

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), rumah sakit memegang peran krusial dalam struktur sosial, yang memiliki peran dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam kebijakan Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang mengatur mengenai kriteria kesehatan area lingkup rumah sakit, dijelaskan bahwa tidak hanya berfungsi sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga berpotensi menjadi sumber penularan penyakit, pencemaran lingkungan, dan risiko gangguan kesehatan. Sementara itu, berdasarkan Peraturan Menteri yaitu tempat pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan perawatan bagi pasien, baik secara inap, jalan, maupun penanganan keadaan darurat (Hasibuan & Siburian, 2019). Rumah sakit merupakan institusi yang kompleks, Melihat dari kemampuan SDM dan juga pendanaannya. Kompleksitas dalam aktivitas pelayanan medis mencakup berbagai fungsi, seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, serta penelitian. Selain itu, rumah sakit juga melibatkan berbagai tingkatan dan disiplin ilmu yang berbeda untuk dapat menjalankan fungsinya secara profesional dan optimal (Hasibuan & Siburian, 2019). Merujuk pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit berperan sebagai penanganan kesehatan layanan komprehensif kepada individu, termasuk tindakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, serta paliatif. Layanan tersebut diselenggarakan melalui penyediaan fasilitas rawat inap, rawat jalan, serta layanan gawat darurat. Fasilitas pelayanan kesehatan yang kompleks, melibatkan banyak tenaga ahli dan sumber daya besar. Fungsinya mencakup pelayanan, pendidikan, dan penelitian, yang memerlukan kompetensi di bidang medis maupun administratif. Demi mempertahankan kualitas layanan, rumah sakit perlu memiliki standar yang mendukung peningkatan kualitas di setiap jenjang (Nisak, 2020).

Rumah sakit adalah institusi yang memberikan layanan di bidang medis melalui tenaga kesehatan profesional dan fasilitas medis yang terstruktur. Di dalamnya berlangsung layanan kedokteran, perawatan berkelanjutan, proses diagnosis, serta pengobatan bagi pasien. Selain sebagai tempat pasien mendapatkan layanan kesehatan, rumah sakit juga menjadi sarana pendidikan klinis bagi pelajar kedokteran, keperawatan, dan profesi kesehatan lainnya, sekaligus menjadi pusat penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pendidikan, serta penelitian di bidang kesehatan (Nisak, 2020).

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 3 Tahun 2020 tentang “Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit” 14 Januari 2020, yang diundangkan pada 16 Januari 2020, memberikan kejelasan terhadap persoalan yang berkaitan dengan proses perizinan dan klasifikasi rumah sakit. Dengan adanya regulasi tersebut, maka Permenkes Nomor 30 Tahun 2019 resmi dicabut. PMK No. 3 Tahun 2020 memuat empat poin utama terkait klasifikasi rumah sakit. Pertama, kemampuan layanan rumah sakit tidak lagi ditentukan dari jenis pelayanannya, melainkan dari keahlian tenaga medis yang dimiliki. Kedua, ruang lingkup pelayanan rumah sakit meliputi layanan medis, penunjang medis, keperawatan dan kebidanan, serta layanan non-medis. Ketiga, Pemberian layanan kesehatan dapat dilakukan secara luas oleh kelas rumah sakit, artinya semua rumah sakit dapat menyelenggarakan jenis layanan tertentu. Keempat, pengklasifikasian rumah sakit juga mempertimbangkan jumlah tempat istirahat, sumber daya manusia, fasilitas bangunan, serta alat kesehatan yang tersedia (Sari & Handayani, 2023).

Pengelompokan rumah sakit tercantum dalam Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 yang membahas tentang klasifikasi serta perizinan rumah sakit. Berdasarkan data dari RS Online per tanggal 15 Oktober 2020, tercatat ada sebanyak 266 rumah sakit umum tipe C mengalami penurunan status menjadi tipe D, menjadikannya jumlah penurunan terbanyak dibandingkan tipe rumah sakit lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa banyak rumah sakit tipe C di Indonesia menghadapi berbagai kendala

dalam memenuhi ketentuan klasifikasi rumah sakit sebagaimana yang tercantum dalam PMK tersebut. Dalam peraturan tersebut, klasifikasi rumah sakit didasarkan pada beberapa indikator utama, yaitu jumlah tempat tidur, jenis pelayanan yang disediakan, ketersediaan sumber daya manusia, kondisi bangunan dan sarana prasarana, serta kelengkapan alat kesehatan (Sari & Handayani, 2023).

3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 1045 Tahun 2006, rumah sakit memiliki tugas utama dalam memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, serta menjalankan fungsi pendidikan dan pelatihan. Selain itu, rumah sakit juga berkewajiban menyediakan layanan gawat darurat bagi pasien. Layanan ini dilakukan melalui instalasi gawat darurat dengan melakukan triase serta tindakan penyelamatan jiwa atau pencegahan kecacatan. Rumah sakit juga berperan dalam menyediakan layanan kesehatan yang bersifat komprehensif, termasuk upaya penyembuhan (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif). Menurut Permenkes Republik Indonesia Nomor 1045 Tahun 2006, rumah sakit memiliki fungsi dan tugas sebagai berikut:

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna
- b. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan
- c. Melaksanakan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi bidang kesehatan
- d. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan

Lebih lanjut, rumah sakit juga menjalankan berbagai fungsi sebagai tempat pelayanan akhir dalam penanganan pasien. Rumah sakit wajib mempunyai instrumen, prasarana, dan sumber daya yang memadai di Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk menangani pasien. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009, rumah sakit juga memiliki fungsi sebagai berikut: menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan.

B. Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit

1. Kesehatan Kerja

Kesehatan diartikan sebagai kondisi keseluruhan yang meliputi aspek fisik, psikologis, dan sosial, lebih dari sekadar kondisi tanpa penyakit atau gangguan saja, tetapi juga mencerminkan kemampuan individu dalam beradaptasi dengan lingkungan dan aktivitas kerjanya. Dalam paradigma kesehatan yang lebih modern, fokus utama tidak hanya pada pengobatan atau perawatan, tetapi lebih pada bagaimana menjaga individu tetap sehat. Oleh karena itu, pendekatan di bidang kesehatan kini lebih menitikberatkan pada upaya pencegahan dan pemeliharaan kondisi tubuh secara optimal. Menurut Blum (1981), status kesehatan individu dipengaruhi oleh beberapa faktor utama dibawah ini.

- a. Ruang lingkup terdiri dari unsur fisik (alami dan buatan), kimia (seperti logam berat dan debu), biologis (virus dan bakteri), serta sosial budaya seperti ekonomi, pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Perilaku mencakup cara berpikir, kebiasaan sehari-hari, dan pola tindakan seseorang
- c. Pelayanan kesehatan terdiri dari berbagai bentuk, mulai dari promosi kesehatan, perawatan, pengobatan, pencegahan disabilitas, hingga pemulihan kondisi pasien.
- d. Faktor genetik merupakan aspek bawaan yang dimiliki individu sejak lahir dan tidak dapat diubah.

Ilmu kesehatan kerja termasuk ke dalam cabang dari disiplin ilmu kesehatan atau kedokteran yang fokus pada upaya menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan para petugas, baik secara fisik, mental, maupun sosial. Tujuannya adalah melindungi petugas kerja dari berbagai gangguan atau penyakit yang ditimbulkan oleh aktivitas kerja dan kondisi lingkungan kerja, melalui tindakan pencegahan (preventif) dan pengobatan (kuratif), termasuk penanganan terhadap penyakit umum. Saat ini, konsep kesehatan kerja tidak lagi terbatas pada sektor industri saja, tetapi telah berkembang menjadi upaya menjaga kesehatan setiap individu dalam menjalankan aktivitas kerjanya, atau yang dikenal dengan

pendekatan *total health of all at work* (Ummah, 2019).

2. Keselamatan dan Kesehatan Kerja

K3 merupakan bidang yang berfokus pada perlindungan keselamatan, kesehatan, serta kesejahteraan para pekerja di suatu tempat kerja, baik itu di institusi maupun di lokasi proyek. Secara khusus, K3 dapat dijabarkan ke dalam dua aspek utama :

- a. Secara keilmuan, K3 adalah cabang ilmu yang mempelajari serta menerapkan langkah-langkah tindakan preventif terhadap risiko kecelakaan dan penyakit kerja. yang timbul karena aktivitas pekerjaan.
- b. Secara filosofis, K3 dipahami sebagai bentuk upaya untuk menjaga dan melindungi kesehatan fisik maupun mental para pekerja, serta masyarakat luas, agar dapat terus berinovasi dan berkontribusi dalam membangun kehidupan yang adil dan sejahtera..

Penerapan Keamanan, Kesehatan, dan Keselamatan Kerja (K3) menjadi aspek penting yang harus dijalankan pada setiap instansi. Ketentuan ini juga telah disusun menurut ketentuan hukum “Undang-Undang Ketenagakerjaan Nomor 13 Tahun 2003 pada Pasal 87”.

Menurut *International Labour Organization* (ILO), Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) atau *Occupational Safety and Health* bertujuan menjaga serta meningkatkan kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial seluruh pekerja di sejumlah sektor profesi. K3 turut berkontribusi dalam strategi pencegahan terhadap masalah kesehatan yang muncul karena pekerjaan, mengamankan tenaga kerja dari ancaman yang muncul di tempat kerja serta memastikan bahwa setiap individu ditempatkan dalam posisi yang sesuai dengan kondisi fisik dan psikologisnya. Intinya, K3 bertujuan untuk membangun keselarasan antara pekerjaan, petugas, dan tugas yang dijalankan. (Yayasan & Menulis, 2020).

3. Upaya K3 di Rumah Sakit

Sistem K3 di rumah sakit diterapkan guna meminimalkan bahaya kecelakaan kerja serta menghindari penyakit dampak pelaksanaan tugas pekerjaan. Berikut beberapa upaya K3 yang dapat dilakukan di RS:

- a. Membentuk unit K3: RS dapat merancang divisi K3 dengan bidang-bidang yang sesuai.
- b. Menyusun SOP: RS dapat mengembangkan pedoman dan *Standard Operational Procedure* (SOP).
- c. Memantau lingkungan kerja: RS dapat melakukan pengendalian dan penilaian terhadap faktor-faktor kesehatan di lingkungan kerja.
- d. Menyediakan layanan kesehatan kerja: RS dapat meningkatkan layanan kesehatan kerja, seperti diagnosis medis spesifik, terapi, serta tindakan perawatan.
- e. Mengelola limbah: RS memiliki kesempatan untuk menginisiasi program pemeliharaan terkait pengelolaan limbah dalam bentuk padat, cair, maupun gas.
- f. Menyiapkan manajemen tanggap darurat: RS dapat mengembangkan manajemen tanggap darurat untuk meminimalkan dampak bencana dan keadaan darurat.
- g. Menyediakan alat pelindung diri (APD): RS dapat menyediakan APD seperti helm keselamatan, sabuk pengaman, sepatu boots, kaca mata pengaman, sarung tangan, pelindung wajah, jaket pelampung, dan masker pernapasan.
- h. Melakukan evaluasi: RS dapat melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan K3RS, seperti mengumpulkan data, menganalisis masalah, dan menentukan upaya pemecahan masalah.

K3RS menjadi komponen integral dari keseluruhan sistem manajemen rumah sakit dan merupakan aspek pelayanan yang diukur dalam rangkaian penilaian akreditasi rumah sakit.

C. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Pelayanan Linen Rumah Sakit

Implementasi K3 dalam layanan linen rumah sakit bertujuan untuk ruang kerja yang aman serta mendukung kesejahteraan pekerja. Selain itu, implementasi K3 juga berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, khususnya dalam menjaga keselamatan dan kesehatan pasien, pengunjung, serta seluruh tenaga kerja di dalamnya.

Berikut beberapa aspek yang harus dicermati dalam penerapan K3 di pelayanan linen rumah sakit:

1. Memisahkan linen berdasarkan tingkat kekotorannya sebelum dicuci
2. Membersihkan linen kotor infeksius dengan air mengalir
3. Merendam linen dengan desinfektan sebelum dicuci
4. Mengutamakan bahan kimia yang tidak mencemari lingkungan sebagai langkah pencegahan terhadap polusi udara dan air.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan kewajiban yang harus diterapkan di setiap lingkungan kerja, terkhusus pada tempat kerja yang memiliki potensi bahaya terhadap kesehatan, rentan terhadap penularan penyakit, atau mempekerjakan minimal 10 orang. Untuk rumah sakit sendiri, standar pelaksanaan K3 telah diatur pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2010 mengenai K3 Rumah Sakit (K3RS).

Unit laundry termasuk bagian penunjang non-medis pada rumah sakit yang berperan vital dalam menyediakan layanan linen, khususnya bagi pasien rawat inap, serta bertanggung jawab atas ketersediaan dan kebersihan linen yang digunakan selama perawatan (Retika *et al.*, 2021).

1. Kapasitas Kerja dan Beban Kerja

Dalam dunia kerja, tiga elemen utama yang memengaruhi kesehatan dalam pekerjaan adalah kapasitas, beban kerja, serta lingkungan kerja. Ketiganya harus saling mendukung agar tercipta kondisi kerja yang optimal. Seorang pekerja memerlukan kapasitas kerja yang baik, seperti kondisi fisik yang sehat, asupan gizi yang cukup, serta stamina yang kuat untuk bisa menjalankan tugasnya secara maksimal. Oleh karena itu, kondisi kesehatan seseorang sebelum bekerja sangat penting diperhatikan, karena dapat dipengaruhi oleh faktor lingkungan kerja, pola makan, dan

aspek lainnya yang berperan dalam kesiapan fisik dan mental pekerja.

Tanggung jawab mencakup aspek fisik maupun mental. Jika beban kerja terlalu tinggi atau tidak seimbang dengan kemampuan fisik pekerja, maka hal tersebut bisa menimbulkan gangguan kesehatan bahkan memicu munculnya penyakit akibat kerja (Hutabarat, 2020).

2. Lingkungan Kerja dan PAK yang di Timbulkan

Penyakit Akibat Kerja (PAK), atau yang dikenal juga sebagai *Occupational Disease*, merupakan keluhan kesehatan yang terjadi karena beban kerja atau paparan di lingkungan kerja, seperti dibunyikan dalam Keputusan Presiden Nomor 22 Tahun 1993. Data menunjukkan bahwa sekitar 48% kasus PAK berkaitan dengan gangguan otot dan rangka (musculoskeletal disorders), 10% berupa masalah kulit (dermatosis), 9% berupa gangguan pendengaran, 10% gangguan mental, dan sisanya 3% akibat keracunan pestisida. Faktor penyebab PAK sangat beragam, mulai dari debu, kebisingan, bahan kimia berbahaya, getaran, radiasi, virus, suhu ekstrem, hingga tekanan lingkungan kerja. Secara umum, penyebabnya dibagi menjadi lima kategori, yaitu: fisik (seperti radiasi, suhu tinggi/rendah, getaran, pencahayaan, dan tekanan udara), kimiawi (termasuk debu, gas, uap, larutan, dan kabut), biologis (bakteri, virus, dan jamur), fisiologis (seperti postur kerja yang salah dan beban kerja berat), serta psikososial (misalnya stres kerja, rutinitas berulang, dan tekanan dari tuntutan pekerjaan), sebagaimana dijelaskan oleh WHO. (Kemala, 2018).

3. Keselamatan Dan Kesehatan Kerja

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) ialah suatu bentuk usaha yang digiatkan guna menjaga serta memastikan para pekerja tetap dalam kondisi sehat dan aman selama menjalankan aktivitas kerjanya, serta meminimalkan potensi bahaya kerja dan masalah kesehatan yang datang dari aktivitas kerja. K3 juga diarahkan demi membangun ruang lingkup kerja yang kondusif, aman, dan sehat.

Penerapan K3 yang baik dapat:

- a. Meminimalkan kemungkinan insiden dan masalah kesehatan yang timbul akibat lingkungan kerja

- b. Mengoptimalkan produktivitas
- c. Menjamin keamanan para pekerja dan lingkungan
- d. Meminimalisir kerusakan alam atau lingkungan yang diakibatkan oleh aktivitas pekerjaan

Beberapa contoh langkah-langkah pencegahan dan pengendalian risiko K3, antara lain: Penggunaan alat pelindung diri (APD), perawatan rutin pada perlengkapan kerja, serta membatasi akses ke area yang memiliki potensi bahaya tinggi merupakan langkah penting dalam menjaga keselamatan kerja. Pihak manajemen juga bertanggung jawab menyediakan situasi kerja yang aman dan menyenangkan bagi seluruh personel, termasuk bagi mereka yang memiliki disabilitas, karena tiap kelompok memiliki kebutuhan yang berbeda.

D. Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Pengelolaan potensi dampak negatif K3 merupakan langkah sistematis dalam menangani potensi bahaya terkait K3 secara menyeluruh, terencana, dan terstruktur. Tujuannya adalah untuk mengecilkan kemungkinan terjadinya kecelakaan di tempat kerja. Melalui proses ini, manajemen dapat meningkatkan efektivitas kerja dengan mengidentifikasi serta menganalisis berbagai risiko yang mungkin terjadi. Proses manajemen risiko K3 dilakukan melalui beberapa tahapan tertentu:

Metode dalam manajemen risiko K3 mencakup pengenalan risiko, pemeriksaan, penilaian, evaluasi, pemantauan, pengendalian, serta proses komunikasi dan konsultasi, serta pemantauan dan evaluasi ulang. Salah satu metode yang sering digunakan untuk mengenali potensi bahaya di lingkungan kerja adalah *Job Safety Analysis* (JSA). Teknik ini berfungsi untuk mengidentifikasi serta mencegah dampak yang bisa mengganggu keselamatan dan kesehatan kerja. Penerapan manajemen risiko K3 tidak hanya berdampak pada peningkatan keselamatan tenaga kerja, tetapi juga berkontribusi terhadap peningkatan kinerja dan citra (Robert *et al.*, 2014).

E. Sistem Pengelolaan Linen Pada Instalasi Laundry di Rumah Sakit

1. Pengelolaan Linen

Proses tahapan awal mencakup pengumpulan dan pemilahan linen yang kotor, kemudian dibawa ke instalasi laundry oleh petugas kebersihan ruangan. Dalam proses ini, petugas diwajibkan mencuci tangan dan mengenakan alat pelindung diri seperti masker, apron, dan sarung tangan saat bekerja. Pengangkutan linen menggunakan ember yang tertutup. Meskipun sudah dilakukan pemisahan, masih ditemukan kejadian di mana linen infeksius dan non-infeksius tercampur dalam satu wadah. Linen yang terkontaminasi feses, darah, atau muntahan tidak dibersihkan terlebih dahulu, melainkan langsung dimasukkan ke dalam ember khusus infeksius. Namun, pemisahan antara linen putih dan berwarna telah diterapkan dengan baik.

2. Penerimaan Linen

Petugas bertugas mendokumentasikan terhadap linen kotor yang masuk, kemudian dilakukan proses pembongkaran karena masih terdapat campuran antara linen infeksius dan non-infeksius. Pencatatan dilakukan dalam buku laporan, dan sebelum proses pencucian dimulai, linen dibongkar dan dipilah kembali. Hal ini disebabkan karena dari unit pelayanan, terkadang linen infeksius dan non-infeksius belum sepenuhnya dipisahkan dengan baik.

3. Pencucian Linen

Dalam proses pencucian, tidak dilakukan penimbangan linen terlebih dahulu. Linen diklasifikasikan berdasarkan jenisnya, yaitu infeksius dan non-infeksius. Pencucian dilakukan menggunakan mesin cuci dengan suhu sekitar 70°C selama kurang lebih 25 menit. Deterjen yang digunakan adalah dalam bentuk bubuk, sedangkan untuk desinfektan digunakan produk seperti Bayclin. Proses pelembutan dan pemberian aroma dilakukan dengan penambahan softener, namun takaran bahan-bahan tersebut tidak diukur secara pasti, melainkan hanya dikira-kira. Selain berdasarkan jenis, pencucian juga dikelompokkan berdasarkan tingkat kekotoran linen.

4. Pengeringan Linen

Proses pengeringan linen saat ini tidak lagi dengan metode yang digunakan adalah pengeringan di bawah paparan sinar matahari, melainkan menggunakan mesin pengering. Mesin tersebut dioperasikan pada suhu sekitar 70°C dengan durasi pengeringan selama kurang lebih 10 menit.

5. Penyetrikaan Linen

Setelah proses pengeringan, linen kemudian disetrika menggunakan mesin listrik jenis ironer. Suhu yang digunakan berkisar antara 70 hingga 80°C. Proses penyetrikaan ini juga berfungsi untuk membantu membasmi mikroorganisme patogen yang mungkin masih menempel.

6. Pelipatan

Proses pelipatan linen dilakukan dengan memperhatikan kerapihan dan disesuaikan dengan jenis linen masing-masing. Sampai di tahap ini juga dilakukan pengecekan guna menyortir linen yang mengalami kerusakan. Setelah selesai disetrika, linen langsung dilipat agar tetap rapi, dengan teknik pelipatan yang berbeda sesuai dengan jenisnya untuk menjaga kualitas tampilan.

7. Pengemasan

Linen yang telah dilipat selanjutnya dikemas menggunakan plastik bening, namun pengemasan ini tidak dilakukan secara menyeluruh. Hal ini dilakukan secara terbatas dengan tujuan menghemat penggunaan plastik dalam proses operasional.

8. Penyimpanan Linen

Linen yang telah dikemas kemudian disimpan dalam lemari khusus. Namun, proses penyimpanan belum dapat dilakukan secara terpisah berdasarkan jenis dan ruangan penggunaan linen karena keterbatasan jumlah lemari. Pembersihan lemari dilakukan setiap tiga bulan sekali, dan belum dilakukan penambahan bahan pengusir serangga seperti kapur barus atau obat anti ngengat.

9. Pendistribusian Linen

Proses distribusi linen belum menerapkan sistem FIFO (*First In First*

Out), tidak menggunakan kartu bukti penerimaan, dan belum ada pencatatan formal terkait jumlah linen yang didistribusikan. Petugas hanya melakukan pengecekan jumlah linen (Retika et al., 2021).

F. Sistem Manajemen K3RS

1. Pengertian

Pengelolaan K3RS tergabung sebagai bagian dari sistem manajemen rumah sakit secara menyeluruh yang bertujuan untuk mengendalikan berbagai risiko kerja. Tujuannya adalah menciptakan Suasana rumah sakit yang mendukung kesehatan, keamanan, dan kenyamanan bagi para tenaga medis, pasien, pengunjung, maupun masyarakat sekitar. Sistem ini mencakup upaya pemberdayaan seluruh sumber energi yang dimiliki rumah sakit dalam mendukung implementasi K3. Pengembangan sistem manajemen K3 di rumah sakit mencakup beberapa tahapan, yaitu Mulai dari perumusan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pengawasan dan evaluasi kinerja, hingga kaji ulang. Jika setiap tahapan ini dijalankan dengan baik, maka risiko-risiko K3RS yang ada bisa dikendalikan secara efektif. Agar penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (K3RS) di rumah sakit lebih mudah dilakukan, perlu adanya langkah-langkah terstruktur dalam implementasinya seperti disajikan pada Gambar 2.1 berikut ini.

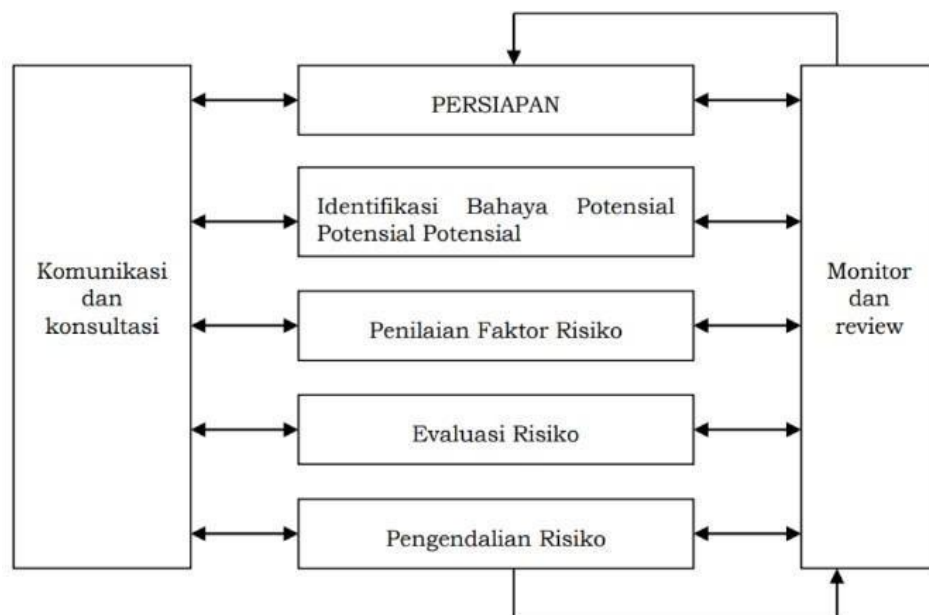


Gambar 2.1 Sistem Manajemen K3RS Sumber: Peraturan Pemerintah RI No. 50 Tahun 2012

2. Tujuan

Tujuan utama dari K3 adalah dengan mengantisipasi, menurunkan, bahkan mengeliminasi adanya kecelakaan serta penyakit. akibat kerja (PAK), serta mendukung peningkatan pemeliharaan kesehatan para pekerja agar performa kerja tetap optimal. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, upaya kesehatan kerja dilakukan demi menjaga para pekerja tetap sehat dan terlindungi dari dampak negatif lingkungan kerja. Karena itu, pengelola rumah sakit perlu menerapkan prinsip-prinsip K3 sebagai bagian dari tanggung jawabnya. Selain itu, K3 juga menjadi salah satu indikator penting komponen yang menjadi fokus penilaian dalam akreditasi, bersama dengan standar pelayanan lainnya (Ivana et al., 2014).

3. Langkah-Langkah Manajemen Risiko K3RS



Gambar 2.2 Tahapan pengelolaan risiko dalam keselamatan dan kesehatan kerja.

a. Persiapan/Penentuan Konteks

Tahap persiapan dimulai dengan menentukan konteks parameter yang relevan, baik dari sisi internal maupun eksternal, yang akan digunakan dalam proses manajemen risiko. Dalam manajemen risiko K3RS, penetapan konteks ini mencakup berbagai aspek yang menjadi

acuan dalam pelaksanaan pengelolaan risiko secara menyeluruh meliputi:

- 1) Menetapkan siapa saja yang bertanggung jawab dan terlibat dalam pelaksanaan manajemen risiko, baik itu pegawai tetap, tenaga kontrak, maupun pihak ketiga yang bekerja sama..
- 2) Menentukan batasan dan cakupan dari penerapan manajemen risiko K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja).
- 3) Mengidentifikasi seluruh kegiatan di tempat kerja, termasuk yang berlangsung dalam kondisi normal, tidak normal, ataupun saat keadaan darurat, serta proses, layanan, proyek, produk, dan aset yang ada.
- 4) Menyusun metode dan jadwal pelaksanaan evaluasi risiko K3 agar pengelolaannya bisa dilakukan secara tepat dan terencana.

b. Identifikasi Bahaya Potensial

Tahap awal dalam penanganan bahaya kesehatan di lingkungan kerja adalah mengenali berbagai potensi bahaya. Pada tahap ini, dilakukan pemetaan terhadap berbagai jenis ancaman kesehatan yang mungkin dialami oleh tenaga kerja, pasien, pendamping pasien, serta pengunjung, yang bisa mencakup berbagai sumber paparan berisiko meliputi :

- 1) Faktor fisik misalnya paparan suara bising, suhu ekstrem, getaran alat, hingga permukaan lantai yang licin.
- 2) Faktor kimia seperti penggunaan zat berbahaya termasuk formalin, alkohol, ethylene oxide, cairan pembersih lantai, disinfektan, serta klorin.
- 3) Faktor biologis contohnya adanya mikroorganisme seperti bakteri, virus, serta hewan seperti tikus, kecoa, dan kucing yang dapat membawa penyakit
- 4) Faktor ergonomi misalnya posisi kerja yang statis dalam waktu lama, aktivitas mengangkat beban berat, dan cara kerja manual lainnya.
- 5) Faktor psikososial seperti tekanan kerja yang tinggi, hubungan tidak baik antara rekan kerja atau dengan atasan.

- 6) Faktor mekanikal meliputi risiko kecelakaan akibat alat seperti terjepit, tergulung, terpotong, atau tertusuk benda tajam.
- 7) Faktor elektrik contohnya kejadian tersengat listrik, listrik statis, atau korsleting yang dapat memicu kebakaran.
- 8) Faktor limbah seperti limbah medis maupun non-medis dalam bentuk padat, cair, dan gas yang jika tidak dikelola dengan baik bisa membahayakan.

Untuk mengidentifikasi faktor risiko, perlu dilakukan pengamatan langsung terhadap alur proses dan tahapan kegiatan produksi. Hal ini mencakup bahan dasar yang dipakai, produk utama yang dihasilkan, hasil samping dari setiap proses, serta limbah yang muncul selama proses produksi berlangsung.

Situasi yang melibatkan bahan kimia, penting untuk memahami terlebih dahulu *Material Safety Data Sheets* (MSDS) dari setiap bahan kimia yang digunakan. Hal ini mencakup klasifikasi bahan kimia berdasarkan kandungan bahan aktif, jenis pelarut yang digunakan, serta zat inert yang menyertainya, termasuk potensi dampak toksiknya. Apabila terdapat dua atau lebih faktor risiko yang muncul bersamaan, interaksi di antara keduanya bisa meningkatkan atau bahkan menurunkan tingkat bahaya. Oleh karena itu, seluruh sumber potensi bahaya di rumah sakit perlu diidentifikasi dan dianalisis guna mengetahui tingkat risiko, yang berperan sebagai indikator kemungkinan terjadinya penyakit atau kecelakaan kerja.

Tabel 2.1 Contoh bahaya potensial berdasarkan lokasi Laundry di Rumah Sakit

No.	Bahaya Potensial	Lokasi	Pekerja Yang Paling Beresiko
1.	Paparan bahan kimia dari detergen dan pewangi	Area pencucian	Pekerja pencuci dan penyortir linen
2.	Risiko infeksi dari linen kotor yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh	Area penyortiran linen kotor	Pekerja penyortiran linen
3.	Cedera akibat tertusuk jarum atau beda tajam bekas operasi yang tidak terpisahkan dari linen	Area penyortiran linen kotor	Pekerja penyortiran linen
4.	Paparan panas tinggi dari setrika uap dan mesin pengering	Area penyertikaan dan pengeringan	Pekerja penyetrika dan operator mesin pengering
5.	Beban kerja fisik akibat mengangkat dan mengangkut linen dalam jumlah besar	Seluruh area laundry	Seluruh pekerja laundry
6.	Kebisingan dari mesin cuci dan mesin pengering	Area mesin cuci dan pengering	Seluruh pekerja laundry
7.	Resiko tergelincir akibat lantai licin karena air dan sabun	Seluruh area laundry	Seluruh pekerja laundry
8.	Stress kerja akibat beban kerja dan tekanan waktu	Seluruh area laundry	Seluruh pekerja laundry

c. Analisis Risiko

Risiko dapat diartikan sebagai kemungkinan terjadinya bahaya yang bisa menjadi nyata, yang dipengaruhi oleh seberapa sering dan lamanya seseorang terpapar, aktivitas kerja yang dilakukan, serta sejauh mana upaya pencegahan dan pengendalian telah diterapkan. Faktor-faktor seperti perilaku kerja, kebersihan pribadi, dan kebiasaan saat bekerja juga ikut memengaruhi besarnya risiko terhadap kesehatan. Tujuan dari analisis risiko adalah untuk menilai seberapa besar potensi risiko kesehatan yang dihadapi oleh pekerja, terutama dalam hal tingkat keparahan gangguan kesehatan yang mungkin timbul dan kemungkinan terjadinya akibat paparan bahaya tertentu. Karakterisasi risiko dilakukan dengan menggabungkan informasi mengenai jenis bahaya, tingkat paparan, dan kondisi kesehatan

pekerja, termasuk riwayat kecelakaan atau penyakit akibat kerja. Analisis awal berfungsi untuk memetakan semua risiko yang mungkin terjadi, lalu disusun berdasarkan tingkat prioritas, dengan fokus pada risiko-risiko yang berpotensi menimbulkan dampak kerugian yang besar.

Metode analisis risiko dilakukan dengan cara menilai tingkat kemungkinan (likelihood) terjadinya suatu risiko, yang diberi skala mulai dari kejadian yang sangat jarang (rare) hingga kejadian yang hampir pasti (almost certain). Selain itu, tingkat dampak atau konsekuensi juga dinilai, dari yang hanya menyebabkan luka ringan atau kerugian kecil, hingga yang paling serius seperti kerusakan besar pada aset atau bahkan mengakibatkan kematian. Dari hasil penilaian tersebut, risiko diklasifikasikan ke dalam beberapa kategori, yaitu risiko rendah, sedang, tinggi, hingga risiko ekstrem.

Tabel 2.2 Nilai Tingkat Kemungkinan (*Likelihood*)

Tingkat	Penjelasan	Definisi
1	<i>Rare</i>	Bisa saja terjadi pada kondisi khusus saja.
2	<i>Unlikely</i>	Mungkin terjadi secara tiba-tiba.
3	<i>Possible</i>	Ada kemungkinan terjadi kapan saja.
4	<i>Likely</i>	Akan timbul ketika peristiwa itu terjadi.
5	<i>Almost Certain</i>	Sudah pasti terjadi apabila peristiwa tersebut telah terjadi

Tabel 2.3 Matriks Analisis Resiko

		KEPARAHAN				
		Sangat Ringan	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat
FREKUENSI	Sangat Sering	Sedang	Tinggi	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
	Sering	Sedang	Sedang	Tinggi	Tinggi	Ekstrim
	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi	Ekstrim
	Jarang	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi	Tinggi
	Sangat Jarang	Rendah	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi

Tabel 2.4 Ukuran Kualitatif dari Konsekuensi Risiko Kerja (*Consequences*)

Domain	1	2	3	4	5
	Tidak bermakna	Kecil	Sedang	Besar	Bencana
Dampak keselamatan pekerja (kerugian fisik/psikologis)	- Luka minimal - Tidak memerlukan pengobatan minimal - Tidak perlu istirahat	- Luka atau sakit minimal - Memerlukan istirahat ≤ 3 hari - Peningkatan lama perawatan 1-3 hari	- Luka sedang memerlukan penanganan profesional - Memerlukan istirahat 4-14 hari - Peningkatan lama perawatan 4-15 hari	- Luka besar yang membawa akibat ketidakmampuan jangka Panjang/ cacat - Memerlukan istirahat >14 hari - Peningkatan lama perawat >15 hari	- Insiden yang tidak dapat atau sulit dipulihkan (luka permanen, cacat, dan kematian)

Sumber: Ramli, 2010

Tabel 2.5 Ukuran Kualitatif dari Kemungkinan Risiko Kerja Terjadi (*Likelihood*)

Descriptors	(Rare)	(Unlikely)	(Possible)	(Likely)	(Almost certain)
Frequency	Tidak bisa percaya kejadian ini akan terjadi dalam kejadian luarbiasa	Tidak diharapkan terjadi, tetapi ada potensi tidak mungkin terjadi	Kadang-kadang dapat terjadi sebelumnya kemungkinan yang wajar untuk terjadi	Kuat kemungkinan bahwa hal ini dapat terjadi	Ini diperkirakan sering terjadi/dalam banyak keadaan lebih mungkin terjadi daripada tidak
Probability	1 %	10 %	50 %	75 %	99 %

Sumber: Ramli, 2010

Tabel 2.6 Matriks Analisis Risiko Kerja Kualitatif Menurut AS/NZS 3460:2004

Impact Probability	1 (sangat kecil)	2 (Kecil)	3 (Sedang)	4 (Besar)	5 (Sangat Besar)
5 (Sangat Sering)	5	10	15	20	25
4 (Sering)	4	8	12	16	20
3 (Kadang-Kadang)	3	6	9	12	15
2 (Jarang)	2	4	6	8	10
1 (Sangat Jarang)	1	2	3	4	5
Keterangan:					
Low (Rendah)	1-4				
Medium (Sedang)	5-12				
High (Tinggi)	15-25				

Sumber: (Ramli & Soehatman, 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)

b. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko merupakan proses menelaah tingkat risiko yang telah diperoleh dari hasil analisis sebelumnya dengan standar atau kriteria yang berlaku. Dalam tahap ini, risiko yang telah dihitung ditinjau ulang untuk melihat apakah metode pengendalian yang sudah diterapkan mampu mengurangi risiko secara optimal sesuai target. Evaluasi ini juga membantu menentukan apakah perlu dilakukan penambahan strategi pengendalian agar risiko tetap berada pada level yang bisa diterima. Sebuah program evaluasi risiko sebaiknya mencakup beberapa komponen penting agar hasilnya akurat dan efektif sebagai berikut :

- 1) Melakukan pemeriksaan rutin dan pemantauan terhadap aspek keselamatan serta kebersihan lingkungan kerja.
- 2) Mengadakan diskusi santai atau wawancara tidak resmi dengan para pekerja untuk mengetahui kondisi lapangan.

- 3) Melaksanakan pengecekan kesehatan tenaga kerja secara berkala.
- 4) Melakukan pengukuran kondisi lingkungan kerja untuk mengetahui potensi bahaya.
- 5) Melakukan pengambilan sampel secara langsung dari pekerja untuk dianalisis lebih lanjut.

Hasil evaluasi risiko diantaranya adalah:

- 1) Deskripsi mengenai tingkat urgensi dari risiko yang ada.
- 2) Informasi mengenai tingkat prioritas penanganan terhadap risiko yang harus dikendalikan.
- 3) Penjelasan mengenai potensi kerugian dalam bentuk financial dan lainnya
- 4) Penyediaan data sebagai dasar pertimbangan dalam menentukan langkah-langkah pengendalian selanjutnya

Tabel 2.7 Level Risiko Kerja

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

c. Pengendalian Risiko

Prinsip dalam mengendalikan risiko kerja dibagi dalam lima tingkatan, yaitu:

- 1) Menghapus potensi bahaya sepenuhnya dari lingkungan kerja (eliminasi).
- 2) Mengganti alat atau bahan yang berisiko tinggi dengan yang lebih aman (substitusi).
- 3) Menggunakan rekayasa teknis atau peralatan khusus untuk mengurangi paparan bahaya (engineering control).
- 4) Menerapkan aturan atau prosedur kerja untuk meminimalkan risiko (administrative control).

- 5) Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) sebagai perlindungan terakhir jika risiko belum bisa dihilangkan sepenuhnya.

Berbagai upaya yang dapat diterapkan dalam rangka mengendalikan bahaya terkait K3:

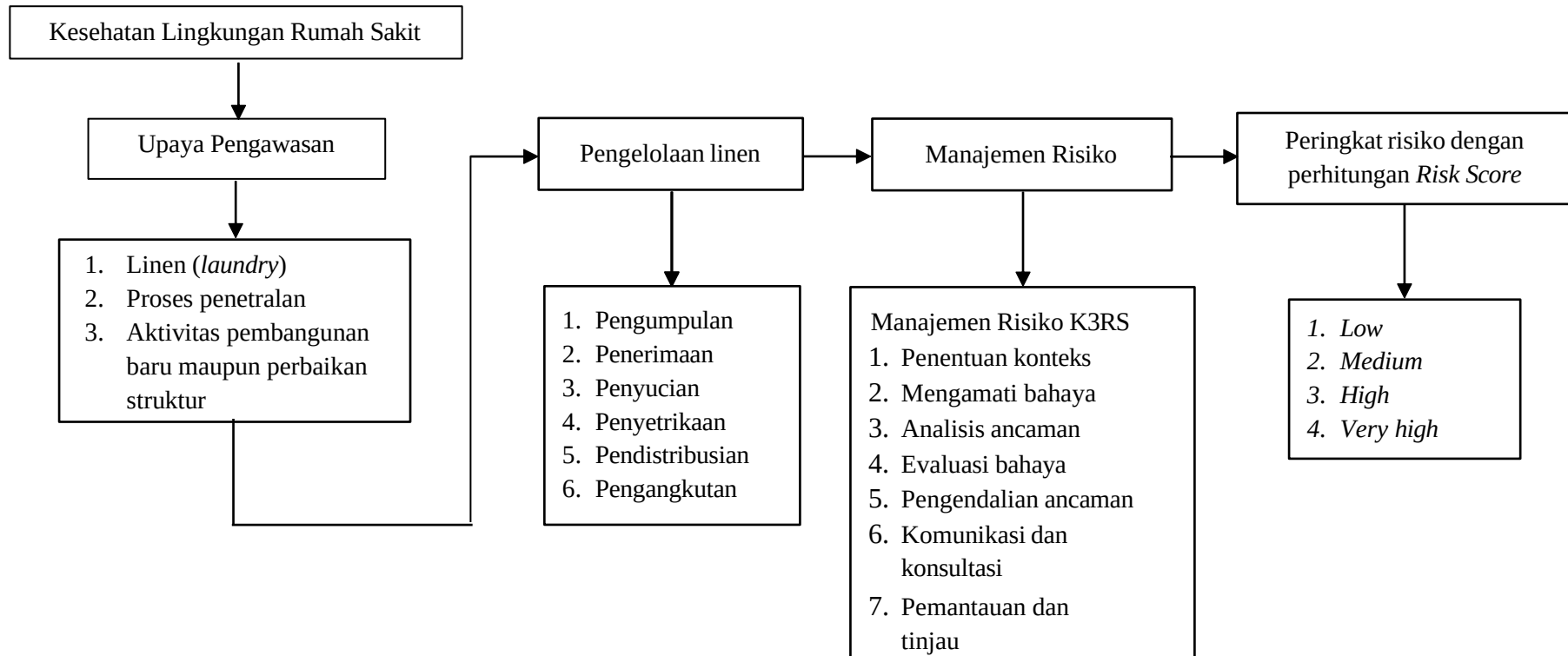
- 1) Containment, upaya untuk mencegah terjadinya pajanan melalui beberapa pendekatan:
 - a) Perancangan area kerja yang sesuai standar keselamatan.
 - b) Penggunaan alat pelindung seperti lemari biosafety dan perangkat sentrifugal.
 - c) Penerapan prosedur kerja yang aman.
 - d) Melakukan proses dekontaminasi secara tepat.
 - e) Penanganan limbah dan tumpahan (spill) dengan prosedur khusus yang aman
- 2) Manajemen Program Biosafety mencakup dukungan dari pimpinan tertinggi organisasi. Bentuk dukungan ini meliputi dukungan terhadap program secara keseluruhan, keterlibatan spesialis biosafety, pembentukan komite biosafety institusional, penyusunan buku panduan biosafety, pelaksanaan program Kesehatan Kerja (Occupational Health), serta penyediaan informasi dan edukasi yang dibutuhkan bagi seluruh pihak terkait.
- 3) Penilaian kepatuhan mencakup kegiatan audit, tinjauan tahunan, serta statistik insiden dan kecelakaan. Pemeriksaan dan audit keselamatan melibatkan berbagai aspek terkait penerapan standar keselamatan kerja meliputi :
 - a) Penentuan jenis kebutuhan disesuaikan dengan karakteristik pekerjaan, terutama dampak negatif dan bahaya yang mungkin terjadi.
 - b) Pelaksanaannya merujuk pada standar yang telah ditetapkan serta bertujuan untuk memenuhi ketentuan tersebut.
 - c) Daftar periksa yang disesuaikan dengan masing-masing program digunakan sebagai alat bantu dalam pelaksanaan kegiatan.

- 4) Investigasi kecelakaan dan penyakit akibat kerja
 - a) Mengupaya untuk menyelidiki dan melaporkan setiap kejadian kecelakaan dan penyakit yang timbul akibat aktivitas kerja
 - b) Proses ini mencakup analisis penyebab kejadian, besarnya kerugian, serta langkah-langkah pencegahan dan pengendalian terhadap KAK dan PAK
 - c) Pendekatannya menggunakan metode analisis khusus yang ditujukan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kejadian KAK dan PAK.
- 5) *Fire Prevention Program*
 - a) Risiko terbesar dan paling umum yang dapat terjadi di berbagai jenis lingkungan kerja adalah bahaya kebakaran.
 - b) Program ini disusun berdasarkan karakteristik risiko kebakaran yang ada pada masing-masing aktivitas kerja.
- 6) *Emergency Response Preparedness*
 - a) Dirancang untuk menghadapi keadaan darurat sehingga dampak negatif dan kerugian dapat dikendalikan.
 - b) Beragam keadaan darurat seperti kebakaran, ledakan, tumpahan zat beracun, gempa bumi, kerusakan, hingga ancaman bahan peledak termasuk dalam kategori tersebut.
 - c) Tingkat kesiapsiagaan harus ditunjang oleh tenaga yang sudah mendapatkan pelatihan, peralatan yang lengkap, prosedur yang mudah dipahami, serta sosialisasi yang dilakukan secara rutin.
- 7) Program K3RS lainnya
 - a) Pemindahan risiko merupakan cara untuk menyerahkan kemungkinan kerugian kepada pihak lain, misalnya lewat perjanjian hukum, kerja sama, atau asuransi. Tujuannya supaya beban tanggung jawab atas risiko tidak hanya dipikul sendiri, tetapi dibagi dengan pihak lain yang telah disetujui bersama. Dalam praktiknya, pemindahan ini juga bisa berupa memindahkan risiko secara fisik ke tempat atau lokasi yang

berbeda.

- b) Komunikasi dan konsultasi punya peran penting dalam setiap tahap manajemen risiko. Sejak awal proses, perlu dibuat rencana komunikasi yang melibatkan pihak internal maupun eksternal. Komunikasi ini bukan satu arah, melainkan berbentuk dialog dua arah antara semua pihak yang terlibat dalam pengelolaan risiko, khususnya dalam memantau perkembangan kegiatan. Komunikasi yang efektif, baik di dalam maupun luar organisasi, sangat diperlukan agar manajemen bisa membuat keputusan yang tepat. Perbedaan pandangan tentang risiko sering muncul karena masing-masing pihak punya asumsi, pemahaman, atau fokus yang berbeda. Biasanya, seseorang menilai apakah suatu risiko bisa diterima berdasarkan persepsi pribadinya. Karena itu, penting untuk memahami bagaimana masing-masing pihak memandang risiko, sama seperti memahami manfaat yang diharapkan dari proses pengelolaan risiko itu sendiri.
- c) Pemantauan serta evaluasi ulang merupakan langkah penting dalam proses pengelolaan risiko. Selama kegiatan pengendalian risiko berjalan, dibutuhkan pemantauan secara berkala untuk memastikan tidak adanya perubahan kondisi yang dapat memengaruhi risiko yang telah diidentifikasi sebelumnya. Jika ditemukan adanya perubahan, maka diperlukan peninjauan ulang terhadap strategi pengendalian yang digunakan. Tujuannya adalah agar setiap upaya pengelolaan risiko tetap relevan dan efektif. Pada dasarnya, pemantauan dan penelaahan ulang ini menjadi bagian penting untuk Menjamin setiap langkah dalam proses manajemen terlaksana secara optimal. dan hasilnya bisa maksimal (Karunia, 2016).

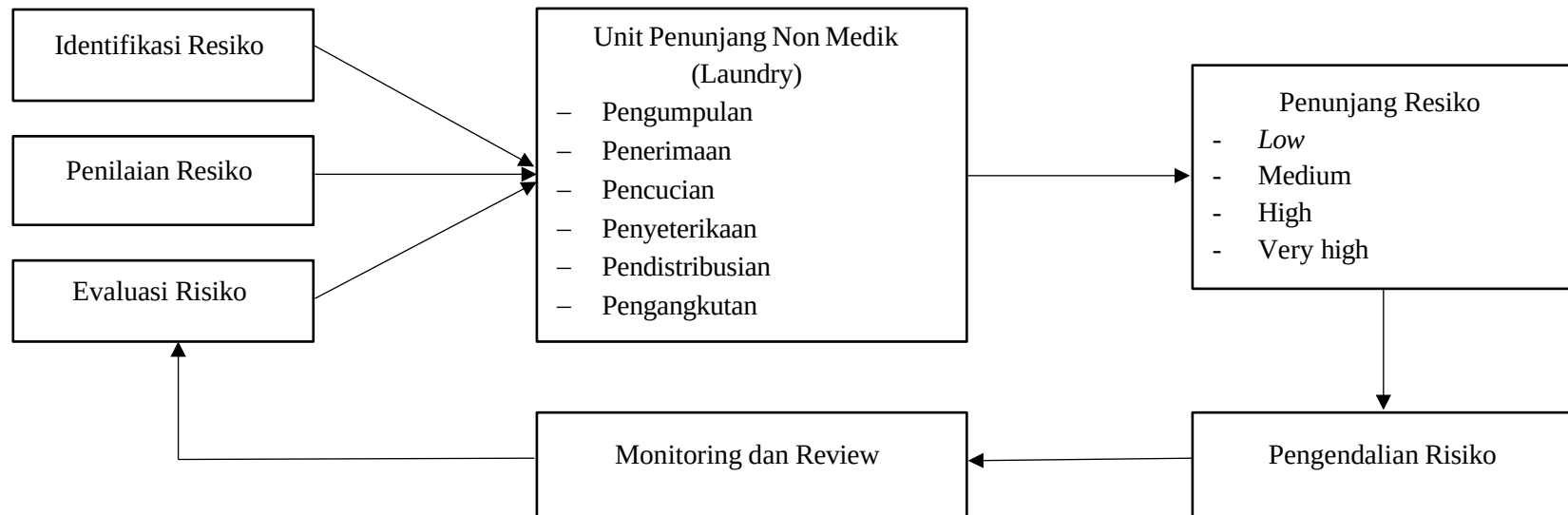
G. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber: PERMENKES No 66. Tahun 2016, PERMNEKDES No. 7 Tahun 2019, Standar AS/NZS 4360:2004

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep