

Modul

W

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan



National Institute of Disability
Management and Research®

Anggota tim pengembang kurikulum DACUM

Eric Boyd, Canadian Paraplegic Association	Michael Cannings, Ministry of Skills, Training and Labour, BC	John Weir, BC Federation of Labour
Dave Cox, WCB, BC	Robin Goodrich, HRDC, Labour Canada	Jean Sherrell, Comcare Australia
Earl Foxcroft, IWA (Canada)	Catherine Rellinger, WSIB Ontario	Larry Stoffman, UFCW Union
Nelson Ireland, North Island College		Joan Westland, Westland Eby Consultants
Debra Mills, WCB, BC		

Persiapan materi kurikulum pada edisi sebelumnya

Don Shrey, PhD, University of Cincinnati	Colleen Hanley, North Island College	Tom Getzie, Forest Industrial Relations
Marcia Rioux, The Roeher Institute	Derek Hanebury, North Island College	Llyod Doidge, Forest Industrial Relations
Cameron Crawford, The Roeher Institute	Brenda Birch, Giraffe Outlooks	Rochelle Morandini, Human Resources Consultant
John Westland, Westland Eby Consultant	Cheryl Grant Gamble, Human Resources Consultant	

Kontributor materi kurikulum terkini

Don Shrey, PhD, University of Cincinnati	Heather Persons, National Institute of Disability Management and Research	Muriel Westmorland, McMaster University
Norman Hursh, PhD, Boston University		Scott Wallace, PhD
Nicola MacNaughton Occupational Concepts	Leah Milton, Grant McEwan College	Wolfgang Zimmermann, National Institute of Disability Management and Research

Hak cipta © 2010, 2006, 2005, 2003, 2001. The National Institute of Disability Management and Research, c/o Pacific Coast University for Workplace Health Sciences, 4755 Cherry Creek Road, Port Alberni, BC, V9Y 0A7 CANADA. Seluruh Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak atau menggunakan sebagian atau seluruh karya ini, yang dilindungi oleh hak cipta, dalam bentuk atau cara apa pun—grafik, elektronik, atau mekanik, termasuk fotokopi, rekaman suara, rekaman video, atau sistem penyimpanan dan pengambilan informasi—tanpa izin tertulis dari penerbit.

Daftar Isi

Gambaran Umum	1	Investigasi insiden	15
Maksud dan tujuan	1	Pencarian fakta	16
Latihan dan tugas	2	Menetapkan penyebab langsung	16
MD, K3, dan promosi kesehatan	3	Menetapkan akar penyebab	16
Bidang K3	5	Memilih tindakan untuk mencegah kejadian tidak terulang kembali	17
Definisi	5	Program Promosi Kesehatan di Tempat Kerja	18
/Peran K3	6	Komponen program	20
Persyaratan Hukum	9	Mengembangkan program kesehatan di tempat kerja	21
Identifikasi dan Pengendalian Bahaya	11	Analisis kebutuhan	21
Inspeksi tempat kerja	12	Menetapkan tujuan, sasaran, dan target	22
Analisis risiko	13	Merencanakan program	23
Pengendalian bahaya	14	Evaluasi	26
		Ringkasan	27
		Referensi	28

Gambaran Umum

Salah satu cara terbaik untuk mengurangi biaya disabilitas adalah dengan mencegah terjadinya cedera. Praktisi manajemen disabilitas harus memahami bagaimana program Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) suatu organisasi berfungsi dan di area mana saja terdapat interaksi antara K3 dan manajemen disabilitas. Mereka juga perlu memahami bagaimana kegiatan di tempat kerja yang meningkatkan kesehatan individu dapat mengurangi tingkat penyakit dan ketidakhadiran.

Program kesehatan dan keselamatan kerja difokuskan pada pencegahan cedera dan penyakit akibat kerja, sementara program kesehatan dan kesejahteraan organisasi ditujukan untuk meningkatkan kesehatan pegawai dan mengurangi cedera dan penyakit non-kerja. Manajemen disabilitas memiliki banyak kesamaan dalam kedua jenis program ini.

Sebagai bagian dari proses kembali bekerja, Koordinator Kembali Kerja perlu mempertimbangkan lingkungan tempat pegawai yang kembali akan melakukan aktivitas kerja dan memastikan bahwa ia tidak akan menggunakan peralatan, material, atau ruang kerja yang dapat memperburuk kondisi yang sudah ada atau mengakibatkan cedera berulang. KKK perlu mengetahui apakah penyebab cedera atau penyakit di tempat kerja telah diselidiki dan apakah bahayanya telah dihilangkan atau dikurangi secara signifikan. Selain itu, akomodasi kembali bekerja dapat berdampak positif terhadap keselamatan secara keseluruhan karena akomodasi yang telah dikembangkan yang memungkinkan pegawai penyandang disabilitas kembali bekerja dengan aman juga dapat bermanfaat bagi pegawai lain dalam hal mencegah cedera lebih lanjut atau memperparah gejala yang sudah ada seperti nyeri. Tentu saja, pertukaran informasi antar program untuk mengidentifikasi tren cedera dan penyakit serta untuk meringankan kondisi apa pun yang mungkin berkontribusi terhadap tingkat insiden sangat penting. Dalam banyak kasus, Koordinator Kembali Kerja berpartisipasi dalam komite K3 atau bekerja sama erat dengan para pemangku kepentingan.

Kegiatan promosi kesehatan dan kesejahteraan di tempat kerja yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, mencegah penyakit, dan menguji kerentanan terhadap kondisi kesehatan dapat mengurangi kemungkinan pegawai tidak masuk kerja. Koordinator Kembali Kerja sering kali membantu orang-orang yang sedang dalam masa pemulihan dari penyakit seperti serangan jantung atau pengobatan kanker, yang akan mendapatkan manfaat dari informasi relevan tentang gizi, olahraga, mitigasi stres, dan bahkan pencegahan flu.

Maksud dan tujuan

Modul ini dirancang untuk memberikan gambaran umum kepada peserta tentang program kesehatan dan keselamatan kerja serta program promosi kesehatan di tempat kerja. Setelah menyelesaikan modul lokakarya, peserta diharapkan mampu:

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

- ▶ Menjelaskan persyaratan hukum untuk keselamatan dan kesehatan kerja di negaranya.
- ▶ Berinteraksi dengan komite keselamatan di area yang melibatkan identifikasi bahaya, penilaian risiko, dan identifikasi tren cedera dan penyakit.
- ▶ Berinteraksi dengan komite kesehatan dan kesejahteraan yang terlibat dalam perencanaan, penyusunan, implementasi, dan evaluasi program.

Latihan dan tugas

Terdapat dua latihan yang mencakup skenario dan pertanyaan terkait topik. Peserta akan menguraikan isu-isu yang muncul melalui diskusi kelompok.

Peserta akan menyiapkan laporan berisi:

- ▶ penjelasan proses yang akan digunakan peserta untuk mengevaluasi komponen program K3 atau
- ▶ rancangan anggaran untuk tiga komponen program kesehatan dan kesejahteraan.

MD, K3, dan promosi kesehatan

Kewajiban organisasi pemberi kerja untuk menjaga kondisi tempat kerja yang melindungi kesehatan dan keselamatan pegawai telah menjadi norma yang diterima di masyarakat kita dan ditegakkan melalui undang-undang dan peraturan. Namun, tanggung jawab untuk mengintervensi praktik kesehatan individu masih merupakan ranah abu-abu, karena biasanya dianggap sebagai masalah pribadi.

Ketiga program—kesehatan dan keselamatan kerja, promosi kesehatan dan kesejahteraan, dan manajemen disabilitas—didasari oleh sistem nilai dan keyakinan bahwa seseorang tidak seharusnya membuat dirinya terpapar bahaya untuk mencari nafkah. Namun, terdapat pula alasan ekonomi yang kuat di balik pengembangan program-program ini, yaitu karena ketiganya dapat mengurangi tingkat ketidakhadiran secara keseluruhan dalam suatu organisasi dan biaya terkait, termasuk asuransi, hilangnya produktivitas, dan penggantian pegawai.

Di setiap organisasi, terdapat faktor-faktor keselamatan dan kesehatan yang berlaku bagi sebagian besar pegawai di area kerja, termasuk keberadaan penghalang antara pegawai dan bahaya yang terkait dengan peralatan dan material; desain area kerja; kebijakan dan prosedur terkait praktik kerja aman dan bagaimana penerapannya; serta kondisi lingkungan seperti kebisingan dan kualitas udara. Terdapat pula faktor-faktor spesifik individu yang mungkin memengaruhi kemungkinan mereka mengalami cedera atau penyakit, seperti kurangnya kekuatan fisik, stres, atau kurang tidur, yang juga berperan dalam mencegah kecelakaan.

Saat ini, perhatian di tempat kerja makin tertuju pada interaksi antara kondisi kesehatan pribadi—yang sebagian besar berada di bawah kendali pegawai—dan kondisi kerja—yang sebagian besar merupakan tanggung jawab pemberi kerja. Bidang promosi kesehatan dan kesejahteraan di tempat kerja telah berkembang karena kesadaran bahwa beberapa kebiasaan yang berkontribusi pada kesehatan pribadi—seperti olahraga, pola makan yang baik, dan tidak merokok—memberikan manfaat tidak hanya bagi pegawai tetapi juga bagi organisasi secara keseluruhan. Dan ketika pegawai memiliki alat untuk meningkatkan praktik kesehatan individu mereka, angka ketidakhadiran kerja dapat menurun.

Terdapat hubungan yang kuat antara kesehatan dan keselamatan kerja, promosi kesehatan, dan manajemen disabilitas.

Meskipun peran manajemen disabilitas sebagian besar ditujukan untuk mengurangi dampak gangguan yang telah terjadi, Koordinator Kembali Kerja (KKK) juga berkepentingan untuk menentukan penyebab kondisi yang mengganggu pekerjaan sehingga pegawai yang mengalami cedera atau gangguan dapat kembali bekerja dengan aman karena yakin bahwa ini tidak akan memperparah cedera atau penyakitnya.

Rencana KK sering kali mencakup rekomendasi untuk perubahan dalam praktik kesehatan pribadi. Misalnya, latihan punggung mungkin penting bagi seseorang yang baru pulih dari cedera punggung.

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

Dalam banyak kasus, Koordinator Kembali Kerja juga bertanggung jawab atas strategi untuk tetap bekerja dan membantu individu yang mengalami gejala cedera. Misalnya, seseorang dengan gejala sindrom lorong karpal mungkin diberikan intervensi ergonomis di tempat kerja serta latihan dan saran pencegahan. Informasi ergonomis dan latihan tersebut dapat tersedia untuk semua orang di tempat kerja.

Intervensi manajemen disabilitas menjadi terintegrasi dengan kesehatan dan keselamatan kerja ketika langkah intervensi lanjutan diambil dan organisasi menimbang apakah dukungan dan sumber daya yang diberikan kepada individu juga perlu tersedia untuk seluruh tenaga kerja. Misalnya, semua pegawai kebersihan mungkin diberikan alat pel anti-bengkok atau semua petugas rak mungkin memiliki akses ke alat bantu. Meskipun sering kali informasi tentang cedera pegawai akan dikumpulkan pada awalnya oleh komite keselamatan dan kesehatan kerja atau perwakilan, data dapat mengalir dua arah.

Interaksi yang sama terjadi antara kegiatan manajemen disabilitas dan kegiatan promosi kesehatan atau kebugaran. Konseling olahraga dan gizi dapat meningkatkan kekuatan dan energi pegawai dengan diabetes tipe 2. Namun, semua pegawai dapat memperoleh manfaat dari informasi tentang diet, ruang olahraga atau pusat kebugaran, atau kelas tentang cara mengatasi stres. Tindakan pencegahan, jika diberikan kepada semua orang, biasanya hemat biaya karena praktik kesehatan yang buruk, seperti merokok atau kurangnya aktivitas, dapat menyebabkan gangguan kesehatan dan kebutuhan akomodasi. Misalnya, seorang pegawai mungkin kesulitan menaiki tangga karena emfisema yang dideritanya. Selain itu, individu dengan kesehatan umum yang buruk, setelah mengalami cedera atau penyakit serius, mungkin memerlukan periode rehabilitasi yang lebih lama atau partisipasi yang lebih lama dalam rencana kembali kerja secara bertahap.

Bidang K3

Seperti bidang manajemen disabilitas, bidang kesehatan dan keselamatan kerja bersifat interdisipliner yang melibatkan berbagai keahlian dari bidang-bidang seperti kedokteran okupasi, teknik keselamatan, ergonomi, dan organisasi.

Mengingat konsekuensi masalah Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) terhadap individu dan organisasi, muncul bidang ilmu K3 yang interdisipliner. Banyak penelitian telah dilakukan terkait jumlah dan jenis cedera dan penyakit di tempat kerja, biaya, penyebab, dan cara terbaik untuk mengidentifikasi risiko dan mencegah insiden. Sebagian besar negara memiliki undang-undang dan peraturan yang mengatur berbagai aspek keselamatan dan kesehatan di tempat kerja. Organisasi menengah dan besar memiliki praktisi terlatih di staf mereka, dan pegawai di semua tingkatan biasanya memiliki pendidikan atau pelatihan terkait K3 serta program dan kebijakan yang telah ditetapkan. Bahkan organisasi kecil pun memiliki orang-orang yang memahami isu-isu K3 serta rencana dan prosedur untuk mencegah insiden dan merespons cedera dan penyakit ketika terjadi.

Sederhananya, Kesehatan dan Keselamatan Kerja mencakup semua pengaturan dan kesepakatan yang dikembangkan untuk melindungi orang-orang di tempat kerja dan untuk mencegah cedera dan penyakit yang timbul dari penyebab yang berhubungan dengan pekerjaan dan, kedua, untuk mencegah kerugian yang terkait dengan kerusakan fasilitas, peralatan, dan produksi.

Terdapat dua perspektif utama tentang pengendalian cedera dan penyakit akibat kerja (Jorgensen, K., 2005). Dari perspektif lingkungan, insiden kerja dipandang sebagai akibat dari faktor-faktor lingkungan seperti kurangnya pelindung pada peralatan, kurangnya peralatan ergonomis untuk mengangkat benda-benda, atau penggunaan zat berbahaya tanpa perlindungan. Dari perspektif perilaku, insiden muncul dari "faktor-faktor yang berkaitan dengan pegawai seperti sikap yang tidak tepat, kurangnya pengetahuan, kurangnya keterampilan, dan kondisi fisik dan mental yang tidak memadai" (Jorgensen, K., 2005, hlm. 56.6)—misalnya, tidak mematikan peralatan saat material ditambahkan atau dikeluarkan, memasang peralatan pelindung dari bahaya jatuh secara tidak benar, atau bekerja sendiri yang melanggar kebijakan. Faktanya, sebagian besar program dan sistem kesehatan dan keselamatan kerja mencakup tindakan yang ditujukan pada struktur dan desain (termasuk kerangka kebijakan) dan perilaku.

Definisi

Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) mendefinisikan kesehatan dan keselamatan kerja sebagai:

.. suatu disiplin ilmu dengan cakupan luas yang melibatkan banyak bidang spesialisasi. Dalam arti luas, disiplin ilmu ini harus bertujuan untuk:

- ▶ meningkatkan dan memelihara derajat kesejahteraan fisik, mental, dan sosial tertinggi bagi pekerja di semua jenis pekerjaan;
- ▶ mencegah dampak buruk kesehatan yang disebabkan oleh kondisi kerja;
- ▶ melindungi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko yang diakibatkan oleh faktor-faktor yang merugikan kesehatan;
- ▶ menempatkan dan menjaga pekerja dalam lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kebutuhan fisik dan mental;
- ▶ mengadaptasikan pekerjaan dengan manusia (ILO; 1997)

Dalam literatur yang berkaitan dengan bidang Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), praktisi akan menemukan referensi mengenai sistem manajemen K3 dan program K3. Konsep Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) dianggap lebih komprehensif karena penekanannya pada elemen-elemen yang saling terkait yang diharapkan memiliki dampak yang lebih besar daripada jumlah keseluruhan komponennya. Hal ini berbeda dari “program” K3, yang mungkin dipandang terutama sebagai komponen operasional atau aktivitas yang harus dilaksanakan. SMK3 diharapkan dapat berubah dan beradaptasi ketika umpan balik menunjukkan bahwa beberapa bagian dari sistem tidak memberikan hasil yang diharapkan.

Sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja suatu organisasi menguraikan ekspektasi tentang bagaimana fungsi manajemen perencanaan, operasi, kepemimpinan, dan pengendalian akan dilaksanakan untuk mencapai tempat kerja yang sehat dan selamat. Sistem ini dapat dimasukkan sebagai bagian dari rencana strategis organisasi dengan pernyataan misi dan tujuan serta sasaran K3 dan garis besar elemen-elemen tersebut dan bagaimana elemen-elemen tersebut akan dilaksanakan—serta dirinci secara tertulis sebagai bagian dari kebijakan dan prosedur organisasi.

Program K3 paling sering mencakup proses dan prosedur berkelanjutan seperti yang berkaitan dengan operasionalisasi komite kesehatan dan keselamatan kerja; inspeksi rutin fasilitas untuk mengidentifikasi dan menghilangkan atau mengurangi bahaya; pemantauan material; prosedur kerja aman; atau pelaporan cedera dan penyakit akibat kerja.

Peran K3

Praktisi K3 mungkin lebih fokus pada keselamatan atau kesehatan meskipun spesialis dalam berbagai peran biasanya memiliki pendidikan dan pelatihan di kedua bidang tersebut.

Praktisi K3

Beberapa organisasi mempekerjakan praktisi/profesional K3 untuk membantu pengembangan, implementasi, pemeliharaan, dan evaluasi Sistem Manajemen K3 dan elemen-elemen programnya. Banyak dari individu ini telah berpindah ke posisi K3 dari bidang lain dan mempelajari prinsip-prinsip K3 di tempat kerja. Beberapa telah mengikuti program pendidikan berkelanjutan K3 atau program gelar universitas di bidang kesehatan dan keselamatan kerja. Banyak yang telah memilih untuk mengikuti ujian sertifikasi profesional.

Tugas praktisi/profesional K3 akan bervariasi bergantung pada kegiatan organisasi, ukuran organisasi, jumlah lokasi, masalah yang dihadapi perusahaan, bagan organisasi, sumber daya dan staf lain yang tersedia, dan posisi praktisi/profesional K3 dalam organisasi.

Peran praktisi kesehatan dan keselamatan kerja (Reese, 2009, Peterson, 1994) umumnya meliputi:

- ▶ Identifikasi bahaya dan penilaian risiko (misalnya, melalui analisis desain yang aman ketika peralatan, material, dan prosedur dibawa masuk atau diubah; inspeksi, investigasi insiden, atau tindak lanjut laporan)

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

- ▶ Implementasi pengendalian (misalnya, pelindung pada peralatan, alat pelindung diri, prosedur kerja baru)
- ▶ Menjaga catatan insiden dan membantu pengumpulan dan analisis data
- ▶ Melakukan pembaruan pada organisasi ketika ada perubahan pada undang-undang dan peraturan kesehatan dan keselamatan kerja
- ▶ Memberikan saran tentang elemen apa saja yang harus dimasukkan dalam program K3 (misalnya, penguncian/penandaan, bahan berbahaya, atau akses ke ruang terbatas)
- ▶ Membantu dalam pengembangan kebijakan dan prosedur
- ▶ Membantu dalam orientasi dan pengembangan pelatihan keselamatan

Meskipun istilah kesehatan dan keselamatan kerja tampaknya menunjukkan hubungan yang erat antara penyedia layanan medis dan praktisi keselamatan, hal ini tidak selalu terjadi. Namun, saat ini kemungkinan besar akan ada lebih banyak koordinasi antara orang-orang yang berperan di tempat kerja seperti Dokter Okupasi dan Koordinator atau manajer K3.

Kedokteran okupasi

Terdapat dokter dan perawat dengan spesialisasi di bidang kesehatan dan keselamatan kerja dan sering kali bekerja di perusahaan besar.

Deskripsi bidang kedokteran okupasi berikut ini tidak mencakup keselamatan kerja, meskipun mencakup beberapa aktivitas yang mungkin penting bagi Koordinator Kembali Kerja—seperti menentukan kesesuaian antara pegawai dengan pekerjaan sebelumnya atau pekerjaan yang baru.

Bidang kedokteran okupasi pada masa ini menyatakan mencakup berbagai macam aktivitas yang sangat luas termasuk pemeriksaan medis sebelum dan sesudah bekerja, pemantauan medis, pemantauan biologis, perawatan medis klinis, manajemen kesehatan dan layanan konsultasi, promosi kesehatan, rehabilitasi, dan penilaian medis untuk kompensasi dan tujuan lainnya (Bohle dan Quinlan, 2001, hlm. 69).

Bohle dan Quinlan (2001) menyoroti beberapa masalah yang berkaitan dengan kedokteran okupasi di masa lalu yang masih berlanjut hingga saat ini.

- ▶ Di masa lalu, dokter yang dipekerjakan sebagai dokter perusahaan tidak memiliki spesialisasi di bidang kedokteran okupasi. Saat ini pun, masih terdapat kasus ketika pegawai cedera atau sakit akibat kerja dilayani oleh dokter tanpa pelatihan khusus dalam kedokteran industri yang memberikan pengetahuan tentang permasalahan di tempat kerja.
- ▶ Jika pegawai ditangani oleh dokter tanpa latar belakang kedokteran okupasi, dokter mungkin berfokus pada individu, dan tidak memeriksa kondisi tempat kerja dan faktor-faktor yang mendukung atau justru merugikan kesehatan.
- ▶ Di sebagian organisasi, dokter okupasi dapat dianggap mewakili kepentingan manajemen.
- ▶ Bidang-bidang seperti ergonomi dan teknik keselamatan relatif baru, sehingga personel kesehatan kerja mungkin belum punya strategi untuk berinteraksi sebagai bagian dari tim dengan orang-orang di peran lain. Bisa terjadi, setiap spesialis melihat dirinya sebagai pelaku utama dalam mengidentifikasi dan memperbaiki kekurangan dalam hal keselamatan dan kesehatan, dan tidak sebagai bagian dari kelompok ahli yang terintegrasi.

Ahli higiene industri

cenderung berspesialisasi dalam bidang yang berkaitan dengan lingkungan kerja, bukan aktivitas kerja. Meskipun pekerjaan mereka serupa dengan praktisi K3, ahli higiene industri mungkin lebih memperhatikan bidang-bidang seperti kualitas udara, kebisingan, dan bahan-bahan berbahaya.

Menurut Badan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (OHS), higiene industri adalah ilmu yang mempelajari antisipasi, pengenalan, evaluasi, dan pengendalian kondisi tempat kerja yang dapat menyebabkan cedera atau penyakit pada pegawai. Ahli higiene industri menggunakan pemantauan lingkungan dan metode analisis untuk mendeteksi tingkat paparan pegawai. (Spellman, 2006, hlm. 1)

Ahli Ergonomi

Ahli ergonomi adalah:

ahli yang utamanya memperhatikan perancangan peralatan dan lingkungan kerja untuk memaksimalkan potensi pegawai tanpa melampaui kapasitas fisik dan psikologis mereka (lihat Kroemer dan Grandjean, 1997). Para ahli ergonomi umumnya berasumsi bahwa identifikasi dan eliminasi masalah dalam perancangan alat, peralatan, tugas, dan sistem kerja juga merupakan cara yang paling efektif dan ekonomis untuk meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan pegawai. Untuk mencapai tujuannya, ergonomi menggabungkan pengetahuan dan praktik dari psikologi, teknik, fisiologi, anatomi, dan antropometri (pengukuran tinggi badan, jangkauan, dan dimensi tubuh dalam berbagai postur) (Bohle dan Quinlan, 2001, hlm. 95).

Kontribusi para ahli ergonomi telah berfokus pada peran tempat kerja dalam kecelakaan kerja dan menekankan perlunya kesesuaian antara lingkungan kerja dan pegawai. Keahlian dalam ergonomi memungkinkan prediksi gerakan fisik yang diperlukan oleh desain ruang kerja dan pengaruhnya terhadap tubuh. Para ahli ergonomi juga aktif menyoroti isu-isu seperti pencahayaan dan kondisi silau, tempat duduk, dan postur.

Rekayasa keselamatan

Rekayasa keselamatan adalah spesialisasi yang berkaitan dengan perancangan alat yang sebagian besar berfokus pada upaya membuat komponen-komponen peralatan yang berpotensi mengakibatkan cedera menjadi tidak mudah diakses. Misalnya, pelindung dapat dipasang di sekitar beberapa bagian yang bergerak; kontrol ganda dapat ditambahkan agar peralatan tidak menyala secara tidak sengaja oleh seseorang yang secara tidak sengaja menekan sakelar atau tuas; atau mesin mungkin dilengkapi sensor yang secara otomatis mematakannya dalam keadaan tertentu.

Persyaratan Hukum

Ketentuan hukum kesehatan dan keselamatan kerja bervariasi di setiap negara, provinsi, atau negara bagian. Namun, semua negara maju memiliki undang-undang dan peraturan yang menguraikan kewajiban K3.

Langkah pertama bagi KKK untuk berinteraksi secara efektif dengan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah pemahaman yang baik tentang undang-undang kesehatan dan keselamatan kerja di wilayah hukumnya (atau lokasi jika suatu organisasi memiliki beberapa cabang di wilayah hukum yang berbeda) beserta persyaratannya. Dalam beberapa kasus, KKK dapat menjadi bagian dari komite kesehatan dan keselamatan kerja. Selain itu, seorang anggota komite kesehatan dan keselamatan kerja dapat menjadi bagian dari komite manajemen disabilitas. Dalam organisasi yang sangat kecil, mungkin terdapat satu komite yang bertindak sebagai penasihat untuk program K3 dan program MD (Manajemen Disabilitas).

Di beberapa provinsi, tanggung jawab atas keselamatan kerja berada di bawah naungan organisasi untuk kompensasi pegawai. Misalnya, di British Columbia, ketentuan kesehatan dan keselamatan kerja diuraikan dalam Undang-Undang Kompensasi Pegawai. Dewan Kompensasi bertanggung jawab untuk memastikan kepatuhan melalui inspeksi dan denda. Worksafe BC juga mengelola dan menegakkan Undang-Undang Produk Berbahaya tingkat federal berdasarkan pasal 114 Undang-Undang Kompensasi Pegawai. Di provinsi lain, Kementerian Tenaga Kerja mengelola dan menegakkan Undang-Undang Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Pendekatan semacam ini dapat ditemukan di Newfoundland di mana Kementerian Tenaga Kerja menegakkan persyaratan undang-undang provinsi, undang-undang terkait yang mencakup ketentuan keselamatan radiasi, dan Undang-Undang Produk Berbahaya federal. Terdapat juga undang-undang tingkat federal yang memuat persyaratan kesehatan dan keselamatan kerja bagi pegawai yang bekerja untuk pemerintah dan perusahaan milik negara atau di industri yang diatur oleh pemerintah federal.

Sebagian besar undang-undang di atas memiliki ketentuan serupa. Instansi pemerintah bertanggung jawab atas

- ▶ Inspeksi dan investigasi jika suatu organisasi memiliki tingkat kecelakaan yang tinggi atau pernah mengalami kecelakaan yang sangat parah
- ▶ Penegakan hukum (umumnya mencakup semacam sistem denda)
- ▶ Penyediaan informasi tentang K3.

Bergantung pada skala usaha, perusahaan bertanggung jawab membentuk komite kesehatan dan keselamatan kerja atau menunjuk perwakilan kesehatan dan keselamatan kerja. Di perusahaan dengan keberadaan serikat pekerja, susunan dan fungsi komite keselamatan kerja dapat dijelaskan dalam perjanjian kerja bersama. Organisasi dengan ukuran tertentu mungkin diwajibkan memiliki personel kesehatan dan keselamatan kerja dengan tingkat pelatihan khusus dan kemampuan pertolongan pertama. Organisasi pemberi kerja juga bertanggung jawab untuk:

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

- ▶ Memastikan kondisi kerja yang aman dengan mengidentifikasi dan memperbaiki bahaya serta menyelidiki kecelakaan ketika terjadi.
- ▶ Melatih pegawai dalam prosedur keselamatan dan memberi tahu mereka tentang potensi bahaya.
- ▶ Melaporkan kecelakaan kerja kepada pemerintah.

Selain bertanggung jawab untuk melaksanakan prosedur kerja yang aman, pegawai juga berhak berpartisipasi dalam komite keselamatan gabungan manajemen dan pegawai, berhak mendapatkan informasi tentang potensi bahaya di tempat kerja (seperti keberadaan bahan berbahaya yang mungkin diperlukan dalam produksi), dan berhak menolak pekerjaan yang tidak aman.

Identifikasi dan Pengendalian Bahaya

Memantau tren kecelakaan kerja dan ketidakhadiran dapat membantu organisasi mengidentifikasi bahaya di tempat kerja. Teknologi baru dapat berdampak signifikan terhadap pola kecelakaan kerja dan penyakit di tempat kerja.

Tujuan inisiatif kesehatan dan keselamatan kerja adalah mengidentifikasi kondisi atau situasi yang dapat mengakibatkan, atau berkontribusi terhadap, cedera dan penyakit di tempat kerja; menghitung tingkat risiko yang ditimbulkan oleh kondisi tersebut; dan mengidentifikasi langkah-langkah yang tepat yang akan menghilangkan bahaya atau mengurangi kemungkinan terjadinya insiden kesehatan dan keselamatan.

Bahaya dapat diidentifikasi melalui:

- ▶ Perencanaan desain yang aman (analisis bahaya sebelum perubahan pada lokasi kerja, peralatan, atau material)
- ▶ Pemantauan dan pengujian ketika zat atau kondisi berbahaya kemungkinan ada di tempat kerja
- ▶ Inspeksi lokasi kerja secara berkala
- ▶ Peringatan pegawai
- ▶ Analisis bahaya pekerjaan
- ▶ Investigasi insiden
- ▶ Analisis tren data kecelakaan dan cedera
- ▶ Audit.

Mekanisasi dan komputerisasi telah mengurangi kebutuhan akan aktivitas fisik yang berat. Meskipun masih ada pekerjaan berat, seperti yang mengharuskan mengangkat beban berat, mendorong, dan menarik beban secara konstan, banyak pekerjaan telah digantikan oleh pekerjaan dengan gerakan yang tidak terlalu memberikan tuntutan fisik, tetapi melibatkan gerakan cepat dan berkelanjutan dalam jangka waktu yang lama. Oleh karena itu, meskipun masalah punggung masih menjadi sumber utama klaim asuransi, klaim akibat stres berulang dari pekerjaan seperti mengoperasikan *keyboard* semakin meningkat (Bohle dan Quinlan, 2001).

Di tempat kerja mana pun, pegawai dapat terpapar berbagai bahaya, sehingga meningkat kemungkinan hilangnya waktu dan terjadinya klaim asuransi. Misalnya, seorang perawat yang bekerja di rumah sakit mungkin:

- ▶ Mengangkat pasien dengan bobot yang melebihi kapasitas fisik perawat
- ▶ Terpapar zat beracun dan infeksi, mulai dari senyawa kemoterapi, jarum suntik yang telah digunakan pada pasien dengan kondisi infeksi, pasien itu sendiri, atau bahan yang mungkin menyebabkan alergi seperti lateks pada sarung tangan kerja

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

- ▶ Terpapar radiasi
- ▶ Menghadapi stres akibat interaksi dengan keluarga pasien
- ▶ Mengalami kelelahan akibat giliran (*shift*) kerja
- ▶ Berkontak dengan pasien yang berpotensi melakukan kekerasan karena penyakit psikologis atau demensia.

Proses mengidentifikasi dan menghilangkan kondisi kerja yang berpotensi menyebabkan cedera adalah proses yang rumit. Kerumitan ini bertambah karena meningkatnya kesadaran bahwa bahaya di tempat kerja dan bahaya yang timbul dari kehidupan di luar pekerjaan dapat berkaitan. Seorang pegawai yang pekerjaannya memberikan beban berat pada punggungnya belum tentu beristirahat di waktu senggangnya. Ia mungkin justru menggondong anak-anak, merenovasi dapur, berkebun, atau bermain hoki atau sepak bola.

Mengingat potensi bahaya yang kompleks dan beragam di tempat kerja, Koordinator Kembali Kerja perlu memperoleh informasi dan keahlian sesuai kebutuhan. Beberapa potensi bahaya di tempat kerja meliputi:

- ▶ Bahan kimia dan zat berbahaya lainnya
- ▶ Tata letak tempat kerja yang memerlukan gerakan yang tidak sesuai secara ergonomis
- ▶ Lalu lintas
- ▶ Radiasi
- ▶ Kebisingan
- ▶ Kekerasan
- ▶ Stres
- ▶ Panas dan dingin yang berlebihan
- ▶ Getaran
- ▶ Tekanan tubuh termasuk mengangkat beban berat, mendorong atau menarik, dan gerakan fisik yang berulang
- ▶ Kelelahan akibat jadwal kerja
- ▶ Pencahayaan atau kurangnya visibilitas
- ▶ Keausan pada peralatan, mesin, dan bangunan.

Inspeksi tempat kerja

Salah satu bentuk identifikasi bahaya yang paling umum dilakukan adalah inspeksi lokasi kerja, yang melibatkan pemeriksaan berkala di sekitar lokasi kerja untuk memeriksa masalah seperti kabel yang putus, peralatan yang tidak berfungsi, peralatan yang digunakan untuk tujuan tertentu atau dengan cara yang tidak semestinya, genangan air di tangga, jarak pandang yang buruk karena lampu mati, atau pegangan pengaman yang rusak.

Beberapa praktik umum yang mungkin diperhatikan saat pemeriksaan lokasi kerja (CCOHS, 2009) meliputi:

- ▶ beroperasi pada kecepatan yang tidak aman atau pelanggaran praktik kerja aman lainnya
- ▶ melepas pelindung atau perangkat keselamatan lainnya, atau membuatnya tidak efektif

- ▶ menggunakan alat atau perlengkapan yang rusak atau menggunakan alat atau perlengkapan dengan cara yang tidak aman
- ▶ menggunakan tangan atau tubuh dan bukan alat atau tongkat dorong
- ▶ kelebihan muatan, terlalu penuh, atau gagal menyeimbangkan material atau menangani material dengan cara tidak aman lainnya, termasuk mengangkat barang dengan cara yang tidak benar
- ▶ memperbaiki atau menyalakan peralatan yang sedang bergerak, bertekanan, atau bermuatan listrik
- ▶ tidak menggunakan atau memelihara, atau menggunakan alat pelindung diri atau perangkat keselamatan secara tidak benar
- ▶ menciptakan kondisi yang tidak aman, tidak sesuai standar sanitasi, atau tidak sehat akibat kebersihan pribadi yang tidak tepat, penggunaan udara bertekanan untuk membersihkan pakaian, tata laksana yang buruk, atau merokok di area yang tidak diizinkan
- ▶ berdiri atau bekerja di bawah beban yang tergantung, perancah, lubang terowongan, atau lubang bawah terbuka

Inspeksi tempat kerja bertujuan memastikan bahwa bahaya kesehatan dan keselamatan kerja tidak tercakup dalam aktivitas di tempat kerja. Inspeksi ini biasanya dilakukan oleh anggota komite kesehatan dan keselamatan kerja organisasi yang bekerja dengan daftar periksa. Idealnya, beberapa anggota komite mungkin telah mengikuti pelatihan K3, tetapi minimal mereka harus memiliki pengetahuan tentang peraturan K3 pemerintah, potensi bahaya, serta prosedur dan aktivitas di tempat kerja mereka (CCOHS, 2009). Jika organisasi memiliki praktisi K3, praktisi tersebut dapat menjadi bagian dari tim inspeksi atau bertindak sebagai narasumber. Di banyak yurisdiksi, inspeksi tempat kerja diwajibkan melalui undang-undang dan peraturan.

Analisis risiko

Analisis risiko adalah proses untuk memperkirakan tingkat bahaya yang ditimbulkan oleh paparan bahaya. Hal ini biasanya melibatkan pertimbangan seberapa besar kemungkinan paparan tersebut akan mengakibatkan cedera dan dampak negatif lainnya terhadap kesehatan, serta seberapa besar kerugian yang mungkin terjadi jika terdapat insiden.

Skor risiko biasanya dihitung untuk menentukan prioritas penerapan pengendalian terhadap paparan bahaya yang ada. Hal ini tidak berarti bahwa paparan bahaya yang dianggap kecil kemungkinannya untuk terjadi dan mengakibatkan kematian atau cedera serius tidak akan mendapat perhatian. Namun, langkah pengendalian yang mahal untuk menghilangkan bahaya secara total mungkin bukan pilihan pertama bagi mereka yang terlibat dalam memastikan keselamatan di tempat kerja, terutama jika terdapat bahaya lain yang memiliki skor risiko tinggi.

Risiko menyeberang jalan dapat ditentukan dengan menggunakan rumus yang umum digunakan dan menilai konsekuensi, probabilitas, dan paparan untuk mendapatkan skor risiko. Semakin tinggi skornya, langkah pengendalian semakin penting untuk segera diterapkan.

Namun, perhitungan risiko semacam itu agak rumit dan cenderung lebih sering digunakan dalam situasi yang kompleks atau ambigu, atau ketika biaya, waktu, atau kesulitan penerapan pengendalian tinggi. Dalam kehidupan sehari-hari, organisasi sering menggunakan sistem peringkat A, B, C, H untuk membedakan risiko besar, serius, minor, atau bersifat rutin.

Ada beberapa cara untuk menilai risiko. Semakin sulit atau rumit suatu bahaya, semakin besar kemungkinan digunakan perhitungan yang rumit untuk menilai tingkat risiko.

Pengendalian bahaya

Setelah paparan bahaya diidentifikasi dan risikonya dinilai, langkah selanjutnya adalah menemukan cara untuk menghilangkan bahaya atau meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden. Proses pengendalian bahaya secara keseluruhan meliputi hal-hal berikut:

- ▶ Mengidentifikasi/kenali bahaya.

- ▶ Menentukan tingkat risiko dan pilih langkah-langkah pengendalian yang tepat berdasarkan sifat bahaya dan prioritas organisasi.
- ▶ Menetapkan tanggung jawab untuk menerapkan langkah-langkah pengendalian bahaya yang dipilih.
- ▶ Menyediakan sarana untuk mengukur efektivitas langkah-langkah pengendalian bahaya yang telah diterapkan.

Setelah bahaya teridentifikasi, langkah selanjutnya adalah mulai memilih langkah-langkah pengendalian bahaya yang tepat. Hierarki pengendalian dimasukkan dalam perencanaan pengendalian risiko dan ditegaskan dalam undang-undang dan peraturan di banyak negara.

- ▶ Dapatkah bahaya dihilangkan?
- ▶ Jika tidak, dapatkah penggantian proses, peralatan, atau material yang lebih aman mengurangi kemungkinan terjadinya cedera atau penyakit serius?
- ▶ Jika tidak, dapatkah pengendalian rekayasa digunakan?
- ▶ Jika tidak, dapatkah pengendalian administratif digunakan?
- ▶ Jika tidak, dapatkah alat pelindung diri digunakan?

Eliminasi atau substitusi melibatkan:

- ▶ Penghentian penggunaan produk atau proses
- ▶ Penggunaan cara yang sama sekali berbeda untuk menggunakan produk atau melakukan pekerjaan
- ▶ Penggunaan material atau zat yang sama sekali berbeda.

Beberapa contoh upaya menghilangkan bahaya antara lain menghilangkan bahaya kebakaran dengan menggunakan bahan yang tidak mudah terbakar; menghilangkan tugas mengangkat atau menangani barang dengan menggunakan alat pengangkat mekanis; menyingkirkan benda yang posisinya menonjol; memperbaiki kebocoran; dan menghilangkan asap beracun. Contoh substitusi meliputi penggantian kebutuhan kabel listrik yang melintasi trotoar dengan memasang lebih banyak stopkontak; dan mengganti pelindung yang tidak efektif dengan peralatan yang lebih efektif—misalnya, “garis pandang” untuk mesin *press* jepit dapat diganti dengan laser yang menghentikan mesin jika jari seseorang terlalu dekat dengan mesin *press*.

Investigasi insiden

Program K3 bertujuan menghilangkan kecelakaan atau insiden. Namun, dalam hal kecelakaan atau insiden terjadi, keduanya dapat memberikan kesempatan untuk belajar.

Insiden atau kecelakaan terjadi karena berbagai alasan termasuk adanya kondisi berbahaya, prosedur yang tidak dipertimbangkan dengan matang, cara tugas pekerjaan disusun, budaya tempat kerja dan sikap terhadap keselamatan, dan karena individu dengan satu dan lain alasan mungkin kurang memberikan perhatian yang seksama pada praktik kerja yang aman.

Cedera okupasi adalah cedera atau penyakit “berkaitan dengan pekerjaan” yang dialami oleh seorang pegawai. Ini merupakan kejadian atau paparan di lingkungan kerja yang disebabkan atau dikontribusikan oleh kondisi yang muncul, atau memburuknya kondisi yang sudah ada sebelumnya (Dyck, 2007).

Terdapat beberapa perbedaan pendapat di antara para profesional mengenai penggunaan istilah kecelakaan atau insiden. Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) menggunakan istilah insiden untuk mencakup kecelakaan yang telah terjadi serta peristiwa yang berpotensi menyebabkan cedera. Dalam panduan ini, istilah insiden digunakan untuk mencakup setiap peristiwa di tempat kerja yang tidak disengaja atau tidak terduga yang mengakibatkan cedera atau kerusakan, atau yang berpotensi menyebabkan cedera atau kerusakan tersebut.

Insiden K3 adalah kecelakaan atau kejadian apa pun yang terjadi selama pekerjaan, yang meliputi:

- ▶ penyakit akibat kerja;
- ▶ kebakaran dan ledakan yang tidak terkendali;
- ▶ cedera yang mengakibatkan disabilitas;
- ▶ kerusakan serius pada peralatan, pabrik, atau properti;
- ▶ kejadian berbahaya yang dapat melukai, tetapi tidak melukai siapa pun;
- ▶ paparan terhadap zat atau keadaan berbahaya;
- ▶ cedera ringan;
- ▶ insiden serius lainnya yang dapat membahayakan pegawai atau pabrik (Pemerintah Australia, 2008).

Namun, banyak praktisi sepakat dengan tradisi yang membedakan antara kecelakaan kerja dan insiden kerja. Kecelakaan kerja didefinisikan sebagai kejadian tak terduga dan tidak diinginkan yang terjadi selama pelaksanaan aktivitas kerja atau timbul dari aktivitas tersebut, yang mengakibatkan kematian, cedera, penyakit, atau kerusakan harta benda. Insiden dianggap sebagai peristiwa yang dalam keadaan yang sedikit berbeda dapat menjadi kecelakaan, dan sering juga disebut sebagai nyaris celaka (*near miss*).

Alasan terpenting untuk menyelidiki suatu insiden adalah untuk menentukan penyebabnya dan langkah yang dapat dilakukan untuk mencegahnya terulang kembali. Namun, ada alasan lain untuk investigasi kecelakaan, termasuk mengidentifikasi biaya, memenuhi persyaratan hukum terkait insiden, menjaga kepatuhan terhadap undang-undang dan peraturan, dan memperoleh informasi yang akan digunakan dalam memproses klaim kompensasi pegawai (CCOSH, 2006).

Investigasi insiden secara umum dianggap melibatkan empat langkah (Dougherty, 1999)

- ▶ Pencarian fakta—menentukan apa yang terjadi
- ▶ Identifikasi penyebab langsung
- ▶ Identifikasi akar penyebab
- ▶ Pemilihan langkah-langkah untuk mencegah atau mengurangi kemungkinan terulangnya kecelakaan.

Pencarian fakta

Langkah pertama dalam pencarian fakta adalah meminta siapa pun yang terlibat dalam kecelakaan untuk menyiapkan laporan singkat tentang kejadian yang dialami. Sketsa tata letak atau foto dapat diambil. Sering kali, individu yang bertanggung jawab atas keselamatan atau seorang atasan akan mewawancarai pembuat laporan untuk mencoba mendapatkan lebih banyak informasi. Namun, para ahli keselamatan menekankan bahwa pencarian fakta harus dilakukan dalam suasana tanpa menyalahkan. Tujuan pencarian fakta adalah mencari tahu fakta-fakta kejadian dan memperbaiki segala kekurangan, bukan untuk mencari tahu dan menghukum pelakunya. Pencarian fakta dapat melibatkan pakar lain, termasuk dokter okupasi, ahli ergonomi, atau pemasok peralatan atau material yang terlibat. Setelah sebanyak mungkin fakta yang dapat diperoleh tersedia, penyebab langsung atau penyebab yang terlihat di permukaan harus diidentifikasi.

Menetapkan penyebab langsung

Setiap kecelakaan atau insiden biasanya memiliki lebih dari satu penyebab. Contoh penyebab langsung atau yang terlihat langsung antara lain orang-orang terburu-buru sehingga kurang berhati-hati; peralatan rusak atau tidak terawat dengan baik; individu tersebut tidak memiliki kapasitas fisik atau pelatihan untuk melakukan pekerjaan dengan benar; bahan berbahaya seperti bahan kimia tidak digunakan dengan benar; atau staf tidak memahami prosedur keselamatan yang diwajibkan.

Menetapkan akar penyebab

Dalam kebanyakan kasus, penyelidik kecelakaan atau insiden akan menemukan penyebab yang mendasari atau akar penyebab yang tidak langsung terlihat (*underlying cause*). Misalnya, Dougherty (1999) memberikan contoh seorang pegawai yang kehilangan jarinya saat mencoba mengatasi kemacetan di mesin saat mesin sedang beroperasi. Pegawai tersebut tahu bahwa peralatan seharusnya dimatikan tetapi merasa ditekan untuk memenuhi target produksi. Pelindung keselamatan tidak berfungsi dengan baik dan karena tidak ada rencana untuk inspeksi dan pemeliharaan peralatan secara teratur, tidak ada yang peduli untuk memperbaiki masalah tersebut. Dalam contoh ini, penyebab langsungnya adalah seorang pegawai yang tidak menggunakan cukup pelindung dan peralatan yang rusak. Masalah yang mendasarinya adalah budaya tempat kerja yang mementingkan produktivitas di atas keselamatan. Selain itu, prosedur operasional tidak dirumuskan dengan baik dan peralatan tidak dipelihara dengan tertib.

Sekitar sepuluh persen kecelakaan kerja terjadi karena kondisi, proses, atau fasilitas yang tidak aman. Lima belas persen disebabkan oleh “kesalahan pegawai atau manusia”, dan 75 persen disebabkan oleh “kesalahan, kesalahan tidak sengaja, atau kelalaian dalam kebijakan, prosedur, praktik, dan terutama prioritas dalam kegiatan bisnis sehari-hari”. (Colvin & Colvin, 1999, hlm. 23)

Meskipun telah banyak penelitian tentang perilaku keselamatan individu, budaya kelompok di tempat kerja juga ditemukan sama pentingnya (Benevento, 1998). Tekanan berkelanjutan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan cepat dapat menciptakan lingkungan yang menganggap jalan pintas sebagai norma. Di beberapa tempat kerja, mencurahkan banyak waktu atau energi untuk menyelesaikan tindakan pencegahan keselamatan dianggap sebagai tanda kelemahan. Di sisi yang lebih positif, keterlibatan pegawai dalam program keselamatan sering kali meningkatkan budaya keselamatan.

Memilih tindakan untuk mencegah kejadian tidak terulang kembali

Langkah terakhir dalam investigasi kecelakaan adalah mengidentifikasi langkah-langkah yang dapat diambil untuk mencegah kecelakaan atau mengurangi kemungkinan terulangnya kecelakaan. Proses kerja dapat diubah; orang dapat dilatih, bahaya dapat diisolasi, dan alat pelindung diri dapat disediakan.

Tentu saja, solusi terbaik adalah menghilangkan bahaya tersebut. Bahan pengganti mungkin dapat ditemukan untuk menggantikan bahan beracun yang digunakan dalam produksi atau pembersihan. Jika tidak, kategori pengendalian bahaya lainnya dapat diterapkan:

- ▶ Pengendalian rekayasa—menghilangkan atau mengurangi risiko dengan memisahkan pegawai dari bahaya menggunakan penghalang atau pelindung, memastikan bahan kimia beracun tertampung dengan benar, menambahkan peralatan ventilasi.
- ▶ Pengendalian administratif atau praktik kerja—menetapkan aturan yang hanya mengizinkan orang-orang tertentu di area berbahaya (misalnya, mereka yang memiliki pelatihan khusus), memindahkan bahan berbahaya pada waktu-waktu tertentu dalam sehari (misalnya, sebelum sebagian besar pegawai tiba), memasang prosedur operasi standar di samping peralatan, dan membatasi jumlah paparan pegawai tertentu terhadap bahan berbahaya melalui rotasi pekerjaan.
- ▶ Alat Pelindung Diri—memberikan perlindungan kepada pegawai dengan peralatan seperti sarung tangan keselamatan, kacamata pelindung, atau helm meskipun bahaya tetap ada.

Jika peralatan sangat bising, pengendalian rekayasa dapat dilakukan dengan membangun penutup kedap suara di sekitar peralatan; pengendalian administratif dapat dilakukan dengan membatasi jumlah waktu pegawai berada di ruangan yang sama dengan mesin per hari; dan alat pelindung diri dapat berupa penyumbat telinga atau penutup telinga. Jika bahaya tidak dapat dihilangkan, solusi yang umumnya lebih disukai adalah pengendalian rekayasa.

Program Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Program kesehatan di tempat kerja memiliki tujuan yang serupa dengan program keselamatan—menjaga kesehatan pegawai dan mengurangi waktu kerja yang hilang. Namun, program ini bergantung pada keputusan pegawai untuk berpartisipasi dan mengelola kebiasaan kesehatan pribadi seperti pola makan, olahraga, menghindari merokok, atau tidur yang cukup.

Program kesehatan dan kesejahteraan sangat berharga bagi program pengelolaan disabilitas, pertama-tama karena program tersebut memberi informasi dan kesempatan kepada pegawai yang kembali bekerja untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan mereka, dan kedua, karena program tersebut memberi kesempatan untuk mendidik orang-orang yang mungkin nantinya bekerja dengan pegawai yang memiliki disabilitas sementara atau permanen tentang berbagai kondisi fisik dan mental yang dapat memengaruhi kesehatan dan aktivitas kerja.

Dyck (2007, hal. 713) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai “ilmu dan seni membantu orang mengubah gaya hidup mereka untuk mencapai kondisi kesehatan yang optimal.” Hal ini melibatkan penyediaan informasi yang akan membantu orang membuat pilihan yang lebih sehat dan, dalam beberapa kasus, menyediakan lingkungan yang mendukung pilihan tersebut—misalnya, memastikan makanan yang disajikan di kafetaria perusahaan rendah lemak atau menyediakan peralatan olahraga untuk digunakan saat istirahat. Sebaliknya, program kesehatan dan keselamatan kerja merupakan kewajiban hukum organisasi pemberi kerja dan karenanya tidak bergantung pada pilihan pegawai. Program ini berfokus pada komponen pekerjaan seperti desain mesin, penggunaan bahan berbahaya, organisasi kerja, serta peralatan dan perlengkapan keselamatan yang tersedia. Mengingat sifatnya yang sukarela, program kesehatan mungkin membutuhkan upaya yang lebih besar untuk mencapainya.

Faktanya, definisi umum kesehatan tidak didasarkan pada hasil, melainkan pada kesempatan untuk membuat pilihan pribadi yang dapat mengarah pada hasil-hasil tersebut.

“Untuk mencapai kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, serta mengubah atau mengatasi lingkungan. Oleh karena itu, kesehatan dipandang sebagai sumber daya untuk kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup. Kesehatan adalah konsep positif yang menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kapasitas fisik.” (Health Canada, 2001)

Kesehatan bermakna lebih dari sekadar bebas dari penyakit. Kesehatan dapat dilihat sebagai sejauh mana individu mampu memaksimalkan kebugaran mereka. Kesehatan mencakup kesejahteraan mental dan fisik.

Terdapat tiga faktor utama yang berkontribusi terhadap kesejahteraan:

Praktik kesehatan - aktivitas sukarela individu yang memengaruhi kesehatan mereka

Sumber daya pribadi - cara psikologis dan sosial yang digunakan seseorang untuk mengatasi stres lingkungan

Lingkungan tempat individu berusaha mengatasi stres, yang meliputi: lingkungan sekitar, kondisi tempat kerja, keadaan diri, serta dukungan dan peluang yang tersedia bagi individu untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatannya. (Health Canada, 2001)

Promosi kesehatan di tempat kerja telah didefinisikan sebagai:

Kombinasi kegiatan dan program pendidikan, organisasi, dan lingkungan yang dirancang untuk memotivasi dan mendukung gaya hidup sehat di antara pegawai perusahaan dan keluarga mereka. Tujuan promosi kesehatan di tempat kerja adalah (1) menilai risiko kesehatan, (2) mengurangi risiko kesehatan yang dapat dikurangi, dan (3) mempromosikan gaya hidup yang sehat secara sosial dan lingkungan (Chenoweth, 2007, hlm. 5).

Meskipun banyak organisasi dan individu terlibat dalam promosi kesehatan, termasuk pemerintah, perpustakaan, sekolah kedokteran, dan fasilitas rekreasi, tempat kerja telah menjadi tempat yang semakin penting karena pemberi kerja berfokus pada nilai orang-orang yang menghasilkan produk dan keuntungan, serta peran pemberi kerja dalam membantu pegawai mencapai kesehatan yang optimal (Anders, 2007). Namun, untuk mencapai partisipasi dan perubahan perilaku pegawai, pegawai harus yakin bahwa program tersebut bernilai bagi mereka sebagai individu, dan memberikan manfaat.

Berdasarkan penelitian tentang nilai manfaat program promosi kesehatan bagi pemberi kerja (Health Canada, 2001), pegawai yang sehat cenderung tidak mengalami kecelakaan kerja; akan pulih lebih cepat ketika cedera terjadi; umumnya akan lebih produktif karena merasa lebih baik, dan umumnya cenderung tidak absen. Manajer di beberapa perusahaan besar di AS memeringkat sepuluh risiko kesehatan teratas yang dihadapi pegawai sebagai berikut:

- ▶ Stres berlebih
- ▶ Tekanan darah tinggi
- ▶ Merokok
- ▶ Cedera punggung
- ▶ Berat badan berlebih
- ▶ Penyalahgunaan alkohol
- ▶ Kolesterol darah tinggi
- ▶ Penyalahgunaan obat
- ▶ Depresi, dan
- ▶ Masalah kesehatan mental. (Chenoweth, 2007)

Komponen program

Meskipun sebagian besar program K3 ditujukan untuk mengurangi cedera fisik, program promosi kesehatan menargetkan kesehatan fisik dan mental. Komponen umum program promosi kesehatan meliputi:

- ▶ Vaksin flu dan imunisasi lainnya
- ▶ Penambahan pusat kebugaran atau ruang olahraga dan kelas olahraga
- ▶ Komunitas jalan kaki atau lari
- ▶ Istirahat untuk peregangan dan promosi internal untuk istirahat tersebut
- ▶ Program manajemen berat badan
- ▶ Seminar dengan berbagai topik pada saat makan siang
- ▶ Kampanye kesadaran kesehatan termasuk
 - poster
 - artikel di buletin pegawai,
 - pamflet tentang beragam topik,
 - kiat kesadaran kesehatan bulanan melalui email atau *hotline* telepon
 - informasi pada situs
 - peminjaman kaset audio atau CD
- ▶ Pameran kesehatan termasuk tampilan, presentasi, demonstrasi dan pemutaran yang melibatkan
 - petugas dari dinas kesehatan setempat
 - perwakilan asosiasi yang menyediakan informasi dan bantuan untuk kondisi kesehatan tertentu seperti asosiasi jantung atau asosiasi kanker
 - penyedia layanan medis atau penyedia layanan kesehatan terkait seperti fisioterapis yang ingin memperkenalkan klinik dan layanan mereka kepada pegawai
- ▶ Program berhenti merokok atau bantuan keuangan dengan partisipasi dalam program eksternal
- ▶ Manajemen stres
- ▶ Program ergonomi
- ▶ Program kesehatan jantung dengan kesempatan untuk memeriksa tekanan darah dan kolesterol
- ▶ Skrining kanker prostat dan program kesadaran untuk mendorong pemeriksaan mamografi.
- ▶ Program kehamilan sehat
- ▶ Program punggung sehat
- ▶ Skrining depresi yang dihubungkan ke bantuan pegawai atau bantuan eksternal—skrining bersifat rahasia
- ▶ Konseling mengenai masalah kesehatan di tempat atau melalui perawat penasihat yang dapat dihubungi melalui saluran telepon gratis.
- ▶ Memastikan makanan bergizi tersedia di kantin dan mesin penjual makanan.

Upaya lain yang lebih sederhana dapat mencakup penyediaan kesempatan untuk berolahraga ringan atau sedang di area istirahat—misalnya, dengan menyediakan perangkat tenis meja atau sepeda statis (Chenoweth, 2007). Langganan majalah kesehatan dapat dibeli dan diletakkan di ruang kopi.

Mengembangkan program kesehatan di tempat kerja

Promosi kesehatan yang efektif memerlukan keterampilan dan pengetahuan di berbagai bidang selain kesehatan dan kedokteran termasuk pengembangan program, pemasaran, pendidikan dan teori perubahan sikap dan perilaku.

Informasi Health Canada (2001) tentang kesejahteraan di tempat kerja menunjukkan bahwa mendapatkan dukungan dari tenaga kerja dan manajemen sangat penting bagi keberhasilan program. Dukungan manajemen puncak dan dukungan dari para pemimpin serikat pekerja akan memengaruhi apakah pegawai mendukung program dan berpartisipasi dalam kegiatan program. Mereka merekomendasikan pembentukan kelompok perencanaan yang mencakup perwakilan dari Kompensasi dan Tunjangan, Sumber Daya Manusia, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Promosi Kesehatan, Manajemen Disabilitas, Keuangan, dan Komunikasi Internal.

Proses yang diikuti untuk mengembangkan program kesehatan dan kesejahteraan umumnya mencakup langkah-langkah berikut:

- ▶ Menyelesaikan analisis kebutuhan.
- ▶ Menetapkan tujuan, sasaran, dan target.
- ▶ Merencanakan program.
- ▶ Melaksanakan kegiatan.
- ▶ Mengevaluasi program.

Analisis kebutuhan

Analisis kebutuhan menyediakan informasi yang dapat digunakan dalam menetapkan prioritas dan menentukan bagaimana program dilaksanakan. Analisis kebutuhan semacam itu dapat dilakukan oleh pegawai internal, konsultan eksternal, komite multi-tingkat di tempat kerja, atau kombinasi keduanya. Lingkaran kesehatan yang terdiri dari sekelompok pegawai yang representatif umumnya digunakan di Eropa untuk mengidentifikasi kebutuhan dan menetapkan tujuan (Jaringan Eropa untuk Promosi Kesehatan, 2004). Langkah pertama adalah memperoleh informasi tentang lingkungan kerja dan karakteristik pegawai saat ini, serta masalah kesehatan yang paling mendesak, termasuk:

Bagaimana situasi kesehatan pegawai saat ini?

- ▶ Apakah jumlah dan jenis penyakit atau cedera melebihi atau di bawah jumlah yang biasanya diharapkan dalam industri ini?
- ▶ Apakah ada tren yang menonjol dalam hal penggunaan obat untuk disabilitas jangka pendek dan jangka panjang?

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

- ▶ Apakah ada tren dalam penggunaan atau biaya resep yang menunjukkan perlunya tindakan pencegahan kesehatan?

Mengingat kerahasiaan informasi tentang klaim asuransi kesehatan dan asuransi disabilitas, orang-orang dalam organisasi yang dapat mengakses data ini dan memberikan informasi tentang tren perlu berhati-hati agar tidak melanggar kerahasiaan dengan memberikan data tentang individu. Jika penilaian kebutuhan diselesaikan di bawah naungan gugus tugas manajemen-pegawai, mungkin akan ada lebih banyak dukungan untuk menggunakan informasi tersebut dalam perencanaan dan program yang dihasilkan akan dipandang sebagai bermanfaat bagi semua pihak, dan tidak sekadar cara bagi organisasi pemberi kerja untuk menghemat uang (Chenoweth, 2007).

- ▶ Bagaimana demografi tenaga kerja saat ini dan apa yang ditunjukkan demografi tentang tantangan kesehatan di tempat kerja dalam hal usia, preferensi budaya, atau gender? Misalnya, komposisi tenaga kerja memperlihatkan sejumlah besar perempuan berada dalam usia subur; hal ini mungkin menciptakan kebutuhan akan program khusus.
- ▶ Apakah ada masalah organisasi yang menimbulkan tantangan khusus—seperti pekerjaan yang tidak melibatkan banyak gerak; pekerjaan yang membutuhkan banyak angkat berat; tekanan untuk menyelesaikan pesanan yang menyebabkan lembur; penurunan permintaan produk yang dapat menyebabkan PHK dan/atau peningkatan stres pegawai dan keengganan untuk mengeluarkan uang untuk program kesehatan; klien atau kelompok pelanggan yang sulit; atau pekerjaan yang membutuhkan input data yang stabil dan perubahan tugas yang jarang.
- ▶ Secara umum, apakah ada hambatan atau tantangan khusus terhadap kesehatan atau pengembangan program kesehatan?

Selain analisis data dan tinjauan dokumen, dua cara lain untuk memperoleh informasi tentang kebutuhan adalah survei pegawai dan penilaian kesehatan.

Formulir survei dapat disertakan dalam buletin pegawai, sebagai sobekan pada poster papan buletin, dalam amplop penggajian, atau tersedia di Intranet perusahaan (Chenoweth, 2007). Selain formulir survei, FGD juga dapat diselenggarakan.

Penilaian kesehatan di tempat kerja adalah laporan mandiri yang dapat diberikan kepada populasi tertentu di tempat kerja atau kepada semua pegawai. Laporan ini memberikan gambaran singkat tentang tingkat risiko kesehatan seperti depresi atau kolesterol tinggi. Namun, laporan ini agak kontroversial karena merupakan laporan mandiri dan tidak mencakup pemeriksaan fisik yang sebenarnya oleh tenaga kesehatan profesional. Laporan ini dapat membingungkan dan menimbulkan kecemasan karena biasanya diisi secara mandiri. Penilaian kesehatan di tempat kerja biasanya dikelola oleh organisasi eksternal dan jasanya mungkin mahal. Jika penilaian akan digunakan sebagai alat evaluasi, penilaian tersebut harus diberikan kepada kelompok pegawai yang sama sebelum dan sesudah program diimplementasikan dengan jumlah dan departemen yang diseleksi untuk memberikan keandalan dan validitas statistik. Dalam kasus seperti itu, pegawai sering diberikan insentif untuk berpartisipasi, mulai dari tiket teater hingga cuti untuk melakukan kegiatan terkait kesehatan.

Menetapkan tujuan, sasaran, dan target

Berdasarkan penilaian kebutuhan, prioritas pengembangan program akan diidentifikasi dan keputusan akan dibuat terkait target program dalam jangka waktu tertentu. Pengembalian investasi dalam program intensif yang ditargetkan pada sejumlah kecil pegawai dalam kelompok berisiko tinggi, seperti pegawai lanjut usia dengan sejumlah besar faktor risiko penyakit jantung, lebih tinggi daripada program yang dirancang untuk populasi umum pegawai (Pelletier, 2001) meskipun program yang terakhir cenderung lebih murah. Namun, program yang ditargetkan untuk populasi tertentu tampaknya lebih berhasil di lingkungan yang memiliki program kesehatan dan kesadaran serta bias terhadap pilihan gaya hidup sehat. Dengan demikian, program yang dirancang untuk membantu orang yang pekerjaannya memiliki tingkat stres tinggi dan menghadapi tekanan jelas akan lebih berhasil jika manajer dan rekan kerja di dalam organisasi menyadari adanya faktor-faktor

yang berkaitan dengan stres serta mendukung intervensi yang berkaitan dengan pengurangan stres. Program tidak akan berhasil jika individu dilabeli dengan kondisinya terkait stres sebagai orang yang malas atau lemah. Budaya tempat kerja cenderung memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesediaan individu yang berisiko tinggi terhadap masalah kesehatan untuk mengikuti program kebugaran.

Penting untuk memiliki acuan dasar saat menetapkan tujuan—untuk mengetahui situasi saat ini sehingga perbaikan dapat diukur kemudian sebagai bagian dari evaluasi program. Informasi untuk acuan dasar dapat mencakup laporan terkait diri sendiri tentang perilaku sehat dan tidak sehat, data tentang penyakit dan cedera, informasi tentang cuti sakit dan disabilitas jangka pendek dan panjang; biaya asuransi tambahan, dan ukuran produktivitas jika ada.

Contoh tujuan umum adalah meningkatkan kesehatan jantung bagi kelompok tenaga kerja yang sejumlah besar pegawainya lanjut usia dan pekerjaannya melibatkan aktivitas sedang dengan sesekali mengangkat beban berat. Tujuan lain, misalnya, mengurangi insiden serangan jantung pegawai sebesar sepuluh persen. Sasaran adalah melibatkan 75 persen tenaga kerja dalam pemeriksaan tekanan darah dan kolesterol secara sukarela, atau meningkatkan persentase tenaga kerja yang berpartisipasi dalam aktivitas olahraga di tempat kerja dari dua puluh menjadi dua puluh lima persen. Penelitian menunjukkan bahwa program di tempat kerja yang sukses sekalipun umumnya hanya memiliki tingkat partisipasi dua puluh hingga tiga puluh persen. Namun, program promosi kesehatan dapat menghasilkan peningkatan pilihan gaya hidup di luar pekerjaan dan banyak perusahaan telah menemukan bahwa terdapat rasio biaya/manfaat yang positif untuk program kesehatan di tempat kerja. Canada Life di Toronto menghitung bahwa untuk setiap dolar yang dibelanjakan pada promosi kesehatan, mereka memperoleh imbalan atas investasi tersebut sebesar \$3,40 berdasarkan penurunan pergantian pegawai, peningkatan produktivitas, dan penurunan klaim medis (Health Canada, 2001).

Merencanakan program

Karakteristik khalayak target harus dipertimbangkan dalam pengembangan program. Informasi tentang khalayak target akan sangat memengaruhi cara program disusun. Misalnya, analisis kebutuhan menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kerja mengalami kelebihan berat badan dan terdapat insiden serangan jantung dan diabetes yang lebih tinggi dari rata-rata. Berdasarkan informasi ini, salah satu sasaran program adalah memberikan informasi kepada pegawai tentang pentingnya diet dan olahraga. Namun, kecil kemungkinan pesan umum akan dapat memengaruhi semua pegawai. Satu pesan promosi, tema, atau proyek, tidak mungkin menarik atau menyebabkan perubahan perilaku secara merata di antara perempuan lajang yang lebih muda, orang tua, perempuan yang lebih tua, laki-laki yang lebih muda, dan laki-laki yang lebih tua. Laki-laki yang lebih muda mungkin lebih tertarik pada informasi yang berkaitan dengan olahraga individu dan tontonan. Perempuan yang lebih tua mungkin menganggap informasi yang dibangun berdasarkan minat, seperti menjaga energi, menua dengan sehat, atau hiburan bergizi lebih menarik. Karakteristik tenaga kerja juga dapat memengaruhi kemungkinan seseorang berpartisipasi dalam seminar internal yang diadakan saat makan siang, konseling gizi pribadi, atau lebih suka menghadiri kegiatan kelompok eksternal, seperti Weight Watchers, jika ada. Kegiatan dapat diikuti selama jam makan siang di lokasi di luar kantor, tetapi dapat dicapai dengan berjalan kaki dalam lima menit.

Pesan yang disesuaikan berdasarkan tahapan tentang kebugaran fisik (Health Canada, 2001) ditemukan lebih efektif daripada pesan bersifat umum. Pesan dapat dibuat untuk menggerakkan peserta naik satu tingkat dari posisi mereka saat ini dan harus mempertimbangkan minat dan nilai-nilai target populasi. Misalnya, dorongan untuk berpartisipasi dalam lari santai atau program angkat beban tidak mungkin menghasilkan partisipasi perempuan yang belum pernah berolahraga. Sebaliknya, akan lebih masuk akal untuk mendorong mereka bergabung dengan kelompok jalan kaki dengan orang lain dari latar belakang yang sama—mungkin berjalan ke tujuan yang menarik bagi semua orang. Rekomendasi ini didasarkan pada penelitian (Pelletier, 2001) bahwa orang yang berhasil mengubah perilaku kesehatan melewati beberapa tahap reflektif sebelum mereka benar-

benar membuat perubahan termasuk pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan mempertahankannya. Ini menunjukkan bahwa terpapar pesan-pesan yang tidak mengancam harga diri, tetapi membangun kesadaran, adalah penting untuk perubahan gaya hidup.

Jenis program yang bermanfaat bagi pegawai juga akan bervariasi bergantung pada komposisi tenaga kerja. Tenaga kerja dengan persentase pegawai yang signifikan di atas usia lima puluh tahun mungkin tertarik pada seminar yang bertujuan membantu mereka mengatasi permasalahan terkait orang tua yang lanjut usia. Banyak orang dalam kelompok usia ini masih memiliki orang tua yang sedang mempertimbangkan untuk pindah ke panti jompo, telah disarankan untuk berhenti mengemudi, atau memiliki masalah kesehatan serius terkait usia, seperti demensia. Masalah-masalah tersebut dapat menjadi sumber stres yang cukup besar bagi pegawai paruh baya.

Secara umum, program olahraga di tempat kerja yang berhasil (Health Canada, 2001) ditemukan sebagai berikut:

- ▶ Didukung oleh atasan dan rekan kerja
- ▶ Dijadwalkan pada waktu dan tempat yang nyaman bagi pegawai
- ▶ Didukung oleh waktu istirahat agar pegawai dapat berpartisipasi.
- ▶ Berlokasi di fasilitas di tempat kerja.

Komponen-komponen program harus diintegrasikan sehingga satu kegiatan dapat berkembang ke kegiatan lainnya. Misalnya, program jantung sehat dapat mencakup tes tekanan darah dan kolesterol di tempat, seminar saat makan siang, kelompok pegawai penasihat untuk layanan makanan, poster, kartu resep, klub jalan kaki, pembuatan ruang olahraga, dan mengembangkan bagian khusus di situs perusahaan dengan tautan ke situs lain yang telah diperiksa oleh seseorang yang ahli di bidang ini.

Pegawai akan lebih cenderung berpartisipasi dalam program yang mereka minati daripada program yang mungkin memberikan manfaat terbesar dalam hal peningkatan kesehatan (Chenoweth, 2007). Analisis penilaian kebutuhan demografi, risiko kesehatan, dan pola cedera dan minat dapat menunjukkan bahwa suatu program diperlukan, tetapi tidak memiliki peringkat tinggi dalam survei minat pegawai. Jika demikian, maka pengembang program harus mencoba mencari cara untuk mengaitkan program yang diminati dengan program yang amat dibutuhkan. Misalnya, jika program jalan kaki dinilai sangat diminati, maka program dapat diadakan dengan diselipkan pembagian informasi tentang program berhenti merokok.

Setelah karakteristik dan komponen program diidentifikasi, proses perencanaan meliputi:

- ▶ Mengidentifikasi sumber daya
- ▶ Memperoleh anggaran

Sering kali, pendanaan untuk program kesehatan menjadi bagian dari anggaran sumber daya manusia atau kesehatan dan keselamatan kerja. Dalam beberapa kasus, biaya akan menentukan apakah program tersebut disediakan di lokasi kerja atau apakah pegawai diberikan bantuan keuangan untuk biaya menghadiri program eksternal. Dalam kasus lain, biaya di lokasi kerja—misalnya, biaya yang dikeluarkan untuk membangun ruang angkat beban—diimbangi dengan mengenakan biaya untuk program tersebut, meskipun hal itu umumnya tidak dianggap ideal karena dapat menjadi penghalang partisipasi. Beberapa aspek program dapat disediakan oleh relawan. Misalnya, relawan dapat mengembangkan jalur pejalan kaki dan mengorganisir program jalan kaki. Mahasiswa yang terlibat dalam pelatihan rekreasi atau penelitian kesehatan dapat menyediakan beberapa layanan di bawah pengawasan seorang anggota fakultas. Informasi biaya-manfaat tentu akan membantu dalam menyetujui anggaran.

- ▶ Mengidentifikasi sumber keahlian dalam komunitas atau organisasi
- ▶ Memasarkan program, termasuk membuat keputusan tentang produk, harga, penempatan, dan promosi berdasarkan:
 - Siapa khalayak target program?

Pencegahan Cedera dan Promosi Kesehatan

- Bagaimana pegawai dapat dilibatkan dalam perencanaan dan implementasi agar mendapatkan dukungan untuk program?
 - Berdasarkan kebutuhan dan preferensi khalayak target, waktu dan lokasi mana yang terbaik?
 - Pesan dan tema apa yang paling mungkin menarik perhatian khalayak target dan mendorong partisipasi?

 - Format pemasaran apa yang paling mungkin menjangkau khalayak target (misalnya, papan buletin, bagian di situs web organisasi, artikel di *newsletter*)?
 - Apakah insentif untuk berpartisipasi akan bermanfaat?
 - Apakah ada hambatan untuk berpartisipasi?
 - Anggaran dan keahlian apa yang tersedia untuk menghasilkan informasi yang mudah diakses, menarik, dan mudah dicerna
- ▶ Menjadwalkan acara dan menemukan lokasi yang menarik untuk acara tersebut
 - ▶ Menemukan dan mengevaluasi sumber daya elektronik dan menyediakannya untuk kelompok klien (misalnya, situs-situs internet, kaset video)
 - ▶ Menentukan metode dievaluasi hasil.
 - ▶ Menangani masalah administratif seperti pertanggung jawaban asuransi.

Pihak yang mengelola asuransi untuk organisasi harus diajak berkonsultasi. Dalam beberapa kasus, pegawai diminta untuk menandatangani formulir persetujuan sebelum mengikuti beberapa program seperti kelas olahraga. Formulir tersebut menunjukkan bahwa orang tersebut menyadari risiko kesehatan, telah mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk menilai kesehatannya, dan menerima bahwa mereka, dan bukan organisasi, yang bertanggung jawab. Peserta mungkin diminta untuk menandatangani formulir di depan staf olahraga untuk memastikan mereka telah membaca lembar penafian dan memahami artinya. Dalam kasus lain, mereka mungkin diminta untuk mengisi kuesioner dan memberikan laporan mandiri tentang status kesehatannya. Mereka dapat diberikan daftar kondisi yang memungkinkan dan tidak memungkinkan partisipasi (misalnya, kelas olahraga sedang dengan pemeriksaan detak jantung mandiri secara teratur). Beberapa organisasi mungkin meminta pegawai untuk berkonsultasi dengan dokter keluarga mereka sendiri sebelum ikut serta dalam program olahraga. Selain menandatangani surat pernyataan, pengembang program dapat melakukan uji tuntas dengan memastikan bahwa instruktur terlatih dan/atau pengawasan yang baik, serta instruksi yang mudah dibaca tersedia di lokasi kegiatan. (Chenoweth, 2007)

Evaluasi

Evaluasi merupakan elemen penting suatu program. Evaluasi memberikan umpan balik mengenai sejauh mana kegiatan program dilaksanakan, dampaknya terhadap kesehatan pegawai, dan nilai manfaat program dibandingkan biayanya.

Baik program kesehatan, keselamatan, maupun kesejahteraan kerja dapat dievaluasi menggunakan evaluasi kuantitatif atau kualitatif. Evaluasi kuantitatif mencakup informasi seperti jumlah peserta, apakah target seperti penurunan insiden atau kecelakaan tercapai atau terlampaui, rasio biaya-manfaat, serta uji pra dan pasca-uji aspek-aspek tertentu dari kesehatan pegawai. Evaluasi kualitatif melibatkan survei kepuasan, survei kesadaran, atau laporan mandiri tentang perubahan.

Biasanya, pengukuran kinerja memungkinkan suatu organisasi untuk:

- ▶ Menentukan apakah program telah dilaksanakan sesuai rencana (pengukuran proses);
- ▶ Menentukan apakah program telah memenuhi kriteria jaminan mutunya (pengukuran proses);
- ▶ Menilai apakah program menarik jumlah peserta sesuai target (pengukuran proses);
- ▶ Mendokumentasikan dampak program terhadap kesehatan masing-masing pegawai (pengukuran dampak);
- ▶ Mengidentifikasi hasil kesehatan suatu program terkait manajemen disabilitas dan tingkat ketidakhadiran (pengukuran hasil);
- ▶ Menentukan biaya dan manfaat suatu program (pengukuran hasil); dan
- ▶ Menetapkan apakah ada komitmen berkelanjutan terhadap program. (Health Canada, 2001)



Ringkasan

Program kesehatan dan keselamatan kerja sebagian besar difokuskan pada perilaku organisasi yang terjadi di tempat kerja, sementara program kesejahteraan dirancang untuk memengaruhi pilihan gaya hidup pribadi.

Banyak kegiatan kesehatan dan keselamatan kerja diamanatkan oleh undang-undang. Sementara itu, pengembangan dan partisipasi di dalam program promosi kesehatan cenderung bersifat sukarela. Namun, kedua jenis program ini bertujuan mengurangi jumlah dan tingkat keparahan cedera dan penyakit yang dialami pegawai.

Kedua program tersebut dapat dibenarkan berdasarkan rasio biaya-manfaat yang positif. Kedua jenis program mendapatkan manfaat dari proses perencanaan yang mencakup analisis lingkungan dan kebutuhan, penetapan target, penyesuaian program dengan kebutuhan tenaga kerja dan lokasi kerja, kegiatan pengembangan program yang menekankan komunikasi dan edukasi, dan proses evaluasi.

Referensi

- Anders, H. (2007) *Workplace Health Promotion: A Salutogenic Approach*. Bloomington; AuthorHouse.
- Benevento, A.L. (1998). "Group theories: Relevance to Group Safety Studies". *Work*. Vol. 10, hlm. 129-135.
- Bohle, P. dan Quinlan, M. (2000). *Managing Occupational Health and Safety: A multi-Disciplinary Approach*. South Yarra, Australia: MacMillan.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2009). *Effective workplace inspections*. Diunduh dari internet pada 6 September 2009 dari <http://www.ccohs.ca/oshanswers/prevention/effectiv.html>
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2006) *Accident investigation*. Diunduh dari internet pada 6 September 2009 dari <http://www.ccohs.ca/oshanswers/hsprograms/investig.html>
- Chenoweth, D.H. (2007) *Worksite Health Promotion (Edisi ke-2)* Champaign, IL: Human Kinetics
- Colvin, R. dan Colvin R. (1999). "Management's Role and Responsibility in an Effective Safety and Health Program". Dalam L.J. DiBerardinis (Ed.), *Handbook of Occupational Safety and Health (edisi ke-2)*. New York, NY: John Wiley.
- Dougherty, T. (1999). "How to Conduct an Accident Investigation". Dalam L.J. DiBerardinis (Ed.), *Handbook of occupational safety and health (Edisi ke-2)*. New York, NY: John Wiley.
- Dyck, D. (2007). *Occupational Health and Safety: Theory, Strategy and Industry Practice*. Markham, ON: LexisNexis.
- European Network for Health Promotion, (2004) ENHP Toolbox. Diunduh dari internet pada 25 Juni 2009 dari <http://www.enwhp.org/>
- Health Canada. (2001). Getting Started and Sustaining Active Living at Work Programs. Government of Canada. Diunduh dari internet pada 29 September 2007 dari http://www.hcsc.gc.ca/hppb/fitness/work/res_layer8_e.html
- International Labour Organization. (1997). Your Health and Safety at Work: Introduction to Occupational Health and Safety. Diunduh dari internet pada 25 Juni 2009 dari <http://actrav.italco.org/actrav-english/telearn/osh/intro/introduc.htm>
- Jorgenson, K. (2005). "Concepts of Accident Analysis". *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety (Edisi ke-4)* (Ed. Mager, J.) Washington, DC: Brookings Institution Press
- Pelletier, K. (2001). "A Review and Analysis of the Clinical and Cost Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1998-2000 Update". *American Journal of Health Promotion*. 16 (2), hlm. 107-116.
- Peterson, Dan. (2003). *Techniques of Safety Management: A Systems Approach*. ASSE.
- Reese, C.D. (2009) *Occupational Health and Safety Management: A Practical Approach*. (Edisi ke-2) Boca Raton, FL: CRC Press
- Spellman, F.R. (2006). *Industrial Hygiene Simplified*. Lanham, ML: Bowman & Littlefield



International
Labour
Organization



KEMENTERIAN
KETENAGAKERJAAN
REPUBLIK INDONESIA

The translation into the Indonesian language has been facilitated by the International Labour Organization under the Global Accelerator on Jobs and Social Protection for Just Transition programme, funded by the United Nations Joint SDG Fund.

These translated materials are intended exclusively for use by the Ministry of Manpower of the Government of Indonesia. Any further distribution or sharing requires prior authorization from PERKESO.