UNESA
Universitas Negeri Surabaya

SISTEM K3

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA

2025

Mutimmatul Faidah | Wiryo Nuryono | Aghus Sifaq

KATA PENGANTAR

Buku ini ditujukan bagi para pihak yang terlibat di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya yaitu seluruh sivitas Universitas Negeri Surabaya sehingga diharapkan akan dapat menghasilkan sebuah lingkungan perguruan tinggi yang aman, nyaman, dan sehat.

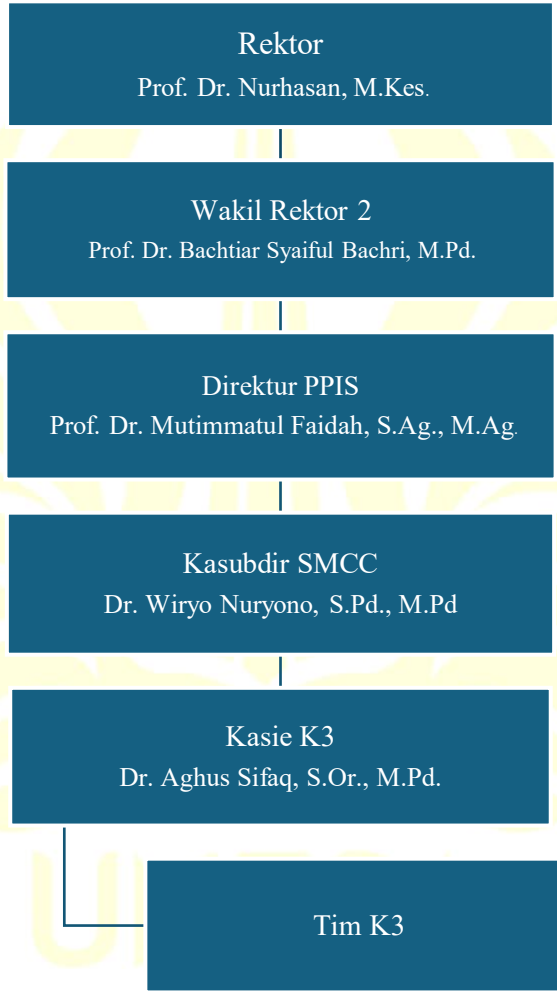
Lingkungan belajar yang aman dan sehat dapat meningkatkan kualitas Perguruan Tinggi beserta civitas akademika di dalamnya. K3 juga sangat diperlukan di lingkungan Perguruan Tinggi guna menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja, Penyakit Akibat Kerja (PAK), kebakaran, peledakan, problem mental health, serta pencemaran lingkungan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 tahun 1970 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja, serta dalam upaya meningkatkan perlindungan maupun pelestarian lingkungan dalam segala aktivitas, maka diperlukan tindakan pencegahan. Panduan Keselamatan, Kesehatan Kerja, dan Lingkungan ini disusun dan ditujukan untuk kepentingan dosen, mahasiswa dan Tenaga Kependidkan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya dengan tujuan untuk memastikan komitmen Universitas Negeri Surabaya dalam hal penerapan K3 sehingga bisa terlaksana secara rutin dan berkelanjutan. Untuk itu seluruh dosen, mahasiswa dan karyawan maupun pihak-pihak terkait diwajibkan melaksanakan dan mentaati ketentuan-ketentuan standar K3 yang diisyaratkan dalam buku panduan ini, dengan demikian pencegahan terhadap hal-hal yang tidak diinginkan dapat dilakukan dengan sebagaimana mestinya. Buku Panduan Keselamatan, Kesehatan Kerja, dan Lingkungan ini dijadikan sebagai pedoman tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Universitas Negeri Surabaya.

Dengan adanya Panduan Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan di Universitas Negeri Surabaya ini, yang mampu digunakan sebagai acuan untuk menciptakan lingkungan belajar yang aman dan sehat. Dengan begitu diharapkan akan meningkatkan kualitas layanan kependidikan Perguruan Tinggi beserta civitas akademika di dalamnya.

Surabaya, 22 September 2025

STRUKTUR ORGANISASI



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR 2
STRUKTUR ORGANISASI 4
DAFTAR HADIR 5
BAB I 14
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3) UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA 14
1) Pengenalan K3 14
2) Dasar Hukum K3 16
3) Standar K3 di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya 16
BAB 2 18
Standar Ketertiban di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya 18
2.1 Merokok di dalam kampus 18
2.2 Pemangkasan pohon 20
2.3 Perkelahian 23
2.4 Perbuatan asusila 24
BAB 3 26
Standar Keamanan di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya 26
3.1 Tujuan 26
3.2 Definisi 26
3.3 Dasar Hukum 26
3.4 Standar/Prosedur 26
BAB 4 28
Standar Keselamatan di Dalam Gedung di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya 28

4.1 Koridor 28
4.1.1 Dasar Hukum 28
4.1.2 Tujuan 28
4.1.3 Definisi 28
4.1.4 Standar/Prosedur 28
4.2 Tangga 29
4.2.1 Dasar Hukum 29
4.2.2 Tujuan 29
4.2.3 Standar/Prosedur 29
4.3 Lift 29
4.3.1 Dasar Hukum 29
4.3.2 Tujuan 29
4.3.3 Definisi 30
4.3.4 Standar 30
4.4 Kantin 31
4.4.1 Dasar Hukum 31
4.4.2 Tujuan 31
4.4.3 Definisi 31
4.4.4 Standar 31
4.5 Toilet 32
4.5.1 Dasar Hukum 32
4.5.2 Tujuan 32
4.5.3 Definisi 33
4.5.4 Standar 33
4.6 Listrik 36
4.6.1 Dasar Hukum 36

4.6.2 Tujuan 36
4.6.3 Definisi 36
4.6.4 Standar 36
4.7 Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 37
4.7.1 Dasar Hukum 37
4.7.2 Standar 37
4.8 Hydrant 38
4.8.1 Dasar Hukum 38
4.8.2 Standar 39
4.9 Water Sprinkler 39
4.9.1 Dasar Hukum 39
4.9.2 Standar 40
BAB 5 42
PERTOLONGAN PERTAMA PADA KECELAKAN (P3K) UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA 42
5.1 Dasar Hukum 42
5.2 Tujuan 42
5.3 Definisi 42
5.4 Fasilitas P3K 43
BAB 6 46
Standar Kesehatan Kerja di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya 46
6.1 Kesehatan Mental 46
6.1.1 Dasar Hukum 46
6.1.2 Definisi 46
6.1.3 Prosedur/Standar 47
6.2 Sanitasi 48

6.2.1 Dasar Hukum 48
6.2.2 Tujuan 48
6.2.3 Definisi 49
6.2.4 Prosedur/Standar 49
6.3 Higiene 52
6.3.1 Dasar Hukum 52
6.3.2 Tujuan 52
6.3.3 Definisi 52
6.3.4 Prosedur/Standar 53
6.4 Kesehatan Kerja Lainnya (Peningkatan Kerja Perkantoran) 56
6.4.1 Dasar Hukum 56
6.4.2 Tujuan 56
6.4.3 Definisi 56
6.4.4 Prosedur/Standar 56
BAB 7 58
SIM K3 Universitas Negeri Surabaya 58
BAB 8 67
STANDAR OPERASIONALPROSEDUR 67
I. SOP PENGENDALIAN DOKUMEN 67
1. TUJUAN 67
2. RUANG LINGKUP 68
3. REFERENSI 68
4. PENANGGUNG JAWAB 68
5. DEFINISI DAN ISTILAH 68
6. KETENTUAN UMUM 69
7. URAIAN PROSEDUR 70

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR 73
9. DOKUMEN TERKAIT 74
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 74
II. SOP AUDIT INTERNAL 76
1. TUJUAN 76
2. RUANG LINGKUP 76
3. REFERENSI 76
4. PENANGGUNG JAWAB 77
5. DEFINISI DAN ISTILAH 77
6. KETENTUAN UMUM 78
7. URAIAN PROSEDUR 79
8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR 81
9. DOKUMEN TERKAIT 83
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 83
III. SOP TINDAKAN PERBAIKAN 84
1. TUJUAN 84
2. RUANG LINGKUP 85
3. REFERENSI 85
4. PENANGGUNG JAWAB 86
5. DEFINISI DAN ISTILAH 86
6. KETENTUAN UMUM 88
7. URAIAN PROSEDUR 89
8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR 91
9. DOKUMEN TERKAIT 92
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 92
IV. SOP TINDAKAN PENCEGAHAN 94

1. TUJUAN 94
2. RUANG LINGKUP 94
3. REFERENSI 95
4. PENANGGUNG JAWAB 96
5. DEFINISI DAN ISTILAH 96
6. KETENTUAN UMUM 97
7. URAIAN PROSEDUR 98
8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR 100
9. DOKUMEN TERKAIT 102
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 102
V. SOP TINJAUAN MANAGEMEN 104
1. TUJUAN 104
2. RUANG LINGKUP 104
3. REFERENSI 104
4. PENANGGUNG JAWAB 105
5. DEFINISI DAN ISTILAH 105
6. KETENTUAN UMUM 106
7. URAIAN PROSEDUR 107
8. DIAGRAM ALIR PRODSEDUR 110
9. DOKUMEN TERKAIT 112
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 112
VI. SOP IDENTIFIKASI BAHAYA, PENILAIAN DAN PENGENDALIAN RISIKO 113
1. TUJUAN 113
2. RUANG LINGKUP 113
3. REFERENSI 114

4. PENANGGUNG JAWAB 115
5. DEFINISI DAN ISTILAH 115
6. KETENTUAN UMUM 117
7. URAIAN PROSEDUR 117
8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR 120
9. DOKUMEN TERKAIT 122
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 122
VII. SOP *SAFETY* INDUCTION 124
1. TUJUAN 124
2. RUANG LINGKUP 124
3. REFERENSI 125
4. PENANGGUNG JAWAB 126
5. DEFINISI DAN ISTILAH 126
6. KETENTUAN UMUM 127
7. URAIAN PROSEDUR 128
8. DOKUMEN TERKAIT 131
9. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 131
VIII. SOP PENANGANAN KEADAAN DARURAT DI LABORATORIUM 132
1. TUJUAN 132
2. RUANG LINGKUP 132
3. REFERENSI 133
4. PENANGGUNG JAWAB 134
5. DEFINISI DAN ISTILAH 134
IX. KETENTUAN UMUM 135
6. URAIAN PROSEDUR 136

7. DIAGRAM ALIR PROSEDUR 138
8. DOKUMEN TERKAIT 140
9. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 140
X. SOP INPEKSI K3 141
1. TUJUAN 141
2. RUANG LINGKUP 141
3. REFERENSI 142
4. PENANGGUNG JAWAB 143
5. DEFINISI DAN ISTILAH 143
6. KETENTUAN UMUM 144
7. URAIAN PROSEDUR 145
8. DIAGRAM ALUR PROSEDUR 147
9. DOKUMEN TERKAIT 148
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 148
XI. SOP PEMELIHARAAN APAR 150
1. TUJUAN 150
2. RUANG LINGKUP 150
3. REFERENSI 151
4. PENANGGUNG JAWAB 151
5. DEFINISI DAN ISTILAH 152
6. KETENTUAN UMUM 153
7. URAIAN PROSEDUR 154
8. DIAGRAM ALUR PROSEDUR 155
9. DOKUMEN TERKAIT 157
10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP 157
BAB 8 159

Penutup 159

BAB I

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3) UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA

1.1 Pengenalan K3

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan segala upaya untuk melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja melalui pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, serta untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif. Penerapan K3 yang baik mencakup berbagai tindakan dan prosedur untuk melindungi tenaga kerja dari risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Dengan menerapkan K3 secara efektif, risiko cidera, penyakit, dan insiden terkait pegawaian dapat diminimalkan atau bahkan dihilangkan. Hal ini tidak hanya melindungi kesejahteraan fisik dan mental karyawan, tetapi juga meningkatkan efisiensi operasional dan produktivitas perusahaan. K3 yang diterapkan dengan baik menciptakan lingkungan kerja yang lebih kondusif, yang pada akhirnya dapat mengurangi biaya terkait dengan kecelakaan dan penyakit, serta meningkatkan kepuasan dan motivasi kerja tenaga kerja. Oleh karena itu, K3 merupakan aspek penting dalam manajemen perusahaan yang berkelanjutan dan bertanggung jawab.

Dari sudut pandang keilmuan, keselamatan kerja diartikan sebagai pengetahuan dan penerapan yang bertujuan mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja sejak dini. Kesehatan kerja, menurut Undang- Undang Kesehatan No. 9 Tahun 1960, adalah kondisi yang bertujuan untuk memberikan tenaga kerja derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik fisik, mental, maupun sosial. Hal ini dilakukan melalui upaya pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh pegawaian dan

lingkungan kerja.

Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja mengatur perlindungan tenaga kerja di Indonesia. Undang-undang ini bertujuan untuk melindungi keselamatan dan kesehatan pegawai dalam lingkungan kerja, serta mencegah kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Prinsip Utama yaitu (1) Pengusaha wajib menyediakan lingkungan kerja yang aman dan sehat, dan (2) Pegawai memiliki hak untuk berpartisipasi dalam menjaga keselamatan dan kesehatan kerja. Aspek Utama adalah pencegahan Kecelakaan: Pengusaha diharuskan untuk melakukan langkah-langkah preventif guna mencegah terjadinya kecelakaan kerja. Penyuluhan dan Pelatihan: Pengusaha harus memberikan penyuluhan dan pelatihan terkait keselamatan kerja kepada pegawai. Pengawasan: Diperlukan adanya pengawasan untuk memastikan penerapan standar keselamatan dan kesehatan kerja. Undang-undang ini juga menetapkan sanksi bagi pengusaha yang tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, guna mendorong kepatuhan terhadap regulasi keselamatan dan kesehatan kerja.

Dalam konteks penyelenggaraan pendidikan, terdapat peraturan pemerintah (PP) yang menggarisbawahi pentingnya penerapan aspek K3. Standar Nasional Pendidikan (SNP) yang tercantum dalam PP Nomor 57 Tahun 2021 menetapkan standar untuk pendidikan tinggi di Indonesia, termasuk di dalamnya adalah standar sarana dan prasarana pendidikan. Pasal 25 mengatur bahwa standar sarana dan prasarana ini adalah kriteria minimum yang harus ada di setiap jenjang pendidikan, termasuk pendidikan tinggi. Salah satu prinsip dalam penetapan standar sarana dan prasarana adalah memastikan aspek keamanan, kesehatan, dan keselamatan (pasal 25, ayat 4, huruf b).

Aspek K3 menjadi fokus utama dalam Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 mengenai Penjaminan Mutu Pendidikan

Tinggi. Pada pasal 5, ayat 4, huruf c, dinyatakan bahwa standar masukan pendidikan mencakup standar sarana dan prasarana. Standar ini menetapkan kriteria minimum untuk sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan pembelajaran guna mencapai standar kompetensi lulusan (pasal 48, ayat 2) yaitu Perguruan tinggi menjamin dan menyediakan akses terhadap sarana dan prasarana yang : a) mengakomodasi kebutuhan pendidikan mahasiswa, b) mengakomodasi pelaksanaan tugas dosen, tutor, instruktur, asisten, dan pembimbing sesuai dengan bidang keahlian dan tenaga kependidikan. c) ramah terhadap mahasiswa, dosen, dan tenaga kependidikan yang berkebutuhan khusus, dan d) memadai untuk menyelenggarakan Pendidikan dan manajemen Pendidikan tinggi sesuai kebutuhan penyelenggaraan dan rencana pengembangan Pendidikan. Oleh karena itu, penerapan aspek keselamatan dan keamanan sebagai kriteria minimal dalam Penjaminan Mutu Perguruan Tinggi menjadi hal yang penting.

1.2 Dasar Hukum K3

a. Undang-undang no. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja
b. Undang-undang no. 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan
c. Undang-undang no. 32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
d. Undang-undang no. 14 tahun 2009 tentang Kesehatan
e. Peraturan Pemerintah no. 50 tahun 2012 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
f. Buku Pedoman Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Serta Lingkungan (K3) di Perguruan Tinggi

1.3 Standar K3 di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya

Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Universitas

Negeri Surabaya digunakan sebagai pedoman pelaksanaan Keselamatan, Kesehatan Kerja, dan Lingkungan di Universitas Negeri Surabaya. Adapun standar tersebut terdiri atas:

g. Standar Ketertiban

Adapun standar ketertiban terdiri atas :

1) Merokok di dalam kampus
2) Pemangkasan pohon
3) Perkelahian
4) Perbuatan asusila

h. Standar Keselamatan di Dalam Gedung

1) Koridor
2) Tangga
3) Lift
4) Toilet
5) Listrik
6) Alat Pelindung Api Ringan
7) Hydrant
8) Water Sprinkler

i. Standar Kesehatan Kerja

1) Kesehatan mental
2) Sanitasi
3) Higiene
4) Kesehatan kerja lainnya

BAB 2
Standar Ketertiban di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya

2.1 Merokok di dalam kampus

a. Dasar Hukum

1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan
3) Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya Nomor 31 Tahun 2023 tentang kawasan tanpa rokok di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

b. Tujuan

Standar ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap civitas akademika Universitas Negeri Surabaya.

c. Definisi

- Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
- Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

- Berdasarkan undang-undang no. 36 tahun 2009, pelayanan Kesehatan terbagi menjadi:
  a) Promotive : Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
  b) Preventif : Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
  c) Kuratif : Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- Pengertian Rokok berdasarkan peraturan pemerintah (PP) no. 109 tahun 2012 adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan dihisap dan/atau dihirup asapnya, termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum, nicotiana rustica,* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.
- Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan dan area dengan batas pagar terluar yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau.

d. Standar/Prosedur

1) Pada pasal 114 undang-undang no. 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa Setiap orang yang memproduksi

atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan Kesehatan terdapat beberapa Kawasan tanpa rokok, antara lain :

a) Fasilitas pelayanan Kesehatan
b) Tempat proses belajar mengajar
c) Tempat anak bermain
d) Tempat ibadah
e) Angkutan umum
f) Tempat kerja; dan
g) Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

2) Standar peraturan merokok tertuang dalam undang-undang nomor 36 tahun 2009 pasal 115 terkait tempat kerja merupakan salah satu kawasan tanpa rokok, namun tempat kerja dapat menyediakan area/tempat khusus merokok. Area/tempat khusus merokok diatur dalam Peraturan Pemerintah nomor 109 tahun 2012 pada pasal 51. Pada pasal tersebut ayat (2) menyebutkan tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud pada ayau (1) harus merupakan ruang terbuka yang berhubungan langsung dengan udara luar.

2.2 Pemangkasan pohon

a. Dasar Hukum

Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Republik Indonesia no. 1 tahun 1978.

b. Tujuan

1) Melindungi dan melestarikan keberadaan Pohon Tepi Jalan di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya.
2) Menjaga keseimbangan ekosistem dan menciptakan suasana lingkungan sepanjang jalan yang nyaman, indah dan aman khususnya area Universitas Negeri Surabaya.

c. Definisi

1) Pohon adalah tumbuhan yang batangnya berkayu dan dapat mencapai ukuran diameter 2,5 cm (dua setengah sentimeter) atau lebih yang diukur pada ketinggian 1,5 m (satu setengah meter) di atas permukaan tanah.
2) Penebangan adalah perbuatan menebang atau memotong pohon dengan cara apapun yang dapat mengakibatkan pohon tersebut rusak dan mati dengan menggunakan alat ataupun tidak.
3) Pemangkasan pohon adalah memotong dan memangkas dahan/cabang.

d. Standar/Prosedur

a) Kegiatan pemangkasan Unit kerja, unit kegiatan atau perorangan yang ingin memangkas pohon di wilayah kampus UNESA, maka harus memperoleh ijin dari pimpinan UNESA.
b) Memperhatikan aspek Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang berkaitan dengan pemangkasan pohon.
c) Sebelum menebang sebuah pohon, pekerja harus memeriksa dengan teliti untuk menentukan dari bagian manakah pemotongan harus dilakukan dari sisi yang aman.
d) Perhatikan ancaman bahaya yang ada di sekitar pemangkasan pohon, seperti sengatan lebah, ular, dan lainnya.
e) Waspada terhadap kulit kayu yang terlepas ataupun dahan-dahan kayu yang lapuk dan dapat menimpa orang, batang-batang, potongan-potongan kayu

ataupun rintangan-rintangan lainnya yang dapat melenting atau terlempar dari pangkal pohon yang ditebang.

f) Isolasi lokasi pemangkasan pohon agar tidak ada orang yang tertimpa pohon

g) Menggunakan alat pelindung diri (APD), seperti helm, sepatu, dan sarung tangan.

h) Upayakan agar pemangkasan tidak mengakibatkan kerusakan kebidupan dan bangunan di sekitamya.

i) Pembersihan reruntuhan yang ada disekitar pangkal pohon yang mungkin dapat mengganggu keselamatan.

j) Pemilihan dan pembuatan jalan yang aman untuk menyelamatkan diri.

k) Permintaan nasehat pada pimpinan kerja apabila penebang belum yakin akan keselamatannya pada waktu penebangan kayu atau pemotongan yang berbahaya.

l) Potongan bawah (mata) dilakukan dengan satu taktikan yang aman, dalam dan tingginya kira-kira 1/3 garis menengah sedangkan ganjal dibiarkan pada pohon yang akan ditumbangkan kearah tertentu.

m) Potongan belakang (balas) dilakukan kemudian kira-kira 1/3 inchi diatas potongan mata dan harus dijaga agar membentuk satu sudut yang baik. Penahanan kayu harus dilakukan secara hati-hati sehingga kayu hanya jatuh kearah yang dikehendaki.

n) Pencegahan adanya kayu yang mencuat dengan oemotongan balok extra yang cukup miring dengan sudut keatas.

o) Pemasangan ganjal atau biji hanya diperlukan apabila ada bahaya kayu akan kearah belakang.

p) Pemotongan kayu sejauh mungkin dilakukan didaerah terbuka.

q) Kewaspadaan terhadap lentingan balik dari dahan-dahan dan ujung kayu sewaktu menumbangkan pohon.

r) Pelaksanaan pemangkasan dilakukan pada hari libur dengan menggunakan alat yang ditentukan.

2.3 Perkelahian

a. Dasar Hukum

Undang-undang Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

b. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, dan berperilaku baik bagi setiap sivitas akademika Universitas Negeri Surabaya.

c. Definisi

Perkelahian dan Tawuran adalah perkelahian atau tindak kekerasan yang dilakukan oleh sekelompok atau suatu rumpun Masyarakat dalam hal ini mahasiswa, dosen, tenaga kependidikan atau yang lain di Universitas Negeri Surabaya.

d. Standar/Prosedur

1) Pelaku tawuran akan diamankan kepada pihak yang berwenang untuk dimintai keterangan.
2) Petugas keamanan kampus melakukan pendataan terhadap identitas pelaku tawuran jika diketahui pelaku membawa senjata tajam (akan membuatkan berita acara untuk diserahkan kepada kepolisian), tidak membawa senjata tajam (akan memanggil orang tua pelaku dan membuat surat pernyataan).

2.4 Perbuatan asusila

a. Dasar Hukum

1) Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
2) Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya Nomor 11 Tahun 2024 tentang Pencegahan dan Penanganan Pelecehan Seksual

b. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, dan berperilaku baik bagi setiap civitas akademika Universitas Negeri Surabaya.

c. Definisi

1) Kesusilaan adalah keseluruhan nilai atau norma yang mengatur atau merupakan pedoman tingkah laku manusia di dalam Masyarakat untuk menyelenggarakan tujuan hidupnya.
2) Kekerasan seksual adalah setiap perbuatan dan/atau menyerang terhadap tubuh, keinginan seksual dan/atau fungsi reproduksi seseorang, dengan kekerasan atau ancaman kekerasan baik secara fisik maupun psikis.
3) Korban adalah sivitas akademika dan/atau tenaga kependidikan Universitas Negeri Surabaya yang mengalami penderitaan fisik, mental, dan/atau kerugian ekonomi yang diakibatkan oleh kekerasan seksual.
4) Pelaku adalah setiap orang yang melakukan kekerasan seksual dan/atau perundungan.

d. Standar/Prosedur

1) Universitas Negeri Surabaya memiliki Peraturan Rektor terkait pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan perundungan yaitu nomor 17 tahun 2019.
2) Seluruh sivitas Universitas Negeri Surabaya dilarang melakukan kekerasan seksual dan/atau perundungan.

3) Universitas Negeri Surabaya melakukan pencegahan terhadap kekerasan seksual dan/atau perundungan.
4) Jenis kekerasan seksual menurut Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya yaitu tindakan nonfisik seperti ujaran diskriminatif atau melecehkan penampilan fisik/identitas gender, pengiriman konten seksual, hingga pelecehan verbal yang bernuansa seksual. Jenis lainnya adalah tindakan fisik, seperti sentuhan yang tidak diinginkan, dan kekerasan seksual berbasis digital.
5) Universitas Negeri Surabaya memiliki sistem pelayanan terpadu yaitu kegiatan penyelenggaraan pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan/atau perundungan yang terintegrasi, multiaspek, lintas fungsi, dan sektor.
6) Pelaksana sistem layanan terpadu tersebut dilakukan oleh satgas pencegahan dan penanganan kekerasan di perguruan tinggi (PPKPT) Unesa.
7) Satgas PPKPT UNESA adalah Satgas Penanganan dan Pencegahan Kekerasan di Perguruan Tinggi yang bertugas sebagai pusat pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

BAB 3

Standar Keamanan di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya

3.1 Tujuan

Memberikan pedoman pelaksanaan bagi segenap anggota sivitas akademika Universitas Negeri Surabaya dalam operasional tugas bidang pengamanan dan ketertiban kampus sehingga penghuni kampus menjadi aman, tertib, nyaman dan kinerja unit menjadi lebih efektif dan professional.

3.2 Definisi

1) Aman adalah kondisi yang memungkinkan penghuni atau warga universitas merasa tenteram.
2) Pelayanan adalah tindakan atau kegiatan yang diberikan personil keamanan dengan ukuran berkurangnya keluhan dari mahasiswa, karyawan, unit kerja lain, dan masyarakat sebagai pengguna.

3.3 Dasar Hukum

Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya nomor 15 tahun 2019 tentang sistem klasifikasi keamanan dan akses arsip dinamis di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

3.4 Standar/Prosedur

1) Universitas Negeri Surabaya memiliki standar sistem keamanan yang dilakukan oleh satuan pengamanan.
2) Satuan Pengamanan merupakan kelompok petugas untuk melaksanakan pengamanan dalam rangka menyelenggarakan keamanan di Lingkungan Universitas

Negeri Surabaya.

3) Universitas Negeri Surabaya memiliki kepala satpam yang memiliki tugas yaitu sebagai berikut:
   a. Menerapkan dan mengawasi pelaksanaan standard operating procedure (SOP).
   b. Melakukan koordinasi dengan bagian terkait di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya dalam pelaksanaan kegiatan tugas pengamanan.
   c. Melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas pengamanan yang dilakukan oleh anggota.
   d. Melakukan pembinaan dan pelatihan serta meningkatkan kedisiplinan seluruh anggota satpam.
   e. Merencanakan dan menyusun kegiatan keamanan dan pengamanan secara berkala dalam rangka pengembangan sumber daya manusia, demi terciptanya suasana aman, nyaman, tentram, dan dinamis di Universitas Negeri Surabaya.
   f. Mengorganisir dan mengendalikan seluruh satpam.
   g. Memberikan laporan berkala mengenai pelaksanaan tugas pengamanan, pembinaan personil, pengawasan, dan pengendalian satpam.
   h. Melakukan pengawasan pelaksanaan kegiatan pengamanan secara umum.
   i. Melakukan evaluasi kinerha seluruh satpam.
   j. Melakukan kordinasi dengan aparat pengamanan wilayah dan tokoh masyarakat sekitar dalam rangka peningkatan hubungan kerjasama dibidang pengamanan wilayah.
   k. Mengevaluasi dan mengoreksi usulan jadwal jaga dan menyetujui.
   l. Memberikan teguran dan tindakan administratif kepada satpam yang melakukan pelanggaran sesuai dengan tingkat kesalahannya.

BAB 4

Standar Keselamatan di Dalam Gedung di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya

4.1 Koridor

4.1.1 Dasar Hukum

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 48 Tahun 2016 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan kerja Perkantoran.

4.1.2 Tujuan

Mewujudkan kantor yang sehat, aman, dan nyaman demi terwujudnya karyawan sehat, selamat, bugar, berkinerja, dan produktif

4.1.3 Definisi

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan no 48 tahun 2016, koridor merupakan area bebas hambatan dan mempunyai lebar minimum 1,2m dan untuk jalan keluar 2m.

4.1.4 Standar/Prosedur

1) Selalu gunakan koridor yang tersedia sebagai penghubung antar bangunan. Jangan memotong jalur yang dapat merusak lingkungan kampus.
2) Berjalanlah di koridor dengan berhati-hati, jangan berlarian, karena selain dapat mencelakai diri sendiri juga dapat mencelakai orang lain.
3) Jangan duduk di sekitar koridor atau tangga, karena dapat

menghalangi perjalanan orang lain.

4.2 Tangga

4.2.1 Dasar Hukum

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 48 Tahun 2016

4.2.2 Tujuan

Mewujudkan kantor yang sehat, aman, dan nyaman demi terwujudnya karyawan sehat, selamat, bugar, berkinerja, dan produktif

4.2.3 Standar/Prosedur

1) Gunakan tangga yang tersedia dengan baik. Jangan tergesa-gesa ketika menaiki atau menuruni tangga.
2) Gunakan handrail untuk berpegangan ketika menaiki atau menuruni tangga.
3) Bawalah barang bawaan sesuai dengan kemampuan dan kapasitas. Kelebihan beban dapat menimbulkan gangguan yang bersifat ergonomis.

4.3 Lift

4.3.1 Dasar Hukum

Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia No 6 Tahun 2017 tentang K3 Elevator dan Eskalator.

4.3.2 Tujuan

Mewujudkan kantor yang sehat, aman, dan nyaman demi

terwujudnya karyawan sehat, selamat, bugar, berkinerja, dan produktif

4.3.3 Definisi

Elevator adalah pesawat lift yang mempunyai kereta dan bobot imbang bergerak naik turun mengikuti rel-rel pemandu yang dipasang secara permanen pada bangunan, memiliki governor dan digunakan untuk mengangkut orang dan/atau barang.

4.3.4 Standar

1) Menggunakan Lift Sesuai Dengan kebutuhan yang akan di gunakan
2) Interior dalam lift harus terbuat dari bahan yang tidak mudah pecah dan tidak membahayakan.
3) Sesuai Standar Nasional 05-7052-2004
    - bila kereta di lengkapi dengan pegangan tangan (handrail) ketinggian atas pegangan tangan dari lantai maximal 900mm
    - lift harus tertutup rapat dan tidak berlubang di lengkapi dinding lantai, atap, pintu lift, dan pintu akses darurat kecuali lubang untuk masuk ventilasi.
4) Khusus untuk disabilitas, elevator harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
    - Panel operasi khusus untuk penyandang disabilitas dengan menggunakan huruf blaille dipasang didalam kerta dan di pintu lantai;
    - Tinggi panel operasi 900 (sembilan ratus) milimeter sampai dengan 1100 (seribu seratus) milimeter;
    - Pada saat panel disabilitas diaktifkan, waktu bukaan pintu paling cepat 2 (dua) menit;
    - Ukuran lebar bukaan pintu kereta paling kecil 1000 (seribu) milimeter atau mempunyai 2 (dua) sisi pintu kereta jika lebar bukaan paling kecil 800 (delapan ratus) milimeter;
    - Informasi operasi melalui suara; dan

- Dipasang label bertulisan Elevator Disabilitas.

5) Elevator yang melayani lebih dari 10 (sepuluh) lantai atau 40 (empat puluh) meter harus dilengkapi dengan sensor gempa yang dipasang pada struktur bangunan.
6) Input signal sensor gempa harus dapat memberhentikan elevator ke posisi lantai terdekat pintu kereta dan pintu luar terbuka, dan elevator tidak dapat dioperasikan.
7) Apabila sensor gempa berfungsi akibat adanya gempa, elevator hanya dapat dioperasikan setelah diperiksa dan dinyatakan aman oleh personil K3.

4.4 Kantin

4.4.1 Dasar Hukum

Surat Edaran Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No.SE.01/MEN/1979 Tentang Pengadaan Kantin dan Ruang Tempat Makan.

4.4.2 Tujuan

1) Mendapatkan makanan bergizi dan cukup sehingga produktifitas maksimal
2) Sistim pelayan makanan (cepat ,tepat ,bersih)
3) Tempat peristirahat di waktu makan siang karyawan

4.4.3 Definisi

Kantin adalah sebuah ruangan dalam sebuah gedung umum yang dapat digunakan pengunjungnya untuk makan, baik makanan yang dibawa sendiri maupun yang dibeli disana.

4.4.4 Standar

4) Luas kantin untuk kapasitas 50 orang dengan ukuran luas 25m persegi
5) Luas kantin untuk kapasitas 100 orang dengan ukiran luas 100m persegi
6) Ventilasi harus baik dan berdekatan dengan ruang makan
7) Peralatan dapur di anjurkan dari bahan stainless steel
8) Kontruksi dapur dinding dari keramik yang cukup memantul cahaya agar tidak banyak lalat dan gampang di bersihkan.lantai bahan kedap air dan tidak licin dan tahan asam
9) Fasilitas dalam kantin ada sanitasi air bersih,wastafel cuci tangan,pembuangan air limbah sisa makanan,serta ada tempat pembuang sampah.

4.5 Toilet

4.5.1 Dasar Hukum

1) Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Lingkungan Kerja.
2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2016 tentang Standart Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran pada paragraf 4 standar kesehatan lingkungan kerja perkantoran pasal 2 dan lampiran bab V standar kesehatan lingkungan kerja perkantoran.

4.5.2 Tujuan

Mewujudkan kantor yang sehat, aman, dan nyaman demi terwujudnya karyawan sehat, selamat, bugar, berkinerja, dan produktif

4.5.3 Definisi

Toilet adalah fasilitas sanitasi tempat buang air kecil, buang air besar, tempat cuci tangan dan/atau muka.

4.5.4 Standar

1) Toilet berdasarkan undang-undang nomor 5 tahun 2018 bagian kedua Fasilitas kebersihan pasal 34 harus :
    - Bersih dan tidak menimbulkan bau,
    - Tidak ada lalat, nyamuk, atau serangga yang lainnya,
    - Tersedia saluran pembuangan air yang mengalir dengan baik,
    - Tersedia air bersih,
    - Dilengkapi dengan pintu,
    - Memiliki penerangan yang cukup,
    - Memiliki sirkulasi udara yang baik,
    - Dibersihkan setiap hari secara periodik, dan
    - Dapat digunakan selama jam kerja.
2) Ketentuan lain terkait toilet berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2016 tentang Standart Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran pada paragraf 4 standar kesehatan lingkungan kerja perkantoran pasal 2 dan lampiran bab V standar kesehatan lingkungan kerja perkantoran, jumlah disesuaikan dengan jumlah pegawai, harus:
    - Lantai toilet hendaknya selalu bersih dan tidak ada genangan air.
    - Tersedia air besih dan sabun.
    - Memiliki penanggung jawab khusus.
    - Tidak ada kotoran, serangga, kecoa, dan tikus di Toilet.
    - Bila ada kerusakan segera diperbaiki.
    - Bila bangunan baru atau bangunan lama yang akan

merencanakan renovasi kamar mandi/toilet, dihimbau untuk merencanakan desain toilet yang mudah perawatannya.

- Menyediakan akses ventilasi yang cukup untuk memberikan penerangan yang alami.
- Memiliki program General Cleaning dan Deep Cleaning secara rutin mingguan.
- Bila menjalin Kerjasama dengan pihak ketiga dalam penyediaan jasa pelayanan untuk perawatan ruang kamar mandi/toilet maka dihimbau untuk memilih dan menunjuk supplier yang mempunyai reputasi dalam hal hygiene dan sanitasi toilet.
- Mengunjungi supplier untuk meyakinkan bahwa mereka memiliki prosedur yang baik.
- Memiliki media kampanye dan kegiatan sosialisasi untuk penggunaan toilet.

3) Kelengkapan fasilitas toilet berdasarkan undang-undang nomor 5 tahun 2018 bagian kedua Fasilitas kebersihan pasal 34 paling sedikit meliputi :
   - Jamban,
   - Air bersih yang cukup,
   - Alat pembilas,
   - Tempat sampah,
   - Tempat cuci tangan, dan
   - Sabun.
4) Penempatan toilet harus terpisah antara laki-laki, perempuan, dan penyandang cacat, serta diberikan tanda yang jelas.
5) Kebutuhan jamban harus memenuhi ketentuan sebagaimana berikut:
   1) Apabila toilet laki-laki memiliki fasilitas peturasan, maka jumlah jamban tidak boleh kurang dari 2/3 jumlah jamban yang di persyaratkan.
   2) Ruang toilet berdasarkan undang-undang nomor 5 tahun

2018 bagian kedua Fasilitas kebersihan pasal 35 paling sedikit berukuran panjang 80 sentimeter, lebar 155 sentimeter, dan tinggi 220 sentimeter dengan lebar pintu 70 sentimeter.

3) Ruang toilet untuk penyandang disabilitas berdasarkan undang-undang nomor 5 tahun 2018 bagian kedua Fasilitas kebersihan pasal 35 harus memenuhi persyaratan:
   a. Panjang 152,5 sentimeter
   b. Lebar 227,5 sentimeter
   c. Tinggi 240 sentimeter
   d. Mempunyai akses masuk dan keluar yang mudah dilalui
   e. Mempunyai luas ruang bebas yang cukup untuk pengguna, kursi roda bermanuver 180 derajat
   f. Lebar pintu masuk berukuran paling sedikit 90 sentimeter yang mudah dibuka dan ditutup
   g. Pintu toilet dilengkapi dengan plat tendang di bagian pintu untuk pengguna kursi roda dan penyandang disabilitas netra
   h. Kemiringan lantai tidak lebih dari 7 persen
   i. Mempunyai pegangan rambat untuk memudahkan pengguna kursi roda berpisah dari kursi roda ke jamban ataupun sebaliknya.
4) Berdasarkan undang-undang nomor 5 tahun 2018 bagian kedua Fasilitas kebersihan pasal 38, tempat pembuangan pembalut harus disediakan di ruang toilet perempuan dan harus:
   a. Terbuat dari bahan yang kedap cairan
   b. Dilengkapi dengan penutup
   c. Diberikan label yang jelas
   d. Harus dibersihkan setiap hari
5) Kebutuhan wastafel berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2016 tentang Standart Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran

pada paragraf 4 standar kesehatan lingkungan kerja perkantoran pasal 2 dan lampiran bab V standar kesehatan lingkungan kerja perkantoran, jumlah disesuaikan dengan jumlah pegawai.

4.6 Listrik

4.6.1 Dasar Hukum

Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2015 tentang Keselamatan dan Kesehatan kerja Listrik di Tempat Kerja.

4.6.2 Tujuan

Untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja dan orang lain yang berada di dalam lingkungan tempat kerja dari potensi bahaya listrik.

4.6.3 Definisi

1) Instalasi listrik adalah jaringan perlengkapan listrik yang membangkitkan, memakai, mengubah, mengatur, mengalihkan, mengumpulkan, atau membagikan tenaga listrik.

4.6.4 Standar

1) Matikan lampu, AC, dan peralatan listrik lainnya yang sedang tidak digunakan.
2) Jangan menumpuk beban listrik terlalu banyak pada extension cord. Gunakan sesuai dengan jumlah lubang yang tersedia.
3) Rapikan kabel listrik agar tidak terjuntai ke lantai sehingga dapat menyebabkan orang tersandung, bahkan jika perlu ditutup menggunakan lakban.
4) Jangan memasang atau mencabut listrik dengan tangan basah.
5) Cabut semua kabel listrik ketika akan berlibur Panjang.

6) Perencanaan, pemasangan, perubahan, dan pemeliharaan K3 listrik dilakukan oleh Ahli K3 Bidang Listrik.
7) Pelaksanaan pemasangan dan pemeliharaan pada pembangkitan, transmisi, distribusi, dan pemanfaatan listrik dilakukan oleh teknisi K3 Listrik.
8) Pemeriksaan secara berkala dilakukan paling sedikit 1 (satu) tahun sekali.
9) Pengujian secara berkala dilakukan paling sedikit 5 (lima) tahun sekali.

4.7 Alat Pemadam Api Ringan (APAR)

4.7.1 Dasar Hukum

1) Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Permenaker) Nomor 04 Tahun 1980 tentang syarat-syarat pemasangan dan pemeliharaan Alat Pemadam api Ringan (APAR)

4.7.2 Standar

1) Mudah dilihat dan diakses

   Setiap alat pemadam api harus dipasang pada posisi yang mudah dilihat secara jelas. Selain itu, penempatan APAR juga harus mudah dicapai atau diambil, sehingga tidak boleh terhalang oleh benda apa pun.
2) Ketinggian 15-125 cm dari atas lantai

   Alat pemadam api dipasang dengan cara digantung pada dinding menggunakan penguat atau ditempatkan pada box yang tidak dikunci. Permenaker APAR menetapkan tinggi minimal pemasangan alat pemadam api adalah 15 cm dengan jarak idealnya 120 cm dari permukaan lantai.
3) Dilengkapi tanda APAR

   Pemasangan APAR harus dilengkapi dengan

pemberian tanda APAR. Tinggi pemberian tanda APAR adalah 120 cm dari dasar lantai, yaitu tepat di atas APAR yang bersangkutan.

4) Jarak tidak lebih 15 meter

Jarak penempatan APAR yang satu dengan APAR lainnya berdasarkan Permenaker APAR adalah tidak boleh lebih dari 15 meter. Terkecuali ditetapkan oleh pegawai dari ahli keselamatan kerja atau pengawas keselamatan kerja.

5) Tabung APAR berwarna merah

Permenaker APAR mewajibkan semua tabung alat pemadam api yang dipasang berwarna merah.

6) Pemeliharaan APAR dilakukan secara rutin

Menurut Permenaker APAR, setiap alat pemadam api harus diperiksa 2 kali dalam setahun. Pemeriksaan dilakukan dalam jangka waktu 6 bulan dan 12 bulan. Jika ditemukan cacat pada kelengkapan APAR pada saat pemeriksaan, maka harus segera diperbaiki atau diganti dengan yang baru.

4.8 Hydrant

4.8.1 Dasar Hukum

1) Permen PUPR No. 26/PRT/M/2008 tentang Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan memang mewajibkan setiap bangunan gedung dan lingkungannya memiliki sistem proteksi kebakaran yang sesuai, termasuk hydrant.
2) Peraturan SNI 03-1735-2000 dan SNI 03-1745-2000 tentang Standar yang mengacu pada peraturan instalasi hydrant gedung yang telah menjadi standar

internasional.

4.8.2 Standar

1) Lokasi dan aksesibilitas Hydrant harus berada di lokasi strategis yang mudah terlihat, tidak terhalang, dan dapat diakses dengan bebas oleh mobil dan petugas pemadam kebakaran hingga jarak 50 meter, sesuai SNI 03-1735-2000.
2) Jarak antar hydrant harus memastikan area terproteksi tercakup dengan baik, biasanya dengan jarak 35–38 meter sesuai NFPA 20
3) Komponen hydrant harus terbuat dari bahan berkualitas tinggi yang tahan terhadap korosi, cuaca, dan kondisi lingkungan lainnya.
4) Melakukan pemeriksaan tahunan terhadap seluruh komponen sistem, termasuk hydrant pillar, pipa, dan pompa
5) Melakukan pengujian berkala untuk memastikan sistem mampu memberikan tekanan dan aliran air yang dibutuhkan untuk pemadaman api.
6) Mencatat semua kegiatan inspeksi, pengujian, dan perawatan yang telah dilakukan untuk tujuan pelacakan dan referensi.

4.9 Water Sprinkler

4.9.1 Dasar Hukum

1) Peraturan Menteri Pekerjaan Umum (Permen PUPR) No. 26/PRT/M/2008 tentang persyaratan teknis sistem proteksi kebakaran pada bangunan gedung dan lingkungan, termasuk ketentuan mengenai sprinkler.
2) Peraturan SNI 03-3989-2000 yang Menetapkan standar

untuk tata cara perencanaan, pemasangan, dan pemeliharaan sistem fire sprinkler pemadam kebakaran, mencakup aspek desain, jenis sistem, komponen, hingga prosedur instalas

3) Standar dari National Fire Protection Association 13 yang memberikan panduan lengkap mengenai desain, instalasi, dan pemeliharaan sistem sprinkler.

4.9.2 Standar

1) Inspeksi fire sprunkler secara rutin, Peraturan pemerintah tentang sprinkler tersebut juga menganjurkan kepada setiap pemilik gedung/bangunan untuk melakukan inspeksi rutin terhadap sistem sprinkler. Inspeksi ini dapat meliputi pemeriksaan visual, pengujian, dan pemeliharaan komponen-komponen sprinkler.
2) Pemeliharaan preventif, Di dalam peraturan sprinkler tersebut juga mendorong pemilik bangunan/gedung untuk melakukan pemeliharaan preventif terhadap sistem sprinkler.
3) Menurut SNI 03-3989-2000, jarak minimum antara dua head sprinkler tidak boleh kurang dari 2 m, kecuali jika ditempatkan penghalang pancaran antara head sprinkler. Penghalang pancaran ini terdiri dari plat logam dengan ukuran lebar 200 mm dan tinggi 150 mm.
4) Penempatan head sprinkler harus direncanakan dengan cermat untuk memastikan distribusi air yang merata. Jarak antar head sprinkler harus sesuai dengan standar instalasi fire sprinkler yang ditetapkan.
5) Letak head sprinkler dengan dinding dalam hal sistem bahaya kebakaran ringan tidak boleh melebihi dari 2,3 m. Untuk sistem bahaya kebakaran sedang atau berat,

jarak head sprinkler dan dinding tidak boleh melebihi dari 2 m.

6) Jika gedung tidak dilengkapi langit-langit, maka jarak head sprinkler dan dinding tidak boleh melebihi 1,5 m. Pada gedung yang mempunyai sisi terbuka, jarak head sprinkler sampai sisi terbuka tidak boleh lebih dari 1,5 m

BAB 5
PERTOLONGAN PERTAMA PADA KECELAKAN (P3K) UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA

5.1 Dasar Hukum

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia nomor Per.15/MEN/VIII/2008 tentang Pertolongan Pertama pada Kecelakaan di Tempat Kerja.

5.2 Tujuan

Standar ini bertujuan untuk menjadi pedoman bagi Universitas Negeri Surabaya dalam upaya pemberian pertolongan pertama secara cepat dan tepat kepada pegawai dan/atau orang lain yang berada di tempat kerja yang mengalami sakit atau cedera di tempat kerja.

5.3 Definisi

a. Petugas P3K adalah pegawai yang ditunjuk oleh pimpinan kantor dan diserahi tugas tambahan untuk melaksanakan P3K di tempat kerja.
b. Fasilitas P3K adalah semua peralatan, perlengkapan, dan bahan yang digunakan dalam pelaksanaan P3K di tempat kerja.
c. Pegawai adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima upah atau imbalan dalam bentuk lain dalam hal ini adalah pegawai Universitas Negeri Surabaya.
d. Pimpinan kantor adalah orang yang mempunyai tugas memimpin langsung di suatu unit kerja di Universitas Negeri Surabaya.

5.4 Fasilitas P3K

Wajib ditempatkan pada area/tempat yang mudah untuk dijangkau. Adapun fasilitas P3K meliputi:

a. Ruang P3K
   - Unit kerja wajib menyediakan ruang P3K sesuai dengan peraturan dalam hal jumlah pegawai minimal 100 orang atau lebih atau jumlah pegawai kurang dari 100 orang dengan potensi bahaya yang tinggi.
   - Persyaratan ruang P3K antara lain lokasinya dekat dengan toilet/kamar mandi, dekat jalan keluar, mudah dijangkau dari area kerja, dan dekat dengan tempat parkir kendaraan.
   - Ruang P3K memiliki luas minimal cukup untuk menampung satu tempat tidur pasien dan masih terdapat ruang gerak bagi seorang petugas P3K serta penempatan fasilitas P3K lainnya.
   - Ruang P3K dalam kondisi bersih dan terang, ventilasi baik, memiliki pintu dan jalan yang cukup lebar untuk memindahkan korban, serta diberikan tanda dengan papan nama yang jelas dan mudah dilihat.
   - Ruang P3K sekurang-kurangnya dilengkapi dengan wastafel dengan air mengalir, kertas tisue/lap, tandu, bidai, kotak P3K dan isi, tempat tidur dengan bantal dan selimut, tempat untuk menyimpan alat-alat seperti tandu dan/atau kursi roda, sabun dan sikat, pakaian bersih untuk penolong, tempat sampah, dan kursi tunggu bila diperlukan.

b. Kotak P3K dan isi
   - Kotak P3K terbuat dari bahan yang kuat dan mudah dibawa, berwarna dasar putih dengan lambang P3K

berwarna hijau;

- Penempatan kotak P3K pada tempat yang mudah dilihat, dijangkau, diberi tanda arah yang jelas, cukup cahaya, serta mudah diangkat apabila akan digunakan.
- Isi kotak P3K tidak boleh diisi selain bahan atau alat selain yang dibutuhkan untuk pelaksanaan P3K di tempat kerja.
- Dalam hal tempat kerja pada lantai yang berbeda di gedung bertingkat, maka masing- masing unit kerja harus menyediakan kotak P3K sesuai jumlah pegawai. Unit kerja berjarak 500 meter atau lebih, masing-masing unit kerja juga harus menyediakan kotak P3K sesuai dengan jumlah pegawai.
- Isi P3K disesuaikan dengan jumlah pegawai yang ada di Unit Kerja tersebut seperti berikut:

No	Isi P3k	Kotak A (untuk 25 pegawai atau kurang)	Kotak B (untuk 50 pegawai atau kurang)	Kotak C (untuk 100 pegawai atau kurang)
1	Kasa steril terbungkus	20	40	40
2	Perban (lebar 5cm)	2	4	6
3	Perban (lebar 10cm)	2	4	6
4	Plester	10	15	20
5	Kapas (25 gram)	1	2	3

6	Gunting	1	1	1
7	Sarung tangan latek	2	4	6
8	Masker	1	1	1
9	Pinset	1	1	1
10	Lampu senter	1	1	1
11	Alkohol	1	1	1
12	Betadine	1	1	1
13	Refanol	1	1	1
14	Buku panduan P3K	1	1	1
15	Buku catatan isi kotak	1	1	1

BAB 6
Standar Kesehatan Kerja di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya

6.1 Kesehatan Mental

6.1.1 Dasar Hukum

Undang-undang nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

6.1.2 Tujuan

Mengoptimalkan pelayan kesehatan jiwa bagi setiap orang untuk mengantisipasi turunnya produktivitas sumber daya manusia.

6.1.2 Definisi

1) Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi komunitasnya.
2) Upaya Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.
3) Upaya promotive merupakan suatu kegiatan dan/atau rangkaian kegiatan penyelenggaraan pelayanan Kesehatan jiwa yang bersifat promosi Kesehatan jiwa
4) Upaya preventif merupakan suatu kegiatan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan gangguan jiwa.
5) Upaya kuratif merupakan kegiatan pemberian pelayanan

Kesehatan

6) Upaya rehabilitative merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan Kesehatan jiwa

6.1.3 Prosedur/Standar

7) Berdasarkan UU no 18 tahun 2014 : Pasal 8 ; (3) Upaya promotif di lingkungan lembaga pendidikan dilaksanakan dalam bentuk :
   a. menciptakan suasana belajar-mengajar yang kondusif bagi pertumbuhan dan perkembangan jiwa; dan
   b. keterampilan hidup terkait Kesehatan Jiwa bagi peserta didik perkembangannya.
8) Upaya promotif di lingkungan tempat kerja sebagaimana dimaksud, dilaksanakan dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai Kesehatan Jiwa, serta menciptakan tempat kerja yang kondusif untuk perkembangan jiwa yang sehat agar tercapai kinerja yang optimal.
9) Upaya preventif di lingkungan lembaga dilaksanakan dalam bentuk:
   a. Menciptakan lingkungan lembaga yang kondusif bagi perkembangan Kesehatan Jiwa;
   b. Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai pencegahan gangguan jiwa; dan
   c. Menyediakan dukungan psikososial dan Kesehatan Jiwa di lingkungan lembaga.
10) Upaya kuratif merupakan kegiatan pemberian pelayanan kesehatan terhadap ODGJ yang mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat.
11) Upaya rehabilitasi sosial sebagaimana dapat dilaksanakan secara persuasif, motivatif, atau koersif, baik dalam keluarga,

masyarakat, maupun panti sosial.

12) Upaya rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk:
    a. Motivasi dan diagnosis psikososial;
    b. Perawatan dan pengasuhan;
    c. Pelatihan vokasional kewirausahaan;
    d. Bimbingan mental spiritual;
    e. Bimbingan fisik;
    f. dan Pembinaan bimbingan sosial dan konseling psikososial;
    g. Pelayanan aksesibilitas;
    h. Bantuan sosial dan asistensi sosial;
    i. Bimbingan resosialisasi;
    j. Bimbingan lanjut; dan/atau
    k. Rujukan.
13) Pelaksanaan upaya rehabilitasi psikiatrik atau psikososial sebagaimana dimaksud merupakan tanggung jawab Menteri.
14) Pelaksanaan upaya rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud merupakan tanggung jawab menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.

6.2 Sanitasi

6.2.1 Dasar Hukum

1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 304 Tahun 1989
2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023

6.2.2 Tujuan

Untuk menjadikan panduan civitas Universitas Negeri Surabaya terkait pelaksanaan sanitasi di Lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

6.2.3 Definisi

1) Sanitasi adalah usaha kesehatan preventif yang menitikberatkan kegiatan kepada usaha kesehatan lingkungan hidup manusia.
2) Air untuk Keperluan Higiene dan Sanitasi adalah air yang digunakan untuk keperluan higiene perorangan dan/atau rumah tangga.
3) Fasilitas sanitasi adalah sarana fisik bangunan dan perlengkapannya digunakan untuk memelihara kualitas lingkungan atau mengendalikan faktor-faktor lingkungan fisik yang dapat merugikan kesehatan manusia antara lain sarana air bersih, jamban, peturasan, saluran limbah, tempat cuci tangan, bak sampah, kamar mandi, lemari pakaian kerja (loker), peralatan pencegah terhadap serangga dan tikus serta peralatan kebersihan.

6.2.4 Prosedur/Standar

1) Penerapan sanitasi meliputi bangunan tempat kerja, fasilitas kebersihan, kebutuhan udara, dan tata laksana kerumahtanggaan Penerapan sanitasi pada bangunan tempat kerja, meliputi:
   a. Halaman
      (1) Halaman harus bersih, tertata rapi, rata, dan tidak becek.
      (2) Halaman harus cukup luas untuk lalu lintas orang dan barang.
      (3) Jika terdapat saluran air pembuangan pada halaman, maka saluran air harus tertutup dan terbuat dari bahan yang cukup kuat serta air buangan harus mengalir dan tidak boleh tergenang.
   b. Gedung
      (1) Gedung harus dalam kondisi terpelihara dan bersih;
      (2) Gedung harus dalam kondisi kuat dan kokoh

strukturnya

(3) Gedung harus cukup luas sehingga memberikan ruang gerak paling sedikit 2 (dua) meter persegi per orang.

(4) Dinding dan langit-langit harus kering atau tidak lembab, dicat dan/atau mudah dibersihkan, dilakukan pengecatan ulang paling sedikit 5 (lima) tahun sekali, dan dibersihkan paling sedikit 1 (satu) kali setahun.

(5) Lantai harus terbuat dari bahan yang keras, tahan air, dan tahan dari bahan kimia yang merusak; datar, tidak licin, dan mudah dibersihkan; dan lantai dibersihkan secara teratur.

(6) Atap harus mampu memberikan perlindungan dari panas matahari dan hujan, tidak bocor, tidak berlubang, dan tidak berjamur.

c. Bangunan Bawah Tanah

Penerapan sanitasi pada bangunan bawah tanah dilakukan untuk memastikan bangunan bawah tanah mempunyai struktur yang kuat, mempunyai sistem ventilasi udara, mempunyai sumber pencahayaan, mempunyai saluran pembuangan air yang mengalir dengan baik, dan bersih serta terawat dengan baik.

2) Penerapan sanitasi pada fasilitas kebersihan, meliputi:

a. Toilet dan kelengkapannya

(1) Toilet harus bersih dan tidak menimbulkan bau.

(2) Toilet harus tidak ada lalat, nyamuk, atau serangga yang lainnya.

(3) Toilet harus tersedia saluran pembuangan air yang mengalir dengan baik.

(4) Toilet harus tersedia air bersih.

(5) Toilet harus dilengkapi dengan pintu.

(6) Toilet harus memiliki penerangan yang cukup.
(7) Toilet harus memiliki sirkulasi udara yang baik.
(8) Toilet harus dibersihkan setiap hari secara periodik.
(9) Toilet harus dapat digunakan selama jam kerja.
(10) Kelengkapan fasilitas meliputi jamban, air bersih yang cukup, alat pembilas, tempat sampah, tempat cuci tangan, dan sabun.

b. Tempat sampah
(1) Tempat sampah harus disediakan pada setiap tempat kerja.
(2) Tempat sampah harus terpisah dan diberikan label untuk sampah organik, non organik, dan bahan berbahaya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.
(3) Tempat sampah harus dilengkapi dengan penutup dan terbuat dari bahan kedap air.
(4) Tempat sampah tidak menjadi sarang lalat atau binatang serangga yang lain.
(5) Tempat pembuangan pembalut harus disediakan pada ruang toilet perempuan.
(6) Tempat pembuangan harus terbuat dari bahan yang kedap cairan, dilengkapi dengan penutup, diberikan label yang jelas, dan harus dibersihkan setiap hari.

3) Berdasarkan UU no 304 tahun 1989 lampiran B, persyaratan Tempat cuci tangan yaitu:
a. Tempat cuci tangan dilengkapi dengan sabun/sabun cair dan alat pengering.
b. Apabila tidak tersedia fasilitas cuci tangan maka disediakan:
- Sapu tangan kertas (tissue) yang mengandung alkohol 70%
c. Tersedia tempat cuci tangan khusus untuk karyawan dengan kelengkapan seperti tempat cuci tangan pada butir (1) yang jumlahnya disediakaan dengan banyaknya.

6.3 Higiene

6.3.1 Dasar Hukum

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023.

6.3.2 Tujuan

1) Sebagai alat untuk mencapai derajat kesehatan tenaga kerja yang setinggi-tingginya untuk mencapai kesejahteraan tenaga kerja.
2) Sebagai alat untuk meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja.

6.3.3 Definisi

1) Higiene adalah spesialisasi dalam prakteknya untuk mengadakan penilaian kepada faktor- faktor penyebab penyakit kualitatif dan kuantitatif dalam lingkungan kerja melalui pengukuran yang hasilnya dipergunakan sebagai dasar Tindakan korektif kepada lingkungan tersebut serta bila pencegahan agar pekerja dan Masyarakat sekitar suatu Perusahaan terhindar dari bahaya akibat kerja serta dimungkinkan mengecap derajat Kesehatan setinggi-tingginya.
2) Air Minum adalah air yang melalui pengolahan atau tanpa pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum.
3) Air untuk Keperluan Higiene dan Sanitasi adalah air yang digunakan untuk keperluan higiene perorangan dan/atau rumah tangga.
4) Pangan adalah segala sesuatu yang berasal dari sumber hayati produk pertanian, perkebunan, kehutanan, perikanan,

peternakan, perairan, dan air, baik yang diolah maupun tidak diolah yang diperuntukkan sebagai makanan atau minuman bagi konsumsi manusia, termasuk bahan tambahan Pangan, bahan baku Pangan, dan bahan lainnya yang digunakan dalam proses penyiapan, pengolahan, dan/atau pembuatan makanan atau minuman.

5) Sampah adalah sisa kegiatan sehari-hari manusia dan/atau proses alam yang berbentuk padat.

6.3.4 Prosedur/Standar

1) Tahapan dalam higiene adalah meliputi pengenalan lingkungan, penilaian lingkungan, dan pengendalian lingkungan.
2) Persyaratan Kesehatan pada air terdiri atas:
   a. air dalam keadaan terlindung dari sumber pencemaran, Binatang Pembawa Penyakit, dan tempat perkembangbiakan Vektor
   b. aman dari kemungkinan terkontaminasi;
   c. pengolahan, pewadahan, dan penyajian untuk Air Minum harus memenuhi prinsip higiene dan sanitasi.
3) Prinsip higiene dan sanitasi merupakan kegiatan untuk memastikan kualitas Air Minum tidak mengandung unsur mikrobiologi, fisika, kimia, dan radioaktif yang dapat membahayakan kesehatan.
4) Persyaratan Kesehatan untuk Pangan Olahan Siap Saji sebagaimana dimaksud dilakukan pada tempat, peralatan, penjamah pangan, dan pangan.
5) Persyaratan Kesehatan untuk Pangan Olahan Siap Saji terdiri atas:
   a. Pangan dalam keadaan terlindung dan bebas dari cemaran kontaminan; dan
   b. penerimaan/pemilihan bahan Pangan, penyimpanan bahan

Pangan, persiapan dan pengelolaan, penyimpanan Pangan matang, pendistribusian/ pengangkutan, dan penyajian Pangan memenuhi prinsip higiene dan sanitasi.

6) Upaya Penyehatan Pangan meliputi pengawasan, pelindungan, dan peningkatan kualitas higiene dan sanitasi yang dikhususkan pada Pangan Olahan Siap Saji.
7) Pengawasan kualitas higiene dan sanitasi Pangan dilakukan melalui surveilans, uji laboratorium, analisis risiko; dan/atau rekomendasi tindak lanjut.
8) Pelindungan kualitas higiene dan sanitasi Pangan dilakukan melalui:

   a. komunikasi, informasi, dan edukasi;

      pemeriksaan kesehatan penjamah makanan karyawan sebagai berikut: - 1 sampai 10 orang, 1 buah; dengan penambahan 1 (satu) buah untuk setiap penambahan 10 orang atau kurang.

   b. Fasilitas cuci tangan ditempatkan sedemikian rupa sehingga mudah dicapai oleh tamu atau karyawan.

   c. Fasilitas cuci tangan dilengkapi dengan air yang mengalir, bak penampung yang permukaannya halus, mudah dibersihkan dan limbahnya dialirkan ke saluran pembuangan yang tertutup. penggunaan alat pelindung diri; dan/atau

   d. pengembangan teknologi tepat guna.

9) Peningkatan kualitas higiene dan sanitasi Pangan dilakukan melalui:
   a. komunikasi, informasi, dan edukasi; dan/atau
   b. rekayasa teknologi pengolahan Pangan.
10) Persyaratan Kesehatan air untuk keperluan Higiene dan Sanitasi terdiri atas :
   a. Air dikatakan dalam keadaan terlindung apabila :
      (1) Bebas dari kemungkinan kontaminasi mikrobiologi,

fisik, kimia (bahan berbahaya dan beracun, dan/atau limbah B3).

(2) Sumber sarana dan transportasi air terlindungi (akses layak) sampai dengan titik rumah tangga. Jika air bersumber dari sarapan air perpipaan, tidak boleh ada koneksi silang dengan pipa air limbah.

6.4 Kesehatan Kerja Lainnya (Peningkatan Kerja Perkantoran)

6.4.1 Dasar Hukum

Permenkes nomor 48 Tahun 2016 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan kerja
Perkantoran.

6.4.2 Tujuan

Standar peningkatan kesehatan kerja ditujukan untuk memperoleh derajat kesehatan setinggi- tingginya pada kondisi sehat, bugar dan produktif.

6.4.3 Definisi

Kesehatan Kerja adalah upaya peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi karyawan di semua jabatan, pencegahan penyimpangan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi karyawan, perlindungan karyawan dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, penempatan, dan pemeliharaan karyawan dalam suatu lingkungan kerja yang mengadaptasi antara karyawan dengan manusia dan manusia dengan jabatannya.

6.4.4 Prosedur/Standar

1) Peningkatan pengetahuan kesehatan kerja
   Promosi kesehatan (pemberian informasi melalui media komunikasi, informasi, dan edukasi) di perkantoran yang meliputi penyuluhan dan penggerakan pegawai untuk melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan pencegahan penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung koroner, dan tidak merokok serta penyakit menular.
2) Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di tempat kerja
3) Penyediaan ruang ASI dan pemberian kesempatan memerah

ASI selama waktu kerja di Perkantoran.

- Penyediaan fasilitas khusus untuk menyusui dan/atau memerah ASI. Ruang tertutup dapat menjaga privasi karyawan.
- Tersedianya peralatan menyimpan ASI dan peralatan pendukung antara lain lemari pendingin, meja, dan kursi.
- Tersedia wastafel dengan air mengalir untuk cuci tangan dan mencuci peralatan.
- Pemberian kesempatan kepada ibu yang bekerja untuk memberikan ASI kepada bayi atau memerah ASI selama waktu kerja di tempat kerja.

4) Aktivitas fisik

Upaya kebugaran jasmani berfungsi untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencapai produktivitas kerja yang optimal.

- Aktivitas fisik harian karyawan

  Aktivitas fisik harian yang bertujuan untuk sehat dilakukan selama 30 menit atau lebih dalam sehari dan dilakukan setiap hari misalnya aktivitas fisik sehari-hari yang biasa dilakukan mulai dari rumah, perjalanan ke tempat kerja sampai kembali ke rumah. Senam kebugaran jasmani direkomendasikan minimal sekali dalam seminggu.

BAB 7
SIM K3 Universitas Negeri Surabaya

Workflow Pengajuan Perizinan Kegiatan Mahasiswa dalam Sistem K3

Sistem ini dirancang untuk memastikan setiap kegiatan mahasiswa memiliki perizinan yang sesuai dengan standar K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja). Berikut adalah alur kerja dalam sistem dari sudut pandang mahasiswa

---

1. Mahasiswa Mengajukan Perizinan Kegiatan

- Mahasiswa masuk ke sistem dan memilih Daftar Kegiatan Dalam Kampus atau Daftar Kegiatan Luar Kampus, sesuai dengan lokasi acara.
- Mahasiswa mengisi Form Pendaftaran Kegiatan, yang meliputi:
    - Nama penanggung jawab kegiatan.
    - Nomor telepon penanggung jawab.
    - Nama kegiatan.
    - Tempat kegiatan.
    - Jumlah peserta.
    - Sasaran peserta.
    - Kendaraan yang digunakan (jika kegiatan luar kampus).
- Mahasiswa wajib mengunggah dokumen pendukung, seperti:
    - Surat izin dari Koordinator/Pembina ORMAWA/Dekan.
    - Rundown kegiatan.
    - Surat izin atau pemberitahuan ke bagian keamanan.
    - Surat izin kepolisian (jika diperlukan).
    - Surat kelayakan kendaraan (untuk kegiatan luar kampus).

- Setelah semua dokumen diunggah, mahasiswa menekan tombol Submit untuk mengajukan izin ke admin.

---

2. Admin Meninjau dan Menilai Pengajuan

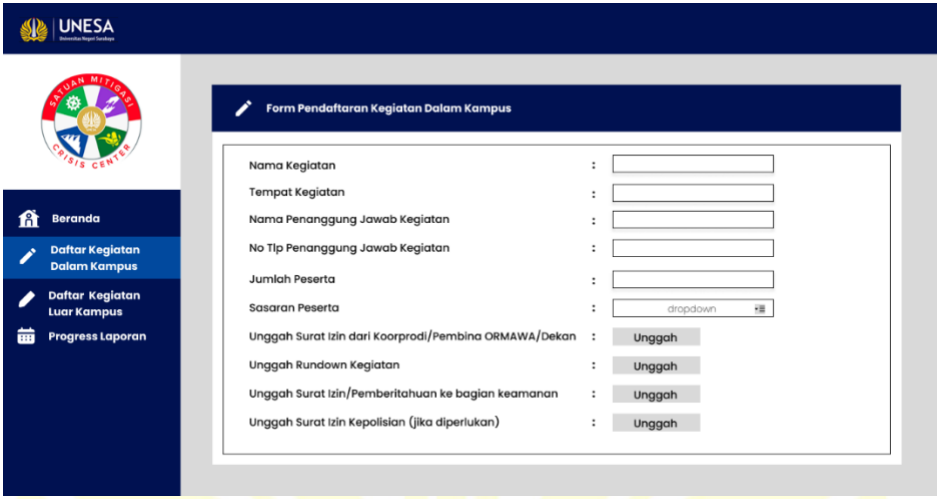
- Admin mengakses menu Progress Laporan untuk melihat daftar pengajuan yang masuk.
- Admin dapat melihat detail dokumen yang diunggah oleh mahasiswa.
- Setelah memeriksa kelengkapan dan kesesuaian dokumen:
    - Jika sesuai, admin memberikan status Disetujui.
    - Jika tidak sesuai, admin memberikan status Tidak Disetujui serta memberikan keterangan alasan (misalnya, "Kegiatan terlalu berisiko").

---

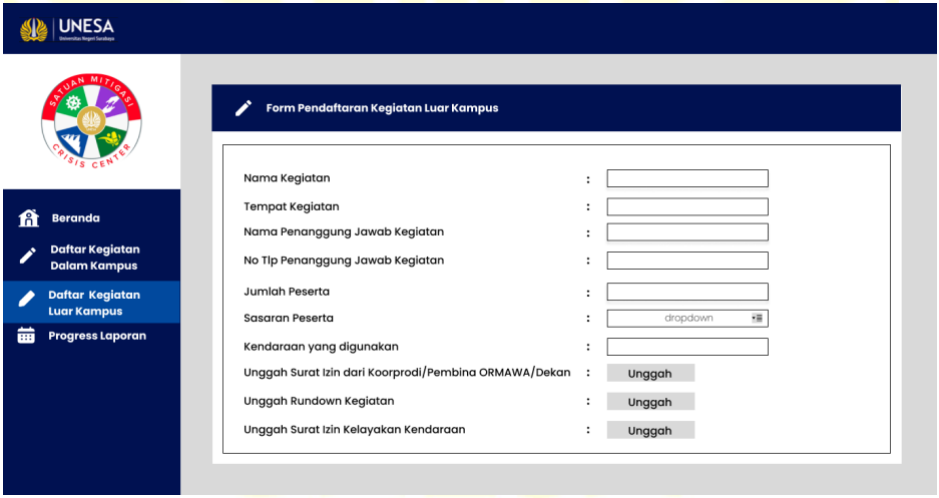
3. Mahasiswa Mendapatkan Hasil Tinjauan

- Mahasiswa dapat melihat status pengajuan mereka di menu Progress Laporan.
- Jika kegiatan Disetujui, mahasiswa dapat mengunduh Surat Balasan sebagai bukti izin resmi.
- Jika kegiatan Tidak Disetujui, mahasiswa dapat melihat alasan penolakan dan melakukan perbaikan atau pengajuan ulang sesuai instruksi admin.

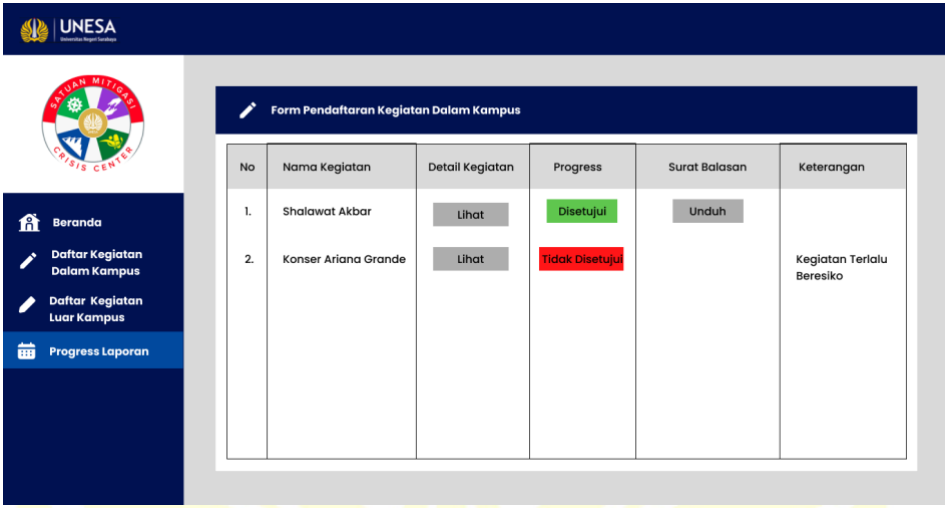
Menu Daftar Kegiatan Dalam Kampus



Menu Kegiatan Luar Kampus



Menu Progress Laporan



Workflow Identifikasi K3 untuk Fakultas dan Admin

Sistem ini digunakan oleh fakultas untuk melakukan unggahan dokumen identifikasi K3 setiap bulan, dan oleh admin untuk meninjau serta menyetujui laporan yang diajukan.

---

1. Fakultas Mengunggah Dokumen Identifikasi K3

- Fakultas mengakses **menu Identifikasi K3**.
- Memilih **Fakultas**, **Gedung**, dan **Periode** (bulan berjalan).
- Fakultas akan melihat daftar **kriteria inspeksi K3**, seperti:
    - Job Safety Analysis
    - Inspeksi Tangga
    - Inspeksi APAR, dll.

- Fakultas dapat **mengunduh template dokumen** (format yang harus diisi).
- Setelah melengkapi dokumen, fakultas mengunggah dokumen tersebut dengan menekan tombol **Upload** pada setiap kriteria.
- Setelah semua dokumen terunggah, fakultas menekan tombol **Submit** untuk mengirimkan laporan ke sistem.

---

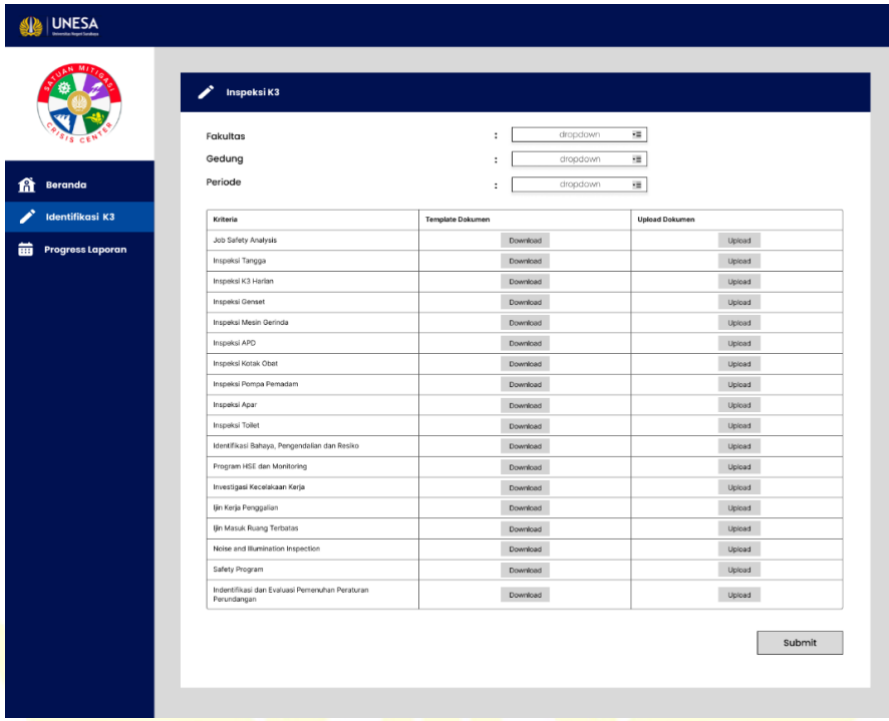
2. Admin Meninjau Laporan Fakultas

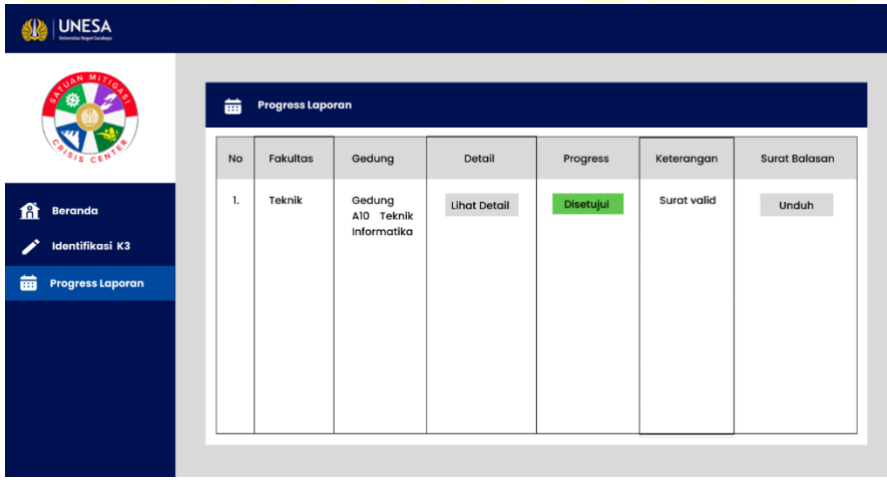
- Admin mengakses **menu Progress Laporan**.
- Sistem menampilkan daftar laporan yang telah diajukan oleh fakultas.
- Admin dapat melihat detail laporan dengan menekan tombol **Lihat Detail**.
- Admin meninjau dokumen yang telah diunggah oleh fakultas.
- Jika dokumen sesuai standar, admin memberikan status **Disetujui**.
- Jika ada kekurangan atau kesalahan, admin bisa memberikan catatan koreksi.

---

3. Fakultas Mendapatkan Hasil Tinjauan

- Setelah laporan disetujui, fakultas dapat melihat status laporan di menu **Progress Laporan**.
- Fakultas bisa melihat apakah laporan **Disetujui** atau membutuhkan **perbaikan**.
- Jika disetujui, fakultas dapat mengunduh **Surat Balasan** sebagai bukti validasi laporan.


UNESA
Beranda
Identifikasi K3
Progress Laporan
Inspeksi K3
Fakultas : dropdown
Gedung : dropdown
Periode : dropdown
Kriteria
Template Dokumen
Upload Dokumen
Job Safety Analysis
Inspeksi Tangga
Inspeksi K3 Harian
Inspeksi Genset
Inspeksi Mesin Gerinda
Inspeksi APD
Inspeksi Kotak Obat
Inspeksi Pompa Pemadam
Inspeksi Apar
Inspeksi Toilet
Identifikasi Bahaya, Pengendalian dan Resiko
Program HSE dan Monitoring
Investigasi Kecelakaan Kerja
Ijin Kerja Penggalian
Ijin Masuk Ruang Terbatas
Noise and Illumination Inspection
Safety Program
Indentifikasi dan Evaluasi Pemenuhan Peraturan Perundangan
Download
Upload
Submit


UNESA
Beranda
Identifikasi K3
Progress Laporan
Progress Laporan
No
Fakultas
Gedung
Detail
Progress
Keterangan
Surat Balasan
1.
Teknik
Gedung A10 Teknik Informatika
Lihat Detail
Disetujui
Surat valid
Unduh

Workflow Verifikasi Perizinan Kegiatan oleh Admin dalam Sistem K3

Sistem ini dirancang untuk membantu admin dalam meninjau dan memverifikasi pengajuan izin kegiatan dari fakultas atau mahasiswa. Berikut adalah alur kerja dari sudut pandang admin:

---

1. Admin Mengakses Menu Progress Laporan

- Admin masuk ke sistem dan memilih menu **Laporan Fakultas** atau **Laporan Mahasiswa** sesuai dengan kategori pengajuan yang akan diperiksa.
- Admin melihat daftar pengajuan yang masuk dalam tabel **Progress Laporan**, yang mencakup informasi seperti:
    - **Nama Fakultas/Nama Kegiatan**
    - **Lokasi Kegiatan**
    - **Tombol Lihat Detail**
    - **Kolom Aksi untuk persetujuan**
    - **Kolom Keterangan jika ditolak**
    - **Kolom Surat Balasan untuk kegiatan yang disetujui**

---

2. Admin Meninjau Detail Pengajuan

- Admin menekan tombol **Lihat Detail** untuk melihat informasi lengkap mengenai kegiatan yang diajukan, termasuk dokumen pendukung yang diunggah oleh fakultas atau mahasiswa.
- Admin memeriksa kelengkapan dan validitas dokumen seperti:
    - Surat izin dari pihak terkait (Koordinator/Pembina ORMAWA/Dekan).
    - Rundown kegiatan.
    - Surat izin keamanan atau kepolisian (jika diperlukan).
    - Surat kelayakan kendaraan (jika kegiatan luar kampus).

---

3. Admin Memutuskan Status Pengajuan

Setelah meninjau detail pengajuan, admin dapat mengambil keputusan melalui kolom **Aksi**:

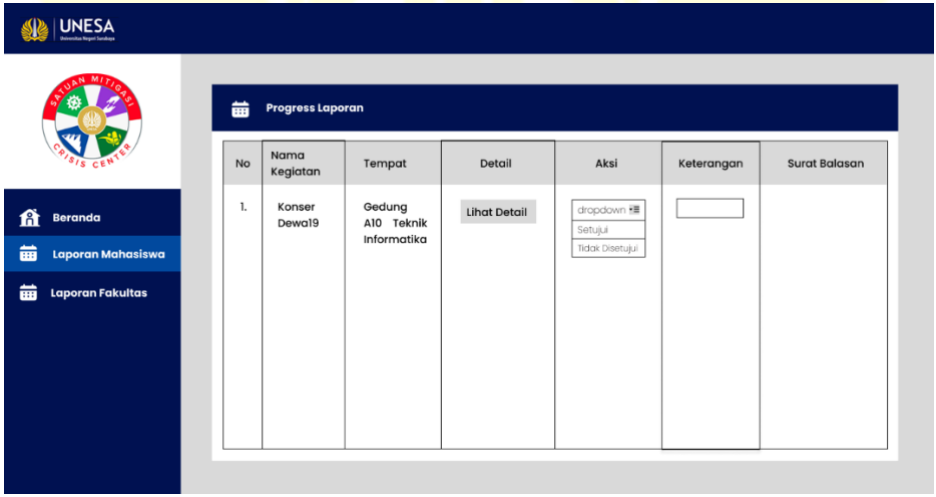
1. **Menyetujui Pengajuan**
    - Jika semua dokumen telah lengkap dan sesuai dengan standar K3, admin memilih **"Disetujui"**.
    - Sistem secara otomatis mengeluarkan **Surat Balasan** yang bisa diakses pada kolom terakhir dalam tabel.

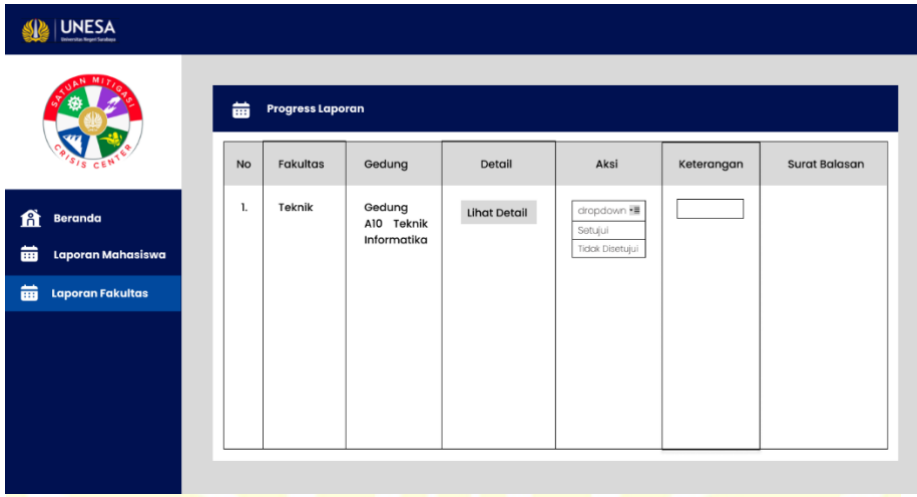
2. **Menolak Pengajuan**
    - Jika dokumen tidak lengkap atau kegiatan berisiko tinggi, admin memilih **"Tidak Disetujui"**.
    - Admin wajib mengisi kolom **Keterangan** dengan alasan penolakan, misalnya: *"Dokumen izin keamanan belum dilampirkan."*

---

4. Mahasiswa/Fakultas Menerima Keputusan

- Jika **disetujui**, mahasiswa/fakultas dapat mengunduh **Surat Balasan** sebagai bukti resmi izin kegiatan.
- Jika **tidak disetujui**, mahasiswa/fakultas dapat melihat alasan penolakan dan melakukan pengajuan ulang setelah perbaikan.




UNESA
SATUAN MITIGASI
CRISIS CENTER
Beranda
Laporan Mahasiswa
Laporan Fakultas
Progress Laporan
No
Fakultas
Gedung
Detail
Aksi
Keterangan
Surat Balasan
1.
Teknik
Gedung A10 Teknik Informatika
Lihat Detail
dropdown
Setujui
Tidak Disetujui

BAB 8
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

I. SOP PENGENDALIAN DOKUMEN

1. TUJUAN

SOP Pengendalian Dokumen ini disusun sebagai pedoman operasional dalam mengelola seluruh dokumen yang berkaitan dengan sistem manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di lingkungan SMCC. Tujuan utamanya adalah untuk memastikan bahwa seluruh dokumen yang digunakan dalam perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi program K3:

1.1 Memastikan bahwa dokumen yang digunakan selalu versi terkini dan sah agar tidak ada personel yang menggunakan prosedur lama atau tidak berlaku yang bisa mengakibatkan kecelakaan kerja atau pelanggaran regulasi.

1.2. Menjaga integritas dan kerahasiaan dokumen penting K3 terutama pada dokumen seperti hasil investigasi kecelakaan, analisis risiko, atau catatan medis pekerja. SOP ini memastikan bahwa dokumen tersebut hanya dapat diakses oleh pihak yang berwenang.

1.3. Mencegah penggunaan dokumen yang kedaluwarsa atau tidak relevan.

1.4. Terkontrol secara sistematis dan terdokumentasi dengan baik agar seluruh dokumen memiliki identifikasi yang jelas, pengesahan yang sah, serta proses distribusi dan revisi yang tertelusur.

2. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup dari pelaksanaan pengendalian dokumen adalah seluruh civitas academika dengan ruang lingkup di wilayah kampus Universitas Negeri Surabaya.

3. REFERENSI

3.1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang *Keselamatan Kerja*, yang mengatur kewajiban pengusaha untuk menyediakan dan menyelenggarakan sistem kerja yang aman, termasuk dokumentasi terkait keselamatan kerja.

3.2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang *Ketenagakerjaan*, Pasal 87 ayat (1): *"Setiap perusahaan wajib menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang terintegrasi dengan sistem manajemen perusahaan."* Penerapan ini mencakup pengendalian dan dokumentasi.

3.3. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 5 Tahun 2018 tentang *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja*, yang menekankan pentingnya pencatatan dan dokumentasi dalam kegiatan pemantauan lingkungan kerja.

4. PENANGGUNG JAWAB

Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengendalian prosedur ini adalah:

4.1. Kepala Sie K3

4.2. Subdirektorat Mitigasi Crisiss Center (SMCC)

4.3. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS)

5. DEFINISI DAN ISTILAH

Dalam konteks penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di lingkungan Universitas Negeri Surabaya, beberapa istilah teknis digunakan untuk memastikan kesamaan pemahaman di antara seluruh civitas akademika. K3 sendiri mengacu pada upaya sistematis untuk melindungi kesehatan dan keselamatan seluruh individu yang beraktivitas di kampus, termasuk dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, mitra kerja, dan pengunjung. Pengendalian dokumen dalam hal ini mencakup proses penyusunan, verifikasi, distribusi, penyimpanan, revisi, dan pemusnahan dokumen yang terkait dengan sistem manajemen K3 agar tetap terkendali, mutakhir, dan sesuai dengan standar yang berlaku.

Beberapa istilah yang sering digunakan antara lain dokumen K3 (dokumen yang berkaitan dengan kebijakan dan prosedur keselamatan), revisi dokumen (perubahan yang dilakukan pada dokumen untuk menyesuaikan dengan kondisi atau peraturan terbaru), dokumen kadaluarsa (dokumen yang sudah tidak berlaku dan harus ditarik dari peredaran), serta alat pelindung diri (peralatan yang digunakan untuk melindungi individu dari risiko bahaya). Selain itu, istilah seperti bahaya, risiko, keadaan darurat, dan sistem manajemen K3 juga digunakan untuk menggambarkan berbagai aspek penting dalam pelaksanaan K3 di perguruan tinggi.

6. KETENTUAN UMUM

Ketentuan umum dalam SOP ini bertujuan untuk memberikan pemahaman atas prinsip-prinsip dasar yang menjadi landasan dalam pelaksanaan pengendalian dokumen di bidang Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Prinsip utama yang berlaku adalah bahwa setiap dokumen yang berkaitan dengan sistem manajemen K3 harus dikelola secara sistematis, terdokumentasi, dapat ditelusuri, dan dijaga integritasnya agar tetap relevan, sah, dan dapat digunakan dengan tepat oleh seluruh pihak yang berkepentingan.

Pelaksanaan pengendalian dokumen harus mengacu pada prinsip akuntabilitas, keterbukaan, dan kepatuhan terhadap standar serta regulasi

yang berlaku. Setiap dokumen wajib melalui proses peninjauan dan persetujuan sebelum didistribusikan, serta dikendalikan dalam hal revisi dan pemusnahan. Tidak diperkenankan menggunakan dokumen yang sudah tidak berlaku atau belum mendapatkan persetujuan resmi. Penerapan ketentuan ini dilakukan untuk menjamin bahwa informasi K3 yang digunakan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya senantiasa valid, terkini, dan mendukung terciptanya budaya kerja yang aman, sehat, dan tertib administrasi.

7. URAIAN PROSEDUR

Prosedur pengendalian dokumen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dilakukan untuk menjamin bahwa seluruh dokumen yang digunakan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya selalu terkini, sah, terdokumentasi dengan baik, dan dapat ditelusuri. Langkah langkah pelaksanaan prosedur ini mencakup:

7.1 Penyusunan dokumen baru diinisiasi oleh SMCC

Langkah: Laporan atau asesmen (misalnya hasil inspeksi K3, audit internal, atau evaluasi risiko) disusun menggunakan format standar yang telah ditetapkan. Data harus akurat, lengkap, dan disusun secara sistematis.

7.2 SMCC mengkonsultasikan kepada Direktorat PPIS

Langkah: Laporan yang masuk ditelaah untuk menilai kelengkapan isi, akurasi data, serta potensi rekomendasi perbaikan. Jika terdapat ketidaksesuaian, laporan dikembalikan ke penyusun untuk perbaikan.

7.3 Pengesahan Dokumen

Langkah: Setiap dokumen yang telah disusun terkait K3 harus melalui proses pengesahan oleh pihak yang berwenang sebelum dinyatakan berlaku. Proses ini dilakukan oleh Direktorat PPIS atau pejabat yang ditunjuk, setelah dokumen ditelaah dari segi isi, kesesuaian format, legalitas, dan efektivitas implementasi.

Dokumen yang disahkan diberi tanda tangan resmi, cap instansi (jika diperlukan), dan dicatat dalam daftar induk dokumen agar dapat ditelusuri dan dikendalikan dengan baik.

7.4 Penomoran Dokumen

Langkah: Setiap dokumen K3 diberi nomor unik sebagai identitas resmi yang digunakan untuk pengarsipan, pelacakan, dan revisi di masa mendatang. Penomoran dokumen dilakukan oleh SMCC berdasarkan sistem klasifikasi yang mencakup jenis dokumen, kode unit kerja, nomor urut, dan tahun penerbitan (misalnya: SOP01/07/SMCC/PPIS/2025). Sistem penomoran ini bertujuan untuk menjamin keteraturan, mencegah duplikasi, dan memudahkan pencarian dokumen baik dalam bentuk fisik maupun digital.

7.5 Pengadaan Dokumen

Langkah: Dokumen baru disiapkan sesuai kebutuhan hasil evaluasi, kegiatan baru, atau peraturan yang mengharuskan adanya dokumen K3 tambahan. Proses ini mencakup penomoran, penyusunan format, dan legalisasi.

7.6 Perubahan atau revisi pada dokumen oleh SMCC

Langkah: Jika terdapat kebutuhan perubahan isi dokumen (baik minor atau mayor), maka dilakukan revisi sesuai prosedur. Dokumen lama dinyatakan kadaluarsa, diberi penanda, dan disimpan sebagai arsip. Dokumen revisi diberi versi baru dan didistribusikan ulang.

7.7 Pemusnahan Dokumen

Langkah: Dokumen fisik yang sudah obsolete dan tidak diperlukan lagi dimusnahkan dengan cara aman (misalnya dicacah, dibakar, atau dimusnahkan secara digital). Proses pemusnahan dibuatkan berita acara.

7.8 Pendistribusian Dokumen Eksternal

Langkah: Beberapa dokumen K3 tertentu perlu disampaikan ke pihak luar (misalnya instansi mitra, auditor, regulator). Dokumen dikirim melalui media resmi, diberi log pengiriman, dan disimpan salinannya sebagai arsip.

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Kasie K3 SMCC
1.	Penyusunan dokumen baru diinisiasi oleh SMCC					
2.	SMCC mengkonsultasikan kepada Direktorat PPIS					
3.	Pengesahan Dokumen					
4.	Penomoran Dokumen					
5.	Pengadaan Dokumen					
6.	Perubahan atau revisi pada dokumen oleh SMCC					
7.	Pemusnahan Dokumen					
8.	Pendistribusian Dokumen Eksternal					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen yang berhubungan langsung dan/atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam pelaksanaannya:

9.1. Kebijakan K3 SMCC

9.2. Prosedur Induk Pengendalian Dokumen dan Rekaman

9.3. Formulir Permintaan Perubahan Dokumen (FPPD)

9.4. Daftar Induk Dokumen (DID)

9.5. Matriks Risiko K3 (Risk Matrix)

9.6. OP-SOP K3 Terkait Lainnya

9.7. Regulasi dan Standar K3 Terkait

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

1. Tujuan Revisi dan Penyempurnaan

   Revisi dan penyempurnaan SOP dilakukan untuk memastikan bahwa prosedur yang dijalankan tetap relevan, akurat, dan sesuai dengan:

   - Perkembangan peraturan perundang-undangan di bidang K3,
   - Perubahan kebutuhan organisasi,
   - Temuan audit internal maupun eksternal,
   - Hasil evaluasi implementasi SOP di lapangan,
   - Perbaikan berkelanjutan dalam sistem manajemen K3.

2. Mekanisme Revisi

   - Usulan revisi dapat diajukan oleh unit terkait, pelaksana SOP, atau Tim K3 berdasarkan hasil evaluasi maupun kejadian tertentu.

- Usulan revisi disampaikan menggunakan Formulir Permintaan Perubahan Dokumen (FPPD) kepada Kasie K3 untuk ditelaah.
- Tim K3 melakukan kajian atas usulan dan mengoordinasikan pembaruan isi SOP sesuai kebutuhan.
- Draf SOP yang telah direvisi dikaji oleh pihak terkait dan disahkan oleh pejabat berwenang.

3. Penjadwalan Revisi Berkala

SOP ini dievaluasi minimal satu kali dalam dua tahun atau sesuai kebutuhan apabila terjadi perubahan signifikan.

4. Pengendalian Versi

- Setiap perubahan pada SOP akan diberikan nomor revisi dan tanggal berlaku yang baru.
- Versi lama dari SOP dinyatakan tidak berlaku dan disimpan sebagai arsip sesuai dengan ketentuan pengelolaan dokumen.
- Distribusi versi terbaru dilakukan kepada seluruh pihak terkait dan dicatat dalam Daftar Induk Dokumen (DID).

II. SOP AUDIT INTERNAL

1. TUJUAN

SOP ini disusun untuk menjadi acuan dalam pelaksanaan audit internal secara sistematis, objektif, dan terdokumentasi di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC), guna memastikan bahwa seluruh aktivitas telah berjalan sesuai dengan standar operasional, kebijakan, dan tujuan kelembagaan.:

1.1. Menetapkan mekanisme pelaksanaan audit internal yang efektif dan efisien

1.2. Menjamin ketercapaian tujuan organisasi melalui evaluasi terhadap kegiatan, sistem, dan proses kerja yang berjalan.

1.3. Meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi pedoman yang berlaku di Universitas Negeri Surabaya.

1.4. Mendorong perbaikan berkelanjutan melalui temuan audit dan tindak lanjut yang tepat.

2. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup dari pelaksanaan Audit internal mencakup seluruh proses, unit, dan kegiatan yang berada dalam tanggung jawab Subdirektorat Mitigasi Crisis Center dan/atau unit lain di bawah Direktorat PPIS yang berkaitan dengan pelaksanaan program, sistem manajemen mutu, pengelolaan risiko, serta kepatuhan terhadap prosedur operasional dan standar K3.

3. REFERENSI

3.1. PermenPAN-RB No. 35 Tahun 2012 – Pedoman Penyusunan SOP Administrasi Pemerintahan. Menyajikan format standar, struktur dokumen, mekanisme evaluasi dan pengendalian SOP yang digunakan oleh instansi pemerintah dan PTN BH, termasuk UNESA

3.2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) merupakan dasar hukum utama untuk SMK3 di Indonesia. Pasal-pasalnya mewajibkan perusahaan untuk melakukan audit internal SMK3.

3.3. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja yang mengatur lebih lanjut detail teknis terkait K3 di lingkungan kerja, yang menjadi objek audit dalam konteks SMK3

3.4. Peraturan Rektor Unesa No. 3 Tahun 2020 (diubah menjadi No. 59 Tahun 2022) Sistem Penjaminan Mutu Internal yang mengatur tata kelola Audit Internal, dokumentasi, dan tindak lanjut temuan di lingkungan UNESA.

SOP Internal SMCC/PPIS yang terdiri dari SOP Tindakan Pencegahan, SOP Tindakan Perbaikan, dan SOP Tinjauan Manajemen, semua saling terintegrasi dalam sistem penjaminan mutu dan K3.

4. PENANGGUNG JAWAB

Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengendalian prosedur ini adalah:

4.1. Subdirektorat Mitigasi Crisiss Center (SMCC)

4.2. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS)

5. DEFINISI DAN ISTILAH

Dalam pelaksanaan audit internal di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC), beberapa istilah teknis digunakan untuk menyamakan persepsi seluruh pihak yang terlibat. Audit internal merupakan proses evaluasi yang sistematis dan terdokumentasi guna

memastikan kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan prosedur yang berlaku. Auditor adalah pihak yang ditunjuk untuk melaksanakan audit, sedangkan auditee adalah unit atau individu yang menjadi objek audit. Temuan audit merujuk pada hasil identifikasi atas ketidaksesuaian atau peluang perbaikan, yang kemudian diikuti dengan rekomendasi sebagai saran tindak lanjut. Laporan audit adalah dokumen resmi berisi temuan dan rekomendasi, sedangkan rencana tindak lanjut (RTL) adalah dokumen yang disusun oleh auditee untuk merespons hasil audit.

6. KETENTUAN UMUM

Beberapa prinsip umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1. Internal audit dilaksanakan secara objektif dan independen, tanpa memihak atau memiliki konflik kepentingan antara auditor dan auditee. Auditor harus melaporkan temuan berdasarkan bukti dan fakta, bukan opini pribadi

6.2. Semua temuan harus didukung oleh bukti yang dapat diverifikasi, seperti dokumentasi, wawancara, dan observasi langsung. Prinsip evidence-based ini menjadi dasar dalam standar ISO 19011.

6.3. Setiap tahap audit mulai dari rencana, pelaksanaan, laporan temuan, hingga tindak lanjut, harus terdokumentasi secara sistematis sesuai panduan ISO 19011 (audit records) .

6.4. Proses audit harus dilaksanakan secara terbuka dengan auditee, menyampaikan tujuan dan lingkup audit, serta memberi kesempatan klarifikasi. Hal ini sejalan dengan prinsip fair presentation ISO 19011

6.5. Tujuan utama audit adalah evaluasi sistem, bukan mencari kesalahan perorangan. Fokus diarahkan pada perbaikan proses dan peningkatan efektivitas operasional.

6.6. Hasil audit digunakan sebagai dasar untuk merancang tindakan perbaikan. Prioritas diberikan pada temuan yang memiliki risiko tinggi dan memiliki dampak signifikan terhadap sistem mutu dan K3.

7. URAIAN PROSEDUR

Prosedur Audit Internal di Universitas Negeri Surabaya meliputi langkah-langkah berikut:

7.1. Mengusulkan Auditor Internal

Langkah : Menyusun daftar calon auditor internal dan mengajukan usulan resmi kepada pimpinan universitas untuk penerbitan Surat Keputusan (SK).

7.2. Menerbitkan SK Auditor Internal

Langkah : Menerbitkan dan menandatangani SK penunjukan auditor internal berdasarkan usulan dari Direktorat PPIS.

7.3. Menyusun Jadwal Audit Internal

Langkah : Menentukan waktu, ruang lingkup, dan unit sasaran audit berdasarkan rencana mutu dan ketersediaan auditor.

7.4. Memberikan Pemberitahuan Audit

Langkah : Mengirimkan surat resmi kepada auditee mengenai pelaksanaan audit, termasuk waktu, auditor yang bertugas, dan tujuan audit.

7.5. Menyiapkan Check List Audit

Langkah : Menyusun daftar periksa (checklist) sesuai standar operasional

7.6. Melaksanakan Audit Internal

Langkah : Melakukan audit sesuai jadwal dan checklist, dimulai dengan rapat pembukaan, pelaksanaan audit di unit kerja, dan ditutup dengan rapat penutupan

7.7. Menyerahkan Hasil Audit

Langkah : Mengisi dan menyerahkan Formulir Ketidaksesuaian, Formulir Observasi, serta Formulir Tindakan

Perbaikan/Pencegahan kepada auditee saat rapat penutupan berakhir.

7.8. Menindaklanjuti Temuan Audit

Langkah : Menyusun rencana tindakan perbaikan atau pencegahan secara tertulis berdasarkan temuan audit dan menyerahkannya kepada Direktorat PPIS sesuai prosedur.

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Auditor internal
1.	Direktorat PPIS membuat usulan auditor internal kepada Pimpinan untuk dibuatkan Surat Keputusan					
2.	Wakil Rektor 2 membuat Surat Keputusan penunjukan Auditor Internal					
3.	Direktorat PPIS membuat jadwal audit Internal					
4.	Direktorat PPIS menginformasikan kepada Auditee dengan mengeluarkan Surat Pemberitahuan Audit Internal					
5.	Auditor Internal menyiapkan Check List Audit					
6.	Auditor Internal melakukan audit menurut Check List Audit Internal,					

	dimulai dengan rapat pembukaan, diteruskan dengan pelaksanaan audit di masing -masing unit, dan diakhiri dengan rapat penutupan.					
7.	Auditor Internal mengisi Formulir Ketidaksesuaian dan Tindakan Perbaikan/ Pencegahan dan Formulir Observasi sesuai dengan hasil audit, kemudian menyerahkannya kepada Auditee pada saat rapat penutupan berakhir					
8.	Auditee harus menindaklanjuti secara tertulis temuan audit dengan mengikuti prosedur tindakan perbaikan					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen yang berhubungan langsung dan/atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam pelaksanaannya:

1. Kebijakan Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis
2. Formulir Temuan Audit
3. Rencana Tindak Lanjut (RTL) Audit
4. Laporan Hasil Audit Internal
5. SOP-SOP Terkait Lainnya
6. Pedoman Tata Kelola Audit Internal Universitas Negeri Surabaya

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan penyempurnaan SOP Audit Internal dilakukan untuk memastikan bahwa prosedur yang diterapkan tetap relevan, akurat, dan sesuai dengan kebutuhan organisasi, peraturan yang berlaku, serta hasil evaluasi pelaksanaan di lapangan. Revisi dapat dilakukan secara berkala minimal satu kali dalam dua tahun atau secara insidental apabila terdapat perubahan kebijakan, peraturan, atau kondisi operasional yang signifikan.

Usulan revisi dapat diajukan oleh unit pelaksana atau pihak terkait berdasarkan hasil audit, temuan ketidaksesuaian, atau kebutuhan penyesuaian teknis. Proses revisi meliputi tahap pengajuan usulan, pembahasan oleh tim penyusun SOP, penyempurnaan dokumen, validasi oleh Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS.

Setiap versi terbaru dari SOP akan diberikan nomor revisi dan tanggal berlaku, sedangkan versi lama akan dinyatakan tidak berlaku dan diarsipkan sesuai ketentuan pengelolaan dokumen Universitas Negeri Surabaya.

III. SOP TINDAKAN PERBAIKAN

1. TUJUAN

SOP ini di susun untuk menjadi pedoman dalam pelaksanaan tindakan perbaikan atas temuan audit, ketidaksesuaian, atau potensi masalah yang terjadi di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC). Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa setiap ketidaksesuaian yang ditemukan, baik dari hasil audit internal maupun laporan kejadian, dapat ditindaklanjuti secara tepat waktu, sistematis, dan terukur, serta tidak berulang di masa depan. Dengan diterapkannya tindakan perbaikan, diharapkan tercipta peningkatan kinerja unit secara berkelanjutan dan terbentuk budaya kerja yang berorientasi pada mutu, pencegahan, dan akuntabilitas.

Tindakan perbaikan juga bertujuan untuk membangun sistem pengendalian internal yang kuat, mendukung efisiensi operasional, serta memberikan respon konkret terhadap risiko yang telah teridentifikasi. Dengan SOP ini, semua pihak yang terlibat memiliki pedoman dalam mengenali masalah, mengidentifikasi akar penyebab, merancang solusi, dan mengevaluasi keberhasilan perbaikannya secara objektif dan terdokumentasi.

2. RUANG LINGKUP

SOP ini mengatur tentang pelaksanaan tindakan perbaikan atas hasil audit internal, ketidaksesuaian, atau potensi masalah yang ditemukan di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC), Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis, Universitas Negeri Surabaya. Prosedur ini mencakup proses identifikasi ketidaksesuaian, analisis akar penyebab, penyusunan dan pelaksanaan rencana perbaikan, serta verifikasi efektivitas tindakan yang telah diambil.

SOP ini melibatkan berbagai pihak yang terkait dalam proses audit dan perbaikan, antara lain Direktorat PPIS, Kasie K3 SMCC, auditor internal, dan pihak manajemen yang berwenang. SOP ini berlaku di seluruh unit kerja yang menjadi objek audit di bawah koordinasi SMCC. Pelaksanaannya dilakukan setelah audit internal selesai dilaksanakan, serta setiap kali ditemukan ketidaksesuaian atau potensi masalah dari laporan kejadian atau pengawasan operasional. SOP ini juga digunakan sebagai dasar dalam tindak lanjut untuk Rapat Tinjauan Manajemen dan peningkatan sistem mutu secara berkelanjutan.

3. REFERENSI

3.1. PermenPAN-RB No. 35 Tahun 201**2** – *Pedoman Umum Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan*, sebagai acuan format, struktur, dan pengendalian dokumen SOP yang berlaku di instansi pemerintahan dan PTN

3.2. Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya No. 3 Tahun 2020, diperbarui menjadi No. 59 Tahun 2022, tentang *Sistem Penjaminan*

Mutu Internal (SPMI), yang menetapkan kebijakan internal audit dan tindak lanjut temuan melalui SOP yang terstandar

3.3. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja, Bab VII Pasal 34: Investigasi dan Pelaporan Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja.

3.4. Permenaker RI No. 5 Tahun 2018 – *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3)*, memastikan audit K3 dan tindak lanjutnya sesuai peraturan nasional.

3.5. SOP Internal SMCC/PPIS — mencakup SOP Audit Internal, SOP Tindakan Pencegahan, SOP Tinjauan Manajemen, dan SOP Tindakan Perbaikan — yang saling terintegrasi sebagai acuan pelaksanaan perbaikan mutu dan K3 di lingkungan universitas.

4. PENANGGUNG JAWAB

Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengendalian prosedur ini adalah:

4.1. Subdirektorat Mitigasi Crisiss Center (SMCC)

4.2. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS)

5. DEFINISI DAN ISTILAH

Dalam pelaksanaan tindakan perbaikan di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center Universitas Negeri Surabaya, terdapat sejumlah

istilah teknis yang digunakan untuk menyamakan pemahaman antara pelaksana, pengawas, dan pihak terkait. Tindakan perbaikan merupakan langkah sistematis yang diambil untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian atau masalah lainnya yang telah terjadi agar tidak terulang kembali. Proses ini penting sebagai bagian dari sistem penjaminan mutu dan pengendalian risiko dalam pelaksanaan program mitigasi krisis dan penanggulangan isu strategis.

Temuan audit adalah hasil pemeriksaan formal yang menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara pelaksanaan kegiatan dengan standar, kebijakan, atau prosedur yang berlaku. Rencana Tindak Lanjut (RTL) merujuk pada dokumen tertulis yang memuat uraian langkah-langkah perbaikan yang direncanakan oleh auditee, lengkap dengan penanggung jawab dan tenggat waktu pelaksanaannya. Akar penyebab (root cause) adalah faktor utama atau sumber utama yang menyebabkan timbulnya masalah atau ketidaksesuaian, yang harus diidentifikasi secara akurat agar solusi yang diterapkan tepat sasaran. Evaluasi efektivitas adalah proses penilaian terhadap sejauh mana tindakan perbaikan yang telah dilakukan berhasil menyelesaikan masalah dan mencegah terulangnya kembali kejadian serupa. Istilah lainnya yang juga digunakan antara lain audit internal, auditor, auditee, dan dokumen pendukung tindakan perbaikan, yang semuanya saling berkaitan dalam proses peningkatan mutu berkelanjutan di unit kerja.

6. KETENTUAN UMUM

Beberapa prinsip umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1. Pelaksanaan tindakan perbaikan harus dilakukan secara sistematis dan terstruktur, mengikuti alur identifikasi ketidaksesuaian, analisis akar penyebab, perencanaan, implementasi, verifikasi, hingga evaluasi efektivitas. Semua langkah ini didokumentasikan dengan lengkap sebagai bagian dari sistem manajemen mutu yang berkesinambungan.

6.2. Proses perbaikan harus mematuhi prinsip *corrective action* atau CAPA, yakni tidak hanya memperbaiki kondisi saat ini tetapi juga mencegah terulangnya masalah serupa melalui tindakan yang bersifat permanen dan menyeluruh.

6.3. Setiap rencana tindakan perbaikan wajib memiliki tenggat waktu pelaksanaan yang jelas dan realistis. Implementasi harus dilakukan sesuai jadwal dan dievaluasi setelah jangka waktu tersebut untuk memastikan tidak terjadi residu masalah.

6.4. Setelah pelaksanaan, tindakan perbaikan harus diverifikasi oleh pihak independen (auditor internal atau unit terkait) untuk menilai efektivitasnya. Evaluasi bertujuan memastikan bahwa solusi berjalan efektif dan ketidaksesuaian tidak muncul kembali.

6.5. Semua tahapan tindakan dari analisis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi harus terdokumentasi lengkap. Dokumentasi berfungsi sebagai rekam jejak dasar audit internal dan tinjauan manajemen, serta menjadi bukti akuntabilitas pertanggungjawaban.

7. URAIAN PROSEDUR

Prosedur Tindakan Perbaikan di Universitas Negeri Surabaya meliputi langkah-langkah berikut:

1. Mulai

   Pelaksana : -

   Langkah : Proses dimulai setelah rapat penutupan audit internal selesai dilaksanakan oleh auditor internal. 2. Penyampaian temuan

   Pelaksana : Auditor Internal

   Langkah : Auditor internal menyusun dokumen ketidaksesuaian dan/atau formulir observasi berdasarkan hasil audit. Dokumen tersebut dikirimkan secara resmi kepada Direktorat PPIS sebagai pihak yang diaudit.

11. Analisis Penyebab

   Pelaksana : Direktorat PPIS

   Langkah : Direktorat PPIS melakukan analisis akar penyebab (root cause analysis) dari setiap temuan audit menggunakan metode yang disepakati, seperti 5 Why atau Fishbone Diagram.

12. Penyusunan dan Implementasi Tindakan Perbaikan

   Pelaksana : Direktorat PPIS

   Langkah : Berdasarkan hasil analisis, Direktorat PPIS menyusun rencana tindakan perbaikan dan/atau tindak lanjut terhadap observasi, kemudian mengimplementasikan langkah tersebut sesuai tenggat waktu yang ditentukan.

13. Verifikasi Tindakan Perbaikan

Pelaksana : Auditor Internal

Langkah : Auditor internal melakukan verifikasi atas efektivitas pelaksanaan tindakan perbaikan yang telah dilakukan oleh Direktorat PPIS. Verifikasi dapat dilakukan melalui dokumen, wawancara, atau kunjungan langsung.

14. Rekapitulasi & Dokumentasi Audit

Pelaksana : SMCC (Kasie K3)

Langkah : SMCC merangkum seluruh hasil tindak lanjut audit internal, termasuk temuan, analisis, tindakan perbaikan, dan hasil verifikasi, untuk dijadikan bahan dalam Rapat Tinjauan Manajemen. Semua rekaman audit disimpan sebagai dokumen kendali mutu K3.

15. Selesai

Pelaksana : -

Langkah : Proses tindak lanjut audit internal berakhir dan siap untuk ditindaklanjuti dalam RTM atau penyusunan program perbaikan berkelanjutan.

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Auditor internal
1.	Mulai					
2.	Auditor Internal menyiapkan dokumen ketidaksesuaian atau observasi dan mengirimkan ke Direktorat PPIS					
3.	Direktorat PPIS melakukan analisis mengenai penyebab utama ketidaksesuaiaan					
4.	Direktorat PPIS membuat rencana tindakan perbaikan atau tindak lanjut terhadap observasi, mengimplementasikan rencana tindakan perbaikan dan/atau tindak lanjut observasi tersebut.					
5.	Auditor Internal memverifikasi implementasi tindakan perbaikan					
6.	SMCC merangkum semua laporan Audit Internal untuk ditindak lanjut pada Rapat					

	Tinjauan Manajemen dan menyimpan semua rekaman audit internal					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen yang berhubungan langsung dan/atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam pelaksanaannya:

9.1. Laporan Hasil Audit Internal

9.2. Formulir Rencana Tindak Lanjut (RTL)

9.3. Form Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis)

9.4. Dokumen Evaluasi Efektivitas Tindakan Perbaikan

9.5. SOP Audit Internal

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan penyempurnaan terhadap SOP Tindakan Perbaikan dilakukan untuk memastikan bahwa prosedur yang tertuang di dalamnya tetap relevan, akurat, dan sesuai dengan kebutuhan organisasi, dinamika pelaksanaan di lapangan, serta perkembangan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Revisi dapat dilakukan secara berkala minimal setiap dua tahun, atau secara insidental apabila terdapat perubahan signifikan seperti perombakan struktur organisasi, perubahan kebijakan strategis universitas, temuan audit eksternal, atau hasil evaluasi pelaksanaan SOP yang menunjukkan ketidak efektifan.

Proses revisi dimulai dari usulan yang disampaikan oleh unit pelaksana atau pihak terkait, yang kemudian dibahas bersama tim penyusun SOP dan Unit Penjaminan Mutu. Setelah dilakukan pembahasan dan penyusunan draf perubahan, dokumen akan divalidasi oleh Gugus Penjaminan Mutu (GPM) dan disahkan oleh Kepala Badan Penjaminan Mutu (BPM). Setiap revisi akan diberi nomor revisi, tanggal berlaku, dan catatan perubahan. Versi lama SOP dinyatakan tidak berlaku sejak tanggal efektif versi baru, dan wajib diarsipkan sesuai dengan prosedur pengelolaan dokumen di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

IV. SOP TINDAKAN PENCEGAHAN

1. TUJUAN

SOP ini disusun untuk menjadi acuan dalam pelaksanaan tindakan pencegahan terhadap potensi ketidaksesuaian di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC). Tindakan pencegahan dimaksudkan sebagai upaya proaktif guna menghindari munculnya permasalahan yang dapat mengganggu pencapaian mutu proses dan hasil kegiatan, baik dalam lingkup pendidikan, pengabdian masyarakat, penanganan krisis, maupun layanan pendukung lainnya. Dengan adanya SOP ini, diharapkan pelaksanaan tindakan pencegahan dilakukan secara sistematis, terdokumentasi, dan dapat dipertanggungjawabkan, sehingga mendukung peningkatan mutu berkelanjutan (*continuous improvement*).

2. RUANG LINGKUP

SOP ini mengatur pelaksanaan tindakan pencegahan terhadap potensi ketidaksesuaian atau risiko di lingkungan Universitas Negeri Surabaya, dengan fokus pada seluruh civitas akademika yang meliputi dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, serta mitra kerja. Prosedur ini berlaku di seluruh area kampus, baik di ruang kelas, laboratorium, fasilitas umum, area kegiatan lapangan, maupun unit pendukung kampus dan dilaksanakan sebelum atau selama aktivitas untuk mencegah terjadinya insiden atau pelanggaran sesuai hasil audit, temuan observasi, atau data kinerja.

SOP ini melibatkan peran aktif dari beberapa pihak utama, yaitu Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC) sebagai pelaksana teknis,

Kasie K3 SMCC sebagai koordinator pelaksanaan, Direktorat PPIS sebagai pengarah dan pemantau, serta seluruh unit akademik dan non-akademik yang terkait. Pelaksanaan tindakan pencegahan bersifat proaktif dan kontinu, dilakukan secara berkala (misalnya per semester atau per tahun) dan bersifat insidental, terutama saat ditemukan potensi bahaya, temuan audit/pengawasan, atau perubahan proses kerja. Hasil tindakan pencegahan selanjutnya dimonitor, dievaluasi, dan digunakan sebagai bahan kajian pada Tinjauan Manajemen, dengan tujuan mendukung peningkatan mutu, keselamatan kerja, dan budaya akuntabilitas di lingkungan kampus.

3. REFERENSI

3.1. PermenPAN-RB No. 35 Tahun 2012 – Pedoman Umum Penyusunan SOP Administrasi Pemerintahan, mengatur format standar, struktur, serta pengendalian dokumen SOP di instansi pemerintahan maupun perguruan tinggi negeri seperti Unesa.

3.2. Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya No. 2 Tahun 2020 Sistem Penjaminan Mutu Internal yang menjadi dasar kebijakan tertulis terkait audit internal, tindak lanjut temuan, dan pengendalian mutu dalam penyusunan serta implementasi SOP pencegahan.

3.3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), Bab IV Pasal 15: Peninjauan Ulang Identifikasi Bahaya, Penilaian, dan Pengendalian Risiko.

3.4. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja, Bab II Pasal 4: Pengendalian Risiko K3.

4. PENANGGUNG JAWAB

Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengendalian prosedur ini adalah:

4.1. Subdirektorat Mitigasi Crisiss Center (SMCC)

4.2.Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS)

4.3.Unit Penjaminan Mutu (UPM)

4.4.Gugus Penjaminan Mutu (GPM)

5. DEFINISI DAN ISTILAH

Dalam konteks penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center Universitas Negeri Surabaya, tindakan pencegahan diartikan sebagai langkah sistematis dan terencana yang dilakukan untuk menghindari kemungkinan terjadinya ketidaksesuaian, insiden, atau bahaya yang berpotensi mengganggu keselamatan, kesehatan, dan kelancaran operasional kegiatan. Tindakan ini mencakup identifikasi potensi risiko sejak dini, analisis akar penyebab, serta implementasi solusi atau sistem kontrol sebelum risiko berkembang menjadi kejadian yang merugikan.

Potensi ketidaksesuaian adalah kondisi atau situasi yang, jika tidak dikendalikan, dapat menyebabkan pelanggaran terhadap standar keselamatan, prosedur operasional, atau mutu layanan. Rencana Tindakan Pencegahan (RTP) adalah dokumen tertulis yang memuat

langkah-langkah pencegahan terhadap risiko atau bahaya, termasuk siapa yang bertanggung jawab dan kapan tindakan dilaksanakan. Dalam ranah K3, analisis risiko melibatkan penilaian terhadap kemungkinan dan dampak kecelakaan kerja, gangguan operasional, atau paparan terhadap bahaya fisik, kimia, biologis, dan psikososial. Evaluasi efektivitas adalah proses untuk mengukur seberapa berhasil tindakan pencegahan yang dilakukan dalam mencegah terjadinya insiden atau ketidaksesuaian di kemudian hari.

6. KETENTUAN UMUM

Beberapa prinsip umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1. Semua tindakan pencegahan harus dilaksanakan secara proaktif, menggunakan data yang dapat dipertanggungjawabkan, baik dari hasil audit internal, laporan near miss, maupun hasil pengamatan langsung untuk mengenali potensi bahaya sebelum insiden terjadi.

6.2. Setiap temuan potensi bahaya atau ketidaksesuaian wajib ditindaklanjuti dengan langkah pencegahan konkret, bukan berupa tindakan simbolis atau reaktif semata.

6.3. Strategi pencegahan harus diarahkan ke akar masalah, tidak hanya menutup gejala. Analisis harus detil agar solusi mampu mencegah terulangnya potensi bahaya.

6.4. Semua langkah pencegahan disusun berdasarkan prioritas hirarki pengendalian risiko, yaitu:

- Eliminasi bahaya

- Substitusi (penggantian dengan opsi lebih aman)
- Rekayasa teknik
- Penetapan prosedur kerja
- Penggunaan alat pelindung diri (APD)

6.5. Rencana tindakan pencegahan harus didokumentasikan secara resmi dan disetujui oleh penanggung jawab K3 (Kasie K3 SMCC) atau pimpinan unit terkait sebelum diimplementasikan.

6.6. Setelah implementasi, tindakan pencegahan perlu dimonitor secara berkala dan dievaluasi efektivitasnya. Pemantauan ini memastikan perubahan kondisi lapangan diterima atau memerlukan revisi.

6.7. Jika tindakan terbukti tidak efektif dalam mengendalikan potensi bahaya, maka diperlukan kaji ulang serta perumusan alternatif solusi yang lebih tepat.

6.8. Prosedur ini juga berfungsi mendukung penciptaan budaya keselamatan kerja yang berorientasi pada pencegahan, dengan tujuan utama mencegah insiden kerja dan menjaga kelancaran proses akademik maupun non-akademik.

7. URAIAN PROSEDUR

7.1. Mulai

Pelaksana : -

Langkah : Proses dimulai setelah rapat penutupan audit internal selesai dilaksanakan oleh auditor internal. 7.2. Penyampaian temuan

Pelaksana : Auditor Internal

Langkah : Auditor internal menyusun dokumen ketidaksesuaian dan/atau formulir observasi berdasarkan hasil audit. Dokumen tersebut dikirimkan secara resmi kepada Direktorat PPIS sebagai pihak yang diaudit.

7.3. Analisis Penyebab

Pelaksana : Direktorat PPIS

Langkah : Direktorat PPIS melakukan analisis akar penyebab (root cause analysis) dari setiap temuan audit menggunakan metode yang disepakati, seperti 5 Why atau Fishbone Diagram.

7.4. Penyusunan dan Implementasi Tindakan Perbaikan

Pelaksana : Direktorat PPIS

Langkah : Berdasarkan hasil analisis, Direktorat PPIS menyusun rencana tindakan perbaikan dan/atau tindak lanjut terhadap observasi, kemudian mengimplementasikan langkah tersebut sesuai tenggat waktu yang ditentukan.

7.5. Verifikasi

Langkah : Auditor internal melakukan verifikasi atas efektivitas pelaksanaan tindakan perbaikan yang telah dilakukan oleh Direktorat PPIS. Verifikasi dapat dilakukan melalui dokumen, wawancara, atau kunjungan langsung.

7.6. Rekapitulasi & Dokumentasi Audit

Pelaksana : SMCC (Kasie K3)

Langkah : SMCC merangkum seluruh hasil tindak lanjut audit internal, termasuk temuan, analisis, tindakan perbaikan, dan hasil verifikasi, untuk dijadikan bahan dalam Rapat Tinjauan Manajemen. Semua rekaman audit disimpan sebagai dokumen kendali mutu K3.

7.7. Selesai

Pelaksana : -

Langkah : Proses tindak lanjut audit internal berakhir dan siap untuk ditindaklanjuti dalam RTM atau penyusunan program perbaikan berkelanjutan.

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Auditor internal
1.	Mulai					
2.	Auditor Internal menyiapkan dokumen ketidaksesuaian atau observasi dan mengirimkan ke Direktorat PPIS					
3.	Direktorat PPIS melakukan analisis mengenai penyebab utama tidak sesuaian					
4.	Direktorat PPIS membuat rencana tindakan perbaikan					

	atau tindak lanjut terhadap observasi, mengimplementasikan rencana tindakan perbaikan dan/atau tindak lanjut observasi tersebut.					
5.	Auditor Internal memverifikasi implementasi tindakan perbaikan					
6.	SMCC merangkum semua laporan Audit Internal untuk ditindak lanjut pada Rapat Tinjauan Manajemen dan menyimpan semua rekaman audit internal					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen yang berhubungan langsung dan/atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam pelaksanaannya:

9.1. Formulir Rencana Tindakan Pencegahan (RTP)

9.2. Dokumen Hasil Audit Internal K3

9.3. Laporan Insiden dan *Near Miss*

9.4. Pedoman Sistem Manajemen K3 Universitas Negeri Surabaya

9.5. SOP-SOP K3 Terkait Lainnya

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan penyempurnaan terhadap SOP Tindakan Pencegahan dilakukan untuk menjamin bahwa prosedur yang berlaku senantiasa akurat, relevan, dan sesuai dengan dinamika organisasi, perkembangan peraturan, serta kebutuhan penerapan sistem manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Revisi dapat dilakukan secara berkala setiap dua tahun, atau secara insidental jika terjadi:

- Perubahan kebijakan atau struktur organisasi,
- Pembaruan peraturan perundang-undangan atau standar K3 nasional/internasional,
- Hasil audit atau evaluasi mutu yang menunjukkan SOP tidak lagi efektif, ● Munculnya jenis risiko baru atau metode penanganan yang lebih tepat.

Usulan revisi dapat diajukan oleh unit pelaksana, auditor, atau Unit Penjaminan Mutu (UPM) berdasarkan evaluasi lapangan. Proses revisi dimulai dari penyusunan draft perubahan oleh UPM, yang kemudian dikaji dan divalidasi oleh Gugus Penjaminan Mutu (GPM). Setelah

disetujui oleh Kepala Subdirektorat, dokumen SOP yang telah direvisi akan diberi nomor revisi, tanggal revisi, dan catatan perubahan, serta mulai diberlakukan menggantikan versi sebelumnya.

Seluruh versi lama SOP harus diarsipkan sesuai dengan ketentuan pengendalian dokumen K3 di lingkungan Universitas Negeri Surabaya dan tidak lagi digunakan setelah versi baru disahkan. Proses revisi ini menjadi bagian penting dalam penerapan prinsip *continuous improvement* (peningkatan berkelanjutan) dalam sistem manajemen K3 di lingkungan kampus.

V. SOP TINJAUAN MANAGEMEN

1. TUJUAN

Prosedur ini disusun sebagai pedoman pelaksanaan tindakan manajemen untuk mewujudkan komitmen pimpinan dalam menjamin efektivitas dan keberlanjutan penerapan sistem manajemen mutu di lingkungan SMCC. Tindakan manajemen bertujuan untuk mengkaji, mengarahkan, dan memperbaiki sistem secara menyeluruh berdasarkan hasil evaluasi internal maupun eksternal, guna memastikan bahwa kebijakan, tujuan mutu, dan proses strategis berjalan sesuai standar dan selalu ditingkatkan.

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur tata cara pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) yang digunakan untuk membahas dan mengevaluasi berbagai isu terkait penerapan sistem mutu serta topik mutakhir yang memengaruhi mutu di lingkungan Universitas Negeri Surabaya. Tata cara mencakup persiapan agenda, undangan, pelaksanaan rapat, pelaporan hasil, serta tindak lanjut keputusan manajemen.

Rapat melibatkan pihak-pihak kunci dalam struktur tata kelola mutu kampus, yaitu Rektor, Wakil Rektor, Direktur PPIS, Kasie K3 SMCC, serta perwakilan unit akademik (fakultas, pascasarjana) dan non-akademik (biro, lembaga, UPT) yang relevan dengan agenda rapat. Keterlibatan ini menjamin bahwa semua aspek mutu diberi ruang evaluasi yang tepat.

Prosedur ini berlaku secara universitas dan mencakup semua satuan kerja yang menjadi bagian dari sistem manajemen mutu UNESA. Pelaksanaan RTM dilakukan secara rutin minimal sekali setiap tahun, dengan kemungkinan pelaksanaan insidental bila terdapat perubahan regulasi, temuan mutakhir dari audit internal/eksternal, atau kondisi kritis yang harus segera dievaluasi.

3. REFERENSI

3.1. PermenPAN-RB No. 35 Tahun 2012 – Pedoman Umum Penyusunan SOP Administrasi Pemerintahan, menetapkan format

baku, struktur, pengendalian dokumen, dan evaluasi SOP di instansi pemerintahan dan PTN BH, termasuk Unesa ISO 9001:2015 tentang Sistem Manajemen Mutu.

3.2. Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya No. 3 Tahun 2020 (diubah menjadi No. 59 Tahun 2022) – Sistem Penjaminan Mutu Internal yang menjabarkan kebijakan dan prosedur penjaminan mutu internal, termasuk tata cara pelaksanaan Tinjauan Manajemen

3.3. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Permendikbudristek) No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. Mengintegrasikan standar nasional, sistem penjaminan mutu, dan akreditasi serta memperkuat dasar pelaksanaan Tinjauan Manajemen di perguruan tinggi

3.4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), Bab V Pasal 19:

Tinjauan Ulang.

4. PENANGGUNG JAWAB

Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengendalian prosedur ini adalah:

4.1. Subdirektorat Mitigasi Crisiss Center (SMCC)

4.2. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS)

4.3. Unit Penjaminan Mutu (UPM)

5. DEFINISI DAN ISTILAH

Dalam konteks pelaksanaan Sistem Manajemen Mutu dan Kesehatan Keselamatan Kerja (K3) di Universitas Negeri Surabaya, Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan proses evaluasi formal yang dilakukan oleh manajemen puncak secara berkala untuk menilai efektivitas dan kesesuaian sistem manajemen, serta memastikan arah strategis organisasi tetap relevan dan mendukung peningkatan berkelanjutan. Kegiatan ini mencakup pembahasan hasil audit internal,

tindak lanjut ketidaksesuaian, umpan balik pelanggan, capaian indikator kinerja, serta perubahan eksternal atau internal yang mempengaruhi sistem manajemen. Beberapa istilah penting dalam SOP ini antara lain:

5.1. RTM (Rapat Tinjauan Manajemen) adalah forum evaluasi yang dipimpin oleh Rektor untuk membahas dan menilai kinerja sistem mutu dan K3.

5.2. Rekomendasi RTM adalah hasil keputusan dari rapat berupa tindakan strategis yang harus ditindaklanjuti oleh unit terkait.

5.3. Berita Acara RTM adalah dokumen resmi yang berisi rangkuman jalannya rapat, hasil pembahasan, serta kesimpulan dan tindak lanjut.

5.4. Rincian Tindak Lanjut adalah daftar tindakan yang harus dilaksanakan oleh unit kerja berdasarkan hasil RTM, lengkap dengan penanggung jawab dan tenggat waktu.

6. KETENTUAN UMUM

Tinjauan manajemen merupakan kegiatan wajib yang dilaksanakan minimal satu kali dalam satu tahun oleh Subdirektorat Mitigasi Crisis Center sebagai bagian dari sistem manajemen mutu. Pelaksanaannya dapat dilakukan lebih sering apabila terdapat perubahan struktur organisasi, revisi kebijakan, hasil audit internal yang signifikan, atau kondisi mendesak yang membutuhkan penyesuaian strategi dan peningkatan efektivitas kerja unit.

Evaluasi dalam tinjauan manajemen harus didasarkan pada data yang sah dan objektif, seperti hasil audit internal, laporan capaian indikator kinerja, survei kepuasan stakeholder, laporan insiden atau ketidaksesuaian, serta perubahan regulasi yang relevan. Seluruh proses dan hasil tinjauan wajib didokumentasikan secara sistematis, mulai dari daftar hadir peserta, notulen rapat, hingga rencana tindakan manajemen yang memuat jenis tindakan, penanggung jawab, batas waktu pelaksanaan, serta indikator keberhasilan.

Pelaksanaan tindakan manajemen harus mengikuti prinsip berbasis data, berorientasi pada peningkatan berkelanjutan, melibatkan lintas fungsi, serta menjunjung keterbukaan dan akuntabilitas. Setiap rencana tindakan yang dihasilkan dari tinjauan harus dilaksanakan secara tertib oleh unit terkait, dimonitor secara berkala oleh Unit Penjaminan Mutu, dan hasil pelaksanaannya dievaluasi untuk memastikan efektivitasnya.

Selain itu, seluruh kegiatan tindakan manajemen perlu memperhatikan integrasi dengan aspek Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), terutama jika berkaitan dengan kegiatan operasional yang berisiko. Oleh karena itu, setiap tindakan perbaikan dan peningkatan harus mempertimbangkan pengendalian risiko kerja, kepatuhan terhadap prosedur keselamatan, serta upaya membangun budaya sadar mutu dan keselamatan di lingkungan kerja.

7. URAIAN PROSEDUR

Prosedur Tinjauan Manajemen di Universitas Negeri Surabaya meliputi langkah-langkah berikut:

7.1. Instruksi pelaksanaan RTM

Langkah : Direktorat PPIS secara formal memberikan instruksi kepada Kasie K3 SMCC untuk menyelenggarakan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebagai bentuk evaluasi dan pengambilan keputusan strategis terhadap sistem mutu & K3.

7.2. Penyusunan perencanaan RTM

Langkah : Kasie K3 SMCC menyusun bahan dan rencana pelaksanaan RTM, termasuk waktu, tempat, agenda, dan daftar undangan. Draf perencanaan dikonsultasikan kepada Direktorat PPIS dan diusulkan kepada Rektor.

7.3. Persetujuan pelaksanaan RTM

Langkah : Rektor mengevaluasi dan menyetujui rencana pelaksanaan RTM yang diajukan. Persetujuan mencakup agenda, daftar undangan, dan kesiapan teknis pelaksanaan.

7.4. Penerbitan undangan RTM

Langkah : Setelah disetujui, Rektor menerbitkan undangan resmi kepada seluruh pimpinan unit kerja, baik akademik (fakultas, pascasarjana, prodi) maupun non-akademik (biro, lembaga, UPT).

7.5. Pelaksanaan RTM

Langkah : Rapat dipimpin langsung oleh Rektor dan didampingi Wakil Rektor sesuai bidangnya. Notulen mencatat seluruh pembahasan agenda seperti hasil audit internal, tindak lanjut K3, indikator mutu, dan kinerja unit kerja.

7.6. Sesi diskusi dan tanggapan peserta

Langkah : Pimpinan rapat memberikan kesempatan kepada peserta untuk memberikan pendapat, tanggapan, atau usulan yang relevan terhadap agenda yang dibahas.

7.7. Penyampaian pendapat dan saran

Langkah : Peserta menyampaikan masukan, saran, dan evaluasi terhadap hasil audit, risiko K3, dan capaian kinerja, serta menyampaikan kendala atau kebutuhan unitnya.

7.8. Penyusunan kesimpulan dan rekomendasi RTM

Langkah : Rektor menyimpulkan seluruh pembahasan dan menyusun rekomendasi sebagai dasar perbaikan dan tindak lanjut yang akan dilakukan oleh unit terkait.

7.9. Dokumentasi hasil RTM

Langkah : Kasie K3 SMCC menyusun Berita Acara RTM dan dokumen Rincian tindak Lanjut RTM yang berisi pihak penanggung jawab, kegiatan tindak lanjut, dan batas waktu pelaksanaan.

7.10. Distribusi & Monitoring Tindak Lanjut

Langkah : Berita Acara RTM dan Rincian Tindak Lanjut didistribusikan ke seluruh unit terkait untuk ditindaklanjuti. Kasie K3 SMCC memonitor pelaksanaannya secara berkala dan mendokumentasikan progresnya.

8. DIAGRAM ALIR PRODSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	Kasie k3 SMCC	Peserta RTM
1.	Direktorat PPIS menginstruksikan kepada Kasie K3 SMCC untuk membuat undangan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).					
2.	Kasie K3 SMCC menyiapkan bahan dan membuat perencanaan kegiatan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) yang diusulkan kepada rektor.					
3.	Rektor menyetujui rencana RTM untuk selanjutnya mengundang peserta RTM.					
4.	Rektor mengundang seluruh kepala unit kerja non akademik (biro/lembaga/pusat/UPT) dan akademik (pascasarjana/fakultas/prodi) terkait untuk hadir dalam RTM.					
5.	Rektor memimpin RTM didampingi seluruh Wakil Rektor sesuai bidang serta notulen untuk membahas seluruh agenda RTM.					
6.	Pimpinan RTM memberi kesempatan kepada peserta untuk menyampaikan pendapat/tanggapan sesuai dengan bidangnya.					
7.	Peserta RTM menyampaikan pendapat dan tanggapan serta usulan/saran sesuai dengan agenda RTM.					

8.	Rektor membuat kesimpulan dan rekomendasi hasil RTM yang akan ditindaklanjuti masing -masing pihak terkait.					
9.	Kasie K3 SMCC menerima dan mengarsip hasil RTM dalam Berita Acara RTM & Rincian Tindak Lanjut RTM.					
10.	Kasie K3 SMCC membagikan berita acara RTM serta Rincian Tindak Lanjut RTM kepada pihak-pihak terkait untuk ditindaklanjuti dan memonitor tindak lanjut masing-masing pihak.					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen yang berhubungan langsung dan/atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam pelaksanaannya:

9.1. Jadwal Tinjauan Manajemen

9.2. Notulen Rapat Tinjauan Manajemen

9.3. Formulir Monitoring dan Evaluasi Tindakan Manajemen

9.4. Laporan Evaluasi Efektivitas Sistem Manajemen Mutu

9.5. SOP-SOP Terkait Lainnya

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan penyempurnaan SOP dilakukan sebagai bentuk komitmen untuk menjaga agar prosedur yang digunakan tetap relevan, akurat, dan sesuai dengan perkembangan peraturan, kebutuhan organisasi, serta hasil evaluasi pelaksanaan sistem mutu di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC), Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis, Universitas Negeri Surabaya.

Revisi dapat dilakukan secara berkala, minimal setiap dua tahun, atau secara insidental apabila ditemukan ketidaksesuaian dalam implementasi SOP, terdapat temuan dari hasil audit internal, perubahan kebijakan kelembagaan, maupun ketika ada regulasi baru yang mempengaruhi pelaksanaan SOP ini. Proses usulan revisi dapat diajukan oleh Unit Penjaminan Mutu, pelaksana kegiatan, maupun auditor internal, dengan menyampaikan justifikasi dan catatan perubahan.

Setiap perubahan harus didokumentasikan melalui lembar riwayat revisi yang mencantumkan nomor revisi, tanggal pemberlakuan, dan ringkasan isi perubahan. SOP versi sebelumnya dinyatakan tidak berlaku dan harus diarsipkan sesuai dengan prosedur pengendalian dokumen yang berlaku di Universitas Negeri Surabaya.

VI. SOP IDENTIFIKASI BAHAYA, PENILAIAN DAN PENGENDALIAN RISIKO

1. TUJUAN

SOP ini disusun untuk memberikan pedoman teknis dan administratif dalam proses identifikasi bahaya, penilaian risiko, dan pengendalian risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang komprehensif dan terdokumentasi. Tujuannya adalah untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat bagi seluruh civitas akademika dan tenaga kerja di lingkungan SMCC – Direktorat PPIS, sekaligus memberikan bukti kepatuhan terhadap standar internasional ISO 45001:2018.

Melalui prosedur ini, organisasi dapat secara proaktif mengenali potensi bahaya dalam setiap aktivitas kerja, menilai besarnya risiko yang mungkin timbul, dan menetapkan langkah pengendalian yang tepat untuk mencegah kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, kerusakan fasilitas, dan dampak negatif terhadap lingkungan. SOP ini juga memastikan bahwa proses identifikasi dan penilaian risiko dilakukan secara konsisten, berkelanjutan, dan terintegrasi dengan proses manajemen mutu dan keselamatan yang berlaku di Universitas Negeri Surabaya.

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur secara komprehensif bagaimana Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC) di bawah Direktorat PPIS Universitas Negeri Surabaya melaksanakan identifikasi bahaya, penilaian risiko, dan pengendalian risiko K3. SOP mencakup seluruh

kegiatan administratif**,** operasional lapangan**,** dan kolaborasi dengan pihak eksternal yang mungkin menimbulkan risiko terhadap keselamatan dan kesehatan kerja.

Prosedur ini melibatkan beberapa pihak utama: Kasie K3 SMCC sebagai pimpinan teknis, Direktorat PPIS sebagai koordinator dokumentasi dan pemantauan, serta mitra eksternal atau kontraktor saat terlibat dalam kegiatan operasional. Pihak-pihak tersebut berkolaborasi dalam pengumpulan data, analisis risiko, penetapan pengendalian, dan evaluasi implementasi.

SOP ini berlaku di seluruh fasilitas kampus**,** mulai dari ruang kerja kantor, ruang perkuliahan, laboratorium, bengkel, area lapangan, hingga lokasi kerja mitra eksternal yang berada di bawah tanggung jawab SMCC. Pelaksanaan dilakukan sebelum, selama, dan setelah setiap aktivitas kerja, serta wajib diulang secara berkala (misalnya tahunan) atau saat ada perubahan proses, peralatan, lokasi, atau personel.

3. REFERENSI

3.1. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3)

3.2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, yang menjadi dasar hukum pelaksanaan K3 di tempat kerja, termasuk kewajiban identifikasi dan pengendalian bahaya.

3.3. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang

Penerapan Sistem Manajemen K3, yang mengatur kewajiban perusahaan dan instansi pemerintah dalam penerapan SMK3 secara sistematis dan terdokumentasi.

3.4. Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya No. 2 Tahun 2020 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal yang mengatur tata kelola mutu dan K3 di lingkungan kampus, termasuk pengendalian dokumen, audit internal, dan transisi hasil penilaian risiko ke tindakan perbaikan dan pencegahan.

4. PENANGGUNG JAWAB

Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengendalian prosedur ini adalah:

4.1. Kepala Sie K3

4.2. Subdirektorat Mitigasi Crisiss Center (SMCC)

4.3. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS)

5. DEFINISI DAN ISTILAH

5.1. Bahaya (Hazard)

Sumber atau situasi yang berpotensi menyebabkan cedera dan gangguan kesehatan dalam hubungan kerja, bisa berupa kondisi fisik, bahan, kondisi lingkungan, atau faktor sosial.

5.2. Identifikasi Bahaya (Hazard Identification)

Proses berkelanjutan dan proaktif untuk mengenali sumber atau situasi yang dapat menyebabkan cedera, penyakit, kerusakan properti, gangguan lingkungan, atau kombinasi dari semua hal tersebut dalam lingkungan kerja.

5.3. Risiko (Risk)

Kombinasi antara kemungkinan terjadinya bahaya dan tingkat keparahan dampaknya terhadap individu, lingkungan, properti, atau reputasi organisasi.

5.4. Penilaian Risiko (Risk Assessment)

Proses untuk menilai prioritas risiko berdasarkan evaluasi probabilitas terjadi dan potensi dampak bahaya, menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif seperti matriks risiko.

5.5. Pengendalian Risiko (Risk Control / Hazard Control)

Tindakan untuk menghilangkan atau mengurangi risiko hingga tingkat yang dapat diterima. Pengendalian dilakukan sesuai dengan hirarki: eliminasi, substitusi, rekayasa teknik, prosedur kerja, dan penggunaan alat pelindung diri (APD).

5.6. K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)

Upaya sistematis untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat secara fisik, mental, dan sosial, agar melindungi semua pihak yang terlibat dalam aktivitas SMCC. Termasuk identifikasi bahaya, penilaian risiko, pengendalian, serta evaluasi efektivitas tindakan.

5.7. Matriks Risiko (Risk Matrix)

Alat bantu berbentuk tabel yang menggabungkan probabilitas dan dampak untuk menilai dan memprioritaskan risiko, memudahkan penentuan langkah pengendalian.

6. KETENTUAN UMUM

Setiap aktivitas di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC) wajib melalui proses identifikasi bahaya dan penilaian risiko K3 sebelum dilaksanakan, baik untuk kegiatan rutin, proyek baru, maupun kegiatan kolaboratif. Proses ini bertujuan untuk memastikan seluruh potensi bahaya dikenali dan dikendalikan sesuai dengan hirarki pengendalian risiko, dengan mengutamakan tindakan pencegahan dibanding penanggulangan.

Pelaksanaan identifikasi dan pengendalian risiko menjadi tanggung jawab Kasie K3 SMCC. Hasil penilaian risiko harus terdokumentasi secara lengkap dalam formulir resmi dan disimpan sebagai bagian dari sistem manajemen mutu dan bahan audit internal. Setiap perubahan signifikan terhadap aktivitas, alat, lokasi, atau personel harus disertai pemutakhiran penilaian risiko. Seluruh temuan dan pengendalian risiko wajib disosialisasikan kepada pihak yang terlibat, guna membangun budaya kerja yang aman dan sadar risiko.

7. URAIAN PROSEDUR

Prosedur Identifikasi Bahaya, Penilaian dan Pengendalian Risiko K3 di Universitas Negeri Surabaya meliputi langkah-langkah berikut:

7.1. Persiapan pelaksanaan identifikasi risiko

Langkah : Kasie K3 SMCC menyusun rencana kerja identifikasi bahaya dan risiko, termasuk menetapkan area

kerja yang akan ditinjau, menyusun tim pelaksana (SMCC), serta menyediakan instrumen/formulir yang dibutuhkan. Direktorat PPIS memberikan persetujuan teknis terhadap jadwal dan cakupan.

7.2. Melakukan identifikasi bahaya dan risiko pada masing-masing unit

Langkah : Tim pelaksana melakukan inspeksi ke area kerja, wawancara pekerja/mahasiswa/teknisi, serta mengamati aktivitas yang berpotensi menimbulkan bahaya. Semua potensi bahaya dicatat ke dalam Formulir Identifikasi Bahaya dan Risiko berdasarkan sumber bahaya.

7.3. Menentukan penilaian risiko

Langkah : Setelah bahaya teridentifikasi, dilakukan penilaian risiko dengan cara menilai tingkat kemungkinan (*likelihood*) dan dampak (*severity*) jika risiko terjadi. Matriks risiko digunakan untuk memberi skor risiko (tinggi, sedang, rendah). Risiko dengan skor tinggi akan diprioritaskan untuk dikendalikan.

7.4. Menentukan pengendalian risiko untuk menekan terjadinya risiko tersebut

Langkah : Berdasarkan tingkat risiko, tim menyusun rencana pengendalian menggunakan pendekatan hirarki pengendalian risiko: eliminasi, substitusi, rekayasa teknis, administratif, atau APD. Setiap rencana ditulis lengkap

dengan siapa penanggung jawabnya, waktu pelaksanaan, dan metode yang digunakan.

7.5. Melakukan penilaian risiko ulang setelah dilakukan pengendalian risiko

Langkah : Setelah tindakan pengendalian diterapkan, tim kembali mengevaluasi nilai risiko untuk melihat efektivitas pengendalian. Jika risiko menurun ke tingkat aman, tindakan dianggap efektif. Jika belum, dilakukan tindakan tambahan.

7.6. Membuat program kerja untuk pengendalian risiko

Langkah : Menyusun program kerja tahunan/tahap untuk mengimplementasikan hasil pengendalian risiko. Program kerja ini dapat mencakup pelatihan, perbaikan teknis, pembaruan prosedur, atau pembelian alat keselamatan.

7.7. Melakukan tinjauan ulang untuk identifikasi bahaya dan risiko setiap tahunnya atau setiap ada perubahan proses kerja

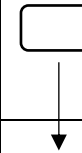
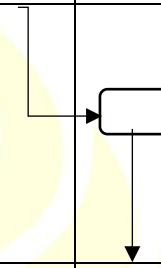
Langkah : Setiap tahun atau jika ada perubahan signifikan (peralatan baru, proyek baru, lokasi baru), proses identifikasi dan penilaian risiko harus diulang. Hal ini dilakukan untuk memastikan daftar risiko tetap akurat dan mutakhir.

7.8. Dokumen identifikasi dan pengendalian risiko diberi pengesahan, dikomunikasikan dan disimpan dengan benar

Langkah : Dokumen akhir yang mencakup daftar risiko, hasil pengendalian, dan rencana kerja disahkan oleh Direktur PPIS atau WR 2. Dokumen ini kemudian disosialisasikan kepada unit terkait dan disimpan secara fisik maupun digital sesuai prosedur pengendalian dokumen K3.

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Kasie K3
1.	Persiapan pelaksanaan identifikasi risiko					
2.	Melakukan identifikasi bahaya dan risiko pada masing-masing unit					
3.	Menentukan penilaian risiko					
4.	Menentukan pengendalian risiko untuk menekan terjadinya risiko tersebut					
5.	Melakukan penilaian risiko ulang setelah dilakukan pengendalian risiko					

6.	Butuh Program untuk pengendalian risiko					
7.	Pembuatan program kerja untuk pengendalian risiko					
8.	Melakukan tinjauan ulang untuk identifikasi bahaya dan risiko setiap tahunnya atau setiap ada perubahan proses kerja					
9.	Dokumen identifikasi dan pengendalian risiko diberi pengesahan, dikomunikasikan dan disimpan dengan benar					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen yang berhubungan langsung dan/atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam pelaksanaannya:

9.1. Formulir Identifikasi Bahaya
9.2. Formulir Penilaian Risiko K3
9.3. Formulir Rencana Pengendalian Risiko
9.4. SOP Tindakan Perbaikan
9.5. SOP Tindakan Pencegahan
9.6. Dokumen Evaluasi Efektivitas Pengendalian Risiko

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

SOP Identifikasi Bahaya, Penilaian dan Pengendalian Risiko K3 ini harus ditinjau secara berkala maupun insidental untuk memastikan kesesuaiannya dengan peraturan terbaru, kondisi operasional organisasi, dan hasil evaluasi pelaksanaan sistem manajemen K3. Revisi dilakukan untuk menjaga agar prosedur ini tetap relevan, akurat, dan mendukung penerapan prinsip ISO 45001 secara berkelanjutan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

Penyusunan dan revisi SOP ini dilakukan oleh Kepala Seksi K3 Subdirektorat Mitigasi Crisis Center (SMCC) berdasarkan hasil audit internal, temuan lapangan, perubahan aktivitas kerja, atau pembaruan regulasi. Draft revisi yang telah disusun akan dikaji oleh tim Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis (PPIS). Pengesahan akhir atas perubahan SOP dilakukan oleh Direktur PPIS sebagai pihak yang memiliki kewenangan formal dalam struktur organisasi.

Setiap revisi harus dicatat dalam lembar riwayat revisi, mencantumkan nomor revisi, tanggal berlaku, dan ringkasan isi perubahan. SOP versi sebelumnya dinyatakan tidak berlaku dan harus diarsipkan sesuai dengan prosedur pengendalian dokumen yang berlaku di Universitas Negeri Surabaya.

VII. SOP *SAFETY* INDUCTION

1. TUJUAN

Standar Operasional Prosedur (SOP) ini bertujuan untuk memastikan setiap individu yang baru memasuki atau beraktivitas di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Krisis, Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis, Universitas Negeri Surabaya, mendapatkan informasi esensial mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) serta prosedur darurat yang berlaku. Dengan adanya SOP ini, diharapkan kesadaran akan risiko dan cara menghindarinya dapat ditingkatkan, pemahaman terhadap peraturan K3 dan prosedur darurat dapat terjamin, serta potensi kecelakaan atau insiden dapat diminimalisir sedini mungkin. Pada akhirnya, SOP ini akan menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman dan nyaman bagi seluruh sivitas akademika, staf, tamu, dan kontraktor, sekaligus mendukung budaya K3 yang proaktif di lingkungan universitas.

2. RUANG LINGKUP

SOP ini mengatur seluruh proses pelaksanaan *safety induction* bagi setiap individu yang akan beraktivitas di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Krisis, Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis, Universitas Negeri Surabaya. Prosedur ini meliputi tahapan persiapan, pelaksanaan, hingga dokumentasi *safety induction*, memastikan informasi kunci K3 tersampaikan secara efektif. Pihak

yang terlibat mencakup Kepala Subdirektorat Mitigasi Krisis, staf K3 atau perwakilan yang ditunjuk sebagai pelaksana induksi, serta seluruh individu yang menjadi sasaran induksi seperti karyawan baru, dosen baru, mahasiswa yang akan melakukan penelitian atau magang di area Subdirektorat, tamu penting, dan kontraktor yang akan bekerja di lingkungan tersebut. SOP ini berlaku di seluruh area fisik Subdirektorat Mitigasi Krisis, termasuk kantor, laboratorium, dan area lain yang digunakan. Pelaksanaan *safety induction* dilakukan sebelum individu tersebut memulai aktivitasnya di lingkungan Subdirektorat, atau pada kesempatan pertama yang memungkinkan bagi tamu/pengunjung singkat.

3. REFERENSI

Penyusunan SOP ini merujuk pada dokumen, peraturan, dan standar berikut:

3.1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

3.2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3).

3.3 Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja.

3.4 Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

3.5 SMK3 (Sistem Manajemen K3)

4. PENANGGUNG JAWAB

Unit atau pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan prosedur SOP ini adalah:

4.1. Kepala Subdirektorat Mitigasi Crisis Center

4.2. Kasie K3 SMCC

4.3. Tim K3

4.4. Seluruh individu yang menjadi sasaran *safety induction*

5. DEFINISI DAN ISTILAH

5.1 Safety Induction: Proses pemberian informasi dasar mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) serta prosedur keadaan darurat kepada individu yang baru memasuki atau akan beraktivitas di suatu area kerja, untuk memastikan mereka memahami potensi bahaya dan cara kerja aman.

5.2 K3: Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Segala upaya untuk melindungi pekerja dan orang lain di tempat kerja dari risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

5.3 Keadaan Darurat: Situasi atau kejadian tak terduga yang dapat menyebabkan kerugian serius (cedera, kerusakan properti, dll.) dan memerlukan respons segera.

5.4 Area Kerja: Seluruh lokasi fisik (kantor, laboratorium, ruang kelas, koridor) di bawah wewenang Subdirektorat Mitigasi Krisis tempat aktivitas kerja atau akademik berlangsung.

5.5 Sivitas Akademika: Anggota komunitas akademik yang terdiri dari dosen, peneliti, dan mahasiswa.

5.6 Pengunjung: Individu yang datang untuk tujuan singkat seperti rapat, wawancara, atau kunjungan lainnya, dan tidak melakukan pekerjaan operasional inti.

6. KETENTUAN UMUM

Beberapa prinsip umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1. Setiap individu yang akan beraktivitas di lingkungan Subdirektorat Mitigasi Krisis (karyawan, dosen, mahasiswa magang/penelitian, kontraktor, tamu penting) **wajib mengikuti *safety induction*** sebelum memulai kegiatannya.

6.2. Materi *safety induction* harus relevan dengan potensi bahaya dan risiko yang ada di area kerja Subdirektorat Mitigasi Krisis.

6.3. Informasi harus disampaikan secara jelas, ringkas, dan mudah dipahami oleh peserta induksi.

6.4. Jika diperlukan, *safety induction* dapat disampaikan dalam bahasa yang dipahami oleh peserta (misalnya, Bahasa Inggris untuk tamu internasional).

6.5. Setiap pelaksanaan *safety induction* harus didokumentasikan sebagai bukti bahwa informasi telah disampaikan dan diterima.

6.6. Tanggung jawab K3 setelah *safety induction* adalah milik bersama antara Subdirektorat Mitigasi Krisis dan individu yang

diinduksi.

6.7. Materi *safety induction* harus ditinjau dan diperbarui secara berkala, atau jika ada perubahan signifikan pada fasilitas, prosedur, atau peraturan K3.

6.8. Proses induksi sebaiknya tidak hanya satu arah, tetapi juga memungkinkan pertanyaan dan diskusi dari peserta.

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Persiapan Safety Induction

1. Identifikasi Kebutuhan Safety Induction: Bagian administrasi atau pihak terkait mengidentifikasi adanya individu baru (karyawan, mahasiswa magang/penelitian, kontraktor, tamu penting) yang memerlukan *safety induction*.
    - Pelaksana: Bagian Administrasi/SDM atau pihak terkait.
    - Output: Daftar individu yang perlu diinduksi.
2. Penjadwalan Safety Induction: Staf K3 atau perwakilan yang ditunjuk berkoordinasi dengan individu yang akan diinduksi untuk menentukan waktu pelaksanaan *safety induction*.
    - Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
    - Output: Jadwal *safety induction* yang disepakati.
3. Persiapan Materi dan Perlengkapan: Staf K3 atau perwakilan menyiapkan Materi *Safety Induction* (DOKUMEN 1) yang relevan, Formulir Konfirmasi *Safety Induction* (DOKUMEN 2), dan perlengkapan pendukung (proyektor, ruang induksi, APD

jika diperlukan untuk tour area).

- Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
- Output: Materi dan perlengkapan siap.

7.2 Pelaksanaan Safety Induction

1. Pembukaan dan Pengenalan: Pelaksana *safety induction* membuka sesi, memperkenalkan diri, dan menjelaskan tujuan serta durasi *safety induction*.
    - Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
    - Output: Sesi *safety induction* dimulai.
2. Penyampaian Materi Dasar K3: Pelaksana menyampaikan materi dasar K3, meliputi:
    - Kebijakan K3 Subdit MK dan Unesa.
    - Potensi bahaya dan risiko umum di area kerja (misal: listrik, jatuh, bahan kimia, ergonomi).
    - Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang relevan (jika ada).
    - Informasi mengenai rambu-rambu K3 dan prosedur kerja aman.
    - Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
    - Output: Pemahaman awal peserta tentang K3.
3. Penyampaian Prosedur Keadaan Darurat: Pelaksana menjelaskan prosedur tanggap darurat, meliputi:
    - Jenis-jenis keadaan darurat yang mungkin terjadi (kebakaran, gempa, tumpahan).

- Lokasi jalur evakuasi, pintu darurat, dan titik kumpul.
- Prosedur pelaporan insiden/darurat.
- Lokasi APAR dan kotak P3K.
- Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
- Output: Pemahaman peserta tentang prosedur darurat.

4. Sesi Tanya Jawab: Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya dan mengklarifikasi informasi yang disampaikan.
    - Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk, Peserta Induksi.
    - Output: Klarifikasi dan pemahaman yang lebih baik.
5. Pengisian Formulir Konfirmasi: Peserta mengisi dan menandatangani Formulir Konfirmasi *Safety Induction* (DOKUMEN 2) sebagai bukti telah menerima dan memahami materi.
    - Pelaksana: Peserta Induksi.
    - Output: Formulir Konfirmasi yang sudah terisi.
6. Penutupan dan Harapan: Pelaksana menutup sesi dengan ucapan terima kasih dan harapan agar peserta dapat beraktivitas dengan aman.

7.3 Dokumentasi dan Arsip

1. Pengarsipan Dokumen Induksi: Pelaksana menyimpan Formulir Konfirmasi *Safety Induction* (DOKUMEN 2) yang telah ditandatangani dan Daftar Hadir *Safety Induction* (DOKUMEN 3) (jika berkelompok) dalam arsip yang telah ditentukan.

- Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
- Output: Dokumen induksi terarsip.

2. Pemantauan dan Evaluasi (opsional): Secara berkala, dapat dilakukan pemantauan atau survei singkat untuk mengevaluasi efektivitas *safety induction* dan mengidentifikasi area perbaikan.
    - Pelaksana: Staf K3 / Perwakilan Ditunjuk.
    - Output: Data evaluasi untuk perbaikan

8. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen lain yang berhubungan langsung atau digunakan bersama dengan SOP ini dalam proses pelaksanaannya:

1. DOKUMEN 1: Materi *Safety Induction* (Slide Presentasi/Pamflet)
2. DOKUMEN 2: Formulir Konfirmasi *Safety Induction*
3. DOKUMEN 3: Daftar Hadir *Safety Induction* (untuk induksi berkelompok)
4. Peta Evakuasi dan Titik Kumpul Subdirektorat Mitigasi Krisis
5. Daftar Nomor Telepon Penting/Darurat
6. Dokumen Kebijakan K3 Universitas Negeri Surabaya

9. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

SOP ini akan ditinjau dan disempurnakan secara berkala atau insidental untuk memastikan relevansi, keakuratan, dan kesesuaiannya dengan perkembangan peraturan, kebutuhan organisasi, serta hasil evaluasi pelaksanaan.

VIII. SOP PENANGANAN KEADAAN DARURAT DI LABORATORIUM

1. TUJUAN

Standar Operasional Prosedur (SOP) ini hadir sebagai pedoman esensial bagi seluruh pihak yang beraktivitas di lingkungan laboratorium Universitas Negeri Surabaya. Tujuannya sangat jelas: memastikan keselamatan jiwa dosen, mahasiswa, peneliti, dan staf pendukung, sekaligus melindungi aset berharga serta fasilitas laboratorium dari potensi kerusakan yang diakibatkan oleh keadaan darurat. Dengan adanya SOP ini, kami berharap dapat meminimalkan risiko cedera atau kerugian jiwa, mencegah atau setidaknya mengurangi kerusakan material dan lingkungan akibat insiden, serta mempercepat respons terhadap setiap kondisi darurat.

2. RUANG LINGKUP

SOP ini secara komprehensif mengatur seluruh aktivitas penanganan keadaan darurat yang mungkin terjadi di seluruh area laboratorium Universitas Negeri Surabaya. Prosedur yang diatur mencakup berbagai insiden, mulai dari kebakaran, tumpahan bahan kimia berbahaya, kebocoran gas, insiden listrik, cedera pribadi, hingga gempa bumi dan bencana alam lainnya yang berpotensi membahayakan.

Implementasi SOP ini melibatkan seluruh civitas akademika dan staf pendukung yang berinteraksi dengan laboratorium, termasuk dosen,

mahasiswa, peneliti, teknisi laboratorium, petugas keamanan, tim mitigasi krisis dari Subdirektorat Mitigasi Crisis Center, serta pihak-pihak lain yang relevan dalam penanganan keadaan darurat. SOP ini berlaku di semua laboratorium di bawah pengelolaan Universitas Negeri Surabaya. Penerapannya harus dilakukan segera dan tanpa penundaan begitu teridentifikasi adanya potensi atau terjadinya keadaan darurat, serta menjadi bagian integral dari setiap pelatihan dan simulasi keadaan darurat yang diselenggarakan.

3. REFERENSI

3.1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja.

Mengatur perlindungan keselamatan kerja bagi tenaga kerja dan lingkungan kerja yang aman dan sehat.

3.2 Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja.

Mengatur keselamatan dan kesehatan kerja dengan standar lingkungan kerja yang aman, termasuk pengawasan faktor fisika dan kimia serta kewajiban pengusaha menyediakan fasilitas K3.

3.3 Panduan Penanganan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan.

Pedoman teknis pengelolaan B3 meliputi penyimpanan,

penggunaan, pengangkutan, pembuangan, serta prosedur penanganan tumpahan dan kecelakaan untuk mencegah pencemaran dan risiko kesehatan.

4. PENANGGUNG JAWAB

4.1 Kepala/Koordinator Laboratorium

4.2 Kasie K3 dan Kebencanaan

4.3 Subdirektorat Mitigasi Crisis Center

4.4 Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis

5. DEFINISI DAN ISTILAH

5.1 Keadaan Darurat: Situasi tak terduga dan tidak normal yang mengancam keselamatan jiwa, kesehatan, harta benda, atau lingkungan, dan memerlukan tindakan segera.

5.2 Laboratorium: Ruangan atau fasilitas yang dilengkapi dengan peralatan untuk melakukan penelitian ilmiah, eksperimen, pengujian, atau pengajaran praktikum.

5.3 Bahan Berbahaya dan Beracun (B3): Zat, energi, dan/atau komponen lain yang karena sifat, konsentrasi dan/atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan/atau merusak lingkungan hidup, dan/atau membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, serta kelangsungan hidup manusia maupun makhluk hidup lain.

5.4 Insiden: Suatu kejadian yang tidak diinginkan yang memiliki

potensi untuk menyebabkan kerugian atau kecelakaan.

5.5 Evakuasi: Proses perpindahan orang dari area berbahaya ke area yang aman.

5.6 Titik Kumpul (Assembly Point): Lokasi aman yang telah ditentukan sebagai tempat berkumpul setelah evakuasi.

5.7 Alat Pelindung Diri (APD): Peralatan yang dirancang untuk melindungi pengguna dari risiko cedera atau penyakit. Contoh: sarung tangan, kacamata pengaman, jas laboratorium.

5.8 MSDS (Material Safety Data Sheet) / LDKB (Lembar Data Keselamatan Bahan): Dokumen yang berisi informasi rinci tentang sifat-sifat bahan kimia, potensi bahaya, tindakan pencegahan, dan prosedur darurat.

5.9 Spill Kit: Perangkat atau kotak yang berisi material dan peralatan khusus untuk menanggulangi tumpahan bahan kimia.

5.10 Alarm Kebakaran: Sistem peringatan dini kebakaran.

5.11 APAR (Alat Pemadam Api Ringan): Alat pemadam api portabel untuk memadamkan api kecil.

6. KETENTUAN UMUM

Ketentuan umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1 Dalam setiap keadaan darurat, keselamatan jiwa adalah prioritas utama..

6.2 Setiap individu harus bertindak cepat dan tepat sesuai

prosedur saat terjadi keadaan darurat.

6.3 Pencegahan adalah kunci. Seluruh pengguna laboratorium wajib mematuhi standar K3 dan menggunakan APD yang sesuai.

6.4 Informasi mengenai keadaan darurat harus dikomunikasikan dengan cepat dan akurat kepada pihak yang berwenang.

6.5 Seluruh pihak yang terlibat harus mendapatkan pelatihan dan berpartisipasi dalam simulasi keadaan darurat secara berkala untuk memastikan kesiapan.

6.6 Setiap laboratorium harus dilengkapi dengan fasilitas K3 yang memadai dan berfungsi baik (APAR, P3K, eyewash, shower darurat, dll.).

6.7 Setiap pengguna laboratorium harus memahami LDKB dari bahan kimia yang digunakan.

6.8 Tetap tenang dan ikuti prosedur yang telah ditetapkan.

7. URAIAN PROSEDUR

Sistematika SOP penggunaan ruang laboratorium :

7.1 Jika melihat percikan api jangan panik, beritahukan pada petugas laboratorium dan semua praktikan yang ada di laboratorium.

penyimpanan, dan penataan alat pada meja atau area kerja praktikum sesuai kebutuhan.

7.2 Ambil Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang ada. Buka kunci

pengait selang, arahkan selang pada sumber api, tekan kait kebawah hingga busa keluar, padamkan api.

7.3 Jauhkan / pindahkan bahan-bahan kimia yang mudah terbakar dan mudah meledak dari sumber api (bawa ke lantai dasar).

7.4 Jika keadaan menjadi tidak terkendali (api bertambah besar), petugas laboratorium menghubungi petugas keamanan.

7.5 Petugas keamanan mematikan arus listrik pada panel utama gedung.

7.6 Petugas keamanan membunyikan alarm tanda bahaya agar seluruh penghuni gedung waspada.

7.7 Petugas keamanan menghubungi petugas pemadam kebakaran.

7.8 Petugas laboratorium mengosongkan area laboratorium, alat – alat laboratorium dipindahkan bila memungkinkan, praktikan keluar laboratorium mengikuti petunjuk jalur evakuasi yang ada, jangan panik.

7.9 Petugas keamanan menghidupkan hidran yang ada untuk mematikan api.

7.10 Petugas pemadam kebakaran datang, api dapat dipadamkan.

8. DIAGRAM ALIR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Auditor internal
1.	Mulai					
2.	Auditor Internal menyiapkan dokumen ketidaksesuaian atau observasi dan mengirimkan ke Direktorat PPIS					
3.	Direktorat PPIS melakukan analisis mengenai penyebab utama tidak sesuaian					
4.	Direktorat PPIS membuat rencana tindakan perbaikan atau tindak lanjut terhadap observasi, mengimplementasikan rencana tindakan perbaikan dan/atau tindak lanjut observasi tersebut.					
5.	Auditor Internal memverifikasi implementasi tindakan perbaikan					
6.	SMCC merangkum semua laporan Audit Internal untuk					

	ditindak lanjut pada Rapat Tinjauan Manajemen dan menyimpan semua rekaman audit internal					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen lain yang berhubungan langsung atau digunakan bersama dengan SOP ini:

9.1 Daftar Kontak Darurat Universitas Negeri Surabaya.

9.2 Prosedur Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) Universitas Negeri Surabaya.

9.3 Panduan Pertolongan Pertama Gawat Darurat di Laboratorium.

9.4 Lembar Data Keselamatan Bahan (LDKB) / Material Safety Data Sheet (MSDS).

9.5 Denah Evakuasi dan Jalur Keselamatan Laboratorium.

9.6 Formulir Laporan Insiden/Kecelakaan Laboratorium.

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

SOP Penanganan Keadaan Darurat di Laboratorium ini adalah dokumen dinamis yang akan selalu ditinjau dan diperbarui secara berkala, minimal dua tahun sekali, atau insidental jika ada perubahan regulasi, hasil insiden, masukan pengguna, atau pembaruan teknologi. Proses ini, yang dikoordinasikan oleh Seksi Kebencanaan dan K3, Subdirektorat Mitigasi Crisis Center, dan Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis dengan pihak terkait, memastikan SOP tetap relevan, akurat, dan efektif, sebelum disahkan dan disosialisasikan secara luas, menjadikannya

panduan mutakhir untuk keselamatan di laboratorium Universitas Negeri Surabaya.

IX. SOP INPEKSI K3

1. TUJUAN

Standar Operasional Prosedur (SOP) ini bertujuan untuk menjelaskan secara rinci proses inspeksi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di lingkungan Universitas Negeri Surabaya. Dengan adanya SOP ini, diharapkan kesadaran dan kepatuhan terhadap standar K3 dapat meningkat, sehingga potensi bahaya dan risiko K3 dapat diidentifikasi secara proaktif untuk mencegah kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, atau insiden lainnya. Selain itu, SOP ini memastikan ketersediaan dan fungsionalitas peralatan K3 yang memadai, menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif, serta menjadi panduan baku bagi pelaksana inspeksi K3 agar proses berjalan konsisten, efektif, dan efisien. Pada akhirnya, SOP ini juga akan menyediakan data dan informasi yang akurat sebagai dasar perbaikan berkelanjutan dalam manajemen K3, sekaligus mendukung pencapaian tujuan strategis universitas dalam menciptakan kampus yang aman dan berbudaya K3.

2. RUANG LINGKUP

SOP ini mengatur seluruh kegian inspeksi K3 yang dilakukan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya. Prosedur ini meliputi tahapan perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, hingga tindak lanjut hasil inspeksi K3, mencakup inspeksi rutin, khusus, dan mendadak. Aspek yang diinspeksi mencakup kondisi fisik tempat kerja, peralatan, bahan, praktik kerja, sistem manajemen K3, dan kepatuhan terhadap peraturan K3 yang

berlaku. Pihak yang terlibat adalah Kepala Subdirektorat Mitigasi Krisis, Kasie K3 SMCC, Tim Inspektur K3 yang ditunjuk, serta seluruh karyawan, dosen, dan mahasiswa yang beraktivitas di bawah koordinasi Subdirektorat Mitigasi Krisis. SOP ini berlaku di seluruh area kerja fisik dan kegiatan yang berada di Universitas Negeri Surabaya, termasuk kantor, dekanat, laboratorium, dan ruang kelas. Pelaksanaan inspeksi K3 dilakukan secara berkala sesuai jadwal yang ditetapkan, atau sewaktu-waktu jika diperlukan (misalnya, untuk inspeksi mendadak atau investigasi insiden).

3. REFERENSI

Penyusunan SOP ini merujuk pada dokumen, peraturan, dan standar berikut:

3.1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

3.2 Peraturan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3)

3.3 Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Lingkungan Kerja.

3.4 Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

3.5 SMK3 (Sistem Manajemen K3)

4. PENANGGUNG JAWAB

Unit atau pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan prosedur SOP ini adalah:

4.1. Kepala Subdirektorat Mitigasi Crisis Center

4.2. Kasie K3 SMCC

4.3. Tim Inspektur K3

5. DEFINISI DAN ISTILAH

Untuk persamaan persepsi, berikut adalah definisi istilah teknis, singkatan, atau konsep yang spesifik digunakan dalam SOP ini:

5.1 K3: Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Segala upaya untuk melindungi pekerja dan orang lain di tempat kerja dari risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

5.2 Inspeksi K3: Proses pengamatan, pemeriksaan, dan evaluasi kondisi tempat kerja, peralatan, proses, dan perilaku kerja untuk mengidentifikasi potensi bahaya, risiko, dan ketidakpatuhan terhadap standar K3.

5.3 Potensi Bahaya: Kondisi atau tindakan yang berpotensi menyebabkan cedera, penyakit, kerusakan properti, atau kerugian lainnya.

5.4 Risiko K3: Kombinasi dari kemungkinan terjadinya suatu peristiwa berbahaya atau paparan dan tingkat keparahan cedera atau penyakit yang dapat disebabkan oleh peristiwa atau paparan tersebut.

5.5 Tindakan Perbaikan: Langkah-langkah yang diambil untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian atau situasi yang tidak diinginkan.

5.6 Tindakan Pencegahan: Langkah-langkah yang diambil untuk menghilangkan penyebab potensi ketidaksesuaian atau situasi yang tidak diinginkan.

5.7 Tim Inspektur K3: Kelompok individu yang ditunjuk dan dilatih untuk melaksanakan inspeksi K3.

5.8 Formulir Inspeksi K3: Dokumen standar yang digunakan untuk mencatat hasil inspeksi, temuan, dan rekomendasi.

5.9 SMK3: Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Bagian dari sistem manajemen organisasi yang digunakan untuk mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan K3 serta mengelola risiko K3.

6. KETENTUAN UMUM

Beberapa prinsip umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1. Inspeksi K3 harus dilakukan secara objektif, sistematis, dan terencana sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.

6.2. Setiap temuan atau ketidaksesuaian yang diidentifikasi selama inspeksi harus didokumentasikan secara akurat dan jelas.

6.3. Hasil inspeksi harus menjadi dasar untuk tindakan perbaikan dan pencegahan yang tepat waktu dan efektif.

6.4. Tim Inspektur K3 harus memiliki kompetensi dan pemahaman yang memadai mengenai standar dan peraturan K3 yang berlaku.

6.5. Seluruh pihak yang terkait harus kooperatif dan mendukung pelaksanaan inspeksi K3.

6.6. Informasi terkait K3, termasuk hasil inspeksi, harus dikomunikasikan secara transparan kepada pihak-pihak yang

berkepentingan.

6.7. Pelaksanaan inspeksi K3 harus senantiasa mengedepankan prinsip partisipasi aktif dari seluruh sivitas akademika dan staf.

6.8. SOP ini bersifat dinamis dan akan ditinjau secara berkala untuk memastikan relevansi dan efektivitasnya.

7. URAIAN PROSEDUR

Prosedur Pemeriksaan (Inspeksi) K3 di Universitas Negeri Surabaya meliputi langkah-langkah berikut:

1. Penyusunan rencana inspeksi

   Langkah: Kasi K3 SMCC menyusun jadwal rutin (bulanan, semesteran, atau tahunan) dan rencana inspeksi berdasarkan area rawan risiko serta prioritas pengawasan. Rencana ini bertujuan memastikan seluruh area kerja, fasilitas, dan peralatan yang memiliki potensi bahaya teridentifikasi secara menyeluruh.

2. Persiapan pelaksanaan inspeksi

   Langkah: Tim Inspeksi K3 mempersiapkan seluruh kebutuhan pemeriksaan, seperti checklist inspeksi sesuai standar, alat bantu pemeriksaan (APD, kamera, form catatan), serta berkoordinasi dengan unit terkait agar kegiatan dapat berjalan lancar.

3. Pelaksanaan inspeksi di lapangan

   Langkah: Tim Inspeksi K3 bersama perwakilan unit melakukan pemeriksaan langsung ke lokasi. Kegiatan ini meliputi pengecekan kondisi fisik gedung, peralatan, jalur evakuasi, instalasi listrik, APAR, serta potensi bahaya lainnya. Temuan dicatat secara detail dan didokumentasikan melalui foto dan form hasil inspeksi.

4. Identifikasi dan pencatatan temuan

   Langkah: Tim mengklasifikasikan temuan berdasarkan tingkat risiko (ringan, sedang, berat), mencatat lokasi, waktu, jenis temuan, dan potensi bahaya ke dalam rekap hasil inspeksi.

5. Penyusunan dan penyampaian laporan hasil inspeksi

   Langkah: Ketua Tim Inspeksi K3 menyusun laporan lengkap berisi hasil inspeksi, klasifikasi temuan, serta rekomendasi perbaikan. Laporan ini kemudian disampaikan kepada Kepala SMCC dan Direktorat PPIS sebagai bentuk pertanggungjawaban dan tindak lanjut.

6. Tindak lanjut dan pemantauan perbaikan

   Langkah: Kepala SMCC bersama unit terkait memastikan seluruh rekomendasi perbaikan dijalankan sesuai rencana. Dilakukan monitoring progres, baik melalui kunjungan ulang maupun laporan unit, untuk memastikan risiko sudah terkendali.

7. Evaluasi dan review

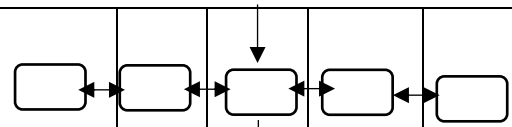
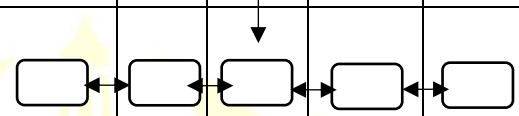
   Langkah: SMCC bersama Tim Inspeksi K3 mengevaluasi efektivitas pelaksanaan inspeksi, termasuk memperbarui checklist atau prosedur jika ditemukan ketidaksesuaian atau kebutuhan baru, agar sistem inspeksi K3 selalu relevan dan efektif.

8. Dokumentasi dan sosialisasi hasil inspeksi

   Langkah: Semua dokumen hasil inspeksi, laporan, dan tindak lanjut pengendalian risiko disahkan oleh Direktur PPIS atau WR 2, kemudian disosialisasikan kepada unit terkait, serta disimpan secara fisik maupun digital sesuai prosedur pengendalian dokumen K3

8. DIAGRAM ALUR PROSEDUR

No	Langkah kegiatan	Pelaksana				
		Rektor	WR 2	PPIS	SMCC	Kasie K3
1.	Penyusunan rencana inspeksi					
2.	Persiapan pelaksanaan inspeksi dan briefing					
3.	Pelaksanaan inspeksi di lapangan					
4.	Identifikasi dan pencatatan temuan					
5.	Penyusunan dan penyampaian laporan hasil inspeksi					
6.	Penelaahan dan validasi laporan					

7.	Penyusunan rencana inspeksi					
8.	Persiapan pelaksanaan inspeksi dan briefing					

9. DOKUMEN TERKAIT

Berikut adalah daftar dokumen lain yang berhubungan langsung atau digunakan bersama dengan sop ini dalam proses pelaksanaannya:

1. jadwal inspeksi K3
2. formulir inspeksi K3
3. checklist inspeksi K3
4. Rekap Temuan dan Identifikasi Risik
5. laporan inspeksi K3
6. laporan verifikasi tindak lanjut
7. Catatan rapat tim K3
8. Dokumentasi foto/video temuan inspeksi
9. Dokumen kebijakan K3 Universitas Negeri Surabaya
10. Dokumen prosedur penanganan insiden K3

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

SOP ini akan ditinjau dan disempurnakan secara berkala atau insidental untuk memastikan relevansi, keakuratan, dan kesesuaiannya

dengan perkembangan peraturan, kebutuhan organisasi, serta hasil evaluasi pelaksanaan.

X. SOP PEMELIHARAAN APAR

1. TUJUAN

SOP ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pedoman pelaksanaan penggunaan dan pemeliharaan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) di lingkungan Universitas Negeri Surabaya secara sistematis, aman, dan sesuai dengan standar operasional yang berlaku. Penggunaan dan pemeliharaan APAR secara rutin dan berkala bertujuan untuk memastikan kesiapsiagaan peralatan dalam menghadapi potensi kebakaran, memperpanjang masa pakai APAR, serta mendukung terciptanya lingkungan kampus yang aman dan terlindungi dari bahaya kebakaran.

Selain itu, SOP ini bertujuan untuk memastikan seluruh kegiatan penggunaan dan pemeliharaan APAR dilaksanakan dengan memperhatikan aspek Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), meminimalkan risiko kecelakaan kerja, serta mencegah kerusakan atau ketidaksiapan peralatan yang dapat mengganggu operasional universitas. Melalui penerapan SOP ini, diharapkan tercipta tata kelola penggunaan dan pemeliharaan APAR yang efisien, terdokumentasi dengan baik, serta mendukung keberlanjutan sistem keselamatan fasilitas kampus yang tanggap darurat dan ramah lingkungan.

2. RUANG LINGKUP

SOP ini berlaku untuk seluruh kegiatan penggunaan dan pelaksanaan pemeliharaan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang terdapat di lingkungan Universitas Negeri Surabaya. Prosedur ini mencakup penggunaan APAR dalam kondisi darurat oleh sivitas akademika maupun petugas keamanan, pemeliharaan rutin harian, inspeksi berkala bulanan dan tahunan, serta penanganan kerusakan atau malfungsi ringan hingga sedang yang dapat memengaruhi

efektivitas dan kesiapsiagaan alat dalam menghadapi potensi kebakaran.

Pelaksanaan penggunaan dan pemeliharaan APAR mencakup seluruh bangunan dan area di lingkungan kampus yang dilengkapi dengan fasilitas APAR, termasuk namun tidak terbatas pada gedung perkuliahan, gedung administrasi, laboratorium, perpustakaan, fasilitas umum, area parkir, dan ruang terbuka lainnya. SOP ini juga mencakup prosedur keselamatan dan kesehatan kerja (K3), penggunaan peralatan kerja yang sesuai, alat pelindung diri (APD), serta dokumentasi seluruh kegiatan pemeliharaan dan inspeksi. Pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan SOP ini meliputi pengguna fasilitas (sivitas akademika), petugas keamanan kampus, teknisi sarana dan prasarana internal, serta pihak ketiga (vendor) yang ditunjuk untuk pemeliharaan sistem proteksi kebakaran, dengan koordinasi langsung di bawah pengawasan Unit Sarana dan Prasarana Universitas Negeri Surabaya.

3. REFERENSI

3.1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

3.2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2005 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung.

3.3 Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. PER.04/MEN/1980 tentang Syarat-syarat Pemasangan dan Pemeliharaan APAR.

3.4 Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

3.5 SMK3 (Sistem Manajemen K3)

4. PENANGGUNG JAWAB

Unit atau pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan prosedur SOP ini adalah:

4.1. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Isu Strategis

4.2. Kepala Subdirektorat Mitigasi Crisis Center

4.3. Kasie K3 SMCC

4.4. Tim K3

4.5. Unit Teknis / Fasilitas UNESA

5. DEFINISI DAN ISTILAH

5.1. APAR (Alat Pemadam Api Ringan): Peralatan pemadam kebakaran portabel yang digunakan untuk memadamkan api pada tahap awal, biasanya berisi bahan pemadam seperti serbuk kimia kering, CO_2, foam, atau cairan kimia lainnya, dan dapat dioperasikan oleh satu orang.

5.2. Penggunaa APAR: Tindakan menggunakan APAR oleh pengguna atau petugas terlatih untuk memadamkan api dalam kondisi darurat kebakaran.

5.3. Pemeliharaan APAR: Serangkaian kegiatan pemeriksaan, pembersihan, pengisian ulang, perbaikan, dan pengujian alat secara berkala guna memastikan APAR dalam kondisi siap digunakan kapan saja.

5.4. Inspeksi APAR: Pemeriksaan visual dan fungsional terhadap APAR yang dilakukan secara rutin untuk mendeteksi adanya kerusakan, penurunan tekanan, kadaluarsa isi, atau kondisi tidak layak lainnya.

5.5. Unit sarana prasarana: Unit kerja di lingkungan Universitas Negeri Surabaya yang bertanggung jawab atas pengelolaan, pemeliharaan, dan pengawasan terhadap fasilitas fisik kampus,

termasuk tangga gedung.

5.6. Label Pemeriksaan: Tanda atau stiker yang ditempel pada APAR berisi informasi tentang tanggal inspeksi terakhir, status fungsi, jenis APAR, dan keterangan teknis lainnya.

6. KETENTUAN UMUM

Beberapa prinsip umum yang berlaku dalam pelaksanaan SOP ini adalah:

6.1. Setiap tindakan penggunaan dan pemeliharaan APAR harus dilakukan dengan prinsip kehati-hatian, memperhatikan potensi bahaya kebakaran dan zat kimia yang terkandung di dalam APAR, serta menghindari tindakan yang dapat menimbulkan risiko bagi diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan kampus..

6.2. APAR harus diperiksa dan dipelihara secara rutin (harian, bulanan, tahunan) untuk memastikan alat dalam kondisi siap pakai dan sesuai standar keselamatan. Pemeriksaan mencakup tekanan tabung, kondisi fisik tabung, selang, pin pengaman, segel, label inspeksi, serta lokasi penempatan yang mudah diakses.

6.3. Seluruh fasilitas pendukung APAR, termasuk rambu lokasi APAR, petunjuk penggunaan, dan aksesibilitas area pemasangan, harus dipastikan dalam kondisi baik, terlihat jelas, tidak terhalang, dan dapat dijangkau dengan mudah pada saat keadaan darurat.

6.4. Semua aktivitas pemeliharaan, inspeksi, dan pengisian ulang APAR harus dicatat secara sistematis dalam log pemeliharaan dan dilaporkan kepada Koordinator Sarana dan Prasarana untuk keperluan dokumentasi, evaluasi, dan tindak lanjut perbaikan.

6.5. Keselamatan kebakaran adalah tanggung jawab bersama. Seluruh sivitas akademika, petugas keamanan, dan teknisi pemeliharaan diharapkan berpartisipasi aktif dalam menjaga keberfungsian, keamanan, serta kelayakan APAR di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Tarik / lepas pin pengunci tuas APAR / tabung pemadam dan Pegang selang dan arahkan selang ke titik pusat api.

7.2 Posisi berdiri searah dengan arah angin dan arahkan nozzle ke pusat titik api dan Tekan tuas atau squeeze untuk mengeluarkan isi APAR

7.3 Semprot nozzle yang dipegang ke arah kiri dan kanan api, agar media yang disemprotkan merata hingga api padam

7.4 Setiap alat pemadam api ringan harus diperiksa 2 kali dalam setahun, yakni dalam jangka 6 bulan; dan 12 bulan

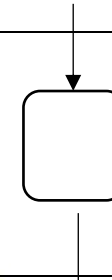
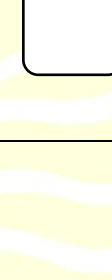
7.5 Jika perlengkapan alat pemadam api ringan rusak atau cacat, segera perbaiki atau ganti dengan alat pemadam api ringan yang baik

7.6 Setiap alat pemadam api ringan dilakukan percobaan secara berkala dengan jangka waktu tidak lebih dari 5 tahun

7.7 Melakukan kontrol rutin dan membuat kartu kontrol APAR yang dilakukan oleh petugan yang ditunjuk.

8. DIAGRAM ALUR PROSEDUR

No	Langkah Kegiatan	Pelaksanaan	
		Civitas akademik	Tim K3
1.	Tarik / lepas pin pengunci tuas APAR / tabung pemadam		
2.	Pegang selang dan arahkan selang ke titik pusat api.		
3.	Posisi berdiri searah dengan arah angin dan arahkan nozzle ke pusat titik api.		
4.	Tekan tuas atau squeeze untuk mengeluarkan isi APAR		
5.	Semprot nozzle yang dipegang ke arah kiri dan kanan api, agar media yang disemprotkan merata hingga api padam		
1.	Setiap alat pemadam api ringan harus diperiksa 2 kali dalam setahun, yakni dalam jangka 6 bulan; dan		

	12 bulan		
2.	Jika perlengkapan alat pemadam api ringan rusak atau cacat, segera perbaiki atau ganti dengan alat pemadam api ringan yang baik		
3.	Setiap alat pemadam api ringan dilakukan percobaan secara berkala dengan jangka waktu tidak lebih dari 5 tahun		
4.	Melakukan kontrol rutin dan membuat kartu kontrol APAR yang dilakukan oleh petugan yang ditunjuk.		

9. DOKUMEN TERKAIT

9.1 Standar Nasional Indonesia (SNI) terkait APAR, seperti:

SNI 03-3989-2000: Tentang Tata Cara Perencanaan dan Pemasangan APAR.

SNI 03-1746-2000: Tentang Tata Cara Pemeriksaan dan Pemeliharaan APAR.

9.2 Dokumen Jadwal Pemeliharaan Berkala: Dokumen yang mencantumkan waktu dan frekuensi pemeliharaan (harian, bulanan, tahunan).

9.3 Dokumen Instruksi Kerja atau Prosedur Teknis Inspeksi dan Pemeliharaan APAR.

9.4 Dokumen Laporan Hasil Pemeliharaan/Inspeksi

9.5 Dokumen Formulir Laporan Kerusakan

9.6 Dokumen Panduan Evakuasi dan Penggunaan Tangga Darurat

9.7 Dokumen Log Book Pemeliharaan APAR: Catatan inspeksi harian, bulanan, tahunan.

9.8 Dokumen Form Pemeriksaan APAR: Berisi checklist kondisi fisik, tekanan, kelengkapan, dan hasil pemeriksaan.

10. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan penyempurnaan terhadap SOP Tindakan Perbaikan dilakukan untuk memastikan bahwa prosedur yang tertuang di dalamnya tetap relevan, akurat, dan sesuai dengan kebutuhan organisasi, dinamika pelaksanaan di lapangan, serta perkembangan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Revisi dapat

dilakukan secara berkala minimal setiap dua tahun, atau secara insidental apabila terdapat perubahan signifikan seperti perombakan struktur organisasi, perubahan kebijakan strategis universitas, temuan audit eksternal, atau hasil evaluasi pelaksanaan SOP yang menunjukkan ketidakefektifan.

Proses revisi dimulai dari usulan yang disampaikan oleh unit pelaksana atau pihak terkait, yang kemudian dibahas bersama tim penyusun SOP dan Unit Penjaminan Mutu. Setelah dilakukan pembahasan dan penyusunan draf perubahan, dokumen akan divalidasi oleh Gugus Penjaminan Mutu (GPM) dan disahkan oleh Kepala Badan Penjaminan Mutu (BPM). Setiap revisi akan diberi nomor revisi, tanggal berlaku, dan catatan perubahan. Versi lama SOP dinyatakan tidak berlaku sejak tanggal efektif versi baru, dan wajib diarsipkan sesuai dengan prosedur pengelolaan dokumen di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

BAB 8
Penutup

Penyusunan kebijakan, pedoman, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan program membutuhkan komitmen dari semua pihak. Buku SIM k3 ini diharapkan dapat membantu penyelenggaraan Keselamatan dan kesehatan kerja di lingkungan Universitas Negeri Surabaya. Buku ini dirancang sedemikian rupa agar mudah dimengerti dan dipahami. Namun demikian penulis mempunyai keterbatasan sehingga hanya berfokus kepada aturan-aturan yang akan diterapkan di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.

Selanjutnya kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah menyusun buku panduan Keselamatan kesehatan kerja di lingkungan Universitas Negeri Surabaya. Akhir kata, kami penulis berharap semoga buku ini dapat diterima dan dimanfaatkan untuk kemaslahatan dan kemajuan K3 di Universitas Negeri Surabaya.

UNESA
Universitas Negeri Surabaya

SISTEM K3

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA

2025