rencana manajemen fasilitas dan penyediaan tempat, teknologi, dan sumber daya. Organisasi K3RS bertanggung jawab mengawasi pelaksanaan manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja dimana dalam sebuah Rumah Sakit yang kecil, ditunjuk seorang personil yang ditugaskan untuk bekerja penuh waktu, sedangkan di Rumah Sakit yang lebih besar, semua personil dan unit kerja harus dilibatkan dan dikelola secara efektif, konsisten dan berkesinambungan.

Gambar 2.1

## Langkah-Langkah Penilaian Risiko K3RS



Sumber : PERMENKES No. 66 Tahun 2016

## 1. Persiapan/Penentuan Konteks

Persiapan dilakukan dengan penetapan konteks parameter (baik parameter internal maupun eksternal) yang akan diambil dalam kegiatan manajemen risiko. Penetapan konteks proses manajemen risiko K3RS meliputi:

- a. Penentuan tanggung jawab dan pelaksana kegiatan manajemen risiko yang terdiri dari karyawan, kontraktor dan pihak ketiga.
- b. Penentuan ruang lingkup manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja.
- c. Penentuan semua aktivitas (baik normal, abnormal maupun emergensi), proses, fungsi, proyek, produk, pelayanan dan aset di tempat kerja.
- d. Penentuan metode dan waktu pelaksanaan evaluasi manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja.

## 2. Identifikasi Bahaya Potensial

Identifikasi bahaya potensial merupakan langkah pertama manajemen risiko kesehatan di tempat kerja. Pada tahap ini dilakukan identifikasi potensi bahaya kesehatan yang terpajan pada pekerja, pasien, pengantar dan pengunjung yang dapat meliputi:

- a. Fisik, contohnya kebisingan, suhu, getaran, lantai licin.
- b. Kimia, contohnya formaldehid, alkohol, ethiline okside, bahan pembersih lantai, desinfectan, chlorine.
- c. Biologi, contohnya bakteri, virus, mikroorganisme, tikus, kecoa, kucing dan sebagainya.

- d. Ergonomi, contohnya posisi statis, manual handling, mengangkat beban.
  - e. Psikososial, contohnya beban kerja, hubungan atasan dan bawahan, hubungan antar pekerja yang tidak harmonis.
  - f. Mekanikal, contohnya terjepit mesin, tergulung, terpotong, tersayat, tertusuk.
  - g. Elektrikal, contohnya tersengat listrik, listrik statis, hubungan arus pendek kebakaran akibat listrik.
  - h. Limbah, contohnya limbah padat medis dan non medis, limbah gas dan limbah cair.
3. Penilaian Risiko

Risiko adalah probabilitas/kemungkinan bahaya potensial menjadi nyata, yang ditentukan oleh frekuensi dan durasi pajanan, aktivitas kerja, serta upaya yang telah dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian tingkat pajanan. Termasuk yang perlu diperhatikan juga adalah perilaku bekerja, higiene perorangan, serta kebiasaan selama bekerja yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan. Analisis risiko bertujuan untuk mengevaluasi besaran (magnitude) risiko kesehatan pada pekerja. Dalam hal ini adalah perpaduan keparahan gangguan kesehatan yang mungkin timbul termasuk daya toksisitas bila ada efek toksik, dengan kemungkinan gangguan kesehatan atau efek toksik dapat terjadi sebagai konsekuensi pajanan bahaya potensial. Karakterisasi risiko mengintegrasikan semua informasi tentang bahaya yang teridentifikasi (efek gangguan/toksisitas spesifik) dengan perkiraan atau pengukuran

intensitas/konsentrasi pajanan bahaya dan status kesehatan pekerja, termasuk pengalaman kejadian kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang pernah terjadi. Analisis awal ditujukan untuk memberikan gambaran seluruh risiko yang ada. Kemudian disusun urutan risiko yang ada. Prioritas diberikan kepada risiko-risiko yang cukup signifikan dapat menimbulkan kerugian. Berikut tabel matriks konsekuensi (*consequences*), kemungkinan (*likelihood*), dan tingkat risiko menurut *Australia Standard/New Zealand Standard (AS/NZS)* menggunakan buku rujukan “Manajemen Risiko Dalam Perspektif K3 OHS Risk Management yang terdapat pada Tabel 2.1 dan 2.2.

Domain	1	2	3	4	5
	Tidak Bermakna	Kecil	Sedang	Besar	Bencana
Konsekuensi keselamatan pekerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka minimal</li> <li>• Tidak memerlukan pengobatan minimal</li> <li>• Tidak perlu istirahat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka atau sakit minimal</li> <li>• Memerlukan istirahat <math>\leq 3</math> hari</li> <li>• Peningkatan lama perawatan 1-3 hari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka sedang memerlukan penanganan professional</li> <li>• Memerlukan istirahat 4-14 hari</li> <li>• Peningkatan lama perawatan 4-15 hari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka besar yang membawa akibat ketidakmampuan jangka panjang/cacat</li> <li>• Memerlukan istirahat <math>&gt; 14</math> cshari</li> <li>• Peningkatan lama perawat sampai <math>&gt;15</math> hari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insiden yang tidak dapat atau sulit dipulihkan (luka permanen, cacat, dan kematian)</li> </ul>

**Tabel 1.1 Ukuran Penilaian Risiko (*consequences*) Menurut AS/NZS 4360:2004**

(Sumber : Soehatman Ramli, 2010)

<i>Descriptors</i>	<i>(Rare)</i>	<i>(Unlikely)</i>	<i>(Possible)</i>	<i>(Likely)</i>	<i>(Almost Certain)</i>
<i>Frequency</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak bisa percaya kejadian ini akan terjadi</li> <li>• Jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 6 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak diharapkan terjadi, tetapi ada potensi tidak mungkin terjadi</li> <li>• jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 3 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadang-kadang dapat terjadi</li> <li>• jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 1 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuat kemungkinan bahwa hal ini dapat terjadi</li> <li>• jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 1-3 minggu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diperkirakan sering terjadi/ dalam banyak keadaan – lebih memungkinkan terjadi daripada tidak</li> <li>• jika kemungkinan insiden terjadi sekali dalam 1 minggu</li> </ul>

**Tabel 1.2 Ukuran Penilaian Risiko (*Likelihood*) Menurut AS/NZS 4360:2004**

(Sumber : Soehatman Ramli, 2010)

<i>Likelihood</i>	<i>Consequences</i>	<i>Negible (1)</i>	<i>Minor (2)</i>	<i>Moderate (3)</i>	<i>Major (4)</i>	<i>Extreme (5)</i>
		<i>Rare (1)</i>	<i>Low (1x1)</i>	<i>Low (1x2)</i>	<i>Low (1x3)</i>	<i>Low (1x4)</i>
<i>Unlikely (2)</i>	<i>Low (2x1)</i>	<i>Low (2x2)</i>	<i>Medium (2x3)</i>	<i>Medium (2x4)</i>	<i>High (2x5)</i>	
<i>Possible (3)</i>	<i>Low (3x1)</i>	<i>Medium (3x2)</i>	<i>Medium (3x3)</i>	<i>High (3x4)</i>	<i>High (3x5)</i>	
<i>Likely (4)</i>	<i>Low (4x1)</i>	<i>Medium (4x2)</i>	<i>High (4x3)</i>	<i>High (4x4)</i>	<i>Very High (4x5)</i>	
<i>Almost Certain (5)</i>	<i>Medium (5x1)</i>	<i>High (5x2)</i>	<i>High (5x3)</i>	<i>Very High (5x4)</i>	<i>Very High (5x5)</i>	

**Tabel 1.3 Matriks Analisis Risiko Kerja Kualitatif Menurut AS/NZS 3460:2004**

**Sumber Soehatman Ramli,2010**

Keterangan

Very High Risk : Risiko sangat tinggi (20-25)

High Risk : Risiko tinggi (10-16)

Medium Risk : Risiko sedang (5-10)

Low Risk : Risiko rendah (1-4)

#### 4. Evaluasi Risiko

Evaluasi Risiko adalah membandingkan tingkat risiko yang telah dihitung pada tahapan analisis risiko dengan kriteria standar yang digunakan. Pada tahapan ini, tingkat risiko yang telah diukur pada tahapan sebelumnya dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Selain itu, metode pengendalian yang telah diterapkan dalam menghilangkan/meminimalkan risiko dinilai kembali, apakah telah bekerja secara efektif seperti yang diharapkan. Dalam tahapan ini juga diperlukan untuk membuat keputusan apakah perlu untuk menerapkan metode pengendalian tambahan untuk mencapai standard atau tingkat risiko yang dapat diterima. Sebuah program evaluasi risiko sebaiknya mencakup beberapa elemen sebagai berikut:

- a. Inspeksi periodik serta monitoring aspek keselamatan dan higiene industry.
- b. Wawancara nonformal dengan pekerja.
- c. Pemeriksaan kesehatan.
- d. Pengukuran pada area lingkungan kerja.
- e. Pengukuran sampel persona.

Hasil evaluasi risiko diantaranya adalah:

- a. Gambaran tentang seberapa penting risiko yang ada.
- b. Gambaran tentang prioritas risiko yang perlu ditanggulangi.
- c. Gambaran tentang kerugian yang mungkin terjadi baik dalam parameter biaya ataupun parameter lainnya.
- d. Masukan info/ijrmasi untuk pertimbangan tahapan pengendalian.

Peringkat Risiko (C X L)
Ekstrim (20 – 25)
Tinggi (10 – 16)
Sedang (5 – 9)
Rendah (1 – 4)

**Tabel 1.4 Level Risiko Kerja Menurut AS/NZS 4360:2004**

(Sumber : Soehatman Ramli, 2010)

#### 5. Pengendalian Risiko

Prinsip pengendalian risiko meliputi 5 hierarki, yaitu:

- a. Menghilangkan bahaya (eliminasi).
- b. Menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (substitusi).
- c. Rekayasa engineering/pengendalian secara teknik.
- d. Pengendalian secara administrasi.
- e. Alat Pelindung Diri (APD).

Beberapa contoh pengendalian risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit:

- a. Containment, yaitu mencegah pajanan dengan:
  - 1) Desain tempat kerja.
  - 2) Peralatan safety (biosafety cabinet, peralatan centrifugal).
  - 3) Cara kerja.

- 4) Dekontaminasi.
  - 5) Penanganan limbah dan spill management.
- b. Biosafety Program Management, support dari pimpinan puncak yaitu Program support, biosafety specialist, institutional biosafety committee, biosafety manual, OH program, Information & Education.
- c. Compliance Assessment, meliputi audit, annual review, incident dan accident statistics. Safety Inspection dan Audit meliputi:
- 1) Kebutuhan (jenisnya) ditentukan berdasarkan karakteristik pekerjaan (potensi bahaya dan risiko).
  - 2) Dilakukan berdasarkan dan berperan sebagai upaya pemenuhan standar tertentu.
  - 3) Dilaksanakan dengan bantuan checklist (daftar periksa) yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan jenis kedua program tersebut.
- d. Investigasi kecelakaan dan penyakit akibat kerja
- 1) Upaya penyelidikan dan pelaporan KAK dan PAK di tempat kerja.
  - 2) Disertai analisis penyebab, kerugian KAK, PAK dan tindakan pencegahan serta pengendalian KAK dan PAK.
  - 3) Menggunakan pendekatan metode analisis KAK dan PAK

e. Fire Prevention Program

- 1) Risiko keselamatan yang paling besar & banyak ditemui pada hampir seluruh jenis kegiatan kerja, adalah bahaya dan risiko kebakaran.
- 2) Dikembangkan berdasarkan karakteristik potensi bahaya & risiko kebakaran yang ada di setiap jenis kegiatan kerja.

f. Emergency Response Preparedness

- 1) Antisipasi keadaan darurat, dengan mencegah meluasnya dampak dan kerugian.
- 2) Keadaan darurat: kebakaran, ledakan, tumpahan, gempa, social chaos, bomb treat dll.
- 3) Harus didukung oleh: kesiapan sumber daya manusia, sarana dan peralatan, prosedur dan sosialisasi.

g. Program K3RS lainnya

Pemindahan Risiko (Risk transfer) Mendelegasikan atau memindahkan suatu beban kerugian ke suatu kelompok/bagian lain melalui jalur hukum, perjanjian/kontrak, asuransi, dan lain-lain. Pemindahan risiko mengacu pada pemindahan risiko fisik & bagiannya ke tempat lain.

6. Komunikasi dan Konsultasi

Komunikasi dan konsultasi merupakan pertimbangan penting pada setiap langkah atau tahapan dalam proses manajemen risiko. Sangat penting untuk mengembangkan rencana komunikasi, baik kepada kontributor internal maupun eksternal sejak tahapan awal proses

pengelolaan risiko. Komunikasi dan konsultasi termasuk didalamnya dialog dua arah diantara pihak yang berperan didalam proses pengelolaan risiko dengan fokus terhadap perkembangan kegiatan. Komunikasi internal dan eksternal yang efektif penting untuk meyakinkan pihak pengelolaan sebagai dasar pengambilan keputusan. Persepsi risiko dapat bervariasi karena adanya perbedaan dalam asumsi dan konsep, isu-isu, dan fokus perhatian kontributor dalam hal hubungan risiko dan isu yang dibicarakan. Kontributor membuat keputusan tentang risiko yang dapat diterima berdasarkan pada persepsi mereka terhadap risiko. Karena kontributor sangat berpengaruh pada pengambilan keputusan maka sangat penting bagaimana persepsi mereka tentang risiko sama halnya dengan persepsi keuntungan-keuntungan yang bisa didapat dengan pelaksanaan pengelolaan risiko.

#### 7. Pemantauan dan telaah ulang

Pemantauan selama pengendalian risiko berlangsung perlu dilakukan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang bisa terjadi. Perubahan-perubahan tersebut kemudian perlu ditelaah ulang untuk selanjutnya dilakukan perbaikan-perbaikan. Pada prinsipnya pemantauan dan telaah ulang perlu untuk dilakukan untuk menjamin terlaksananya seluruh proses manajemen risiko dengan optimal.

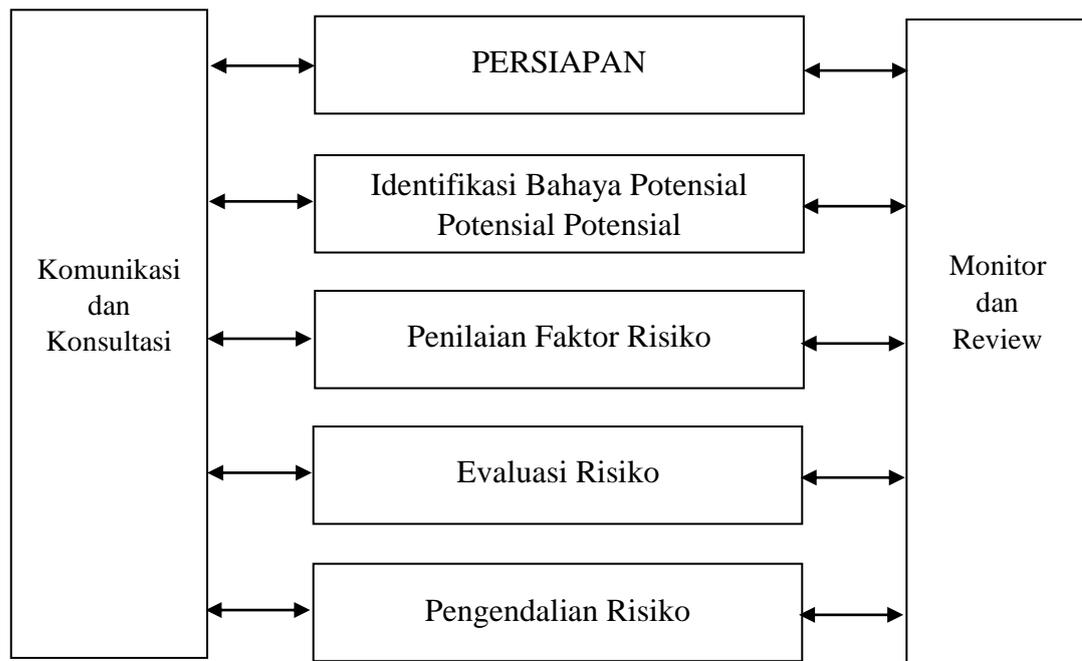
#### 8. Faktor penilaian risiko

Analisis kualitatif menggunakan skala deskriptif untuk menjelaskan seberapa besar potensi suatu bahaya yang akan diukur. Dalam pengukuran dengan metode ini tingkat kemungkinan atau likelihood

suatu risiko diberi rentang antara risiko yang jarang terjadi (rare) sampai dengan risiko mungkin terjadi setiap saat (almost certain), serta untuk tingkat konsekuensi dikategorikan antara kejadian yang menimbulkan cedera kecil atau kerugian kecil sampai dampak yang paling parah seperti kerugian yang sangat besar terhadap asset perusahaan atau meninggal dunia. Hasil dari penilaian risiko dengan analisis kualitatif akan menghasilkan suatu kategori risiko, dimana terdapat kategori low risk, medium risk, high risk, dan extreme risk (Winda, 2012).

**F. Kerangka Teori**

## Manajemen Risiko K3RS



Sumber : PERMENKES No. 66 Tahun 2016 Tentang K3RS

### G. Kerangka Konsep

