



**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 Ketenaga kerjaan (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 Pengion (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,

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%; *contussion, 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 Labor, Bureau of Labor 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,

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