

Analisis Implementasi Manajemen Risiko Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Di Puskesmas Segiri Samarinda

Muhammad Fuad Sya'bani^{1*}, Rindu², Harimat³

^{1,2,3} Universitas Indonesia Maju

Email: fuadsyaban@stikesmm.ac.id

Abstrak

Puskesmas menghadapi beragam bahaya kerja sehingga manajemen risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) diperlukan untuk melindungi tenaga kesehatan dan menjaga mutu pelayanan. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi manajemen risiko K3 di UPT Puskesmas Segiri Samarinda. Penelitian menggunakan desain deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus eksploratif pada Januari-Maret 2026. Tujuh informan dipilih secara purposive, terdiri atas pimpinan, penanggung jawab K3, tenaga kesehatan, dan petugas pendukung. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis secara tematik dengan bantuan NVivo versi 15. Kredibilitas data diperkuat melalui triangulasi sumber dan teknik serta member checking. Hasil menunjukkan bahwa kebijakan, SOP, APD, pengelolaan limbah, dan sarana keselamatan dasar telah tersedia, namun identifikasi bahaya dan penilaian risiko belum terdokumentasi secara formal menggunakan HIRADC. Kepatuhan terhadap APD dan SOP belum konsisten, monitoring cenderung menguat menjelang akreditasi, pelaporan near miss belum melembaga, simulasi tanggap darurat belum rutin, serta pemeriksaan kesehatan berkala dan imunisasi tenaga kesehatan belum merata. Implementasi K3 masih dominan compliance-based dan bersifat reaktif. Penguatan HIRADC, audit internal, pelaporan insiden, kesiapsiagaan darurat, perlindungan tenaga kesehatan, dan budaya keselamatan diperlukan untuk mendorong transisi menuju risk-based management.

Kata kunci: *HIRADC, keselamatan dan kesehatan kerja, manajemen risiko, puskesmas, budaya keselamatan*

Abstract

Primary health centers face diverse occupational hazards, making Occupational Health and Safety (OHS) risk management essential for protecting health workers and maintaining service quality. This study analyzed the implementation of OHS risk management at Segiri Public Health Center, Samarinda. An exploratory qualitative descriptive case study was conducted from January to March 2026. Seven purposively selected informants represented management, the OHS coordinator, health professionals, and support staff. Data were collected through in-depth interviews, participant observation, and document review, and were analyzed thematically with NVivo version 15. Credibility was strengthened through source and method triangulation and member checking. Policies, standard operating procedures, personal protective equipment, medical waste management, and basic safety facilities were available; however, hazard identification and risk assessment had not been formally documented using HIRADC. Compliance with PPE and procedures was inconsistent, monitoring intensified mainly before accreditation, near-miss reporting was not institutionalized, emergency drills were irregular, and periodic health examinations and immunization coverage were incomplete. OHS implementation remained predominantly compliance-based and reactive. Strengthening HIRADC, internal audits, incident reporting, emergency preparedness, worker protection, and safety culture is needed to support a transition toward risk-based management.

Keywords: *HIRADC, occupational health and safety, public health center, risk management, safety culture*

1. PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan primer yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat dan perseorangan. Dalam proses pelayanan, tenaga kesehatan, pasien, pengunjung, dan petugas pendukung dapat terpapar bahaya fisik, kimia, biologis, ergonomi, dan psikososial. Karena itu, pengelolaan risiko K3

perlu menjadi bagian dari sistem manajemen pelayanan untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan menjaga mutu pelayanan [1].

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan K3, termasuk penguatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan yang sesuai standar [6]. Pada tingkat global, tenaga kesehatan menghadapi risiko paparan penyakit menular, bahan kimia berbahaya, radiasi, kebisingan, suhu ekstrem, praktik penanganan pasien yang tidak aman, serta bahaya psikososial [4]. Data nasional juga menunjukkan bahwa kecelakaan kerja masih menjadi persoalan penting, sehingga upaya pencegahan dan pengendalian risiko perlu diperkuat [5].

Pengalaman pandemi COVID-19 memperlihatkan pentingnya kesiapsiagaan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengelola risiko infeksi dan melindungi tenaga kesehatan. Studi di Kalimantan Timur menunjukkan bahwa pencegahan dan pengendalian risiko di fasilitas pelayanan kesehatan membutuhkan dukungan sistem, sumber daya, dan kepatuhan pelaksana [3]. Profil K3 nasional juga menegaskan perlunya penguatan perlindungan tenaga kerja melalui pendekatan yang sistematis [2].

Kajian sebelumnya menunjukkan bahwa implementasi K3 di puskesmas telah berkembang, tetapi masih ditemukan kesenjangan antara kebijakan, identifikasi bahaya, pengendalian risiko, dan konsistensi pelaksanaan [1]. Di UPT Puskesmas Segiri, penelusuran awal menunjukkan bahwa instrumen proteksi dasar telah berjalan, namun belum didukung dokumen manajemen risiko baku seperti HIRADC dan sistem pelaporan insiden yang terintegrasi. Kondisi tersebut penting dikaji karena Puskesmas Segiri berada di kawasan urban dengan arus kunjungan tinggi serta menghadapi keterbatasan sumber daya dan anggaran.

Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi manajemen risiko K3 di UPT Puskesmas Segiri Samarinda, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat, serta merumuskan arah penguatan sistem dari pendekatan berbasis kepatuhan (compliance-based) menuju manajemen berbasis risiko (risk-based management).

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus eksploratif untuk memahami implementasi manajemen risiko K3 secara kontekstual di UPT Puskesmas Segiri Samarinda. Pengumpulan data dilaksanakan pada Januari-Maret 2026.

Informan dipilih dengan purposive sampling. Kriteria inklusi adalah masa kerja aktif minimal satu tahun, terlibat langsung dalam pelayanan klinis atau struktur/program K3, serta memiliki pengetahuan mengenai kondisi keselamatan kerja di puskesmas. Sebanyak tujuh informan terlibat, yaitu Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab K3, dokter umum, perawat, bidan, petugas kebersihan, dan petugas keamanan.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara, observasi partisipatif pada unit kerja, dan telaah dokumen internal. Ketiga teknik tersebut digunakan untuk membandingkan informasi mengenai kebijakan dan komitmen K3, identifikasi bahaya dan penilaian risiko, pengendalian risiko, sarana prasarana, pelatihan, kesiapsiagaan darurat, monitoring dan evaluasi, perlindungan tenaga kesehatan, serta faktor organisasi.

Analisis dilakukan secara induktif menggunakan analisis tematik. Rekaman wawancara ditranskripsikan, dibaca berulang, diberi kode awal, dikelompokkan menjadi kategori, dan dirumuskan menjadi tema. NVivo versi 15 digunakan untuk membantu pengorganisasian data. Prosedur analisis mengikuti prinsip analisis tematik pada penelitian kualitatif [7]. Kredibilitas temuan diperkuat melalui triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan konfirmasi transkrip kepada informan (member checking).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

Penelitian melibatkan tujuh informan yang mewakili unsur pengambil kebijakan, koordinator K3, pelaksana pelayanan, dan petugas pendukung. Karakteristik informan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

Kode	Jabatan	Jenis Kelamin	Peran dalam K3
I-1	Kepala Puskesmas	L	Pengambil kebijakan
I-2	Penanggung Jawab K3	P	Koordinator K3
I-3	Dokter Umum	L	Pelaksana pelayanan
I-4	Perawat	P	Pelaksana pelayanan
I-5	Bidan	P	Pelaksana pelayanan
I-6	Petugas Kebersihan	L	Petugas pendukung
I-7	Petugas Keamanan	L	Kesiapsiagaan darurat

Sumber: Data primer, 2026.

Kebijakan dan Komitmen Manajemen terhadap K3

Puskesmas Segiri telah memiliki kebijakan internal K3 dalam bentuk Surat Keputusan Kepala Puskesmas dan SOP. Komitmen pimpinan terlihat terutama pada penyediaan APD dan pemenuhan kebutuhan akreditasi. Namun, implementasi kebijakan belum sepenuhnya terinternalisasi dalam aktivitas harian dan keterlibatan tenaga kesehatan dalam penyusunan kebijakan masih terbatas. Informan I-2 menyatakan, “Komitmen pimpinan ada, terutama kalau terkait APD dan persiapan akreditasi.” Sementara itu, I-4 menyampaikan, “Kami biasanya hanya menjalankan kebijakan, tidak ikut menyusun.”

Identifikasi Bahaya dan Penilaian Risiko

Identifikasi bahaya masih dilakukan secara informal berdasarkan pengalaman petugas dan diskusi internal. Risiko yang sering dikenali meliputi tertusuk jarum, paparan aerosol infeksius, kelelahan akibat kerja, dan gangguan ergonomi. Belum ditemukan daftar bahaya per unit, pemetaan risiko tertulis, atau dokumen HIRADC. Informan I-2 menegaskan, “Belum ada yang seperti daftar bahaya per unit atau matriks risiko yang ditempel.” Temuan ini menunjukkan bahwa pengelolaan risiko masih bersifat reaktif.

Pengendalian Risiko dan Sarana Pendukung

Pengendalian risiko telah dilakukan melalui penyediaan APD, SOP klinis, sterilisasi area infeksius, pengelolaan limbah medis, P3K, APAR, jalur evakuasi, dan fasilitas cuci tangan. Namun, kepatuhan penggunaan APD dan SOP berfluktuasi terutama ketika beban pelayanan meningkat. Jadwal pemeliharaan sarana keselamatan belum terdokumentasi secara konsisten. Observasi juga menunjukkan bahwa pengelolaan B3 belum dilengkapi MSDS dan risiko ergonomi belum menjadi perhatian utama.

Pelatihan, Kesiapsiagaan Darurat, dan Perlindungan Tenaga Kesehatan

Pelatihan K3 dilakukan melalui sosialisasi internal dan pengenalan SOP, tetapi jadwalnya belum konsisten. Prosedur tanggap darurat telah tersedia, sedangkan simulasi belum dilakukan secara rutin dan dokumentasinya terbatas. Pemeriksaan kesehatan berkala belum dilaksanakan secara optimal dan imunisasi belum menjangkau seluruh petugas. Kondisi ini

menunjukkan bahwa kesiapsiagaan dan perlindungan tenaga kesehatan belum terintegrasi secara menyeluruh dalam sistem K3.

Monitoring, Evaluasi, dan Pelaporan Insiden

Informan menyatakan monitoring dibahas melalui rapat internal dan Lokakarya Mini bulanan. Namun, observasi dan telaah dokumen menunjukkan bahwa monitoring belum konsisten, catatan evaluasi terbatas, dan audit lebih intens menjelang akreditasi. Pelaporan kejadian hampir celaka (near miss) juga belum menjadi praktik yang melembaga. Perbedaan antara keterangan wawancara dan bukti observasi/dokumen menegaskan perlunya sistem monitoring yang lebih terstruktur.

Faktor Penghambat dan Budaya Keselamatan

Hambatan utama yang teridentifikasi adalah keterbatasan anggaran, keterbatasan SDM, beban kerja tinggi, serta rendahnya kesadaran dan budaya K3. Kepatuhan terhadap APD dan SOP masih bergantung pada individu dan situasi kerja. Temuan tersebut menunjukkan bahwa budaya keselamatan belum menjadi nilai organisasi yang konsisten.

Integrasi hasil wawancara, observasi, dan telaah dokumen diringkas pada Tabel 2.

Tema	Wawancara	Observasi/Dokumen	Interprestasi
Kebijakan komitmen	& SK/SOP tersedia; dukungan pimpinan ada	Implementasi harian tidak selalu konsisten	Kebijakan formal tersedia, internalisasi belum kuat
Identifikasi risiko	Berbasis pengalaman; tidak ada pemetaan tertulis	Daftar bahaya/matriks risiko dan HIRADC tidak ditemukan	Manajemen risiko belum sistematis dan masih reaktif
Pengendalian risiko	APD dan SOP digunakan, kepatuhan fluktuatif	APD tersedia; SOP belum dipahami merata	Pengendalian operasional ada, pengawasan perlu diperkuat
Monitoring evaluasi	& Dibahas melalui Lokakarya Mini	Catatan monitoring terbatas; audit cenderung insidental	Monitoring belum berkelanjutan
Kesiapsiagaan darurat	SOP tersedia; simulasi rutin	Dokumentasi simulasi terbatas	Kesiapsiagaan masih pasif
Perlindungan pekerja	MCU tidak rutin; imunisasi belum merata	Jadwal MCU tidak terdokumentasi	Perlindungan tenaga kesehatan belum terintegrasi
Budaya K3	Kesadaran dan kepatuhan bervariasi	Praktik aman bergantung individu/situasi	Budaya keselamatan belum terbentuk kuat

Pembahasan

Temuan utama penelitian menunjukkan bahwa aktivitas K3 di Puskesmas Segiri telah berjalan pada tingkat administratif dan operasional, tetapi belum membentuk sistem manajemen risiko yang terstruktur. Ketidadaan HIRADC dan register risiko tertulis membuat proses identifikasi dan prioritas bahaya bergantung pada pengalaman petugas. Kondisi ini sejalan dengan kajian Hidayatillah dan Khasbiyah yang menempatkan HIRADC sebagai instrumen penting untuk identifikasi, penilaian, dan penentuan pengendalian risiko [8], serta penelitian Yeni dkk. yang menekankan pentingnya analisis risiko K3 di puskesmas [9].

Pengendalian risiko melalui APD, SOP, sterilisasi, dan pengelolaan limbah menunjukkan bahwa kontrol teknis dan administratif telah tersedia. Masalahnya terletak pada konsistensi perilaku aman. Kajian Istigfari dan Dwiantoro menunjukkan bahwa kepatuhan penggunaan APD dipengaruhi faktor manusia dan desain sistem kerja [10]. Dengan demikian, ketersediaan sarana perlu disertai pengawasan, pelibatan pekerja, dan penguatan budaya keselamatan.

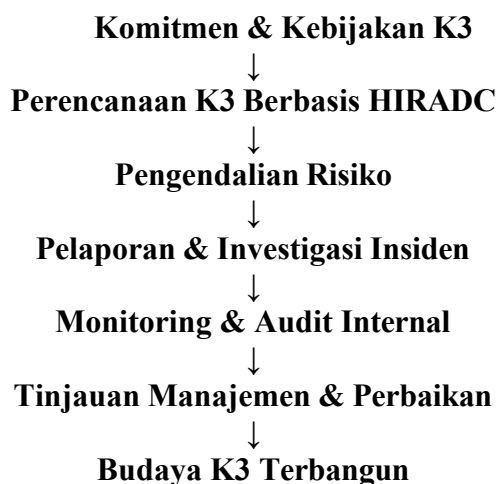
Monitoring yang lebih intens menjelang akreditasi menunjukkan orientasi kepatuhan administratif masih dominan. Tidak melembaganya pelaporan near miss mengurangi kesempatan organisasi untuk belajar dari kejadian yang belum menimbulkan cedera. Pedoman OSHA menempatkan pelaporan near miss sebagai bagian penting dari pencegahan insiden [11], sedangkan WHO dan ILO menekankan audit, pelaporan insiden, pelatihan, dan keterlibatan pekerja sebagai unsur program K3 bagi tenaga kesehatan [12].

Kesiapsiagaan darurat dan perlindungan kesehatan pekerja juga memerlukan penguatan. Walaupun APAR, jalur evakuasi, dan SOP tanggap darurat tersedia, simulasi belum rutin. Pemeriksaan kesehatan berkala dan imunisasi juga belum merata. WHO menempatkan surveilans kesehatan dan perlindungan pekerja sebagai bagian penting keselamatan tenaga kesehatan [13].

Secara keseluruhan, implementasi K3 di Puskesmas Segiri dapat dipahami berada pada tahap awal menuju sistem berbasis risiko: aktivitas dasar telah tersedia, tetapi kepatuhan, monitoring, pelaporan, dan budaya keselamatan belum konsisten. Faktor pendukung meliputi kebijakan K3, ketersediaan SOP, komitmen pimpinan, dan meningkatnya perhatian terhadap risiko biologis. Hambatan utama adalah keterbatasan SDM dan anggaran, beban kerja tinggi, serta belum terintegrasinya HIRADC. Oleh karena itu, penguatan sistem perlu diarahkan dari compliance-based menuju risk-based management.

Model Penguatan Implementasi Manajemen Risiko K3

Berdasarkan integrasi temuan, arah penguatan sistem disusun secara berjenjang sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 1. Model ini menempatkan komitmen dan kebijakan sebagai fondasi, diikuti perencanaan berbasis HIRADC, pengendalian risiko, pelaporan dan investigasi insiden, monitoring dan audit, serta tinjauan manajemen untuk membentuk budaya K3.



Gambar 1. Model Penguatan Implementasi Manajemen Risiko K3 di Puskesmas

4. KESIMPULAN

Implementasi manajemen risiko K3 di Puskesmas Segiri Samarinda telah berjalan pada aspek kebijakan dan operasional dasar, tetapi belum terintegrasi secara sistematis dalam pendekatan berbasis risiko. Identifikasi bahaya dan penilaian risiko belum didokumentasikan menggunakan HIRADC, kepatuhan terhadap APD dan SOP belum konsisten, monitoring masih cenderung berorientasi pada akreditasi, pelaporan near miss belum melembaga, dan kesiapsiagaan serta perlindungan kesehatan pekerja belum optimal. Penguatan perlu diprioritaskan pada penerapan HIRADC di setiap unit, audit internal dan pelaporan insiden yang rutin, simulasi kedaruratan, pemeriksaan kesehatan dan imunisasi terjadwal, peningkatan kapasitas SDM, serta penguatan budaya keselamatan. Temuan ini mendukung pergeseran pengelolaan K3 dari compliance-based menuju risk-based management.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1] R. Listyandini, R. Fatimah, S. Anggraini, A. Faradhilah, and P. N. R. Isnaeni, "Kajian penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas: studi kasus di Kabupaten Bogor," *J. Penelit. Inovatif*, vol. 5, no. 1, pp. 117–124, 2025, doi: 10.54082/jupin.1014.
- [2] A. Yuli, A. Sudi, F. Muhammad, Subhan, Sugistria, H. P., et al., *Profil Keselamatan dan Kesehatan Kerja Nasional Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022.
- [3] R. Gumilar, R. Modjo, R. S. Putra, and D. L. Setyowati, "Implementasi pencegahan dan pengendalian COVID-19 di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Provinsi Kalimantan Timur," *J. Kesehat. Masy. PREPOTIF*, vol. 5, no. 2, pp. 1084–1096, 2021.
- [4] World Health Organization, "Occupational health: health workers," Geneva, 2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>. [Accessed: May 11, 2025].
- [5] Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan, "Kecelakaan kerja makin marak dalam lima tahun terakhir," 2024. [Online]. Available: <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/berita/28681/Kecelakaan-Kerja-Makin-Marak-dalam-Lima-Tahun-Terakhir>. [Accessed: May 11, 2025].
- [6] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI, 2018.
- [7] Najmah, N. Adelliani, C. A. Sucirahayu, and A. R. Zanjabila, *Analisis Tematik pada Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Salemba Medika, 2023.
- [8] T. A. Hidayatillah and Khasbiyah, "Identifikasi bahaya dan penilaian risiko dengan metode hazard identification, risk assessment, and determining control (HIRADC) pada lingkungan kerja puskesmas," *J. Occup. Health Hyg. Saf.*, vol. 2, no. 2, 2024.
- [9] D. F. Yeni, A. R. Alfian, and L. H. Anshari, "Analisis risiko keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas Tanah Garam Kota Solok," *J. Keselam. Kesehat. Kerja Lingkung.*, vol. 4, no. 1, 2023.
- [10] S. N. Istigfari and L. Dwiantoro, "Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kesehatan melalui pendekatan human factor design: kajian literatur," *J. Holist. Nurs. Health Sci.*, vol. 5, no. 1, pp. 111–124, 2022.
- [11] Occupational Safety and Health Administration, "Template for near miss reporting policy," Washington, DC, 2021. [Online]. Available: <https://www.osha.gov/sites/default/files/202107/Template%20for%20Near%20Miss%20>

- [Reporting%20Policy.pdf](#). [Accessed: May 11, 2025].
- [12] World Health Organization and International Labour Organization, Caring for Those Who Care: Guide for the Development and Implementation of Occupational Health and Safety Programmes for Health Workers. Geneva: WHO and ILO, 2022.
- [13] World Health Organization, "Occupational health and safety for health workers: interim guidance," Geneva, 2021. [Online]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339151/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1-eng.pdf. [Accessed: May 11, 2025].