

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT DALAM MENCiptAKAN LINGKUNGAN KERJA YANG AMAN DAN SEHAT DI RS. BHAYANGKARA TK. III LEMDIKLAT

*POLICY IMPLEMENTATION ON CREATING A SAFE AND HEALTHY WORK ENVIRONMENT
IN LEMDIKLAT POLICE HOSPITAL*

Juan Achmad Yudistira^{1*}, Agus Surono², Andreasta Meliala²

¹Program Pascasarjana Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran Kesehatan
Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan
Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: There is three-fold risk increase for healthcare workers to get infected with COVID-19 compared to general population. Lemdiklat Police Hospital plays an important role in COVID-19 management, which means more exposure to SARS-CoV2. It was recorded that 147 out of 275 (53%) hospital personnel had been infected with COVID-19, with 33 of them experiencing a second COVID-19 infection.

Objectives: The purpose of this study is to describe the Occupational Health and Safety (OHS) policies and to assess the level of work safety for hospital staff.

Methods: This research is a case study research with a single case design. Thirteen research subjects were selected using purposive sampling and consisted of representatives of management and staff from several units in the hospital. This study used interview and observation to collect data on the implementation of OHS at the hospital.

Results: Eleven of 13 informants were women (84,6%) and nearly 54% of informants have a bachelor degree. The median of age and work experience were 31 years and 5 years, respectively. Based on the interview, hospital staff considered that the hospital had implemented OHS well. However, observations in several hospital areas showed that the hospital role in COVID-19 transmission prevention had not been maximised.

Conclusions: The implementation of OHS at Lemdiklat Police Hospital has shown management's commitment to maintaining staff's health and safety. Improvements are needed in several areas, particularly to prevent COVID-19 transmission, although considered sufficient by hospital staff.

Keywords: Policy, Safe Work Environment, Hierarchy of Control, Occupational Safety and Health, Hospital

ABSTRAK

Latar belakang: Tenaga kesehatan yang berada di garis depan penanganan COVID-19 mengalami peningkatan risiko terinfeksi minimal tiga kali lipat dibandingkan masyarakat umum. Sebagai rumah sakit yang berperan langsung dalam tatalaksana COVID-19, pegawai RSB Lemdiklat juga mengalami peningkatan paparan SARS-CoV2. Tercatat 147 dari 275 (53%) personel rumah sakit pernah terinfeksi COVID-19, dengan 33 orang diantaranya mengalami infeksi COVID-19 yang kedua.

Tujuan: Studi ini ditujukan untuk mendeskripsikan kebijakan K3 dan mengukur tingkat keselamatan kerja bagi staf RSB Lemdiklat.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan rancangan Single case. Subjek penelitian dipilih berdasarkan purposive sampling dan diambil 13 orang yang terdiri dari perwakilan pihak manajemen dan staf dari beberapa unit di rumah sakit. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara dan observasi pada beberapa aspek penyelenggaraan K3RS

Hasil: Dari 13 informan yang diwawancarai, 11 informan merupakan perempuan (84,6%). Sekitar 54% informan memiliki tingkat pendidikan S1. Median usia dan masa kerja adalah 31 tahun dan 5 tahun. Hasil wawancara tentang K3 terhadap pegawai adalah pegawai menganggap pihak manajemen RSB Lemdiklat sudah mengimplementasikan K3RS dengan baik. Observasi pada beberapa area menunjukkan belum maksimalnya peran manajemen rumah sakit dalam mencegah transmisi COVID-19

Kesimpulan: Implementasi K3 di RSB Lemdiklat telah menunjukkan adanya komitmen manajemen dalam menjaga kesehatan dan keselamatan kerja di lingkungan rumah sakit. Perbaikan masih dibutuhkan pada beberapa area, terutama untuk mencegah transmisi COVID-19, walaupun hal tersebut sudah dianggap cukup oleh pegawai rumah sakit.

Kata Kunci: Kebijakan, Safe Work Environment, Hierarki Pengendalian, Keselamatan dan Kesehatan Kerja, rumah sakit

*Penulis korespondensi. Email : juan.achmad@mail.ugm.ac.id atau juan.achmad@polri.go.id

PENDAHULUAN

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pertama kali muncul di Republik Rakyat Tiongkok dan dengan cepat menyebar ke seluruh dunia. Melihat keadaan ini, *World Health Organization* (WHO) mengumumkan pada 30 Januari 2020 bahwa wabah COVID-19 termasuk Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia. Menurut data resmi dari satuan tugas penanganan COVID-19 di laman covid19.go.id, sampai tanggal 21 Februari 2022, telah ditemukan lebih dari lima juta kasus COVID-19 di Indonesia dengan kematian sebanyak lebih dari 140 ribu orang¹.

Tenaga kesehatan memegang peranan sentral dalam penanganan COVID-19. Keselamatan dan kesehatan para petugas kesehatan menjadi yang utama dalam melakukan pelayanan yang berkelanjutan dan mengendalikan wabah. Tenaga kesehatan seringkali dianggap kebal terhadap berbagai cedera dan penyakit oleh masyarakat. Kenyataannya, fasilitas pelayanan kesehatan termasuk salah satu lingkungan kerja yang paling berbahaya². Berdasarkan penelitian Nguyen *et al.* (2020), di Inggris dan Amerika Serikat, tenaga kesehatan yang berada di garis depan penanganan COVID-19 mengalami peningkatan risiko terinfeksi minimal tiga kali lipat dibandingkan masyarakat umum. Hal ini diperkuat dengan data jumlah tenaga kesehatan yang meninggal karena COVID-19 berdasarkan data WHO dari Januari 2020 sampai Mei 2021 yaitu 6.643 orang³. Jumlah ini jauh lebih sedikit dibandingkan estimasi di populasi yaitu sekitar 115.000 orang, dengan kisaran antara 80.000-180.000 tenaga kesehatan³. Di Indonesia, pada laman nakes.laporcovid19.org menunjukkan bahwa terhitung sudah 2.066 tenaga kesehatan yang meninggal karena COVID-19 sampai 21 Februari 2022⁴.

Perlindungan bagi para tenaga kesehatan menjadi prioritas selama pandemi. Perlindungan tenaga kesehatan membutuhkan berbagai cara dan koordinasi. Kurangnya kerja sama tentang keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit bisa mengakibatkan peningkatan penyakit akibat kerja pada tenaga kesehatan, berkurangnya kualitas pelayanan, tingkat ketidakhadiran yang tinggi, dan menurunnya produktivitas⁵. Pihak manajemen rumah sakit dapat menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (K3) rumah sakit untuk mengendalikan risiko saat melakukan aktivitas proses kerja. Penerapan K3 rumah sakit yang efektif dapat menciptakan lingkungan rumah sakit yang aman, sehat selamat, dan nyaman bagi seluruh penggunanya, baik pegawai, pasien, dan pengunjung lainnya⁶. Penetapan komitmen dan kebijakan manajemen merupakan tahap awal dari penyelenggaraan K3. Hal ini juga merupakan indikator utama dalam perilaku keselamatan pekerja dan cedera di rumah sakit⁷. Pem-

baruan penilaian risiko COVID-19 menjadi hal yang wajib dan dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak karena tingkat risiko paparan yang berbeda dari tiap jenis pekerjaan. WHO telah mengembangkan alat monitoring, "Ensuring a safe environment for patients and staff in COVID-19 health-care facilities," untuk memberi panduan dalam perencanaan sehingga membantu mengurangi risiko di kalangan tenaga kesehatan.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan dan perintah Kepala Pusat Kedokteran dan Kesehatan Polri, rumah sakit Polri disiapkan untuk menjadi rumah sakit rujukan pasien COVID-19, termasuk Rumah Sakit Bhayangkara (RSB) Tk. III Lemdiklat. Berbagai adaptasi telah dilakukan dalam upaya pencegahan transmisi COVID-19 di RSB seperti implementasi hierarki pengendalian untuk mencegah bahaya pada pasien dan staf. Walaupun metode eliminasi dan substitusi menempati urutan paling tinggi dalam hierarki pengendalian, penerapannya sulit dilakukan dan membutuhkan biaya besar pada rumah sakit yang sudah berdiri sebelumnya⁸. Studi yang dilakukan oleh Talic *et al.* (2021) menunjukkan bahwa penerapan kebijakan seperti memakai masker dan mencuci tangan sangat efektif dalam mengurangi transmisi COVID-19⁹. Pemakaian masker dan kebiasaan mencuci tangan dapat mengurangi risiko insidensi COVID-19 sampai 53%. Penggunaan barrier yang sesuai dan ventilasi yang cukup akan mengurangi risiko infeksi sampai 72%¹⁰. RSB Tk. III Lemdiklat telah menerapkan beragam cara untuk mengurangi transmisi di rumah sakit seperti pengaturan kerja dari staf, pemisahan alur pelayanan pasien COVID-19 di Instalasi Gawat Darurat, dan pemasangan barrier di rumah sakit yang dilakukan sejak awal pandemi. Lebih dari setengah jumlah personel rumah sakit, 147 dari 275 (53%), pernah terinfeksi dan 33 orang diantaranya mengalami infeksi COVID-19, walaupun tidak ada kasus kematian yang disebabkan oleh penyakit ini.

Berbagai penelitian telah dilakukan di dunia tentang kesiapan rumah sakit menghadapi bencana dengan menggunakan instrumen yang beragam, tetapi memiliki kemiripan dalam hasilnya. Penelitian yang dilakukan di Nigeria menunjukkan kesiapan fasilitas kesehatan yang masih rendah^{11,12}. Keadaan yang sama terjadi di Indonesia dari penelitian yang dilakukan oleh Sunindijo *et al.* (2019) memperlihatkan adanya ketidaksiapan rumah sakit di Jawa Barat dan Yogyakarta menghadapi bencana¹³. Hal ini berpotensi terjadi di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Lemdiklat sehingga dibutuhkan asesmen khusus untuk mengidentifikasi penerapan kebijakan rumah sakit terkait K3 terutama di masa pandemi COVID-19. Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan penerapan kebijakan K3 dan mengidentifikasi kesenjangan pada kontrol teknik dan administratif yang dilakukan oleh manajemen RSB Lemdiklat sesuai pedoman WHO.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan rancangan *single case*. Penelitian dilakukan di RSB Lemdiklat pada bulan Juli-Agustus 2022 setelah mendapat izin dari Komisi Etik FK-KMK UGM.

Subjek penelitian ini dipilih berdasarkan *purposive sampling* sehingga ada keragaman dalam peran di organisasi rumah sakit. Pada penelitian ini, subjek penelitian yang diambil yaitu 13 orang yang terdiri dari 4 informan dari pihak manajemen dan 1 orang perwakilan dari tiap unit terpilih di RSB Lemdiklat (9 informan). Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan peneliti adalah wawancara dan observasi. Teknik pengamatan pada penelitian ini menggunakan alat bantu berupa pedoman dari WHO: *"Ensuring a safe environment for patients and staff in COVID-19 health-care facilities"*. Pedoman ini digunakan untuk menilai dan memantau kapasitas fasilitas kesehatan selama pandemi COVID-19, seperti penggunaan kontrol teknik, administratif, dan alat perlindungan diri (APD), sehingga dapat memberikan rasa aman dalam tatalaksana dan mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi staf dan pasien. Peneliti juga memilih menggunakan *structured interview* karena hasil dianggap lebih objektif saat dibandingkan antar partisipan. Pedoman wawancara dibentuk berdasarkan hasil observasi yang dilakukan sebelumnya.

Hasil dari pengamatan akan dimasukkan ke dalam alat asesmen sesuai indikator penilaian dan diberi nilai sesuai dengan target yang sudah ditentukan: sesuai dengan target (+++, 3), memenuhi Sebagian target (++,2), atau tidak memenuhi target (+,1). Jika tidak dapat diketahui, maka diisi dengan "tidak tahu" atau

"DK", jika pernyataannya tidak dapat diaplikasikan pada fasilitas ini, peneliti akan mengisi dengan "tidak berlaku" atau "NA". Ada 6 area yang akan diobservasi sesuai instrumen penelitian: ruang rawat inap, Intensive Care Unit (ICU), triase, Instalasi Gawat Darurat (IGD), kamar jenazah, dan area perkantoran.

Analisis data dari wawancara akan ditranskripsikan secara verbatim tanpa anotasi perilaku dan tanpa transkripsi dialek dan kata-kata pengisi. Setelah itu, transkrip akan diberikan kode dengan gambaran singkat tentang isi dari kalimat atau paragraph menggunakan peranti lunak untuk manajemen data kualitatif. Kode ini lalu dikelompokkan, diringkas dan dikategorikan.

HASIL

Demografi Informan

Karakteristik informan dalam penelitian dapat dilihat pada Tabel 1. Dari 13 informan yang diwawancara, 11 informan merupakan perempuan (84,6%) dan 2 informan merupakan laki-laki (15,4%). Satu informan memiliki latar belakang pendidikan terakhir magister (7,69%), 7 informan dengan tingkat pendidikan Sarjana 1 (53,8%), 4 informan memiliki pendidikan setingkat Diploma III (30,7%). Median usia informan adalah 31 tahun. Sebaran usia informan terbanyak yang diwawancara terdiri dari rentang usia 21-30 tahun yaitu sebanyak 6 orang, diikuti dengan rentang usia 31-40 sebanyak 5 orang, dan lebih dari 41 tahun sebanyak 2 orang. Usia informan termuda adalah 26 tahun dan tertua adalah 49 tahun. Berdasarkan lama kerja di RSB Lemdiklat, masa kerja 2 tahun adalah masa kerja yang terpendek dan masa kerja terpanjang adalah selama 20 tahun dengan median 5 tahun.

Tabel 1. Demografi Informan Penelitian

No	Informan	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Pendidikan terakhir	Lama kerja (Tahun)
1	A	Perempuan	31	Sarjana 1	4
2	B	Perempuan	27	Sarjana 1	4
3	C	Laki-laki	26	Diploma III	5
4	D	Perempuan	26	Diploma III	2
5	E	Perempuan	43	Sarjana 1	20
6	F	Perempuan	28	Diploma III	6
7	G	Perempuan	33	Sarjana 1	6
8	H	Laki-laki	29	Diploma III	3
9	I	Perempuan	34	Sarjana 1	11
10	J	Perempuan	26	Sekolah Menengah Kejuruan	7
11	K	Perempuan	33	Sarjana 1	4
12	L	Perempuan	33	Sarjana 1	5
13	M	Perempuan	49	Magister	7

Sumber: Data Primer yang Diolah (2022)

Hasil Observasi

Pada ruang rawat inap, hanya 3 dari 11 (27,27%) indikator yang memenuhi target dan tiga indikator (27,27%) tidak memenuhi target sesuai pedoman WHO. Di *intensive care unit* (ICU), tiga dari sepuluh indikator di dinilai memenuhi target (30%) dan 4 indikator dianggap memenuhi sebagian target (40%). Tiga aspek terbaik di kedua unit ini adalah distribusi area, donning/doffing, dan kegiatan pembersihan dan disinfeksi. Hasil terendah pada unit ini adalah pada tidak adanya rencana jika terjadi lonjakan pasien, belum adanya pengaturan ventilasi, dan kurang mencukupinya fasilitas toilet.

Instalasi gawat darurat (IGD) dan area triase menjadi area terbanyak dengan hasil tidak memenuhi target. Aspek yang tidak mencapai target di kedua unit ini adalah penggunaan barrier yang tidak adekuat, tidak adanya rencana lonjakan, belum adanya pengaturan ventilasi, dan fasilitas toilet yang kurang memadai. Perilaku PPI di area triase membutuhkan perbaikan agar dapat mencapai target.

Enam dari 11 indikator di ruang jenazah tidak dapat diobservasi karena tidak diperbolehkannya pengunjung dan tidak tersedianya pendingin. Hanya aspek pembersihan dan disinfeksi yang memenuhi target sesuai pedoman, sedangkan aspek lainnya membutuhkan perbaikan. Lokasi ruang jenazah yang sulit diakses, suhu yang terlalu panas, dan tidak adanya rencana lonjakan menjadi hal utama yang harus menjadi perhatian,

Area perkantoran menjadi area observasi dengan persentase memenuhi target tertinggi (50%). Permasalahan ventilasi, rencana lonjakan, dan fasilitas toilet merupakan indikator yang dianggap tidak memenuhi target pada beberapa unit yang diobservasi. Penambahan fasilitas hand hygiene, pengaturan area yang dimiliki tiap staf, dan penambahan toilet khusus disabilitas dapat membantu memenuhi target yang ditentukan oleh WHO. Pelaksanaan pembersihan dan disinfeksi selalu memenuhi target pada setiap unit yang diobservasi. Tabel 2 menunjukkan hasil observasi pada enam area di RSB Lemdiklat.

Tabel 2. Hasil Observasi pada Beberapa Unit di RSB Lemdiklat

	Ruang Rawat Inap	ICU	IGD	Triase	Ruang Jenazah	Kantor
Lokasi dan Akses	++	++	+++	++	+	+++
Distribusi Area	+++	+++	+++	X	NA	X
Donning/doffing	+++	+++	++	X	++	X
Barrier	++	++	+	+	NA	X
Infrastruktur PPI	++	++	++	++	NA	++
Praktik PPI	++	X	++	+	NA	+++
Pembersihan dan Disinfeksi	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Permukaan Tersedia	++	++	++	++	X	++
Rencana Lonjakan	+	+	+	+	+	X
Ventilasi	+	+	+	+	+	X
Toilet	+	+	+	X	NA	++
Kapasitas	X	X	X	+++	X	X
Pendinginan	X	X	X	X	NA	X

ICU: *Intensive Care Unit*

IGD: Instalasi Gawat Darurat

PPI: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

+++ : Sesuai Target

++ : Memenuhi Sebagian Target

+ : Tidak Memenuhi Target

NA: *Not Available* / tidak tersedia

X: Tidak Dilakukan Penilaian

Sumber: Data Primer yang Diolah (2022)

Hasil Wawancara

Dari hasil wawancara dengan pegawai RSB Lemdiklat diketahui bahwa kebijakan tentang K3RS di RSB Lemdiklat sebagian besar berbentuk kebijakan tertulis yang ditandatangani oleh kepala rumah sakit dan hanya sedikit yang berbentuk perintah lisan. Hal ini seperti dijelaskan oleh informan dalam wawancara sebagai berikut:

"...sudah lengkap semua, dari yang lisan dan tertulis, serta sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku sekarang. Kebijakannya diberi penomoran, tanda tangan, semua sudah dilengkapi." (C, 26 Tahun)

Rumah sakit sudah melakukan sosialisasi terhadap kebijakan-kebijakan K3RS yang dikeluarkan. Sosialisasi ini dilaksanakan dalam beberapa bentuk seperti paparan, media cetak, dan media elektronik.

"Biasanya rumah sakit membuat leaflet dan media sosial gitu ya. Kalau stafnya sih biasanya di whatsapp dengan grup whatsapp." (A, 31 Tahun)

Berdasarkan wawancara, unit K3RS merupakan unit yang bertanggung jawab langsung kepada pimpinan rumah sakit. Unit K3RS dipimpin oleh satu kepala dan dua orang staf.

"...di bawah kepala rumah sakit langsung atau direktur. Kemudian langsung stafnya seperti itu. Jadi pertanggungjawabannya memang langsung ke kepala rumah sakit..."

"Ada 2 orang yang ditugaskan dalam unit K3 rumah sakit. Kalau tidak salah sih pendidikannya sarjana kesehatan masyarakat tentang K3 rumah sakit..." (A, 31 Tahun)

Manajemen rumah sakit sudah mewajibkan staf untuk mengikuti pelatihan K3RS, tetapi belum ada program pendidikan K3 di luar rumah sakit yang diberikan.

"Kalau khusus yang pernah ikut pelatihan K3RS sendiri cuma ibu Tuti (Kepala unit K3) dan saya. Kalau yang memiliki sertifikat K3 memang belum, Cuma mereka sudah dibekali pelatihan kebakaran, pelatihan tentang penanggulangan B3. Kita disini setiap tahun ada pelatihan kebakaran, kemudian pelatihan evakuasi bencana, sama kita juga rutin melakukan pelatihan manajemen risiko." (B, 27 Tahun)

Manajemen rumah sakit mendukung pelaksanaan K3RS menurut pegawai. Hal ini terlihat dari pernyataan informan tentang adanya anggaran khusus K3 dalam pengajuan sarana dan prasarana K3.

"... sumber daya dan anggaran pasti ada. Kita setiap tahun kalau misalnya ada pengajuan alat-alat K3 di asese terus jadi dipenuhi terus oleh manajemen..." (B, 27 Tahun)

Pihak manajemen rumah sakit telah mengadakan kajian risiko rutin minimal sekali dalam setahun dengan mengumpulkan kepala unit dalam penyusunannya.

"Biasanya kita setiap awal tahun, kita kumpulkan minimal kalakhar dan 1 stafnya. Setelah itu, dikumpulkan ke kami dan kami susun menjadi risk register atau daftar risiko rumah sakit." (B, 27 Tahun)

Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi program K3RS, pihak manajemen rumah sakit sudah memiliki personel yang ditugaskan sesuai kompetensi dan kualifikasinya. Pelaksanaan audit sudah berjalan secara rutin dan melibatkan unit lain walaupun beberapa indikator mutu K3RS masih belum mencapai target yang ditentukan pihak manajemen.

"Kami ada Staf K3 yang ditugaskan untuk melakukan evaluasi dan monitoring dipilih berdasarkan kompetensi dan kualifikasi pendidikan minimal D3 Kesehatan dan sudah mengikuti pelatihan K3RS." (M, 49 Tahun)

"Untuk monitoringnya semacam audit keliling gitu, karena biasanya bareng dengan PPI. Kita kan biasanya suka audit rutin minimal satu bulan sekali karena kita harus melakukan untuk monitoring tiap 3 bulan sekali dilaporkan pada pimpinan." (A, 31 Tahun)

Program Kerja K3RS di RSB Lemdiklat mengikuti PMK No. 66 Tahun 2016. Program seperti pemeriksaan kesehatan berkala bagi seluruh pegawai rumah sakit sudah dilakukan secara rutin tiap tahun. Belum adanya pemeriksaan kesehatan prakerja bagi pegawai juga menjadi salah satu yang menjadi perhatian pihak manajemen.

"Kalau untuk pelayanan kesehatan kerja sendiri memang kami baru ada pemeriksaan kesehatan berkala. Untuk sebelum bekerja memang belum ada." (B, 27 Tahun)

Inventarisasi B3 sudah dikerjakan dan diadakan juga mengadakan pelatihan dan simulasi dalam menghadapi kebakaran, bencana, dan keadaan emergensi secara rutin sebanyak sekali dalam setahun.

"Kita punya setiap unit sudah ada inventaris B3, karakteristik B3 dan lembar MSD juga ada dan pengelolaannya sesuai SOP." (B, 27 Tahun)

Program penanggulangan kebakaran cukup sering dilakukan. Simulasi dilakukan minimal sekali dalam setahun bagi staf rumah sakit. APAR (Alat Pemadam Api Ringan) dirasa masih kurang pada beberapa titik.

“Kita selalu mengadakan simulasi kebakaran setahun sekali. Kita ada 2 jenis simulasi, yaitu penanggulangan yang terjadwal, dan ada yang waktunya insidental tergantung tim K3RS. Rumah sakit sudah ada sop dan panduan tentang penanggulangan kebakaran.” (B, 27 Tahun)

Alur pelaporan pelaksanaan program K3RS dilaksanakan secara berjenjang dari tiap unit melalui kepala unit ke unit K3RS sampai ke kepala rumah sakit.

“Untuk giat K3 biasanya kita membuat laporan tiap triwulan, jadi ada 4 laporan: triwulan 1, semester 1, triwulan 3, semester 2, dan tahunan.” (B, 27 Tahun)

PEMBAHASAN

A. Implementasi K3RS secara umum

Secara umum, implementasi K3 di RSB Lemdiklat sudah sesuai dengan regulasi. Ketentuan untuk adanya kebijakan tertulis terkait K3RS memiliki berbagai kelebihan dibandingkan kebijakan yang dilakukan hanya secara verbal yaitu: mengurangi kesalahpahaman, dokumentasi, memiliki nilai legal, mudah disebarkan, menjangkau target yang lebih luas, dan dapat digunakan sebagai referensi¹⁴.

Sosialisasi diperlukan untuk memastikan kebijakan yang dibentuk dapat dimengerti dan dipatuhi oleh staf rumah sakit. Penggunaan media sosial sebagai salah satu metode yang sudah digunakan pihak manajemen merupakan opsi yang dapat mempercepat penyebaran informasi K3 untuk staf rumah sakit, terutama pada masa pandemi COVID-19. Media sosial dalam tujuan kesehatan sudah secara luas digunakan seperti edukasi kesehatan, intervensi kesehatan, dan survei wabah¹⁵.

Peningkatan kapasitas sumber daya manusia merupakan bentuk penghargaan rumah sakit kepada pegawainya. Studi menunjukkan bahwa terdapat efek positif dari pelatihan baik secara langsung ataupun tidak langsung. Efek pelatihan pada pengetahuan dan perilaku memperlihatkan hasil yang positif dan signifikan, walaupun efek pada sikap tidak dapat dikonfirmasi melalui studi ini¹⁶.

Rumah sakit berpotensi mendapatkan *return on investment* (ROI) yang positif dari implementasi program K3. Keuntungan ekonomi yang berpotensi didapatkan oleh organisasi mencapai lebih dari dua kali lipat (1:2,2) berdasarkan studi yang dilakukan oleh *International Social Security Association* (ISSA)¹⁷.

Manajemen risiko memegang peran yang krusial dalam memastikan kesehatan bagi pegawai rumah sakit. Sebagai contoh, tenaga kesehatan di lini pertama memiliki risiko yang jauh lebih tinggi yaitu 11,6 kali lipat, untuk mendapatkan hasil tes COVID-19 yang positif dibandingkan dengan masyarakat umum¹⁸. Penyediaan APD yang sesuai bagi para pegawai rumah sakit terutama yang berhubungan langsung dengan pasien menjadi sangat krusial. Studi yang dilakukan oleh Schoberer menunjukkan bahwa penggunaan APD, terutama masker, memberikan efek proteksi yang signifikan terhadap infeksi COVID-19¹⁹.

Monitoring dan evaluasi berperan dalam proses perbaikan yang berkelanjutan (*continuous improvement*). Evaluasi dilakukan untuk mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan dari kebijakan yang telah dikeluarkan, memberikan informasi dalam pengambilan keputusan, dan memastikan kebijakan sesuai dengan kebutuhan organisasi. Penggunaan audit internal dan eksternal membantu memastikan kualitas tata kelola rumah sakit. Audit juga dapat menstimulasi sesama tenaga kesehatan di rumah sakit untuk memberikan umpan balik dan lebih terlibat dalam tata kelola organisasi²⁰.

Pelaporan insiden K3 merupakan salah satu komponen penting dalam membangun kultur keselamatan di lingkungan kerja. Kultur keselamatan yang buruk diduga berhubungan dengan lebih banyak insiden, dan kultur keselamatan yang baik berhubungan dengan banyaknya pelaporan insiden, termasuk kejadian *near-miss*^{21,22}. Pelaporan insiden dapat menggambarkan partisipasi staf dalam menjaga keselamatan kerja, walaupun hanya sedikit temuan penelitian yang menunjukkan adanya hubungan tersebut^{22,23}.

B. Penerapan Kontrol Teknik dan Administratif di Masa COVID-19

Pemberian label di rumah sakit berguna untuk meningkatkan tingkat efisiensi dan keselamatan lingkungan kerja. Area yang didesain dengan baik dan diberikan label yang jelas dapat membuat tugas menjadi lebih mudah dikerjakan, meningkatkan proses komunikasi, dan mempermudah pengaturan alur kerja, walaupun hasil ini bisa dirasakan bervariasi pada tiap individu. Selain itu, studi menunjukkan bahwa dengan memperbaiki desain rumah sakit akan berpengaruh pada peningkatan luaran kesehatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan secara umum²⁴.

Fase *donning*, saat memberikan pelayanan kesehatan, dan *doffing* merupakan fase-fase penting dalam penggunaan APD. Studi literatur menunjukkan berbagai kesalahan dalam proses *donning* dan *doffing* sehingga dibutuhkan penekanan dalam pelatihan²⁵. Proses *doffing* termasuk proses berisiko tinggi yang membutuhkan kewaspadaan dan fleksibilitas terus menerus, sehingga membutuhkan area khusus dan prosedur standar da-

lam melakukannya²⁵. Tingkat *self-contamination* bisa mencapai 13-90% jika rekomendasi protokol *doffing* tidak dilakukan dengan tepat²⁵.

Penggunaan barrier fisik sering digunakan karena kemudahan pemasangan dan harganya yang lebih terjangkau²⁶. Barrier juga mengurangi jumlah partikel yang berasal dari batuk minimal 71% saat diletakkan minimal 9 cm di atas tinggi batuk²⁷. Selain itu, efektivitas barrier dipengaruhi oleh ventilasi dan penempatan barrier²⁷. Pengaturan ventilasi dibutuhkan dalam proses mendilusi patogen airborne. *Displacement ventilation* membuat kualitas udara menjadi 25-90% lebih baik dibandingkan *mixing ventilation* pada lingkungan indoor²⁸. Penelitian yang dilakukan oleh Sundell et al. menunjukkan bahwa untuk mempertahankan kualitas udara di dalam ruangan dan pencegahan infeksi diperlukan tingkat ventilasi 25 L/s²⁹. Hal ini jauh dibawah kebutuhan ruang isolasi untuk airborne yaitu paling sedikit 80 L/s pada ruangan berukuran 4x2x3 m³ atau 12 pergantian udara per jam (*air changes per hour/ACH*)²⁸. Selain itu, penggunaan HEPA filter dapat menghilangkan SARS-CoV 2 dari udara secara terus menerus berdasarkan penelitian³⁰.

Fasilitas *hand hygiene* diletakkan pada berbagai area di rumah sakit dan digunakan untuk memitigasi penularan COVID-19. Rekomendasi tindakan *hand hygiene* dilakukan untuk mencegah perpindahan virus dari orang yang terinfeksi atau permukaan benda yang terkontaminasi sesuai dengan metode penularan virus. Penggunaan handrub berbasis alkohol (*alcohol based handrub/ABHR*) menunjukkan efek virusidal terhadap coronavirus seperti SARS-CoV dan MERS-CoV³¹. Studi menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan sabun mengurangi tingkat morbiditas karena infeksi saluran napas akut sampai 17%³². Tindakan mencuci tangan secara teratur juga memiliki efek protektif sehingga mengurangi risiko terinfeksi COVID-19³³. Hal ini diperkuat dengan adanya korelasi negatif antara *health-care associated infection* (HAI) dengan kepatuhan *hand hygiene*³⁴.

C. Limitasi Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa limitasi sehingga dibutuhkan kehati-hatian dalam menginterpretasikan hasil yang didapat. Penggunaan teknik *purposive sampling* berpotensi tidak mewakili keseluruhan kelompok di rumah sakit. Adanya sistem hierarki dalam kepolisian, termasuk rumah sakit, secara tidak langsung dapat berpotensi mengubah hasil penelitian ini. Dinamika kekuasaan dari tiap individu mungkin membuat informan merasa ragu untuk mengemukakan pendapat atau pengalaman yang sebenarnya karena rasa khawatir terhadap respon atasannya. Informan mungkin memberikan jawaban wawancara yang mereka anggap lebih aman dan lebih diterima di lingkungan mereka.

Untuk mengatasi keterbatasan ini, peneliti menekankan pada kerahasiaan data penelitian, penggunaan teknik wawancara, dan kombinasi metode pengumpulan data, serta partisipasi dari individu yang terpercaya, agar didapatkan respon yang mendekati keadaan sesungguhnya.

KESIMPULAN

RSB Lemdiklat telah menunjukkan komitmen dalam menjaga kesehatan dan keselamatan pegawainya dengan implementasi K3. Pandemi COVID-19 membuat pihak manajemen rumah sakit harus mampu beradaptasi dengan tantangan yang muncul. Pelaksanaan program K3 dirasa cukup oleh pegawai, walaupun risiko transmisi COVID-19 masih bisa diminimalisasi dengan memperbaiki kontrol teknik, administratif, dan penggunaan APD sesuai pedoman WHO.

Pihak manajemen dapat mengalokasikan sumber daya pada area yang teridentifikasi masih lemah, memperkuat pelatihan K3 demi kesiapsiagaan pegawai, dan memperkuat sistem pelaporan dengan pendekatan yang tidak menyalahkan pegawai. Dari sisi pegawai, staf rumah sakit dapat berpartisipasi aktif dalam pelatihan rutin K3, melaksanakan penggunaan APD dan Standar prosedur operasional terkait K3 dengan baik, dan mengembangkan budaya pelaporan yang baik tanpa adanya rasa ragu. Hal ini diharapkan dapat berdampak pada keselamatan pasien dalam jangka panjang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada para supervisor, pimpinan dan staf RSB Lemdiklat, keluarga, dan rekan-rekan yang selalu mendukung dalam pelaksanaan studi ini.

REFERENSI

1. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Situasi COVID-19 di Indonesia, <https://covid19.go.id/artikel/2022/02/21/situasi-covid-19-di-indonesia-update-21-februari-2022> (2022, accessed 21 February 2022).
2. Joseph B, Joseph M. The health of the healthcare workers. *Indian J Occup Environ Med* 2016; 20: 71.
3. World Health Organization. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department - Working Paper 1, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf> (2021, accessed 21 February 2022).
4. Laporan Covid-19. Statistik Kematian Tenaga Kesehatan, <https://nakes.laporcovid19.org/statistik> (2022, accessed 21 February 2022).
5. *COVID-19: Occupational health and safety for health workers Interim guidance*. 2021.
6. Kementerian Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit.
7. McGonagle AK, Essenmacher L, Hamblin L, et al. Management commitment to safety, teamwork, and hospital worker injuries. *J Hosp Adm* 2016; 5: 46.

8. The National Institute for Occupational Safety and Health. Hierarchy of Controls, <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html> (2015, accessed 25 December 2021).
9. Talic S, Shah S, Wild H, et al. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*; 375. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1136/bmj-2021-068302.
10. Ren C, Xi C, Wang J, et al. Mitigating COVID-19 infection disease transmission in indoor environment using physical barriers Infection risk assessment model Physical barrier Supply airflow rate Ventilation mode Simulation. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1016/j.scs.2021.103175.
11. Ogoinaid D, Nauzo M, Jibrin Y, et al. A national survey of hospital readiness during the COVID-19 pandemic in Nigeria. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0257567.
12. Obaseki DE, Akoria O, Ogboghodo EO, et al. Mainstreaming the private health sector in the response to COVID-19: facility readiness assessment for screening services in Edo State, Nigeria. *Pan Afr Med J*; 35. Epub ahead of print 26 June 2020. DOI: 10.11604/pamj.suppl.2020.35.2.24468.
13. Sunindijo RY, Lestari F, Wijaya O. Hospital safety index: assessing the readiness and resiliency of hospitals in Indonesia. *Facilities* 2019; 38: 39-51.
14. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract* 2015; 69: 1257-1267.
15. Chen J, Wang Y. Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2021; 23: e17917.
16. Robson L, Stephenson C, Schulte P, et al. *A systematic review of the effectiveness of training & education for the protection of workers*. Toronto, 2010.
17. Bräunig D. Calculating the International Return on Prevention for Companies : Costs and Benefits of Investments in Occupational Safety and Health, <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:220695894> (2013).
18. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2020; 5: e475-e483.
19. Schoberer D, Osmancevic S, Reiter L, et al. Rapid review and meta-analysis of the effectiveness of personal protective equipment for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Public Health in Practice* 2022; 4: 100280.
20. Hut-Mossel L, Ahaus K, Welker G, et al. Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review. *PLoS One* 2021; 16: e0248677.
21. Kaya GK, Ustebay S, Nixon J, et al. Exploring the impact of safety culture on incident reporting: Lessons learned from machine learning analysis of NHS England staff survey and incident data. *Saf Sci* 2023; 166: 106260.
22. Aburumman M, Newnam S, Fildes B. Evaluating the effectiveness of workplace interventions in improving safety culture: A systematic review. *Saf Sci* 2019; 115: 376-392.
23. Simsekler MCE, Qazi A, Alalami MA, et al. Evaluation of patient safety culture using a random forest algorithm. *Reliab Eng Syst Saf* 2020; 204: 107186.
24. Rodrigues R, Coelho R, Tavares JMRS. Healthcare Signage Design: A Review on Recommendations for Effective Signing Systems. *HERD: Health Environments Research & Design Journal* 2019; 12: 45-65.
25. Wundavalli L, Singh S, Singh AR, et al. How to rapidly design and operationalise PPE donning and doffing areas for a COVID-19 care facility: quality improvement initiative. *BMJ Open Qual* 2020; 9: e001022.
26. Zhang C, Nielsen P V., Liu L, et al. The source control effect of personal protection equipment and physical barrier on short-range airborne transmission. *Build Environ* 2022; 211: 108751.
27. Bartels J, Estill CF, Chen I-C, et al. Laboratory study of physical barrier efficiency for worker protection against SARS-CoV-2 while standing or sitting. *Aerosol Science and Technology* 2022; 56: 295-303.
28. Leo BF, Lin CY, Markandan K, et al. An overview of SARS-CoV-2 transmission and engineering strategies to mitigate risk. *Journal of Building Engineering* 2023; 73: 106737.
29. Sundell J, Levin H, Nazaroff WW, et al. Ventilation rates and health: multidisciplinary review of the scientific literature. *Indoor Air* 2011; 21: 191-204.
30. Ueki H, Ujie M, Komori Y, et al. Effectiveness of HEPA Filters at Removing Infectious SARS-CoV-2 from the Air. *mSphere*; 7. Epub ahead of print 31 August 2022. DOI: 10.1128/msphere.00086-22.
31. Siddharta A, Pfaender S, Vielle NJ, et al. Virucidal Activity of World Health Organization-Recommended Formulations Against Enveloped Viruses, Including Zika, Ebola, and Emerging Coronaviruses. *J Infect Dis* 2017; 215: 902-906.
32. Ross I, Bick S, Ayieko P, et al. Effectiveness of handwashing with soap for preventing acute respiratory infections in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2023; 401: 1681-1690.
33. Beale S, Johnson AM, Zambon M, et al. Hand Hygiene Practices and the Risk of Human Coronavirus Infections in a UK Community Cohort. *Wellcome Open Res* 2021; 5: 98.
34. Ojanperä H, Kanste OI, Syrjala H. Hand-hygiene compliance by hospital staff and incidence of health-care-associated infections, Finland. *Bull World Health Organ* 2020; 98: 475-483.