

Analisis Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (SMK3) Pada Puskesmas Remboken Minahasa

Alfianti Tuti ¹, Prycilia Pingkan Mamuja ², Richard Andreas Palilingan ³

^{1,2,3} Universitas Negeri Manado

Email Korespondensi: richardpalilingan@unima.ac.id

Abstrak

Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti di Puskesmas Remboken, menunjukkan bahwa Puskesmas Remboken telah memiliki beberapa unsur pendukung K3, seperti APD, pemilahan limbah medis, safety box, APAR, kotak P3K, dan IPAL. Namun, ketersediaan sarana tersebut belum cukup untuk menggambarkan efektivitas penerapan SMK3 secara menyeluruh. Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk mengkaji pelaksanaan kebijakan, kepatuhan penggunaan APD, pemantauan sarana K3, serta evaluasi program K3 di Puskesmas Remboken. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis secara mendalam penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Puskesmas Remboken Kabupaten Minahasa. Penelitian ini menggunakan pendekatan *kualitatif* dengan metode *deskriptif*. Berdasarkan hasil penelitian, analisis data, dan proses triangulasi mengenai penerapan SMK3, didapatkan hasil sebagai berikut: penyebaran kebijakan masih timpang karena hanya mengandalkan jalur lisan (apel dan lokakarya mini) tanpa didukung oleh saluran komunikasi visual seperti poster atau banner K3 di area kerja; perencanaan strategis belum mapan; memiliki titik lemah kritis akibat ketiadaan dokumen identifikasi risiko ilmiah (HIRARC), ketiadaan pelatihan/simulasi tanggap darurat, penanda titik kumpul yang tidak jelas, serta kelalaian pemeliharaan sarana yang ditandai dengan kosongnya kartu kontrol bulanan APAR dan adanya unit APAR yang kehilangan tekanan (zona merah); fungsi pengawasan sistemik belum berjalan optimal karena ketiadaan dokumen laporan khusus berkala K3 dan tidak digunakannya instrumen lembar ceklis inspeksi formal bulanan oleh Tim K3; prinsip continual improvement mengalami stagnasi operasional karena seluruh tindak lanjut keputusan rapat tinjauan manajemen belum direalisasikan akibat pengalihan prioritas anggaran puskesmas untuk program nasional penanganan stunting.

Kata Kunci: SMK3, Puskesmas Remboken Minahasa

Abstract

Based on a preliminary survey conducted by researchers at the Remboken Community Health Center (Puskesmas), it was found that the center already had several supporting elements for occupational safety and health (OHS), such as personal protective equipment (PPE), medical waste sorting, safety boxes, fire extinguishers (APAR), first aid kits, and wastewater treatment plants (WWTP). However, the availability of these facilities is insufficient to fully demonstrate the effectiveness of the OHSMS implementation. Therefore, research is needed to assess policy implementation, compliance with PPE use, monitoring of OHS facilities, and evaluation of the OHS program at the Remboken Community Health Center. The purpose of this study was to conduct an in-depth analysis of the implementation of the Occupational Safety and Health Management System (OHSMS) at the Remboken Community Health Center in Minahasa Regency. This study used a qualitative approach with descriptive methods. Based on the research results, data analysis, and triangulation regarding the implementation of the OHSMS, the following findings emerged: policy dissemination remains unequal, relying solely on word of mouth (roll calls and mini-workshops) without the support of visual communication channels such as OHS posters or banners in the work area; strategic planning is not yet well established; The facility has critical weaknesses due to the lack of scientific risk identification documents (HIRARC), the absence of emergency response training/simulations, unclear assembly point markers, and negligence in facility maintenance, as evidenced by empty monthly fire extinguisher control cards and the presence of fire extinguisher units that have lost pressure (red zone). The systemic oversight function has not been optimal due to the lack of periodic special OHS reports and the non-use of formal monthly inspection checklists by the OHS Team. The principle of continual improvement has experienced operational stagnation because all follow-up decisions from management review meetings have not been implemented due to the diversion of the health center's budget priorities to the national stunting management program.

Keywords: OHS Management System, Remboken Minahasa Health Center

1. PENDAHULUAN

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan salah satu aspek penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif bagi tenaga kerja. Penerapan K3 bertujuan untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, serta berbagai risiko yang dapat membahayakan keselamatan dan kesehatan pekerja selama menjalankan aktivitas kerja. Dalam perkembangan dunia kerja modern, K3 tidak hanya dipandang sebagai kewajiban hukum semata, tetapi juga sebagai bagian dari upaya strategis dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta keberlanjutan organisasi. Lingkungan kerja yang aman dan sehat akan memberikan rasa aman bagi pekerja sehingga mereka dapat melaksanakan tugasnya secara optimal dan produktif. Selain itu, penerapan K3 juga berperan dalam membangun budaya kerja yang disiplin, bertanggung jawab, serta peduli terhadap keselamatan diri dan orang lain di tempat kerja. Dengan demikian, penerapan K3 menjadi kebutuhan penting bagi setiap organisasi maupun institusi kerja. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penerapan sistem keselamatan dan kesehatan kerja yang baik dapat menurunkan risiko kecelakaan kerja serta meningkatkan keselamatan tenaga kerja di lingkungan kerja (Munika et al., 2023).

Sejalan dengan pentingnya perlindungan terhadap tenaga kerja, pemerintah Indonesia telah menetapkan berbagai regulasi yang mengatur pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja. Salah satu regulasi utama yang menjadi landasan dalam penyelenggaraan keselamatan kerja adalah Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja (R. Indonesia, 1970). Undang-undang tersebut menegaskan bahwa setiap tempat kerja wajib menjamin keselamatan tenaga kerja serta orang lain yang berada di lingkungan kerja tersebut dari berbagai potensi bahaya. Melalui regulasi ini, pemerintah berupaya memberikan perlindungan yang memadai bagi tenaga kerja agar terhindar dari risiko kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja. Selain itu, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga menegaskan bahwa setiap tempat kerja wajib menyelenggarakan upaya kesehatan kerja guna menjaga kondisi kesehatan tenaga kerja agar tetap mampu bekerja secara optimal dan produktif (R. Indonesia, 2009). Dengan adanya landasan hukum tersebut, setiap institusi kerja diharapkan mampu menerapkan sistem perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja secara lebih terstruktur, sistematis, dan berkelanjutan.

Upaya untuk mewujudkan perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja secara terencana dan sistematis di tempat kerja dilakukan melalui penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3). Sistem ini merupakan pendekatan manajemen yang bertujuan untuk mengendalikan berbagai potensi bahaya yang muncul dari aktivitas kerja sehingga dapat menciptakan lingkungan kerja yang aman, efisien, dan produktif. Penerapan SMK3 di Indonesia diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Peraturan tersebut menyatakan bahwa setiap perusahaan atau institusi kerja wajib menerapkan SMK3 sebagai bagian dari sistem manajemen organisasi (P. R. Indonesia, 2012). Penerapan SMK3 meliputi berbagai tahapan penting, seperti penyusunan kebijakan keselamatan kerja, perencanaan program K3, pelaksanaan kegiatan K3, pemantauan dan evaluasi kinerja keselamatan kerja, serta tindakan perbaikan yang dilakukan secara berkelanjutan. Melalui penerapan sistem manajemen yang baik, berbagai potensi bahaya di tempat kerja dapat diidentifikasi, dianalisis, dan dikendalikan secara lebih efektif. Penelitian menunjukkan bahwa penerapan SMK3 yang baik dapat meningkatkan keselamatan kerja serta memperbaiki kinerja tenaga kerja di lingkungan kerja (Fatma et al., 2022).

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja menjadi semakin penting dalam sektor pelayanan kesehatan karena tenaga kesehatan menghadapi berbagai risiko kerja yang cukup tinggi. Aktivitas pelayanan kesehatan yang melibatkan kontak langsung dengan pasien, penggunaan berbagai peralatan medis, serta penanganan bahan kimia dan biologis dapat menimbulkan potensi bahaya bagi tenaga kesehatan. Risiko tersebut meliputi paparan penyakit

menular, paparan bahan kimia berbahaya, cedera akibat penggunaan alat medis, serta gangguan kesehatan yang disebabkan oleh beban kerja yang tinggi. Selain itu, tenaga kesehatan juga berpotensi mengalami risiko ergonomi akibat posisi kerja yang tidak ergonomis serta risiko psikososial yang muncul akibat tekanan pekerjaan dan tuntutan pelayanan yang tinggi. Kondisi tersebut menjadikan lingkungan pelayanan kesehatan sebagai salah satu tempat kerja yang memiliki tingkat kompleksitas risiko yang cukup tinggi. Penelitian mengenai keselamatan kerja di fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa lingkungan pelayanan kesehatan memiliki potensi risiko kerja yang signifikan sehingga membutuhkan pengelolaan keselamatan kerja yang baik dan terencana (Elfeto et al., 2024).

Mengingat tingginya potensi risiko tersebut, fasilitas pelayanan kesehatan perlu menerapkan sistem pengelolaan keselamatan dan kesehatan kerja secara menyeluruh dan berkelanjutan. Upaya ini bertujuan untuk melindungi tenaga kesehatan, pasien, serta masyarakat yang berada di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan dari berbagai potensi bahaya yang dapat terjadi. Di Indonesia, penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (K. K. R. Indonesia, 2018). Peraturan tersebut menegaskan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan program K3 secara terencana, terpadu, dan berkelanjutan. Program tersebut meliputi berbagai kegiatan seperti identifikasi bahaya, penilaian risiko, pengendalian risiko, penyediaan sarana keselamatan kerja, pelatihan K3 bagi tenaga kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan kerja. Dengan penerapan program K3 yang baik, diharapkan lingkungan pelayanan kesehatan dapat menjadi tempat kerja yang aman, sehat, serta mampu meminimalkan terjadinya kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja.

Keberhasilan penerapan sistem keselamatan dan kesehatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan tidak terlepas dari berbagai faktor pendukung yang mempengaruhi pelaksanaannya. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi implementasi SMK3 antara lain komitmen pimpinan organisasi, ketersediaan sumber daya manusia yang kompeten, dukungan sarana dan prasarana keselamatan kerja, serta tingkat pemahaman tenaga kesehatan terhadap pentingnya keselamatan kerja. Selain itu, kegiatan pelatihan dan sosialisasi mengenai keselamatan kerja juga memiliki peran penting dalam meningkatkan kesadaran tenaga kesehatan terhadap berbagai potensi bahaya di tempat kerja. Apabila tenaga kesehatan memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai prinsip-prinsip keselamatan kerja, maka mereka akan lebih mampu menerapkan prosedur keselamatan kerja secara konsisten dalam setiap aktivitas pelayanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi SMK3 sangat dipengaruhi oleh komitmen manajemen, ketersediaan sumber daya, serta tingkat pemahaman tenaga kesehatan terhadap pentingnya keselamatan kerja (Darmastuti, 2024).

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peran penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Berdasarkan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, Puskesmas bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan dengan mengutamakan kegiatan promotif dan preventif (K. K. R. Indonesia, 2019). Dalam menjalankan berbagai kegiatan pelayanan kesehatan tersebut, tenaga kesehatan di Puskesmas terlibat dalam berbagai aktivitas seperti pelayanan klinis, kegiatan imunisasi, pemeriksaan laboratorium, pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta kegiatan kesehatan masyarakat di lapangan. Aktivitas pelayanan tersebut tentunya memiliki potensi risiko kerja yang dapat mempengaruhi keselamatan dan kesehatan tenaga kesehatan yang terlibat di dalamnya.

Oleh karena itu, penerapan sistem keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas menjadi sangat penting guna menjamin keselamatan tenaga kesehatan serta menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

Meskipun berbagai regulasi terkait keselamatan dan kesehatan kerja telah ditetapkan, penerapan SMK3 di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama masih menghadapi berbagai tantangan. Beberapa permasalahan yang sering ditemukan antara lain keterbatasan sumber daya manusia, kurangnya pemahaman tenaga kesehatan mengenai pentingnya penerapan K3, keterbatasan sarana dan prasarana keselamatan kerja, serta belum optimalnya penerapan kebijakan dan prosedur K3 di lingkungan kerja. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi efektivitas pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya serta kurangnya pelatihan mengenai K3 dapat menjadi hambatan dalam implementasi sistem keselamatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan (Safitri et al., 2024). Oleh karena itu, diperlukan upaya evaluasi dan pengkajian secara lebih mendalam terhadap penerapan SMK3 di fasilitas pelayanan kesehatan guna mengetahui sejauh mana sistem tersebut telah diterapkan serta berbagai faktor yang mempengaruhi pelaksanaannya. Berdasarkan hal tersebut, penelitian mengenai penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Puskesmas Remboken Kabupaten Minahasa menjadi penting untuk dilakukan guna memperoleh gambaran mengenai pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di lingkungan Puskesmas serta sebagai bahan evaluasi dalam meningkatkan perlindungan keselamatan dan kesehatan tenaga kesehatan di tempat kerja.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti di Puskesmas Remboken, diperoleh gambaran bahwa Puskesmas Remboken telah melaksanakan beberapa upaya keselamatan dan kesehatan kerja dalam kegiatan pelayanan kesehatan. Upaya tersebut terlihat dari adanya kebijakan atau aturan terkait K3, penggunaan alat pelindung diri oleh tenaga kesehatan, pemilahan limbah medis dan nonmedis, penggunaan *safety box* untuk benda tajam, serta tersedianya sarana penunjang seperti tempat cuci tangan, *hand sanitizer*, APAR, kotak P3K, oksigen, dan *Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL)*. Keberadaan sarana tersebut menunjukkan bahwa Puskesmas Remboken telah memiliki perhatian terhadap perlindungan tenaga kesehatan, pasien, dan lingkungan kerja dari berbagai potensi bahaya yang dapat terjadi dalam proses pelayanan kesehatan.

Namun demikian, survei awal menunjukkan bahwa Puskesmas Remboken telah memiliki beberapa unsur pendukung K3, seperti APD, pemilahan limbah medis, *safety box*, APAR, kotak P3K, dan IPAL. Namun, ketersediaan sarana tersebut belum cukup untuk menggambarkan efektivitas penerapan SMK3 secara menyeluruh. Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk mengkaji pelaksanaan kebijakan, kepatuhan penggunaan APD, pemantauan sarana K3, serta evaluasi program K3 di Puskesmas Remboken.

Fokus penelitian ini adalah menganalisis penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Puskesmas Remboken Kabupaten Minahasa. Penelitian ini diarahkan untuk melihat pelaksanaan SMK3 berdasarkan unsur-unsur utama, yaitu kebijakan K3, perencanaan K3, pelaksanaan K3, pemantauan dan evaluasi kinerja K3, serta peninjauan ulang dan peningkatan kinerja K3. Selain itu, penelitian ini juga berfokus pada ketersediaan sarana dan prasarana K3, kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan prosedur keselamatan kerja, penggunaan alat pelindung diri, pengelolaan limbah medis, serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan SMK3 di lingkungan Puskesmas Remboken.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis secara mendalam penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Puskesmas Remboken Kabupaten Minahasa.

2. METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *kualitatif* dengan metode *deskriptif*. Pendekatan *kualitatif* digunakan karena penelitian ini bertujuan untuk memahami secara mendalam fenomena yang terjadi di lapangan, khususnya terkait dengan penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) dalam lingkungan kerja. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai proses, pengalaman, serta persepsi para informan terhadap pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja.

B. Informan Penelitian

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan informan berdasarkan pertimbangan tertentu sesuai dengan kebutuhan penelitian (Sugiyono, 2022). Informan dipilih karena dianggap memahami dan terlibat langsung dalam penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di Puskesmas Remboken. Informan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang, yang terdiri dari 1 kepala puskesmas, 1 penanggung jawab K3, 1 petugas laboratorium, 1 dokter, 1 perawat.

Kriteria informan meliputi tenaga kesehatan atau staf yang bekerja di Puskesmas Remboken, memiliki keterlibatan dalam pelaksanaan atau pengelolaan SMK3, serta bersedia memberikan informasi secara terbuka.

Informan yang direncanakan antara lain Kepala Puskesmas dan tenaga kesehatan terkait.

C. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Remboken, Kabupaten Minahasa, Sulawesi Utara. Lokasi ini dipilih karena sesuai dengan fokus penelitian mengenai penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Waktu pelaksanaan penelitian berlangsung selama bulan Maret hingga April 2026, yang mencakup tahap persiapan penelitian, pengumpulan data lapangan, analisis data, serta penyusunan laporan penelitian.

D. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi.

- 1) Wawancara mendalam (*in-depth interview*) dilakukan secara langsung kepada informan yang telah ditentukan, seperti Kepala Puskesmas dan tenaga kesehatan terkait. Wawancara bertujuan untuk menggali informasi secara mendalam mengenai penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya.
- 2) *Observasi* dilakukan dengan mengamati secara langsung kondisi lingkungan kerja dan praktik penerapan SMK3 di Puskesmas Remboken, seperti penggunaan alat pelindung diri (APD), prosedur kerja, serta pengelolaan limbah medis.
- 3) Dokumentasi dilakukan dengan menelaah dokumen pendukung, seperti kebijakan K3, struktur organisasi, laporan kegiatan, serta dokumen terkait penerapan SMK3 lainnya.

Ketiga teknik ini digunakan untuk memperoleh data yang komprehensif dan mendukung proses triangulasi guna meningkatkan keabsahan data penelitian.

E. Keabsahan dan Keterandalan Data

Untuk memastikan bahwa data yang diperoleh dalam penelitian ini memiliki tingkat keabsahan yang tinggi, peneliti menggunakan *teknik triangulasi*. *Triangulasi* merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan berbagai sumber data, metode, maupun waktu pengumpulan data.

Dalam penelitian ini, *triangulasi* dilakukan melalui beberapa cara, yaitu:

- 1) *Triangulasi sumber*, yaitu membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai informan yang berbeda.
- 2) *Triangulasi metode*, yaitu membandingkan data yang diperoleh melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi.
- 3) *Triangulasi waktu*, yaitu melakukan pengumpulan data pada waktu yang berbeda untuk memastikan konsistensi informasi yang diperoleh.

Dengan menggunakan teknik triangulasi, peneliti dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya bias dalam penelitian serta meningkatkan validitas data yang dihasilkan.

F. Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan model *analisis interaktif* menurut Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

1) Reduksi Data

Reduksi data merupakan proses pemilihan, pemusatan perhatian, penyederhanaan, serta pengelompokan data mentah yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi. Pada tahap ini, peneliti merangkum dan memilih informasi yang relevan dengan fokus penelitian, yaitu penerapan dan kendala SMK3 di Puskesmas Remboken.

2) Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian naratif yang sistematis sehingga memudahkan peneliti memahami pola, hubungan, dan temuan yang muncul. Data yang telah direduksi disusun secara terstruktur sesuai dengan fokus penelitian agar dapat dianalisis secara mendalam.

3) Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan setelah data dianalisis secara menyeluruh. Kesimpulan bersifat sementara pada awalnya dan akan diverifikasi secara terus-menerus selama proses penelitian berlangsung hingga diperoleh temuan yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

Ketiga tahapan tersebut dilakukan secara *interaktif* dan berulang hingga data dinilai jenuh dan menghasilkan temuan penelitian yang kredibel.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

Narasumber dalam penelitian ini merupakan tenaga kerja aktif yang bertugas di UPT Puskesmas Remboken dan memiliki keterlibatan langsung dalam sistem manajemen keselamatan operasional fasilitas pelayanan kesehatan. Pemilihan narasumber dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yakni didasarkan pada kriteria inklusi bahwa informan mengetahui, memahami, serta bertindak sebagai pelaksana atau pengawas kebijakan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di lingkungan kerja mereka.

Informan dalam penelitian ini berjumlah 5 (lima) orang, yang terdiri atas Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab K3, Petugas Laboratorium, Dokter, dan Perawat. Struktur formasi informan ini dipilih secara sengaja guna memperoleh variasi data multidimensi, mulai dari tingkat manajerial puncak, fungsional klinis, hingga penanggung jawab teknis keselamatan lapangan. Rincian profil karakteristik informan disajikan secara terstruktur pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Jabatan	Lama Bekerja
1.	INF-1	Kepala Puskesmas	7 Tahun
2.	INF-2	Penanggung Jawab K3	3 Tahun
3.	INF-3	Petugas Laboratorium	5 Tahun
4.	INF-4	Dokter	5 Tahun
5.	INF-5	Perawat	2 Tahun

Hasil Penelitian dan Analisis Data (Integrasi Triangulasi)

1) Kebijakan K3 di Puskesmas Remboken

a. Penyajian Data Lapangan dan Temuan Triangulasi

Berdasarkan hasil pengumpulan data melalui wawancara mendalam, kelima informan kunci secara konsisten menyatakan bahwa Puskesmas Remboken telah memancarkan komitmen legalitas formal dalam bentuk regulasi tertulis mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Kebijakan ini tidak sekadar didasarkan pada instruksi lisan, melainkan telah dimanifestasikan ke dalam naskah administratif yang mengatur tata laksana Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), standarisasi pemakaian Alat Pelindung Diri (APD), penanganan pasien, hingga manajemen pemisahan limbah medis. Fenomena tersebut dinyatakan secara tegas oleh INF-1 selaku Kepala Puskesmas:

"Iyaa, kebijakan tertulis itu ada. Di puskesmas ini torang ada dokumen-dokumen yang mengatur tentang K3, terutama yang berhubungan dengan pencegahan dan penanganan infeksi. Jadi bukan cuma disampaikan secara lisan, tapi memang ada tertulis supaya semua petugas punya pedoman dalam bekerja."

Pernyataan senada diperkuat oleh INF-2 selaku Penanggung Jawab K3 yang menyatakan bahwa aturan tertulis ini krusial sebagai landasan operasional pengawasan staf. Di level unit kerja berisiko tinggi seperti laboratorium, INF-3 juga menegaskan keberadaan regulasi ini sangat vital untuk membimbing rutinitas pemeriksaan spesimen *biologic* agar terhindar dari kontaminasi zat berbahaya. Regulasi ini dirasakan langsung manfaatnya oleh tenaga medis fungsional (INF-4 dan INF-5) dalam memandu tindakan invasif harian agar selaras dengan aspek perlindungan diri dari risiko *needle stick injury*.

Mengenai aspek penyebarluasan (dissemination) kebijakan, seluruh informan bersepakat bahwa strategi komunikasi internal didominasi oleh metode verbal-struktural. Sosialisasi dipaparkan secara berkala memanfaatkan forum pertemuan kedinasan formal. Sebagaimana yang dikemukakan oleh INF-5:

"Biasanya disampaikan waktu apel pagi, rapat, deng mini lokakarya."

Untuk menguji keabsahan data (trustworthiness) dari kesaksian para informan tersebut, peneliti melakukan verifikasi dokumen dan observasi visual secara mendalam di lapangan. Hasil triangulasi data menunjukkan kesesuaian objektif yang dibuktikan dengan adanya fisik Dokumen Surat Keputusan (SK) Kepala Puskesmas Nomor 440/012/KP-RBK/2025 tentang Penerapan K3 yang tersimpan secara terorganisasi di Ruang Tata Usaha (TU). Selain itu, komitmen administratif ini diperkuat oleh Lembar Komitmen Bersama yang ditandatangani oleh pimpinan puskesmas beserta seluruh staf pada momentum akreditasi tahun lalu. Bukti penyebaran informasi verbal juga tervalidasi melalui Dokumen Notulen Lokakarya Mini (Lokmin) bulanan tertanggal 12 Februari 2026 yang mengonfirmasi kehadiran 25 staf.

Meskipun demikian, hasil triangulasi mencatat adanya kesenjangan (gap) yang signifikan pada pilar komunikasi visual. Berdasarkan lembar *checklist* observasi nomor aspek 3, peneliti menemukan bahwa tidak ada satu pun media publikasi visual seperti poster, baliho, ataupun banner khusus yang memuat pernyataan Kebijakan K3 Puskesmas dipasang di area publik. Ruang tunggu, koridor, maupun selasar pelayanan terpantau steril dari pajangan komitmen keselamatan kerja. Media instruksional visual yang tersedia di dinding fasyankes murni terbatas pada poster edukasi kesehatan umum masyarakat, seperti teknik mencuci tangan standar WHO dan penanda Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

b. Analisis dan Pembahasan Berdasarkan Teori/Regulasi

Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap fasyankes wajib menetapkan Kebijakan K3 tertulis sebagai wujud komitmen manajemen puncak yang mengikat. Keberadaan SK Kepala Puskesmas Nomor 440/012/KP-RBK/2025 di Puskesmas Remboken mengindikasikan bahwa secara legalitas formal (legal compliance), puskesmas ini telah berhasil memenuhi pilar pertama dari subsistem SMK3 nasional.

Dalam perspektif teori Safety Management, komitmen tertulis pimpinan yang didukung oleh tanda tangan kolektif seluruh staf merupakan fondasi primer untuk mentransformasikan perilaku organisasi menuju kondisi yang aman. Aturan tertulis yang mengatur PPI, APD, dan pembuangan benda tajam ke dalam *safety box* bertindak sebagai instrumen pengendalian administratif (administrative control) untuk meminimalisasi timbulnya kecelakaan kerja fatal, seperti pajanan cairan tubuh infeksius ataupun infeksi nosokomial silang.

Temuan lapangan mengenai legalitas kebijakan K3 di Puskesmas Remboken ini memiliki titik kesamaan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Safitri, et al. (2024) di Puskesmas Sekadau. Penelitian terdahulu tersebut menunjukkan bahwa penetapan kebijakan tertulis merupakan langkah awal yang krusial dan telah berjalan baik sebagai instrumen administratif primer perlindungan tenaga kesehatan. Namun, perbedaannya terletak pada media diseminasi; jika fasyankes dalam penelitian terdahulu memanfaatkan multi-saluran, Puskesmas Remboken mengalami stagnasi pada saluran komunikasi visual.

Namun, ditinjau dari aspek komunikasi kebijakan, metode desiminasi informasi di Puskesmas Remboken dinilai masih pincang dan belum komprehensif. Teori SMK3 menegaskan bahwa kebijakan K3 tidak hanya harus disampaikan, melainkan harus dipastikan "mudah dilihat dan dipahami" oleh seluruh lapisan pekerja tanpa batas ruang dan waktu. Pemanfaatan jalur komunikasi lisan melalui apel pagi dan lokakarya mini bulanan memang efektif untuk memelihara kepatuhan struktural secara berkala.

Akan tetapi, ketiadaan media publikasi visual (poster/banner kebijakan) di lingkungan kerja dapat memicu fenomena compliance fatigue (kejenuhan kepatuhan). Petugas klinis dengan beban kerja pelayanan harian yang fluktuatif dan padat membutuhkan visual reminder (peringat visual) konstan yang terpampang di dinding ruang kerja mereka. Peringat visual ini berfungsi sebagai stimulus bawah sadar yang menjaga safety behavior (perilaku selamat) petugas agar tetap konsisten hingga akhirnya mengristal menjadi safety culture (budaya keselamatan) yang mapan di puskesmas.

2) Perencanaan K3

a. Penyajian Data Lapangan dan Temuan Triangulasi

Tahapan perencanaan merupakan instrumen strategis untuk menerjemahkan dokumen kebijakan abstrak menjadi rencana aksi operasional. Mengenai ketersediaan anggaran dan sumber daya pendukung, INF-1 (Kepala Puskesmas) mengakui adanya pengalokasian dana khusus untuk menunjang implementasi SMK3, walau dalam takaran yang konvensional dan harus tunduk pada skala prioritas keuangan instansi:

"Iyaa.. puskesmas menyediakan anggaran dan sumber daya untuk penerapan k3."

Hal ini divalidasi oleh INF-2 yang menguraikan bahwa alokasi anggaran tersebut didistribusikan untuk mendanai pemenuhan logistik proteksi esensial, seperti pengadaan APD rutin dan pembiayaan operasional pengelolaan limbah medis. Petugas pelaksana fungsional (INF-3, INF-4, dan INF-5) menyepakati bahwa pemenuhan logistik medis darurat sejauh ini telah diakomodasi sesuai kebutuhan mendasar pelayanan klinis mereka.

Mengenai program kerja, INF-2 (Penanggung Jawab K3) menyatakan bahwa secara teoretis struktural, Tim K3 telah menyusun program kerja yang meliputi pembentukan tim pelaksana, perencanaan kegiatan, hingga monitoring evaluasi. Manifestasi rencana program tersebut diturunkan ke dalam beberapa tindakan nyata, seperti program pemeriksaan kesehatan rutin pegawai secara gratis, pemberian imunisasi/vaksinasi khusus bagi tenaga kesehatan berisiko, tata kelola limbah medis padat (B3) yang dikerjasamakan dengan pihak ketiga, pengoperasian mesin Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) untuk limbah cair, serta kesiapsiagaan darurat. Namun, ketika peneliti mengeksplorasi dokumen perencanaan tersebut melalui metode verifikasi dokumen penunjang, ditemukan ketidakselarasan yang kontradiktif. Berdasarkan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Puskesmas Remboken, dana K3 ternyata tidak berdiri mandiri. Peneliti tidak menemukan pos anggaran otonom bersandi "Program K3". Alokasi keuangan untuk keselamatan kerja terdeteksi menumpang dan melekat (embedded) pada pos anggaran umum pemeliharaan sarana prasarana serta pos pengadaan barang logistik rutin.

Temuan ini berbanding lurus dengan ketiadaan Dokumen Program Kerja K3 Tahunan yang terstruktur dan komprehensif (sebagaimana tercatat pada lembar observasi perencanaan aspek 3). Tim K3 tidak memiliki matriks Gantt-chart atau linimasa kerja formal yang terjadwal rapi untuk satu tahun berjalan. Dampaknya, sebagian besar program kerja K3 yang disebutkan oleh informan hakekatnya berjalan secara insidental dan reaktif; aktivitas keselamatan baru digerakkan secara masif apabila puskesmas akan menghadapi momentum penilaian akreditasi nasional atau inspeksi mendadak dari Dinas Kesehatan terkait.

b. Analisis dan Pembahasan Berdasarkan Teori/Regulasi

Berdasarkan prinsip dasar SMK3 yang diadopsi dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 50 Tahun 2012, tahap perencanaan wajib didasarkan pada peninjauan awal riwayat kecelakaan kerja dan identifikasi bahaya, yang kemudian dituangkan dalam dokumen rencana kerja terstruktur serta didukung oleh kepastian alokasi dana yang mandiri (dedicated budget). Keberadaan SK Tim K3 Puskesmas Remboken Tahun 2025—di mana posisi ketua diamanahkan kepada perawat senior dengan sokongan tiga anggota multi-profesi (Sanitarian, Tata Usaha, dan Farmasi)—secara teoretis sudah sangat ideal karena mencakup unsur penanggung jawab klinis, higienitas lingkungan, serta manajerial logistik. Keberadaan SOP dasar (SOP penggunaan APD, SOP penanganan tumpahan cairan tubuh, dan SOP alur pasca pajanan) juga membuktikan tersedianya pedoman taktis perencanaan di tingkat pelayanan.

Apabila dikomparasikan dengan khazanah penelitian terdahulu, kondisi ambiguitas perencanaan anggaran ini sejalan dengan temuan Suriadi, et al. (2024) di Puskesmas Pante Bidari Aceh Timur. Penelitian terdahulu tersebut mengonfirmasi bahwa kendala utama pada tahap perencanaan puskesmas umumnya berakar pada ketidaktersediaan dokumen program kerja yang terstruktur dan belum mandiri pos anggaran K3. Hal ini membuktikan adanya pola makro di fasyankes tingkat pertama, di mana perencanaan K3 sering kali belum diposisikan sebagai investasi proteksi jangka panjang melainkan sekadar instrumen reaktif demi akreditasi.

Akan tetapi, tiadanya Dokumen Program Kerja K3 Tahunan yang terintegrasi merupakan kelemahan manajemen perencanaan yang sangat mendasar. Manajemen K3 yang bersifat insidental dan digerakkan hanya demi pemenuhan regulasi akreditasi mengindikasikan belum berjalannya sistem pemeliharaan keselamatan yang proaktif. K3 masih diposisikan sebagai program administratif pelengkap, bukan sebagai instrumen proteksi utama kehidupan staf. Kelemahan dokumen perencanaan ini berkolerasi dengan struktur penganggaran di dalam RKA Puskesmas. Ketidadaan pos anggaran mandiri membuat Tim K3 mengalami keterbatasan ruang gerak untuk mengeksekusi program-program kerja pencegahan risiko berskala besar, seperti pelatihan teknis tersertifikasi atau peremajaan sistem proteksi kebakaran. Tim K3 sangat bergantung pada sisa ruang anggaran pemeliharaan sarpras umum. Akibatnya, pemenuhan keselamatan kerja di puskesmas ini belum didasari oleh asas kesinambungan jangka panjang, melainkan berbasis pemenuhan kebutuhan darurat sesaat (*reactive planning*).

3) Pelaksanaan K3

a. Penyajian Data Lapangan dan Temuan Triangulasi

Tahapan pelaksanaan K3 merupakan wujud nyata dari operasionalisasi kebijakan dan rencana yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan kelima informan, aspek pelatihan dan kompetensi K3 mendapat perhatian khusus. INF-4 (Dokter) menyatakan bahwa pelatihan K3 di puskesmas dilaksanakan secara berkala:

“Iya, ada sosialisasi dan pelatihan K3. Biasanya di sini ada 2 kali setahun.”

Hal senada disampaikan oleh INF-2 (Penanggung Jawab K3) yang mengonfirmasi adanya sosialisasi internal dan keikutsertaan petugas dalam pelatihan eksternal sesuai kebutuhan. Sementara itu, INF-3 (Petugas Laboratorium) menambahkan bahwa pelatihan tersebut dirasakan bermanfaat untuk memandu tata cara penanganan spesimen biologis yang aman. Adapun INF-5 (Perawat) juga mengakui adanya sosialisasi dan pelatihan K3, khususnya tentang penggunaan APD, cuci tangan, dan pembuangan limbah tajam. Namun demikian, berdasarkan hasil verifikasi dokumen, peneliti tidak menemukan satu pun dokumen bukti pelaksanaan simulasi tanggap darurat—seperti simulasi kebakaran atau gempa—dalam satu tahun terakhir. INF-2 mengakui hal ini secara implisit ketika menyebut “simulasi kebakaran atau kesiapsiagaan darurat kalau dijadwalkan,” yang mengindikasikan bahwa simulasi belum pernah terealisasi secara terstruktur.

Mengenai identifikasi bahaya dan pengendalian risiko, seluruh informan (INF-1 hingga INF-5) mengklaim bahwa proses tersebut telah dilakukan. INF-2 menjelaskan bahwa identifikasi bahaya mencakup risiko tertusuk jarum, paparan infeksi, limbah medis, bahan kimia, dan risiko terpeleset, disertai upaya pengendalian melalui APD, safety box, dan prosedur kerja aman. Namun, ketika peneliti melakukan verifikasi dokumen, tidak ditemukan satu pun dokumen Hazard Identification, Risk Assessment, and Risk Control (HIRARC) yang tertulis dan terstruktur di unit-unit ruangan. Pemahaman staf mengenai risiko kerja terpantau hanya bersifat empiris berbasis pengalaman sehari-hari, bukan berdasarkan analisis risiko tertulis yang sistematis.

Terkait ketersediaan sarana dan prasarana K3, INF-1 (Kepala Puskesmas) menyampaikan secara rinci bahwa fasilitas yang tersedia meliputi APD lengkap (masker medis, N95, sarung tangan, nurse cap, face shield, apron/hazmat, dan sepatu boots), IPAL, APAR, tempat sampah medis terpisah, safety box, wastafel dan hand sanitizer, serta tangga dengan pegangan. Pernyataan ini diperkuat oleh INF-2, INF-3, INF-4, dan INF-5 yang mengonfirmasi ketersediaan fasilitas tersebut. Hasil observasi lapangan memvalidasi keberadaan tiga unit APAR yang terpasang di area pendaftaran, laboratorium, dan dapur, serta rambu jalur evakuasi dan tanda EXIT di koridor utama. Namun, terdapat temuan kritis: kartu kontrol APAR terpantau kosong tanpa paraf pemeriksaan bulanan, dan tekanan pada manometer satu unit APAR berada di zona merah (drop tekanan). Selain itu, stok masker di Poli Gigi sempat menipis, dan area

titik kumpul (assembly point) di halaman depan belum memiliki plang penanda yang jelas dan terstandar.

b. Analisis dan Pembahasan Berdasarkan Teori/Regulasi

Pelaksanaan K3 di fasyankes diatur secara komprehensif dalam Permenkes Nomor 52 Tahun 2018 yang mewajibkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk menerapkan program K3 meliputi: (1) peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan dan simulasi berkala, (2) identifikasi dan pengendalian faktor risiko berbasis dokumen HIRARC, serta (3) penyediaan dan pemeliharaan sarana prasarana keselamatan secara disiplin dan terdokumentasi. Mengacu pada standar ini, pelaksanaan K3 di Puskesmas Remboken menunjukkan kondisi yang bersifat parsial—memenuhi sebagian aspek secara fisik namun lemah pada aspek sistemik dan dokumentatif.

Dari aspek pelatihan, frekuensi dua kali setahun yang disebutkan oleh INF-4 sebenarnya sudah mencerminkan adanya kesadaran manajemen terhadap pentingnya pembaruan kompetensi staf. Akan tetapi, ketiadaan simulasi tanggap darurat yang terjadwal secara formal merupakan celah serius dalam kesiapsiagaan puskesmas menghadapi kondisi darurat. Berdasarkan hierarki pengendalian risiko (hierarchy of controls) dalam ilmu K3, pelatihan dan simulasi berfungsi sebagai pengendalian administratif yang vital. Tanpa simulasi evakuasi atau pemadaman api yang dipraktikkan secara berkala, petugas tidak akan mampu merespons insiden darurat secara refleksif dan terkoordinasi, sehingga potensi fatalitas akibat kecelakaan kerja massal menjadi lebih besar.

Ketiadaan dokumen HIRARC merupakan kelemahan yang sangat fundamental dalam manajemen risiko berbasis bukti. Dokumen HIRARC berfungsi sebagai instrumen ilmiah untuk mengidentifikasi, mengkuantifikasi, dan menetapkan hierarki pengendalian setiap bahaya di unit-unit kerja secara spesifik. Tanpa dokumen ini, penilaian risiko yang dilakukan staf hanya bersandar pada intuisi dan pengalaman empiris, yang sangat rentan terhadap bias kognitif dan variasi antar-individu. Kondisi ini sejalan dengan temuan penelitian terdahulu dari Tumigolung, Kawatu, dan Kulsum (2021) di Puskesmas Kakaskasen Tomohon, yang mendapati bahwa ketiadaan dokumen HIRARC menyebabkan pengendalian risiko di puskesmas cenderung bersifat reaktif, bukan preventif.

Pada aspek sarana dan prasarana, pemenuhan logistik APD di unit-unit kritis seperti laboratorium dan IGD patut diapresiasi sebagai praktik perlindungan petugas yang baik. Namun, ditemukannya satu unit APAR dengan tekanan manometer di zona merah disertai kartu kontrol yang tidak pernah diisi mencerminkan adanya kelalaian sistemik dalam siklus pemeliharaan preventif. Dalam konteks manajemen keselamatan, APAR yang tidak terpelihara dengan baik pada hakikatnya lebih berbahaya daripada tidak ada sama sekali, karena menciptakan ilusi perlindungan (illusion of safety) yang dapat menurunkan kewaspadaan staf saat menghadapi situasi darurat kebakaran. Elfeto (2024) menegaskan bahwa di lingkungan fasyankes dengan kompleksitas risiko tinggi, pemenuhan sarana tanpa pemeliharaan yang disiplin justru menciptakan rasa aman palsu yang kontraproduktif. Ketidadaan plang titik kumpul yang jelas juga berpotensi mempersulit koordinasi evakuasi massal apabila sewaktu-waktu terjadi bencana atau kebakaran di lingkungan puskesmas.

4) Evaluasi Pelaksanaan SMK3

a. Penyajian Data Lapangan dan Temuan Triangulasi

Elemen evaluasi ditujukan untuk mengukur sejauh mana efektivitas penerapan SMK3 dalam kurun waktu tertentu. Berdasarkan data wawancara dengan INF-1 (Kepala Puskesmas) dan INF-2 (Penanggung Jawab K3), metode evaluasi yang dilakukan pihak manajemen berfokus pada aktivitas pemantauan dan evaluasi harian melalui pelaporan berkala isu-isu operasional dalam rapat internal puskesmas. INF-2 menambahkan:

"Evaluasi biasanya dilakukan dengan cara pemantauan langsung di lapangan oleh tim mutu dengan penanggung jawab terkait."

Staf pelaksana klinis (INF-3 dan INF-4) mengonfirmasi bahwa tim penilai eksternal dari manajemen mutu kerap melangsungkan inspeksi visual langsung ke ruangan-ruangan untuk memantau kedisiplinan penggunaan APD, higienitas ruangan, serta ketepatan pembuangan limbah tajam.

Namun, hasil observasi dokumen oleh peneliti menunjukkan bahwa puskesmas tidak memiliki dokumen laporan berkala khusus (bulanan/triwulanan/tahunan) pelaksanaan program K3. Pelaporan isu keselamatan kerja dan kondisi sarana prasarana darurat tidak berdiri sendiri, melainkan digabung langsung ke dalam Laporan Mutu Puskesmas secara berkala. Selain itu, Tim K3 Puskesmas terpantau belum pernah melakukan inspeksi formal bulanan ke ruangan-ruangan menggunakan instrumen lembar ceklis audit internal K3; pemantauan kondisi gedung sejauh ini hanya dikerjakan secara visual lepas oleh bagian Sarpras. Meskipun demikian, pada aspek pelaporan insiden, puskesmas memiliki sistem pencatatan yang berjalan baik. Berdasarkan inspeksi dokumen, peneliti menemukan adanya Buku Register Pajanan dan Kecelakaan Kerja di IGD. Di dalam buku tersebut, tercatat secara jelas dan rapi terdapat 1 kasus insiden petugas kesehatan tertusuk jarum suntik (needle stick injury) pada bulan November tahun 2025, di mana laporan tersebut memperlihatkan bahwa korban telah ditangani secara medis dan administratif sesuai dengan alur pasca pajanan puskesmas.

b. Analisis dan Pembahasan Berdasarkan Teori/Regulasi

Evaluasi merupakan komponen krusial dalam siklus Plan-Do-Check-Act (PDCA) manajemen organisasi. Berdasarkan standar manajemen keselamatan kerja, evaluasi SMK3 di fasyankes setidaknya harus didukung oleh dua instrumen utama: audit/inspeksi internal berkala menggunakan ceklis K3 dan laporan akuntabilitas program K3 yang terpisah.

Ketiadaan dua instrumen ini di Puskesmas Remboken mengindikasikan bahwa fungsi "Check" (Pengawasan) di puskesmas ini belum berjalan optimal secara sistemik. Penggilingan laporan K3 ke dalam Laporan Mutu Puskesmas umum menyebabkan isu-isu spesifik keselamatan kerja—seperti temuan APAR drop atau menipisnya APD di Poli Gigi—menjadi kurang mendapat sorotan utama pimpinan. Tim K3 yang tidak dibekali instrumen lembar ceklis inspeksi formal bulanan cenderung bekerja tanpa standarisasi pengukuran, sehingga penilaian kondisi lingkungan kerja menjadi subjektif. Kelemahan fungsi pengawasan operasional harian yang ditemukan peneliti di Puskesmas Remboken ini memperkuat hasil penelitian terdahulu oleh Desta & Lendrawati (2023) di Puskesmas Nan Balimo Kota Solok. Penelitian terdahulu tersebut memaparkan bahwa siklus pengawasan SMK3 di puskesmas sering kali tidak optimal karena Tim K3 bergerak tanpa dibekali instrumen daftar periksa (checklist) monitoring yang baku, yang menyebabkan evaluasi lingkungan kerja bergeser menjadi sekadar pengamatan visual subjektif.

Nilai positif yang patut diakomodasi dari sistem evaluasi puskesmas ini adalah tertibnya pendokumentasian kasus kecelakaan kerja (incident reporting system). Pencatatan akurat kasus needle stick injury pada November 2025 di Buku Register Pajanan IGD membuktikan adanya keterbukaan informasi (safety reporting culture) dari staf, serta berjalannya SOP klinis penanganan pasca pajanan untuk melindungi staf dari risiko infeksi virus hepatitis B, C, atau HIV. Langkah pelaporan ini merupakan modalitas penting untuk melakukan evaluasi berbasis data empiris di kemudian hari.

5) Tinjauan Ulang SMK3

a. Penyajian Data Lapangan dan Temuan Triangulasi

Elemen terakhir dari SMK3 adalah tinjauan ulang manajemen untuk memastikan keberlanjutan dan perbaikan sistem secara kontinu. Hasil wawancara dengan seluruh informan (INF-1 hingga INF-5) mengonfirmasi bahwa manajemen puskesmas secara konsisten menyelenggarakan forum peninjauan berkala guna membedah kendala dan keterbatasan pelaksanaan keselamatan kerja di lapangan. INF-1 memaparkan:

"Iya, tinjauan ulang terhadap penerapan SMK3 di puskesmas itu ada dilakukan... Dari hasil tinjauan itu, torang bisa tahu mana yang so baik dan mana yang masih perlu diperbaiki."

Peneliti melakukan verifikasi melalui dokumen hasil rapat dan menemukan bukti berupa adanya Dokumen Notulen Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) akhir tahun yang diselenggarakan pada bulan Desember tahun 2025. Di dalam notulen tersebut tercatat adanya pembahasan spesifik mengenai perbaikan kinerja K3, salah satunya adalah rekomendasi kebutuhan mendesak untuk melakukan pengadaan unit APAR tambahan untuk ditempatkan di ruang rawat inap puskesmas. Namun, pada aspek eksekusi tindak lanjut, peneliti menemukan adanya hambatan realisasi. Berdasarkan observasi dokumen anggaran dan konfirmasi lapangan, belum ada revisi kebijakan, revisi SOP, ataupun realisasi penambahan anggaran khusus K3 sebagai bentuk tindak lanjut dari hasil keputusan RTM Desember 2025 tersebut. Anggaran keuangan puskesmas untuk tahun berjalan ini terpantau masih dialihkan dan diprioritaskan penuh oleh manajemen untuk membiayai program penanganan stunting nasional di wilayah Remboken.

b. Analisis dan Pembahasan Berdasarkan Teori/Regulasi

Tinjauan Ulang Manajemen (TUM) merupakan langkah strategis tertinggi dalam SMK3 untuk mewujudkan prinsip Continual Improvement (Perbaikan Berkelanjutan). Penyelenggaraan RTM pada Desember 2025 di Puskesmas Remboken menunjukkan bahwa pimpinan puskesmas memiliki komitmen manajerial untuk mendengarkan umpan balik dari tim keselamatan dan merumuskan solusi korektif (seperti rencana penambahan APAR di ruang rawat inap).

Namun, tidak terealisasinya keputusan RTM tersebut akibat benturan prioritas anggaran (penanganan stunting) menunjukkan fenomena umum keterbatasan kapasitas fiskal pada instansi pelayanan kesehatan primer milik pemerintah. Ketika puskesmas dihadapkan pada kewajiban menyukseskan program prioritas nasional (stunting), program keselamatan kerja internal (K3) sering kali menjadi sektor yang dikorbankan atau ditunda pelaksanaannya. Fenomena hambatan tindak lanjut hasil rapat akibat benturan prioritas fiskal ini sangat erat kaitannya dengan penelitian terdahulu oleh Darmastuti (2024). Darmastuti (2024) menggarisbawahi bahwa *top management commitment* (komitmen manajemen puncak) adalah penentu mutlak hidup-matinya siklus SMK3. Temuan di Puskesmas Remboken menunjukkan bahwa komitmen yang ada baru sebatas *administrative commitment* (di atas kertas notulen rapat), tetapi masih lemah pada fase *financial and operational commitment* ketika diperhadapkan pada program prioritas nasional.

Secara manajemen risiko, penundaan pengadaan APAR ruang rawat inap meningkatkan kerentanan area perawatan pasien terhadap bahaya kebakaran tidak terkendali. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi SMK3 di Puskesmas Remboken baru sekuat komitmen di atas kertas notulen rapat (*administrative commitment*), namun masih lemah pada fase realisasi finansial dan operasional akibat ketergantungan pada skala prioritas anggaran tunggal puskesmas.

Ringkasan Triangulasi Elemen SMK3

Untuk mempermudah pemahaman komparatif antara pengakuan lisan informan dan fakta objektif di lapangan, berikut disajikan Matriks Triangulasi Hasil Penelitian pada tabel 2.

Tabel 2. Matriks Triangulasi Penerapan SMK3 di Puskesmas Remboken

Elemen SMK3	Hasil Wawancara Mendalam (Data Lisan)	Hasil Observasi Lapangan & Dokumen (Data Objektif)	Kesimpulan Konvergen / Status
Kebijakan K3	Seluruh informan menyatakan ada kebijakan tertulis mengenai PPI, APD, dan limbah yang disosialisasikan lewat apel pagi/lokmin.	Ditemukan fisik SK Kepala Puskesmas No. 440/012/KP-RBK/2025 dan Notulen Lokmin. Namun, media komunikasi visual (poster/banner) K3 nihil.	Sesuai secara regulasi tertulis, namun lemah pada media publikasi visual lingkungan kerja.
Perencanaan K3	Informan menyatakan anggaran disediakan sesuai kemampuan keuangan puskesmas dan program kerja (imunisasi, limbah) telah disusun.	Dana K3 menumpang di pos sarpras umum RKA (tidak mandiri). Dokumen Program Kerja K3 Tahunan tertulis tidak tersedia (bersifat insidental).	Belum Sesuai. Struktur perencanaan belum terstandardisasi secara mandiri dan sistematis.
Pelaksanaan K3	Informan mengklaim ada pelatihan 2 kali setahun dan logistik APD serta APAR memadai di titik strategis.	Dokumen HIRARC tidak ada. Kartu kontrol APAR kosong, dan 1 unit APAR drop tekanan (zona merah). Plang Titik Kumpul nihil. Stok APD Poli Gigi menipis.	Belum Sesuai Standar. Logistik dasar tersedia, tetapi minus instrumen manajemen risiko (HIRARC) dan abai pemeliharaan.
Evaluasi SMK3	Informan menyatakan evaluasi berjalan berkala melalui pemantauan visual langsung oleh tim mutu ke ruangan.	Tidak ada dokumen laporan berkala khusus K3 (laporan menempel di Mutu). Ceklis inspeksi formal bulanan tidak diisi. Namun, Buku Register Insiden IGD mencatat rapi 1 kasus tertusuk jarum.	Sebagian Sesuai. Tertib pada sistem pelaporan insiden medis, namun lumpuh pada sistem inspeksi formal berkala.
Tinjauan Ulang	Informan menyatakan peninjauan ulang berkala dilaksanakan terintegrasi dalam rapat manajemen.	Ditemukan Notulen RTM Desember 2025 yang merencanakan penambahan APAR inap. Namun, tindak lanjut nol karena anggaran dialihkan penuh untuk stunting.	Belum Sesuai. Siklus Continual Improvement terhambat oleh realokasi anggaran fiskal.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, analisis data, dan proses triangulasi mengenai penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di UPT Puskesmas Remboken, Kabupaten Minahasa, dapat ditarik kesimpulan objektif sebagai berikut:

- 1) Kebijakan K3: Puskesmas Remboken telah memiliki komitmen tertulis yang kuat secara legalitas formal berupa SK Kepala Puskesmas Nomor 440/012/KP-RBK/2025 tentang Penerapan K3 serta dokumen komitmen bersama. Namun, penyebarluasan kebijakan masih timpang karena hanya mengandalkan jalur lisan (apel dan lokakarya mini) tanpa didukung oleh saluran komunikasi visual seperti poster atau banner K3 di area kerja. Penjelasan ini mengacu pada peraturan: Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (K3 Fasyankes).
- 2) Perencanaan K3: Fungsi organisasi K3 telah terbentuk lewat SK Tim K3 lintas profesi dan SOP dasar klinis. Akan tetapi, perencanaan strategis belum mapan karena puskesmas tidak memiliki Dokumen Program Kerja K3 Tahunan yang terstruktur dan alokasi dana di dalam RKA masih menumpang pada pos pemeliharaan umum (tidak memiliki pos anggaran mandiri), sehingga program berjalan insidental. Penjelasan ini mengacu pada peraturan: Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (K3 Fasyankes).
- 3) Pelaksanaan K3: Fasilitas keselamatan dasar seperti logistik APD medis dan sebaran unit APAR telah terpenuhi dengan baik di unit-unit kritis. Meskipun demikian, pelaksanaan K3 memiliki titik lemah kritikal akibat ketiadaan dokumen identifikasi risiko ilmiah (HIRARC), ketiadaan pelatihan/simulasi tanggap darurat, penanda titik kumpul yang tidak jelas, serta kelalaian pemeliharaan sarana yang ditandai dengan kosongnya kartu kontrol bulanan APAR dan adanya unit APAR yang kehilangan tekanan (zona merah). Penjelasan ini mengacu pada peraturan: Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (K3 Fasyankes).
- 4) Evaluasi SMK3: Puskesmas Remboken berhasil menerapkan budaya keterbukaan pelaporan insiden yang dibuktikan dengan pencatatan akurat kasus petugas tertusuk jarum (needle stick injury) di Buku Register Pajanan IGD sesuai SOP. Namun, fungsi pengawasan sistemik belum berjalan optimal karena ketiadaan dokumen laporan khusus berkala K3 dan tidak digunakannya instrumen lembar ceklis inspeksi formal bulanan oleh Tim K3. Penjelasan ini mengacu pada peraturan: Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (K3 Fasyankes), pemantauan dan evaluasi kinerja K3 (Pasal 14).
- 5) Tinjauan Ulang: Manajemen puskesmas telah menyelenggarakan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) pada Desember 2025 yang menghasilkan rekomendasi perbaikan (pengadaan APAR rawat inap). Namun, prinsip continual improvement mengalami stagnasi operasional karena seluruh tindak lanjut keputusan RTM tersebut belum direalisasikan akibat pengalihan prioritas anggaran puskesmas untuk program nasional penanganan stunting. Penjelasan ini mengacu pada peraturan: Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun

2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), peninjauan dan peningkatan kinerja SMK3 (Pasal 15).

5. DAFTAR PUSTAKA

- Anas, M., & Nanda, S. (2024). Gambaran penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3) di UPT Puskesmas Tambayoli, Sulawesi Tengah. *Jurnal Ilmiah OHSE Media*.
- Darmastuti, B. (2024). Analysis of hospital management's commitment to the implementation of the occupational safety and health management system at Cileungsi Hospital. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 7(7). <https://doi.org/10.56338/mppki.v7i7.5020>
- Desta, Y., & Lendrawati. (2023). *Analisis Penerapan Sistem Manajemen*
- Elfeto, J. E., Ratu, J. M., & Salmun, J. R. (2024). Evaluation of the implementation of the occupational safety management system (SMK3) at Naibonat Hospital, Kupang Regency in 2024. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.47134/mpk.v2i1.3332>.
- Fatma, K., Hasibuan, B., & Gusdini, N. (2022). Pengaruh pelaksanaan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3) terhadap kinerja perawat di ruang operasi Rumah Sakit King Fahad Madinah Al-Munawwaroh. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(2). <https://doi.org/10.30651/jkm.v7i2.12935>.
- Indonesia, K. K. R. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas*
- Indonesia, K. K. R. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Indonesia, K. K. R. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*
- Indonesia, P. R. (2012). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50*
- Indonesia, R. (1970). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja*. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Indonesia, R. (2003). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan*. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Indonesia, R. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas Nan Balimo Kota Solok. Kupang Regency. Manajemen Pelayanan Kesehatan.*
- Minahasa, D. K. K. (2025). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tahun*
- Munika, E., Suratmi, & Qowi, N. H. (2023). The relationship of health worker knowledge with the application of occupational health and safety in community health centers. *SURYA: Jurnal Media Komunikasi Ilmu Kesehatan, Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Palilingan, R. A., Bora, M. A., Ulfah, N., Munawaroh, A. L., & Zen, Z. H. (n.d.). *Kesehatan dan keselamatan di lingkungan kerja. Pelayanan Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/111740/permenkes-no-52-tahun-2018>
- Pemerintah Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 100. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/5263/pp-no-50-tahun-2012>

- Ramli, S., & Lestari, F. (2022). Evaluasi pemenuhan standar keselamatan dan kesehatan kerja fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas X. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(2), 88–96. <https://doi.org/10.26714/jkmi.17.2.2022.88-96>
- Safitri, J., Selviana, Trisnawati, E., & Rizky, A. (2024). Occupational safety and health management system (OSHMS) in health care facilities of Sekadau Health Center, Sekadau Hilir Subdistrict. *Indonesian Journal of Administration and Health Research*, 1(1), 15–29.
- Safitri, J., Selviana, Trisnawati, E., & Rizky, A. (2024). Occupational safety and health management system (OSHMS) in health care facilities of Sekadau Health Center, Sekadau Hilir Subdistrict. *Indonesian Journal of Administration and Health Research*, 1(1), 15–29. <https://doi.org/10.54630/ijahr.v1i1.22>
- Suriadi, A., Ramadhaniah, R., & Andria, D. (2024). Analisis penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas Pante Bidari Aceh Timur. *Jurnal Promotif Preventif*. <https://doi.org/10.47650/jpp.v7i2.1190>
- Tumigolung, G. S., Kawatu, P. A. T., & Kulsum, U. (2021). Analisis penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3) di Puskesmas Kakaskasen Kota Tomohon. *Jurnal KESMAS*, 10(4), 45–53.
- Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Pemerintah Republik Indonesia.
- Tumigolung, G. S., Kawatu, P. A. T., & Kulsum, U. (2021). Analisis penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3) di Puskesmas Kakaskasen Kota Tomohon. *Jurnal KESMAS*, 10(4), 45–53. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/35165>