



Manajemen Rumah Sakit dalam Pencegahan Bahaya Ergonomi pada Dokter Gigi

Rizki Intan Wahyu Utami^{1✉}, Henry Setiawan Susanto², Yuliani Setyaningsih³

¹Prodi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

²Prodi Epidemiologi dan Penyakit Tropik, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

³Prodi Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 18 Juli 2020

Disetujui 1 Oktober 2020

Dipublikasikan 31

Oktober 2020

Keywords:

management, occupational safety and health, ergonomic, dentist

DOI:

<https://doi.org/10.15294/higeia/v4i4/38733>

Abstrak

Rumah sakit membutuhkan manajemen untuk melakukan pencegahan dan pengendalian bahaya pada tenaga kerja. Bahaya ergonomi sering dikeluhkan dokter gigi yang berkaitan dengan sikap kerja statis yang berulang dan waktu panjang. Manajemen perlu melakukan evaluasi untuk menjalankan pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi pada dokter gigi dengan optimal. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi manajemen K3RS dalam pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi pada dokter gigi. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan non eksperimental. Teknik pengumpulan data didapat melalui observasi dan wawancara mendalam dengan triangulasi sumber sebagai uji keabsahan data. Informan penelitian berjumlah 15 informan. Analisa data penelitian ini dilakukan dengan metode analisis isi. Penelitian dilakukan bulan Oktober sampai Desember 2019. Hasil penelitian menunjukkan manajemen K3RS sudah memberlakukan kewaspadaan standar dan pemberian pelatihan K3RS namun masih secara umum pada dokter gigi. Kesimpulan penelitian ini didapatkan manajemen K3RS masih pada tahap pencegahan dan pengendalian bahaya secara umum sehingga belum melakukan upaya pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi khusus pada dokter gigi.

Abstract

Hospital needed management to prevent and control hazards in the workforce. The danger of ergonomic was often complained by dentists who are associated with prolonged and repeated static work attitudes. Management needed to do an evaluation to prevent and control of ergonomic hazards in the dentist. This research aimed to evaluate the implementation of management in the prevention and control of ergonomic hazards in dentist. In this research used qualitative methods with a non-experimental approach from October to December 2019. Data would collected from in-depth interviews and observations with data validity test used source triangulation of 15 informants. The content analysis method would be used. The result showed that the management had enforced standard precautions and provided training but was still generally in the dentist. The conclusion was management of occupational safety and health still at the stage of prevent and control hazards in general so no efforts to prevent and control the specific ergonomic hazards of dentist yet.

© 2020 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:
Kampus Tembalang, Jl. Prof. Soedarto, SH
Tembalang, Semarang, 1269
E-mail: rizkintan19@gmail.com

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan fasilitas dengan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan fasilitas rawat jalan, rawat inap dan fasilitas penunjang kesehatan lainnya dengan pemberian layanan kesehatan secara jangka pendek maupun pada jangka panjang. Layanan kesehatan tersebut terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif sebagai pemulihan (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Pelayanan kesehatan tidak hanya bersifat kuratif dan rehabilitatif saja namun juga bersifat promotif sebagai peningkatan kesehatan dan preventif sebagai pencegahan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan pasien (Nurdianna, 2018). Perkembangan rumah sakit yang kompleks menuntut rumah sakit untuk melaksanakan manajemen rumah sakit dengan perencanaan yang efektif, efisien, produktif dan dapat mencapai tujuan organisasi (Lasyera, 2018)

Upaya layanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit diharapkan dapat memberi pelayanan yang berkualitas. Segala pelayanan tersebut tidak lepas dari potensi bahaya risiko pada tenaga kerja. Bahaya tersebut dapat menimpa seluruh sektor yang ada dirumah sakit antara lain tenaga kerja, pasien, dan pendamping pasien, serta pengunjung dan pada masyarakat di lingkungan sekitar rumah sakit. Pelaksanaan pengendalian bahaya di rumah sakit dapat dinilai dari keefektifitasan kinerja manajemennya. Dalam membantu pelaksanaan peran pemberi pelayanan kesehatan sebuah rumah sakit memerlukan manajemen untuk mencapai tujuannya (Ike, 2018).

Salah satu bagian manajemen yang ada pada rumah sakit yaitu manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit atau yang disingkat dengan K3RS. Manajemen K3RS didefinisikan sebagai bagian dari manajemen suatu rumah sakit dengan kegiatan pengendalian risiko yang dimulai dengan tahap perencanaan atau *planning*, pengorganisasian atau *organizing*, pelaksanaan atau *actuating* dan pengendalian atau *controlling*. Sistem manajemen K3 rumah sakit yang dapat

disingkat dengan SMK3 RS adalah suatu bagian dari manajemen rumah sakit secara keseluruhan dalam hal pengendalian risiko guna terciptanya lingkungan rumah sakit yang sehat, selamat, aman dan nyaman bagi tenaga kerja, pasien, pendamping pasien, pengunjung dan lingkungan rumah sakit. Strategi rumah sakit dan pencapaian tujuan bersama harus tetap dilaksanakan dengan baik sesuai kaidah manajemen. Berbagai hal yang harus diatur rumah sakit untuk melindungi semuanya yang ada dan dilingkungan rumah sakit. Pelaksanaan manajemen K3RS berguna sebagai upaya menciptakan tempat kerja yang aman, sejahtera dan terbebas dari risiko kecelakaan akibat kerja (KAK) dan penyakit akibat kerja (PAK). Kerugian bagi petugas kesehatan yang terdampak penyakit akibat kerja (PAK) dan proses pelayanan secara keseluruhan menjadi masalah pada pemberian pelayanan kesehatan dirumah sakit. Rumah sakit wajib menyelenggarakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Peran pihak manajemen dinilai penting karena pada keselamatan dan kesehatan tenaga kerja merupakan hak tenaga kesehatan (Salawati, 2010). Manajemen yang diterapkan secara nyata mampu membawa transformasi bagi tenaga kerjanya (Nurdiana, 2017). Upaya dalam pencapaian tujuan organisasi diperlukan keahlian dan mendayagunakan unsur manajemen yang dimiliki dengan sebaik-baiknya agar berhasil guna. Unsur manajemen (*tool of management*) untuk organisasi dengan 4M yaitu a) *Man*, artinya tenaga yang bermanfaat, b) *Money*, artinya anggaran yang dibutuhkan, c) *Materials*, artinya bahan atau material yang diperlukan, d) *Method*, artinya cara yang digunakan dalam bekerja (Ulfa, 2018).

Profesi dokter gigi merupakan salah satu profesi tenaga medis dirumah sakit yang dapat berpotensi menimbulkan penyakit akibat kerja. Beberapa bahaya potensial yang dapat terjadi pada dokter gigi antara lain bahaya fisik, biologi, kimia dan ergonomi (Sio, 2018). Penyakit akibat kerja yang sering muncul pada dokter gigi adalah bahaya ergonomi. Bahaya

ergonomi berdampak pada gangguan *musculoskeletal*. Gangguan *musculoskeletal* atau *musculoskeletal disorders* adalah gangguan otot, tendon, saraf tepi atau sistem vaskuler yang secara tidak langsung menyebabkan rasa nyeri yang berkepanjangan mulai dari keluhan ringan sampai berat. Prevalensi gangguan ergonomi pada profesi dokter gigi sebesar 87,2% (Ayatollahi, 2012). Gangguan *musculoskeletal* terdapat pada punggung, leher, bahu, pergelangan tangan, lutut dan kaki (Shaik, 2011). Rasa nyeri pada *musculoskeletal disorders* terdapat pada daerah punggung sebesar 60,87%, bagian leher sebesar 52,17%, pada bahu sebesar 21,74%, pergelangan tangan sebesar 13,04% dan nyeri pada lengan sebesar 4,34%. Faktor penyebab *musculoskeletal disorders* antara lain dari a) faktor teknis yakni faktor *dental unit*, peletakkan alat dan bahan yang tidak ergonomis, b) faktor non teknis yakni sikap ergonomi dokter gigi, usia, masa kerja dan gaya hidup (Andayasari, 2012).

Sifat pekerjaan dokter gigi berada pada bidang yang terbatas, dengan sikap duduk atau berdiri dalam waktu lama dengan posisi tubuh yang statis dan memerlukan kekuatan serta dapat diperparah dengan kurangnya olahraga. Gangguan ergonomi dapat mempengaruhi kualitas hidup dokter gigi dalam pemberian pelayanan gigi dan akan mengarah pada pensiun dini (Meisha, 2019). Kondisi gangguan ergonomi yang semakin lama akan dapat menyebabkan penurunan kualitas dan produktivitas pekerjaan. Penurunan kualitas dan produktivitas pekerjaan akibat gangguan ergonomi mengakibatkan dokter gigi harus istirahat dirumah (*lost day*) dengan variasi dari yang berdampak ringan hingga berdampak cacat permanen.

Hasil penelitian terdahulu tentang keselamatan dan kesehatan kerja (K3RS) pada karyawan membahas aspek yang mempengaruhi perilaku K3RS karyawan dari segi kebijakan K3, kesadaran karyawan dan pelatihan K3 didapatkan bahwa pelaksanaan program K3RS telah dilakukan tetapi belum berjalan optimal pada pelaksanaannya (Haryanto, 2019). Penelitian ini akan

mengerucut tentang manajemen K3RS pada dokter gigi. Berdasarkan uraian masalah diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi manajemen dalam pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi mengingat manajemen K3RS belum sepenuhnya berjalan dengan baik dalam pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi dari manajemen K3RS pada dokter gigi sebagai keluhan yang terbanyak.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan rancangan pendekatan studi kasus non eksperimental yakni dengan wawancara mendalam atau *in-depth interview* dan observasi. Penelitian kualitatif bermaksud untuk mendalami fenomena tentang hal yang dialami oleh subyek penelitian. Penelitian dilaksanakan bulan Oktober sampai Desember 2019 yang dilakukan di salah satu rumah sakit swasta tipe C dengan predikat akreditasi paripurna. Pemilihan lokasi penelitian didasari pertimbangan masalah-masalah yang diteliti ada dan ditemukan dilokasi ini. Variabel pada penelitian ini yakni identifikasi potensi bahaya dan pencegahan pengendalian bahaya. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yakni teknik dengan sampel penelitian yang sudah ditentukan. Subjek penelitian dipilih informan yang sudah terjun langsung dalam upaya manajemen K3RS dan pelayanan dokter gigi terdiri dari a) informan utama meliputi ketua komite K3RS, koordinator K3 dan manajemen risiko, kepala instalasi rawat jalan dengan kriteria inklusi karyawan tetap dan mitra, sudah bekerja minimal 1 tahun di rumah sakit tersebut dan bersedia menjadi informan, sedangkan b) informan triangulasi meliputi 10 dokter gigi, kepala bagian sumber daya insani dan kepala bagian umum dengan kriteria inklusi yakni karyawan tetap dan mitra, sudah bekerja minimal 1 tahun di rumah sakit tersebut dan akan bersedia menjadi informan penelitian.

Penelitian kualitatif ini memiliki instrumen atau alat penelitian utama yakni

peneliti sendiri. Sehingga peneliti sendiri memerlukan validasi yaitu berupa validasi tentang pemahaman dari metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti dan kesiapan peneliti dalam memulai masuk pada obyek penelitian, baik secara manajemen maupun prakteknya. Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*) menggunakan pedoman wawancara oleh peneliti. Wawancara mendalam (*in-depth interview*) dilakukan kepada semua informan atau dapat dihentikan apabila data sudah jenuh. Pertanyaan yang akan diajukan terdiri dari pertanyaan terbuka yang berisi daftar pertanyaan untuk ditanyakan lebih lanjut kepada informan terpilih dan kesesuaian pertanyaan mencakup level dari manajerial sampai operasional. Selanjutnya pedoman observasi tersebut berisi panduan pengamatan terhadap fenomena kegiatan manajerial dan kegiatan pada pelayanan dokter gigi dan sikap ergonomi dokter gigi dibandingkan dengan pedoman standar ergonomi dokter gigi. Dalam observasi tersebut juga dicatat jumlah pasien per hari. Observasi merujuk pada daftar *checklist* dengan pengamatan secara langsung, melakukan perekaman (*recording*) dan mencatat setiap kegiatan yang dilakukan.

Hasil dari penelitian yang diperoleh yakni berupa data primer yang diperoleh langsung dari wawancara dan data sekunder dari hasil laporan kecelakaan dan penyakit kerja dan berdasarkan hasil dari observasi dan jawaban yang didapatkan dari informan. Metode pengumpulan data tersebut yang dilakukan dengan data primer dan data sekunder akan bertujuan memperoleh informasi yang akurat, adekuat, relevan dan reliabel tentang peran manajemen dalam pencegahan bahaya ergonomi pada dokter gigi. Pertanyaan yang akan diberikan oleh masing-masing informan telah ditentukan dan didasari oleh beberapa indikator agar tidak menyebabkan terjadinya penyimpangan yang tidak sesuai tujuan dari penelitian ini. Validitas dilakukan dengan triangulasi untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding data dan fenomena

kejadian. Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan a) reduksi data yakni pemilahan data pokok dari data kasar selanjutnya akan dibuat transkrip data hasil wawancara sesuai data yang ada, b) *display data* yang dilakukan dengan penyajian data menjadi bentuk penjelasan yang singkat pada hasil identifikasi bahaya ergonomi dokter gigi, c) analisis isi dengan membandingkan hasil-hasil penelitian yang diperoleh dengan teori-teori yang ada berdasarkan sumber pustaka, dan d) pengambilan keputusan dengan melakukan penarikan suatu kesimpulan penelitian sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dan tujuan dari penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan manajemen K3RS secara teratur melakukan tinjauan potensi bahaya yang ada rumah sakit dengan melakukan evaluasi secara rutin dan konsisten minimal 6 bulan sekali pada masing-masing program keselamatan dan kesehatan kerja yang akan dilaporkan kepada direktur rumah sakit. Secepatnya akan dilakukan tindakan penanganan bahaya untuk hal yang bersifat darurat. Semua realisasi dalam usulan perbaikan pencegahan dan pengendalian bahaya dipertimbangkan oleh direktur rumah sakit. Manajemen K3RS juga mengadakan audit secara rutin tiap tahun. Audit yang dilakukan bersifat internal dan eksternal. Dalam proses audit tersebut, tim audit memberi rekomendasi perbaikan kepada unit yang dilakukan audit dan unit kerja berkewajiban melakukan perbaikan. Namun belum ada pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi pada dokter gigi.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan satu kesatuan bagian dari sistem pelayanan kesehatan pada umumnya. Pelayanan yang berkualitas diharapkan dalam pemberian pelayanan kesehatan rumah sakit (Ivana, 2014). Kesehatan kerja merupakan suatu kondisi yang prima dan bebas dari gangguan secara fisik dan psikis yang disebabkan oleh lingkungan kerja. Adanya faktor-faktor dalam

lingkungan kerja yang bekerja melebihi periode waktu yang ditentukan dan lingkungan yang menimbulkan stres atau gangguan fisik sebagai bagian dari risiko kesehatan (Azizah, 2019).

Tenaga kerja, cara atau metode kerja, alat kerja, proses kerja dan lingkungan kerja merupakan upaya penerapan terkait manajemen K3. Upaya penerapan manajemen K3 tersebut meliputi peningkatan, perlindungan, pengobatan dan pemulihan. Kemampuan kerja tiap petugas kesehatan dan non kesehatan merupakan resultan dari tiga komponen K3 yaitu kapasitas kerja, muatan kerja dan lingkungan kerja yaitu a) kapasitas kerja. Kapasitas kerja adalah ukuran pekerja dalam menyelesaikan pekerjaannya dengan baik pada suatu tempat kerja dalam waktu tertentu; b) muatan kerja. Muatan kerja adalah suatu kondisi yang membuat pekerja menjadi terbebani secara fisik atau non fisik dalam menuntaskan suatu pekerjaannya. Keadaan yang ada dapat diperparah oleh kondisi lingkungan yang tidak mendukung secara fisik atau non fisik; c) lingkungan kerja. Lingkungan kerja adalah keadaan lingkungan tempat seseorang bekerja baik dari segi kimia, fisik, ergonomi biologi dan psikososial yang mempengaruhi pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya (Tarwaka, 2008).

Identifikasi potensi bahaya yang dilakukan manajemen K3RS dapat digunakan untuk tujuan mengetahui pencegahan dan pengendalian bahaya yang tepat. Manajemen K3RS bekerja menetapkan kebijakan, melakukan perencanaan, melaksanakan rencana, memantau dan mengevaluasi kinerja, serta melakukan peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS. Pemantauan dan evaluasi kinerja manajemen K3RS dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran dan audit internal manajemen K3RS. Manajemen risiko yang terdapat pada tim K3RS melakukan persiapan dan penentuan konteks kegiatan yang akan dikelola risikonya, melakukan identifikasi bahaya potensial, analisis risiko, pengendalian risiko, komunikasi dan konsultasi serta pemantauan dan telaah ulang risiko yang ada.

Hasil penelitian menunjukkan pada identifikasi dan penilaian bahaya risiko di rumah sakit dilakukan dengan melakukan inspeksi, pemetaan area risiko merupakan hasil identifikasi area risiko terhadap kemungkinan kecelakaan. Analisis risiko bahaya potensial dilakukan dengan menilai seberapa sering peluang risiko bahaya potensial yang muncul serta berat ringannya dampak yang ditimbulkan pada area risiko terhadap kemungkinan kecelakaan di rumah sakit. Evaluasi risiko dilakukan dengan membandingkan antara hasil analisis risiko K3RS dengan kriteria risiko sebagai penentu risiko potensial bahaya dan atau besarnya dapat diterima atau dapat ditoleransi. Pengelolaan risiko merupakan upaya pengendalian untuk melakukan pencegahan terhadap risiko kecelakaan akibat fasilitas sedangkan pengawasan dilakukan dengan memonitor dampak risiko, mengkaji efektifitas kegiatan dan perubahan prioritas risiko. Hal demikian sesuai oleh peraturan menteri kesehatan. (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian yang dilakukan manajemen K3RS masih pada tahapan awal yakni penerapan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar yaitu cuci tangan, penggunaan APD, peralatan perawatan pasien, manajemen limbah dan benda tajam, manajemen lingkungan, penanganan linen, perlindungan kesehatan karyawan antara lain seperti imunisasi, manajemen pasca pajanan, pencegahan pajanan darah dan bahan infeksius lainnya, etika batuk dan kewaspadaan berdasarkan transmisi yaitu transmisi airborne, transmisi droplet, transmisi kontak; pendidikan dan pelatihan. Seluruh informan mengetahui adanya potensi bahaya yang ada di rumah sakit khususnya pada pelayanan dokter gigi. Informan dokter gigi mampu menyebutkan bahaya pekerjaan saat pelayanan gigi antara lain bahaya fisik, kimia, psikososial, kontaminasi silang, bahaya aerosol dan bahaya ergonomi yaitu *musculoskeletal disorders*.

Mengingat manajemen ialah sebuah proses yang berkaitan dengan perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (*goals*) secara efektif dan efisien. Efektif yang artinya tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan dan efisien yang artinya tugas yang ada dapat telaksana secara benar, terorganisir dan sesuai jadwal. Manajemen K3RS telah melakukan kajian dan identifikasi potensi bahaya, penilaian serta pengendalian faktor risiko secara umum pada rumah sakit namun manajemen rumah sakit belum melakukan *self-assessment* secara spesifik pada dokter gigi sedangkan bila kurang waspada menghadapi bahaya ergonomi akan menimbulkan cedera. Penunjang pada identifikasi potensi bahaya dapat dilakukan dengan pelaporan kecelakaan kerja yang ada. Sistem pencatatan dan pelaporan kecelakaan kerja pada rumah sakit dirancang dengan petugas ruangan atau korban kecelakaan kerja melapor ke kepala unit kemudian kepala unit menggali kronologi kejadian dan mengisi formulir kecelakaan kerja yang selanjutnya formulir diserahkan ke tim K3 dan tim K3RS akan mulai merekap dan melaporkan ke direktur serta membuat laporan rencana tindak lanjut sebagai perbaikan program K3.

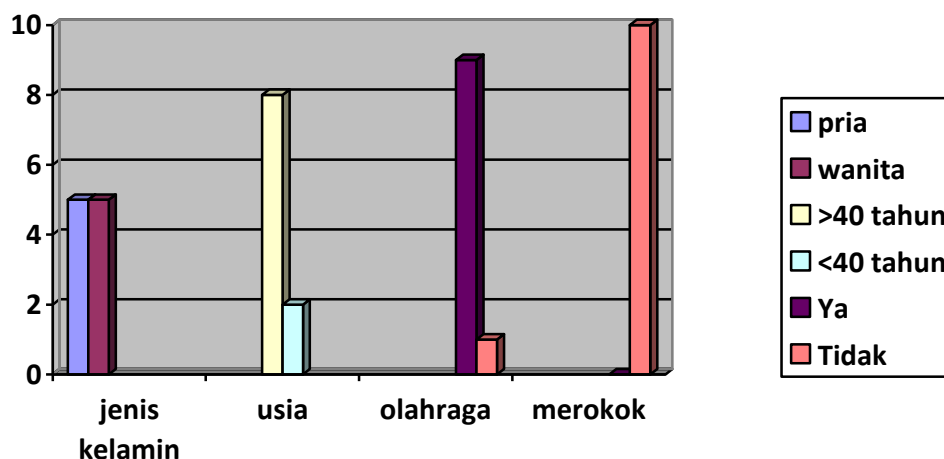
Bahaya potensial ergonomi merupakan masalah terbanyak dengan presentase yang dialami dalam pemberian layanan dokter gigi. Sejumlah faktor teknis seperti *dental chair*, lampu kerja dan sarana prasana lain yang digunakan tidak ergonomis di rumah sakit selalu dirawat dengan baik. Faktor non teknis antara lain usia dokter gigi, jenis kelamin, ergonomi, gaya hidup merupakan risiko yang berperan penting untuk terjadinya gangguan ergonomi pada dokter gigi (Hayes, 2012).

Faktor risiko yang terkait *low back pain* yang merupakan bagian dari gangguan ergonomi antara lain 1) faktor individu seperti umur, jenis kelamin, kebiasaan merokok dan pengetahuan, 2) faktor pekerjaan seperti masa kerja, beban kerja, durasi pekerjaan, 3) faktor lingkungan seperti ergonomi, dan stress kerja (Nurhafizhoh, 2019).

Pengelolaan peralatan medis sangat dibutuhkan dalam menunjang pelayanan dalam kegiatan untuk mengurangi risiko akibat penggunaan peralatan medis tersebut. Upaya preventif dalam pengelolaan peralatan medis antara lain melakukan update inventaris peralatan medis, melakukan kegiatan inspeksi dan pengecekan fungsi atau kinerja peralatan medis, melakukan kegiatan pemeliharaan peralatan medis, melaksanakan kegiatan perbaikan peralatan medis, melaksanakan kegiatan kalibrasi peralatan medis, pelatihan atau training penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan melakukan manajemen risiko pengelolaan peralatan medis. Upaya dari rumah sakit sudah menyediakan teknologi peralatan medis dengan tujuan memberikan penggunaan peralatan medis yang aman bagi dokter gigi dan pasien.

Hasil penelitian didapatkan pada faktor teknis yakni faktor *dental unit* tidak ada masalah dan pada peletakkan alat dan bahan sudah ergonomis. Faktor teknis tersebut dalam pelaksanaan pelayanan dokter gigi tidak ada kendala yang dibuktikan dengan *dental unit* yang sudah memenuhi standar. Standar *dental unit* yakni kursi gigi operator mendukung tulang belakang dan nyaman baik dengan atau tanpa sandaran tangan, lampu dental atau penerangan yang optimal, peletakkan peralatan yang ergonomis (James, 2018) (Sharma, 2016). Faktor non teknis dalam mengidentifikasi potensi bahaya pada pelayanan dokter gigi di Rumah Sakit X belum pernah dikaji oleh manajemen rumah sakit sedangkan faktor non teknis tersebut merupakan *critical point* bagi manajemen K3RS.

Sebesar 50% dokter gigi laki-laki dan 50% dokter gigi perempuan dengan usia rata-rata dokter gigi sebanyak 80% diatas 40 tahun dan 20% dibawah 40 tahun. Sejumlah 90% dokter gigi memiliki gaya hidup sehat dengan olah raga dan tidak merokok dan 10% memiliki gaya hidup yang tidak berolahraga. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 1 dokter gigi menangani pasien rata-rata 20 pasien per hari dengan lama tindakan kurang lebih 20 menit per pasien. Dihitung dalam jam kerja maka dokter



Gambar 1. Parameter Faktor Non Teknis Ergonomi Dokter Gigi

gigi bekerja dengan 20 pasien selama masing-masing pelayanan 20 menit maka didapatkan total 400 menit atau 6,6 jam per hari melakukan pelayanan gigi. Sehingga dalam seminggu dokter gigi melakukan pelayanan gigi sebanyak 40 jam. Sedangkan menurut penelitian lain menunjukkan dokter gigi yang telah bekerja sebanyak 35 jam atau lebih dalam seminggu menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap ergonomi (Health and Social Care Information Centre, 2018). Berikut tersaji data dokter gigi di Rumah Sakit X.

Tingginya prevalensi gangguan *musculoskeletal* ditemukan dari jam kerja yang berlebih, prevalensi jenis kelamin perempuan lebih tinggi, bekerja tanpa istirahat, tidak berolahraga dan postur tubuh yang tidak ergonomis (Garbin, 2017). Jam kerja yang lama dalam sehari berpengaruh signifikan terhadap ergonomi (Decharat, 2016). Prevalensi gangguan ergonomi dapat meningkat seiring bertambahnya usia dan jam kerja per minggu. Masa kerja atau lama bekerja merupakan pengalaman individu yang mana dokter gigi yang sudah memiliki masa kerja lama dimungkinkan akan menguasai lingkungan kerja yang dimilikinya sehingga dapat mengerjakan dengan maksimal (Septiana, 2015). Peran ergonomi perlu ditekankan terutama pada dokter gigi untuk menghindari perkembangan masalah dikemudian hari dan

dapat dijadikan kebiasaan seumur hidup (Meisha, 2019). Sehingga manajemen K3RS harus membuat program atau SOP pada pelayanan dokter gigi untuk memelihara atau meningkatkan produktivitas kerja.

Manajemen K3RS di rumah sakit juga mengadakan audit secara berkala setiap satu tahun. Audit yang dilakukan bersifat internal maupun eksternal. Dalam proses audit tersebut, tim audit memberi rekomendasi perbaikan kepada unit yang dilakukan audit dan unit kerja berkewajiban melakukan perbaikan. Namun belum ada pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi pada dokter gigi yakni *musculoskeletal disorders*.

Audit manajemen K3 idealnya dilakukan secara rutin guna untuk mengetahui keefektifan penerapan sistem manajemen K3. Audit tersebut dilakukan secara sistematis dan independen oleh personel yang memiliki kompetensi kerja dengan menggunakan metodologi yang sudah ditetapkan. Frekuensi audit harus ditentukan berdasarkan tinjauan ulang hasil audit sebelumnya dan hasil identifikasi sumber bahaya. Hasil audit digunakan oleh pengurus dalam proses tinjauan ulang manajemen. Segala hasil audit dari pelaksanaan pemantauan, audit dan tinjauan ulang sistem manajemen K3 harus didokumentasikan dan digunakan untuk identifikasi tindakan perbaikan dan pencegahan

serta pihak manajemen menjamin pelaksanaannya secara sistematis dan efektif. Manajemen harus melaksanakan tinjauan ulang secara berkala untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan yang berkesinambungan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan keselamatan dan kesehatan kerja (Toding, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian yang dilakukan manajemen K3RS masih pada tahapan awal yakni penerapan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar yaitu cuci tangan, penggunaan APD, manajemen lingkungan, peralatan perawatan pasien, manajemen limbah dan benda tajam, penanganan linen, perlindungan kesehatan karyawan antara lain seperti imunisasi, manajemen pasca pajanan, pencegahan pajanan darah dan bahan infeksius lainnya, etika batuk dan kewaspadaan berdasarkan transmisi yaitu transmisi airborne, transmisi droplet, transmisi kontak; pendidikan dan pelatihan.

“Ada penilaian dan pengawasan bahaya dirumah sakit. Tapi kalo untuk masing-masing unit pelayanan belum pernah dilakukan penilaian potensi bahaya dari masing-masing pekerjaan atau manajemen belum menerapkan penilaian self assessment atau self register untuk masing-masing unit atau poli ” (Informan Utama 1) “Belum ada program khusus untuk bahaya musculoskeletal disorders untuk pencegahan dan pengendalian pada pelayanan dokter gigi.” (Informan Utama 3)

Informan utama maupun informan triangulasi mengatakan bahwa manajemen belum membuat SOP atau program untuk pencegahan dan pengendalian bahaya terjadinya gangguan ergonomi. Belum adanya *self assessment* dan analisa beban kerja dokter gigi, sedangkan analisa beban kerja tersebut dapat menjadi acuan atau dasar untuk mengetahui dan mengevaluasi proporsi waktu kerja yang digunakan untuk pemberian layanan kesehatan secara langsung, tidak langsung maupun pribadi, pola beban kerja dokter gigi dengan waktu jadwal jam kerja dan mengetahui jumlah pasien per harinya.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 menyebutkan bahwa standar

keselamatan dan kesehatan kerja yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan prinsip ergonomi yakni postur kerja, shift, durasi kerja, cara kerja dengan gerakan berulang, penanganan beban manual dan tata letak ruang kerja. Peregangan menyebabkan penurunan yang signifikan terhadap terjadinya simtom gangguan ergonomi. Peregangan atau *stretching* yang teratur dapat mencegah perubahan fisiologis yang merugikan saat bekerja dalam posisi yang statis. Upaya untuk mencegah cedera pada otot dan jaringan tubuh dokter gigi dapat beristirahat sejenak untuk mengisi dan memelihara struktur otot yang tertekan. Peregangan dapat meningkatkan aliran darah ke otot, meningkatkan produksi cairan sendi synovial, mengurangi pembentukan titik pemicu cedera, meningkatkan suplay nutrisi, menghangatkan otot sebelum mulai bekerja (Sharma, 2016).

Postur tubuh yang salah terjadi pada variasi posisi tubuh saat aktivitas. Postur tubuh yang baik atau netral diartikan bahwa sendi dalam keadaan berdekatan dengan garis tengah dari pergerakan. Semakin jauh sendi bergerak menuju ujung rentang geraknya atau semakin jauh dari kondisi netral maka semakin buruk posisi tubuh. Sehingga semakin banyak tekanan pada otot, tendon dan ligament disekitar sendi. Postur tubuh yang buruk sering diadopsi dari tempat duduk yang tidak tepat, memposisikan pasien dengan tidak tepat, dan atau teknik kerja yang tidak tepat. Postur statis yang ditahan dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kelahan dan cedera. Selanjutnya dokter gigi membutuhkan lebih dari 50% otot tubuh yang berkontraksi. Hal ini menghasilkan peningkatan upaya otot yang dapat menyebabkan kelelahan otot, aliran darah menurun dan meningkatkan tekanan otot dan sendi (Sharma, 2016).

Tiga unsur yang ada pada mutu pelayanan kesehatan dalam rumah sakit yakni unsur *input* atau struktur dan masukan, unsur *process*, dan unsur *outcome* atau hasil. Pada unsur *input* atau struktur dan masukan menunjukkan aspek institusional pada pelayanan kesehatan seperti skala, kompleksitas, jumlah dan luas unit atau departemen, segi kuantitas dan kualifikasi

dari karyawan, struktur organisasi, sistem informasi, sistem keuangan, peralatan medis dan non medis. Mutu pelayanan rumah sakit yang rendah disebabkan dari unsur input (masukan) seperti peralatan, dana yang tersedia, kurangnya fasilitas, tenaga dokter ahli, dan sebagainya. Adapun hal-hal pendukung yang mendasari mutu pelayanan rendah di rumah sakit yakni jumlah dan mutu tenaga kesehatan dan alokasi pendanaan masih terfokus pada fisik dan peralatan. Pendanaan yang sedikit menjadi salah satu alasan terhambatnya dari peningkatan mutu pelayanan. Mutu pelayanan kesehatan organisasi rumah sakit dapat diukur dengan memperhatikan atau memantau dan menilai indikator, kriteria, dan standar yang relevan dan berlaku. Hal tersebut harus sesuai dengan aspek-aspek struktur, proses, dan outcome dari organisasi pelayanan kesehatan. Beberapa parameter dan standar yang ditetapkan oleh instansi yang berwenang dapat disusun sendiri disepakati bersama dengan staf medik dan tenaga kesehatan dari unit yang bersangkutan (Arifin, 2011).

Hasil penelitian Ardi dkk, 2018 menyatakan beberapa agenda sebagai komunikasi dari manajemen K3RS yang telah dilakukan diantaranya adalah saat akan bekerja dan saat pergantian jaga diadakan *safety talk*, adanya poster terkait K3RS, pertemuan rutin, penyebarluasan SOP K3RS. Adanya proses komunikasi dari manajemen K3RS ini memberikan manfaat kepada karyawan yaitu karyawan menjadi lebih berhati-hati dalam bekerja. Jadwal program sosialisasi disusun secara terencana dan telah terlaksana dengan baik sesuai dengan penjelasan dari informan utama dan informan triangulasi yang dapat memaparkan terkait program K3RS yang ada di rumah sakit dan prosedur kerja di unit pelayanan (Ardi, 2018).

Manajemen K3RS dalam pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi dapat memberikan pelatihan tentang praktik ergonomi yang akan membantu meningkatkan kesadaran dan penurunan bahaya ergonomi (Meisha, 2019). Manajemen K3RS mengidentifikasi sumber bahaya, menilai untuk menentukan

prioritas pengendalian terhadap tingkat risiko kecelakaan atau penyakit akibat kerja kemudian melakukan pencegahan dan pengendalian bahaya. Tindakan pengendalian bahaya dapat dilakukan dengan metode pengendalian teknis atau rekayasa seperti eliminasi dan substitusi, metode pendidikan dan pelatihan, metode pembangunan kesadaran dan motivasi seperti sistem penghargaan dan motivasi diri dan metode evaluasi melalui internal audit, penyelidikan insiden dan etiologi. Secara umum pelayanan manajemen K3RS membahas tentang standar keselamatan dan kesehatan baik tenaga kerja, pasien, pendamping dari pasien, maupun lingkungan rumah sakit.

Pelatihan atau *training* adalah proses sistematis pengubah perilaku karyawan dalam suatu arah tertentu guna meningkatkan tujuan-tujuan keorganisasian. Tujuan pelatihan dan pengembangan menyangkut produktivitas kerja yang akan meningkat, efisiensi tenaga dan waktu serta meningkatkan pelayanan yang lebih baik (Aswad, 2016). Belum ada evaluasi mandiri tentang bahaya ergonomi yakni evaluasi yang dilakukan setiap individu. Belum ada kewajiban menulis laporan evaluasi untuk dokter gigi sehingga dokter gigi dapat mencatat dan mengevaluasi hal-hal yang kurang dan perlu diperbaiki dari manajemen K3RS dalam mencegah terjadinya bahaya khususnya bahaya ergonomi yang luput dari perhatian.

Manajemen K3RS mengelola dengan baik tujuan K3RS yakni tercapainya derajat kesehatan yang optimal salah satunya dengan menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan K3RS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setiap karyawan termasuk dokter gigi diwajibkan mengikuti pelatihan terkait dengan keselamatan dan kesehatan kerja yang bertujuan untuk menyampaikan informasi-informasi penting yang berkaitan dengan K3 dan membangun pengetahuan karyawan termasuk dokter gigi tentang K3RS melalui komunikasi. Komunikasi adalah pengiriman informasi dan pemahaman, mengenai simbol verbal atau non verbal. Hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi yaitu efektifitas komunikasi, informasi harus mudah diingat oleh penerima.

“Iya semua karyawan dari jabatan tertinggi sampai terbawah diberikan pelatihan K3 setahun sekali untuk meminimalisir potensi bahaya yang ada” (Informan Utama 2) “Semua karyawan diberi pelatihan K3.” (informan Triangulasi 6)

Hasil wawancara pada informan triangulasi, manajemen menetapkan aturan tentang K3RS secara tercatat dan di paraf langsung oleh jabatan tertinggi dirumah sakit. Aturan tersebut dirumuskan oleh tim K3RS dan melakukan konsultasi dengan pihak-pihak terkait, kemudian diusulkan dan ditanda tangani oleh direktur. Kebijakan tersebut diteruskan keseluruh unit yang terkait dan akan diterapkan dalam bentuk sosialisasi atau kegiatan simulasi. Peraturan K3 disosialisasikan dengan pelatihan dalam bentuk *inhouse training*, dan *briefing* pagi yang bekerja sama dengan bagian diklat. Pada dasarnya asumsi karyawan yakni dokter gigi tentang K3RS sudah baik. Dokter gigi menuturkan manfaat K3 dirasakan sebagai bentuk perlindungan diri sendiri dan perlindungan kepada pasien. Asumsi dokter gigi terdapat kepercayaan dan dukungan oleh komunikasi K3 yang baik dari manajemen K3 untuk menerapkan manajemen mutu yang baik. Sehingga tercipta lingkungan yang kooperatif dan responsif dalam mewujudkan kepercayaan dan kerjasama karyawan. Informasi-informasi bernilai dan bermakna disampaikan melalui komunikasi untuk seluruh karyawan dalam perbaikan kualitas (Timofe, 2016).

Dokter gigi hanya mendapatkan pelatihan dasar tentang K3. Dokter gigi yang berstatus tetap dan mitra diberikan fasilitas pelatihan dasar K3 namun pada prakteknya dokter gigi mitra tidak ikut serta dalam pelatihan K3RS mengingat untuk dokter gigi mitra pelatihan tidak bersifat wajib. Tingkat pengetahuan yang baik dari memahami dampak negatif bahaya di rumah sakit akan meningkatkan kinerjanya dalam pelaksanaan K3 di rumah sakit. Hasil penelitian didapatkan bahwa dokter gigi tetap berperilaku aman (*safety behavior*). Perilaku aman merupakan suatu perilaku yang dilakukan untuk memperkecil atau mencegah bahaya yang ada serta mentaati peraturan (Ardi, 2018). Meskipun dokter gigi

telah menerapkan *safety behavior*, manajemen tetap pemberian informasi mengenai bahaya yang ada di rumah sakit melalui pelatihan K3 guna memperkuat dokter gigi dalam berperilaku aman saat bekerja. Manajemen memberikan penjelasan mengenai ancaman potensi bahaya melalui pelatihan K3RS tetapi belum mengarah dengan bahaya pada masing-masing unit termasuk pada pelayanan gigi.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pencegahan dan pengendalian bahaya pada pelayanan dokter gigi masih pada tingkatan awal secara umum seperti melakukan kewaspadaan standar, pendidikan dan pelatihan tentang bahaya rumah sakit namun belum ada pencegahan dan pengendalian bahaya terhadap gangguan ergonomi pada pelayanan gigi. Manajemen K3 dalam pencegahan dan pengendalian bahaya pada dokter gigi masih pada tahapan umum dan tidak terspesifik pada keselamatan dan kesehatan kerja pelayanan dokter gigi. Manajemen K3 perlu membuat program pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi pada pelayanan gigi dapat dalam bentuk *stretching* dan pemberian jeda waktu antar pasien, pembatasan pasien per hari, menyediakan *dental loupes* sehingga pekerjaan lebih fokus dan mudah, serta memberikan sosialisasi dan training mengenai prinsip ergonomi pada pelayanan dokter gigi.

Keterbatasan dalam penelitian ini yakni belum membahas secara lebih lanjut terkait faktor pengetahuan ergonomi dokter gigi yang berpengaruh terhadap implementasi program. Usulan yang dapat dibubuhkan dari hasil penelitian ini yaitu perlu dilakukan penelitian dengan metode pendekatan kuantitatif terhadap evaluasi manajemen dalam pencegahan dan pengendalian bahaya ergonomi pada dokter gigi.

DAFTAR PUSTAKA

Andayasari, L., Anorital. 2012. Gangguan Muskuloskeletal Pada Praktik Dokter Gigi

- Dan Upaya Pencegahannya. *Media of Health Research and Development*, 22(2):. 70–77.
- Ardi, S. Z., Hariyono, W. 2018. Analisa Penerapan Budaya Perilaku Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit. *KesMas*, 12(1): 15–20.
- Arifin, A., Darmawansyah, I. T. 2011. Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Ditinjau dari Aspek Input Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Makassar. *Jurnal MKMI*, 7(1): 141–149.
- Aswad, H. N., Ferrial, E. 2016. Pengaruh Tingkat Pendidikan, Pelatihan dan Kompensasi Terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit UIT Makassar. *Jurnal Mirai Management*, 1(2): 413–425.
- Ayatollahi, J., Ayatollahi, F., Ardekani, A.M., Bahrololoomi, R., Ayatollahi, Ja., Ayatollahi, A., Owlia, M. B. 2012. Occupational Hazards to Dental Staff, *Dent Res J (Isfahan)*, 9(1): 2-7.
- Azizah, N., Setiawan, S., Silaban, G. 2019. Hubungan Antara Pengawasan, Prosedur Kerja Dan Kondisi Fisik Dengan Terjadinya Kecelakaan Kerja Pada Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Permata Bunda Medan Tahun 2017. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 4(1): 125–134.
- Batlajery, S. 2016. Penerapan Fungsi-Fungsi Manajemen Pada Aparatur Pemerintahan Kampung Tambat Kabupaten Merauke. *Jurnal Ilmu Ekonomi & Sosial*, 7(1): 135-155.
- Health and Social Care Information Centre. 2018. *Dental Working Hours*. Scotland: NHS digital.
- Garbin, A., Saoares, G., Arceri, R., Garbin, C. 2017. Musculoskeletal disorders and perception of working conditions: A survey of brazilian dentists in São Paulo. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(3): 367–377.
- Haryanto. 2019. Perilaku Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Karyawan Di Sebuah Rumah Sakit Swasta Di Kota Semarang Pasca Akreditasi Tahun 2018. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Hayes, MJ., Taylor, JA., S. 2011. Predictors of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Dental Hygienists', *International Journal Dental Hygiene*, 10(4): 1–5.
- Toding, R., Umboh, J.M.L., Josephus, J. 2016. Analisis Penerapan Sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3) di RSIA Kasih Ibu Manado. *Jurnal Ilmiah Farmasi UNSRAT*, 5(1): 284-289.
- Ivana, A., Widjasena, B. Jayanti, S. 2014. *Analisa Komitmen Manajemen Rumah Sakit (RS) Terhadap Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Pada RS Prima Medika Pematang. Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(1): 35-41.
- James, T. 2018. *A Practical Guide to the Self-Management of Musculoskeletal Pain in Dental Professionals*. Cambridge: Scholars Publishing.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lasyera, E., Yeni, Y. H., Busuddin, H. 2018. Analisis Rencana Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Arosuka, Kabupaten Solok. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2): 170.
- Meisha, D. E., Alsharqawi, N., Samarah, A., Al-Ghamdi, M. 2019. Prevalence Of Work-Related Musculoskeletal Disorders And Ergonomic Practice Among Dentists In Jeddah, Saudi Arabi. *Clinical Cosmetic and Investigational Dentistry*, 11: 171–179.
- Nurdiana., Hariyati, T.S., Anisah, S. 2017. Penerapan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dalam Pengendalian Mutu Keperawatan. *JPPNI*, 2(3):161–176.
- Nurdianna, F. 2018. Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. *Jurnal PROMKES*, 5(2): 217.
- Nurhafizhoh, F. H. 2019. Perbedaan Keluhan Low Back Pain pada Perawat. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 3(4): 534–544.
- Purba, H. I. D., Girsang, V. I., Malay, U. S. 2018. Studi Kebijakan, Perencanaan Dan Pelaksanaan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) Di Rumah Sakit Umum (RSU) Mitra Sehati Medan Tahun 2018. *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat*, 3(2):113–124.
- Salawati, L. 2010. Manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit. *JKS Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 10(3): 179–184.
- Septiana, V. A. 2015. Pengaruh Faktor Masa Kerja, Kompensasi dan Pendidikan Terhadap Motivasi Kerja Pengawai Dinas Bina Marga Provinsi Jawa Tengah Dengan Produktivitas Kerja Sebagai Variabel Intervening. *Journal of Management*, 1(1): 17.

- Shaik, A., Rao, S., Husain, A., Juliana. 2011. Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Dental Surgeons: A Pilot Study. *Contemporary Clinical Dentistry*, 2(4): 308-312.
- Sharma, A., Bansal., Shabnam., Kaur, Manpreet .2016. Ergonomics in Dental Practice: Musculoskeletal Disorders, Approaches and Interventions. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 36(2): 349-355.
- Sio, S., Trabersini, V., Rinaldo, F. 2018. Ergonomic Risk And Preventive Measures Of Musculoskeletal Disorders In The Dentistry Environment: An Umbrella Review. *PeerJ*, 2018(1): 1-16.
- Tarwaka. 2008. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Surakarta: Harapan Press.
- Timofe, M. P., Albu, S. 2016. Quality Management In Dental Care: Patients' Perspectives On Communication. A Qualitative Study', *Clujul Medical*, 89(2): 287-292.
- Ulfa, H.M. Analisis Unsur Manajemen Dalam Pengolahan Rekam Medis Di Rumah Sakit TNI AU-LANUD Roesmin Nurjadin. *Jurnal Kesmas*, 1(1): 20-25.