

**KAJIAN PENANGANAN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
(RSST)**

LAPORAN PENELITIAN

**EDY WIDIHARTONO
BETA AHLAM GIZELA**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang kompleks dengan masalah kesehatan dan keselamatan kerja, baik yang terjadi langsung terhadap pekerja, maupun terkait pasien dan pengunjung Rumah Sakit¹. Menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 1, yang dimaksud dengan sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi².

Potensi bahaya terkait kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit, selain penyakit-penyakit infeksi juga potensi bahaya lain seperti kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, radiasi, bahan kimia berbahaya, gas anaestesi, gangguan psikososial, dan ergonomi¹.

Berbagai studi dilakukan di berbagai Negara dan memunculkan angka yang cukup mencengangkan. Di United State tahun 1988, kecelakaan di Rumah Sakit 41% lebih besar dari pada pekerja di industry lain. Di Indonesia, data penelitian sehubungan dengan bahaya-bahaya di Rumah Sakit belum banyak dilakukan sehingga laporan yang dipublikasikan juga belum banyak. Namun demikian diyakini banyak keluhan dari para pekerja terkait dengan bahaya kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit¹.

1.2. Rumusan Masalah

Uraian ringkas dalam latar belakang masalah di atas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pencatatan kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST?
2. Bagaimana pola kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST?
3. Bagaimana penanganan kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST?

4. Bagaimana kemanfaatan keberadaan tim K3 di RSST dalam meningkatkan tercapainya kesehatan dan keselamatan kerja yang optimal?

Butir 1-3 akan dirangkum dalam bentuk kuesioner yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan memberikan informasi mengenai pola kecelakaan, penanganan, dan pendokumentasiannya.

Butir 4 diharapkan dapat terjawab dengan penelitian kualitatif.

1.3. Tujuan Penelitian

1. Mengkaji kualitas pencatatan kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST.
2. Mengkaji pola kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST.
3. Mengkaji penanganan kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST.
4. Melakukan evaluasi kemanfaatan keberadaan tim K3 di RSST dalam meningkatkan tercapainya kesehatan dan keselamatan kerja yang optimal.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian yang akan dilakukan diharapkan dapat memberikan wawasan dalam dunia kedokteran, khususnya meliputi:

- Secara akademik, penelitian ini memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu kesehatan dan keselamatan kerja.
- Secara praktis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memperbaiki pengelolaan kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST, sehingga memberikan perlindungan yang cukup bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, pasien, dan pengunjung Rumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecelakaan Kerja

Menurut WHO, dari 35 juta petugas kesehatan, ternyata 3 juta diantaranya terpajan oleh *bloodborne pathogen*, dengan 2 juta diantaranya tertular virus hepatitis B, dan 170.000 diantaranya tertular virus HIV/AIDS³.

Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya pasal 165 : "Pengelola tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan bagi tenaga kerja"⁴. Berdasarkan pasal di atas maka pengelola tempat kerja di Rumah Sakit mempunyai kewajiban untuk menysihatkan para tenaga kerjanya. Salah satunya adalah melalui upaya kesehatan kerja disamping keselamatan kerja. Rumah Sakit harus menjamin kesehatan dan keselamatan baik terhadap pasien, penyedia layanan atau pekerja maupun masyarakat sekitar dari berbagai potensi bahaya di Rumah Sakit. Oleh karena itu, Rumah Sakit dituntut untuk melaksanakan Upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh sehingga risiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) di Rumah Sakit dapat dihindari⁵.

Dalam bagian pendahuluan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit disebutkan¹:

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 Laboratorium, Bureau of Laboratorium Statistics*, 1983).

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

Menindaklanjuti berbagai masalah yang berpotensi muncul dan diduga telah terjadi namun belum terpantau dan tertangani dengan baik, telah disusun Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di RS yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087/MENKES/SK/VIII/2010⁵.

2. 2. Dasar Hukum

Berikut beberapa hukum dan peraturan terkait K3 di Indonesia⁶:

1. Undang-undang (UU) no.1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja yang memuat (1) amanah untuk melakukan pencegahan dan pengendalian suhu, kelembaban, debu, kotoran, asap, uap, gas, hembusan angin, cuaca, sinar atau radiasi, suara, dan getaran dan (2) amanah untuk melakukan pencegahan dan pengendalian Penyakit Akibat Kerja (PAK).
2. Permenakertrans No. PER. 01/MEN/1976 yang memuat kewajiban pelatihan Hiperkes untuk dokter perusahaan
3. Keputusan Presiden Indonesia Nomor 22 Tahun 1993 yang memuat [Lampiran: Penyakit Yang Timbul Karena Hubungan Kerja](#)
4. Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. PER. 05/MEN/1996 yang memuat definisi SMK3 (Sistem Manajemen K3)
5. Keputusan Menteri Tenaga Kerja (Kemenaker) Nomor: KEP-51/MEN/1999 Tentang Nilai Ambang Batas Faktor Fisika di Tempat Kerja.
6. Peraturan Menteri (Permen) Perburuhan No. 7 Tahun 1964 mengenai Syarat Kesehatan, Kebersihan Serta Penerangan Dalam Tempat Kerja.
7. Permen No. Per-03/Men/1982 tentang Pelayanan Kesehatan Kerja yang menjelaskan (Pasal 2) Tugas Pokok Pelayanan Kesehatan Kerja.
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087/MENKES/SK/VIII/2010 tentang Standar K3 Rumah Sakit (K3RS)

BAB III

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods design: Quantitative method leading to qualitative result*. Penelitian terdiri dari dua tahap yang merupakan satu kesatuan yang saling menguatkan. Penelitian diawali dengan penelitian kuantitatif untuk melihat pola kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST, kualitas pencatatan, dan penanganannya. Dari penelitian kuantitatif ini akan diperoleh informasi dasar yang kemudian dipertajam dan digali lebih lanjut kemafaatan keberadaan tim K3 di RSST dalam meningkatkan tercapainya kesehatan dan keselamatan kerja yang optimal dengan penelitian kualitatif melalui *in-depth interview* terhadap beberapa narasumber, serta *focus group discussion* dengan tim K3, korban, dan petugas yang melayani di lapangan.

3.1. Penelitian Kuantitatif

3.1.1. Desain Penelitian

Penelitian kuantitatif dilakukan dengan desain penelitian observasional. Peneliti melakukan pengukuran tanpa melakukan intervensi. Pengukuran dilakukan satu kali (*cross sectional*) untuk melihat gambaran umum tentang pola kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di RSST, kualitas pencatatan, dan penanganannya.

3.1.2. Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penelitian dilakukan dalam waktu 6 bulan, mulai bulan Juli 2015 sampai dengan bulan Desember 2015.

3.1.3. Sumber Data

Data dalam penelitian diambil dari petugas kesehatan dan dari rekam medis pasien.

3.1.4. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang menjadi korban kecelakaan kerja di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro.

Sampel diambil sesuai periode telah terbentuknya Tim K3 di RSST.

3.1.5. Besar Sampel

Seluruh tenaga kesehatan yang menjadi korban kecelakaan kerja di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro dilibatkan dengan mempertimbangkan manfaatnya, mengingat jumlah kasus yang tidak besar.

3.1.6. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini berbentuk kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah jenis dikotomis, yaitu dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner Kualitas Rekam Medis yang diisi sendiri oleh tenaga kesehatan, dilengkapi dengan *check list* yang diisi oleh peneliti untuk analisis dokumen.

3.1.7. Teknik Pembuatan Alat Ukur

Untuk mengukur kualitas pencatatan digunakan parameter sesuai dengan dasar hukum tentang rekam medis yaitu Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis⁷.

Untuk mengukur penanganan dan kemanfaatan keberadaan Tim K3 digunakan parameter sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087/MENKES/SK/VIII/2010 tentang Standar K3 Rumah Sakit (K3RS).

3.1.8. Cara Kerja

I. Persiapan

1. Penelusuran pustaka

Penelusuran pustaka dilakukan untuk mengumpulkan bukti ilmiah terdahulu terkait dengan penelitian yang akan dilakukan. Dari penelusuran pustaka yang dilakukan dirumuskan suatu kerangka konsep dan kerangka teori yang melandasi penelitian ini. Setelah kerangka konsep dan kerangka teori dibangun, disusun berbagai pertanyaan penelitian yang kemudian dirinci dalam suatu kuesioner. Pertanyaan dalam kuesioner yang membutuhkan penjelasan lebih jauh dirumuskan dalam pedoman *in-depth interview* dan *focus group discussion*.

2. Pembuatan instrumen penelitian

3. Penghitungan besar sampel dan pemilihan sampel

II. Pelaksanaan

1. Pengambilan data

2. Manajemen data

3. Analisis data

3.1.9. Rencana Manajemen dan Analisis data

Sesuai dengan data yang diperoleh dalam penelitian ini, yaitu data rekam medis, pendekatan yang digunakan adalah dengan *content analysis* atau kajian isi. Definisi dari kajian isi adalah teknik apa pun yang digunakan untuk menarik kesimpulan melalui usaha menemukan karakteristik pesan, dan dilakukan secara objektif dan sistematis⁸.

Tahap selanjutnya, data yang diperoleh dari studi kuantitatif sedianya akan dikodifikasi dan diskoring, untuk kemudian dibuat tabulasi dan dianalisis dengan uji beda proporsi. *Software* yang digunakan untuk analisis ini adalah STATA. Hasil penelitian menunjukkan data yang didapat sangat sedikit, sehingga tidak dilakukan uji statistik.

3.1.10. Masalah Etika

Penelitian ini tidak bersifat eksperimental dan intervensi terhadap individu. Sebelum berjalannya penelitian akan diajukan persetujuan etik (*ethical clearance*). Untuk pengambilan data di Rumah Sakit akan dimintakan persetujuan tertulis dari Rumah Sakit tempat dilakukan penelitian, dan data yang diperoleh akan dirahasiakan sesuai batasan yang berlaku.

3.2. Penelitian Kualitatif

3.2.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode eksplorasi dengan pendekatan kualitatif menggunakan *indepth interview* dan *focus group discussion*.

3.2.2. Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro mulai bulan Juli 2015 sampai dengan bulan Desember 2015, mengikuti penelitian kuantitatif yang dilakukan.

3.2.3. Sumber Data

Data yang diambil merupakan data primer. Data diambil dari responden langsung, yaitu dengan *focus group discussion* tenaga kesehatan yang menjadi korban dan pemberi pelayanan di lokasi penelitian, serta *indepth interview* terhadap anggota Tim K3.

3.2.4. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah kelompok tenaga kesehatan. Sampel yang digunakan adalah sample bertujuan (*purposive sampling*), yaitu pemilihan yang didasarkan kemampuan sampel dalam memberikan informasi yang relevan dan memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian.

Sampel bertujuan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- *Rancangan sampel yang muncul*: sampel tidak dapat ditentukan atau ditarik terlebih dahulu.

- *Pemilihan sampel secara berurutan*: Tujuan memperoleh variasi sebanyak-banyaknya hanya dapat dicapai apabila pemilihan satuan sampel dilakukan jika satuannya sebelumnya sudah dijaring dan dianalisis. Setiap satuan berikutnya dapat dipilih untuk memperluas informasi yang telah diperoleh terlebih dahulu sehingga dapat dipertentangkan atau diisi adanya kesenjangan informasi yang ditemui. Dari mana atau dari siapa ia mulai tidak menjadi persoalan, tetapi bila hal itu sudah berjalan, maka pemilihan berikutnya bergantung kepada apa keperluan peneliti. Teknik sampling bola salju (*snow ball*) bermanfaat dalam hal ini, yaitu mulai dari satu menjadi makin lama makin banyak.
- *Penyesuaian berkelanjutan dari sampel*: pada mulanya setiap sampel dapat sama kegunaannya. Namun, sesudah semakiin banyak informasi yang masuk dan makin mengembangkan hipotesis kerja, akan ternyata bahwa sampel makin dipilih atas dasar fokus penelitian.
- *Pemilihan berakhir jika sudah terjadi pengulangan*: pada sampel bertujuan seperti ini jumlah sampel ditentukan oleh pertimbangan-pertimbangan informasi yang diperlukan. Jika maksudnya memperluas informasi, dan jika tidak ada lagi informasi yang dapat dijaring, maka penarikan sampel pun sudah dapat diakhiri. Jadi, kuncinya di sini ialah jika sudah mulai terjadi pengulangan informasi, maka penarikan sampel sudah harus dihentikan⁸.

3.2.5. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara berupa pertanyaan terbuka terkait dengan penjelasan secara lebih operasional terhadap hal-hal yang telah diteliti dalam penelitian kuantitatif.

3.2.6. Cara Kerja

I. Persiapan

1. Analisis hasil penelitian kuantitatif

Dari penelitian kuantitatif yang dilakukan dirumuskan pertanyaan yang membutuhkan penjelasan lebih jauh dalam pedoman wawancara untuk *focus group discussion* dan *indepth interview*.

2. Pembuatan instrumen penelitian

3. Pemilihan sampel

II. Pelaksanaan

1. Pengambilan data

Dilakukan *focus group discussion* terhadap tenaga kesehatan. Seluruh proses *focus group discussion* dan *indepth interview* direkam dalam alat perekam dan catatan penelitian.

2. Manajemen data

3. Analisis data

3.2.7. Rencana Manajemen dan Analisis Data

Data dari studi kualitatif diproses dengan transkrip data, *koding* data, kategorisasi data, penyimpulan sementara, triangulasi, dan penyimpulan akhir.

Transkrip data dilakukan dengan memasukkan rekaman (suara dan tulisan) dari penelitian dalam bentuk tulisan dengan model kartu. Transkrip data kemudian dibaca secara teliti dan hati-hati, untuk kemudian ditentukan kata kuncinya, dan dilakukan *koding* data. Langkah selanjutnya adalah mengelompokkan data yang serupa berdasarkan kata kuncinya untuk dibuat kategori. Kategorisasi data dilakukan secara berulang untuk mencegah kemungkinan kesalahan memasukkan data dalam kategori tertentu. Data yang sudah masuk dalam kategori tertentu bisa dipindah ke dalam kategori yang lain jika dipandang lebih sesuai. Setelah proses ini dapat dilakukan penyimpulan sementara. Sementara penyimpulan akhir dilakukan setelah proses triangulasi, yaitu proses *cross check* dari sumber data, metode, dan teori.

Kategorisasi merupakan langkah yang penting sekali dan harus mengikuti aturan-aturan tertentu. Ada lima aturan yang ada, yaitu: *pertama*, kategori harus berkaitan dengan masalah dan tujuan penelitian. *Kedua*, kategori itu harus *tuntas*, artinya setia data dapat ditempatkan pada salah satu kategorinya.

Ketiga, kategori harus *tidak saling tergantung*, artinya tidak boleh ada satu isi data yang bisa masuk ke dalam lebih dari satu kategori. *Keempat*, kategori harus *bebas*. Pemasukan data dengan cara apapun tidak boleh mempengaruhi klasifikasi data lainnya. *Kelima*, kategori harus diperoleh atas dasar prinsip klasifikasi tunggal. Jika ada derajat analisis yang tingkatannya berbeda hendaknya dipisahkan⁸.

3.2.8. Masalah Etika

Persetujuan etik untuk penelitian ini diajukan bersamaan dengan persetujuan etik penelitian kuantitatif yang telah diuraikan sebelumnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kecelakaan Kerja di RSUP. dr. Soeradji Tirtonegoro

Kejadian kecelakaan kerja yang didokumentasikan oleh unit Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di RSUP. dr. Soeradji Tirtonegoro adalah dimulai pada Januari 2015. Tidak ditemukan catatan sebelum bulan tersebut. Sejak Januari 2015 hingga Januari 2016, tercatat 20 kasus kecelakaan kerja. Sebelas kasus di antaranya terjadi pada tenaga kerja kesehatan yang terdaftar resmi dalam kepegawaian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Angka ini lebih kecil dari angka kecelakaan rumah sakit menurut *Bureau of Labor Statistics* pada tahun 2011, yakni sekitar 6,8 kasus per 100 tenaga kerja di Amerika Serikat ⁹. Sembilan kasus lainnya dialami oleh mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Salah satu kasus kecelakaan kerja yang diteliti terjadi tidak pada tenaga kerja secara langsung namun pada ruangan secara keseluruhan. Oleh karena definisi kecelakaan kerja meliputi kerugian yang dialami, maka kasus ini dimasukkan dalam penelitian.

Kasus yang dicatat di Unit K3 RS tidak serta merta Jumlah kasus yang sedikit dapat disebabkan oleh beberapa menggambarkan kejadian yang sesungguhnya (tabel 1). Tidak dapat dilacak kejadian yang tidak dilaporkan secara resmi.

Kecelakaan kerja terbanyak terjadi pada bulan Oktober dengan total 4 kasus kecelakaan kerja, di instalasi hemodialisa, instalasi sanitasi, instalasi rawat inap Bakung, serta instalasi PICU/NICU. Angka kecelakaan terbanyak

secara keseluruhan terjadi pada instalasi rawat inap, yaitu sebanyak 2 kasus yang terjadi pada bulan Mei dan Oktober 2015.

Berdasarkan pembagian kategori jenis kecelakaan kerja, sifat kecelakaan yang banyak terjadi adalah luka lain yang tidak spesifik, kemudian tipe kecelakaan yang banyak terjadi adalah akibat substansi berbahaya atau radiasi serta kecelakaan lain yang tidak terklasifikasi. Menurut lokasi, terbanyak adalah pada ekstremitas atas, dan agen fisik terkait tersering adalah lingkungan kerja.

Penanganan kejadian kecelakaan terkait kesehatan dan keselamatan kerja

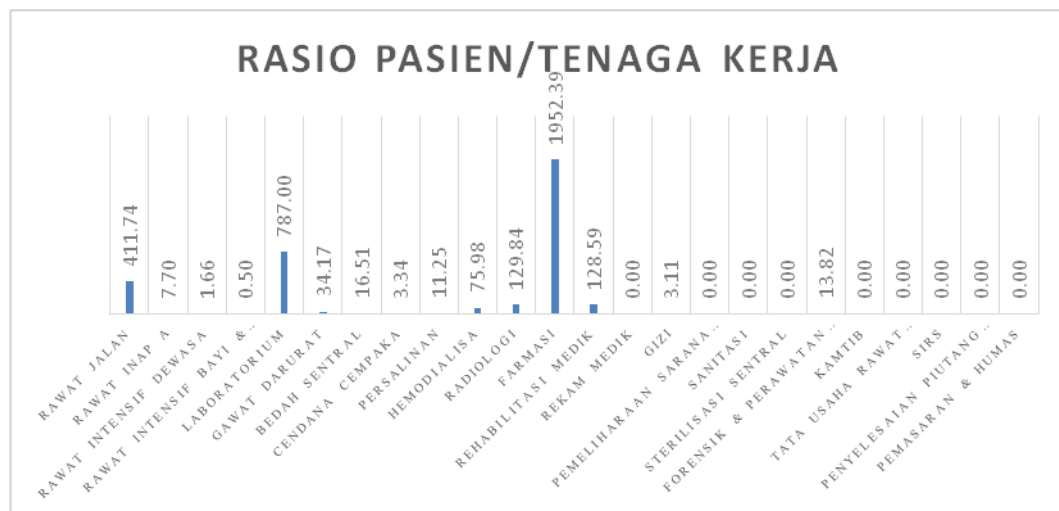
Penanganan K3 yang terjadi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mengikuti alur berikut ini:

- a. Laporan dari unit kerja/individu
- b. Korban dibawa IGD
- c. Korban ditangani di IGD. Bila perlu tindakan dilaksanakan dulu.
- d. Biaya perawatan bagi korban karyawan ditanggung oleh asuransi BPJS. Biaya perawatan bagi korban pasien atau pengunjung ditanggung oleh rumah sakit.
- e. Investigasi oleh tim k3. Setelah korban diberikan pertolongan.
- f. Pembuatan laporan oleh tim k3. Bila korban membutuhkan perhatian khusus maka laporan lisan dulu (melalui telepon) dilanjut tertulis.

Tenaga Kesehatan serta Rasio Tenaga Kesehatan dengan Pasien

Tenaga Kerja Kesehatan yang diambil pada penelitian ini meliputi tenaga kesehatan, asisten tenaga kesehatan, dan tenaga kerja lain yang terdaftar resmi dalam kepegawaian instalasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pada bulan Juni 2015. Tenaga kerja lain juga dimasukkan karena beberapa tenaga kerja tersebut terdaftar pada tenaga kerja di rumah sakit yang pernah mengalami kecelakaan kerja. Jumlah tenaga kerja, terhitung pada data kepegawaian Juni 2015, secara keseluruhan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mencapai 1143 tenaga kerja. Jumlah pasien yang dimasukkan berdasarkan catatan dari layanan medis. Pada tabel dapat dilihat jumlah pasien menunjukkan angka 0 pada beberapa instalasi yang tidak memberikan pelayanan kesehatan secara langsung pada pasien, atau karena instalasi tersebut lebih berperan dalam hal lain diluar tindakan medis. Hal ini dapat dilihat pada beberapa instalasi di bagian Umum, SDM dan Pendidikan, serta Keuangan.

Rasio pasien dan tenaga kerja tertinggi ditemukan dalam instalasi Farmasi, yang diikuti oleh instalasi laboratorium dan rawat jalan. Perbedaan dengan instalasi lainnya sangat kontras, bila dibandingkan dengan instalasi yang memiliki rasio tertinggi. Selain instalasi yang jumlah pasien tidak dimasukkan dalam data, rasio terendah dimiliki oleh instalasi rawat intensif bayi dan anak.



Gambar 1. Perbandingan rasio tenaga kerja dan pasien antar instalasi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

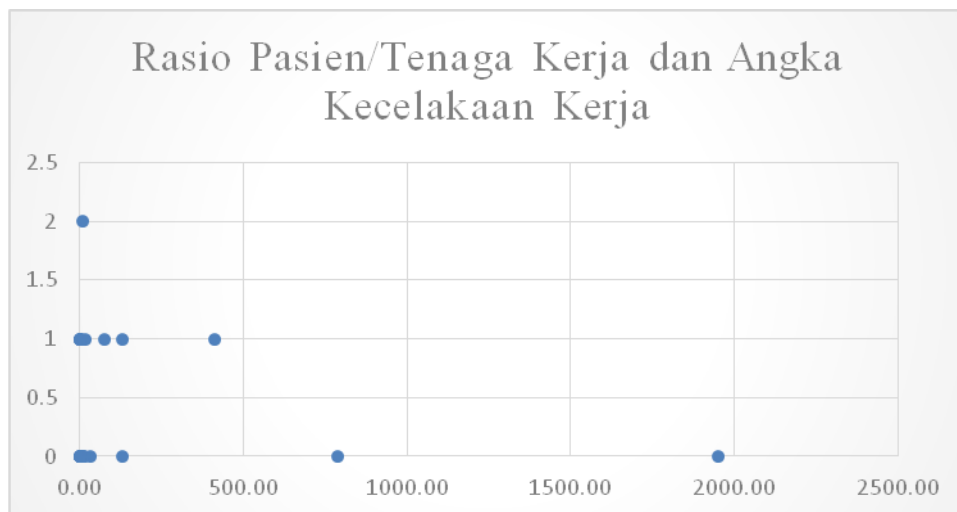
Beban kerja pada tenaga kerja di rumah sakit cukup sering menjadi topik penelitian. Penelitian sebelumnya dilakukan dengan menganalisa beban kerja itu sendiri ¹⁰, atau dikaitkan dengan hal lain seperti kinerja kerja ^{11, 12}, pelaksanaan *patient safety* ¹³, maupun stress kerja ¹⁴. Beban kerja terbagi menjadi kuantitatif dan kualitatif, dimana secara kuantitatif mencakup observasi pasien selama jam kerja, jumlah pekerjaan dan ragam pekerjaan, kontak langsung perawat pasien selama jam kerja, serta rasio perawat dan pasien, sedangkan secara kualitatif mencakup pengetahuan dan keterampilan perawat yang tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di rumah sakit, tanggung jawab tinggi terhadap asuhan keperawatan pasien kritis, harapan dari pimpinan rumah sakit akan pelayanan yang berkualitas, tuntutan dari keluarga pasien, beban pengambilan keputusan yang tepat, tugas memberi obat secara intensif, serta menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan dalam kondisi terminal ¹⁵.

Peneliti mengambil jumlah dan ragam pekerjaan serta rasio antara tenaga kerja dan pasien sebagai indikator beban kerja.

Instalasi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro terdiri menjadi 3 direktorat yaitu Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan, serta Direktorat Keuangan. Direktorat Medik & Keperawatan terdiri dari Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap A&B, Instalasi Rawat Intensif Dewasa, Instalasi Rawat Intensif Bayi & Anak, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Cendana Cempaka, Instalasi Persalinan, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rehabilitasi Medik, serta Instalasi Rekam Medik. Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan dibagi mencakup Instalasi Gizi, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit, Instalasi Sanitasi, Instalasi Sterilisasi Sentral, Instalasi Forensik & Perawatan Jenazah, serta Instalasi Keamanan dan Ketertiban (Kamtib). Direktorat Keuangan terdiri dari Instalasi Tata Usaha Rawat Pasien (TURP), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), Instalasi Penyelesaian Piutang Pasien, serta Instalasi Pemasaran & Humas. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten memiliki unit Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang mencatat kejadian kecelakaan kerja yang terjadi pada pegawai rumah sakit. Pendataan kecelakaan kerja sudah dilakukan sejak tahun 2014. Setiap karyawan yang melihat kecelakaan dapat melaporkan kepada kepala instalasi atau kepala ruang yang kemudian melaporkan hal tersebut pada unit K3. K3 akan mencatat kejadian, lalu melakukan investigasi dan memberikan rekomendasi dalam penanganan kecelakaan tersebut. Setelah itu tim K3 melaporkan kejadian pada direktur utama dan menindak lanjuti penanganan

kecelakaan. Prosedur pelaporan ini tidak menutup kemungkinan adanya kecelakaan kerja minor yang tidak dilaporkan oleh pegawai terkait.

Rasio Pasien dengan Tenaga Kerja dan Angka Kecelakaan Kerja di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro



Gambar 2. Hubungan antara rasio pasien/tenaga kerja dan angka kecelakaan kerja

Rasio pasien dan tenaga kerja dilihat dari rata-rata jumlah pasien yang ditangani setiap bulan oleh instalasi terkait, yang kemudian dibagi dengan jumlah tenaga kerja yang terdiri dari tenaga kerja kesehatan, asisten tenaga kesehatan maupun tenaga kerja lain yang terdaftar dalam data kepegawaian Juni 2015 pada instalasi tersebut. Rata-rata jumlah pasien tertinggi ditemukan pada instalasi farmasi mencapai 103.476,85 pasien, sedangkan yang terendah, selain instalasi yang tidak memberikan pelayanan kesehatan secara langsung pada pasien, terdapat pada instalasi rawat intensif bayi dan anak yang hanya mencapai 9,08 pasien. Jumlah tenaga kerja terbanyak ditemukan pada instalasi rawat inap sejumlah 248 orang, dan yang terendah ditemukan pada instalasi sterilisasi sentral

dan kamtib dimana masing masing instalasi terdiri dari 7 orang. Pada instalasi rawat inap yang memiliki 2 kejadian kecelakaan kerja, rasio pasien dan tenaga kerja adalah 7,70, dimana jumlah pasien yang mencapai 1909,62 pasien diimbangi dengan jumlah tenaga kerja yang cukup banyak yaitu 248 orang. Sedangkan rasio pasien dan tenaga kerja tertinggi pada instalasi farmasi yang mencapai angka 1952,39 akibat jumlah pasien yang banyak tidak diimbangi dengan jumlah tenaga kerja yang hanya terdiri dari 53 orang. Meskipun dengan rasio yang tidak seimbang ini, pada instalasi farmasi tidak ditemukan kecelakaan kerja. Gambar 2 tidak menunjukkan pola tertentu yang menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan positif maupun negatif antara rasio pasien/tenaga kerja dengan angka kecelakaan kerja.

Kemanfaatan keberadaan tim K3 dalam meningkatkan tercapainya kesehatan dan keselamatan kerja yang optimal

Kemanfaatan tim K3 di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang diharapkan selama ini adalah:

1. Memberikan laporan kasus K3 langsung kepada direktur utama.
2. Memberikan rekomendasi terkait K3 kepada direktur utama.
3. Memberikan masukan terkait K3 kepada direktur utama.
4. Memberikan *safety* tak langsung kepada pekerja.
5. Memberikan *safety* kepada pengunjung RS.
6. Memberikan *safety patrol* pada karyawan.
7. Memberikan *safety control* pada vendor.
8. Selalu mengingatkan akan keselamatan dan kesehatan kepada karyawan.
9. Memberikan latihan penanganan bencana di dalam RS.
10. Melengkapi peralatan *safety* dan bencana.

11. Pengendali keselamatan.

Pelaksanaan tugas tim K3 selama ini sudah sesuai standar. Kendala masih dirasakan oleh tim terkait masalah pembiayaan. Kendala yang cukup besar dirasakan pada kegiatan yang memerlukan dana cukup besar terutama untuk *medical check up* dan vaksinasi *hepatitis*.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan terutama dalam hal terkait angka kecelakaan kerja. Asumsi peneliti adalah angka kecelakaan akan menyerupai jumlah angka kecelakaan rata-rata seperti yang ditemukan dalam penelitian lainnya, sehingga dapat dilakukan analisis hubungan dengan beban kerja. Dalam hal ini, peneliti ini memilih untuk mengambil data terbaru yaitu pada tahun 2015 dan 2016, namun jumlah kejadian yang ditemukan terlalu sedikit, sehingga pada *scatterplot* tidak terlihat adanya pola yang dapat menunjukkan adanya hubungan antara rasio pasien dan tenaga kerja terhadap angka kecelakaan kerja.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Catatan kasus K3 di RSUP dr. Suradji Tirtonegoro ditemukan mulai Januari 2015. Tercatat 20 kasus dalam kurun waktu Januari 2015 s.d Januari 2016. Sebelas kasus terjadi pada tenaga kesehatan RS, 9 kasus pada peserta didik.
2. Kecelakaan kerja terbanyak terjadi pada bulan Oktober 2015. Instalasi dengan jumlah kasus terbanyak adalah instalasi rawat inap memiliki 2 kasus kecelakaan kerja pada bulan Mei dan Oktober 2015. Sifat kecelakaan terbanyak adalah luka lain yang tidak spesifik, sedangkan tipe terbanyak adalah akibat substansi berbahaya atau radiasi serta kecelakaan lain yang tidak terklasifikasi. Menurut lokasi, terbanyak adalah pada ekstremitas atas, dan agen fisik terkait adalah lingkungan kerja. Rasio pasien dan tenaga kerja tertinggi dimiliki oleh instalasi Farmasi. Tidak dapat dilihat hubungan rasio pasien dan tenaga kesehatan dengan kecelakaan kerja di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
3. Penanganan kasus kecelakaan kerja sudah terlaksana sesuai standar.
4. Kemanfaatan tim K3 secara umum sudah baik, hanya masih terkendala masalah biaya untuk penyelenggaraan kegiatan *medical check up* dan vaksinasi *hepatitis*.

Saran

1. Dilakukan perencanaan pembiayaan lebih baik untuk penyelenggaraan program K3, agar tenaga kesehatan dapat terlindungi dari kecelakaan kerja.
2. Dilakukan sosialisasi terus menerus tentang pentingnya melaporkan setiap kejadian K3 kepada tim K3, agar seluruh tenaga kesehatan dapat terus melaksanakan program K3 secara berkelanjutan.

Tabel 1. Kecelakaan kerja di RSUD dr. Soerodjo Purwokerto Klaten pada Januari 2015 hingga Januari 2016

No	Usia	Pendidikan	Jabatan	Jenis-Tenaga Kerja	jenis	aliran listrik	Jenis Kecelakaan Kerja	Kelompok
12	51	D3 Sanitasi Penilik Kesehatan	Sanitarian	Tenaga Kesehatan	luka lain yang tidak spesifik	kecelakaan lain yang tidak terklasifikasi	kepe	kepe
26	48	D3 keperawatan	Pramusaji	Tenaga Kesehatan Lainnya	luka lain yang tidak spesifik	tidak terklasifikasi	tidak sp	tidak sp
39	40	D3 teknik radiologi	Penanggung jawab ruang	Tenaga Kesehatan	luka superfisial	substansi berbahaya atau radiasi	ekstremit	ekstremit
53	57	D4 Kebidanan	Katulasi Melati	Tenaga Kesehatan	luka lain yang tidak spesifik	kecelakaan tak dengan tidak terklasifikasi	tidak sp	tidak sp
9	56	KPAA	Pramuhusada	Tenaga Kerja Lainnya	luka lain yang tidak spesifik	kecelakaan lain yang tidak terklasifikasi	k	k
9	53	D3 keperawatan	Penanggung jawab ruang	Tenaga Kesehatan	arus listrik	aliran listrik	ekstre	ekstre
9	54	D3 keperawatan	AN	Tenaga Kesehatan	luka lain yang tidak spesifik	substansi berbahaya atau radiasi	k	k

DAFTAR PUSTAKA

1. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomopr 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
3. Tracey, J. (2010) *Occupational Health and Safety Standards*. London : NHS Council.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087/MENKES/SK/VIII/2010 tentang Standar K3 Rumah Sakit (K3RS).
6. Himpunan Peraturan Perundang-undangan Keselamatan dan Kesehatan Kerja 2012, Sekretariat Jenderal Pusat Keselamatan dan Kesehatan Kerja Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, Jakarta.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
8. Moeloeng LJ. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya. 2007.
9. OSHA, 2013, 'Facts About Hospital Worker Safety', *Occupational Safety and Health Administration*, viewed 27 Agustus 2016, https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf
10. Dharmayuda, A.A., 2015, 'Analisa Beban Kerja Dokter Umum Menggunakan Metode *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)* di Puskesmas se-Kota Denpasar', tesis, Denpasar, Universitas Udayana.
11. Utami, N.G., 2012, 'Analisa Beban Kerja dan Kinerja Dietisien Dalam Melaksanakan Nutrition Care Process di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung', tesis, Yogyakarta, Universitas Gadjah Mada.
12. Wiratno, H., 2007, 'Hubungan Antara Beban Kerja dengan Kinerja Tenaga Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Kabupaten Magelang', tesis, Yogyakarta, Universitas Gadjah mada.
13. Satria, W., Indahwaty, S.A., Noor, N.B., 2013, 'Hubungan Beban Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Mengimplementasikan Patient Safety di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2013', Makassar, Universitas Hasanuddin, viewed 27 Agustus 2016, <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/5678>
14. Prihatini, L.D., 2007, 'Analisis Hubungan Beban Kerja dengan Stress Kerja Perawat di Tiap Ruang Rawat Inap RSUD Sidikalang', tesis, Medan, Universitas Sumatera Utara.

15. Saribu, S.D., 2012, 'Hubungan Beban Kerja dengan Stres Kerja Perawat Pelaksana di Ruang IGD dan ICU RSUD Haji Abdul Manan Simatupang Kisaran', skripsi, Medan, Universitas Sumatera Utara.

LAMPIRAN 2. Jadwal Kegiatan Penelitian

Kegiatan	Bulan					
	Juli	Agt	Sept	Okt	Nov	Des
Persiapan:						
- Perijinan						
- Penyusunan kuesioner						
Pelaksanaan:						
- Pengambilan data						
- Analisis data kuantitatif						
- Analisis data kualitatif						
Pelaporan:						
- Presentasi hasil penelitian						

