

BUKU KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA

Ns. Suriyani, M.Kep

Ernauli Meliyana, S.Kep., Ners., M.Kep

Dr. Fajrillah Kolomboy, M.Kep

Zaenal Abidin, S.Kep., Ns., M.Kep., M.H

Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep

Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep

Rizky Meilando, S.Kep., Ners., M.Kep

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kes, Sp.Mat

Ns. Siti Munawaroh, M. Kep

Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

Sujiah, S.Kep., Ners., M.P.H.

Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep., Ns., M.Kep., M.Pd

Ns. Dely Maria P., M.Kep., Sp.Kep.Kom

Yuliani Budiarti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat

Editor:

Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep.



Buku Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja

Penulis:

Ns. Suriyani, M.Kep.

Ernauli Meliyana, S.Kep., Ners., M.Kep.

Dr. Fajrillah Kolombo, M.Kep.

Zaenal Abidin, S.Kep., Ns., M.Kep., M.H.

Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep.

Rizky Meilando, S.Kep., Ners., M.Kep.

Uly Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kes., Sp.Mat.

Ns. Siti Munawaroh, M.Kep.

Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K.

Sujiah, S.Kep., Ners., M.P.H.

Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep., Ns., M.Kep., M.Pd.

Ns. Dely Maria P, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Yuliani Budiarti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Editor:

Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

Buku Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja

Penulis:

Ns. Suriyani, M.Kep.
Ernauli Meliyana, S.Kep., Ners., M.Kep.
Dr. Fajrillah Kolombo, M.Kep.
Zaenal Abidin, S.Kep., Ns., M.Kep., M.H.
Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep.
Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep.
Rizky Meilando, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kes., Sp.Mat.
Ns. Siti Munawaroh, M.Kep.
Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K.
Sujiah, S.Kep., Ners., M.P.H.
Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep., Ns., M.Kep., M.Pd.
Ns. Dely Maria P, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
Yuliani Budiarti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Editor:

Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep.

Desain Cover: Aldian shobari

Tata Letak:

Deni Sutrisno
Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-50-4

Cetakan Pertama: **Januari, 2024**

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja. Sistematika buku Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran di perguruan tinggi dan sejenis lainnya. Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Jakarta, 31 Oktober 2023

Editor

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	III
DAFTAR ISI	IV

BAB 1 PRINSIP DAN KONSEP KESELAMATAN PASIEN	1
A. TUJUAN PEMBELAJARAN.....	2
B. PENDAHULUAN.....	2
C. KONSEP MATERI.....	3
D. RANGKUMAN.....	16
E. EVALUASI	16

BAB 2 BUDAYA DALAM LINGKUP KERJA PERAWAT DALAM PENINGKATAN KESELAMATAN PASIEN	21
A. TUJUAN PEMBELAJARAN.....	22
B. PENDAHULUAN.....	22
C. KONSEP MATERI.....	23
D. RANGKUMAN.....	29
E. EVALUASI.....	30

BAB 3 K3 DALAM KEPERAWATAN: PENTINGNYA, TUJUAN, MANFAAT, & ETIKA.....	35
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	36
B. PENDAHULUAN.....	36
C. KONSEP MATERI.....	36
D. RANGKUMAN.....	39
E. EVALUASI	39

BAB 4 KEBIJAKAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA YANG BERKAITAN DENGAN KEPERAWATAN DI INDONESIA	43
A. TUJUAN PEMBELAJARAN.....	44
B. PENDAHULUAN.....	44
C. KEBIJAKAN K3 DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN.....	45
D. RANGKUMAN	50

E. EVALUASI.....	50
BAB 5 PERAN MANAJEMEN RISIKO DALAM KESELAMATAN PASIEN :	
PROSES DAN HIRARKI.....	55
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	56
B. PENDAHULUAN.....	56
C. KONSEP MATERI	56
D. RANGKUMAN	66
E. EVALUASI.....	66
BAB 6 PERAN KERJA TIM UNTUK KESELAMATAN PASIEN	69
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	70
B. PENDAHULUAN.....	70
C. KERJA SAMA TIM	70
D. RANGKUMAN	77
E. EVALUASI.....	78
BAB 7 PENYAKIT AKIBAT KERJA PADA PERAWAT: PENYAKIT MENULAR	
DAN TIDAK MENULAR	83
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	84
B. PENDAHULUAN.....	84
C. KONSEP MATERI	85
D. RANGKUMAN	92
E. EVALUASI.....	93
BAB 8 PENYAKIT ATAU CEDERA AKIBAT KECELAKAAN KERJA PADA	
PERAWAT	97
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	98
B. PENDAHULUAN.....	98
C. KONSEP MATERI	99
D. RANGKUMAN	107
E. EVALUASI.....	108
BAB 9 UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT AKIBAT KERJA	
PADA PERAWAT	113
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	114
B. PENDAHULUAN.....	114

C. KONSEP MATERI	114
D. RANGKUMAN	122
E. EVALUASI.....	122
 BAB 10 UPAYA MENCEGAH DAN MEMINIMALKAN RISIKO DAN HAZARD PADA TAHAP PENGKAJIAN, PERENCANAAN, IMPLEMENTASI & EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN.....	125
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	126
B. PENDAHULUAN.....	126
C. UPAYA MENCEGAH DAN MEMINIMALKAN RISIKO	131
D. RANGKUMAN	135
E. EVALUASI	135
 BAB 11 UPAYA MEMUTUS RANTAI INFEKSI: PRECAUTION, MEDICATION SAFETY	139
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	140
B. PENDAHULUAN.....	140
C. KONSEP MATERI	141
D. RANGKUMAN	145
E. EVALUASI.....	146
 BAB 12 UPAYA MENCEGAH HAZARD FISIK-RADIASI-KIMIA	149
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	150
B. PENDAHULUAN.....	150
C. KONSEP MATERI	151
D. RANGKUMAN	169
E. EVALUASI.....	169
 BAB 13 UPAYA MEMPERTAHANKAN ERGONOMI POSISI DUDUK, BERDIRI, BERBARING	173
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	174
B. PENDAHULUAN.....	174
C. KONSEP MATERI	174
D. RANGKUMAN	181
E. EVALUASI.....	181

BAB 14 UPAYA MENCEGAH HAZARD PSIKOSOSIAL.....	183
A. TUJUAN PEMBELAJARAN.....	184
B. PENDAHULUAN.....	184
C. KONSEP MATERI	184
D. RANGKUMAN	192
E. EVALUASI	193
 BIOGRAFI PENULIS	 201

BAB 1

PRINSIP DAN KONSEP KESELAMATAN PASIEN

Ns. Suriyani, M.Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 1

PRINSIP DAN KONSEP KESELAMATAN PASIEN

Ns. Suriyani, M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

Adapun tujuan pembelajaran dari bab ini adalah

1. Mengetahui dan memahami pengertian dari keselamatan pasien
2. Mengetahui dan memahami tujuan keselamatan pasien
3. Mengetahui dan memahami standar keselamatan pasien
4. Mengetahui dan memahami sasaran keselamatan pasien
5. Mengetahui dan memahami prinsip keselamatan pasien

B. Pendahuluan

Keselamatan pasien di berbagai negara menjadi trend dan isu yang dimana diperkirakan 10-25% pasien rawat inap mengalami insiden keselamatan pasien (Indrayadi et al., 2022). Keselamatan pasien merupakan suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi sebagai cara meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya risiko yang diakibatkan oleh kesalahan dalam melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang dimana seharusnya diambil (Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia, 2017).

Keselamatan pasien merupakan yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit berupa implementasi dan refleksi sentuhan hasil dari kompetensi tenaga kesehatan, tersedianya saran dan prasarana layanan juga system manajemen dan informasi pelayanan pasien. Dalam menjamin keselamatan pasien, organisasi pelayanan kesehatan sebaiknya membangun system yang membuat proses perawatan pasien lebih aman secara menyeluruh. System keselamatan pasien tertuju pada pengurangan resiko, mencegah terjadinya cedera akibat pelayanan juga tidak terulangnya insiden keselamatan pasien melalui budaya dan iklim keselamatan pasien (Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia, 2017).

Perawat sangat berperan penting dalam keselamatan pasien yang dimana untuk pengimplementasian asuhan keperawatan harus sesuai dengan standar yang ada sehingga tidak terjadi kesalahan ataupun risiko yang membuat pasien

merasa dirugikan. Seringnya perawat berinteraksi dengan pasien mengharuskan perawat mengetahui dan memahami standar pelayanan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dengan menerapkan *Evidence Based Practice* (EBP) sesuai dengan prinsip dan sasarannya.

C. Konsep Materi

1. Pengertian *Keselamatan Pasien*

Keselamatan pasien (*patient safety*) didefinisikan sebagai upaya maksimal yang dilakukan rumah sakit untuk memberikan pelayanan melalui penerapan metode dan regulasi yang legal dan terstandar untuk meminimalisir kesalahan medis dalam memberikan pelayanan terhadap pasien. Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang memberi pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kepuasan pasien selain itu aspek fasilitas rumah sakit, peranan dokter, paramedis dan non medis menjadi sangat penting sebab pasien mempersepsikan yang dirasakan atas kinerja pelayanan yang telah diberikan. Salah satu indikator penentu kualitas pelayanan kesehatan adalah keselamatan pasien (Ningsih & Endang Marlina, 2020).

Patient safety merupakan terbebasnya pasien dari luka karena tindakan medis atau *medical error*. *Medical error* merupakan kegagalan dalam pencapaian tujuan dikarekan rencana yang tidak sesuai yang dimana disebabkan oleh banyak faktorsalah satunya yaitu penyedia layanan kesehatan dan sumber daya yang kurang memadai (Idris, 2017).

Tenaga kesehatan sangat berperan penting dalam menciptakan pelayanan yang bermutu melalui budaya keselamatan pasien. Saat ini, keselamatan pasien belum menjadi budaya dalam pelayanan kesehatan. Kejadian yang tidak diinginkan (KTD) sering terjadi. Hanya kasus-kasus yang serius dan mengancam jiwa yang secara mudah terdeteksi dan tampak dipermukaan, sedangkan yang sifatnya ringan sampai dengan sedang tidak terdeteksi, tidak dicatat ataupun dilaporkan (Idris, 2017).

Menurut (Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia, 2017).Insiden keselamatan pasien diartikan sebagai kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

- a) Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien

Contoh: : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, dan muncul efek samping yang merugikan (alergi, muntah, keracunan, dll)

- b) Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien

Contoh: Saat perawat akan memberikan obat, baru diketahui kalau obat yang diambil ternyata salah (diketahui saat *double check*)

- c) Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, akan tetapi tidak muncul tanda tanda efek samping obat yang merugikan

- d) Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Contoh : Kerusakan ventilator, Obat tanpa label waktu *expired*

- e) Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Contoh: Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah, Tindakan invasive/ pembedahan pada bagian tubuh yang keliru, Ketinggalan instrument / alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakan pembedahan, Bunuh diri pada pasien rawat inap, Embolisme gas intravaskuler yang mengakibatkan kematian / kerusakan neurologis.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien yaitu terciptanya budaya keselamatan pasien, peningkatan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian yang tidak diharapkan dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan (Hadi, 2017).

Menurut (Winarti et al,2021) tujuan dari keselamatan pasien yaitu

- a) Aman (*Safety*), yaitu pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau cedera
- b) Efektif (*Effective*), yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan

- c) Berfokus pada pasien (*Patient-centered*) yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien
- d) Menurunkan waktu tunggu (*timely*), yaitu petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan
- e) Efisien (*Efficient*), yaitu penggunaan bahan dan alat sesuai dengan keperluan
- f) Pelayanan sesuai standar (*Equitable*), yaitu petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

3. Standar Keselamatan Pasien

Dalam penyelenggaraan keselamatan pasien diperlukan standar keselamatan pasien untuk acuan dalam melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut Passinringi dan Rivai (2022) secara umum standar akreditasi dalam *Joint Commission International Accreditation Standards For Hospital 7th Edition (2020)* terdiri dari:

- a) Bagian I : Standar yang berfokus pada pasien
 - 1) Sasaran keselamatan pasien Internasional

Sasaran ini menitikberatkan pada area yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan serta mengartikan dasar bukti dan solusi berupa consensus para ahli untuk masalah tersebut. Sasaran ini meliputi :

Sasaran 1: Mengidentifikasi pasien dengan tepat

Sasaran 2: Meningkatkan komunikasi efektif

Sasaran 3: Meningkatkan keamanan obat-obatan resiko tinggi

Sasaran 4: Memastikan keamanan pembedahan

Sasaran 5: Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran 6: Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh
 - 2) Akses ke perawatan dan kesinambungan perawatan

Adanya kolaborasi dan komunikasi antar tenaga kesehatan, dalam mencocokkan kebutuhan perawatan pasien dengan pelayanan yang tersedia, mengkoordinasikan pelayanan pasien di rumah sakit secara tepat waktu dan bermutu tinggi. Sehingga dapat merencanakan pemulangan, transfer serta tindak lanjut yang meliputi:

 - (a) Skrining penerimaan pasien
 - (b) Penerimaan di rumah sakit
 - (c) Kesinambungan perawatan

- (d) Pemulangan, rujukan dan tindak lanjut
 - (e) Transfer pasien
 - (f) Transportasi
- 3) Perawatan yang berfokus pada pasien
- Pendidikan kesehatan bertujuan agar pasien lebih memahami dan ikut berpartisipasi dalam perawatan mereka serta dapat membantu dalam pengambilan keputusan terkait perawatan atas informasi yang diberikan. Stadarnya meliputi :
- (a) Hak pasien dan keluarga
 - (b) Proses permintaan persetujuan pasien
 - (c) Edukasi pasien dan keluarga
 - (d) Infomasi mengenai donasi organ dan jaringan
- 4) Pengkajian pasien
- Pengkajian pasien dilakukan untuk menentukan perawatan, pengobatan dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan awal dan berkelanjutan bagi pasien. Proses pengkajian yang efektif menentukan keputusan mengenai kebutuhan pengobatan untuk keadaan gawat darurta, efektif, atau perawatan yang terencana, bahkan ketika kondisi mengalami perubahan. Standar meliptui:
- (a) Pengakjian pasien
 - (b) Layanan laboraturium
 - (c) Bank darah/unit layanan transfusi
 - (d) Layanan radiologi dan [encitraan diagnostik
- 5) Perawatan pasien
- Memberikan perawatan dan pelayanan yang aman dan efektif bagi semua pasien. Hal ini membutuhkan komunikasi efektif, kolaborasi dan proses yang terstandarisasi dalam memastikan perencanaan, koordinasi dan impelemntasi perawatan yang menunjang kebutuhan serta sasaran pengobatan yang spesifik bagi masing-masing pasien. Standar ini meliputi:
- (a) Perawatan untuk semua pasien
 - (b) Perawatan pasien dan penyediaan layanan beresiko tinggi
 - (c) Manajemen sistem alarm klinis
 - (d) Pengenalan perubahan kondisi pasien
 - (e) Pelayanan resusitasi
 - (f) Manajemen pasien dengan risiko bunuh diri atau melukai diri sendiri
 - (g) Manajemen laser

- (h) Terapi makanan dan gizi
- (i) Manajemen nyeri
- (j) Perawatan akhir hayat
- (k) Rumah sakit penyedia pelayanan transplantasi organ atau jaringan
- (l) Program transplantasi menggunakan organ dari donor hidup

6) Perawatan anestesi dan bedah

Prosedur ini membutuhkan pengkajian yang lengkap, komprehensif, terintegrasi, pemantauan pasien yang berkelanjutan dan transfer berdasarkan dengan kriteria secara berkesinambungan dalam pelayanan, rehabilitasi dan transfer akhir serta pemulangan pasien. Standar ini meliputi

- (a) Pengaturan dan manajemen
- (b) Perawatan sedasi
- (c) Perawatan anestesi
- (d) Perawatan bedah

7) Manajemen dan penggunaan obat-obatan

Sistem pengobatan yang mendukung penggunaan obat-obatan yang aman dan efektif yang mencakup upaya praktisi kesehatan yang terkoordinir dan multidisiplin dalam implementasi dan pengembangan semua aspek dalam proses manajemen obat seperti pemilihan, pengadaan, penyimpanan, instruksi, transkripsi, distribusi, penyiapan, penyerahan, pemberian, pencatatan dan pemantauan terapi dalam pengobatan. Standar ini meliputi:

- (a) Pengaturan dan manajemen
- (b) Pemilihan dan pengadaan
- (c) Penyimpanan
- (d) Pemberian instruksi pengobatan dan penyalinan
- (e) Penyiapan dan penyerahan
- (f) Pemberian
- (g) Pemantauan

b) Bagian II: Standar manajemen organisasi pelayanan Kesehatan

1) Peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Peningkatan mutu dan kualitas terpondasi dari kegiatan yang dilaksanakan seluruh staf setiap harinya di rumah sakit. Baik staf klinis dan non klinis perlu memahami bagaimana melakukan perbaikan yang dapat membantu pasien dan mengurangi risiko serta proses yang dapat menjadi lebih efisien, lebih bijak, mengurangi risiko fisik. Standar ini meliputi:

- (a) Manajemen kegiatan mutu dan keselamatan pasien
 - (b) Seleksi indikator dan pengumpulan data
 - (c) Analisis dan validasi data pengukuran
 - (d) Mencapai dan mempertahankan perbaikan
- 2) Pencegahan dan pengendalian infeksi
- Program ini memiliki kesamaan dimana terdapat individu yang ditunjuk sebagai pimpinan, staf yang terlatih, metode untuk mengidentifikasi dan membahas secara proaktif terkait dengan risiko infeksi pada individu dan lingkungan, kebijakan dan prosedur yang layak, edukasi staf, dan koordinasi pada semua bagian di rumah sakit. Standar ini meliputi:
- (a) Tanggung jawab
 - (b) Sumber daya
 - (c) Sasaran program pencegahan dan pengendalian infeksi
 - (d) Peralatan, perangkat dan perbekalan medis
 - (e) Kebersihan lingkungan
 - (f) Jaringan tubuh manusia dan limbah infeksius
 - (g) Layanan makanan
 - (h) Kontrol teknis
 - (i) Risiko konstruksi dan renovasi
 - (j) Penularan infeksi
 - (k) Peningkatan mutu dan edukasi program
- 3) Tata Kelola, kepemimpinan dan arah
- Kepemimpinan yang efektif bermula pada pemahaman terkait dengan tanggung jawab dan wewenang di setiap masing-masing individu yang tergabung dalam rumah sakit dan bagaimana mereka bisa bekerja sama. Individu tersebut memiliki wewenang serta tanggung jawab baik secara kolektif maupun individual dalam menaati peraturan dan perundang-undangan terhadap pelayanan pasien. Standar ini meliputi:
- (a) Tata Kelola rumah sakit
 - (b) Akuntabilitas direksi
 - (c) Akuntabilitas pimpinan RS
 - (d) Kepemimpinan RS untuk mutu dan keselamatan pasien
 - (e) Kepemimpinan RS untuk keputusan terkait sumber daya
 - (f) Organisasi staf klinis dan akuntabilitas
 - (g) Arahan untuk departemen dan unit layanan RS
 - (h) Etika klinis dan organisasi

- (i) Pendidikan tenaga medis
- (j) Penelitian dengan subjek manusia
- 4) Manajemen dan keamanan fasilitas

Penyediaan fasilitas yang aman, fungsional dan mendukung bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Dalam pencapaian tujuan ini, fasilitas fisik, peralatan medis dan peralatan lainnya serta sumber daya manusia harus dikelola secara efektif. Standar ini meliputi :

 - (a) Kepemimpinan dan perencanaan
 - (b) Pengkajian dan pemantauan risiko
 - (c) Keselamatan
 - (d) Keamanan
 - (e) Bahan dan limbah berbahaya
 - (f) Keselamatan kebakaran
 - (g) Peralatan medis
 - (h) Manajemen kedaruratan dan bencana
 - (i) Konstruksi dan renovasi
- 5) Kualifikasi dan Pendidikan staf

Perekrutan, evaluasi dan pengangkatan staf dilakukan melalui proses yang terkoordinasi, efisien dan seragam. Keterampilan, pengetahuan, Pendidikan dan pengalaman kerja bagi pelamar kerja sangat penting karena mereka akan terlibat dalam proses pelayanan klinis dan bekerja secara langsung dengan pasien. Hal ini bertujuan untuk melindungi pasien-pasien. Standar ini meliputi:

 - (a) Perencanaan
 - (b) Kesehatan dan keselamatan staf
 - (c) Penentuan keanggotaan staf medis
 - (d) Pemberian kewenangan klinis staf medis
 - (e) Evaluasi praktik profesional berkelanjutan bagi anggota staf medis
 - (f) Pengangkatan kembali staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis
 - (g) Staf keperawatan
 - (h) Praktisi kesehatan lainnya
- 6) Manajemen informasi

Dalam memberikan pelayanan yang terkoordinasi serta terintegrasi, organisasi pelayanan kesehatan bergantung pada informasi tentang keilmuan perawatan, pasien, perawatan yang diberikan serta hasil dari perawatan tersebut dan kinerjanya. Selain itu juga merupakan salah

satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan organisasi. Setiap organisasi akan mendapatkan, mengelola dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran (*outcome*) pasien, serta kinerja individu dan kinerja organisasi secara umum. Standar ini meliputi:

- (a) Manajemen informasi
- (b) Manajemen dan penerapan dokumen
- (c) Rekam medis pasien
- (d) Teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan

Standar Keselamatan Pasien menurut (Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia, 2017) meliputi standar:

- a. Hak pasien;
Pasien dan keluarganya memiliki hak mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.
- b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga;
Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
- c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan;
Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- d. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;
Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;
 - 1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - 2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - 3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.

4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.
- f. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien;
 1. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 2. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien.
 1. Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

4. Sasaran Keselamatan Pasien

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN), yang terdiri dari (Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia, 2017).

1) SKP 1 : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Sasaran pertama ini sangat penting diperhatikan oleh seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien haruslah tepat. Sebab, kesalahan dalam proses identifikasi pasien bisa saja terjadi, baik saat diagnosis maupun pengobatan. Kesalahan identifikasi ini bisa terjadi saat pasien sedang terbius, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat, pindah kamar atau faktor lain. Maka, identifikasi pasien ini dilakukan dalam dua kali pengecekan. Pertama, identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan/pengobatan. Kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Ada sedikitnya dua identitas pasien yang harus diidentifikasi, diantaranya nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas, pasien dengan bar-code, dan sebagainya. Nomor kamar pasien dan lokasi tidak bisa digunakan dalam

proses identifikasi pasien ini. Elemen penilaian sasaran identifikasi pasien ini meliputi:

- a. Pasien diidentifikasi dengan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar dan lokasi
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah
- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan atau prosedur; serta
- e. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2) SKP 2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Penggunaan komunikasi dan pemberian informasi yang efektif, efisien, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan melalui berbagai macam media, baik lisan, tulisan, maupun melalui media elektronik. Kesalahan terbanyak di dunia medis dalam komunikasi adalah komunikasi yang dilakukan secara lisan ataupun melalui telepon. Maka, suatu perintah medis (misalnya dari dokter ke perawat) memerlukan pencatatan kembali (di komputer). Setelah itu, diperlukan pemeriksaan kembali (*read back*) apakah perintah medis tersebut telah tepat adalah salah satu langkah tepat. Sejumlah elemen yang harus dipenuhi dalam sasaran komunikasi yang efektif adalah sebagai berikut.

- a. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan lengkap oleh penerima perintah.
- b. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

3) SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai

Selain mendapatkan pelayanan kesehatan berupa tindakan dan perawatan, sejumlah pasien juga tidak akan lepas dari pemberian obat. Hal yang penting diperhatikan oleh petugas medis adalah kehati-hatian jika rencana pengobatan pasien juga mengharuskan adanya konsumsi

obat-obatan. Maka, dalam manajemen *patient safety*, rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*). Hal tersebut bertujuan tidak lain untuk menjaga komitmen rumah sakit dalam tanggungjawab keselamatan pasien.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip, kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/ LASA*).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien misalnya pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat 0,9 % dan magnesium sulfat sama =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa saja terjadi jika perawat tidak mendapatkan orientasi yang baik di unit pelayanan pasien atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebelum ditugaskan atau dalam keadaan gawat darurat. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai ini tentunya melibatkan keutamaan profesionalitas tenaga perawat.

Langkah peningkatan keamanan obat *high alert* ini dapat dilakukan dengan mengembangkan kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar-daftar obat apa saja yang perlu diwaspadai. Salah satunya misalnya dengan memindahkan cairan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke bagian farmasi atau kemudian hanya menempatkan cairan ini di area yang membutuhkan dengan tujuan mencegah pemberian yang kurang hati-hati atau tidak sengaja yang dapat mengancam keselamatan pasien.

4) SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Kendati seluruh proses tindakan-pengobatan pasien sudah menjadi aktivitas rutin bukan lantas membuat tidak adanya kesalahan sama sekali dalam penanganan pasien, termasuk kesalahan lokasi, prosedur ataupun salah operasi. Salah lokasi, salah prosedur dan pasien-salah pada operasi adalah kejadian mengkhawatirkan yang tidak jarang terjadi di rumah sakit. Tentunya, kesalahan ini bermula dari banyak faktor. Bisa disebabkan tidak adanya komunikasi yang efektif antar tim medis, tidak adanya penelaahan ulang catatan medis, tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi

yang akan dioperasi (*site marking*), pemakaian singkatan untuk instruksi tindakan ataupun permasalahan yang berhubungan dengan tidak terbacanya tulisan (*illegible handwriting*).

Rumah sakit juga perlu menerapkan verifikasi praoperatif, khususnya dalam tindakan operasi pada semua kasus. Penandaan lokasi operasi juga harus ada sampai akan dilakukan operasi dan dibuat oleh tim operasi atau orang yang akan melakukan tindakan medis. Penandaan lokasi operasi dilakukan di semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multivel level (tulang belakang).

Verifikasi pra-operatif juga penting dilakukan dengan sejumlah langkah diantaranya memverifikasi lokasi, prosedur dan pasien yang benar, memastikan semua dokumen maupun foto dipampang dan relevan serta verifikasi ketersediaan alat-alat yang diperlukan dalam tindakan sebelum melangsungkan operasi. Jangan sampai, ketika tengah atau sudah melakukan operasi, di tengah jalan diketahui bahwa pasien tertukar, salah atau adanya kesalahan lainnya. Sebab, hal tersebut tentu fatal. Tidak boleh terjadi pula di tengah jalannya operasi ternyata penandaan lokasi operasi salah, alat dan kebutuhan operasi tidak tersedia ataupun kesalahan-kesalahan lainnya.

Rumah sakit juga semestinya menerapkan tahapan sebelum insisi (*time out*) dimana dalam tahap itu dimungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum memulai tindakan dimulai yang melibatkan seluruh tim operasi. Misalnya, kebijakan ini direalisasikan dengan adanya checklist sebelum operasi yang harus diidentifikasi dan dicek satu persatu dalam sebuah tim operasi sebelum operasi dilakukan.

5) *SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan*

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien ataupun profesional layanan kesehatan. Sebab, infeksi biasanya dijumpai dalam seluruh bentuk pelayanan kesehatan. Termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*) dan pneumonia yang seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis yang tidak memenuhi standar.

Maka, sebagai solusi utama dan eliminasi segala macam infeksi di rumah sakit adalah kebijakan mengenai cuci tangan (*hand hygiene*). Praktik cuci

tangan pun harus dilakukan petugas medis, seluruh elemen rumah sakit dan pasien rumah sakit dengan tepat. Pedoman *hand hygiene* biasanya didapatkan di kepustakaan WHO. Setiap rumah sakit juga bisa mengembangkan kebijakan cuci tangan ini dengan dukungan nyata. Misalnya menempatkan sarana cuci tangan baik wastafel berikut sabun cuci tangan hingga meletakkan cairan berbasis alkohol (antiseptik) di setiap sudut ruangan yang dinilai dibutuhkan.

6) *SKP.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh*

Kasus pasien jatuh di rumah sakit dapat dinilai sebagai kejadian yang cukup berat dan memukul sebagai cedera bagi pasien rawat inap. Untuk itu, rumah sakit harus melaksanakan evaluasi secara aktif untuk mengidentifikasi apa saja faktor yang membuat pasien bisa saja jatuh. Misalnya faktor kebersihan rumah sakit atau kesalahan teknis petugas di rumah sakit. Evaluasi juga termasuk melihat riwayat penyakit pasien, obat yang diberikan, gaya jalan hingga pada alat bantu jalan yang digunakan pasien tersebut. Setelah diidentifikasi dan dievaluasi, bisa diterapkan kebijakan demi pencegahan kasus pasien jatuh di rumah sakit.

5. Prinsip Keselamatan Pasien

Prinsip keselamatan pasien menurut Kohn (2000) dalam Hadi (2017) yaitu :

- a) Prinsip 1 : *Provide Leadership*
 - 1) menjadikan keselamatan tujuan utama
 - 2) menjadikan keselamatan pasien tanggung jawab bersama
 - 3) menugaskan seseorang dalam program keselamatan pasien
 - 4) mengembangkan mekanisme yang efektif dalam mengidentifikasi *unsafe* dokter
- b) Prinsip 2 : Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perencanaan proses
 - 1) *Design job fair safety*
 - 2) Menyederhanakan proses
 - 3) Membuat standar proses
- c) Prinsip 3: Pengembangan tim yang efektif
- d) Prinsip 4: Mengantisipasi kejadian yang tak terduga
 - 1) Pendekatan proaktif
 - 2) Menyediakan antidotum
 - 3) Training simulasi
- e) Prinsip 5: Menciptakan atmosfer "*Learning*"

D. Rangkuman

Keselamatan pasien merupakan upaya yang dilakukan untuk terhindar dari risiko atau cedera dalam melakukan pelayanan kesehatan baik bagi tenaga kesehatan maupun bagi pasien itu sendiri. *Patient safety* akan tercipta jika semua pihak yang terkait menyadari akan pentingnya mutu dan kualitas suatu layanan yang dimana sudah diterapkan mulai dari konteks individu sampai dengan konteks organisasi. Jika keselamatan pasien diterapkan maka pasien akan mendapatkan mutu pelayanan yang maksimal, oleh karena lebih awal sudah disiapkan segala sesuatu yang untuk meminimalisir risiko atas terjadinya kejadian tidak diinginkan (KTD).

Tenaga kesehatan dalam sebuah lembaga misalnya rumah sakit baiknya mengetahui dan memahami tujuan, standar, sasaran dan prinsip dari *patient safety* sehingga pelaporan KTD dapat diminimalkan tanpa mencari tau siapa yang salah. Ini tidak berarti bahwa tenaga kesehatan tidak melakukan rangkaian prosedur keselamatan pasien, seperti pengimplementasi *five moment hand hygiene*, sterilisasi alat, menggunakan *hand scoon* steril, serta mengidentifikasi setiap factor risiko infeksi pada pasien untuk berbagai tindakan. Begitu pula dokter yang telah melakukan audit medis, tidak mencederai pasien serta mengikuti standar prosedur tindakan. Seluruh tenaga kesehatan juga mengikuti sertifikasi dan menjalani akreditasi. Hal-hal tersebut tentulah sudah menjadi bagian dari keselamatan pasien dan kewajiban seorang tenaga medis. Dengan adanya manajemen *patient safety* dapat terwujud budaya keselamatan (*safety culture*).

E. Evaluasi

Soal Latihan

1. Terlepasnya pasien dari segala sesuatu yang menimbulkan cedera disebut...
 - a. *Patient safety*
 - b. *Medical error*
 - c. *Safety culture*
 - d. *Sentinel event*
 - e. *Adverse outcome*
2. Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, dan muncul efek samping yang merugikan, contoh tersebut merupakan kejadian....
 - a. Kejadian Nyaris Cedera

- b. Kejadian Tidak Diharapkan
 - c. Kejadian Tidak Cedera
 - d. Kondisi Potensial Cedera
 - e. Kejadian sentinel
- 3. Saat perawat akan memberikan obat, baru diketahui kalau obat yang diambil ternyata salah (diketahui saat *double check*), contoh tersebut merupakan kejadian....
 - a. Kejadian Nyaris Cedera
 - b. Kejadian Tidak Diharapkan
 - c. Kejadian Tidak Cedera
 - d. Kondisi Potensial Cedera
 - e. Kejadian Sentinel
- 4. Tujuan dari keselamatan pasien yaitu...
 - a. Terciptanya budaya keselamatan pasien
 - b. Menurunnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
 - c. Meningkatnya kejadian yang tidak diharapkan
 - d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga mengurangi kejadian
 - e. Memandirikan pasien sehingga menurunkan kejadian yang tidak diharapkan
- 5. Petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan merupakan tujuan keselamatan dalam hal....
 - a. *Safety*
 - b. *Effective*
 - c. *Patient-centered*
 - d. *Timely*
 - e. *Efficient*
- 6. Memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan merupakan tujuan keselamatan dalam hal....
 - a. *Safety*
 - b. *Effective*
 - c. *Patient-centered*
 - d. *Timely*

e. *Efficient*

7. Sasaran yang menitikberatkan pada area yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan serta mengartikan dasar bukti dan solusi berupa *consensus* para ahli untuk masalah tersebut yang meliputi.....
 - a. Pengidentifisian pasien yang kurang tepat
 - b. Komunikasi interpersonal
 - c. Meningkatkan keamanan obat-obatan resiko tinggi
 - d. Memastikan keamanan lingkungan
 - e. Meningkatnya risiko cedera pasien akibat jatuh
8. Perencanaan, kesehatan dan keselamatan staf serta penentuan keanggotaan staf medis termasuk bagian dari standar...
 - a. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien
 - b. Kualifikasi dan Pendidikan staf
 - c. Tata Kelola, kepemimpinan dan arah
 - d. Manajemen informasi
 - e. Pencegahan dan pengendalian infeksi
9. Sasaran patient safety untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan Permenkes tahun 2017 yaitu....
 - a. Mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh
 - b. Meningkatkan komunikasi antar staf
 - c. Meningkatkan penggunaan obat-obatan yang harus diwaspadai
 - d. Menentukan lokasi pembedahan, dan prosedur pembedahan pasien yang beresiko
 - e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
10. Prinsip keselamatan pasien yang menjadikan keselamatan pasien tanggung jawab bersama merupakan prinsip sebagai...
 - a. *Provide Leadership*
 - b. Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perencanaan proses
 - c. Pengembangan tim yang efektif
 - d. Mengantisipasi kejadian yang tak terduga
 - e. Menciptakan atmosfer "*Learning*"

Jawaban :

1. A
2. B

3. A
4. A
5. D
6. B
7. C
8. B
9. E
10. A

REFERENSI

- Hadi Irwan. (2017). Manajemen keselamatan pasien (teori dan aplikasi). Yogyakarta: Deepublish
- Idris, H. (2017). Dimension Of Patient Safety Culture. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.26553/jikm.2017.8.1.1-9>
- Indrayadi, I., Oktavia, N. A., & Agustini, M. (2022). Perawat dan Keselamatan Pasien: Studi Tinjauan Literatur. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 5(1), 62–75. <https://doi.org/10.32584/jkkm.v5i1.1465>
- Ningsih, N. S., & Endang Marlina. (2020). Pengetahuan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Petugas Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 59–71. <https://doi.org/10.37048/kesehatan.v9i1.120>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, https://jdih.baliprov.go.id/uploads/produk_hukum/peraturan/2017/PERMENKES/permenkes-11-2017.pdf
- Winarti, R. S., (2021). Keselamatan, M., & Dalam Keperawatan, P. (n.d.). *Buku Ajar*.
- Pasinringi A. S, Rivai F. (2022). Budaya keselamatan pasien dan keselamatan kerja. Nas Media Pustaka: Yoyakarta

GLOSARIUM

- Keselamatan pasien adalah merupakan terbebasnya pasien dari luka karena tindakan medis atau *medical error*.
- KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien
- KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien
- KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
- Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

BAB 2

BUDAYA DALAM LINGKUP KERJA PERAWAT DALAM PENINGKATAN KESELAMATAN PASIEN

Ernauli Meliyana., S.Kep., Ns., M.Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 2

BUDAYA DALAM LINGKUP KERJA PERAWAT DALAM PENINGKATAN KESELAMATAN PASIEN

Ernauli Meliyana., S.Kep., Ns., M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan yang peka terhadap kebutuhan pasien termasuk kebutuhan yang sesuai dengan budaya keselamatan pasien di RS
2. Mahasiswa mampu menciptakan sebuah lingkungan kolaboratif yang kondusif dan sehat, aktivitas kerja yang ramah lingkungan yang menekankan pada keselamatan pasien.
3. Mahasiswa mampu meningkatkan derajat keehatan pasien dan terjaganya kondisinya sehingga dapat menjadi dasar peningkatan mutu dari suatu rumah sakit.

B. Pendahuluan

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu pelayanan yang sangat dibutuhkan pasien di Rumah sakit. Sebagai seorang perawat kita harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat dan benar sesuai dengan kebutuhan pasien dengan memperhitungkan keselamatan pasien, Paradigma pelayanan program keperawatan mengarah pada paradigma mutu-keselamatan yaitu menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan berkesinambungan, serta perlunya peningkatan mutu pelayanan karena semakin tinggi mutu pelayanan maka semakin tinggi keselamatan pasien .(Turkmen E, et all 2013} Program keselamatan pasien yang holistik memerlukan komponen penting dan mendasar: budaya keselamatan pasien. Hal ini penting dalam evaluasi keselamatan rumah sakit dan kualitas layanan. Membangun Gerakan keselamatan pasien di rumah sakit merupakan prioritas utama pada layanan rumah sakit. akan menguntungkan berbagai pihak baik itu rumah sakit maupun pasien sebagai pengguna layanan kesehatan (KKPRS, 2015).

Data tentang keselamatan pasien di dunia masih menunjukkan masalah dalam dunia kesehatan. Institute of Medicine (IOM) pada tahun 2008 melaporkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada rumah sakit di Amerika Serikat yaitu 1.5 juta pasien terluka pertahun dari kesalahan pengobatan, dan 7000 diantaranya dilaporkan meninggal. Menurut data dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) tahun 2007, insiden keselamatan pasien di Indonesia terdiri

dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 46%, Kejadian Nyaris Cidera (KNC) 48%, dan lain-lain 6%. Medication Error menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Lokasi kejadian tersebut berdasarkan provinsi ditemukan DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9%, diikuti Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69 dan Aceh 0,68% (Dede Sri Mulyana, 2013).

Budaya keselamatan pasien adalah nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang berkomitmen untuk mendukung manajemen dan Program Keselamatan Pasien Sorra J, Kabir K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. 2014). Indikator budaya keselamatan yang baik adalah bila budaya keselamatan lebih dari 75% menunjukkan budaya keselamatan pasien kuat/dapat diandalkan dan perlu dipertahankan. Angka antara 50-75% menunjukkan budaya keselamatan pasien sudah cukup baik, namun masih perlu upaya perbaikan yang lebih baik, sedangkan angka < 50 berarti lemahnya budaya keselamatan sehingga memerlukan perbaikan sistem. (KARS. Akreditasi Nasional Rumah Sakit. 2018)

Sistem budaya keselamatan yang terdapat dalam organisasi dapat bersifat positif dengan adanya komunikasi terbuka yang berdasarkan nilai-nilai organisasi dan kepercayaan serta adanya persepsi yang didukung oleh anggota organisasi atau individu dalam suatu organisasi (Hammer et al., 2011).

C. Konsep Materi

1. Konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien

Pelayanan kesehatan merupakan kerja sistem yang berpotensi mengalami error, maka atas dasar agar potensi kesalahan dapat diminimalkan dilakukan penyusunan sistem yang lebih aman. Masyarakat mendapat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan mulai dari PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) tingkat pertama, kedua dan ketiga. Pemberian pelayanan kesehatan harus berfokus pada pasien. Perawat dan semua tenaga kesehatan harus terus menjaga keselamatan pasien. Keselamatan pasien adalah menghindari atau mengurangi hingga ketingkat yang dapat diterima dari bahaya aktual atau risiko dari pelayanan kesehatan atau lingkungan dimana pelayanan kesehatan diberikan *National Health Performance Committee* (NPHC, 2001, dikutip dari *Australian Institute Health and Welfare* (AIHW, 2009) (Komite Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015), Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll) terkait pelayanan yang lebih aman. Termasuk di dalamnya

asesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko. (*Chief Medical Officer*, 1999, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, 1999) Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi :

- a) Asesmen resiko
- b) Identifikasi dan pengelolaan resiko pasien
- c) Pelaporan dan analisis insiden
- d) Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya Serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI Nomor 11, 2017)

Arm/cedera adalah Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang termasuk harm adalah: "Penyakit cedera, penderitaan cacat dan kematian".

- a) Penyakit/*Disease* Disfungsi fisik atau psikis
- b) Cedera/*Injury*: Kerusakan jaringan yang diakibatkan *agent*/ keadaan
- c) Penderitaan/*Suffering*: Pengalaman/ gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi dan ketakutan.
- d) Cacat / *Disability*: Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktivitas, dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan *harm* yang terjadi sebelumnya atau saat ini. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

Tujuan Utama dari keselamatan pasien di Rumah Sakit adalah :

- a) Terciptanya budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan
Tujuan utama diadakannya pasien *safety* adalah untuk menciptakan Adanya kebudayaan keselamatan yang terdapat pada rumah sakit. Dengan adanya kebudayaan keselamatan inilah seseorang yang berada di lingkungan rumah sakit akan lebih sadar terhadap para pasien yang membutuhkan.
- b) Menurunkan kejadian yang tidak diharapkan di fasilitas kesehatan
KTD atau kejadian tidak diinginkan akan semakin menurun di lingkungan rumah sakit karena seseorang di lingkungan rumah sakit akan lebih sadar terhadap keselamatan. Oleh karena itu, risiko kejadian tidak diinginkan akibat dari kesalahan pengobatan ataupun kesalahan jenis obat yang dikonsumsi akan banyak berkurang.

- c) Meningkatnya akuntabilitas fasilitas kesehatan
- d) Tidak hanya adanya penurunan kejadian tidak diinginkan di rumah sakit, dengan adanya kesadaran keselamatan di rumah sakit juga akan meningkatkan akuntabilitas rumah sakit pada pasien maupun masyarakat sehingga seseorang akan lebih percaya terhadap Rumah Sakit tersebut.
- e) Terlaksananya program keselamatan pasien di fasilitas kesehatan Mencegah hal-hal yang tidak diinginkan memang cukup penting untuk dilakukan di lingkungan rumah sakit dan dengan adanya pasien *safety* di rumah sakit juga akan melaksanakan program program tersebut sebagai upaya untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan lagi

Tujuan dari keselamatan pasien adalah :

- a) Aman (*Safety*), yaitu pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau cedera
- b) Efektif (*Effective*), yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
- c) Berfokus pada pasien (*Patient-centered*) yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien
- d) Menurunkan waktu tunggu (*timely*), yaitu petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan
- e) Efisien (*Efficient*), yaitu menggunakan bahan dan alat sesuai dengan keperluan
- f) Pelayanan sesuai standar (*Equitable*), yaitu petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan

2. Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. (Permenkes RI Nomor 11, 2017) Informasi tentang resiko keselamatan pasien pada tatanan perawatan kesehatan primer sebagian berasal dari penelitian tentang kesalahan dan kejadian yang dilaporkan, termasuk penelitian yang telah mencoba mengembangkan taksonomi untuk mengklasifikasikan jenis kesalahan dan insiden yang terjadi (*Australian Commision on Safety and Quality in Health Care*, 2010)

Istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya : (Permenkes RI Nomor 11, 2017)

- a) Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *Reportable Circumstance* adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Contoh : Kerusakan ventilator, Obat tanpa label waktu *expired*

- b) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

Contoh: Saat perawat akan memberikan obat, baru diketahui kalau obat yang diambil ternyata salah (diketahui saat double check)

- c) Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, akan tetapi tidak muncul tanda tanda efek samping obat yang merugikan

- d) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* adalah insiden yang menyebabkan cedera pada pasien .

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, dan muncul efek samping yang merugikan (alergi, muntah, keracunan, dll)

- e) Kejadian SENTINEL adalah Suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk Mempertahankan kehidupan baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

Contoh :

- 1) Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah
- 2) Tindakan invasive/ pembedahan pada bagian tubuh yang keliru
- 3) Ketinggalan instrument / alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakan pembedahan
- 4) Bunuh diri pada pasien rawat inap
- 5) Embolisme gas intravaskuler yang mengakibatkan kematian / kerusakan neurologis
- 6) Reaksi Haemolitis transfuse darah akibat inkompatibilitas ABO
- 7) Kematian Ibu melahirkan

- 8) Kematian bayi " Full-Term" yang tidak diantisipasi, Penculikan bayi, Bayi tertukar, Perkosaan/Tindakan kekerasan terhadap pasien, staf, maupun pengunjung
- 9) Kejadian sentinel yang berdampak luas/ Nasional diantaranya berupa kejadian yang sudah terlanjut di "*blow up*" oleh media, kejadian yang menyangkut pejabat, selebriti dan *public figure* lainnya, Kejadian yang melibatkan berbagai institusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan lain, kejadian yang menyangkut moral, misalnya : perkosaan atau tindakan kekerasan

3. Indikator Patient Safety (IPS)

Indikator *patient safety* merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit. Indikator ini dapat digunakan bersama dengan data pasien rawat inap yang sudah diperbolehkan meninggalkan rumah sakit. Indikator *patient safety* bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan risiko di sisi pasien. Dengan mendasarkan pada IPS ini maka rumah sakit dapat menetapkan upaya-upaya yang dapat mencegah timbulnya outcome klinik yang tidak diharapkan pada pasien.

Secara umum IPS terdiri atas 2 jenis, yaitu IPS tingkat rumah sakit dan IPS tingkat area pelayanan.

- a. Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medik di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medik.
- b. Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medik yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medik.

Tujuan penggunaan Indikator *Patient Safety*

Indikator *patient safety* (IPS) bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, seperti misalnya untuk menunjukkan:

1. Adanya penurunan mutu pelayanan dari waktu ke waktu.

2. Bahwa suatu area pelayanan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagaimana yang diharapkan.
3. Tingginya variasi antar rumah sakit dan antar pemberi pelayanan.
4. Disparitas geografi antar unit-unit pelayanan kesehatan (pemerintah vs swasta atau urban vs rural)

Gambar 2.1 Enam sasaran keselamatan kerja



Sumber: Komisi Akreditasi Rumah Sakit Instagram

4. Pelaporan Insiden, Analisis dan Solusi

Salah satu metode untuk mengidentifikasi resiko adalah dengan mengembangkan system pelaporan dan sistem analisis. Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukan investigasi selanjutnya.

Tujuan Pelaporan insiden Keselamatan Pasien :

a. Tujuan Umum: (Rahayu Winarti, 2021)

- 1) Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD, KNC, KTC dan KPC)
- 2) Meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien

b. Tujuan Khusus

- 1) Rumah Sakit (Internal)
 - a) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan Insiden keselamatan pasien di rumah sakit
 - b) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah

- c) Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

Pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang Kembali, dan dibuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi. Yang membuat laporan adalah siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian/insiden atau terlibat dalam insiden.

Seluruh karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi: formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

Masalah yang sering menghambat dalam Laporan Insiden

- Laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat
- Laporan sering disembuyikan/ underreport, karena takut disalahkan
- Laporan sering terlambat
- Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan (*Blame Culture*)

D. Rangkuman

Keselamatan pasien merupakan upaya untuk melindungi hak setiap orang terutama dalam pelayanan kesehatan agar memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Indonesia salah satu negara yang menerapkan keselamatan pasien sejak tahun 2005 dengan didirikannya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Peraturan perundang-undangan memberikan jaminan kepastian perlindungan hukum terhadap semua komponen yang terlibat dalam keselamatan pasien, yaitu pasien itu sendiri, sumber daya manusia di rumah sakit, dan masyarakat. Ketentuan mengenai keselamatan pasien dalam peraturan perundang-undangan memberikan kejelasan atas tanggung jawab hukum bagi semua komponen. Penatalaksanaan patient safety dalam fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan secara optimal hal ini dapat diketahui dari masih adanya indikator pelaksana *patient safety* yang dilakukan. Hambatan yang dirasakan dalam pelaksanaan *patient safety* adalah kurangnya pengetahuan

terhadap pentingnya *patient safety* serta kuantitas baik sumber daya manusia maupun sarana dan prasarananya

Oleh karena itu diharapkan seluruh komponen sarana pelayanan kesehatan bekerja sama dalam upaya mewujudkan *patient safety* karena upaya keselamatan pasien hanya bisa dicapai dengan baik dengan kerjasama semua pihak yang mengacu pada perkembangan keselamatan pasien (*patient safety*) internasional yang disesuaikan dengan kondisi yang ada di Indonesia, dan setiap rumah sakit menerapkan sistem keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan aman serta menjalankan peraturan perundangundangan yang mewajibkan untuk itu. Agar seluruh komponen sarana pelayanan kesehatan bekerja sama dalam upaya mewujudkan *patient safety* karena upaya keselamatan pasien hanya bisa dicapai dengan baik dengan kerjasama semua pihak.

E. Evaluasi

1. Pemerintah bertanggungjawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Manakah sistem tersebut:
 - a. *Assessment* untuk memperoleh data
 - b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait penyakit pasien
 - c. Pelaporan dan analisis insiden
 - d. Tindak lanjut dan implementasi solusi akibat resiko
2. Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien dilakukan melalui:
 - a. 7 langkah menuju keselamatan pasien
 - b. Standar keselamatan pasien
 - c. Program akreditasi rumah sakit
 - d. Pelaporan insiden
3. Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Tunjuk penggerak/champion keselamatan pasien di tiap unit. Siapakah yang bertanggungjawab untuk membangun budaya keselamatan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut?
 - a. Pemimpin yang kuat
 - b. Penggerak/champion
 - c. Atasan Langsung
 - d. Pasien

4. Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden. Termasuk dalam langkah-langkah keselamatan pasien manakah pernyataan tersebut?
 - a. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
 - b. Bangun budaya keselamatan
 - c. Integrasikan kegiatan manajemen resiko anda
 - d. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
 - e. Budaya tidak menyalahkan orang lain

5. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional). Karena laporan itu bisa berdampak penting untuk pembelajaran. Insiden yang seperti apakah yang harus dilaporkan?
 - a. Kejadian dilihat secara langsung dan dilaporkan ke atasan
 - b. Kejadian yang sudah terjadi maupun yang sudah dicegah
 - c. Kejadian yang sudah terjadi
 - d. Kejadian yang sudah dicegah
 - e. Kejadian yang nyaris terjadi

Kunci jawaban

1. C 4. A
2. C 5. B
3. A

REFERENSI

- Chief Medical Officer. An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from Incidents in the National Health Service.* London, Department of Health, 1999.
- Dede Sri Mulyana (2013) Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta.
- Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Wirtz, M., Manser, T., & Pfeiffer, Y. (2011). *Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS _ M)*. *BMC Health Services Research*, 11(1), 165. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-16>
- KARS. Akreditasi Nasional Rumah Sakit Edisi 1. 2018;
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system* Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
- KKPRS. Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident. 2012
- Kemenkes Permenkes RI Nomor 11, 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Diterbitkan online 2017.
- National Health Performance Committee (NPHC, 2001, dikutip dari Australian Institute Health and Welfare (AIHW, 2009)*
- Rahayu Winarti. 2021 Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan" Penerbit Weha Press Semarang.
- Sorra J, Kabir K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Menjelajahi hubungan antara budaya keselamatan pasien dan penilaian pasien terhadap perawatan rumah sakit. Jil. 44, Jurnal Administrasi
- Keperawatan. 2014. hal. 131–9 Turkmen E, Baykal U, Intepeler SS, Altuntas S. Persepsi perawat dan faktor yang mempromosikan budaya keselamatan pasien di Turki. *Kualifikasi Perawatan Perawat J.* 2013;28(4):360–7
- WHO Patient Safety Curriculum Guide : Multi Professional Edition* © World Health Organization 2011.

GLOSARIUM

Adverse Event	: Kejadian Tidak Diharapkan/ insiden yang menyebabkan cedera pada pasien
Inkompatibilitas ABO	: Kondisi ketika seseorang menerima tipe golongan darah yang berbeda dalam prosedur transfusi darah. Hal ini dapat memicu reaksi sistem kekebalan tubuh sehingga menimbulkan gejala seperti demam, mual, hingga sesak napas
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan/ Insiden yang menyebabkan cedera pada pasien
KPC	: Kondisi Potensial Cedera / Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera / Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien
KTC	: Kejadian Tidak Cedera / Insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera

BAB 3

K3 DALAM KEPERAWATAN: PENTINGNYA, TUJUAN, MANFAAT, & ETIKA

Dr. Fajrillah Kolomboy, M.Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 3

K3 DALAM KEPERAWATAN: PENTINGNYA, TUJUAN, MANFAAT & ETIKA

Dr. Fajrillah Kolomboy, M.Kep

A. Tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan pentingnya keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam keperawatan.
2. Menjelaskan tujuan keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam keperawatan.
3. Menjelaskan manfaat keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam keperawatan
4. Menjelaskan etika keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam keperawatan

B. Pendahuluan

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan salah satu isu penting di dunia kerja saat ini termasuk di lingkungan rumah sakit. Angka kecelakaan kerja di rumah sakit lebih tinggi dibandingkan tempat kerja lainnya dan sebagian besar diakibatkan oleh perilaku yang tidak aman. Demikian juga dengan Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan global dan menjadi isu kesehatan yang sangat kompleks serta melibatkan banyak pihak. Dimana Setiap tahunnya terjadi 134 Juta Kasus dan berkontribusi terhadap 2,6 juta kematian yang terjadi dinegara yang berpenghasilan rendah dan menengah serta 15% menguras biaya tak terduga dari rumah sakit (WHO, 2019. dalam Kolomboy. 2021).

Perawat adalah tenaga kesehatan yang paling besar jumlahnya dan paling lama kontak dengan pasien, sehingga sangat berisiko dengan pekerjaannya, namun banyak perawat tidak menyadari terhadap risiko yang mengancam dirinya, melupakan keselamatan dan kesehatan kerja (Sianipar. 2020). Dalam Bab ini kita akan membicarakan tentang pentingnya, tujuan, manfaat dan etika perawat dalam keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam keperawatan.

C. Konsep Materi

1. **Pentingnya keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam keperawatan.**

Keselamatan kesehatan kerja (K3) dan keselamatan pasien dalam Keperawatan merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi kualitas kerja perawat. Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien, keselamatan pasien merupakan prioritas penting di rumah sakit, karena masalah keselamatan pasien berkaitan erat dengan kualitas dan citra rumah sakit itu sendiri. Selain itu, untuk mengurangi terjadinya kecelakaan atau resiko bahaya pemberi layanan kesehatan dan layanan keperawatan dalam hal ini tenaga medis tenaga kesehatan yang lain serta perawat harus mampu menerapkan K3 dengan baik dan benar (Junimiserya. 2020).

Keselamatan pasien merupakan prioritas penting di Rumah Sakit karena berkaitan dengan citra dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit. upaya untuk mencegah insiden yang berefek buruk terhadap pasien sehingga dapat menyebabkan cedera atau komplikasi. Upaya yang dilakukan Rumah Sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien antara lain melalui program tujuh langkah menuju keselamatan rumah sakit dan penerapan standar keselamatan pasien rumah sakit. Selain itu untuk mengurangi terjadinya kecelakaan atau resiko bahaya perawat harus mampu menerapkan K3 dengan baik dan benar (Winarti. 2021)

2. Tujuan keselamatan kesehatan kerja dan Keselamatan pasien dalam keperawatan

- a. Untuk mencegah, mengurangi, bahkan menihilkan resiko penyakit dan kecelakaan akibat kerja (KAK) serta meningkatkan derajat kesehatan para pekerja sehingga kualitas kerja meningkat.
- b. Untuk menjamin keselamatan dan kesehatan kerja sehingga para tenaga kesehatan khususnya perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan dengan aman.
- c. Untuk mendukung pencapaian zero accident di rumah sakit, mencegah, mengurangi, bahkan menihilkan resiko penyakit dan kecelakaan akibat kerja (KAK) serta meningkatkan derajat kesehatan para pekerja sehingga produktivitas kerja meningkat.
- d. Untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas kerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan serta membantu perawat untuk mencapai kinerja yang optimal dalam pemberian pelayanan keperawatan di rumah sakit, klinik, perawatan di rumah dan komunitas dengan

meminimalisir resiko bahaya bagi dirinya selaku pemberi pelayanan dan juga bagi pasien yang mendapatkan pelayanan.

- e. Membantu meningkatkan angka keselamatan pasien dan juga perawat serta mengurangi terjadinya kesalahan dalam pelayanan keperawatan.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan bertujuan untuk mendukung pencapaian zero accident di rumah sakit, meningkatkan angka keselamatan pasien dan juga perawat, serta menjaga citra rumah sakit.

3. Manfaat keselamatan kesehatan kerja dan Keselamatan pasien dalam keperawatan

- a. Menciptakan tempat kerja yang aman, sehat, bebas dari pencemaran lingkungan dan melindungi keselamatan serta kesehatan para pekerja. Upaya pengendalian semua bentuk potensi bahaya yang ada di lingkungan tempat kerjanya. Bila semua potensi bahaya telah dikendalikan dan memenuhi batas standar aman, maka akan memberikan kontribusi terciptanya kondisi lingkungan kerja yang aman, sehat, dan proses produksi menjadi lancar.
- b. Membuat asuhan pasien lebih aman karena adanya asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan juga mencegah terjadinya cedera.
- c. Untuk memperoleh kepercayaan atau akuntabilitas rumah sakit pada pasien maupun masyarakat sehingga seseorang akan lebih percaya terhadap Rumah Sakit tersebut.

4. Etika keselamatan kesehatan kerja dan Keselamatan pasien dalam keperawatan

Tenaga medis dalam hal ini Dokter, tenaga kesehatan dan perawat serta semua orang yang bekerja di sistem kesehatan berkomitmen untuk merawat, membantu, menghibur dan merawat pasien dan memiliki keunggulan dalam penyediaan layanan kesehatan untuk semua orang yang membutuhkannya. Seorang tenaga kesehatan dalam melaksanakan manajemen K3 harus memiliki sikap yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan dimana seluruh nilai positif yang ada dalam dirinya. Sikap dan perilaku itu tercermin dalam:

- a. **Integritas Profesional:** Seorang perawat harus berkomitmen untuk mematuhi standar tertinggi dalam praktek perawatan kesehatan. Mereka tidak boleh mengambil risiko yang dapat membahayakan kesehatan atau keselamatan pasien atau staf lainnya.
- b. **Kewajiban Profesional:** Seorang perawat memiliki kewajiban etis untuk melindungi dan mempromosikan kesejahteraan pasien, termasuk memastikan keamanan di tempat kerja.
- c. **Keterbukaan dan Komunikasi:** Seorang perawat harus berkomunikasi dengan jujur dan terbuka tentang situasi atau kondisi yang dapat mempengaruhi keselamatan kerja. Mereka juga harus melaporkan pelanggaran atau situasi berbahaya kepada pihak berwenang.
- d. **Kesadaran akan Dampak Tindakan:** Seorang perawat harus memahami bahwa keputusan atau tindakan mereka dapat memiliki konsekuensi terhadap keselamatan dan kesehatan orang lain di sekitarnya. Mereka harus berpikir secara kritis sebelum mengambil tindakan tertentu

Penting untuk diingat bahwa etika perawat tidak hanya mencakup tindakan individu, tetapi juga mencakup kolaborasi dalam tim perawatan dan komitmen terhadap standar praktik kesehatan yang tinggi. Dengan mematuhi prinsip-prinsip etika ini, perawat dapat memainkan peran yang sangat penting dalam memastikan keselamatan dan kesehatan optimal bagi pasien dan staf medis.

D. Rangkuman

Keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien sangat penting dalam menjaga kualitas layanan kesehatan. Menerapkan praktik-praktik yang aman dan meminimalkan risiko dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien dan menjaga kesejahteraan pekerja dalam lingkungan perawatan kesehatan. Dalam praktik keperawatan, kedua aspek ini harus diprioritaskan dan diintegrasikan untuk mencapai perawatan yang lebih baik bagi pasien serta kesejahteraan pekerja di bidang kesehatan.

E. Evaluasi

1. Mengapa penting bagi perawat untuk memahami dan mematuhi prinsip-prinsip keselamatan kesehatan kerja dalam praktik keperawatan? Berikan contoh situasi di mana melanggar prinsip-prinsip ini dapat memiliki dampak negatif pada pasien dan staf?

2. Sebutkan beberapa manfaat keselamatan pasien yang dapat diperoleh melalui pelaksanaan protokol dan praktik terkait keperawatan yang aman. Bagaimana keselamatan pasien dapat memengaruhi kualitas perawat?
3. Jelaskan hubungan antara keselamatan kesehatan kerja dan keselamatan pasien dalam konteks keperawatan. Bagaimana pemahaman yang baik tentang kedua aspek ini dapat meningkatkan kualitas layanan perawatan kesehatan?
4. Sebagai seorang perawat, apa yang harus Anda lakukan ketika Anda menyadari bahwa ada potensi bahaya di lingkungan kerja Anda yang dapat membahayakan pasien Anda? Berikan contoh tindakan konkret yang dapat Anda ambil dalam situasi ini?
5. Bagaimana perawat dapat memainkan peran yang aktif dalam mempromosikan budaya keselamatan di unit perawatan atau rumah sakit? Berikan strategi konkret yang dapat membantu dalam meningkatkan kesadaran akan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja?

REFERENSI

- Albyn Faiqh Devanda. et al. 2022. *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja* Media sains Indonesia dan Penulis. Bandung
- Akhriansyah, M., et al (2023). *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kerja Dalam Keperawatan*. Get Press Indonesia
- Anjaswarni T, Milwati S, Ayu Angelina Marpaung K. 2022. *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecelakaan Kerja Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan/Keperawatan Di Rumah Sakit*. J Kesehatan Kusuma Husada.
- Aryanti Sri. et al 2023. *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia. Jambi.
- Darmayani Satya. et al 2023. *Kesehatan Keselamatan Kerja*. Widina bakti Persada. Bandung
- Kolomboy Fajrillah. 2021. *Pengembangan Model Kepemimpinan Transformasional Berbasis Spiritual Terhadap Budaya Organisasi Dan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Kota Palu*. Repository Unhas.ac.id
- Sianipar Y. 2020 *Kesehatan Kerja Serta Terhindar Dari Bahaya Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan*.; Available from: <https://osf.io/preprints/tx28m/>
- Surjana IWG. 2022 *Buku Ajar Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Eureka Medika Aksara. Purbalingga.
- Tutiany. et al. 2017. *Buku Ajar Keperawatan"Manajemen Keselamatan Pasien*. BPPSDM Kemenkes RI. Jakarta
- Wahyudi I, Handiyani H. 2023. *Peran Perawat Manajer Pada Pelayanan Kesehatan Primer*. Studi Literatur. J Sahabat Keperawatan.
- Winarti Rahayu. 2021. *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien dalam keperawatan* : Weha Pres. Semarang.
- Zalukhu, Junimiserya. 2020 *Pentingnya Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan*.

BAB 4

KEBIJAKAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN

KERJA YANG BERKAITAN DENGAN

KEPERAWATAN DI INDONESIA

Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.H

BAB 4

KEBIJAKAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA YANG BERKAITAN DENGAN KEPERAWATAN DI INDONESIA

Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.H

A. Tujuan pembelajaran

1. Mampu memahami regulasi pembentukan kebijakan Keselamatan pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja (K3) yang berlaku di Indonesia.
2. Mampu memahami kebijakan Keselamatan dan Keselamatan Kesehatan Kerja (K3) yang berkaitan dengan keperawatan secara nasional.
3. Mampu memahami penerapan peraturan perundangan dalam bentuk kebijakan Keselamatan pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja (K3) yang berkaitan dengan keperawatan di Indonesia

B. Pendahuluan

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan hak yang harus dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) kepada dokter, perawat, bidan dan tenaga lainnya yang terlibat dalam pengelolaan, pelayanan dan pengembangan fasyankes. Hal ini dikarenakan fasyankes merupakan tempat kerja yang memiliki risiko bahaya yang disebabkan oleh faktor biologi seperti virus, bakteri, jamur, faktor kimia seperti gas anestesi, bahan kimia berbahaya, faktor ergonomi seperti posisi mengangkat beban yang salah, faktor fisik seperti pencahayaan, bising, getaran, suhu, serta faktor psikososial seperti hubungan antara rekan kerja, jam kerja yang berlebihan sehingga dapat menyebabkan kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja yang dapat menyebabkan penurunan kemampuan fisik atau mental, cacat, bahkan sampai dengan kematian.

Untuk itu diperlukan kebijakan K3 dalam ruang lingkup fasyankes. Kebijakan K3 harus dibuat secara tertulis, mencantumkan tanggal bulan dan tahun, ditandatangani oleh pimpinan atau pejabat fasyankes yang berkompeten atau komite K3 yang ditunjuk, secara jelas menyatakan tujuan dan sasaran K3 serta komitmen terhadap peningkatan K3 sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia. Kebijakan tersebut harus ditujukan untuk mendorong dan memajukan hak pekerja atas lingkungan kerja yang aman dan sehat di semua tingkatan dalam menilai dan memerangi sumber risiko atau bahaya pekerjaan dan mengembangkan budaya keselamatan dan kesehatan preventif nasional yang mencakup informasi, konsultasi dan pelatihan. Artikulasi kebijakan tersebut menegaskan kembali komitmen pemerintah terhadap lingkungan kerja yang

aman bagi pekerja maupun penerima layanan dan memungkinkan pemerintah untuk memenuhi kewajiban.

C. Kebijakan K3 dalam praktik keperawatan

1. Regulasi pembentukan kebijakan K3 dalam keperawatan di Indonesia

Indonesia merupakan negara hukum yang berarti bahwa semua aspek kehidupan yang dilakukan didasarkan pada peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia. Sebelumnya pemerintah Hindia Belanda mengeluarkan peraturan perundangan terkait K3 yang dikenal dengan *Veiligheid Regelement* (VR) untuk menjamin K3 pekerja yang kemudian tahun 1930 disempurnakan dengan STBL 406 sebagai landasan penerapan K3. Tahun 1970 dikeluarkan Undang-undang No.1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja (UUKK). Akan tetapi UUKK masih mencakup secara keseluruhan tenaga kerja tanpa terkecuali termasuk perawat yang merupakan salah satu tenaga kerja di fasyankes. Selain itu Pasal 1602u Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPer) mengatur tentang kewajiban para pengusaha untuk melindungi para pekerja seperti memberikan kesempatan para pekerja yang tinggal bersama untuk dapat menikmati waktu istirahat dan tidak dipotong upah. Hal ini menghindari kecelakaan akibat faktor psikologis. Penerapan dalam keperawatan dapat dilihat bahwa perawat diberikan hari libur paska shift siang 2 kali ataupun libur ditanggal merah tanpa dipotong gaji. Tujuannya adalah untuk mengistirahatkan perawat sehingga beban kerja dan jam kerja tidak *overload*.

Secara luas peraturan perundangan yang berkaitan dengan K3 di Indonesia dalam penerapannya pada profesi perawat termuat dalam :

- a. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1970 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2918);
- b. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4279);
- c. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5059);
- d. Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887)

- e. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- f. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
- g. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612)
- h. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
- i. Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 2000 tentang Keselamatan dan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Radiasi Pengion (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 136, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3992);
- j. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5309);
- k. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
- l. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
- m. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 03 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pemberian Simbol dan Label Bahan Berbahaya dan Beracun;
- n. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja
- o. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 413);

- p. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
- q. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1197);
- r. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Secara khusus

2. Kebijakan dan strategi K3 nasional

Kebijakan secara nasional diberlakukan di Indonesia untuk mendukung K3 dalam ruang lingkup pekerjaan yang termasuk didalamnya adalah fasyankes dengan melakukan strategi yang mendukung kebijakan tersebut. Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan mengedepankan kesehatan dan keselamatan praktik dan yang berupaya mencegah terjadinya bahaya yang terkait dengan pekerjaan dan lingkungan kerja, mengurangi paparan dan memitigasi dampak bahaya sejauh wajar bisa dipraktikkan. Oleh karena itu, manajer di sektor kesehatan dan karyawan lainnya harus mendukung pelaksanaan kebijakan ini sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya. Untuk memfasilitasi kepatuhan terhadap kebijakan ini, semua institusi kesehatan, manajernya, dan lainnya. Penerapan K3 dilakukan berdasarkan kebijakan nasional tentang SMK3. Kebijakan nasional tentang SMK3 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 PP no 50 tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (UUSMK3) sebagai pedoman dalam menerapkan SMK3.

Secara umum kebijakan nasional mengarah pada hal dasar yang berkaitan dengan K3 yaitu:

- a. Meningkatkan koordinasi berdasarkan kemitraan yang saling mendukung.
Dalam hal ini fasyankes memiliki peran penting dalam membentuk sistem koordinasi yang memudahkan dalam pemantaun dan pelaporan K3 yang sedang dijalankan.
- b. Memberdayakan pengusaha, pekerja dan pemerintah agar mampu menerapkan dan meningkatkan budaya K3.
Fasyankes sebagai tempat usaha melibatkan pimpinan dan pelaksana pelayanan serta pemerintah dalam menerapkan kepatuhan penerapan K3 di lingkungan kerja.

- c. Pemerintah berperan sebagai fasilitator dan regulator.
Pemerintah sebagai pembuat peraturan sehingga dapat diturunkan dalam bentuk kebijakan sesuai dengan kondisi fasyankes yang bersangkutan.
- d. Penerapan sistem manajemen K3 sebagai bagian integral dari perusahaan pengelolaan.
Sistem tersebut secara langsung memberikan alur penerapan K3 dan program kerja yang kaitannya dengan penerapan K3.
- e. Pemahaman dan penerapan norma-norma K3 yang berkelanjutan.
Pelatihan dan pendidikan dasar mengenai K3 harus diterapkan secara bertahap agar memudahkan penerapan K3 dalam pelayanan dan pekerjaan.
Untuk mencapai tujuan kebijakan maka diperlukan Strategi nasional yaitu

:

- a. Meningkatkan komitmen pengusaha dan pekerja di bidang K3.
- b. Meningkatkan peran dan fungsi seluruh sektor dalam penerapan K3.
- c. Meningkatkan kemampuan, pemahaman, sikap dan perilaku pengusaha dan pekerja kaitannya dengan budaya K3.
- d. Penerapan K3 melalui manajemen risiko dan pengelolaan risiko perilaku.
- e. Mengembangkan sistem penilaian K3
- f. Pendampingan dan penguatan institusi menerapkan dan meningkatkan budaya K3.
- g. Meningkatkan penerapan sistem informasi K3 yang terintegrasi.
- h. Menanamkan pemahaman tentang K3 sejak dini hingga pendidikan tinggi.
- i. Meningkatkan peran organisasi profesi, perguruan tinggi, praktisi dan orang lain dalam masyarakat dalam meningkatkan pemahaman, kemampuan, sikap, dan perilaku terkait dengan budaya K3.
- j. Meningkatkan integrasi K3 dalam semua disiplin ilmu.

Setiap fasyankes memiliki kewenangan untuk menentukan kebijakan sesuai dengan demografi, visi, misi, komitmen dan program kerja fasyankes sehingga terdapat perbedaan kebijakan di setiap fasyankes akan tetapi tetap mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia.

3. Penerapan peraturan perundangan dalam bentuk kebijakan yang berkaitan dengan keperawatan di Indonesia

Peraturan perundangan dan kebijakan nasional dapat dijadikan dalam pembentukan kebijakan di setiap fasyankes. Proses penyusunan kebijakan di fasyankes meliputi:

- a. Melakukan identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko sesuai dengan kondisi fasyankes
- b. Melakukan perbandingan penerapan K3 dengan fasyankes lain yang lebih baik
- c. Melakukan peninjauan sebab akibat kejadian yang membahayakan di fasyankes
- d. Memberikan kompensasi atas gangguan serta hasil penilaian sebelumnya yang berkaitan dengan keselamatan;
- e. Melakukan penilaian efisiensi dan efektivitas sumber daya yang ada di fasyankes

Secara umum kebijakan yang diberlakukan di setiap fasyankes meliputi:

- a. Fasyankes berkomitmen menjamin keselamatan dan kesehatan kerja tenaga kerja dan pengunjung atau pasien.

Hal ini menunjukkan bahwa fasyankes bertanggungjawab secara penuh terhadap keselamatan dan kesehatan kerja tenaga kerja yang termasuk perawat dan pasien serta keluarga. Untuk perawat disediakan APD, jadwal shift, SPO dalam melakukan tindakan, ruangan khusus, peralatan yang memadai dan lainnya. Sedangkan untuk menjamin keselamatan dan kesehatan pasien, fasyankes menyediakan tenaga kerja yang kompeten sesuai keahliannya dan sarana prasarana yang mendukung.

- b. Fasyankes berkomitmen mematuhi peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja.

Fasyankes memberikan jaminan bahwa semua kegiatan dan pengelolaan yang dilakukan di fasyankes telah didasarkan pada peraturan perundangan yang berlaku sehingga segala sesuatunya dapat dipertanggungjawabkan di depan hukum. Apabila terjadi kecelakaan kerja maka fasyankes bertanggungjawab penuh terhadap pengobatan dan pemulihan perawat. Hal tersebut merupakan bentuk komitmen fasyankes terhadap peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia.

- c. Fasyankes berkomitmen melakukan perbaikan berkelanjutan terhadap sistem manajemen dan kinerja K3 guna meningkatkan budaya k3 yang baik di tempat kerja.

Secara berkala fasyankes akan melakukan peninjauan ulang terhadap kegiatan dan pengelolaan yang dilakukan baik sarana prasarana maupun SPO yang digunakan dalam pelayanan untuk mendukung K3.

Beberapa hal tersebut dapat diterapkan dengan adanya komitmen dari semua pihak yang terlibat dalam pelayanan dan pengelolaan fasyankes mulai dari pimpinan sampai dengan pelaksana pelayanan.

D. Rangkuman

Kebijakan K3 yang ditujukan untuk menjamin keselamatan dan kesehatan kerja bagi tenaga kerja seperti perawat dan juga pengunjung atau penerima layanan. Di Indonesia diberlakukan K3 di setiap sektor dengan didasarkan pada peraturan perundangan yang berlaku. Kebijakan fasyankes secara umum meliputi jaminan terhadap K3 dan peninjauan ulang terhadap kebijakan yang diberlakukan. Perawat diwajibkan bekerja sesuai dengan SPO dalam memberikan pelayanan dan mengikuti peraturan yang telah ditetapkan fasyankes untuk menjamin K3 dalam pelayanan bagi perawat dan pasien serta keluarga.

E. Evaluasi

1. Anda adalah manager keperawatan di salah satu RS yang ditugaskan untuk membuat kebijakan K3 dalam pelayanan keperawatan. Hal pertama yang harus Anda lakukan sebagai manager keperawatan adalah.....
 - a. Melakukan perbandingan penerapan K3 dengan fasyankes lain yang lebih baik
 - b. Melakukan penilaian efisiensi dan efektivitas sumber daya yang ada di fasyankes
 - c. Melakukan identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko sesuai dengan kondisi fasyankes
 - d. Melakukan peninjauan sebab akibat kejadian yang membahayakan di fasyankes
 - e. Memberikan kompensasi atas gangguan serta hasil penilaian sebelumnya yang berkaitan dengan keselamatan
2. Sebagai manager keperawatan, Anda ditunjuk untuk melakukan Penyesuaian SPO dalam tindakan keperawatan, maka kegiatan yang Anda lakukan termasuk dalam.....
 - a. Patuh peraturan perundangan
 - b. Perbaikan berkelanjutan
 - c. Penerapan K3
 - d. Penerapan strategi nasional
 - e. Penerapan SPO

3. Fasyankes melibatkan pimpinan dan pelaksana pelayanan serta pemerintah dalam menerapkan kepatuhan penerapan K3 di lingkungan kerja. Hal ini dilakukan dalam rangka mendukung....
 - a. Kebijakan nasional K3
 - b. Strategi nasional K3
 - c. Pelayanan berbasis K3
 - d. Pengelolaan berbasis K3
 - e. Pelaporan K3
4. Fasyankes bertanggungjawab atas kecelakaan kerja yang terjadi di lingkungan fasyankes. Hal ini merupakan komitmen fasyankes dalam.....
 - a. Mematuhi perintah pimpinan
 - b. Mematuhi peraturan perundangan
 - c. Mematuhi SPO
 - d. Mematuhi jaminan kesehatan
 - e. Mematuhi alur pelaporan
5. Peraturan perundangan yang menjadi dasar penentuan kebijakan K3 yang memberikan waktu istirahat atau libur tanpa dipotong upah kerja adalah
 - a. UU Keselamatan kerja
 - b. UU Kesehatan
 - c. UU Keperawatan
 - d. Permenkes
 - e. Pasal 1602u Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPer)

Kunci jawaban

1. C
2. B
3. A
4. B
5. E

DAFTAR PUSTAKA

- Alli, B. O. (2008). *Fundamental Principles Of Occupational Health And Safety*. International Labour Office.Switzerland
- Brusini, A. (2021). Occupational Health and Safety for Nurses: Literature Review. *Nsc Nursing*, 3(3), 36–50. <https://doi.org/10.32549/opi-nsc-52>
- Elaine M. Papp. (2007). *Occupational Health and Safety Management Programme for Nurses*. International Council of Nurses. Switzerland
- Eshleman, E. J., LeBlanc, M., Rokoff, L. B., Xu, Y., Hu, R., Lee, K., Chuang, G. S., Adamkiewicz, G., & Hart, J. E. (2017). Occupational exposures and determinants of ultrafine particle concentrations during laser hair removal procedures. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12940-017-0239-z>
- Fan, C. J., Pawlik, T. M., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., Wick, E. C., Sexton, J. B., & Makary, M. A. (2016). Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(2), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
- Jeli, S. F., Susmaneli, H., & Soniaferanikajeligmailcom, E. (2021). Analisis Komitmen Dan Kebijakan Dalam Penerapan SMK3 Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2020 Analysis of commitment and policies in implementing Occupational Safety and Health (OSH) in the Tampan Mental H. *Media Kesmas*, 01(01), 40–58.
- Modeling, L. M., Measurement, F., Snowrift, O. N., Environmental, A. R., Regional, S., Power, E., Limited, G. C., Influence, T. H. E., Snow, O. F., On, F., Around, S., Embankment, T. H. E., Wind, I. N., Snow, B., Aspect, O. F., On, R. R., Distribution, S., Model, A. A. C., Simulation, N., ... Maciejowski, J. M. (2019). Title. *Journal of Wind Engineering and Industrial Aerodynamics*, 26(3), 1–4. <https://doi.org/10.1007/s11273-020-09706->
- Sholikin, M. N., & Herawati. (2020). Aspek Hukum Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Bagi Tenaga Medis Dan Kesehatan Di Masa Pandemi. *Majalah Hukum Nasional*, 50(2), 163–182. <https://doi.org/10.33331/mhn.v50i2.74>
- Wilson, C., Crawford, K., & Adams, K. (2022). Translation to practice of cultural safety education in nursing and midwifery: A realist review. *Nurse Education Today*, 110, 105265. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2022.105265>

GLOSARIUM

A

APD : Alat pelindung diri seperti sarung tangan, penutup kepala, hazmat dan lain-lain

F

Fasyankes : Fasilitas pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, dan Klinik

K

K3 : Keselamatan dan Keselamatan Kesehatan Kerja

KUHPer : Kitab Undang-undang Hukum Perdata

S

SMK3 : sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja

SPO : Standart prosedur operasional

V

VR : *Veiligheid Regelement* atau peraturan perundangan terkait K3 yang dikeluarkan oleh pemerintah Hindia belanda

INDEKS

B

bahaya · 2, 6, 8, 10

F

fasyankes · 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

K

K3 · 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

kebijakan · 1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11

keperawatan · 1, 2, 3, 8, 10

Kesehatan · 1, 4, 5, 11, 12, 13, 15

keselamatan · 2, 6, 8, 9, 10

Keselamatan · 1, 3, 4, 5, 11, 12, 13

M

manajemen · 6, 7, 9, 13

N

Negara Republik Indonesia · 3, 4, 5

P

Pemerintah · 4, 5, 6

penerapan · 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11

perawat · 1, 3, 8, 9, 10

S

SPO · 8, 9, 10, 11

U

Undang-undang · 3, 4, 11

Undang-Undang · 3, 4

BAB 5

PERAN MANAJEMEN RISIKO DALAM

KESELAMATAN PASIEN : PROSES DAN HIRARKI

Nining Rusmianingsih, S.Kep.,Ners.,M.Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 5

PERAN MANAJEMEN RISIKO DALAM KESELAMATAN PASIEN : PROSES DAN HIRARKI

Nining Rusmianingsih, S.Kep.,Ners.,M.Kep

A. Tujuan pembelajaran

Mahasiswa dapat memahami tentang Peran Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien khususnya tentang proses dan hirarki.

B. Pendahuluan

Manajemen risiko sangat penting dalam penerapan keselamatan pasien terutama di institusi pelayanan kesehatan agar asuhan pasien yang diberikan lebih aman. Fokus pembahasan pada proses dan hirarki pengelolaan risiko sehingga akan dapat mencegah dan meminimalisasi risiko yang akan terjadi dengan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan dari suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan. Dan apabila risiko sudah terjadi akan dapat diselesaikan dengan langkah alternatif solusi yang tepat.

C. Konsep Materi

Peran manajemen risiko dalam keselamatan pasien sangat penting untuk memberikan lingkungan yang aman dan efektif sehingga tidak merugikan bagi pasien, pegawai dan institusi dengan fokus kepada potensial dan biaya (Pozgar, 2007; Carol, 2009 dan Dukers, 2009). Adapun materi pembelajaran akan diuraikan secara lebih detil di bawah ini.

1. Pengertian manajemen risiko

Manajemen risiko dalam keselamatan pasien sudah banyak dibahas oleh beberapa ahli sebagai berikut :

- a. *Dorfman* (1998) : Manajemen risiko merupakan suatu proses logis dalam usahanya untuk memahami eksposur terhadap suatu kerugian.
- b. *William* (1995) : Manajemen risiko sebagai suatu aplikasi dari manajemen umum yang mencoba untuk mengidentifikasi, mengukur, dan menangani sebab dan akibat dari ketidakpastian pada sebuah organisasi

- c. *Clough and Sears* (1994) : Manajemen risiko merupakan suatu pendekatan yang komprehensif untuk menangani semua kejadian yang menimbulkan kerugian

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa manajemen risiko merupakan kegiatan organisasi untuk mengidentifikasi, menangani dan mengendalikan risiko yang terjadi dengan solusi yang komprehensif.

2. Prinsip manajemen risiko

Berdasarkan ISO 31000 bahwa manajemen risiko mempunyai 11 prinsip yang sangat penting untuk keselamatan pasien, meliputi :

- a. **Menciptakan nilai tambah** (*creates value*)

Berkontribusi pada pencapaian nyata objektif dan peningkatan, seperti kesehatan dan keselamatan manusia, kepatuhan terhadap hukum dan peraturan, penerimaan publik, perlindungan lingkungan, kinerja keuangan, kualitas produk, efisiensi operasi, serta tata kelola dan reputasi perusahaan.

- b. **Bagian integral proses organisasi** (*an integral part of organizational processes*)

Manajemen risiko bagian tanggung jawab manajemen sebagai bagian integral dalam proses organisasi seperti seluruh proses proyek dan manajemen perubahan.

- c. **Bagian dari pengambilan keputusan** (*part of decision making*)

Membantu pengambil keputusan dengan informasi yang cukup sehingga dapat membantu memprioritaskan tindakan dan membedakan berbagai pilihan alternatif tindakan dengan pengambilan keputusan yang tepat.

- d. **Menangani ketidakpastian** (*explicitly addresses uncertainty*)

Menangani ketidakpastian dalam pengambilan keputusan dan cara menanganinya.

- e. **Bersifat sistematis, terstruktur, dan tepat waktu** (*systematic, structured and timely*)

Memiliki kontribusi terhadap efisiensi dan hasil yang konsisten, dapat dibandingkan, serta andal.

- f. **Berdasarkan informasi terbaik yang tersedia** (*based on the best available information*)

Proses pengelolaan risiko berdasarkan pada sumber informasi seperti pengalaman, umpan balik, pengamatan, prakiraan, dan pertimbangan pakar. Meskipun demikian, pengambil keputusan harus mempertimbangkan segala keterbatasan data atau model yang digunakan serta kemungkinan perbedaan pendapat antar pakar.

- g. **Dibuat sesuai kebutuhan (*tailored*)**
Manajemen risiko diharmonisasi dengan profil, konteks eksternal dan internal organisasi.
- h. **Memperhitungkan faktor manusia dan budaya (*takes human and cultural factors into account*)**
Mengakui kapabilitas, persepsi, dan tujuan pihak- pihak eksternal dan internal yang dapat mendukung atau menghambat pencapaian tujuan organisasi.
- i. **Bersifat transparan dan inklusif (*transparent and inclusive*)**
Pelibatan para pemangku kepentingan terutama pengambil keputusan dengan sesuai dan tepat waktu pada semua tingkatan organisasi sehingga tetap relevan dan mengikuti perkembangan.
- j. **Bersifat dinamis, iteratif, dan responsif terhadap perubahan (*dynamic, iterative and responsive to change*)**
Organisasi harus memastikan bahwa manajemen risiko terus menerus memantau dan menanggapi perubahan seiring dengan timbulnya peristiwa internal dan eksternal, perubahan konteks dan pengetahuan, serta diterapkannya pemantauan dan peninjauan, risiko-risiko baru bermunculan, berubah atau hilang.
- k. **Memfasilitasi perbaikan dan pengembangan berkelanjutan organisasi (*facilitates continual improvement and enhancement of the organization*)**
Organisasi harus mengembangkan dan mengimplementasikan strategi untuk memperbaiki kematangan manajemen risikonya.

3. Proses manajemen risiko

Prinsip manajemen risiko merupakan kerangka dasar dan landasan paradigma untuk efektivitas dan efisiensi proses manajemen risiko yang sangat menentukan keberhasilan dalam pengelolaan risiko suatu organisasi. COSO menjelaskan komponen proses manajemen risiko sebagai berikut :

- a. Lingkungan internal (*Internal environment*)
Berkaitan dengan lingkungan organisasi yang meliputi kultur manajemen risiko (*risk-management philosophy*), integritas (*integrity*), perspektif terhadap risiko (*risk-perspective*), selera atau penerimaan terhadap risiko (*risk-appetite*), nilai moral (*ethical value*), struktur organisasi, dan pendelegasian wewenang.
- b. Penentuan tujuan (*Objective setting*)

Menetapkan tujuan organisasi untuk mengidentifikasi, mengakses, dan mengelola risiko. Tujuan diklasifikasikan menjadi *strategic objective* dan *activity objective*.

c. Identifikasi risiko (*Event identification*)

Mengidentifikasi potensial risiko lingkungan internal maupun eksternal organisasi yang dapat mempengaruhi strategi atau pencapaian tujuan organisasi.

d. Penilaian risiko (*Risk assessment*)

Menilai sejauh mana dampak dari events (kejadian atau keadaan) dapat mengganggu pencapaian tujuan organisasi. Besarnya dampak dapat diketahui dari *inherent* dan *residual risk*, dan dapat dianalisis dalam dua perspektif, yaitu: *likelihood* (kecenderungan atau peluang) dan *impact/consequence* (besaran dari terealisirnya risiko). Besarnya risiko setiap kegiatan organisasi merupakan perkalian antara *likelihood* dan *consequence*.

e. Sikap atas risiko (*Risk response*)

Organisasi harus menentukan sikap terhadap hasil penilaian risiko yang meliputi:

- 1) *Voidance*, yaitu dihentikannya aktivitas atau pelayanan yang menyebabkan risiko.
- 2) *Reduction*, yaitu mengambil langkah-langkah mengurangi *likelihood* atau *impact* dari risiko.
- 3) *Sharing*, yaitu mengalihkan atau menanggung bersama risiko atau sebagian dari risiko dengan pihak lain.
- 4) *Acceptance*, yaitu menerima risiko yang terjadi (biasanya risiko yang kecil), dan tidak ada upaya khusus yang dilakukan.

f. Aktivitas pengendalian (*Control activities*)

Berperan dalam menyusun kebijakan dan prosedur untuk menjamin *risk response* terlaksana dengan efektif. Aktivitas pengendalian memerlukan meliputi : integritas dan nilai etika, kompetensi, kebijakan dan praktik-praktik SDM, budaya organisasi, filosofi dan gaya kepemimpinan manajemen, struktur organisasi, serta wewenang dan tanggung jawab.

g. Informasi dan komunikasi (*Information and communication*)

Menyampaikan informasi yang relevan kepada pihak terkait melalui media komunikasi yang sesuai. Faktor yang perlu diperhatikan adalah kualitas informasi, arah komunikasi, dan alat komunikasi. Kualitas informasi dapat berupa *appropriate, timely, current, accurate, dan accessible*. Arah komunikasi dapat bersifat internal dan eksternal. Sedangkan alat

komunikasi berupa diantaranya manual, memo, buletin, dan pesan-pesan melalui media elektronis.

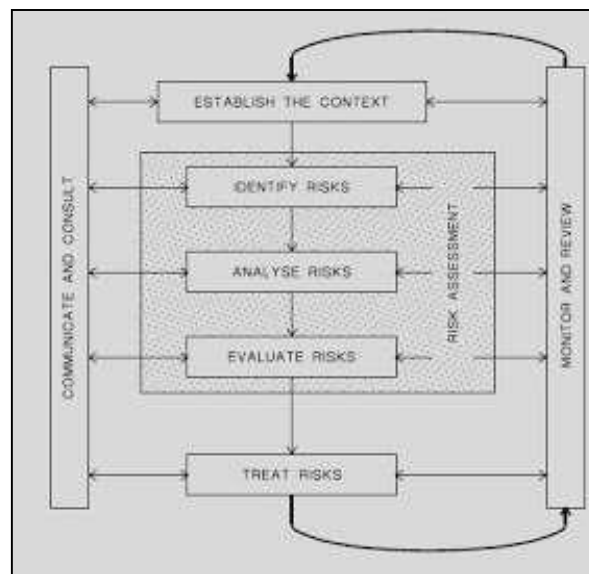
h. Monitoring

Dilaksanakan secara terus menerus (*ongoing*) berupa supervisi, rekonsiliasi, dan aktivitas rutin lainnya, maupun terpisah (*separate evaluation*) biasanya dilakukan untuk penugasan tertentu. Pada monitoring ini ditentukan scope tugas, frekuensi, proses evaluasi metodologi, dokumentasi, dan action plan. Pada proses monitoring perlu dicermati adanya kendala seperti reporting deficiencies, yaitu pelaporan yang tidak lengkap atau bahkan berlebihan (tidak relevan). Kendala ini timbul dari berbagai faktor seperti sumber informasi, materi pelaporan, pihak yang disampaikan laporan, dan arahan bagi pelaporan.

Berdasarkan Manajemen Risiko AS/NZS 4360:2004, tahapan proses manajemen risiko K3 meliputi :

- a. Menentukan Konteks
 - b. Identifikasi Risiko
 - c. Penilaian Risiko
 - d. Pengendalian Risiko
 - e. Komunikasi dan Konsultasi
- f. Pemantauan dan Tinjauan Ulang
- Proses manajemen risiko menurut AS/NZS 4360:2004 digambarkan pada bagan 5.1.

Bagan 5.1 Proses Manajemen Risiko AS/NZS 4360:2004



(Sumber: <http://saiglobal.com>, di akses pada 25 Sept 2023)

Menentukan Konteks

Penentuan konteks dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- 1) Melihat visi misi perusahaan, ruang lingkup bisnis perusahaan mulai dari proses kerja awal sampai akhir. Hal ini karena konteks risiko disetiap perusahaan berbeda-beda sesuai dengan kegiatan bisnis.
- 2) Menetapkan kriteria risiko berdasarkan aspek nilai kerugian yang dapat ditanggulangi oleh perusahaan. Kriteria risiko merupakan kombinasi kriteria tingkat kemungkinan dan keparahan tabel 5.1 dan 5.2

Tabel 5.1. Tingkat Kemungkinan

<i>Likelihood/Probability</i>	<i>Rating</i>	<i>Deskripsi</i>
<i>Frequent</i>	5	Selalu terjadi
<i>Probable</i>	4	Sering terjadi
<i>Occasional</i>	3	Kadang-kadang dapat terjadi
<i>Unlikely</i>	2	Mungkin dapat terjadi
<i>Improbable</i>	1	Sangat jarang terjadi

(Sumber: <http://saiglobal.com>, di akses pada 25 September 2023)

Tabel 5.2. Tingkat Keparahannya

<i>Severity</i>	<i>Rating</i>	<i>Deskripsi</i>
<i>Catastrophic</i>	5	Meninggal dunia, cacat permanen/serius, kerusakan lingkungan yang parah, kebocoran B3, kerugian finansial yang sangat besar, biaya pengobatan >50 juta.
<i>Major</i>	4	Hilang hari kerja, cacat permanen/sebagian, kerusakan lingkungan yang sedang, kerugian finansial yang besar, biaya pengobatan <50 juta.
<i>Moderate/Serious</i>	3	Membutuhkan perawatan medis, terganggunya pekerjaan, kerugian finansial cukup besar, perlu bantuan pihak luar, biaya pengobatan <10 juta.
<i>Minor</i>	2	Penanganan P3K, tidak terlalu memerlukan bantuan dari luar, biaya finansial sedang, biaya pengobatan <1 juta
<i>Negligible</i>	1	Tidak mengganggu proses pekerjaan, tidak ada cedera/luka, kerugian finansial kecil, biaya pengobatan <100 ribu.

(Sumber: <http://saiglobal.com>, di akses pada 25 September 2023)

Skala tingkatan risiko dapat ditentukan dengan menggunakan tabel 5.3.

Tabel 5.3. Skala Tingkatan Risiko

Risk Rank	Deskripsi
17 – 25	<i>Extreme High Risk</i> – Risiko Sangat Tinggi
10 – 16	<i>High Risk</i> – Risiko Tinggi
5 – 9	<i>Medium Risk</i> – Risiko Sedang
1 – 4	<i>Low Risk</i> – Risiko Rendah

(Sumber: <http://saiglobal.com>, di akses pada 25 September 2023)

a. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko merupakan tahapan proses manajemen risiko K3 yang bertujuan untuk mengetahui semua potensi bahaya yang ada pada suatu kegiatan kerja/proses kerja tertentu. Menurut Ramli (54-55:2010), identifikasi bahaya memberikan berbagai manfaat, antara lain:

- 1) Mengurangi peluang kecelakaan karena dengan melakukan identifikasi dapat diketahui faktor penyebab terjadinya kecelakaan.
- 2) Untuk memberikan pemahaman bagi semua pihak mengenai potensi bahaya yang ada dari setiap aktivitas perusahaan, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan karyawan untuk meningkatkan kewaspadaan dan kesadaran akan *safety* saat bekerja.
- 3) Sebagai landasan sekaligus masukan untuk menentukan strategi pencegahan dan penanganan yang tepat, selain itu perusahaan dapat memprioritaskan tindakan pengendalian berdasarkan potensi bahaya tertinggi.
- 4) Memberikan informasi yang terdokumentasi mengenai sumber bahaya dalam perusahaan.

Adapun cara untuk melakukan identifikasi bahaya adalah sebagai berikut :

- 1) Tentukan pekerjaan yang akan diidentifikasi.
- 2) Urutkan langkah kerja mulai dari tahapan awal sampai pada tahap akhir pekerjaan.
- 3) Tentukan jenis bahaya apa saja yang terkandung pada setiap tahapan tersebut, dilihat dari bahaya fisik, kimia, mekanik, biologi, ergonomi, psikologi, listrik dan kebakaran.
- 4) Tentukan dampak/kerugian yang dapat ditimbulkan dari potensi bahaya tersebut. Dalam tahap ini dapat menggunakan metode *What – If*.
- 5) Kemudian catat dalam tabel, semua keterangan yang didapat.

Metode yang dapat digunakan dalam melakukan identifikasi bahaya, antara lain:

- 1) *Job Safety Analysis* (JSA)
- 2) *Job Hazard Analysis*.
- 3) *Fault Tree Analysis* (FTA)
- 4) *Event Tree Analysis* (ETA)
- 5) *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA)
- 6) *Hazards and Operability Study* (HAZOP)
- 7) *Preliminary Hazards Analysis* (PHA)

b. Penilaian Risiko

Penilaian risiko untuk menentukan besarnya tingkatan risiko yang ada. Tahapan ini dilakukan melalui proses analisa risiko dan evaluasi risiko.

Analisa Risiko

Analisa risiko dilakukan untuk menentukan besarnya suatu risiko dengan mempertimbangkan tingkat keparahan dan kemungkinan yang mungkin terjadi. Analisa ini dilakukan berdasarkan konteks yang telah ditentukan oleh perusahaan, seperti tingkat kemungkinan pada Tabel 5.1, tingkat keparahan pada Tabel 5.2 dan skala tingkatan risiko pada Tabel 5.3. Cara melakukan analisa risiko adalah sebagai berikut :

- a) Lakukan analisa dari setiap langkah kerja yang telah diidentifikasi pada tahapan identifikasi bahaya.
- b) Mengukur tingkat kemungkinan terjadinya *incident* dari setiap tahapan kegiatan yang dilakukan berdasarkan acuan konteks yang telah ditentukan pada Tabel 5.1.
- c) Mengukur tingkat keparahan yang dapat ditimbulkan dari setiap potensi bahaya pada setiap tahapan kerja yang telah diidentifikasi berdasarkan acuan konteks yang telah dibuat pada Tabel 12.2.
- d) Melakukan perhitungan untuk mengetahui nilai risikonya.
Persamaan yang digunakan untuk menghitung nilai risiko adalah sebagai berikut.

$$\text{Nilai Risiko} = \text{Tingkat Kemungkinan} \times \text{Tingkat Keparahan}$$

- e) Membuat matriks risiko.

Matriks risiko dibuat untuk menentukan skala dari risiko. Pada Tabel 5.4 dapat dilihat matrik risiko berdasarkan AS/NZS 4360:2004.

Tabel 5.4. Matriks Risiko

Likelihood	Severity				
	Negligible (1)	Minor (2)	Moderate (3)	Major (4)	Extreme (5)
Rare (1)	Low (1x1)	Low (1x2)	Low (1x3)	Low (1x4)	Medium (1x5)
Unlikely (2)	Low (2x1)	Low (2x2)	Medium (2x3)	Medium (2x4)	High (2x5)
Possible (3)	Low (3x1)	Medium (3x2)	Medium (3x3)	High (3x4)	High (3x5)
Likely (4)	Low (4x1)	Medium (4x2)	High (4x3)	High (4x4)	Very High (4x5)
Almost Certain (5)	Medium (5x1)	High (5x2)	High (5x3)	Very High (5x4)	Very High (5x5)

Sumber: AS/NZS 4360:2004, <http://saiglobal.com>, diakses pada 25 September 2023

Evaluasi Risiko

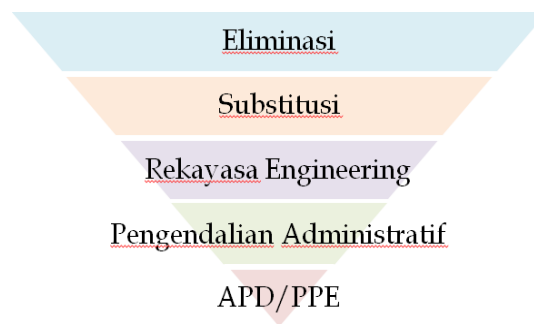
Evaluasi risiko dilakukan untuk menentukan apakah risiko dari setiap tahapan kerja dapat diterima atau tidak. Cara melakukan evaluasi risiko adalah sebagai berikut :

- Perusahaan/organisasi membuat kriteria risiko yang dapat diterima (tingkat risiko *low*), tidak dapat diterima (tingkat risiko *high* dan *very high*) dan dapat ditolerir (tingkat risiko *medium*).
- Setiap tahapan kerja yang telah dianalisa dan diketahui tingkat risikonya, maka lakukan evaluasi apakah tingkatan risiko tersebut dapat diterima, tidak dapat diterima atau dapat ditolerir.
- Jika tingkatan risiko yang ada tidak dapat diterima, maka perlu dilakukan tindakan pengendalian risiko guna menurunkan tingkatan risiko tersebut sampai tingkatan rendah atau dapat ditolerir.

c. Pengendalian Risiko

Berdasarkan Ramli (102:2010) pengendalian risiko merupakan langkah penting dan menentukan dalam keseluruhan manajemen risiko. Pengendalian risiko berperan dalam meminimalisir/mengurangi tingkat risiko yang ada sampai tingkat terendah atau sampai tingkatan yang dapat ditolerir. Cara pengendalian risiko dapat dilakukan dengan menggunakan hirarki pengendalian risiko seperti pada gambar 12.1

Gambar 5.1. Hirarki Pengendalian Risiko



Berdasarkan Gambar 5.1 menggambarkan urutan langkah pengendalian risiko yang meliputi:

- 1) Eliminasi
Memodifikasi proses, metode atau material untuk mengurangi dampak K3.
- 2) Subsitusi
Mengganti material, zat atau proses dengan yang tidak atau kurang berdampak.
- 3) Rekayasa Engineering
Memisahkan risiko agar dampak yang mungkin terjadi dapat di minimalisir dengan metode-metoda kerja untuk perlindungan, penyimpanan di tempat, ruang atau waktu terpisah.
- 4) Pengendalian Administrasi
Menyesuaikan waktu dan kondisi dengan proses administrasi, misalnya dengan membuat *standar procedure* atau *working instruction*, *works permit*, pelatihan-pelatihan dan serta kebutuhan sertifikasi operator dan sertifikasi alat berat.
- 5) Alat Pelindung Diri (APD)
Menggunakan APD yang sesuai dan memadai guna menghindari keparahan dari dampak yang mungkin terjadi. APD ini digunakan sebagai upaya terakhir.

d. Komunikasi dan konsultasi

Tahapan ini dilakukan dengan cara :

- 1) Mengembangkan Prosedur Kerja
Tujuannya adalah sebagai alat pengatur dan pengawas terhadap bentuk pengendalian bahaya yang dipilih.
- 2) Komunikasi

- Menginformasikan pada pekerja tentang penggunaan alat pengendali bahaya dan alasan penggunaannya.
- 3) Menyediakan Pelatihan
Agar pekerja dan personel lainnya lebih mengenal alat pengendali yang diterapkan.
 - 4) Pengawasan
Memastikan alat pengendali bahaya potensial digunakan secara benar.
- e. Pemantauan dan Tinjauan
- Pelaksanaannya dilakukan dengan cara :
- 1) Sifat dari bahaya.
 - 2) *Magnitude* (tinggi/rendah) risiko.
 - 3) Perubahan operasi.
 - 4) Perubahan dari metode kerja.
 - 5) Perubahan peraturan dan organisasi.

D. Rangkuman

Berdasarkan pembahasan pada bab 12, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Proses manajemen risiko terdiri dari penentuan konteks, identifikasi risiko, penilaian risiko, pengendalian risiko, komunikasi dan konsultasi serta pemantauan dan tinjauan.
2. Hirarki manajemen risiko terdiri dari eliminasi, substitusi, rekayasa engineering, pengendalian administratif, dan APD/ PPE

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan 3 pertanyaan sebagai berikut :

1. Proses manajemen risiko terdiri dari beberapa tahapan. Adapun tahapan kedua proses manajemen risiko K3 berdasarkan AS/NZS 4360:2004 adalah :
 - A. Penentuan konteks,
 - B. Identifikasi risiko**
 - C. Penilaian risiko
 - D. Pengendalian risiko
 - E. Pemantauan dan tinjauan
2. Perubahan peraturan dan organisasi merupakan cara yang dilakukan pada tahapan manajemen risiko K3 menurut AS/NZS 4360:2004, yaitu....
 - A. Penentuan konteks,
 - B. Identifikasi risiko

- C. Penilaian risiko
- D. Pengendalian risiko
- E. Pemantauan dan tinjauan**

3. Hirarki manajemen risiko untuk mengendalikan risiko yang mungkin terjadi. Hirarki tahapan terakhir adalah.....
- A. Eliminasi
 - B. Substitusi
 - C. Rekayasa engineering
 - D. Pengendalian administratif
 - E. APD/ PPE**

REFERENSI

AS/NZS 4360. 2004, <http://saiglobal.com>, diakses pada 25 September 2023

<http://ivan.lanin.org/sebelas-prinsip-manajemen-risiko-menurut-iso-31000/>,
diakses pada tanggal 25 September 2023

Ramli. Soehatman, 2010, Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja OHSAS 18001, Jakarta: Dian Rakyat

Ramli. Soehatman, 2010, Pedoman Praktis Manajemen Risiko Dalam Perspektif K3 OHS Risk Management, Jakarta : PT.Dian Rakyat

GLOSARIUM

Daftar istilah penting terdiri dari :

Manajemen risiko, proses manajemen risiko dan hirarki manajemen risiko serta keselamatan pasien dan kesehatan kerja (K3)

INDEKS

Kata yang paling sering digunakan adalah :

1. Risiko
2. Manajemen risiko
3. Proses manajemen risiko

BAB 6

PERAN KERJA TIM UNTUK KESELAMATAN PASIEN

Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep

BAB 6

PERAN KERJA TIM UNTUK KESELAMATAN PASIEN

Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa:

1. Mampu memahami definisi kerja sama tim
2. Mampu menyebutkan beberapa macam-macam tim pelayanan kesehatan
3. Mampu menyebutkan beberapa komponen Kerja sama tim
4. Mampu menyebutkan beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kerja sama tim
5. Mampu mengetahui dan memahami fase pengembangan tim
6. Mampu mengetahui dan memahami Strategi meningkatkan kerja sama tim
7. Peran Tim dalam meningkatkan keselamatan pasien
8. Mampu melakukan mendemonstrasikan Peran Tim dalam meningkatkan keselamatan pasien

B. Pendahuluan

Aktivitas pemberian pelayanan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang beresiko dimana dapat berdampak terhadap keselamatan pasien serta keselamatan petugas kesehatan. Diperlukan upaya yang tepat untuk menghindari masalah yang rentan berupa Kejadian tidak diharapkan agar menjamin bahwa suatu rumah sakit menjalankan apa yang menjadi keharusan dan menghindari hal-hal yang tidak bisa diterima. Kerja tim yang efektif merupakan kunci penting dalam mencapai tujuan keselamatan pasien. Hal yang penting pada konteks keselamatan pasien adalah bagaimana tim bekerja secara efektif dalam melaksanakan peran dan interaksi bersama sesuai keahliannya masing-masing agar tercapai suatu aksi dan visi yang telah disepakati dengan baik. Kerja tim dibutuhkan untuk meningkatkan pemahaman yang lebih baik mengenai konteks keselamatan pasien.

C. Kerja Sama Tim

1. Definisi Kerja Sama Tim
Tim adalah dua atau lebih individu yang berinteraksi yang memiliki karakteristik yaitu:
 - a. Memiliki peran spesifik dan interaksi bersama untuk mencapai tujuan
 - b. Terbentuk untuk membuat suatu keputusan

- c. Memungkinkan adanya pendapat yang berbeda untuk mencapai suatu aksi bersama
- d. Memiliki keahlian baik pengetahuan maupun keterampilan khusus agar tercapai visi dan misi tim.

(Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek P4K-RSP, 2015)

Kerja sama merupakan suatu kegiatan yang dilakukan secara bersama untuk mencapai suatu tujuan. Kerja sama tim merupakan proses psikologis, perilaku dan mental dari anggota tim dalam berkolaborasi satu sama lain untuk melaksanakan tugas dan usaha untuk mencapai tujuan (Forsyth, 2010). Dalam kerja sama tim hal yang menjadi penting adalah fokusnya untuk mencapai tujuan bersama melalui berbagi pengetahuan dan keterampilan.

Proses kerja sama tim adalah cara/ upaya yang digunakan oleh anggota tim untuk menyusun dan mengoordinasikan sumber daya individu mereka (kognitif, afektif, dan perilaku) untuk memenuhi tuntutan tugas yang diperlukan dalam mencapai tujuan bersama. Ketika sumber daya kognitif, motivasi, dan perilaku tim disesuaikan dengan tuntutan tugas, tim ini dikatakan efektif. Dengan demikian, proses tim adalah titik yang memiliki pengaruh utama untuk meningkatkan efektivitas tim (Cooke *et al.*, 2015).

Kerja tim kesehatan dapat ditumbuhkan dari hasil hubungan interpersonal yang baik. Kerja tim dapat diciptakan apabila anggota tim yang bermitra mampu memperlihatkan sikap saling mempercayai dan menghargai, memahami dan menerima keberadaan disiplin ilmu masing-masing, menunjukkan citra diri yang positif, masing-masing anggota profesi yang berbeda dapat menunjukkan kematangan profesional yang sama yang timbul karena pendidikan dan pengalaman, adanya keinginan dan kesadaran untuk berkomunikasi dan negosiasi dalam menjalankan tugas yang interdependen dalam pencapaian tujuan bersama. Masing-masing profesi memiliki kompetensi klinik dan kemampuan interpersonal, menilai dan menghargai pengetahuan yang berbeda dan saling melengkapi (Tim CFHC-IPE, 2014).

Perilaku kerja tim melibatkan kerja sama dalam perawatan yang berpusat pada pasien yaitu mengoordinasikan perawatan seseorang dengan profesional kesehatan lainnya sehingga kesenjangan, redundansi, dan kesalahan bisa dihindari; berkolaborasi dengan orang lain melalui pemecahan masalah bersama dan pengambilan keputusan bersama, terutama dalam keadaan ketidakpastian. Proses ini mencerminkan meningkatnya tingkat saling ketergantungan yang tertanam dalam tim, di suatu unit rumah sakit.

Memahami bagaimana proses pengembangan tim dapat mempengaruhi anggota tim, keseluruhan fungsi tim dan hasil perawatan berbasis tim merupakan bagian penting untuk menjadi anggota tim yang efektif (*Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, 2011).

Partisipasi kerja sama tim dalam kegiatan akan meningkatkan kesadaran akan tugas dan tanggung jawab yang diberikan kepada setiap anggota. Partisipasi membuat anggota tim tahu betul apa yang harus dilakukan sesuai dengan pencapaian tujuan pembentukan tim. Efektivitas kerja sama tim merupakan isu penting. Tanpa partisipasi anggota, tim mungkin tidak mencapai tujuan yang diinginkan. Meningkatkan partisipasi anggota tim memiliki implikasi positif bagi kerja tim itu sendiri. Partisipasi dalam kerja sama tim yang dibentuk adalah sebuah keterlibatan yang mencakup berbagi pendapat, pertimbangan dan saran dalam mencapai tujuan tim kerja. Partisipasi akan meningkatkan rasa kebersamaan dalam tim, yang selanjutnya akan meningkatkan kolaborasi anggota tim dalam penetapan tujuan. Partisipasi dapat mengurangi rasa tertekan dan *inequality* (ketidaksetaraan) dalam kerja sama tim. Partisipasi mengarah pada mekanisme pertukaran informasi dan memungkinkan pemahaman yang lebih baik mengenai tugas yang harus dilakukan (Abdulkadir *et al.*, 2017).

2. Macam-macam tim pelayanan kesehatan

Macam-macam tim pelayanan kesehatan (Team STEPPS) diantaranya:

- a. Tim inti (*core team*) yang bertugas langsung menyediakan pelayanan kesehatan pasien. Contohnya Tim perawatan inap (dokter, perawat, fisioterapis, farmasis).
- b. Tim koordinasi (*coordinating team*) yang bertanggung jawab untuk operasional sehari-hari, manajemen sumber daya dan koordinasi, contohnya: Tim Komite Medik, Tim HRD
- c. Tim tanggap cepat (*contingency team*) yang dapat dibentuk untuk keadaan gawat/keadaan luar biasa atau tim yang harus bekerja cepat (*cardiac arrest team*, dll). Tim ini biasanya diambil dari anggota *core team*, contohnya: Blue team atau Tim IGD (dokter triage, perawat, evakuator)
- d. *Ancillary team* yang bertugas menyediakan pendukung untuk pelayanan pasien, dan biasanya tidak berhubungan langsung dengan pasien, contohnya: Konsultasi gizi yang sesuai dengan kondisi pasien (ahli gizi, dokter penanggungjawab pasien, juru masak).

- e. *Support services*. Tim yang menunjang *core team* yang bersifat tidak langsung, spesifik bekerja pada fasilitas sarana kesehatan, dan menunjang terwujudnya pelayanan prima pada pasien, contohnya: Tim penjamin mutu
 - f. *Administration*. Tim yang terdiri dari *executive leadership* dari unit-unit kesehatan dan bertanggungjawab pada seluruh fungsi dan manajemen organisasi, contohnya: Direksi atau pimpinan fasilitas layanan kesehatan.
- (Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek P4K-RSP, 2015)

3. Komponen Kerja sama tim

Komponen yang diperlukan untuk membentuk kerjasam tim yang baik (Rahmadani, 2016) , diantaranya:

- a. Kesetaraan partisipasi anggota tim dalam penanganan masalah
- b. Mengenali dan menangani konflik yang muncul
- c. Prosedur pengambilan keputusan yang jelas dan transparan
- d. Pertukaran informasi yang rutin antar anggota tim
- e. Akses terhadap fasilitas yang mendukung kerjasam tim
- f. Komunikasi yang saling terbuka satu sama lain
- g. Ada mekanisme evaluasi dan koreksi yang jelas
- h. Lingkungan yang saling mendukung dan menghormati, bukan saling menuduh
- i. Arahkan yang jelas
- j. Pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas.

4. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kerja sama tim

Indikator untuk memahami kerja sama tim dalam proses perawatan yang efektif terdiri dari faktor struktur, proses dan hasil (Deneckere *et al.*, 2010). Faktor-faktor tersebut merupakan sesuatu yang dapat meningkatkan maupun menghambat kerja sama tim. Berikut penjelasan setiap indikator:

a. Faktor struktur tim meliputi:

- 1) Budaya/ iklim kerja sama tim

Merupakan perilaku yang membentuk kerja sama tim di lingkungan kerja

- 2) Budaya organisasi

Merupakan kumpulan nilai dan norma dalam suatu organisasi yang dimiliki bersama dalam berinteraksi satu sama lain dan dengan pemangku kepentingan di luar organisasi

- 3) Interdependensi tim

Merupakan sejauh mana anggota tim bekerja sama dan interaktif untuk menyelesaikan tugas atau hubungan yang saling mempengaruhi dan saling ketergantungan

4) Sumber daya yang tersedia untuk kerja tim

Merupakan penyediaan penghargaan, pengakuan, sistem informasi dan sumber daya waktu

5) Mekanisme koordinasi

Merupakan keberadaan ronde multidisiplin, pedoman dan strategi peningkatan kualitas

b. Faktor proses tim meliputi:

1) Hubungan tim (*Team relations*)

Merupakan kesinambungan interaksi antara profesional kesehatan yang memudahkan proses pengenalan satu akan yang lain; berfokus pada interaksi yang muncul dari berbagai peran yang membentuk suatu proses untuk tujuan integrasi tugas, meliputi:

1. Tujuan bersama (*Shared goals*)
2. Pengetahuan bersama (*shared knowledge*)
3. Saling menghormati (*Mutual respect*)

2) Kualitas kepemimpinan tim (*Quality of team leadership*)

Merupakan suatu taraf/ ukuran baik buruknya proses kepemimpinan untuk mencapai tujuan tim yang dirasakan dari pimpinan tim oleh anggota tim, berupa pernyataan sebagai anggota tim dan pernyataan pimpinan/ ketua tim, meliputi:

1. Memfasilitasi pemecahan masalah tim
2. Memberikan harapan yang jelas dalam kinerja
3. Mengklarifikasi peran anggota tim

3) Komunikasi tim (*Team communication*)

Merupakan keterlibatan dalam penyampaian informasi yang memastikan bahwa pesan yang sesuai dikirim dan informasi yang sesuai dibagi dengan tim, meliputi:

1. Komunikasi lisan: Visit bersama, memberi laporan dan menerima pesan, *case conference*
2. Komunikasi tertulis/ dokumentasi

4) Refleksivitas tugas/ tim (*Team/ task reflexivity*)

Merupakan kemampuan seseorang untuk memonitor tindakan atau perilakunya dalam tim dan penyesuaian tujuan berdasarkan umpan balik, meliputi mencari informasi dan evaluasi informasi

5) Visi tim (*Team Vision*)

Merupakan kejelasan dan komitmen terhadap tujuan tim. Memiliki seperangkat nilai yang jelas yang mengarahkan arah layanan dan perawatan yang diberikan. Menggambarkan citra eksternal yang seragam dan konsisten.

6) Orientasi tugas (*Task orientation*)

Merupakan perhatian bersama terhadap kualitas kinerja tugas terkait dengan visi atau hasil bersama, dengan mempertimbangkan solusi alternatif oleh rekan kerja, meningkatnya keterlibatan dalam tugas, berbagi informasi dan penetapan sasaran partisipatif.

7) Model mental tim (*Team mental model*)

Merupakan kerangka berpikir yang mempengaruhi cara anggota tim bekerja sama. Model mental tim meliputi kerangka berpikir dalam pemahaman bersama tentang tugas tim, peran tim dan struktur tim. Seringkali seorang individu tidak sadar bahwa perilakunya sangat ditentukan oleh model mentalnya.

8) Keyakinan bahwa tim perawatan pasien menghasilkan hasil yang lebih baik (*Belief that multidisciplinary patient care teams result in better outcomes*).

c. Faktor hasil tim meliputi:

- a. Persepsi tim tentang koordinasi peran dan tugas dalam proses perawatan
- b. Efektivitas tim
- c. Persepsi tim tentang komunikasi dengan pasien dan keluarga
- d. kepuasan tim
- e. Persepsi tim tentang tindak lanjut dalam proses perawatan
- f. Kesepakatan profesional tentang praktik terbaik.

5. Fase pengembangan tim

Untuk mencapai tim yang efektif, perlu proses membentuk tim yang baik.

Terdapat empat fase pengembangan tim, yaitu:

- 1) **Forming.** Fase awal pembentukan tim, di mana komunikasi antarprofesional ditekankan untuk membangun kepercayaan meskipun mungkin terasa kaku.
- 2) **Storming.** Fase konflik antarprofesional, di mana munculnya konflik dapat dihadapi dengan menekankan tujuan dan tugas tim yang jelas.
- 3) **Norming.** Fase di mana komunikasi antarprofesional semakin meningkat dan rencana tugas masing-masing profesi mulai terungkap.
- 4) **Performing.** Fase fokus pada pencapaian tujuan tim dengan komunikasi intensif, terbuka, dan saling percaya.

(Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek P4K-RSP, 2015)

6. Strategi meningkatkan kerja sama tim

Hasil *Systematic review* yang melibatkan 893 responden menunjukkan bahwa strategi berikut dapat meningkatkan *Interprofesional teamwork* (Maryani *et al.*, 2017), diantaranya:

- 1) **Structured Interdisciplinary Rounds (SIDR)**: Melakukan ronde interdisiplin terstruktur.
- 2) **Interprofessional Bedside Rounding (IBR)**: Melakukan komunikasi tatap muka antarprofesional.
- 3) **Kombinasi Coleadership dan SIDR**: Mengkombinasikan kepemimpinan bersama dengan ronde interdisiplin terstruktur.
- 4) **High Fidelity Simulation (HFS)**: Melakukan simulasi dengan tingkat realisme yang tinggi.
- 5) **SBAR Collaborative Communication Education Course**: Melakukan pelatihan komunikasi kolaboratif menggunakan format SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation).
- 6) **Simulation-Based Crew Resource Management (CRM) Training**: Melakukan pelatihan manajemen sumber daya tim berbasis simulasi.

Hasil yang didapatkan strategi tersebut mempengaruhi kerja sama tim, selain itu mempengaruhi *Safety climate, LOS and Cost*, efisiensi hari kerja, kepuasan kerja khususnya kepuasan akan keputusan perawatan pasien, kohesi kelompok, kondisi kerja, komunikasi, *Situational awareness*, pengambilan keputusan, peran dan tanggung jawab (*leader/ helper*), dan *Patient friendly* (Maryani *et al.*, 2017).

7. Peran Tim dalam meningkatkan keselamatan pasien

Berikut adalah beberapa peran penting kerja sama tim dalam meningkatkan keselamatan pasien:

- 1) Koordinasi Perawatan: Dalam lingkungan perawatan kesehatan yang sering melibatkan berbagai profesional kesehatan, kerja sama tim memungkinkan perencanaan perawatan pasien yang terintegrasi. Hal ini akan menghindari tumpang tindih dalam perawatan dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi. Dalam beberapa kasus, pasien memiliki kondisi kompleks yang memerlukan koordinasi perawatan yang cermat antara berbagai disiplin ilmu.
- 2) Komunikasi Efektif: Komunikasi yang baik antara anggota tim perawatan sangat penting untuk keselamatan pasien. Informasi yang akurat harus disampaikan dengan jelas dan tepat waktu antara anggota tim. Ini termasuk

laporan pasien, hasil tes, riwayat medis, dan perubahan status pasien. Komunikasi yang buruk atau tertunda dapat mengakibatkan diagnosa yang salah, pengobatan yang tidak sesuai, atau kesalahan lain yang dapat membahayakan pasien.

- 3) Pencegahan Kesalahan dan Identifikasi Risiko: Tim perawatan harus bekerja sama untuk mengidentifikasi potensi risiko dalam perawatan pasien dan mengambil langkah-langkah pencegahan yang diperlukan. Ini mencakup identifikasi pasien yang benar, pemberian obat yang aman, pencegahan infeksi nosokomial, dan menghindari kejadian yang dapat menyebabkan cedera pasien.
- 4) Supervisi dan Pengawasan Pasien: Tim perawatan harus melakukan pemantauan dan pengawasan yang cermat terhadap kondisi pasien. Dengan berkolaborasi dalam pemantauan pasien, tim dapat mendeteksi perubahan dalam kondisi pasien dengan cepat dan mengambil tindakan yang sesuai. Hal ini penting untuk mencegah komplikasi dan memastikan perawatan yang tepat.
- 5) Pelatihan dan Pendidikan: Kerja sama tim juga memfasilitasi pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi anggota tim perawatan kesehatan. Ini memungkinkan mereka untuk tetap terinformasi tentang perkembangan terbaru dalam praktik perawatan dan teknologi medis. Anggota tim yang terlatih dengan baik lebih cenderung memberikan perawatan yang lebih baik dan lebih aman kepada pasien.
- 6) Evaluasi Kinerja Tim: Tim perawatan kesehatan harus secara rutin mengevaluasi kinerja mereka. Ini membantu dalam mengidentifikasi area di mana perbaikan diperlukan, serta mencegah kesalahan yang sama terulang. Evaluasi kinerja adalah bagian penting dari upaya berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas perawatan.

D. Rangkuman

Kerja sama tim adalah kunci utama dalam upaya menjaga keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan. Dengan kolaborasi yang baik, komunikasi yang efektif, dan tindakan pencegahan yang tepat, tim perawatan kesehatan dapat memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang aman, berkualitas, dan efektif. Keselamatan pasien adalah tanggung jawab bersama seluruh tim perawatan kesehatan, dan fokus pada aspek-aspek ini dapat membantu mencegah kesalahan dan meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Peran utama dari kerja sama tim perawatan pasien adalah untuk meningkatkan keselamatan pasien. Kerja sama tim yang efektif dapat

mengurangi risiko kesalahan, meningkatkan koordinasi perawatan, dan memberikan perawatan yang lebih aman.

E. Evaluasi

1. Seorang pasien bernama Sarah, berusia 65 tahun, dirawat di rumah sakit karena serangan jantung. Dia telah menjalani operasi jantung dan saat ini berada di unit perawatan intensif (ICU). Bagaimana perawat dan tim kesehatan dapat bekerja bersama untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam kasus ini?
 - A. Perawat harus bertindak sendiri dalam merencanakan perawatan dan pemantauan Sarah.
 - B. Perawat harus mengabaikan riwayat medis Sarah dan fokus pada perawatan saat ini.
 - C. Perawat harus menghindari berkomunikasi dengan tim kesehatan lainnya agar tidak terlalu banyak campur tangan.
 - D. Tim kesehatan harus melakukan pertemuan rutin untuk berbagi informasi dan merencanakan perawatan Sarah secara bersama-sama.
2. Peran komunikasi yang efektif dalam tim perawatan pasien adalah:
 - A. Menyampaikan informasi dengan jelas dan tepat waktu antara anggota tim
 - B. Untuk menjaga informasi kesehatan pasien sebagai rahasia
 - C. Untuk meminimalkan waktu perawatan pasien
 - D. Untuk mengurangi biaya perawatan
3. Mengapa evaluasi kinerja tim perawatan pasien penting dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien?
 - A. Untuk mengidentifikasi area di mana perbaikan diperlukan dan mencegah kesalahan yang sama terulang
 - B. Untuk memastikan bahwa tim selalu melakukan perawatan dengan sempurna
 - C. Untuk menghukum anggota tim yang melakukan kesalahan
 - D. Untuk mengurangi biaya perawatan pasien
4. Fungsi utama Tim koordinasi (coordinating team) adalah?
 - A. Menyediakan pelayanan kesehatan langsung
 - B. Menangani keadaan gawat/keadaan luar biasa
 - C. Menyediakan pendukung untuk pelayanan pasien
 - D. Bertanggung jawab untuk manajemen sumber daya dan koordinasi operasional sehari-hari

5. Apa yang dimaksud dengan "Refleksivitas tim " dalam faktor proses tim?
- A. Kemampuan untuk memonitor tindakan atau perilaku dalam tim
 - B. Kesenambungan interaksi antara profesional Kesehatan
 - C. Kejelasan dan komitmen terhadap tujuan tim
 - D. Keterlibatan dalam penyampaian informasi

Kunci Jawaban

- 1. D
- 2. A
- 3. A
- 4. D
- 5. A

REFERENSI

- Abdulkadir, W. *et al.* (2017) 'Three-Party (Physician-Pharmacist-Director) Collaboration Model on Teamwork Effectiveness Improvement in Hospital', *The Open Access Journal of Science and Technology*, 5. doi: 10.11131/2017/101156.
- Cooke, N. J. *et al.* (2015) *Enhancing the Effectiveness of Team Science*. National Academies Press (US). doi: 10.17226/19007.
- Deneckere, S. *et al.* (2010) 'Indicators for Follow-Up of Multidisciplinary Teamwork in Care Processes', <http://dx.doi.org/10.1177/0163278710393736>, 34(3), pp. 258–277. doi: 10.1177/0163278710393736.
- Forsyth, D. R. (2010) *Group dynamics*. Australia: Wadsworth Cengage Learning. Available at: https://books.google.com/books/about/Group_Dynamics.html?id=nwY6PgAACAAJ (Accessed: 17 October 2023).
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011) *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel, Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030650>.
- Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek P4K-RSP (2015) *Modul Pelatihan untuk Keselamatan Pasien*. Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Kementerian Riset.
- Maryani, L. *et al.* (2017) 'Strategi dalam Meningkatkan Interprofesional Teamwork pada Pengelolaan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit', in. Fakultas Keperawatan UNPAD. Available at: https://www.researchgate.net/publication/322581667_Strategi_Efektif_Dalam_Meningkatkan_Interprofessional_Teamwork_Pada_Pengelolaan_Pasien_Rawat_Inap_Di_Rumah_Sakit (Accessed: 17 October 2023).
- Rahmadani, A. (2016) *Rumah Sakit Pemerintah Sebagai Sebuah Organisasi: Struktur, Manajemen Dan Pengembangan Organisasi*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/289674821_Rumah_Sakit_Pemerintah_Sebagai_Sebuah_Organisasi_Struktur_Manajemen_Dan_Pengembangan_Organisasi (Accessed: 17 October 2023).
- Tim CFHC-IPE (2014) *Buku Acuan Umum CFHC-IPE*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta .

GLOSARIUM

1. **Kerja Sama Tim (Teamwork):** Interaksi antara dua atau lebih individu dengan peran spesifik dan tujuan bersama.
2. **Komunikasi Terbuka:** Saling terbuka dan jujur satu sama lain.
3. **Interdependensi Tim:** Sejauh mana anggota tim bekerja bersama dan saling memengaruhi untuk menyelesaikan tugas atau hubungan yang saling ketergantungan.
4. **Efektivitas Tim:** Evaluasi keseluruhan terhadap sejauh mana tim berhasil mencapai tujuan mereka.
5. **Koordinasi Perawatan:** Memastikan perencanaan perawatan yang terintegrasi antarprofesional.
6. **Komunikasi Efektif:** Menjaga komunikasi yang jelas dan tepat waktu antar anggota tim.
7. **Supervisi:** Melakukan pemantauan kondisi pasien secara cermat.
8. **Evaluasi Kinerja Tim:** Mengevaluasi kinerja tim secara rutin untuk perbaikan dan pencegahan kesalahan yang sama terulang.

BAB 7

PENYAKIT AKIBAT KERJA PADA PERAWAT: PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

Rizky Meilando, S.Kep., Ners., M.Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 7

PENYAKIT AKIBAT KERJA PADA PERAWAT: PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

Rizky Meilando, S.Kep., Ners., M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan dapat memahami tentang penyakit akibat kerja pada perawat (penyakit menular dan tidak menular) yang terdiri dari beberapa aspek sebagai berikut:

1. Mahasiswa mampu memahami apa yang dimaksud dengan penyakit akibat kerja.
2. Mahasiswa mampu memahami tentang penyebab penyakit akibat kerja.
3. Mahasiswa mampu memahami tentang diagnosis penyakit akibat kerja.
4. Mahasiswa mampu memahami tentang penyakit menular akibat kerja pada perawat.
5. Mahasiswa mampu memahami tentang penyakit tidak menular akibat kerja pada perawat

B. Pendahuluan

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit (Permenkes, 2016). Perawat merupakan petugas kesehatan dengan presentasi terbesar dan memegang peranan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan di RS. Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berinteraksi dan melakukan kontak secara langsung kepada pasien selama 24 jam dalam melakukan asuhan keperawatan yang dapat menyebabkan perawat berisiko tinggi terkena penyakit akibat kerja (Jafar & Gobel, 2020).

Penyakit Akibat Kerja (PAK) diartikan sebagai setiap penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan atau lingkungan kerja. Penyebab umum dari terjadinya PAK pada perawat dikarenakan perilaku kewaspadaan yang kurang, ketidakpatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), dan praktik perilaku tidak aman oleh perawat (Berutu, 2020). PAK pada perawat merupakan hal yang penting untuk dapat menjadi perhatian, karena PAK muncul dalam jangka waktu yang lama setelah aktivitas pekerjaan selesai dan sebagian besar perawat tidak menyadari bahwa gangguan kesehatan yang mereka alami

merupakan dampak dari pekerjaan mereka. PAK dapat dicegah, namun bila terlambat diketahui akan timbul gangguan kesehatan yang lebih berat dan akan lebih banyak berdampak pada meningkatkan biaya pengelolaan kesehatan dan penurunan produktivitas kerja (Darmayani et al., 2023)

C. Konsep Materi

1. Penyakit Akibat Kerja

a. Pengertian Penyakit Akibat Kerja

Penyakit akibat kerja (PAK) adalah penyakit yang ditimbulkan oleh atau didapat pada waktu melakukan pekerjaan. PAK dikenal juga sebagai *occupational diseases* atau penyakit yang disebabkan oleh faktor-faktor pekerjaan atau didapat pada waktu melakukan pekerjaan. Terdapat tiga istilah yang digunakan untuk mendefinisikan penyakit akibat kerja yaitu penyakit yang timbul karena hubungan kerja, penyakit yang disebabkan karena pekerjaan atau lingkungan kerja, dan penyakit akibat kerja. Ketiga istilah tersebut mempunyai pengertian yang sama dan masing-masing memiliki dasar hukum dan perundang-undangan yang menjadi landasannya (Suma'mur, 2009).

PAK adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan, alat kerja, bahan, proses maupun lingkungan kerja. Dengan demikian, penyakit akibat kerja merupakan penyakit yang artifisial atau *man made disease* (TIM K3 FT, 2014). Definisi lain juga menyatakan bahwa PAK diartikan sebagai setiap penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan atas lingkungan kerja. Penyebab umum dari terjadinya PAK pada perawat dikarenakan perilaku kewaspadaan yang kurang, ketidakpatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), dan praktik perilaku tidak aman oleh perawat (Berutu, 2020).

b. Penyebab Penyakit Akibat Kerja

Penyebab umum dari terjadinya PAK pada perawat dikarenakan perilaku kewaspadaan yang kurang, ketidakpatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), dan praktik perilaku tidak aman oleh perawat (Berutu, 2020). Namun dapat juga disebabkan oleh beberapa faktor risiko yang ada, menurut (Suarniti, 2015) penyebab dari terjadinya PAK pada perawat adalah sebagai berikut:

1) Faktor fisik

- a) Suara tinggi/bising: dapat menyebabkan ketulian.
- b) Temperatur/suhu tinggi: dapat menyebabkan *Hyperpireksi, Milliaria, heat Cramp, Heat Exhaustion, Heart Stroke*.

- c) Radiasi sinar elektromagnetik: dapat menyebabkan katarak, ultraviolet menyebabkan konjungtivitis, radioaktif/ alfa/ beta/ gama/ X menyebabkan gangguan terhadap sel tubuh manusia.
 - d) Tekanan udara tinggi: dapat menyebabkan *Coison Disease*.
 - e) Getaran/vibration: dapat menyebabkan *Reynaud's Disease*, Gangguan proses metabolisme, Polineuritis.
- 2) Faktor kimia
- a) Debu dapat mengakibatkan pneumokoniosis
 - b) Uap dapat mengakibatkan metal fume fever, dermatitis dan keracunan.
 - c) Gas dapat mengakibatkan keracunan CO dan H₂S
 - d) Larutan dapat mengakibatkan dermatitis
 - e) Insektisida dapat mengakibatkan keracunan.
- 3) Faktor biologi, dapat berasal dari virus, bakteri, parasit, jamur, dan mikroorganisme lainnya.
- 4) Faktor ergonomi
- a) Penyebabnya adalah cara kerja, posisi kerja, alat kerja, lingkungan kerja yang salah dan konstruksi salah.
 - b) Efek terhadap tubuh yaitu dapat menyebabkan kelelahan fisik, nyeri otot, deformitas tulang, perubahan bentuk dan dislokasi
- 5) Faktor mental/ psikologi, penyebabnya yaitu suasana kerja monoton dan tidak nyaman, hubungan kerja kurang baik, upah kerja kurang sesuai, terpencil, atau tidak sesuai bakat yang mengakibatkan stres psikologis.

c. Diagnosis Penyakit Akibat Kerja

Untuk dapat mendiagnosis PAK perlu dilakukan suatu pendekatan sistematis untuk mendapatkan informasi yang diperlukan dan menginterpretasinya secara tepat. Menurut (PERDOKI, 2018) pendekatan tersebut dapat disusun menjadi 7 langkah yang dapat digunakan sebagai pedoman:

- 1) Menentukan diagnosis klinis
 Diagnosis klinis harus dapat ditegakkan terlebih dahulu dengan memanfaatkan fasilitas-fasilitas penunjang yang ada, seperti umumnya dilakukan untuk mendiagnosis suatu penyakit. Setelah diagnosis klinik ditegakkan baru dapat dipikirkan lebih lanjut apakah penyakit tersebut berhubungan dengan pekerjaan atau tidak.
- 2) Menentukan pajanan yang dialami oleh tenaga kerja selama ini

Pengetahuan mengenai pajanan yang dialami oleh seorang tenaga kerja adalah esensial untuk dapat menghubungkan suatu penyakit dengan pekerjaannya. Untuk ini perlu dilakukan anamnesis mengenai riwayat pekerjaannya secara cermat dan teliti, yang mencakup:

- a) Penjelasan mengenai semua pekerjaan yang telah dilakukan oleh penderita secara kronologis
 - b) Lamanya melakukan masing-masing pekerjaan
 - c) Bahan yang diproduksi
 - d) Materi (bahan baku) yang digunakan
 - e) Jumlah pajanannya
 - f) Pemakaian alat perlindungan diri (masker)
 - g) Pola waktu terjadinya gejala
 - h) Informasi mengenai tenaga kerja lain (apakah ada yang mengalami gejala serupa).
 - i) Informasi tertulis yang ada mengenai bahan-bahan yang digunakan (label, dan sebagainya)
- 3) Menentukan apakah pajanan memang dapat menyebabkan penyakit tersebut
- Apakah terdapat bukti-bukti ilmiah dalam kepustakaan yang mendukung pendapat bahwa pajanan yang dialami menyebabkan penyakit yang diderita. Jika dalam kepustakaan tidak ditemukan adanya dasar ilmiah yang menyatakan hal tersebut di atas, maka tidak dapat ditegakkan diagnosa penyakit akibat kerja. Jika dalam kepustakaan ada yang mendukung.
- 4) Menentukan apakah jumlah pajanan yang dialami cukup besar untuk dapat mengakibatkan penyakit tersebut.
- Jika penyakit yang diderita hanya dapat terjadi pada keadaan pajanan tertentu, maka pajanan yang dialami pasien di tempat kerja menjadi penting untuk diteliti lebih lanjut dan membandingkannya dengan kepustakaan yang ada untuk dapat menentukan diagnosis penyakit akibat kerja.
- 5) Menentukan apakah ada faktor-faktor lain yang mungkin dapat mempengaruhi
- Apakah ada keterangan dari riwayat penyakit maupun riwayat pekerjaan yang dapat mengubah keadaan pajanannya, misalnya penggunaan APD (Alat pelindung diri)? Riwayat adanya pajanan serupa sebelumnya sehingga risikonya meningkat. Apakah pasien

mempunyai riwayat kesehatan (riwayat keluarga) yang mengakibatkan penderita lebih rentan/lebih sensitif terhadap pajanan yang dialami.

- 6) Mencari adanya kemungkinan lain yang dapat merupakan penyebab penyakit

Apakah ada faktor lain yang dapat merupakan penyebab penyakit? Apakah penderita mengalami pajanan lain yang diketahui dapat merupakan penyebab penyakit? Meskipun demikian, adanya penyebab lain tidak selalu dapat digunakan untuk menyingkirkan penyebab di tempat kerja.

- 7) Membuat keputusan apakah penyakit tersebut disebabkan oleh pekerjaannya

Sesudah menerapkan ke enam langkah di atas perlu dibuat suatu keputusan berdasarkan informasi yang telah didapat yang memiliki dasar ilmiah. Seperti telah disebutkan sebelumnya, tidak selalu pekerjaan merupakan penyebab langsung suatu penyakit, kadang-kadang pekerjaan hanya memperberat suatu kondisi yang telah ada sebelumnya. Suatu pekerjaan/pajanan dinyatakan sebagai penyebab suatu penyakit apabila tanpa melakukan pekerjaan atau tanpa adanya pajanan tertentu, pasien tidak akan menderita penyakit tersebut pada saat ini. Sedangkan pekerjaan dinyatakan memperberat suatu keadaan apabila penyakit telah ada pada waktu yang sama tanpa tergantung pekerjaannya, tetapi pekerjaannya/ pajanannya memperberat/ mempercepat timbulnya penyakit.

d. Penyakit Menular Akibat Kerja pada Perawat

Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan (berpindah dari orang yang satu ke orang yang lain, baik secara langsung maupun melalui perantara). Penyakit menular ini dapat ditularkan secara droplet, airborne, kontak dengan cairan tubuh pasien, dan formite (benda yang terkontaminasi). Perawat berisiko tinggi terkena penyakit menular di rumah sakit karena mereka terlibat dalam perawatan dan penanganan pasien yang seringkali menghadapkan mereka pada kontak dengan berbagai jenis cairan tubuh dan potensi patogen berbahaya. Berikut adalah beberapa penyakit menular akibat kerja pada perawat:

- 1) Tuberkulosis (TB)

Tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru, disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis dan didapat disebarkan melalui udara (Smeltzer & Bare, 2013). Perawat merawat pasien TB secara langsung, yang berarti mereka memiliki

kontak dekat dengan pasien yang terinfeksi. TB menyebar melalui percikan air liur yang mengandung kuman TB ketika pasien TB batuk atau bersin. Ini meningkatkan risiko paparan.

2) Hepatitis B dan C

Hepatitis adalah peradangan hati yang bisa berkembang menjadi fibrosis (jaringan parut), sirosis atau kanker hati. Faktor penyebab infeksi antara lain virus hepatitis dan bakteri. Selain karena virus Hepatitis A, B, C, D, E dan G masih banyak virus lain yang berpotensi menyebabkan hepatitis misalnya adenoviruses, CMV, Herpes simplex, HIV, rubella, varicella dan lainlain. Sedangkan bakteri yang menyebabkan hepatitis antara lain misalnya bakteri *Salmonella thypi*, *Salmonella parathypi*, tuberkulosis, leptosvera (Smeltzer & Bare, 2013). Perawat sering berurusan dengan darah dan cairan tubuh pasien saat melakukan prosedur medis, seperti penyuntikan, pengambilan darah, dan perawatan luka. Jika pasien yang diperlakukan adalah pembawa hepatitis B atau C, ada risiko paparan jika peralatan medis tidak steril atau jika terjadi kebocoran cairan tubuh.

3) HIV/AIDS

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan keturunan. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh pasien selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih (Smeltzer & Bare, 2013). Perawat dapat terpapar HIV melalui kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien yang terinfeksi, terutama jika pasien terluka atau memiliki luka terbuka pada kulit. Untuk mengurangi risiko terkena HIV, perawat harus mengikuti praktik universal precautions, yang mencakup penggunaan sarung tangan, baju pelindung, dan kacamata pelindung saat merawat pasien.

4) Infeksi Respiratory

Perawat berisiko terkena berbagai infeksi pernapasan seperti influenza dan COVID-19 saat merawat pasien dengan penyakit ini. Penularan terjadi melalui droplet pernapasan yang mengandung virus. Penggunaan masker wajah, pelindung mata, dan praktik kebersihan tangan yang baik dapat membantu melindungi perawat (Smeltzer & Bare, 2013).

5) Penyakit Kulit

Penyakit kulit menular seperti scabies dan impetigo dapat menyebar di antara pasien dan perawat jika tidak ada langkah-langkah pencegahan yang tepat (Smeltzer & Bare, 2013).

6) Infeksi Mata

Konjungtivitis atau "mata merah" adalah infeksi mata yang dapat menular melalui kontak dengan sekresi mata pasien yang terinfeksi (Smeltzer & Bare, 2013). Perawat harus berhati-hati saat merawat pasien dengan masalah mata dan memastikan kebersihan tangan yang baik.

e. Penyakit Tidak Menular Akibat Kerja Pada Perawat

1. *Musculoskeletal Disorder* (MSDs)

Muskuloskeletal disorder adalah gangguan pada bagian otot skeletal yang disebabkan oleh karena otot menerima beban statis secara berulang dan terus menerus dalam jangka waktu yang lama dan akan menyebabkan keluhan berupa kerusakan pada sendi, ligamen dan tendon. Secara garis besar keluhan otot dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu:

- a. Keluhan sementara (*reversible*) yaitu keluhan otot yang terjadi pada saat otot menerima beban statis namun demikian keluhan tersebut akan segera hilang bila pembebanan dihentikan.
- b. Keluhan menetap (*persistent*) yaitu keluhan otot yang bersifat menetap. Walaupun pembebanan kerja dihentikan, namun rasa sakit pada otot masih terus berlanjut.

Perawat sering harus mengangkat dan memindahkan pasien yang mungkin berat atau memerlukan perawatan yang intensif. Tindakan ini dapat mengakibatkan tekanan dan cedera pada otot, tulang, dan sendi perawat (Suarniti, 2015).

2. *Low Back Pain* (LBP)

Low Back Pain atau Nyeri punggung bawah adalah nyeri pada daerah punggung bawah yang berkaitan dengan masalah vertebra lumbar, diskus intervertebralis, ligamentum di antara tulang belakang dengan diskus, medula spinalis, dan saraf otot punggung bawah, organ internal pada pelvis dan abdomen atau kulit yang menutupi area lumbal. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien. Salah satu intervensi yang sering dilakukan perawat adalah memobilisasi pasien seperti mengangkat, mendorong, serta memindahkan pasien. Posisi yang salah atau tidak ergonomis dalam melakukan pekerjaan sering menimbulkan ketidaknyamanan, dan kondisi yang sering

dikeluhkan adalah LBP (Astuti et al., 2022). Tidak hanya di Indonesia, prevalensi LBP pada perawat di tempat kerja juga terjadi di seluruh dunia, sepanjang tahun 2008 hingga 2021. Sejak 2008 hingga 2021 tingkat kejadian LBP pada perawat di tempat kerja bervariasi. Paling rendah 14% di Italia paling tinggi 90% di Australia. Sebagian besar di atas 40%, hanya 2 penelitian yang angka kejadiannya kurang dari 40% (Carugno et al., 2012) (Kurniawidjaja et al., 2014). Untuk mengurangi risiko LBP, perawat dapat mengikuti pelatihan dalam ergonomi dan teknik angkat yang benar, menggunakan alat bantu mekanis untuk mengangkat pasien ketika diperlukan, menjaga postur tubuh yang baik saat merawat pasien, mengurus diri sendiri dengan istirahat yang cukup, tidur yang berkualitas, dan manajemen stres.

3. *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP)

Hernia Nucelus Pulposus (HNP) adalah suatu nyeri yang disebabkan oleh proses patologik dikolumna vertebralis pada diskus intervertebralis (diskogenik). Herniasi diskus intervertebralis ke segala arah dapat terjadi akibat trauma atau stress fisik. Herniasi ke arah superior atau inferior melalui lempeng kartilago masuk ke dalam korpus vertebrata dinamakan sebagai nodul schmorl (biasanya dijumpai secara insidental pada gambaran radiologist atau otopsi). Kebanyakan herniasi terjadi pada arah posterolateral sehubungan dengan faktor-faktor nucleus pulposus yang cenderung terletak lebih di posterior dan adanya ligament tumpul longitudinalis posterior yang cenderung memperkuat annulus fibrosis diposterior yang cenderung memperkuat annulus fibrosus di posterior tengah. Peristiwa ini dikenal juga dengan berbagai sebutan lain seperti rupture annulus fibrosis, hernia nucleus pulposus, rupture diskus, herniasi diskus dan saraf terjepit. Perawat berisiko terkena HNP karena beban fisik yang berat yang harus mereka tangani selama pekerjaan mereka (Suarniti, 2015).

4. Stres Kerja

Stres kerja adalah masalah umum yang dihadapi oleh banyak perawat. Profesi perawat seringkali penuh tantangan dan tuntutan yang dapat menyebabkan stres fisik, emosional, dan mental. Stres kerja yang dialami oleh perawat dapat disebabkan oleh beban kerja yang tinggi, paparan emosional, shift kerja yang tidak teratur, kecemasan, interaksi dengan keluarga pasien, tekanan waktu, dan tugas tambahan (Priyono & Saraswati, 2023).

5. Sleep Disorder

Sleep disorder atau gangguan tidur adalah masalah umum yang dihadapi oleh banyak perawat, terutama yang bekerja dalam shift kerja dan jadwal yang tidak teratur. Terdapat beberapa jenis gangguan tidur yang dapat dialami oleh perawat diantaranya adalah insomnia, *shift work sleep disorder* (SWSD), *narcolepsy*, *sleep apnea*, *restless leg syndrome*. Dampak dari gangguan tidur pada perawat bisa berbahaya karena dapat mengganggu kemampuan mereka dalam memberikan perawatan yang aman dan efektif kepada pasien. Kurangnya tidur dan kualitas tidur yang buruk dapat mempengaruhi kewaspadaan, konsentrasi, dan pengambilan keputusan, yang dapat berdampak negatif pada keselamatan pasien dan kesejahteraan perawat itu sendiri (Abate et al., 2023)

D. Rangkuman

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berinteraksi dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dalam waktu 24 jam. Perawat memiliki risiko tertentu terkena penyakit akibat pekerjaan karena sifat pekerjaan mereka yang melibatkan kontak langsung dengan pasien dan berbagai jenis cairan tubuh, termasuk darah.

Penyakit akibat pekerjaan adalah penyakit yang timbul karena pekerjaan. Penyebab umum dari terjadinya PAK pada perawat dikarenakan perilaku kewaspadaan yang kurang, ketidakpatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), dan praktik perilaku tidak aman oleh perawat. Namun dapat juga disebabkan oleh lima faktor penyebab seperti faktor fisik (antara lain bising, getaran, radiasi pengion, radiasi non pengion, tekanan udara, suhu ekstrem), faktor kimiawi yaitu berbagai bahan kimia, faktor biologi (antaranya bakteri virus, jamur, parasit dll), faktor ergonomik (antara lain seperti posisi janggal, gerakan berulang dll) dan faktor mental/ psikologi (antara lain beban kerja yang terlalu berat, pekerjaan monoton, stres kerja dll).

Penyakit akibat kerja didiagnosis dan ditetapkan melalui tujuh langkah diagnosis yang mencakup penentuan diagnosis klinis, mengidentifikasi pajanan yang dialami pekerja di tempat kerja, penentuan hubungan antara pajanan dengan diagnosis klinis, besarnya pajanan, adakah faktor dari individu yang berperan, pastikan tidak ada faktor lain yang berpengaruh diluar pekerjaan utama, dan terakhir adalah penentuan diagnosis okupasi.

Penyakit menular akibat kerja yang dapat dialami oleh perawat diantaranya adalah tuberkulosis (TB), hepatitis, HIV/AIDS, infeksi respiratory, penyakit kulit, dan penyakit mata. Sedangkan penyakit tidak menular akibat kerja yang dapat

dialami oleh perawat diantaranya adalah musculoskeletal disorder (MSDs), low back pain (LBP), Hernia Nucleus Pulposus, Stres kerja, dan sleep disorder.

E. Evaluasi

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan penyakit akibat kerja!!
2. Jelaskan faktor penyebab terjadinya penyakit akibat kerja!!
3. Jelaskan langkah-langkah diagnosis penyakit akibat kerja!!
4. Jelaskan macam-macam penyakit menular akibat kerja pada perawat!!
5. Jelaskan macam-macam penyakit tidak menular akibat kerja pada perawat!!

REFERENSI

- Abate, H., Letta, S., Worku, T., Tesfaye, D., Amare, E., & Mechal, A. (2023). *Shiftwork sleep disorder and associated factors among nurses working at public hospitals in Harari Regional state and Dire Dawa Administration, Eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Nursing, 22*(1), 118.
- Astuti, M. S., Qomaruddin, M. B., & Soedirham, O. (2022). Analisis Faktor Risiko *Low Back Pain* Pada Perawat Di Tempat Kerja Menurut Ecological Models (Literature Review). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 7*(3).
- Berutu, R. J. B. (2020). *Penggunaan APD Untuk Pencegahan Penyakit Akibat Kerja Pada Perawat.*
- Carugno, M., Pesatori, A. C., Ferrario, M. M., Ferrari, A. L., Silva, F. J. da, Martins, A. C., Felli, V. E. A., Coggon, D., & Bonzini, M. (2012). Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. *Cadernos de Saude Publica, 28*(9), 1632–1642. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000900003>
- Darmayani, S., Sa'diyah, A., Supiati, S., Muttaqin, M., Rachmawati, F., Widia, C., Pattiapon, M. L., Rahayu, E. P., Indiyati, D., & Sunarsieh, S. (2023). *Kesehatan Keselamatan Kerja (K3).*
- Jafar, N., & Gobel, F. A. (2020). Konsep Perilaku Aman Bekerja Pada Perawat Di Ruang IGD dan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar Tahun 2020. *Journal of Muslim Community Health, 1*(1), 29–40.
- Kurniawidjaja, L. M., Purnomo, E., Maretti, N., & Pujiriani, I. (2014). Pengendalian risiko ergonomi kasus low back pain pada perawat di rumah sakit. *Majalah Kedokteran Bandung, 46*(4), 225–233.
- PERDOKI. (2018). *Pedoman Klasifikasi Diagnosis Penyakit Akibat Kerja.*
- Permenkes, R. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.*
- Priyono, A. A., & Saraswati, E. (2023). Quality of Work Life dan Burnout terhadap Kinerja Paramedis: Mediasi Kepuasan Kerja di Era Pandemi. *Jurnal Samudra Ekonomi Dan Bisnis, 14*(1), 100–112.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12. *Alih Bahasa Indonesia Yulianti, D & Kimin, A. Jakarta: EGC.*
- Suarniti, L. P. (2015). Risiko Ergonomi Penyakit Akibat Kerja Pada Perawat Gigi. *Jurnal Kesehatan Gigi (Dental Health Journal), 3*(2), 113–122.
- Suma'mur, P. K. (2009). *Corporate Hygiene and Occupational Health. Jakarta: CV Sagung Seto.*
- TIM K3 FT, U. (2014). *Buku Ajar Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Fakultas Teknik Universitas Negeri Yogyakarta. Yogyakarta: UNY Press.*

GLOSARIUM

AIDS	= Acquired Immunodeficiency Syndrome
APD	= Alat Pelindung Diri
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
HNP	= Hernia Nucleus Pulposus
LBP	= Low Back Pain
MSDs	= Musculoskeletal disorder
PAK	= Penyakit Akibat Kerja
PERDOKI	= Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia
Permenkes	= Peraturan Menteri Kesehatan
SOP	= standar operasional prosedur
TB	= Tuberkulosis

BAB 8

PENYAKIT ATAU CEDERA AKIBAT KECELAKAAN KERJA PADA PERAWAT

Uly Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kes, Sp.Mat



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 8

PENYAKIT ATAU CEDERA AKIBAT KECELAKAAN KERJA PADA PERAWAT

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kes, Sp.Mat

A. Tujuan Pembelajaran

Pada pembelajaran ini, tujuan yang ingin dicapai adalah:

1. Mampu menjelaskan pengertian K3RS (Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit)
2. Mampu menjelaskan pengertian kecelakaan kerja
3. Mampu menjelaskan penyebab kecelakaan kerja
4. Mampu menjelaskan klasifikasi kecelakaan kerja
5. Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja
6. Mampu menjelaskan bahaya potensial di rumah sakit
7. Mampu menjelaskan penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja pada perawat
8. Mampu menjelaskan pencegahan kecelakaan kerja di rumah sakit

B. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2020). Rumah sakit adalah tempat kerja sekaligus tempat bagi orang sehat (pekerja dan pengunjung) maupun orang sakit (pasien) yang menjadi salah satu tempat kerja dengan risiko tinggi terjadinya kecelakaan kerja (Setianingsih et al., 2022).

Berdasarkan Undang – Undang No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja, kecelakaan kerja merupakan suatu hal yang tidak di kehendaki atau tidak direncanakan sebelumnya yang mengacaukan proses yang telah diatur dari suatu aktivitas dan dapat menimbulkan kerugian baik korban manusia (Saputri, 2016). Salah satu penyebab terjadinya kecelakaan kerja ialah kurangnya keterampilan dan pelatihan, karena keterampilan dan pelatihan dibutuhkan seseorang dalam setiap pekerjaan untuk meningkatkan kemampuan dan keahliannya sehingga mampu menyelesaikan tugas dengan baik dan dapat terhindar dari risiko terjadinya kecelakaan kerja (Saputri, 2016).

Hasil penelitian di beberapa negara membuktikan bahwa rumah sakit adalah tempat kerja yang berbahaya dan perawat adalah salah satu petugas

kesehatan yang berisiko untuk mengalami gangguan keselamatan dan kesehatan kerja (Ramdan & Rahman, 2018). *Department of Labor* USA melaporkan jika terdapat 1.176.340 kecelakaan dan penyakit tidak fatal yang menyebabkan seorang pekerja kehilangan setidaknya satu hari kerja pada tahun 2020 yang mana angka tersebut mengalami peningkatan 32,4% lebih tinggi dari tahun 2019. Asisten perawat memiliki jumlah kasus tertinggi dengan jumlah mencapai 96.480 kasus, diikuti oleh perawat pelaksana dengan jumlah sebesar 78.740 kasus (Bureau of Labor Statistics, 2020). Di Indonesia, kasus kecelakaan kerja yang terjadi di tempat – tempat umum seperti rumah sakit secara nasional ditemukan di Provinsi Sulawesi Utara yaitu sebesar 8,3% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Laporan *National Safety Council* (NSC) menunjukkan bahwa kasus yang sering terjadi di rumah sakit diantaranya tertusuk jarum, terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, penyakit infeksi, dan lainnya (S. Putri et al., 2018). *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) memperkirakan setiap tahun terjadi 385 kasus kejadian kecelakaan akibat kerja seperti luka akibat benda tajam yang terkontaminasi darah pada tenaga kesehatan di Amerika Serikat (CDC, 2019). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Taiwan menunjukkan bahwa selain tertusuk jarum, sekitar 32,3% perawat juga mengalami luka akibat pecahan kaca ampul dengan cedera utama pada jari telunjuk (70,9%) dan pendarahan (72,1%) (Lien & Liu, 2018). Sedangkan penelitian yang telah dilakukan di salah satu rumah sakit di Indonesia menunjukkan bahwa ditemukan 49 kasus kecelakaan kerja, diantaranya 26 kasus tertusuk jarum, 3 kasus tergores benda tajam, 5 kasus tertimpa benda berat, 4 kasus terciprat cairan, 9 kasus terjepit, dan 2 kasus terpapar radiasi (Adi Permana, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, maka pada bab ini penulis akan menguraikan serta membahas berbagai penyakit atau cedera yang terjadi pada perawat yang diakibatkan oleh kecelakaan kerja.

C. Konsep Materi

1. Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit (Permenkes RI, 2016). Pengaturan K3RS dalam Permenkes RI No. 66 Tahun 2016 bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien, dan berkesinambungan (Permenkes RI, 2016).

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit memberikan upaya meliputi peningkatan, pencegahan, dan pemulihan. Berdasarkan (Permenkes RI, 2016), terdapat tiga konsep K3 untuk kinerja setiap petugas kesehatan dan non kesehatan, yaitu:

- a. Kapasitas kerja adalah kompetensi bagi pekerja untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik pada suatu tempat kerja dalam waktu tertentu.
- b. Beban kerja adalah keadaan yang membebani pekerja baik secara fisik maupun non fisik dalam menyelesaikan pekerjaannya, keadaan ini dipengaruhi oleh lingkungan yang tidak mendukung secara fisik dan non fisik.
- c. Lingkungan kerja adalah keadaan lingkungan tempat kerja yang meliputi faktor fisik, kimia, biologi, ergonomik, dan psikososial yang mempengaruhi pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya.

2. Pengertian Kecelakaan Kerja

Kecelakaan yaitu suatu kejadian yang tidak diinginkan yang menimbulkan kerugian pada manusia (menyebabkan orang cedera), kerusakan properti, lingkungan ataupun kegiatan proses kerja sebagai akibat dari kontak dengan sumber energi seperti mekanis, kimia, kinetik, dan fisik yang melebihi batas kemampuan tubuh, alat, atau struktur (Soehatman, 2010). Beberapa ahli juga mendefinisikan kecelakaan kerja, yaitu:

- a. Kecelakaan kerja adalah suatu kejadian yang jelas tidak dikehendaki dan seringkali tidak terduga, semua yang dapat menimbulkan kerugian berupa waktu, harta benda atau properti, maupun korban jiwa yang terjadi di dalam suatu proses kerja industry atau yang berkaitan dengannya (Tarwaka, 2014).
- b. Kecelakaan akibat kerja adalah kecelakaan yang berhubungan dengan kecelakaan yang terjadi di tempat kerja. Hubungan disini berarti bahwa kecelakaan terjadi dikarenakan oleh pekerjaan atau pada waktu melaksanakan pekerjaan (Sucipto, 2014).

Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa kecelakaan kerja merupakan suatu hal yang tidak diinginkan karena dapat mengakibatkan kerugian berupa cedera, kerusakan properti, kerugian materi, gangguan kesehatan atau penyakit akibat kerja, bahkan dapat menyebabkan kematian.

3. Penyebab Kecelakaan Kerja

Menurut (Tarwaka, 2014), penyebab kecelakaan kerja dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Faktor Lingkungan Kerja (*Work Environment*)

1) Faktor Kimia

Penyebab dari bahan baku produksi, proses produksi, dan hasil produksi suatu kegiatan usaha. Penggolongan kimia dapat digolongkan kepada benda-benda mudah terbakar, mudah meledak dan lainnya.

2) Faktor Fisik

Seperti penerangan yang tidak cukup baik di luar maupun di dalam ruangan, panas, kebisingan dan lainnya.

3) Faktor Biologi

Dapat berupa bakteri, jamur, mikroorganisme lain yang dihasilkan dari bahan baku proses produksi dan proses penyimpanan produksi, dapat juga berupa binatang-binatang pengganggu lainnya pada saat di lapangan.

4) Faktor Ergonomi

Penggunaan atau penyediaan alat-alat kerja, apakah sudah sesuai dengan keselamatan kerja sehingga pekerja dapat merasakan kenyamanan saat bekerja. Ergonomi dikhususkan pada perencanaan dari cara kerja yang baik meliputi tata cara bekerja dan peralatan.

5) Faktor Psikologi

Memerlukan hubungan yang baik antara sesama pekerja dalam lingkungan kerja, misalnya antara pimpinan dan bawahan.

b. Faktor Pekerjaan

1) Jam Kerja

Jam kerja adalah jam waktu bekerja termasuk waktu istirahat dan lamanya bekerja sehingga dengan adanya waktu istirahat ini dapat mengurangi kecelakaan kerja.

2) Pergeseran Waktu

Pergeseran waktu dari pagi, siang, dan malam dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan kecelakaan akibat kerja.

c. Faktor Pekerja

1) Umur Pekerja

Dalam penelitian *test reflex* memberikan hasil bahwa umur mempunyai pengaruh penting dalam menimbulkan kecelakaan akibat kerja. Golongan muda mempunyai kecenderungan untuk mendapatkan kecelakaan lebih rendah daripada golongan usia tua karena kecepatan reaksi yang lebih tinggi

2) Pengalaman Kerja

Pengalaman bekerja ditentukan oleh lamanya seseorang bekerja. Semakin lama dia bekerja maka semakin banyak pengalaman dalam

bekerja, dimana pengalaman kerja dapat memberikan pengaruh pada kecelakaan kerja.

3) Tingkat Pendidikan dan Keterampilan

Pendidikan berpengaruh pada cara berpikir seseorang dalam menghadapi pekerjaan, demikian dalam menerima latihan kerja baik praktik maupun teori termasuk di antaranya cara pencegahan ataupun cara menghindari terjadinya kecelakaan kerja.

4) Lama Bekerja

Lama bekerja juga mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja. Hal ini didasarkan pada lamanya seseorang bekerja akan mempengaruhi pengalaman bekerjanya.

5) Faktor Kelelahan

Faktor kelelahan mengakibatkan kecelakaan kerja atau turunnya produktivitas kerja. Kelelahan adalah fenomena kompleks fisiologis maupun psikologis dengan ditandai gejala perasaan lelah dan perubahan fisiologis dalam tubuh. Kelelahan akan berakibat menurunnya kemampuan kerja dan kemampuan tubuh para pekerja.

4. Klasifikasi Kecelakaan Kerja

Menurut (Suma'mur, 2014), klasifikasi kecelakaan kerja dapat dikelompokkan sebagai berikut:

a. Klafikasi menurut jenis kecelakaan

Terjatuh, tertimpa benda jatuh, tertumbuk atau terkena benda-benda (terkecuali benda jatuh), terjepit oleh benda, gerakan-gerakan melebihi kemampuan, terkena arus listrik, kontak dengan bahan-bahan berbahaya atau radiasi, tergores atau terkena benda tajam, jenis-jenis lain (termasuk kecelakaan-kecelakaan yang data-datanya tidak cukup atau kecelakaan lain yang belum masuk klasifikasi tersebut).

b. Klafikasi menurut penyebab

Mesin, alat angkut atau alat angkat, peralatan lain, bahan-bahan, zat-zat dan radiasi, lingkungan kerja, serta penyebab-penyebab lain yang belum termasuk golongan-golongan tersebut.

c. Klafikasi menurut sifat luka atau kelainan

Patah tulang, dislokasi/keseleo, regang otot/urat, memar dan luka dalam lain, amputasi, luka di permukaaan, luka sayat, gegar dan remuk, luka bakar, keracunan-keracunan mendadak, akibat cuaca, mati lemas, pengaruh arus listrik, pengaruh radiasi, dan lain-lain.

- d. Klafikasi menurut letak kelainan atau luka di tubuh
Kepala, leher, badan, anggota tubuh bagian atas, anggota tubuh bagian bawah, serta letak lain yang tidak dapat dimasukkan klasifikasi tersebut.

5. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kecelakaan Kerja

Menurut (Sucipto, 2014), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja, antara lain:

- a. Tindakan Tidak Aman

Tindakan tidak aman adalah praktek kerja/tindakan yang tidak sesuai dengan standar yang telah di tentukan. Kasus kecelakaan kerja disebabkan oleh tindakan yang tidak aman dalam bekerja atau karena kesalahan manusia. Ada banyak penyebab dari tindakan kerja yang tidak aman, antara lain lemahnya pengawasan, tidak adanya pemimpin, standar kerja yang kurang baik atau kelemahan dalam fungsi manajemen.

- b. Kondisi Tidak Aman

Kondisi tidak aman biasanya berasal dari lingkungan kerja, baik yang berasal dari alat, material, atau lingkungan yang tidak aman dan membahayakan, contohnya lantai yang licin, tidak tersedia alat pelindung diri, alat pelindung diri yang tidak berfungsi dengan baik atau pencahayaan yang kurang baik pada saat bekerja.

- c. Pengetahuan

Kurangnya pengetahuan pekerja tentang keadaan tempat kerja dapat berdampak yang kurang baik terhadap pekerja itu sendiri. Kurangnya pengetahuan disebabkan oleh kurang pengalaman, orientasi yang tidak adekuat atau pelatihan yang kurang dipahami. Tentu saja hal ini tidak semata-mata kesalahan dari pekerja yang baru masuk tapi pekerja senior juga turut andil dalam memberikan pengetahuan yang benar terhadap para juniornya.

- d. Keterampilan

Keterampilan pekerja yang baik mencerminkan adanya koordinasi yang efisien antara pikiran, fungsi alat indra dan otot-otot tubuh.

- e. Pelatihan atau Training

Pelatihan atau training bagi pekerja merupakan hal yang penting dalam program pengendalian bahaya sebagai bagian dari program keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja. Training di tempat kerja dapat dilakukan pada saat awal akan dilaksanakan suatu pekerjaan atau pertengahan pekerjaan (*re-training*).

f. Standar Kerja

Standar kerja dalam setiap pekerjaan berbeda-beda, hal ini dapat dituliskan dalam SOP (*Standard Operational Procedure*) yang harus dilaksanakan pada setiap pekerjaan. SOP harus berisi tentang proses kerja secara detail, dari awal pekerjaan sampai dengan tahap akhir pekerjaan. Adanya SOP sangat penting, karena berfungsi sebagai bahan acuan serta daftar aktivitas seorang pekerja ketika menggunakan alat kerja ataupun sedang melakukan tugasnya dalam bekerja.

6. Bahaya Potensial di Rumah Sakit

Sumber bahaya yang ada di rumah sakit harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolak ukur kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Berdasarkan (Permenkes RI, 2016), bahaya potensial di rumah sakit yang dapat menyebabkan terjadinya risiko kecelakaan kerja antara lain:

a. Bahaya fisik

Diantaranya: radiasi pengion, radiasi non pengion, suhu panas, suhu dingin, bising, getaran, dan pencahayaan.

b. Bahaya kimia

Diantaranya: desinfektan, *Cytotoxics*, *Ethylene oxide*, *Formaldehyde*, *Glutaraldehyde*, *Halothane*, *Ethane*, *Mercury*, *Chlorine*.

c. Bahaya biologi

Diantaranya: virus (Hepatitis B, Hepatitis C, Influenza, HIV), bakteri (*S. Saphrophyticus*, *Bacillus I sp*, *Propionibacterium H. Influenzae*, *S. Pneumoniae*, *N. Meningitis*, *B. Streptococcus*, *Pseudomonas*), jamur (*Candida*), dan parasite (*S. Scabies*)

d. Bahaya ergonomi

Diantaranya: cara kerja yang salah, posisi kerja statis, angkat angkut pasien, membungkuk, menarik, mendorong tempat tidur pasien.

e. Bahaya mekanik

Diantaranya: terjepit, terpotong, terpukul, tergulung, tersayat, dan tertusuk benda tajam.

f. Bahaya listrik

Diantaranya: sengatan listrik, hubungan arus pendek, kebakaran, petir, listrik statis.

g. Kecelakaan

Diantaranya: kecelakaan/cedera benda tajam.

h. Limbah rumah sakit

Diantaranya: limbah medis (jarum suntik, vial obat, nanah, darah) dan limbah non medis (droplet, air liur, sputum).

7. Penyakit atau Cedera Akibat Kecelakaan Kerja pada Perawat

Penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja pada perawat menjadi salah satu masalah *urgent* di lingkungan rumah sakit. Hal ini diakibatkan karena rumah sakit merupakan suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pada semua bidang dan jenis penyakit. Oleh sebab itu, rumah sakit dituntut untuk dapat menyediakan dan menerapkan suatu upaya agar semua sumber daya manusia yang ada di rumah sakit dapat terlindungi, baik dari penyakit maupun kecelakaan akibat kerja (Ivana et al., 2014). Setiap hari perawat kontak langsung dengan pasien dalam jangka waktu yang cukup lama (6 – 8 jam/hari), sehingga selalu terpajan mikroorganisme patogen. Penyakit atau cedera yang dapat dialami oleh perawat akibat kecelakaan kerja di rumah sakit antara lain:

a. Penyakit menular

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat melakukan kontak dengan pasien yang memungkinkan terkena cairan pasien berupa darah, urine, ataupun cairan tubuh lainnya. Contoh penyakit menular yang dapat dialami oleh perawat sebagai akibat dari kontak langsung dengan pasien antara lain hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, HIV/AIDS, TBC, SARS, infeksi kulit, dan penyakit menular lainnya (Siregar, 2020)

b. Gangguan tidur

Perawat perlu waktu sepanjang malam atau waktu yang tidak tentu untuk menjaga pasien, sehingga mudah mengalami kondisi tidur pendek, tidur kurang lelap, ataupun kesulitan tidur (Siregar, 2020).

c. Gangguan muskuloskeletal

Hasil penelitian oleh (Maria, 2015) menunjukkan jika sebesar 30,3% perawat mengalami cedera pada muskuloskeletal akibat kecelakaan kerja. Jenis gangguan muskuloskeletal yang dialami diantaranya adalah nyeri pinggang dan punggung, nyeri pada leher, nyeri bahu, nyeri pada pergelangan tangan, serta nyeri pada kaki dan lutut. Gangguan ini didapat karena perawat bekerja pada posisi tubuh yang sama dalam waktu yang lama seperti pada saat perawat memasang infus, memandikan pasien, mengangkat pasien yang gemuk, memindahkan pasien dari/ke kursi roda/brankar, membuang urine, dan lain-lain.

d. Cedera akibat tertusuk jarum

Menurut (S. Putri et al., 2018) kecelakaan kerja yang sering di alami oleh perawat di rumah sakit yaitu tertusuk jarum. Kejadian terpapar atau

tertusuk jarum infeksius disebabkan oleh perawat yang masih melakukan *recapping* yaitu menutup kembali jarum dan spuit setelah digunakan dengan dua tangan, perawat masih melakukan estafet dalam pembuangan sampah benda tajam dan dikumpulkan dalam satu wadah terbuka, perawat tidak langsung membuang benda tajam atau jarum bekas pasien ke dalam *safety box* atau kontainer benda tajam, sampah benda tajam masih bercampur dengan sampah medis yaitu di dalam kantong plastik kuning, serta perawat tidak membuang sampah benda tajam ketika sudah $\frac{3}{4}$ penuh.

Selain jenis penyakit atau cedera yang disebutkan diatas, menurut (Istih et al., 2017) terdapat beberapa cedera lainnya yang dialami oleh perawat akibat kecelakaan kerja antara lain cedera akibat tergores ampul/flakon obat, jatuh/terpleset/tersandung, kontak dengan arus listrik, serta kontak dengan cairan tubuh berbahaya yang dapat meningkatkan terjadinya infeksi penyakit menular.

Banyak faktor – faktor yang menyebabkan terjadinya penyakit atau cedera pada perawat akibat kecelakaan kerja, salah satunya yaitu rendahnya tingkat kepatuhan perawat terhadap penggunaan alat pelindung diri (APD). Hasil penelitian oleh (Putri et al., 2020), menunjukkan jika tingkat ketidakpatuhan perawat dalam menggunakan alat pelindung diri (APD) yaitu sebesar 48,4%. Hal tersebut yang membuat tingginya angka kecelakaan kerja pada perawat. Faktor – faktor yang menyebabkan rendahnya tingkat kepatuhan perawat dalam menggunakan alat pelindung diri (APD) antara lain tingkat pendidikan serta pengaruh dari teman sejawat. Hasil penelitian menunjukkan jika sebesar 58,1% perawat dengan tingkat pendidikan diploma cenderung tidak patuh dalam penggunaan APD dibandingkan dengan perawat yang memiliki tingkat pendidikan S1 sebesar 26,3%. Selain itu, ditemukan sebesar 75% perawat yang tidak patuh dalam penggunaan APD memiliki pengaruh teman sejawat yang kurang baik dibandingkan dengan perawat yang memiliki pengaruh teman sejawat yang baik sebesar 58% (Putri et al., 2020).

8. Pencegahan Kecelakaan Kerja di Rumah Sakit

Menurut (Suma'mur, 2014), pencegahan kecelakaan kerja ditunjukkan kepada:

a. Lingkungan

Syarat lingkungan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- 1) Memenuhi syarat aman, meliputi hygiene umum, sanitasi, ventilasi udara, pencahayaan dan penerangan di tempat kerja dan pengaturan suhu ruang kerja.
 - 2) Memenuhi syarat keselamatan, meliputi pengaturan penyimpanan barang, penempatan, dan pemasangan mesin, penggunaan tempat dan ruangan.
 - 3) Memenuhi penyelenggaraan ke tata rumah tangga, meliputi pengaturan penyimpanan barang, penempatan, dan pemasangan mesin, penggunaan tempat dan ruangan.
- b. Mesin dan Peralatan Kerja
- Mesin dan peralatan kerja harus didasarkan pada perencanaan yang baik dengan memperhatikan ketentuan yang berlaku.
- c. Perlengkapan Kerja
- Alat pelindung diri (APD) merupakan perlengkapan kerja yang harus terpenuhi bagi pekerja. APD berupa pakaian kerja, kacamata, sarung tangan, yang semuanya harus sesuai ukurannya sehingga menimbulkan kenyamanannya dalam penggunaannya.
- d. Faktor Manusia
- Pencegahan kecelakaan terhadap faktor manusia meliputi peraturan kerja, mempertimbangkan atas batas kemampuan dan keterampilan bekerja, meniadakan hal-hal yang mengurangi konsentrasi kerja, menegakkan disiplin kerja, menghindari perbuatan yang mendatangkan kecelakaan serta menghilangkan adanya ketidakcocokan fisik dan mental.

D. Rangkuman

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit. Kecelakaan kerja adalah suatu hal yang tidak diinginkan karena dapat mengakibatkan kerugian berupa cedera, kerusakan properti, kerugian materi, gangguan kesehatan atau penyakit akibat kerja, bahkan dapat menyebabkan kematian. Penyebab kecelakaan kerja dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu karena faktor lingkungan kerja, faktor pekerjaan, serta faktor pekerja. Bahaya potensial yang dapat ditemukan di rumah sakit antara lain bahaya fisik, bahaya biologi, bahaya kimia, bahaya ergonomi, bahaya listrik, bahaya mekanik, kecelakaan, serta limbah rumah sakit. Penyakit atau cedera yang sering dialami oleh perawat akibat kecelakaan kerja antara lain penyakit menular,

gangguan tidur, gangguan muskuloskeletal, cedera akibat tertusuk jarum, cedera akibat tergores ampul/flakon obat, jatuh/terpleset/tersandung, kontak dengan arus listrik, serta kontak dengan cairan tubuh berbahaya yang dapat meningkatkan terjadinya infeksi penyakit menular. Pencegahan kecelakaan kerja yang dapat dilakukan di rumah sakit meliputi aspek lingkungan, mesin dan peralatan kerja, perlengkapan kerja, serta faktor manusia.

E. Evaluasi

1. Kecelakaan kerja merupakan suatu hal yang tidak di kehendaki atau tidak direncanakan sebelumnya yang mengacaukan proses yang telah diatur dari suatu aktivitas dan dapat menimbulkan kerugian baik korban manusia. Ini merupakan definisi kecelakaan kerja berdasarkan ...
 - a. **UU No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja**
 - b. UU No. 2 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja
 - c. UU No. 3 Tahun 1971 tentang keselamatan kerja
 - d. UU No. 1 Tahun 1977 tentang keselamatan kerja
 - e. UU No. 5 Tahun 1977 tentang keselamatan dan kesehatan kerja
2. Menurut PERMENKES No. 05/MEN/1996, pengendalian risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja dilakukan dengan berbagai macam metode yaitu ...
 - a. **Pemberian APD**
 - b. Rekonstruksi
 - c. Grup diskusi
 - d. Komunikasi
 - e. Sosialisasi
3. Bahaya yang terdapat pada benda atau proses yang bergerak yang dapat menimbulkan dampak seperti tertusuk, terpotong, terjepit, tergores, terbentur, dan lain-lain termasuk jenis hazard/bahaya ...
 - a. ***Mechanical hazard***
 - b. *Electrical hazard*
 - c. *Chemical hazard*
 - d. *Physical hazard*
 - e. *Biologic hazard*
4. Berikut ini merupakan Undang – Undang yang memuat tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah ...
 - a. Permenkes RI No. 65 Tahun 2017

- b. Permenkes RI No. 66 Tahun 2017
 - c. Permenkes RI No. 66 Tahun 2016**
 - d. Permenkes RI No. 67 Tahun 2016
 - e. Permenkes RI No. 66 Tahun 2015
5. Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh perawat untuk meminimalisir terjadinya kecelakaan kerja adalah
- a. Tidak membatasi akses ke tempat isolasi
 - b. Tidak membatasi sentuhan langsung ke pasien
 - c. Menutup jarum suntik menggunakan dua tangan
 - d. Mencuci tangan hanya setelah melakukan tindakan
 - e. Menggunakan APD dengan benar, efektif, dan efisien**
6. Berikut ini merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja, kecuali ...
- a. Tindakan aman**
 - b. Pelatihan/training
 - c. Keterampilan
 - d. Standar kerja
 - e. Pengetahuan
7. Faktor lingkungan dan manusia dapat mempengaruhi kecelakaan kerja. Salah satunya getaran-getaran yang di timbulkan oleh peralatan mekanis yang sebagian dari getaran tersebut sampai ke tubuh dan dapat menimbulkan akibat-akibat yang tidak diinginkan pada tubuh manusia. Ini merupakan bagian dari faktor lingkungan yang berpengaruh yaitu ...
- a. Penerangan
 - b. Kebisingan
 - c. Getaran mekanis**
 - d. Bau-bauan
 - e. Suhu udara
8. Berikut ini merupakan penyakit atau cedera yang sering di alami oleh perawat akibat kecelakaan kerja, kecuali ...
- a. Gangguan tidur
 - b. Penyakit menular
 - c. Gangguan muskuloskeletal
 - d. Cedera akibat tertusuk jarum

e. Cedera akibat kejatuhan benda asing (di lingkungan pergudangan)

9. Desinfektan, *Clytotoxics*, *Ethylene oxide*, *Formaldehyde*, *Glutaraldehyde*, *Halothane*, *Ethane*, *Mercury*, *Chlorine* merupakan contoh jenis hazard/bahaya ...

a. *Physical hazard*

b. *Biologic hazard*

c. *Electrical hazard*

d. *Chemical hazard*

e. *Mechanical hazard*

10. Seorang perawat sedang berjaga malam di IGD sebuah rumah sakit, kemudian datang seorang laki-laki bersimbah darah mengaku korban tawuran, namun dalam keadaan mabuk. Risiko yang bisa didapatkan oleh perawat ketika melakukan pengkajian adalah ...

a. Risiko terjadinya pelecehan verbal dan kekerasan fisik

b. Risiko penyakit pasien akan bertambah parah

c. Risiko dimarahi pasien dan keluarga

d. Risiko pasien tidak mau di obati

e. Risiko tertular penyakit

REFERENSI

- Adi Permana, T. (2021). Pengaruh lingkungan kerja dan sistem manajemen keselamatan kesehatan kerja terhadap kecelakaan kerja (studi kasus di Ruang IGD RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung). *Jurnal Syntax Transformation*, 2(5). <https://doi.org/10.46799/jst.v2i5.281>
- Bureau of Labor Statistics. (2020). *Survey of occupational injuries and illnesses 2019*. United States: Department of Labor.
- CDC. (2019). *Centers for disease control and prevention*. United States: Department of Health and Human Services.
- Istih, S. M. P., Wiyono, J., & Candrawati, E. (2017). Hubungan unsafe action dengan kecelakaan kerja pada perawat di Rumah Sakit Panti Waluya Malang. *Nursing News*, 2(2), 337–348. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/download/478/396>
- Ivana, A., Widjasena, B., & Jayanti, S. (2014). Analisa komitmen manajemen rumah sakit (RS) terhadap keselamatan dan kesehatan kerja (K3) pada RS Prima Medika Pematang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 2(1). <https://doi.org/10.14710/jkm.v2i1.6372>
- Kemenkes RI. (2020). *Permenkes No 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan nasional riset kesehatan dasar 2018. *Riskesdas*, 614.
- Lien, C. W., & Liu, P. H. (2018). Systematic innovation by user-centered design: Case study in ampoule opener design. *International Journal of Systematic Innovation*, 5(2).
- Maria, S. (2015). Kejadian kecelakaan kerja perawat berdasarkan tindakan tidak aman. *Jurnal Care*, 3(2), 10–11.
- Permenkes RI. (2016). *Permenkes No. 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Putri, S. A., Widjanarko, B., & Shaluhiah, Z. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan perawat terhadap penggunaan alat pelindung diri (APD) di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(3).
- Putri, S., Santoso, S., & Rahayu, E. P. (2018). Pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap kejadian kecelakaan kerja perawat rumah sakit. *Jurnal Endurance*, 3(2). <https://doi.org/10.22216/jen.v3i2.2686>
- Ramdan, I. M., & Rahman, A. (2018). Analisis risiko kesehatan dan keselamatan kerja (K3) pada perawat. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(3).

<https://doi.org/10.24198/jkp.v5i3.645>

- Saputri, I. A. (2016). Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 1(2).
- Setianingsih, A., Santosa, B., & Setiawan, A. (2022). Hubungan pengetahuan, sikap, persepsi dan kenyamanan terhadap perilaku penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada perawat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 14(2). <https://doi.org/10.37012/jik.v14i2.985>
- Siregar, F. R. (2020). Hal - hal terkait terjadinya penyakit atau kecelakaan akibat kerja pada perawat. *Jurnal Kesehatan*. <https://osf.io/kuyrc/download>
- Soehatman, R. (2010). *Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja OHSAS 18001*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Sucipto, C. D. (2014). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Suma'mur. (2014). *Higiene perusahaan dan kesehatan kerja (Hiperkes)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Tarwaka. (2014). *Keselamatan dan kesehatan kerja: Manajemen dan implementasi K3 di tempat kerja*. Surakarta: Harapan Press.

BAB 9

UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT AKIBAT KERJA

PADA PERAWAT

Ns. Siti Munawaroh, M. Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 9

UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT AKIBAT KERJA PADA PERAWAT

Ns. Siti Munawaroh, M. Kep

A. Tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari BAB ini mahasiswa diharapkan dapat menjelaskan tentang pengertian keselamatan dan kesehatan kerja, potensial bahaya di rumah sakit dan upaya pencegahan penyakit akibat kerja pada perawat.

B. Pendahuluan

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan medis kepada masyarakat untuk menunjang kesehatan dan kesembuhan pasien. Sebagai tenaga kesehatan yang profesional perawat memiliki peran pemberi asuhan, pendidik, advokat klien, konselor, agen pengubah, pemimpin, manajer, manajer kasus, serta peneliti dan pengembang praktik keperawatan, adanya tugas-tugas tambahan yang dibebankan kepada perawat yang tidak sesuai dengan peran dan fungsi perawat dapat mempengaruhi kinerja perawat (Wahyudi, 2020). Dalam menjalankan tugasnya perawat berisiko mengalami gangguan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) (Ramdan & Rahman, 2018).

Kecelakaan kerja yang menimpa petugas kesehatan sangat sering terjadi, prevalensi selama 1 tahun yaitu 29,7 %. Insidensinya adalah 1,63 cedera per orang-tahun. Mekanisme utama adalah tertusuk jarum suntik (35,4 % cedera), tertusuk benda tajam (34,6 %), terbentur benda (25,2 %), dan kekerasan (24,4 %) (Appiagyei, Helena et al, 2021).

C. Konsep Materi

1. Definisi

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) menurut PP No. 50 tahun 2012 merupakan segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.

Secara fisiologis K3 yaitu suatu konsep berpikir dan upaya nyata untuk menjamin kelestarian tenaga kerja pada khususnya dan setiap insan pada umumnya beserta hasil karya dan budayanya dalam upaya mencapai masyarakat adil, makmur dan sejahtera. Secara keilmuan, sebagai ilmu

pengetahuan dan penerapannya guna mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan atau penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan lingkungan kerja (Sugiyono, 2003).

2. Potensial Bahaya di Rumah Sakit

Potensial bahaya di rumah sakit yang berasal dari berbagai faktor dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Berikut Potensi bahaya di rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.66 tahun 2016 terdiri dari 8 item potensi yaitu bahaya fisik, kimia, biologi, ergonomi, psikososial, mekanikal, elektrik dan limbah.

Tabel 9.1 Bahaya – Bahaya di Rumah Sakit

NO	JENIS BAHAYA	SUMBER BAHAYA
1	Bahaya Fisik	Di antaranya : radiasi pengion, radiasi nonpengion, suhu panas, suhu dingin, bising, getaran, pencahayaan.
2	Bahaya Kimia	Di antaranya: <i>Ethylene oxide, Formaldehyde, Glutaraldehyde, Ether, Halothane, Etrane, Mercury, Chlorine.</i>
3	Bahaya Biologi	Di antaranya :Virus (Hepatitis B dan C, <i>Influenza, HIV</i>), Bakteri (<i>S. Saphrophyticus, Bacillus sp, Porionibacterium sp., H. Influenzae, S. Pneumomaniae, N. Meningitidis, B. Streptococcus, Pseudomonas</i>), Jamur (<i>Candida</i>) dan Parasit (<i>S. Scabiei</i>)
4	Bahaya Ergonomi	Cara kerja yang salah, di antaranya posisi kerja membungkuk dan mengangkat
5	Psikososial	Di antaranya kerja shift, stress beban kerja, hubungan kerja, post traumatic
6	Bahaya Mekanik	Di antaranya : terjepit, terpotong, terpukul, tergulung, tersayat, tertusuk benda tajam.
7	Bahaya Elektrikal	Di antaranya : sengatan listrik, hubungan arus pendek, kebakaran, petir, listrik statis
8	Limbah	Di antaranya : limbah medis (jarum suntik, vial obat, nanah, darah) limbah non medis, dan limbah cairan tubuh manusia (droplet, liur, sputum

Sumber: Permenkes No.66 tahun 2016

Prinsip bahaya untuk perawat menurut *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) yaitu :

1. Patogen melalui darah.
2. Bahan kimia berbahaya : misalnya, Etilen oksida, obat tumpah, bahan karsinogen, asap berbahaya, dan cairan yang mudah terbakar.
3. Slip/jatuh.
4. Alergi lateks : misalnya, alergi terhadap sarung tangan yang terbuat dari lateks alam dan atau bahan yang digunakan untuk membuat sarung tangan.
5. Bahaya peralatan : misalnya jarum suntik dan kejutan listrik.
6. Stress kerja :
 - a. Faktor-faktor : shift kerja, jam kerja yang panjang, kelelahan, situasi emosional yang kuat (penderitaan dan kematian), keselamatan pasien (kesalahan pengobatan).
 - b. Peringatan dini : sakit kepala, gangguan tidur, kesulitan konsentrasi, ketidakpuasan kerja, dan semangat kerja yang menurun.
7. Infeksi Methicilin Resistant Staphylococcus.
8. *Workplace violence* : serangan fisik luar (ancaman, makian)
9. Terorisme : misalnya, menerima korban dari sebuah insiden teroris yang tidak diketahui identitasnya.
10. Bahaya fisik : misalnya flying objects, cedera mata.

Identifikasi risiko bahaya pada perawat bahaya yang teridentifikasi yang paling banyak dialami oleh perawat adalah bahaya Psikososial yaitu kelelahan kerja dan mengantuk (76,9%). Aktivitas mobilisasi dan perubahan posisi pasien risiko bahaya yang teridentifikasi pada responden adalah tangan tertimpa atau terjepit dan sakit punggung (69,2%). Risiko bahaya yang teridentifikasi untuk aktivitas pemasangan infus yaitu terkena cipratan atau cairan darah pasien dan tertusuk jarum (38,4 %) (Rafi'ah, Maliga, Iga & Lestari, Ana, 2022).

3. Upaya Pencegahan Penyakit Akibat Kerja pada Perawat

Mengatasi masalah resiko kecelakaan dan gangguan kesehatan akibat kerja pada perawat dapat dilakukan edukasi pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK) berupa edukasi praktik peregangangan di tempat kerja dan pemberian materi pencegahan penyakit akibat kerja kepada para perawat, pemasangan poster, peningkatan kesadaran perawat terkait *universal precaution* seperti mengedukasi untuk mencuci tangan sesuai

standar WHO (Rohmani, Ngatoiatu; Nirmalasari, Novita; dan Lestari, Ratna, 2023).

Hasil penelitian Sulaeman, Rachmat; Suharni & Samsualam (2022), menyatakan proses pencegahan penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja melalui upaya kepatuhan terhadap SOP rumah sakit dengan mendeteksi awal terhadap penyakit yang diderita dengan cara melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala, melakukan pengecekan terhadap sarana dan prasarana serta pengawasan dari PPI dan Komite K3 serta menggunakan alat pelindung diri setiap dalam menjalankan tugas serta ketika terjadi kecelakaan akibat kerja segera melaporkan kepada PPI dan Komite K3. Faktor pendukungnya yaitu dengan adanya sarana dan pra sarana dari sumber daya yang memadai, kepatuhan dari para karyawan rumah sakit dalam menjalankan SOP tentang pencegahan penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja, sedangkan faktor penghambat yaitu dengan sarana dan pra sarana yang masih belum lengkap serta kesadaran dari para karyawan rumah sakit tentang potensi yang dapat menimpa serta lingkungan kerja yang kurang baik.

CDC dan HICPAC (2011) dalam Permenkes RI No. 27 tahun 2017 merekomendasikan 11 komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman.

a. Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin.

Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- 1) Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- 2) Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama. Indikasi kebersihan tangan:

Sebelum kontak pasien;

- a) Sebelum tindakan aseptik;
- b) Setelah kontak darah dan cairan tubuh;
- c) Setelah kontak pasien;
- d) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

Gambar 1.1 Cara Mencuci Tangan dengan Antiseptik



Sumber: Permenkes RI No. 27 tahun 2017

Gambar 1.2 Cara Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air



Sumber: Permenkes RI No. 27 tahun 2017

b. Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.

APD terdiri dari sarung tangan, masker/ Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).

Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko paparan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.

Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas

Jenis-Jenis APD :

1) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- a) Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- b) Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- c) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi

2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin.

Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan *Fit Test* (penekanan di bagian hidung).

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- a) Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
- b) Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne.
- c) Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur

3) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung:

- a) Gaun pelindung tidak kedap air
- b) Gaun pelindung kedap air
- c) Gaun steril
- d) Gaun non steril

Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- a) Membersihkan luka
- b) Tindakan drainase

- c) Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
 - d) Menangani pasien perdarahan masif
 - e) Tindakan bedah
 - f) Perawatan gigi
- Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

4) Goggle dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata.

Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah: Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi.

Indikasi: Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi di laundry, di ruang dekontaminasi CSSD.

5) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Jenis sepatu pelindung seperti sepatu boot atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki. Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- a) Penanganan pemulasaraan jenazah
- b) Penanganan limbah
- c) Tindakan operasi
- d) Pertolongan dan Tindakan persalinan
- e) Penanganan linen
- f) Pencucian peralatan di ruang gizi
- g) Ruang dekontaminasi CSSD

6) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga

sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- a) Tindakan operasi
- b) Pertolongan dan tindakan persalinan
- c) Tindakan insersi CVL
- d) Intubasi Trachea
- e) Penghisapan lendir massive
- f) Pembersihan peralatan kesehatan

D. Rangkuman

Keselamatan dan Kesehatan Kerja merupakan upaya perlindungan tenaga kerja dari bahaya, penyakit dan kecelakaan akibat kerja maupun lingkungan kerja. Penegakan diagnosis spesifik dan sistem pelaporan penyakit akibat kerja penting dilakukan agar dapat mengurangi dan atau bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja. Penyakit Akibat Kerja adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan lingkungan kerja. Faktor risiko PAK antara lain: Golongan fisik, kimiawi, biologis atau psikososial di tempat kerja. Faktor tersebut di dalam lingkungan kerja merupakan penyebab yang pokok dan menentukan terjadinya penyakit akibat kerja. Faktor lain seperti kerentanan individual juga berperan dalam perkembangan penyakit di antara pekerja yang terpajang. Strategi pencegahan dan kontrol infeksi yang diterapkan oleh perawat dan karyawan penunjang medis adalah dengan lebih menekankan APD yang dipakai saat bekerja yang sesuai dengan indikasi alat pelindung diri apa yang sebaiknya mereka gunakan saat bekerja.

E. Evaluasi

1. Jelaskan pengertian keselamatan dan kesehatan kerja!
2. Sebutkan potensial bahaya di rumah sakit !
3. Sebutkan upaya pencegahan penyakit akibat kerja pada perawat !

REFERENSI

- Appiagyei, Helena at all. (2021). Occupational injuries among health care workers at a public hospital in Ghana. *Pan Afr Med J*. Doi: 10.11604/pamj.2021.39.103.23542
- Permenkes RI No. 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Permenkes RI No. 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
- PP No. 50 tahun 2012 tentang Penerapan SMK3 - Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
- Rafi'ah, Maliga, Iga & Lestari, Ana. (2022). Identifikasi Risiko Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Pada Perawat Di Rumah Sakit. *Jurnal JRIK*. Vol 2 No. 3
- Ramdan, I. M., & Rahman, A. (2017). Analisis Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) pada Perawat. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(3), 229–241. <https://doi.org/10.24198/jkp.v5i3.645>
- Rohmani, Ngatoiatu; Nirmalasari, Novita; dan Lestari, Ratna. (2023). Peningkatan Keselamatan Kerja Melalui Pencegahan Penyakit Akibat Kerja Pada Perawat di Rumah Sakit. *Jurnal Pengabdian pada Masyarakat*. Vol. 8, No. 2, 2023; pp. 490-498 DOI: 10.30653/jppm.v8i2.346
- Sugiyono. (2003). *Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Semarang : UNDIP
- Sulaeman, Rachmat; Suharni & Samsualam. (2022). Analisis Implementasi Pencegahan Kecelakaan Akibat Kerja Dan Penyakit Akibat Kerja Di Ruang Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Tenriawaru Watampone. *Journal of Muslim Community Health (JMCH)*. Vol. 3, No. 4. Page 179-192 <https://doi.org/10.52103/jmch.v3i4.1176>
- Wahyudi, I. (2020). Pengalaman Perawat Menjalani Peran Dan Fungsi Perawat Di Puskesmas Kabupaten Garut. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 2(01), 36–43. <https://doi.org/10.32938/jsk.v2i01.459>

GLOSARIUM

APD	: Alat Pelindung Diri
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CSSD	: Central Sterile Supply Departmen
CVL	: Vena Central Line
HICPAC	: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
K3	: Kesehatan dan Keselamatan Kerja
OSHA	: <i>Occupational Safety and Health Administration</i>
PAK	: Penyakit Akibat Kerja
SOP	: Standar Operasional Prosedur

BAB 10

**UPAYA MENCEGAH DAN MEMINIMALKAN
RISIKO DAN HAZARD PADA TAHAP
PENGKAJIAN, PERENCANAAN, IMPLEMENTASI
& EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN**

Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 10

UPAYA MENCEGAH DAN MEMINIMALKAN RISIKO DAN HAZARD PADA TAHAP PENGKAJIAN, PERENCANAAN, IMPLEMENTASI & EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

A. Tujuan pembelajaran

Saat dihadapkan pada kasus terkait keselamatan pasien serta kesehatan dan keselamatan kerja keperawatan, mahasiswa mampu:

1. Melakukan upaya pencegahan dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap pengkajian asuhan keperawatan
2. Melakukan upaya pencegahan dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap perencanaan asuhan keperawatan
3. Melakukan upaya pencegahan dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap implementasi asuhan keperawatan
4. Melakukan upaya pencegahan dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap evaluasi asuhan keperawatan

B. Pendahuluan

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah pada pasien dengan memberikan pelayanan keperawatan. Proses asuhan keperawatan merupakan tugas dan kewajiban seorang perawat dari pasien datang sampai pasien pulang, dimulai dengan pengkajian secara menyeluruh, kemudian menegakkan diagnosa keperawatan dari data pengkajian tersebut, serta melaksanakan intervensi, implementasi dan evaluasi keefektifan diagnosa awal yang sudah ditegakkan.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan salah satu isu penting di dunia kerja saat ini termasuk di lingkungan rumah sakit. Angka kecelakaan kerja di rumah sakit lebih tinggi dibandingkan tempat kerja lainnya dan sebagian besar diakibatkan oleh perilaku yang tidak aman. Kecelakaan kerja menjadi salah satu masalah genting di lingkungan rumah sakit. Hal ini diakibatkan karena rumah sakit merupakan suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pada semua bidang dan jenis penyakit. Oleh sebab itu rumah sakit dituntut untuk dapat menyediakan serta menerapkan sebuah upaya agar semua sumber daya manusia yang bekerja di rumah sakit dapat terlindungi, baik dari penyakit maupun kecelakaan akibat kerja. K3 merupakan aspek yang penting dalam usaha meningkatkan kesejahteraan karyawan. Apabila tingkat keselamatan kerja tinggi,

maka kecelakaan yang menyebabkan sakit, cacat, dan kematian dapat ditekan sekecil mungkin. Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/pemberi layanan kesehatan khususnya perawat dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.

Kesehatandan Keselamatan Kerja (K3) merupakan sebuah upaya dalam rangka menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmani maupun rohani tenaga kerja, hasil karya dan budayanya menuju masyarakat makmur dan sejahtera. Tujuan diberlakukan K3 adalah agar pekerja memperoleh derajat kesehatan yang tinggi, baik dari segi fisik, mental, maupun social dengan berbagai usaha yang dilakukan. Usaha tersebut meliputi preventif dan kuratif terhadap penyakit maupun gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap penyakit-penyakit umum sehingga penerapan K3 merupakan salah satu standard pelayanan yang perlu diperhatikan oleh seluruh aspek yang ada di RS. Hal tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087/MENKES/SK/VIII/2010. Melalui Kemenkes ini telah ditetapkan standar penerapan K3 untuk Rumah Sakit (RS) atau disingkat K3RS. Upaya penatalaksanaan K3RS didukung dengan peran dari tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 66 tahun 2016 pada pasal 2, menyatakan adapun yang menjadi tujuan pengaturan K3RS yaitu terselenggaranya keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan bagi seluruh individu di rumah sakit; baik dari tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan dan pasien beserta keluarga pasien.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK), pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi. Tujuan diterapkannya K3RS adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman, dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan RS. Pengetahuan K3RS yang baik diharapkan mampu menekan angka kecelakaan kerja karena individu tersebut dapat menerapkan tindakan yang sesuai dengan pengetahuan K3 yang dimilikinya. Upaya penerapan K3 di rumah sakit menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, proses kerja, dan lingkungan kerja yang meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan. Tenaga kesehatan yang sering berkontak langsung dengan pasien

adalah perawat. Tingkat pengetahuan K3 perawat sangat penting dalam menjaga keselamatan pasien dan diri perawat itu sendiri. Maka dari itu, perawat harus mempunyai pengetahuan tentang peraturan pemerintah yang menyangkut kesehatan kerja dan memahami legalsasi yang berhubungan, serta semua hal yang bersangkutan tentang kesehatan kerja, keselamatan kerja serta kecelakaan kerja.

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah permasalahan yang sangat penting dalam setiap pelayanan kesehatan sehingga keselamatan merupakan tanggung jawab dari pemberi jasa pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan di setiap unit perawatan baik akut maupun kronis harus berfokus pada keselamatan pasien baik dalam tatanan rumah sakit. Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional bersifat humanistik, menggunakan pendekatan holistik, dilakukan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berorientasi kepada kebutuhan objektif klien. Praktek keperawatan mengacu pada standar professional keperawatan dan menggunakan etika keperawatan sebagai tuntutan utama. Perawat dituntut untuk selalu melaksanakan asuhan keperawatan yang benar atau rasional.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK), pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi. Tujuan diterapkannya K3RS adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman, dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan RS. Pengetahuan K3RS yang baik diharapkan mampu menekan angka kecelakaan kerja karena individu tersebut dapat menerapkan tindakan yang sesuai dengan pengetahuan K3 yang dimilikinya. Upaya penerapan K3 di rumah sakit menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, proses kerja, dan lingkungan kerja yang meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan. Tenaga kesehatan yang sering berkontak langsung dengan pasien adalah perawat. Tingkat pengetahuan K3 perawat sangat penting dalam menjaga keselamatan pasien dan diri perawat itu sendiri. Maka dari itu, perawat harus mempunyai pengetahuan tentang peraturan pemerintah yang menyangkut kesehatan kerja dan memahami legalsasi yang berhubungan, serta semua hal yang bersangkutan tentang kesehatan kerja, keselamatan kerja serta kecelakaan kerja. Kecelakaan di tempat kerja memiliki dampak bagi individu maupun bagi institusi. Dampaknya bagi individu dapat berupa cedera ringan maupun berat, cacat, kematian. Dampak bagi institusi meliputi kerugian jiwa (cedera, cacat, kematian), kehilangan sumber daya berharga, biaya perawatan kesehatan,

kerugian aset seperti uang, properti, gedung, peralatan, material, produk, serta mengurangi laba institusi karena menutup kerugian dari insiden

Menurut WHO yang dikutip oleh Swarjana (2017), faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja adalah:

- a. Faktor manusia. Adapun faktor yang menyebabkan manusia dapat menimbulkan kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja diantaranya adalah umur, pengalaman kerja, penggunaan obat, dan motivasi.
- b. Faktor lingkungan. Adapun penyebab kecelakaan kerja lainnya adalah faktor lingkungan pekerjaan. Seperti tingkat pencahayaan, tingkat kebisingan, temperature ataupun suhu lingkungan, kesalahan konstruksi mesin, sikap badan yang tidak benar dalam melakukan pekerjaan, dan yang lain sebagainya.
- c. Faktor organisasi. Kecelakaan kerja merupakan sebuah kejadian yang tidak diinginkan oleh siapa pun. Setiap pekerja pasti menginginkan untuk bekerja dengan nyaman, aman tanpa ada rasa cemas akan terjadinya kecelakaan di lingkungan kerja. Oleh karena itu, lingkungan sosial atau organisasi memiliki efek paling besar terhadap kinerja seseorang.

Pengelolaan dan Pelaksanaan K3 di RS penting artinya untuk meningkatkan lingkungan kerja RS agar aman, sehat dan nyaman baik bagi karyawan, pasien, pengunjung ataupun masyarakat di sekitar RS. Pengelolaan K3 di RS dapat berjalan dengan baik, bila pimpinan puncak atau Direktur RS punya komitmen yang tinggi terhadap jalannya pelaksanaan K3 di RS. Selain itu perlu juga pemahaman, kesadaran dan perhatian yang penuh dari segala pihak yang terlibat di RS, sehingga apa yang diharapkan terhadap penerapan K3 di RS bisa tercapai.

Proses asuhan keperawatan merupakan tugas dan kewajiban seorang perawat dari pasien datang sampai pasien pulang, dimulai dengan pengkajian secara menyeluruh, kemudian menegakkan diagnosa keperawatan dari data pengkajian tersebut, serta melaksanakan intervensi, implementasi dan evaluasi keefektifan diagnosa awal yang sudah ditegakkan. Perawat sangatlah berperan penting dalam meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah sakit maka Perawat sebaiknya terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan di bidang manajemen keperawatan khususnya terkait Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) sehingga pelayanan yang diberikan dapat lebih optimal dan berkualitas tanpa melupakan tingkat kesehatan dan keselamatan bagi pemberi asuhan keperawatan.

Perawat merupakan salah satu tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan, kesehatan dan keselamatan perawat perlu mendapat perhatian lebih dibanding dengan komponen pelayanan kesehatan lainnya. Karena tiap harinya

mereka bertemu langsung dengan pasien dan bahaya-bahaya yang ada di rumah sakit. Setiap hari perawat tidak pernah jauh dan selalu berinteraksi dengan pasien. Hal tersebut yang membuat perawat selalu berhadapan langsung dengan bahaya dan dapat mengancam kesehatan dan keselamatan kerja perawat itu sendiri, maupun orang-orang yang berada di sekitarnya seperti keluarga saudara maupun teman terlepas dari keberadaan pasiennya. Karena keberadaan dan kepentingan mereka yang tidak hanya berada di rumah sakit, tetapi juga terhadap lingkungan diluar rumah sakit. Maka dikhawatirkan, jika seorang perawat secara tidak langsung dapat menjadi penyebab sumber penyakit, maupun sumber dari efek negatif dari risiko profesi mereka menjadi perawat.

Tanggung jawab perawat erat kaitannya dengan tugas-tugas perawat. Tugas perawat secara umum adalah memenuhi kebutuhan dasar serta mengutamakan dan mengoptimalkan keselamatan pasien. Oleh karena itu, asuhan keperawatan sangat menentukan kualitas dari perawat. Dengan adanya kepuasan kerja perawat maka diharapkan mereka dapat menjalankan tugasnya dengan baik. Untuk mampu menciptakan tingkat pelayanan yang berkualitas dibutuhkan perawat yang memiliki kualitas pula kemampuan untuk menarik dan mempertahankan tenaga kerja yang berkualitas dan cakap merupakan kebutuhan prasyarat sukses bagi sebuah perusahaan. reputasi perusahaan merupakan modal pokok yang mencerminkan pada kemampuan perusahaan untuk memuaskan ke Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah suatu program yang dibuat pekerja maupun pengusaha sebagai upaya mencegah timbulnya kecelakaan akibat kerja dan penyakit serta tindakan antisipatif apabila terjadi kecelakaan dan penyakit kerja. Tujuannya adalah untuk menciptakan tempat kerja yang nyaman, dan sehat sehingga dapat menekan serendah mungkin resiko kecelakaan dan penyakit.

Sebagai perawat, penerapan konsep K3 harus memiliki sikap yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan dimana seluruh nilai positif yang ada dalam diri seorang perawat dapat menjadi factor pendorong perilaku sehat dan menjadi upaya dalam meningkatkan kesehatan dan keselamatan selama bekerja. Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi ialah pengalaman perawat dapat dilihat dari berbagai aspek. Salah satunya adalah masa kerja perawat. Apabila semakin lama masa kerja perawat, maka pengalaman yang dimiliki juga semakin meningkat sehingga perilakunya dalam menjaga keselamatan dirinya juga menjadi lebih baik. Selain itu pengalaman juga dapat diperoleh dari berbagai sosialisasi maupun pelatihan tentang K3 yang dilakukan oleh pihak rumahsakit. Faktor selanjutnya yang ikut berperan dalam perubahan perilaku perawat yaitu tersedianya fasilitas yang mendukung sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Nilai yang paling tinggi pada faktor enabling berada pada komponen

hukum/aturan, artinya secara umum perilaku seseorang dipengaruhi oleh aturan yang ada di lingkungannya. Selain beberapa faktor diatas, budaya organisasi juga berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam melaksanakan keselamatan, dimana budaya organisasi yang baik akan mendorong perawat untuk bekerja sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan.

C. Upaya Mencegah Dan Meminimalkan Risiko Dan Hazard Pada Setiap Tahapan Asuhan Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Perawat adalah tenaga perawatan yang berasal dari jenjang pendidikan tinggi keperawatan Ahli Madya, Ners, Ners Spesialis, dan Ners Konsultan. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat dituntut untuk lebih profesional agar kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin meningkat. Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan ini tercantum dalam standar praktik klinis keperawatan yang terdiri dari lima fase asuhan keperawatan. Lima (5) fase tersebut yaitu: Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi. Berikut beberapa upaya yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada setiap tahapan asuhan keperawatan.

1. Risiko Dan Hazard Pada Setiap Tahapan Asuhan Keperawatan.

a. Risiko dan Hazard dalam pengkajian asuhan keperawatan

Risiko melekat dari tindakan pelayanan kesehatan dalam hal ini pada saat melakukan pengkajian asuhan keperawatan adalah bahwa dalam kegiatan ini yang diukur adalah upaya yang dilakukan. Pada proses pengkajian data, hal-hal yang dapat saja bisa terjadi adalah:

- a) Kurangnya informasi atau data yang diberikan oleh keluarga pasien atau pasien itu sendiri atau dalam kata lain menyembunyikan suatu hal, sehingga dalam proses pengkajian kurang lengkap. Akibatnya perawat ataupun dokter akan salah dalam memberikan perawatan sehingga berbahaya terhadap pasien.
- b) Pada saat melakukan pengkajian dapat juga terjadi di kejadian tertularnya penyakit dalam hal ini seperti kontak fisik maupun udara titik pada saat perawat melakukan perawatan ataupun pengkajian kepada pasien maka perawat mempunyai resiko tertular penyakit dari pasien tersebut.

- c) Mendapatkan cacian atau pelecehan verbal saat melakukan pengkajian ataupun pada proses wawancara. Ketika perawat menanyakan data atau informasi pasien namun, keluarga pasien menyembunyikannya. Sehingga demi keselamatan pasien perawat tetap menanyakan sehingga pasien atau keluarga kurang menyukainya dan akhirnya mendapatkan cacian atau perlakuan tidak baik.
- d) Dalam melakukan pengkajian atau pemeriksaan perawat bisa saja mendapatkan kekerasan fisik dari pasien ataupun keluarga pasien. Misalnya pasien ataupun keluarga yang tidak menyukai proses perawatan atau pengkajian dapat saja melakukan kekerasan fisik terhadap perawat

b. Risiko dan Hazard dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

Kesalahan saat merencanakan pengkajian dapat saja terjadi, jika perawat salah dalam mengkaji maka Perawat akan salah dalam memberikan proses perawatan atau pengobatan yang pada akhirnya akan mengakibatkan kesehatan pasien Malah semakin terganggu. Kemudian dapat saja terjadi jika perawat salah dalam merencanakan tindakan keperawatan maka perawat juga akan mendapatkan bahaya seperti tertularnya penyakit dari pasien karena kurangnya perlindungan diri terhadap perawat.

c. Risiko dan Hazard dalam implementasi keperawatan

Menurut Putri, T.E.R,2017, kesalahan saat melakukan implementasi atau pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu merupakan kesalahan yang sangat fatal. Kesalahan ini dapat mengakibatkan kecelakaan pada pasien atau perawat, misalnya kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien, dikarenakan perawat lupa membaca instruktur atau catatan an-nur dokumen rekam medik dari pasien tersebut.

d. Risiko dan Hazard dalam evaluasi asuhan keperawatan

Kesalahan pada saat melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dapat mengakibatkan pendokumentasian Asuhan Keperawatan yang kurang data yang sudah dilakukan oleh perawat. Terkadang perawat lupa mengkonfirmasi ke dalam dokumentasi asuhan keperawatan, sehingga yang tertulis atau yang telah dilaksanakan oleh perawat kepada pasiennya tidak ada dalam dokumentasi asuhan keperawatan

2. Upaya mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard Pada Setiap Tahapan Asuhan Keperawatan.

a) Upaya yang dapat dilakukan perawat dalam tahap pengkajian tersebut yaitu:

- 1) Perawat harus memperkenalkan identitas diri baik kepada pasien maupun kepada keluarganya
- 2) Perawat hendak tidak menyinggung perasaan klien saat pengkajian dilakukan, Misalnya menggunakan masker yang sebenarnya tidak perlu dipakai
- 3) Perawat juga dapat membangun kepercayaan kepada pasien
- 4) Dalam merawat pasien, perawat harus memperlakukan setiap pasien dengan sama
- 5) Pada saat melakukan wawancara dengan pasien, perawat harus menjadi pendengar yang baik, perawat harus mampu menempatkan diri sebagai tempat curhat pasien sebaik mungkin dan diharapkan menggunakan bahasa serta tutur kata yang sopan
- 6) Ketika pasien terlihat dalam keadaan tidak terkontrol dan susah untuk didekati, maka perawat dapat melakukan pengkajian kepada keluarganya terlebih dahulu
- 7) Saat melakukan pemeriksaan fisik, perawat harus meminta persetujuan dari klien terlebih dahulu
- 8) Perawat harus menggunakan APD saat melakukan pemeriksaan fisik pada klien
- 9) Perawat juga harus melaporkan setiap adanya tindakan kekerasan dalam bentuk apapun kepada pihak rumah sakit
- 10) Perawat juga harus menghindari memegang benda yang mungkin telah terkontaminasi
- 11) Sebelum menuju klien hendaknya perawat mencuci tangan.

b) Upaya mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard dalam tahap perencanaan asuhan keperawatan.

- 1) Identifikasi sumber bahaya yang mungkin dapat terjadi saat menyusun rencana keperawatan
- 2) Lakukan penilaian faktor risiko dengan jalan melakukan penilaian bahaya potensial yang menimbulkan risiko kesehatan dan keselamatan kerja saat menyusun perencanaan keperawatan
- 3) Kendalikan faktor risiko yang mungkin terjadi saat menyusun rencana tindakan keperawatan. Hal ini dapat dilakukan dengan menghilangkan bahaya, mengganti sumber risiko dengan sarana

atau peralatan lain yang lebih memiliki tingkat risiko yang lebih rendah

- 4) Ketika menyusun rencana keperawatan perawat hendak berpedoman pada pedoman rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ada
- 5) Perawat juga diharapkan untuk mampu mempertimbangkan alokasi waktu pencapaian dari rencana keperawatan yang disusun untuk menjadi indikator evaluasi keperawatan.

c) Upaya mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap implementasi asuhan keperawatan.

- 1) Perawat harus menjaga diri dari infeksi dengan mempertahankan teknik aseptik seperti mencuci tangan, memakai APD lengkap, menggunakan alat kesehatan dalam keadaan steril
- 2) Perawat harus mematuhi SOP yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dan tidak terburu-buru dalam melakukan tindakan
- 3) Perawat hendak memperhatikan cara menutup jarum suntik yang benar susunan sel hidung kamu banyak diharapkan perawat dapat menghindari kontak langsung dengan segala macam cairan klien, apabila dirasa sistem imunitas tubuh sedang menurun atau tidak menggunakan APD
- 4) Perawat sebaiknya menerapkan perilaku hidup bersih dan juga sehat serta menerapkan pola hidup yang sehat pula
- 5) Perawat harus menanamkan sifat kehati-hatian, konsentrasi yang tinggi, dan ketenangan saat bekerja terutama saat melakukan tindakan yang beresiko kepada pasien
- 6) Perawat dituntut untuk belajar mengoperasikan alat-alat yang sudah disediakan oleh pihak rumah sakit dengan tujuan mengurangi risiko cedera baik bagi klien maupun bagi perawat sendiri

d) Upaya mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap evaluasi asuhan keperawatan.

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai sejauh mana intervensi dan implementasi yang diberikan berhasil dalam perkembangan kesembuhan pasien ada beberapa cara untuk mencegah dan mengurangi resiko hazard. Cara yang dapat dilakukan untuk mencegah risiko dan hazard dalam evaluasi asuhan keperawatan yaitu:

- 1) Identifikasi sumber bahaya yang mungkin terjadi saat menyusun evaluasi keperawatan, dapat dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya baik pada klien maupun kepada diri perawat sendiri
- 2) Memperhatikan setiap perkembangan atau respon yang ditampakkan atau ditimbulkan oleh klien setelah selesai melakukan tindakan keperawatan.

D. Rangkuman

Kecelakaan kerja merupakan kejadian yang tidak terjadi secara kebetulan, melainkan ada sebabnya. Menurut WHO pengertian K3 adalah upaya yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan; perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan. Dalam dunia kesehatan sendiri Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK), pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi. Dalam pelayanan kesehatan, para perawat diharapkan juga dapat memberikan pelayanan secara berkualitas. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional dan merupakan tenaga kesehatan terbesar yang ada di rumah sakit mempunyai peranan yang sangat penting dalam mewujudkan keselamatan pasien. Perawat berperan mencegah dalam kesalahan medis, mencegah perawatan yang dapat merugikan kesehatan dan menekankan pada pelaporan kejadian yang dapat merugikan pasien. Untuk menjaga patient safety salah satunya dengan menjaga kompetensi perawat yang melakukan tindakan keperawatan mempertahankan posisi ergonomik pasien.

E. Evaluasi

1. Mengapa seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan selain memperhatikan kesehatan dan keselamatan pasien juga harus memperhatikan kesehatan dan keselamatan diri sebagai pemberi asuhan?
2. Seorang perawat yang sedang melakukan pengkajian pada seorang pasien baru, tetapi pasien dan keluarganya kurang kooperatif. Upaya apa yang harus dilakukan perawat untuk mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard dalam tahap tersebut?

3. Salah satu cara untuk mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap penyusunan rencana/ intervensi asuhan keperawatan adalah perawat hendak berpedoman pada pedoman rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ada. Coba sebutkan beberapa pedoman rencana asuhan keperawatan yang saudara ketahui?
4. Sebutkan beberapa upaya yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap implementasi ?
5. Salah satu bentuk risiko dan hazard pada saat melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah ketidaklengkapan dokumentasi akibat kurang data yang sudah dilakukan oleh perawat. Terkadang perawat lupa mengkonfirmasi ke dalam dokumentasi asuhan keperawatan, sehingga yang tertulis atau yang telah dilaksanakan oleh perawat kepada pasiennya tidak ada dalam dokumentasi asuhan keperawatan. jika saudara dalam posisi tersebut, apa yang akan anda lakukan untuk melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan?

REFERENSI

- Arruum,D., Salbiah., Manik, M. 2015. Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien DiRumah Sakit Universitas Sumatera Utara: Idea Nursing Journal.6, (2):1-4
- Asmirajanti, M. 2019. Modul Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan. Universitas Esa Unggul
- AthifahA.N. 2014. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. Makassar. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas hasanuddin, 2: 4-8
- Basabih, Masyitoh. 2017. Perlukah Keselamatan Pasien Menjadi Indikator Kinerja RS BLU. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia, 3 No. 2, 150-157
- Ernawati, Novi., Hj.Ella Nurlelawati. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Penerapan K3 pada Tenaga Kesehatan di RSIA Permata Sarana Husada Periode Februari 2015. Jurnal Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya Vol 3 (1)
- Herawati, Y. T. 2015. Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Jember. Jurnal IKESMA, 11(1), 52–60
- Kamil, H. 2017. Patient Safety. Idea Nursing Jurnal. Vol.1, No.1 , 1-8
- Mahdarsari, Mayanti., dkk. 2016. Peningkatan Keselamatan Diri Perawat Melalui Optimalisasi Fungsi Manajemen.Jurnal Keperawatan Indonesia Vol 19 (3) hal 176-183
- Putri, Oktaviana Zahratul.,dkk.2017. Analisis risiko keselamatan dan kesehatan kerja pada petugas kesehatan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit akademik UGM. Jurnal Kesehatan Vol 10 (1).
- Ramdan, Iwan M., dkk. 2017. Analisi Risiko Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3) Pada Perawat.Jurnal Kesehatan Vol 5 (3).
- Rejeki, S. 2016. KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA. Jakarta: KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Sagita, R. W. 2019. Factors Affecting Nurses' Compliance in Implementing Standard Precautions in Government Hospital in Yogyakarta. Indonesian Contemporary Nursing Journal (ICON Journal), 3(2), 1. <https://doi.org/10.20956/icon.v3i2.4972>
- Simamora, R. H. (2011). ROLE CONFLICT OF NURSE RELATIONSHIP WITH PERFORMANCE IN THE EMERGENCY UNIT OF HOSPITALS RSD DR. SOEBANDI JEMBER. The Malaysian Journal of Nursing, 3 (2), 23-32

Wulan, Fatwa Hisadayah. 2019. "Analisis Faktor Risiko dan Hazard dalam Implementasi Keperawatan". Skripsi. Fakultas Ilmi Kesehatan. Keperawatan S1. UMP.

BAB 11

UPAYA MEMUTUS RANTAI INFEKSI: PRECAUTION, MEDICATION SAFETY

Sujiah, S.Kep.,Ners.,M.P.H.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 11

UPAYA MEMUTUS RANTAI INFEKSI: PRECAUTION, MEDICATION SAFETY

Sujiah, S.Kep.,Ners.,M.P.H.

A. Tujuan pembelajaran

Tujuan umum pembelajaran mahasiswa mampu menjelaskan tentang upaya memutus rantai infeksi : precaution, medication safety dengan:

1. Memahami konsep dasar infeksi dan pencegahan infeksi dalam lingkungan kesehatan.
2. Memahami konsep manajemen infeksi nosokomial, risiko, dan langkah-langkah pengendaliannya.
3. Mengenali konsep sterilisasi, teknik sterilisasi, dan peran pentingnya dalam perawatan kesehatan.
4. Memahami konsep desinfeksi, macam-macam desinfeksi, serta cara-cara pelaksanaannya.

B. Pendahuluan

Dalam dunia yang semakin kompleks dan berisiko tinggi ini, pemahaman yang mendalam tentang upaya pencegahan infeksi adalah kunci bagi tenaga kesehatan. Dalam bab ini, berjudul "Upaya Memutus Rantai Infeksi: Precaution, Medication Safety," adalah panduan komprehensif yang dirancang untuk membekali pembaca dengan pengetahuan esensial tentang cara memahami, mencegah, dan mengendalikan infeksi. Dari langkah-langkah higiene tangan hingga manajemen infeksi nosokomial yang efektif, dan dari konsep dasar sterilisasi hingga berbagai metode desinfeksi yang ada, buku ini membawa kita ke dalam dunia pencegahan infeksi yang mempengaruhi setiap aspek kehidupan kita.

Pengetahuan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi adalah perisai pertama dalam melawan berbagai patogen yang dapat menyebabkan penyakit serius. Dalam bab ini akan memandu Anda melalui berbagai konsep dan praktik, memberikan pemahaman yang kokoh tentang bagaimana melindungi diri, pasien, dan masyarakat dari risiko infeksi. Upaya Memutus Rantai Infeksi: *Precaution, Medication Safety* adalah penting dalam konteks perawatan kesehatan modern. Infeksi adalah masalah kesehatan serius yang dapat memengaruhi individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Penyebaran infeksi dapat terjadi dengan cepat jika tidak ada upaya yang dilakukan untuk mencegahnya. Oleh karena itu, mahasiswa keperawatan harus mampu memahami konsep dasar infeksi, konsep infeksi nosokomial, konsep sterilisasi dan konsep desinfeksi. Pemahaman mahasiswa tersebut diharapkan mahasiswa mampu melakukan praktik pencegahan infeksi dalam melakukan proses pelayanan keperawatan ditatanan layanan kesehatan bagi individu dan masyarakat. Mahasiswa dimotivasi untuk dapat memahami konsep Upaya Memutus Rantai Infeksi:

Precaution, Medication Safety dalam mengaplikasikan pelayanan asuhan keperawatan manajemen *patient safety*.

C. Konsep Materi

1. Konsep Dasar Infeksi dan Pencegahan infeksi Dalam Lingkungan Kesehatan.

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Terjadinya infeksi ditandai dengan rubor, calor, dolor, tumor, dan functio laesa. Sedangkan infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, fungi dan parasit melalui udara, air, tanah, makanan, cairan tubuh. Mekanisme transmisi mikroba patogen ke pejamu yang rentan (*susceptable host*) melalui dua cara yakni, transmisi langsung (*direct transmission*) dan transmisi tidak langsung (*indirect transmission*). Dalam riwayat perjalanan penyakit, pejamu yang peka (*susceptable host*) akan berinteraksi dengan mikroba patogen, yang secara alamiah akan melewati 4 tahap yaitu tahap rentan, tahap inkubasi, tahap klinis dan tahap akhir penyakit.

Rantai Penularan Untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi perlu mengetahui rantai penularan. Apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Komponen yang diperlukan sehingga terjadi penularan tersebut adalah: a. Agen infeksi (*infectious agent*), b. Reservoir atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang, c. Pintu keluar (*portal of exit*), d. Pintu masuk (*portal of entry*), e. Pejamu (*host*) yang suseptibel.

2. Konsep Manajemen Infeksi Nosokomial, Risiko, dan Langkah-Langkah Pengendaliannya.

Infeksi merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia, termasuk Indonesia. Ditinjau dari asal atau didapatnya infeksi dapat berasal dari komunitas (*community acquired infection*) atau berasal dari lingkungan rumah sakit (*Hospital acquired infection*) yang sebelumnya dikenal dengan istilah infeksi nosokomial. Dengan berkembangnya sistem pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang perawatan pasien, sekarang perawatan tidak hanya di rumah sakit saja, melainkan juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, bahkan perawatan di rumah (*home care*). Tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang dimaksudkan untuk tujuan perawatan atau penyembuhan pasien, bila dilakukan tidak sesuai prosedur berpotensi untuk menularkan penyakit infeksi, baik bagi pasien (yang lain) atau bahkan pada petugas kesehatan itu sendiri.

Pengendalian infeksi nosokomial adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit. Proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (pathogenesis, virulensi dan dosis) serta cara penularan. Identifikasi faktor risiko pada pejamu dan pengendalian

terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden terjadinya infeksi nosokomial / HAIs, baik pada pasien ataupun pada petugas kesehatan.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi menjadi bagian penting dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan medis dan asuhan keperawatan di Puskesmas yang berfokus pada keselamatan pasien, petugas dan lingkungan puskesmas. Kinerja PPI dicapai melalui keterlibatan aktif semua petugas Puskesmas, mulai dari jajaran manajemen, dokter, perawat, paramedis, pekaya, petugas kebersihan, sampai dengan petugas parkir dan satpam maupun seluruh masyarakat di puskesmas seperti pengunjung, mitra kerja puskesmas (Bank, asuransi, rekanan penyedia barang, dll). Kegiatan PPI harus dilakukan secara tepat di semua bagian/area di Puskesmas, mencakup seluruh masyarakat puskesmas dengan menggunakan prosedur dan petunjuk pelaksanaan yang ditetapkan oleh Puskesmas. Upaya pokok PPI mendasarkan pada upaya memutus rantai penularan infeksi berfokus pada Kewaspadaan Standar (*Standart Precautions*) yang merupakan gabungan Kewaspadaan Universal (*Universal Precautions*) dan BSI (*Body Substance Isolation*), serta Kewaspadaan Isolasi berdasarkan transmisi penyakit.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yaitu dengan cara proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (patogenitas, virulensi dan dosis) serta cara penularan. Identifikasi faktor risiko pada pejamu dan pengendalian terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden terjadinya infeksi (HAIs), baik pada pasien ataupun pada petugas kesehatan. Adapun strategi pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari: a. Peningkatan daya tahan pejamu. Daya tahan pejamu dapat meningkat dengan pemberian imunisasi aktif (contoh vaksinasi Hepatitis B), atau pemberian imunisasi pasif (imunoglobulin). b. Inaktivasi agen penyebab infeksi. Inaktivasi agen infeksi dapat dilakukan dengan metode fisik maupun kimiawi. Contoh metode fisik adalah pasteurisasi (Pasteurisasi atau Sterilisasi) dan termasuk makanan seperlunya. Metode kimiawi termasuk klorinasi air, desinfeksi. c. Memutus rantai penularan. Hal ini merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya sangat bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan. d. Tindakan pencegahan pasca pajanan (*Post Exposure Prophylaxis/PEP*) terhadap petugas kesehatan. Hal ini terutama berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya, yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapat perhatian adalah hepatitis B, Hepatitis C dan HIV.

Standar precaution adalah petunjuk untuk mencegah penularan infeksi melalui darah dan cairan tubuh tanpa memandang diagnosa medisnya atau dengan kata lain diterapkan pada semua pasien yang berobat / dirawat di rumah sakit. Komponen utama standar precaution: cuci tangan. Secara umum langkah cuci tangan dikenal dengan seven step cuci tangan: 1. Telapak tangan dengan telapak tangan, 2. Telapak kanan di atas punggung tangan kiri dan sebaliknya, 3. Jari saling berkaitan, 4.

Punggung jari pada telapak tangan lainnya, 5. Jempol digosok memutar oleh telapak tangan lainnya, 6. Jari-jari menguncup digosokkan memutar pada telapak tangan lainnya, 7. Cuci pergelangan tangan. Ada 5 moment cuci tangan yang harus dilakukan oleh perawat yaitu: 1. Sebelum memeriksa pasien, 2. Sebelum melakukan prosedur aseptik, 3. Sesudah terpapar cairan tubuh yang berisiko, 4. Sesudah memeriksa pasien, 5. Sesudah berkontak dengan benda disekitar pasien.

Selain mencuci tangan dengan benar maka kita sebagai perawat juga harus memakai APD sesuai dengan SOP yang dibutuhkan dalam setiap tindakan. Penggunaan alat pelindung: sarung tangan, masker, kaca mata, apron, sepatu bot.

3. Konsep Sterilisasi, Teknik Sterilisasi, dan Peran Pentingnya Dalam Perawatan Kesehatan.

Sterilisasi adalah proses penting yang digunakan dalam perawatan kesehatan untuk menghilangkan atau membunuh semua mikroorganisme patogen (bakteri, virus, jamur, dan parasit) yang mungkin ada pada benda atau permukaan. Tujuan utama dari sterilisasi adalah untuk mencegah penyebaran infeksi dan menjaga kebersihan dalam lingkungan perawatan kesehatan. Sterilisasi sangat penting dalam situasi seperti operasi, perawatan luka, persalinan, dan prosedur medis lainnya yang melibatkan penetrasi atau kontak dengan jaringan tubuh.

Ada beberapa teknik sterilisasi yang digunakan dalam perawatan kesehatan, dan pemilihan teknik tergantung pada jenis benda atau peralatan yang akan disterilkan. Berikut adalah beberapa teknik sterilisasi yang umum digunakan:

- a) Autoklaf: Autoklaf adalah mesin yang menggunakan uap air di bawah tekanan tinggi untuk membunuh mikroorganisme. Ini adalah metode sterilisasi paling umum dalam perawatan kesehatan dan digunakan untuk alat medis yang tahan panas.
- b) Radiasi: Sterilisasi dengan radiasi menggunakan sinar gamma atau sinar X untuk membunuh mikroorganisme. Ini digunakan untuk produk medis sekali pakai dan bahan makanan.
- c) Pembakaran: Pemanasan benda-benda hingga suhu tinggi dapat membunuh mikroorganisme. Ini digunakan untuk sterilisasi instrumen bedah yang tahan panas.
- d) Gas Ethylene Oxide (EtO): Gas EtO digunakan untuk sterilisasi alat-alat medis yang sensitif terhadap panas atau radiasi. Ini adalah metode yang efektif tetapi memerlukan pengendalian yang ketat.
- e) Filtrasi: Sterilisasi dapat dicapai dengan memompakan cairan melalui filter yang mampu menahan mikroorganisme. Ini umumnya digunakan dalam pembuatan obat-obatan dan laboratorium.

Peran Penting Sterilisasi dalam Perawatan Kesehatan dengan beberapa cara: 1) Mencegah Penyebaran Infeksi: Sterilisasi membantu mencegah penyebaran infeksi di

antara pasien dan staf kesehatan dengan memastikan bahwa alat-alat medis yang digunakan dalam prosedur medis adalah benar-benar steril. 2) Keamanan Pasien: Pasien harus yakin bahwa alat-alat medis yang digunakan pada mereka bebas dari mikroorganisme patogen yang dapat menyebabkan infeksi. Sterilisasi memastikan keamanan pasien. 3) Keberhasilan Prosedur Medis: Dalam operasi dan prosedur medis lainnya, ketidaksterilan alat-alat medis dapat menyebabkan komplikasi serius. Sterilisasi membantu memastikan keberhasilan prosedur medis. 4) Kualitas Produk Kesehatan: Sterilisasi juga diperlukan dalam pembuatan produk-produk medis sekali pakai, seperti perban dan jarum suntik, untuk memastikan kebersihan produk.

Dengan demikian, sterilisasi adalah langkah kunci dalam menjaga kebersihan dan keselamatan dalam perawatan kesehatan. Pentingnya teknik sterilisasi yang benar tidak dapat diabaikan, karena kesalahan dalam proses sterilisasi dapat mengakibatkan risiko infeksi serius bagi pasien dan staf kesehatan.

4. Konsep Desinfeksi, Macam-Macam Desinfeksi, Serta Cara-Cara Pelaksanaannya

Desinfeksi adalah proses yang digunakan untuk mengurangi jumlah mikroorganisme patogen (seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit) pada permukaan atau benda, tetapi tidak sepenuhnya menghilangkan semua mikroorganisme. Tujuan utama dari desinfeksi adalah untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi dan menjaga kebersihan dalam berbagai lingkungan, termasuk rumah tangga, fasilitas medis, dan industri. Terdapat beberapa macam desinfeksi, tergantung pada agen desinfektan yang digunakan dan tingkat efektivitasnya. Beberapa macam desinfeksi termasuk: 1. Desinfeksi Kimia: Ini melibatkan penggunaan bahan kimia desinfektan, seperti klorin, amonium kuartener, hidrogen peroksida, atau alkohol, untuk membersihkan dan mengurangi mikroorganisme dari permukaan benda atau lingkungan. Pemilihan desinfektan tergantung pada jenis mikroorganisme yang akan diatasi dan tingkat kebersihannya. 2. Desinfeksi Fisik: Metode ini mencakup penggunaan panas, sinar ultraviolet (UV), atau radiasi ionisasi untuk membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme. Sterilisasi panas adalah salah satu bentuk desinfeksi fisik, di mana alat-alat medis atau bahan dididihkan hingga suhu tinggi untuk memusnahkan mikroorganisme. 3. Desinfeksi Ultrasonik: Teknologi ini melibatkan penggunaan gelombang ultrasonik yang menciptakan getaran mikroskopis untuk membersihkan peralatan medis, seperti instrumen bedah atau gigi, dari kotoran dan mikroorganisme. 4. Desinfeksi Air: Ini melibatkan penggunaan desinfektan seperti klorin untuk membersihkan air minum dari kontaminan mikroorganisme, seperti bakteri dan parasit.

Pelaksanaan desinfeksi dapat bervariasi tergantung pada lingkungan dan benda yang akan disterilkan. Beberapa cara umum melaksanakan desinfeksi termasuk: 1. Pembersihan Permukaan: Permukaan atau benda yang akan disterilkan harus dibersihkan terlebih dahulu untuk menghilangkan kotoran, debu, atau zat lain yang dapat menghalangi aksi desinfektan. Ini biasanya melibatkan penggunaan sabun atau

deterjen. 2. Penggunaan Desinfektan: Desinfektan yang sesuai harus digunakan sesuai dengan instruksi produsen. Beberapa desinfektan mungkin harus diencerkan sesuai dengan konsentrasi yang ditentukan. 3. Waktu Kontak: Waktu yang diperlukan untuk desinfektan untuk efektif dalam membunuh mikroorganisme harus diperhatikan. Ini biasanya tertera dalam instruksi produsen. 4. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD): Dalam situasi di mana desinfektan dapat berbahaya, penggunaan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan pelindung mata adalah penting untuk melindungi staf yang melaksanakan desinfeksi. 5. Ventilasi: Pastikan ada ventilasi yang memadai dalam ruangan di mana desinfeksi berlangsung, terutama jika desinfektan mengeluarkan uap beracun. 6. Pengujian dan Pengawasan: Dalam beberapa lingkungan, pengujian secara teratur dan pengawasan ketat diperlukan untuk memastikan efektivitas desinfeksi.

Desinfeksi merupakan langkah penting dalam menjaga kebersihan dan keamanan di berbagai lingkungan, termasuk rumah tangga, fasilitas medis, dan industri. Penggunaan desinfektan yang tepat dan pemahaman tentang metode desinfeksi yang efektif sangat penting dalam upaya mencegah penyebaran infeksi dan menjaga kesehatan.

Desinfeksi adalah proses pembuangan semua mikroorganisme patogen pada objek yang tidak hidup dengan pengecualian pada endospora bakteri. Berdasarkan jenisnya, desinfeksi dibagi menjadi tiga yaitu desinfeksi tingkat tinggi, desinfeksi tingkat sedang dan desinfeksi tingkat rendah. Desinfeksi dapat dilakukan dengan empat cara, yaitu cara desinfeksi dengan mencuci, cara desinfeksi dengan mengoleskan, cara desinfeksi dengan merendam dan cara desinfeksi dengan menjemur. Macam-macam desinfektan yaitu alkohol, glutaraldehid, biguanid, fenol, dan klorsilenol. Cara kerja desinfektan menurut prosesnya yaitu dengan denaturasi protein mikroorganisme, pengendapan protein dalam protoplasma, oksidasi protein, mengganggu sistem dan proses enzim, dan modifikasi dinding sel atau membrane.

D. Rangkuman

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Terjadinya infeksi ditandai dengan rubor, kalor, dolor, tumor, dan fungsio laesa. Sedangkan infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, fungi dan parasit melalui udara, air, tanah, makanan, cairan tubuh. Mekanisme transmisi mikroba patogen ke penjamu yang rentan (*susceptable host*) melalui dua cara yakni, transmisi langsung (*direct transmission*) dan transmisi tidak langsung (*indirect transmission*). Dalam riwayat perjalanan penyakit, pejamu yang peka (*susceptable host*) akan berinteraksi dengan mikroba patogen, yang secara alamiah akan melewati 4 tahap.

Infeksi nosokomial (*Hospital Acquired Infection/ Nosocomial Infection*) adalah infeksi yang didapat dari rumah sakit atau ketika penderita itu dirawat di rumah sakit. Ada lima cara terjadinya transmisi mikroorganisme yaitu: contact, droplet, airborne,

common vehicle, dan vertorborne. Jenis-jenis infeksi menurut PerMenkes no 27 tahun 2017 diantaranya adalah Infeksi saluran kemih (ISK), Infeksi luka operasi / infeksi daerah operasi (ILO/IDO), Pneumonia nosokomial (VAP), dan Bakteriemia nosokomial /Infeksi Aliran Darah (BSI/IAD).

E. Evaluasi

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan singkat dan jelas, dengan cara menuliskan esensinya saja!

- 1) Sebutkan definisi infeksi!
- 2) Sebutkan tanda-tanda terjadinya infeksi!
- 3) Sebutkan dan jelaskan 4 tahap riwayat perjalanan penyakit!
- 4) Jelaskan upaya pengendalian infeksi nosokomial
- 5) Jelaskan standar precaution!
- 6) Sebutkan teknik sterilisasi yang digunakan dalam perawatan kesehatan!
- 7) Jelaskan Peran Penting Sterilisasi dalam Perawatan Kesehatan!
- 8) Sebutkan desinfektan yang sering digunakan dalam proses desinfeksi!

REFERENSI

- Adhiwijaya, A. (2017). "Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar". Fakultas Keperawatan. Universitas Hasanuddin. Makassar.
- AIPKI. 2015. Modul Pelatihan Untuk Pelatih Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia.
- Arifianto. (2017). "Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Pengurangan Risiko Infeksi Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri di RS. Roemani Muhammadiyah Semarang". Fakultas Kedokteran. Universitas Diponegoro. Makassar.
- Dianasari, T & Koesyanto, H. (2017). Penerapan Manajemen Keselamatan Radiasi di Instalasi Radiologi Rumah Sakit. *Unnes Journal of Public Health*, 6(3), 2584-7604.
- Estri, A.B., Putri, I. M., dkk. (2019). *Penngendalian dan Pencegahan Infeksi(PPI)*. Yogyakarta: Unisa.
- Indragiri, S & Yuttya, T. (2018). *Manajemen Risiko K3 Menggunakan Hazard Identification Risk Assesment And Risk Control (HIRARC)*. *Jurnal Kesehatan*, Vol. 9 No.1.
- Madjid, T., Wibowo, A. (2017). *Analisis Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Tebet Tahun 2017*. *Jurnal Arsi*, Vol. 4 No.1.
- Mantiri, E. Z. R. A, Pinontoan, O. R, dkk. (2020). Faktor Psikologi dan Perilaku Dengan Penerapan Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. *Journal of Public Health and Community Medicine*. Vol. 1 No.3.
- Nurlaily, P.A. 2018. *Modul Ajar: Konsep Management Pasien Safety*. Surakarta: Stikes Kusuma Husada Surakarta.
- Putri, O. Z. (2017). Analisis Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pada Petugas Kesehatan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik UGM. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 1979-7621.
- Salawati, Liza. (2012.). Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Volume 12 No. 1.
- Simamora, R. H. (2019). Pengaruh Penyuluhan Identifikasi Pasien dengan Menggunakan Media Audiovisual terhadap Pengetahuan Pasien Rawat Inap. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 342-351.
- Simamora, R. H. (2020). Learning of Patient Identification in Patient Safety Programs Through Clinical Preceptor Models. *Medico Legal Update*, 20(3), 553-556.

Syahidah, H.N. & Musfiroh, I. (2018). Review: Aspek Keamanan dan Keselamatan Kerja Dalam Produksi Sediaan Farmasi. *Farmaka*, Volume 16 No. 1

BAB 12

UPAYA MENCEGAH HAZARD

FISIK-RADIASI-KIMIA

Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Pd



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 12

UPAYA MENCEGAH HAZARD FISIK-RADIASI-KIMIA

Kartika Sari Wijayaningsih. S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Pd

A. Tujuan pembelajaran

Agar mahasiswa dapat mengerti dan memahami mengenai Upaya pencegahan hazard Fisik, radiasi dan kimia.

B. Pendahuluan

Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah suatu kondisi dalam pekerjaan yang sehat dan aman baik itu bagi pekerjaannya, perusahaan maupun bagi masyarakat dan lingkungan sekitar tempat kerja tersebut. Keselamatan dan kesehatan kerja juga merupakan suatu upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pada pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.

Untuk mengendalikan resiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja, perlu diidentifikasi sumber bahaya yang ada di tempat kerja dan dievaluasi tingkat resikonya serta dilakukan pengendalian yang memadai. Bahaya dari lingkungan kerja dapat digolongkan atas berbagai jenis bahaya yang dapat mengakibatkan berbagai gangguan (Syukri Sahab, 1997).

Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit juga telah diterbitkan melalui Permenkes No.66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. Pekerja Rumah Sakit mempunyai resiko lebih tinggi dibanding pekerja industri lain untuk terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK), sehingga perlu dibuat standar perlindungan bagi pekerja yang ada di Rumah Sakit. Bahaya potensial di Rumah Sakit yang disebabkan oleh faktor biologi, faktor kimia, faktor ergonomi, faktor fisik, faktor psikososial dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja bagi pekerja, pengunjung, pasien dan masyarakat di lingkungan sekitarnya.

Dalam bekerja, tentu ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan menyangkut keamanan dan keselamatan kerja. Diantaranya adalah faktor mekanik, fisika, kimia, biologi, psikososial hingga ergonomi. Kali ini kita akan membahas tentang salah satu bahaya yang bersumber dari faktor fisika, yaitu radiasi.

Perlu disadari bahwa tidak ada satupun aktivitas manusia yang benar-benar aman. Pemanfaatan radiasi juga mengandung resiko, seperti halnya aktivitas sehari-hari manusia, misalnya mengemudi mobil, naik tangga bahkan mandi. Tidak

seorangpun di dunia ini yang tidak pernah terkena radiasi. Karena itu amat penting bagi kita untuk mendapatkan informasi tentang radiasi dan efeknya pada manusia. Penerapan Hiperkes dan keselamatan kerja di tempat kerja merupakan upaya utama dalam mewujudkan lingkungan kerja yang aman, nyaman, dan higienis serta melindungi dan meningkatkan pemberdayaan pekerja yang sehat, selamat, dan berkinerja tinggi. Untuk mengetahui dan memahami tujuan yang akan dicapai tanpa melaksanakan tindakan nyata dalam aspek hygiene perusahaan, ergonomi, kesehatan dan keselamatan kerja, bukan merupakan cara yang tepat untuk mengatasi kemungkinan terjadinya akibat negatif di tempat kerja (Puspitasari, 2010). Didalam (Penjelasan, Penelitian, Medan, & Tobing, 2012) Potensi bahaya banyak terdapat ditempat kerja dan mengakibatkan kerugian baik dari perusahaan, karyawan maupun terhadap masyarakat sekitar. Upaya untuk mencegah hal tersebut adalah dengan menerapkan suatu konsep. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Keselamatan dan Kesehatan Kerja merupakan sarana utama untuk pencegahan kecelakaan kerja, cacat dan kematian sehingga akibat kecelakaan kerja yang bersumber dari potensi bahaya yang ada dapat dicegah. Kecelakaan kerja selain menyebabkan kerugian langsung juga menyebabkan kerugian secara tidak langsung yaitu kerugian pada kerusakan mesin dan peralatan kerja, terhentinya proses produksi, kerusakan lingkungan dan lain-lain (Suma'mur dalam Puspitasari, 2010). Secara umum keselamatan kerja dapat dikatakan sebagai ilmu dan penerapannya yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahannya, landasan tempat kerja dan lingkungan kerja serta cara melakukan pekerjaan guna menjamin keselamatan tenaga kerja dan aset perusahaan agar terhindar dari kecelakaan dan kerugian lainnya. Keselamatan kerja juga meliputi penyediaan APD, perawatan mesin dan pengaturan jam kerja yang manusiawi. (Setiarini, dkk)

C. Konsep Materi

Upaya Mencegah Hazard Fisik

1. Definisi

Bahaya fisik adalah yang paling umum dan akan hadir disebagian besar tempat kerja pada suatu waktu tertentu. Hal itu, termasuk kondisi tidak aman yang dapat menyebabkan cedera, penyakit, dan kematian. Bahaya ini, biasanya paling mudah untuk diidentifikasi tempatnya, tetapi sering terabaikan karna sudah dipandang akrab dengan situasi demikian (seperti selalu ada kabel tak terawat, sambungan terputus atau kena bocoran air) , kurangnya pengetahuan (tidak dianggap sebagai bahaya) ketahanan

terhadap menghabiskan waktu atau uang untuk melakukan perbaikan yang diperlukan atau hanya penundaan dalam membuat perubahan untuk menghilangkan bahaya (menunggu sampai besok atau saat " kita tidak begitu sibuk").

Bahaya fisik adalah salah satu jenis bahaya (hazard) yang berkaitan dengan kesehatan kerja seperti kebisingan, suhu yang ekstrim, radiasi ionisasi, radiasi nonionisasi, tekanan ekstrim, dan vibrasi yang semuanya merupakan tekanan-tekanan fisik dapat ditemukan pada lingkungan kerja seseorang atau lebih operator. Oleh karena itu, dibutuhkan penanganan terhadap bahaya fisik untuk meminimalisir atau mencegah terjadinya hal tersebut.

2. Sumber-Sumber Bahaya

Sumber bahaya merupakan sesuatu yang merupakan inti atau pusat dari proses kegiatan yang mengakibatkan timbulnya risiko, bisa berupa equipment, lokasi/area, sistem, peraturan, produk, unit kegiatan, Sumber Daya Manusia dan lain-lain.

Sumber-sumber bahaya berasal dari :

a. Manusia

Kesalahan utama sebagian besar kecelakaan adalah terletak pada pekerja itu sendiri, mereka kurang terampil, kurang tepat, kurang mentaati tata tertib dalam mengoperasikan mesin atau peralatan.

b. Peralatan

Peralatan yang digunakan dalam suatu proses dapat menimbulkan bahaya jika tidak digunakan sesuai fungsinya, tidak dilengkapi dengan pelindung saat memasuki area.

c. Proses

Dalam proses kadang menimbulkan asap, debu, panas, bising dan bahaya mekanis seperti terjepit, terbentur atau terjatuh, hal ini dapat mengakibatkan kecelakaan atau penyakit akibat kerja.

d. Cara atau sikap kerja

Cara kerja yang berpotensi terhadap terjadinya bahaya atau kecelakaan berupa tindakan tidak aman, misalnya :

- 1) Cara mengangkat dan mengangkut yang salah
- 2) Posisi tubuh yang tidak benar
- 3) Tidak menggunakan APD
- 4) Lingkungan kerja yang terlalu panas

- 5) Menggunakan alat atau mesin yang tidak sesuai dengan peraturan
 - 6) Keadaan mesin-mesin, perlengkapan dan peralatan kerja serta bahanbahan.
 - 7) Sikap kerja yang salah, yaitu pada saat pengepakan pekerja berdiri, duduk berjalan dan membungkuk terlalu lama.
- e. Lingkungan Kerja
- Bahaya dari lingkungan kerja yang dapat mengakibatkan berbagaigangguan kesehatan dan penyakit akibat kerja. Bahaya tersebut adalah :
- 1) Faktor lingkungan fisik
Bahaya yang bersifat fisik seperti ruangan yang terlalu panas di Centrifuge, bising yang melebihi Nilai Ambang Batas di Pump House dan Centrifuge.
 - 2) Faktor lingkungan kimia
Bahaya yang bersifat kimia yang berasal dari bahan–bahan yang digunakan maupun bahan yang dihasilkan selama proses produksi. Bahan ini berhamburan ke lingkungan, kerusakan atau kebocoran dari peralatan atau instalasi yang digunakan dalam proses serta bau dari bahan-bahan kimia yang sangat menyengat. Paparan dari gas amoniak di Pump House dan seksi filtrasi
 - 3) Faktor lingkungan biologis
Bahaya biologi disebabkan oleh jasad renik, gangguan dari bakteri, virus maupun dari binatang lainnya yang ada di tempat kerja.
 - 4) Faktor faal kerja atau ergonomi
Gangguan yang bersifat faal karena beban kerja yang terlalu berat, peralatan yang digunakan tidak serasi dengan tenaga kerja.
 - 5) Faktor psikologis
Gangguan yang disebabkan karena hubungan atasan dengan bawahan yang tidak serasi, hal ini dapat menimbulkan ketegangan jiwa pada karyawan.

3. Pengendalian Resiko

Prinsip analisa keselamatan dan kesehatn kerja adalah mencari penyebab dari seluruh tingkat lapisan,dari lapisan umum sampai pokok penyebabnya dicari secara tuntas. Hingga diketahui penyebab utamanya dan melakukan perbaikan.

Bahaya yang telah diidentifikasi dan dinilai, maka tahap selanjutnya harus dilakukan perencanaan pengendalian risiko untuk mengurangi risiko sampai batas maksimal.

Pengendalian resiko dapat mengikuti pendekatan hirarki. Hirarki pengendalian resiko merupakan suatu urutan-urutan dalam pencegahan dan mengendalikan resiko yang mungkin timbul yang terdiri dari beberapa tingkatan.

4. Resiko Bahaya Fisik

a. Resiko Bahaya Mekanik

- 1) Benda-benda tajam dan panas, resiko bahaya ini paling sering menimbulkan kecelakaan kerja contohnya, jarum suntik dan jarum jahit. Resiko itu bisa saja terkontaminasi dengan kuman akibat bekas jarum suntik.
- 2) Benda-benda yang bergerak yang dapat membentur , sering kali di rumah sakit di temui yang dapat menyebabkan tertularnya penyakit contohnya brankart/ tempat tidur , rostor/ kursi roda.
- 3) Resiko jatuh dari ketinggian yang sama; terpeleset, tersandung . resiko ini biasanya ditemui di lantai-lantai yang miring.
- 4) Resiko jatuh dari ketinggian yang berbeda biasanya terjadi di ruang perawatan anak dan jiwa.yang harus di perhatikan contohnya konstruksibangunan atau pembersihan kaca pada posisi yang cukup tinggi . pada ruangan tersebut biasanya dilantai atas, jadi jendela yang ada sudah terpasang teralis pengaman dan anak-anak selalu dalam pengawasan orang dewasa dalam bermain.

5. Pengendalian Resiko Bahaya Fisik

Potensi bahaya adalah sesuatu yan berpeluang menyebabkan terjadinya kerugian, kerusakan, cedera, sakit, atau bahkan kematian yang berhubungan dengan proses dan sistem kerja. Secara umum yang dilakukan oleh sebagian orang dalam tahap pengendalian resiko bahaya fisik ada beberapa tahap, diantaranya :

a. Eliminasi

Eliminasi adalah menghilangkan bahaya yang di lakukan saat perencanaan penghilangan bahaya adalah sistem yang paling efektif sehingga tidak mengandalkan perilaku pekerja dalam mencegah resiko , akan tetapi penghilangan benar-benar terhadap bahaya tidak selalu prakti dan ekonomis

b. Substitusi

Sistem ini bertujuan untuk mengganti bahan proses atau peralatan dari yang berbahaya menjadi lebih tidak berbahaya. Dengan adanya sistem ini dapat menurunkan resiko bahaya.

c. Rekayasa / engineering

Sistem ini dilakukan bertujuan untuk meminimalkan bahaya dengan pekerja serta untuk mencegah terjadinya kesalahan manusia.

d. Administratif

Pengendalian ini dari unsur orang yang melakukan pekerjaan. Metode ini diharapkan manusia agar mematuhi dan menyelesaikan pekerjaan secara aman. Biasanya pekerja membuat adanya standar operasional prosedur (SOP).

e. Alat pelindung diri (*administration control*)

Alat pelindung diri yang digunakan untuk membatasi paparan terpaparnya tubuh dengan potensi bahaya yang akan diterima oleh tubuh.

6. Pedoman Penerapan Sistem K3

a. Komitmen dan Kebijakan

- 1) Menempatkan organisasi keselamatan dan kesehatan kerja pada posisi yang dapat menentukan keputusan perusahaan.
- 2) Menyediakan anggaran, tenaga kerja yang berkualitas dan sarana-sarana lain yang diperlukan di bidang keselamatan dan kesehatan kerja.
- 3) Menetapkan personel yang mempunyai tanggung jawab, wewenang dan kewajiban yang jelas dalam penanganan keselamatan dan kesehatan kerja.
- 4) Perencanaan keselamatan dan kesehatan kerja yang terkoordinasi.
- 5) Melakukan penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja.

b. Perencanaan

- 1) Perencanaan Identifikasi Bahaya, Penilaian dan Pengendalian Risiko
- 2) Peraturan Perundangan dan Persyaratan lainnya:
- 3) Tujuan dan Sasaran
- 4) Indikator Kinerja
- 5) Perencanaan Awal dan Perencanaan Kegiatan yang Sedang berlangsung.

c. Penerapan

Dalam mencapai tujuan keselamatan dan kesehatan kerja, perusahaan harus menunjukkan personel yang mempunyai kualifikasi yang sesuai dengan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang diterapkan, meliputi :

- 1) Jaminan Kemampuan :
 - a) Sumber daya manusia, sarana dan dana
 - b) Integrasi
 - c) Tanggung jawab dan tanggung gugat
 - d) Konsultasi, motivasi, dan kesadaran.
 - e) Pelatihan dan kompetensi kerja
- 2) Kegiatan Pendukung :
 - a) Komunikasi
 - b) Pendokumentasian
 - c) Pencatatan dan manajemen Informasi
- 3) Identifikasi Sumber Bahaya, Penilaian dan Pengendalian Risiko :
 - a) Identifikasi Sumber Bahaya
 - b) Penilaian Risiko
 - c) Tindakan Pengendalian
 - d) Prosedur Menghadapi Keadaan Darurat atau Bencana
- 4) Pengendalian Risiko Bahaya Fisik di Rumah Sakit
 - a) Menggunakan alat pelindung diri contohnya, helm, kaca mata, sepatu, pelindung tangan.
 - b) Membuat isolasi kegiatan atau unsur-unsur yang berbahaya
 - c) Pengendalian cahaya di ruang laboratorium
 - d) Pengaturan ventilasi
 - e) Pengaturan jadwal kerja yang sesuai
 - f) Filter untuk mikroskop
 - g) Pelindung mata untuk sinar laser
 - h) Pemeriksaan kesehatan pra-kerja
 - i) Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - j) Pengobatan apabila ditemukan gangguan fisik bagi pekerja.
 - k) Memasang tanda-tanda peringatan
 - l) Membuat daftar bahan-bahan yang aman
 - m) Pelatihan penanganan darurat
 - n) Riset medis
 - o) Monitoring lingkungan kerja
 - p) Sanitasi yang bersih dan penyediaan fasilitas kesehatan
 - q) Menerapkan peraturan perundangan yang disiplin

r) Penyediaan sarana dan prasarana yang terbaharuan

7. Upaya Mencegah Hazard Radiasi

a. Definisi

Radiasi adalah pancaran energi melalui suatu materi atau ruangan. Radiasi bisa dalam bentuk panas, partikel, maupun gelombang elektromagnetik (foton) dari suatu sumber energi. Radiasi tinggi mampu melepas energi dalam jumlah yang besar (Akhadi,2000).

Radiasi dapat diartikan sebagai energi yang dipancarkan dalam bentuk partikel atau gelombang. Radiasi adalah energi yang dihantarkan, dipancarkan dan diserap dalam bentuk partikel atau gelombang. da beberapa sumber radiasi yang kita kenal di sekitar kehidupan kita, contohnya adalah televisi, lampu penerangan, alat pemanas makanan (microwave oven), komputer, dan lain-lain.

b. Jenis-Jenis Hazard Radiasi

Radiasi secara garis besar digolongkan menjadi dua, yaitu ke dalam radiasi ionisasi dan radiasi non-ionisasi. Setiap jenis radiasi memiliki karakteristik khusus, yaitu :

1) Radiasi Ionisasi

Radiasi Ionisasi adalah jenis radiasi yang dapat menyebabkan proses ionisasi (terbentuknya ion positif dan ion negatif) apabila berinteraksi dengan materi. Yang termasuk radiasi ionisasi yaitu :

a) Partikel α (alfa)

Sebuah partikel yang radiasinya dapat dihentikan oleh udara sejauh beberapa sentimeter, selebar kertas, atau lapisan terluar kulit. Jika terserap ke dalam tubuh, partikel-partikel α dapat menyebabkan radiasi setempat yang hebat dan kerusakan yang besar sekali terhadap jaringan yang terserang. Partikel α mempunyai ukuran dan muatan listrik positif yang besar. Tersusun dari proton dan neutron, sehingga identic dengan inti atom helium. Daya ionisasi sangat besar, kurang lebih 100 kali daya ionisasi partikel beta dan 10.000 kali daya ionisasi sinar-X.

b) Partikel β (beta)

Memiliki daya penetrasi yang lebih besar ketimbang partikel α namun ionisasi yang ditimbulkannya tidak terlalu kuat. Mempunyai ukuran dan muatan listrik lebih kecil dari partikel α Dengan ukurannya yang lebih kecil, partikel β mempunyai daya tembus yang lebih besar dari partikel α .

c) Partikel γ (gamma)

Radiasi elektromagnetik dengan daya penetrasi yang besar. Radiasi ini disebabkan oleh peluruhan radioaktif dan memancarkan radiasi sepanjang waktu. Tidak mempunyai besaran volume dan muatan listrik sehingga dikelompokkan ke dalam gelombang elektromagnetik. Daya ionisasinya dalam medium sangat kecil. Sinar γ tidak terbelokkan oleh medan listrik, sehingga daya tembusnya sangat besar.

d) Sinar X

Radiasi elektromagnetik yang daya penetrasinya tergantung pada energinya. Radiasi ini umumnya tercipta dalam mesin sinar X, radiasi akan berhenti ketika mesin tersebut dimatikan. Mempunyai kemiripan dengan sinar γ , yaitu dalam hal daya jangkauan pada suatu media dan pengaruhnya oleh medan listrik yang membedakan terhadap keduanya adalah proses terjadinya.

e) Neutron

Neutron yang dipancarkan selama proses fisi nuklir dan memiliki daya penetrasi sangat besar. Neutron dapat menyebabkan ionisasi yang kuat. Mempunyai ukuran kecil dan tidak mempunyai muatan listrik. Karena ukurannya yang kecil, maka partikel neutron memiliki daya tembus tinggi.

f) Bremsstrahlung

Radiasi elektromagnetik yang dihasilkan oleh perlambatan partikel β . Radiasi ini memiliki daya penetrasi yang lumayan kuat.

2) Radiasi non-pengion adalah jenis radiasi yang tidak akan menyebabkan efek ionisasi apabila berinteraksi dengan materi. Yang termasuk jenis radiasi non-pengion antara lain adalah :

a) Ultraviolet (ultra ungu)

b) Radiasi ultraungu (UV) adalah radiasi elektromagnetis terhadap panjang gelombang yang lebih pendek dari daerah dengan sinar tampak, namun lebih panjang dari sinar-X yang kecil. Manfaat radiasi ultraungu sinar matahari memiliki banyak manfaat bagi kesehatan antara lain:

- Membantu pembentukan vitamin D yang dibutuhkan oleh tulang.
- Dalam dunia kesehatan digunakan sebagai seterilisator untuk alat-alat kesehatan dan seterilisasi ruangan operasi.
- Membunuh bakteri-bakteri patogen pada air minum.

c) Cahaya tampak (*visible light*)

Cahaya tampak adalah bagian spektrum yang mempunyai panjang gelombang antara lebih kurang 400 nanometer (nm) dan 800 nm (dalam udara), dan sebagai radiasi elektromagnetik yang paling dikenal oleh kita dapat didefinisikan sebagai bagian dari spektrum gelombang elektromagnetik yang dapat dideteksi oleh mata manusia. Kegunaan cahaya salah satunya adalah penggunaan laser dalam serat optik pada bidang telekomunikasi dan kedokteran.

d) Inframerah (*infrared*)

Inframerah adalah radiasi elektromagnetik dari panjang gelombang lebih panjang dari cahaya tampak, tetapi lebih pendek dari radiasi gelombang radio. Jumlah sinar inframerah yang dipancarkan bergantung pada suhu dan warna benda. Jenis-jenis inframerah berdasarkan panjang gelombang, antara lain:

- Inframerah jarak dekat dengan panjang gelombang 0,75 – 1,5 μm .
- Inframerah jarak menengah dengan panjang gelombang 1,50 – 10 μm .
- Inframerah jarak jauh dengan panjang gelombang 10 – 100 μm .

e) Frekuensi radio

Gelombang radio adalah satu bentuk dari radiasi elektromagnetik, dan terbentuk ketika objek bermuatan listrik dari gelombang osilator (gelombang pembawa) dimodulasi dengan gelombang audio (ditumpangkan frekuensinya) pada frekuensi yang terdapat dalam frekuensi gelombang radio (RF/"radio frequency") pada suatu spektrum elektromagnetik, dan radiasi elektromagnetiknya bergerak dengan cara osilasi elektrik maupun magnetic. Gelombang radio merambat pada frekuensi 100.000 Hz sampai 100.000.000.000 Hz. Umumnya memiliki efek non-thermal (medan listrik dan magnet) yaitu gangguan sistem saraf, jantung, reproduksi, kanker pada anak-anak.

f) Elektromagnetik

Energi elektromagnetik merambat dalam gelombang dengan beberapa karakter yang bisa diukur, yaitu: panjang gelombang (wavelength), frekuensi, amplitudo (amplitude), kecepatan. Beberapa ciri gelombang elektromagnetik adalah sebagai berikut:

- Perubahan medan listrik dan medan magnetik terjadi pada saat yang bersamaan, sehingga kedua medan memiliki harga

maksimum dan minimum pada saat yang sama dan pada tempat yang sama.

- Arah medan listrik dan medan magnetik saling tegak lurus dan keduanya tegak lurus terhadap arah rambat gelombang.
Dari ciri nomor 2 diperoleh bahwa gelombang elektromagnetik merupakan gelombang transversal. Seperti halnya gelombang pada umumnya, gelombang elektromagnetik mengalami peristiwa pemantulan, pembiasan, interferensi, dan difraksi. Juga mengalami peristiwa polarisasi karena termasuk gelombang transversal.
- Cepat rambat gelombang elektromagnetik hanya bergantung pada sifat-sifat listrik dan magnetik medium yang ditempuhnya. Sumber gelombang elektromagnetik, terdiri dari:
 - (a) Osilasi listrik.
 - (b) Sinar matahari menghasilkan sinar infra merah.
 - (c) Lampu merkuri menghasilkan ultra violet.
 - (d) Penembakan elektron dalam tabung hampa pada keping logam menghasilkan sinar X (digunakan untuk rontgen).

g) Laser

Laser (Light Amplification Stimulated Emission by Radiation) merupakan berkas radiasi dengan energy yang digabung dan dilipatgandakan intensitasnya. Berkas laser yang dipergunakan saat ini adalah sinar tampak dan infra merah. Paparan laser pada kulit dapat menimbulkan eritema ringan sampai sunburn yang parah, sedangkan pada mata dapat menyebabkan kerusakan pada kornea, lensa atau retina. Emisi energi tinggi yang dihasilkan dari kegiatan pengelasan, pemotongan lempeng baja, pelapisan, alat-alat optis, pembuatan mesin-mesin mikro dan operasi kedokteran.

c. Penggunaan dan Bahaya Hazard Radiasi

Penggunaan radiasi ionisasi dalam dunia kedokteran jauh lebih besar dibandingkan dengan penggunaan radiasi non ionisasi, akan tetapi efek samping dari penggunaan radiasi ionisasi tersebut jauh lebih besar. Penggunaan radiasi non ionisasi di antaranya adalah; gelombang mikro, gelombang pendek, gelombang ultrasonik untuk pengobatan nyeri otot, nyeri sendi, neuritis dan lain-lain. Di samping itu yang cukup banyak digunakan saat ini adalah radiasi gelombang elektromagnetik ultra panjang.

Walaupun banyak keuntungan yang didapatkan dari gelombang elektromagnetik ini, tetapi dampak negatif yang dihasilkannya juga ada. Ponsel dan radar terutama yang dipakai dekat dengan tubuh dapat mengagitasi molekul air yang ada dalam tubuh dan bila intensitas radiasinya kuat, maka molekul air akan terionisasi. Dampak yang ditimbulkan merupakan radiasi nuklir. Jaringan nirkabel wireless-fidelity (Wi-Fi) dan transmisi telepon seluler (ponsel) dapat berefek kerusakan kromosom, berdampak pada kapasitas konsentrasi, dan menurunnya memori jangka pendek, serta meningkatnya kejadian berbagai tipe kanker. Di dalam rumah banyak jenis peralatan yang perlu diwaspadai meningkatkan radiasi yang diterima oleh tubuh, diantaranya: mikrowave yang menimbulkan gelombang elektromagnetik cukup besar, telepon genggam, kabel listrik yang mengandung campuran logam dan zat berbahaya terutama pada pembungkusnya yang mengandung Poly Vinyl Chlorida (PVC) dan timbal (Pb), yang bila zat ini menguap ke udara mengakibatkan mual, muntah, dan kepala pusing apalagi bila terjadi kebakaran.

Pipa paralon juga mengandung PVC sehingga air minum yang mengalir di dalamnya berisiko teracun PVC. Bila air yang teracun diminum, sehingga racun menumpuk dalam tubuh dapat menyebabkan kanker hati. Perkakas makan dari melamin mengandung senyawa kimia formaldehid yang mengkontaminasi makanan atau air yang dikonsumsi dan berpeluang terjadinya penyakit kanker.

Pembangunan PLTN sangat berisiko terutama bila pengolahannya kurang hati-hati. Saat ini di negara-negara maju mulai menghentikan pengambilan energi nuklir ini karena kesulitan dalam pengolahan limbahnya. Bahaya dari radiasi nuklir ini seperti kebocoran di Chernobyl menyebabkan gejala yang muncul dalam waktu relatif singkat yaitu pusing, muntah, rambut rontok, gigi tanggal, dan penuaan dini. Yang lebih berbahaya lagi bila zat radioaktif masuk dalam rantai makanan dan diturunkan secara genetik. Jadi radiasi bisa berefek secara langsung maupun secara tidak langsung.

Penggunaan radiasi ionisasi yang paling luas dalam dunia kedokteran adalah sinar X dan sinar gamma. Hubungan antara sinar gamma dengan material biologis sangat kuat, sehingga mampu memukul elektron pada kulit atom yang akan menghasilkan pasangan ion. Cairan tubuh intraselular maupun ekstraselular akan terionisasi yang menyebabkan kerusakan dan kematian pada mikroorganisme, sehingga sinar gamma banyak dipakai

sebagai sterilisasi peralatan kedokteran. Radiasi sinar gamma atau sinar-X yang berasal dari energi atom cobalt dapat membunuh semua bentuk kehidupan mikroorganisme.

Kedua sinar ini punya potensi bahaya yang lebih besar dari radiasi lain. Pengaruh sinar kosmik hampir dapat diabaikan karena radiasi yang berasal dari luar tata surya ini sebelum mencapai tubuh manusia berinteraksi dengan atmosfer bumi. Begitu juga ultraviolet hanya sebagian yang diteruskan ke permukaan bumi karena sebelumnya telah berinteraksi dengan ozon pada lapisan stratosfer. Radiasi beta hanya dapat menembus kertas tipis dan tidak dapat menembus tubuh manusia. Demikian juga radiasi alfa hanya dapat menembus beberapa millimeter udara. Sedangkan radiasi neutron hanya terdapat di reaktor nuklir.

Unsur-unsur yang berat seperti uranium, radium dan plutonium melepaskan radiasi alfa yang sangat berbahaya apabila radiasi tersebut masuk kedalam tubuh manusia. SinarX adalah yang paling banyak ditemukan dalam kegiatan sehari-hari dan hampir semuanya dibuat oleh manusia dengan membuat peralatan tegangan tinggi dalam suatu tabung gelas.

d. Keselamatan Kerja terhadap Radiasi

Keselamatan terhadap radiasi adalah suatu upaya perlindungan yang perlu diberikan kepada seseorang atau sekelompok orang tertentu terhadap kemungkinan diperolehnya akibat negatif dari radiasi, sementara kegiatan yang diperlukan dalam pemakaian sumber radiasi masih tetap dilaksanakan. Setiap pekerja yang melibatkan penggunaan sumber radiasi harus mengingat dasar - dasar keselamatan radiasi. Setiap orang yang bekerja dengan sumber radiasi perlu memahami pedoman dan arti *As Low As Reasonably Achievable* (ALARA) yang berarti bekerja dengan radiasi serendah – rendahnya yang masih memungkinkan untuk dilaksanakan.

Penanggung jawab keselamatan radiasi (dalam hal ini pemegang ijin dan petugas proteksi radiasi) bertanggung jawab atas terwujudnya tujuan keselamatan radiasi, yang meliputi :

- 1) Menyediakan
 - a) Fasilitas dan/atau peralatan yang sesuai dengan sifat dan risiko untuk setiap Pemanfaatan Tenaga Nuklir
 - b) Perlengkapan Proteksi Radiasi sesuai dengan sifat dan risiko untuk setiap Pemanfaatan Tenaga Nuklir.
- 2) Mewujudkan budaya keselamatan di fasilitas atau instalasi Pemanfaatan Tenaga Nuklir.

- 3) Membatasi Paparan Kerja untuk setiap Pekerja Radiasi.
- 4) Mengoptimalkan Proteksi dan Keselamatan Radiasi dalam kegiatan Pemanfaatan Tenaga Nuklir.
- 5) Melaksanakan pemantauan kesehatan bagi Pekerja Radiasi
- 6) Meningkatkan kualifikasi Pekerja Radiasi dalam memahami dan menerapkan Proteksi dan Keselamatan Radiasi melalui pendidikan dan pelatihan.
- 7) Memberikan dan memutakhirkan informasi mengenai Proteksi dan Keselamatan Radiasi kepada Pekerja Radiasi.

e. Pembatasan Dosis Pekerja Radiasi

Nilai Batas Dosis (NBD) adalah Dosis terbesar yang diizinkan oleh BAPETEN yang dapat diterima oleh pekerja radiasi dan anggota masyarakat dalam jangka waktu tertentu tanpa menimbulkan efek genetika dan somatik yang terjadi akibat pemanfaatan tenaga nuklir. Berikut nilai batas dosis untuk pekerja radiasi :

- 1) Dosis Efektif sebesar 20 mSv (dua puluh milisievert) per tahun rata – rata selama 5 (lima) tahun berturut-turut.
- 2) Dosis Efektif sebesar 50 mSv (lima puluh milisievert) dalam 1 (satu) tahun tertentu.
- 3) Dosis Ekuivalen untuk lensa mata sebesar 20 mSv (dua puluh milisievert) per tahun rata-rata selama 5 (lima) tahun berturut-turut dan 50 mSv (lima puluh milisievert) dalam 1 (satu) tahun tertentu.
- 4) Dosis Ekuivalen untuk tangan dan kaki, atau kulit sebesar 500 mSv (lima ratus milisievert) dalam 1 (satu) tahun.

Faktor yang mempengaruhi penerimaan dosis radiasi, yaitu:

- 1) Faktor waktu, bekerja dengan cepat dan dalam waktu sesingkat-singkatnya, Karena dosis yang diterima = (laju dosis) x (waktu).
- 2) Faktor Jarak, Bekerja tidak terlalu dekat (tidak kontak langsung) dengan sumber radiasi.
- 3) Faktor pelindung radiasi, bekerja dengan sumber radiasi diwajibkan pemakaian bahan pelindung radiasi, seperti sarung tangan, apron, bahan perisai radiasi, dan lain sebagainya.

f. Pencegahan Hazard Radiasi

Dalam Kesehatan dan Keselamatan Kerja, perlu diperhatikan upaya upaya dalam mencegah efek negative dari radiasi, baik radiasi ionisasi maupun non ionisasi. Berikut adalah upaya upaya dalam mencegah efek hazard radiasi.

1) Radiasi Ionisasi

Upaya perlindungan/pencegahan yang harus dilakukan sesuai dengan "The Ionising Regulations 1999" adalah (Ridley, 2008):

- a) Melakukan pengontrolan akses ke area yang terkena radiasi.
- b) Pembatasan eksposur ke pekerja.
- c) Memilih orang yang berkualifikasi atau telah mendapatkan pelatihan khusus untuk memastikan penggunaan sumber – sumber radiasi yang aman.
- d) Mengadakan pelatihan dan pemberian instruksi kepada setiap pekerja yang menggunakan sumber radiasi.
- e) Mengimplementasikan aturan-aturan penggunaan sumber-sumber radiasi yang aman.
- f) Melakukan pengukuran eksposur ke pekerja yang bekerja dengan radiasi.
- g) Pemeriksaan kesehatan rutin.
- h) Pendokumentasian catatan yang akurat atas penggunaan dan lokasi sumber-sumber radiasi.
- i) System pelaporan setiap kerusakan atau kehilangan sumber radiasi kepada atasan.
- j) Penyelidikan kasus eksposur radiasi berlebih dan pengambilan langkah-langkah perbaikannya.

2) Radiasi Non-Ionisasi

Upaya pencegahan radiasi non-ionisasi dibedakan terhadap jenis radiasinya, diantaranya :

a) Ultraviolet

- Menggunakan kaca mata pengaman.
- Menggunakan APD.
- Menggunakan kaca mata pelindung.
- Memakai krim pelindung
- Memastikan tutup perlengkapan alat yang memancarkan ultraviolet benar-benar telah tertutup.

b) Cahaya Tampak

Mengendalikan intensitas cahaya dan tata letak piranti pencahayaan.

c) Inframerah

- Menyediakan APD
- Menggunakan sarung tangan pelindung

d) Frekuensi Radio

Melakukan pengecekan kebocoran radiasi.

e) Elektromagnetik

Memindahkan perlengkapan pembumian (*earthing*)

f) Laser

- Memasang tanda bahaya prioritas.
- Dilakukan oleh operator yang terlatih dan berkompeten
- Penggunaan APD

8. Upaya Mencegah Hazard Kimia

a. Definisi

Suatu bahaya kimia adalah jenis bahaya pekerjaan yang disebabkan oleh paparan bahan kimia ditempat kerja. Paparan bahan kimia ditempat kerja dapat menyebabkan efek kesehatan yang merugikan baik akut maupun jangka panjang. Terdapat banyak jenis bahan kimia yang berbahaya, seperti Neurotoksis, Zat imun, zat dermatologi, karsinogen, racun reproduksi, racun sistemik, asfagen, zat pneumokoniotik, dan pemeka. Bahaya ini dapat menyebabkan resiko fisik atau kesehatan. Berdasarkan bahan kimianya, bahaya yang terlibat dapat bervariasi, sehingga penting untuk mengetahui dan menerapkan APD terutama pada laboratorium. (Rejeki, S. (2015)

b. Upaya Pencegahan Hazard Kimia

Menurut Ramli, S. (2010) Untuk pengendalian bahaya kimia, ada empat tipe pengendalian yang dapat dilakukan, yaitu inherent, active, passive dan procedural, Ya itu :

1) *Inherently Safer Alternative* (ISA).

ISA adalah strategi pengendalian bahaya dengan cara mengganti bahan baku atau proses berbahaya dengan bahan baku atau proses yang tingkat bahayanya lebih rendah. Saat yang paling tepat melakukan ISA adalah pada saat awal pengembangan produk atau proses (*development stage*). Ada empat strategi yang dapat dilakukan dalam ISA, yaitu:

a) *Minimize*

Menggunakan bahan kimia berbahaya dalam jumlah kecil, baik selama penyimpanan, proses maupun pengiriman. Dengan mengurangi jumlah bahan kimia maka risiko dari bahan tersebut juga menjadi lebih kecil jika dibandingkan dengan jumlah yang lebih besar.

b) *Substitute*

Mengganti bahan kimia yang berbahaya dengan bahan kimia yang kurang berbahaya. Misalnya pelarut organik yang bersifat mudah terbakar diganti dengan air.

c) *Moderate*

Jika dua hal di atas tidak bisa dilakukan maka kita dapat melakukan proses atau penyimpanan pada kondisi yang lebih aman, misalnya pengenceran, penyimpanan dengan suhu yang lebih rendah, proses yang lebih sederhana dan sebagainya. Sehingga laju reaksi atau energi yang dihasilkan lebih rendah jika dibandingkan dengan kondisi normal.

d) *Dilution*

Melarutkan untuk mengurangi tingkat bahaya reaktivitas, baik pada saat proses produksi maupun penyimpanan.

2) *Passive Control*

Passive control adalah mengurangi bahaya atau resiko dengan merancang proses dan peralatan yang lebih aman. Passive control dapat mengurangi frekuensi atau konsekuensi dari bahaya tersebut tanpa fungsi aktif peralatan apapun, misalnya tempat penampungan (containment), dinding tahan api, pipa atau tangki yang tahan terhadap tekanan tinggi.

3) *Active Control*

Active control menggunakan sistem engineering control, misalnya safety interlock, emergency shutdown system, smoke detector dan lain sebagainya.

4) *Procedural Control*

Procedural control disebut juga administrative control, yaitu proses pengendalian dengan cara membuat prosedur administratif mengurangi bahaya dan resiko dari bahaya kimia. Misalnya work instruction, safe operating limit, work permit dan sebagainya.

c. Kategori Hazard Kimia

Menurut Tarwaka (2014) kategori bahan kimia berbahaya adalah sebagai berikut :

1) *Explosif*

Yaitu bahan yang mudah terbakar, seperti : kalium klorat, Trinitrotoluen(TNT), natrium nitrat, gas bertekanan tinggi, campuran belerang, karbon dan kalium klorat.

2) *Flamable*

Yaitu bahan yang mudah terbakar seperti: metanol, eter, aseton, heksana, benzena, uap ini dapat bergerak menuju api sejauh 3 meter

3) *Oxidizing Agent* (bahan oksidator)

Contohnya : natrium nitrit/nitrat, kalium klorat, kaporit, asam sendawa, alkena, alkilbenzena dan sebagainya. Sekalipun tidak ada O₂ dari luar dapat menyebabkan kebakaran.

4) Bahan yang mudah terbakar oleh air

Seperti logam Na, K dan asam sulfat pekat

5) Bahan mudah terbakar oleh asam

Seperti logam paduan Na dan K, senyawa hidrida dan sebagainya.

6) Gas bertekanan tinggi

Seperti gas-gas dalam tabung silinder dengan tekanan tinggi.

7) Bahan-bahan beracun

Seperti CO₂, Cl₂, benzena, Kloroform, sianida dan sebagainya 8 Bahan korosif contohnya : anhidrida asam, alkali, asam sulfat, fenol dan sebagainya.

8) Bahan tersebut mudah dikenali karena biasanya pabrik-pabrik bahan kimia telah melengkapi kemasannya dengan label-label peringatan bahaya. Akibat dari bahan kimia tersebut antara lain:

- Keracunan, yaitu akibat masuknya bahan kimia ke dalam tubuh melalui paru-paru, mulut dan kulit. Keracunan dapat mengakibatkan hilang kesadaran atau gangguan kesehatan yang akan terasa setelah beberapa tahun bekerja, atau menjelang pensiun.
- Iritasi, yaitu akibat kontak langsung dengan bahan kimia korosif yang mengakibatkan peradangan pada kulit, iritasi mata dan saluran pernapasan.
- Luka bakar yang diakibatkan dari meledaknya bahan-bahan reaktif

d. Potensi Bahaya Kimia

Menurut WHS (2015) yaitu potensi bahaya yang berasal dari bahan-bahan kimia yang digunakan dalam proses produksi. Potensi bahaya ini dapat memasuki atau mempengaruhi tubuh pekerja melalui:

- 1) Inhalation (melalui pernafasan),
- 2) Ingestion (melalui mulut ke saluran pencernaan),
- 3) Skin contact (melalui kulit). Terjadinya pengaruh potensi kimia terhadap tubuh pekerja sangat tergantung dari jenis bahan kimia atau kontaminan, bentuk potensi bahaya debu, gas, uap, asap; daya acun

bahan (toksisitas); cara masuk ke dalam tubuh Adapun risiko bahaya yang dapat ditimbulkan pada industri logam adalah sebagai berikut :

a) Tembaga (Cu)

Logam tembaga (Cu) merupakan mikroelemen esensial untuk semua tanaman dan hewan, termasuk manusia. Kebutuhan tubuh per hari akan Cu adalah 0,05 mg/kg berat badan. Pada kadar tersebut tidak terjadi akumulasi Cu pada tubuh manusia normal. Namun, konsumsi Cu dalam jumlah yang besar dapat menyebabkan gejala-gejala yang akut. Beberapa gejala keracunan Cu adalah sakit perut, mual, muntah, diare, dan beberapa kasus yang parah dapat menyebabkan gagal ginjal dan kematian

b) Arsen (As)

Arsen (As) atau sering disebut arsenik dapat merusak ginjal dan bersifat racun yang sangat kuat. Senyawa arsen sangat sulit dideteksi karena tidak memiliki rasa yang khas atau ciri-ciri pemaparan lain yang menonjol. Gejala keracunan senyawa arsen terutama adalah sakit di kerongkongan, sukar menelan, disertai rasa nyeri lambung dan muntah-muntah. Kompensasi dari pemaparan arsen terhadap manusia adalah kanker, terutama kanker paru-paru dan hati. Terpapar arsen di udara juga dapat menyebabkan pembentukan kanker kulit pada manusia.

c) Aluminium (Al)

Sekitar 20 tahun yang lalu, ada penelitian yang menunjukkan bahwa aluminium merupakan penyebab penyakit Alzheimer. Akibatnya, banyak organisasi dan individu yang mengurangi tingkat pemakaian peralatan dari aluminium. Namun, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyimpulkan bahwa, penelitian yang menyatakan bahwa aluminium merupakan penyebab penyakit alzheimer tidak dapat dipercaya, karena penelitian tersebut tidak memperhitungkan asupan aluminium total yang ada dalam penyakit itu. Meskipun tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa aluminium sebagai penyebab utama penyakit alzheimer, para peneliti bersepakat untuk melakukan penelitian lebih lanjut lagi. Pada industri logam, perlu diperhatikan keselamatan para pekerja, karena aluminium yang terkandung dalam cairan logam di tempat kerja menyebabkan kanker. Target organ aluminium adalah sistem saraf pusat, ginjal, dan sistem pencernaan.

d) Timbal (Pb)

Logam timbal (Pb) merupakan logam yang lunak dan berwarna coklat kehitaman serta mudah dimurnikan dari pertambangan. Bahaya yang ditimbulkan oleh penggunaan Pb ini adalah sering menyebabkan keracunan. Logam Pb dapat masuk ke dalam tubuh melalui pernapasan, makanan, dan minuman.

Accidental poisoning seperti termakannya senyawa timbal dalam konsentrasi tinggi dapat mengakibatkan gejala keracunan timbal seperti iritasi gastrointestinal akut, rasa logam pada mulut, muntah, sakit perut, dan diare. Pb dapat mempengaruhi sistem saraf, inteligensia, dan pertumbuhan. Pb di dalam tubuh menyebabkan hambatan pada aktivitas kerja sistem enzim. Efek logam Pb pada kesehatan manusia adalah menimbulkan kerusakan otak, kejangkejang, gangguan tingkah laku, dan bahkan kematian.

D. Rangkuman

Keselamatan dan Kesehatan Kerja merupakan suatu kondisi dalam pekerjaan yang sehat dan aman baik itu bagi pekerjaannya, perusahaan maupun bagi masyarakat dan lingkungan sekitar tempat kerja tersebut.

Bahaya fisik ialah salah satu jenis bahaya (hazard) yang berkaitan dengan kesehatan kerja seperti kebisingan, suhu yang ekstrim, radiasi ionisasi, radiasi nonionisasi, tekanan ekstrim, dan vibrasi yang semuanya merupakan tekanan-tekanan fisik dapat ditemukan pada lingkungan kerja seseorang atau lebih operator.

Bahaya radiasi yaitu pancaran energi melalui suatu materi atau ruangan. Radiasi bisa dalam bentuk panas, partikel, maupun gelombang elektromagnetik (foton) dari suatu sumber energi.

Bahaya kimia adalah jenis bahaya pekerjaan yang disebabkan oleh paparan bahan kimia ditempat kerja. Paparan bahan kimia ditempat kerja dapat menyebabkan efek kesehatan yang merugikan baik akut maupun jangka panjang.

E. Evaluasi

SKENARIO KASUS

Pada bulan Maret 2023 ditemukan data seorang petugas radiologi RS X di Kebumen didiagnosa Menderita kanker yang disebabkan oleh radiasi di Instalasi radiologi. Petugas tersebut sudah bekerja di Instalasi radiologi sejak 15 tahun yang lalu. Petugas

tersebut bernama Tn. S dan saat ini usia petugas tersebut 48 tahun. Berdasarkan informasi, petugas tersebut diduga selama bekerja tidak mematuhi SOP yang sudah berlaku di Rumah sakit. Pada saat dikaji, didapatkan data bahwa Tn.S mengatakan selama bekerja jarang menggunakan APD. Dan dari pihak RS juga belum ada penanganan K3 terhadap kasus tersebut.

Analisa kasus:

Hazard yang ada dikasus adalah hazard fisik radiasi akibat ketidak patuhan petugas terhadap SOP yang berlaku dan Penanganan K3 RS X yang kurang tanggap.

Upaya pencegahan dan pengendalian:

1. Pelaporan adanya kasus penyakit akibat kerja pada tim penanggungjawab.
2. Tim mengidentifikasi penyebab penyakit akibat kerja yang dilaporkan.
3. Tim menganalisa penyebab penyakit akibat kerja.
4. Tim melaporkan adanya penyakit akibat kerja sesuai identifikasi dan Analisa yang dilakukan kepada atasan.
5. Bersama-sama membahas rencana penanganan dan pencegahan penyakit akibat kerja yang sudah diidentifikasi dan dianalisa agar tidak terjadi kesalahan yang sama.
6. Melakukan monitoring dari keputusan Bersama yang telah dibuat.

REFERENSI

- Ananda Muthia Bahri Hasibuan. (2020). Strategi untuk Memutus Rantai Infeksi beserta Upaya Mencegah Hazard Fisika dan Kimia pada Perawat di Rumah sakit. *Open Science Framework*, 6.
- Cahyaningrum, D., Sari, H. T. M., & Iswandari, D. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kecelakaan. *Jurnal Pengelolaan Laboratorium Pendidikan*, 1(2), 41–47.
- Helga, P. D. (2019). Pentingnya upaya pencegahan hazard fisik radiasi dan hazard kimia. *Kesehat*, 1(3), 1–12. file:///C:/Users/asus/Downloads/PUTRI DWI HELGA_129 Hazard fisik dan kimia.pdf
- Nasution, S. M. (2020). Peran perawat dalam pemutusan rantai infeksi serta pencegahan hazard fisik-radiasi dan hazard kimia untuk tercapainya keselamatan dan kesehatan (k3) di rumah sakit. *Osfpreprints*, 1–12.
- Rahmadhani, N. (2020). *Upaya yang dapat di lakukan perawat untuk mencegah resiko hazard kimia dan hazard fisik radiasi*. 1–8.
- Rangkuti, N. A. (2020). *Upaya Memutus Rantai Infeksi Pada Tahap Precaution dan Pencegahan Hazard Kimia Serta Hazard Fisika*. 1–12. <https://osf.io/preprints/5tqn3/>
- Sabrina, A. (2020). Hazard fisik radiasi dalam asuhan keperawatan. *Osf.Io*, 1–8. <https://osf.io/hfnd7>
- Sihaloho, L. B. (2020). Tindakan Perawatan Dalam Upaya Memutus Rantai Infeksi Precaution , Medication Safety Dan Upaya Mencegah Hazard Fisik Radiasi dan Hazard Kimia. *Jurnal Keperawatan*, 3(1), 1–12.

GLOSARIUM

Light Amplification Stimulated Emission By Radiator

Wireless-Fidelity

As Low As Reasonably Achiavable

The Lonisiting Regulation 1999

Voseble Light

Hazard

Amplitude

Wavelength

Infrared

Miminize

Subtitute

Moderate

Dilution

Pasif Control

Active Control

Prosedural Control

INDEKS

Hazard Fisik : 1, 2, 5, 6

Hazard Radiasi : 2, 9, 10, 15, 17, 18, 19

Hazard Kimia : 2, 21, 22, 23, 24

Resiko : 1, 2, 5, 6

Definisi : 2, 9, 21

Hazard : 2, 9, 10, 15, 19, 21

BAB 13

UPAYA MEMPERTAHANKAN ERGONOMI POSISI DUDUK, BERDIRI, BERBARING

Ns. Dely Maria P., M.Kep.,Sp.Kep.Kom

BAB 13

UPAYA MEMPERTAHANKAN ERGONOMI

POSISI DUDUK, BERDIRI, BERBARING

Ns. Dely Maria P., M.Kep.,Sp.Kep.Kom

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu merencanakan upaya meningkatkan kesehatan dan keselamatan perawat dalam setiap tahap proses keperawatan sesuai standar kesehatan dan keselamatan kerja serta keselamatan pasien melalui upaya mempertahankan posisi (ergonomik) secara praktik.

B. Pendahuluan

Bab ini berisi mengenai definisi ergonomik, factor risiko masalah ergonomic, tujuan, prinsip, upaya mempertahankan posisi ergonomic dan hal hal yang perlu diperhatikan dalam ergonomi duduk, berdiri dan berbaring.

C. Konsep Materi

1. Konsep Ergonomik

a. Definisi

Merupakan cabang ilmu sistimatis dengan memanfaatkan informasi mengenai sifat, kemampuan dan keterbatasan manusia dalam merancang sistem kerja sehingga dapat melakukan pekerjaan dengan efektif, aman dan nyaman.

Ergonomi berkaitan juga dengan optimalisasi, efisiensi, kesehatan dan keselamatan juga kenyamanan seseorang di tempat kerja, rumah dan lainnya.

b. Apa yang menjadi Faktor risiko pada individu terhadap masalah ergonomik ?

- 1) Penggunaan tenaga/ kekuatan (mengangkat, mendorong, menarik dll)
- 2) Pengulangan, jenis kegiatan yang sama dilakukan secara berulang dengan menggunakan otot atau anggota tubuh.
- 3) Kelenturan tubuh
- 4) Pekerjaan statis : diam di dalam satu posisi pada suatu periode waktu tertentu
- 5) Kontak tegangan, saat memperoleh suatu permukaan benda tajam dari suatu alat terhadap bagian tubuh.

c. Tujuan

- 1) Tercapainya sistem kerja yang produktif dan memiliki kualitas kerja baik
- 2) Memperbaiki kesehatan dan keselamatan kerja
- 3) Rasa aman, nyaman dalam bekerja

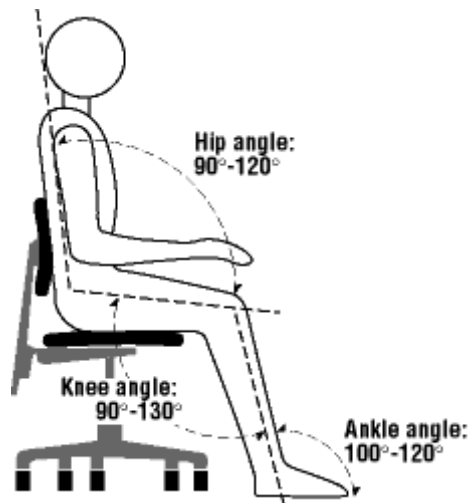
d. Prinsip

- 1) Bekerja dalam posisi atau postur normal
- 2) Mengurangi beban dan stress kerja
- 3) Menempatkan peralatan agar selalu berada dalam jangkauan
- 4) Bekerja sesuai dengan ketinggian dimensi tubuh
- 5) Mengurangi gerakan berulang dan berlebih
- 6) Minimalisir gerakan statis
- 7) Mencakup titik beban
- 8) Menciptakan lingkungan kerja yang nyaman
- 9) Melakukan olahraga dan peregangan ringan saat bekerja

e. Upaya Ergonomi

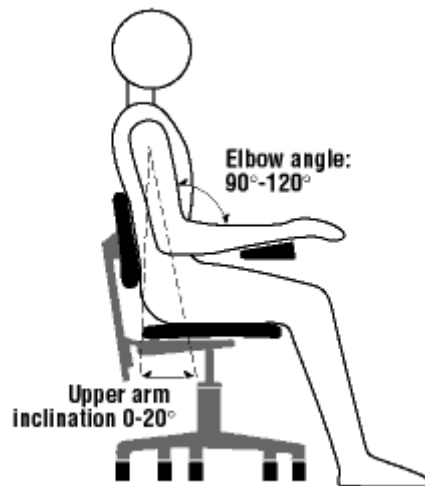
1) Posisi duduk

- a) Dipergelangan kaki pada sudut 90° atau sedikit lebih tinggi
- b) Jaga sendi lutut pada atau di bawah sendi pinggul
- c) Jaga sendi pergelangan kaki di depan lutut
- d) Beri jarak selebar tiga jari antara bagian belakang sendi lutut dan tepi depan tempat duduk
- e) Jaga agar kaki tetap rata di lantai atau di pijakan kaki.
- f) Jaga agar tubuh bagian atas tetap lurus (tidak terpelintir) dan dalam posisi tegak
- g) Pertahankan penyangga pinggang pada sandaran punggung di daerah pinggang Anda (lengkungan di punggung bawah)
- h) Jaga punggung tetap lurus (hindari memutar)



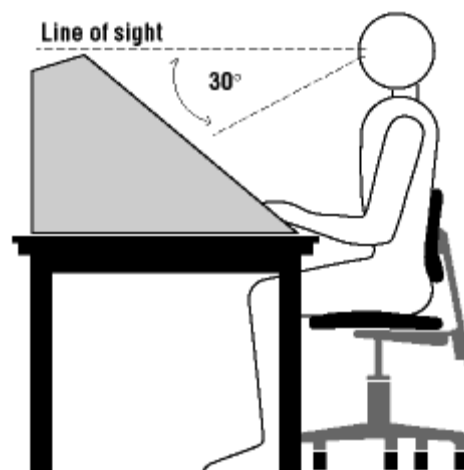
Gambar 13.1. Posisi duduk
(Sumber: ergonomics.ucla.edu)

- a. Jaga agar kepala tetap sejajar dengan tulang belakang
- b. Jaga lengan atas antara vertikal dan 20° ke depan
- c. Jaga siku pada sudut sekitar 90°, dekat dengan tubuh, dan hindari mengangkat atau menjatuhkan bahu



Gambar 13.2. Posisi duduk
(Sumber: ergonomics.ucla.edu)

- d. Jaga agar pergelangan tangan tetap lurus dan sejajar dengan lengan bawah.
- e. Tempatkan benda kerja sedemikian rupa sehingga dapat dilihat pada sudut pandang 10° hingga 30° di bawah garis pandang.



Gambar 13.3. Posisi duduk
(Sumber: ergonomics.ucla.edu)



Gambar 13.4. Posisi duduk
(Sumber: ergonomics.ucla.edu)

- f. Jaga bahu tetap rendah dan rileks
- g. Jaga siku tetap masuk
- h. Tekuk dagu ke dalam dan jangan membungkuk ke depan saat melihat ke bawah dan ke depan

2) Posisi berdiri

Postur terbaik untuk berdiri disebut “tulang belakang netral”.

Tulang belakang memiliki 3 lekukan alami - satu agak cekung di leher (tulang belakang leher), cembung di punggung atas (tulang belakang dada) dan cekung lagi di punggung bawah (tulang belakang lumbal).

Meskipun membungkuk mungkin terasa nyaman pada awalnya, hal ini akan memberikan ketegangan yang tidak perlu pada otot Anda.

3) Posisi berbaring

- a. Jika posisi tidur telentang, bantal kecil di letakkan di bawah punggung lutut dengan tujuan mengurangi tekanan pada tulang belakang dan menopang lekuk alami punggung bawah.
- b. Bantal kepala harus menopang kepala, lekuk alami leher, dan bahu Anda.
- c. Tempatkan bantal datar di bawah area perut dan panggul dapat membantu menjaga posisi tulang belakang lebih baik.
- d. Jika posisi tidur tengkurap, bantal kepala harus rata, atau tidur tanpa bantal.

- e. Jika tidur miring, letakkan bantal di antara kedua lutut agar mencegah kaki bagian atas menarik tulang belakang, dan mengurangi tekanan pada pinggul dan punggung bawah.
 - f. Tarik lutut sedikit ke arah dada. Bantal untuk kepala harus menjaga tulang belakang tetap lurus. Gulungan handuk atau bantal kecil di bawah pinggang juga dapat membantu menopang tulang belakang
- 4) Hal hal yang perlu diperhatikan
- a. Kursi ergonomis, kursi ergonomis biasanya memiliki empat sandaran yakni sandaran punggung, sandaran lengan, sandaran kaki dan sandaran kepala.
 - b. Duduk bergantian dengan berdiri dan berjalan
 - c. Ketinggian kursi dan sandaran kursi harus disesuaikan
 - d. Memberikan petunjuk posisi duduk yang benar
 - e. Karakteristik kursi harus spesifik sesuai jenis tugas
 - f. Ketinggian permukaan kerja, tempat duduk dan kaki harus kompatibel
 - g. Gunakan sandaran kaki jika tinggi pekerjaan tetap
 - h. Hindari jangkauan berlebihan
 - i. Pilih permukaan kerja miring untuk membaca tugas
 - j. Adanya ruang kaki yang memadai
 - k. Hindari kelelahan mata dengan beristirahat dan memfokuskan kembali mata secara berkala. Istirahat sejenak selama 1-2 menit setiap 20-30 menit bekerja.

D. Rangkuman

Untuk mempertahankan posisi duduk, berbaring dan berdiri sangat diperlukan pemahaman mengenai postur tubuh untuk melakukan hal tersebut. Dalam penerapannya sehari-hari perlu dilakukan secara kontinu, konsisten agar tidak terjadi penyakit yang disebabkan masalah ergonomi seperti stress fisik, kelelahan kerja.

E. Evaluasi

Soal uraian

- Berikan penjelasan secara prinsip hal hal utama dalam mempertahankan posisi duduk, berdiri dan berbaring
- Sebutkan 4 prinsip dalam ergonomik untuk mencegah kelelahan kerja

REFERENSI

Sunaryo. (2018). Ergonomi dan K3. Bandung : Remaja Rosdakarya

https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/sitting/sitting_position.html#section-1-hdr

<https://ergonomics.ucla.edu/office-ergonomics/4-steps-set-your-workstation>

BAB 14

UPAYA MENCEGAH HAZARD PSIKOSOSIAL

Yuliani Budiyarti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 14

UPAYA MENCEGAH HAZARD PSIKOSOSIAL

Yuliani Budiarti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat

A. Tujuan pembelajaran

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Memahami Definisi Hazard Psikososial
2. Memahami Kategori Hazard Psikososial
3. Mengenali Potensi Bahaya di Tempat Kerja
4. Mengenali Potensi Bahaya Psikososial
5. Menerapkan Upaya Pencegahan Hazard Psikososial

B. Pendahuluan

Pembelajaran ini berisi tentang konsep dasar hazard psikososial dan upaya promotif serta preventif yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya bahaya yang dapat mengancam kesehatan pada aspek psikologis dan sosial masyarakat pekerja yang akan berdampak pada penurunan produktivitas kerja.

C. Konsep Materi

1. Definisi Hazard Psikososial

Hazard (bahaya) psikososial merupakan suatu bahaya non fisik yang timbul karena adanya interaksi dari aspek job description, desain kerja dan organisasi, manajemen di tempat kerja serta konteks lingkungan sosial yang berpotensi menyebabkan gangguan pada aspek fisik, psikologi dan sosial. Hazard (bahaya) psikososial juga dapat diartikan sebagai aspek-aspek dari desain kerja, organisasi kerja, manajemen kerja serta semua aspek yang berhubungan dengan lingkungan sosial kerja yang mempunyai potensi menyebabkan gangguan pada fisik dan psikologi para pekerja.

Hazard (Bahaya) psikososial merupakan potensi bahaya yang dapat ditimbulkan karena kondisi aspek psikologis tenaga kerja yang kurang baik atau kurang mendapatkan perhatian seperti penempatan tenaga kerja yang tidak sesuai dengan bakat, minat kepribadian, motivasi, temperamen dan latar belakang pendidikan yang disebabkan karena sistem seleksi dan klasifikasi kebutuhan tenaga kerja yang tidak sesuai. Selain faktor penempatan tenaga kerja yang tidak sesuai, bahaya psikososial yang terjadi pada tenaga kerja juga dapat dikarenakan kurangnya skill atau keterampilan para tenaga kerja dalam melakukan pekerjaan, hubungan interpersonal yang

tidak baik dalam organisasi kerja dan kurangnya pengetahuan tentang pekerjaan yang dilakukan.

Hazard psikososial ini dapat memberikan dampak negatif pada pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan seperti pola kerja yang tidak beraturan, waktu kerja yang dilakukan di luar waktu normal, beban kerja yang berlebihan dan suasana lingkungan kerja yang tidak kondusif (Irzal, 2016).

2. Kategori Hazard Psikososial

Banyak situasi dan kondisi yang dapat menjadi etiologi hazard psikososial diantaranya komunikasi yang tidak efektif, kurangnya dukungan dalam hal pemecahan masalah, kurangnya fasilitas dan kesempatan untuk pengembangan pribadi, kurangnya pemahaman terhadap visi, misi dan tujuan organisasi, kurang memahami peran di tempat kerja, banyaknya konflik peran yang terjadi, kurangnya kesempatan untuk mengembangkan karir, ketidakpastian dan stagnansi karir, under promotion dan over promotion, insentif yang rendah, rendahnya nilai sosial terhadap pekerjaan.

Selain yang telah diuraikan di atas, situasi dan kondisi di tempat kerja yang juga banyak menyebabkan hazard pada aspek psikososial yaitu kurangnya kesempatan untuk terlibat atau berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, kurangnya pengendalian terhadap pekerjaan dalam hal ini termasuk wider organizational issue, hubungan interpersonal yang kurang baik, isolasi fisik dan sosial, buruknya hubungan dengan pimpinan, konflik interpersonal di tempat kerja, kurangnya dukungan sosial (home work interface), demand of work and home konflik dan dualisme karir.

Hazard psikososial ini baik secara langsung ataupun tidak langsung akan berpengaruh terhadap kondisi psikologis para tenaga kerja dalam kesehariannya, dan apabila tidak dapat beradaptasi secara efektif maka individu tersebut akan jatuh ke dalam situasi yang sangat tidak menyenangkan sehingga akan menimbulkan tanda dan gejala gangguan psikologis atau sering dikenal dengan istilah stres psikologis. Di bawah ini merupakan tanda dan gejala stres psikologis:

- a. Rendahnya kepuasan kerja
- b. Kinerja yang semakin menurun
- c. Semakin menurunnya semangat dan energi untuk bekerja
- d. Komunikasi yang inefektif
- e. Tidak mampu mengambil keputusan
- f. Semakin berkurangnya kreativitas dan inovasi dalam bekerja
- g. Tidak produktifitas

- h. Mengalami gangguan emosional seperti mudah cemas terhadap hal-hal yang kecil atau belum terjadi, gelisah, dan gangguan emosional pada tingkatan yang lebih parah dapat menyebabkan gangguan kepribadian, penyimpangan seksual, penggunaan alkohol dan obat-obatan psikotropika.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa stres psikologis akan menyebabkan gangguan pada semua aspek seperti gangguan pikiran, perasaan dan perilaku yang berdampak pada resiko terjadinya kecelakaan. Pengelolaan dan penanganan stres psikologis ini dapat dilakukan melalui pendekatan individu dan pendekatan organisasi ataupun kombinasi diantara ke 2 pendekatan tersebut, sehingga dapat mencegah resiko terjadinya hazard (bahaya) dan kecelakaan kerja.

3. Potensi Bahaya di Tempat Kerja

Pengenalan potensi bahaya di tempat kerja merupakan dasar untuk mengetahui pengaruhnya terhadap tenaga kerja dan dapat digunakan untuk melakukan upaya-upaya pengendalian dalam rangka pencegahan bahaya dan penyakit akibat kerja yang mungkin terjadi. Secara umum resiko potensi bahaya yang dapat terjadi di lingkungan kerja bersumber dari 3 faktor, yaitu:

- a. Faktor teknis, yaitu potensi bahaya yang bersumber dari peralatan kerja yang digunakan atau dari pekerja itu sendiri.
- b. Faktor lingkungan, yaitu potensi bahaya yang bersumber dari lingkungan tempat kerja seperti proses produksi, bahan baku, produk antara sampai hasil akhir.
- c. Faktor manusia, dimana faktor ini merupakan faktor yang berpotensi paling besar menyebabkan kecelakaan, terutama apabila manusia yang melakukan pekerjaan tersebut berada pada kondisi kesehatan yang tidak prima baik pada aspek fisiknya maupun aspek psikologis.

4. Potensi Hazard Psikososial

Potensi hazard psikososial merupakan potensi bahaya yang berasal dari kondisi psikologis tenaga kerja yang kurang baik. Hal tersebut dapat dikarenakan oleh penempatan tenaga kerja yang tidak sesuai dengan bakat, minat, latar belakang pendidikan dan skill, sistem seleksi-klasifikasi penerimaan tenaga kerja yang tidak profesional, kurangnya kemampuan dan keterampilan tenaga kerja dalam melaksanakan pekerjaan sebagai akibat dari kurangnya latihan kerja serta hubungan individu yang tidak harmonis dan

selaras dalam sebuah institusi, dimana keseluruhan hal tersebut menjadi penyebab terjadinya stres di tempat kerja yang pada akhirnya berdampak pada resiko terjadinya kecelakaan kerja.

Stressor yang berasal dari tempat kerja seperti hubungan interpersonal pekerja yang kurang baik dan beban kerja yang berlebih baik secara kualitatif ataupun kuantitatif berpeluang besar menjadi penyebab gangguan psikologis seperti stres pada pekerja. Hasil studi di Jepang menunjukkan bahwa kelelahan pada aspek psikologis (mental) akibat kerja berada pada peringkat pertama gangguan yang dikeluhkan para pekerja yaitu berada pada angka 73-75%. Sedangkan kelelahan pada aspek fisik berada pada peringkat kedua yang menjadi keluhan para pekerja yaitu 70-72%.

Berdasarkan hal di atas, maka stres akibat kerja dapat berdampak pada berbagai gangguan kesehatan baik fisik, mental maupun emosional. Semua individu pada dasarnya setiap saat akan selalu menerima rangsangan baik rangsangan yang berasal dari fisik, kimia, biologis maupun psikologis, dan individu tersebut juga akan menampakkan reaksi terhadap rangsangan yang terjadi. Kejadian ini akan direkam dalam memori yang selanjutnya akan menentukan reaksi seseorang apabila menghadapi masalah yang sama di kemudian hari. Pengalaman yang berbeda akan membuat seseorang bereaksi dengan cara yang berbeda juga. Bentuk reaksi ini dapat ditampakkan dalam 2 pilihan yaitu stres dan distres.

Stres merupakan suatu sindrome berupa respon non spesifik dari organisme terhadap rangsangan yang berasal dari luar dirinya, dan stres juga merupakan reaksi terhadap sebuah stressor atau pemicu atau sumber stres yang ada dimanapun termasuk di tempat kerja yang umumnya merupakan hasil akumulasi.

Di bawah ini merupakan beberapa contoh sumber stress dari pekerjaan:

- a. Durasi waktu kerja, posisi, akontabilitas kerja
- b. Faktor intrinsik dalam sebuah pekerjaan seperti kesesuaian lingkungan dan orang, kepuasan kerja, peralatan, pelatihan, shift kerja, overload atau underload job, bahaya fisik dan psikologis terkait pekerjaan.
- c. Peranan dalam sebuah organisasi seperti ambiguitas peran, konflik peran, tanggung jawab, batas-batas organisasional.
- d. Perkembangan karir seperti peluang besar kecilnya promosi, kurangnya keamanan kerja.
- e. Pekerjaan di masa yang akan datang, status congruency dan kepuasan terhadap reward.

- f. Hubungan dan dukungan sosial dengan rekan sekerja, supervisor, bawahan struktur, iklim organisasi, komunikasi dan partisipasi dalam pembuatan keputusan.

5. Upaya Pencegahan Hazard Psikososial

Banyak tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya hazard psikososial, diantaranya yaitu:

a. Melakukan analisis beban kerja.

Analisis beban kerja dapat dilakukan dengan cara menetapkan jumlah jam kerja orang yang digunakan atau diperlukan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan dalam waktu yang telah ditetapkan. Analisis ini mempunyai tujuan untuk menentukan jumlah tenaga kerja dan jumlah beban kerja yang akan dikerjakan oleh seseorang.

Secara spesifik tujuan dari analisis beban kerja yaitu:

- 1) Menentukan banyaknya jumlah tenaga kerja yang diperlukan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan, menentukan durasi jam kerja seseorang dalam mengerjakan suatu job.
- 2) Merumuskan sistem penilaian terhadap beban kerja berdasarkan beban kerja jabatan unit kerja dengan menggunakan variabel norma waktu, volume kerja, dan jam kerja efektif.
- 3) Membuat perencanaan kebutuhan tenaga kerja pada masing-masing unit kerja.
- 4) Sebagai dasar untuk pemutasian tenaga kerja
- 5) Sebagai dasar untuk melakukan promosi jabatan
- 6) Sebagai dasar untuk memberikan kesempatan pendidikan lanjut ataupun pelatihan sesuai bidang dan keahlian tenaga kerja
- 7) Sebagai dasar untuk memberikan kompensasi
- 8) Sebagai dasar untuk menetapkan syarat-syarat lingkungan kerja
- 9) Sebagai dasar untuk menentukan kebutuhan peralatan sarana dan prasarana kerja

Analisis beban kerja dapat dilakukan dengan menggunakan metode pendekatan administratif sehingga dapat memperoleh berbagai data dan informasi untuk menetapkan berbagai kebijakan yang akan diberlakukan dalam organisasi atau pada sistem administrasi kepegawaian.

Analisis beban kerja dapat dilakukan dengan cara membandingkan beban kerja dengan norma waktu dan volume kerja. Target beban kerja ditentukan berdasarkan rencana kerja atau sasaran yang akan dicapai oleh setiap jabatan, misalnya perminggu atau perbulan. Data untuk volume

kerja dapat dilihat pada setiap unit kerja, sedangkan norma waktu sampai saat ini belum banyak didapatkan datanya sehingga dapat dijadikan faktor tetap yang sangat menentukan dalam melakukan analisis beban kerja.

Teknik perhitungan yang digunakan adalah teknik perhitungan yang bersifat praktis empiris yaitu teknik perhitungan yang didasarkan ada pengalaman-pengalaman basis pelaksanaan kerja di masa lalu. Sesuai judgment dalam pengukuran kerja dilakukan berdasarkan sifat beban kerja pada masing-masing jabatan yang terdiri dari:

1) Pengukuran kerja untuk beban kerja abstrak.

Guna mengetahui beban kerja abstrak maka sangat diperlukan data tentang rincian atau uraian tugas jabatan, frekuensi setiap tugas dalam satuan tugas, jumlah waktu yang diperlukan pada setiap tugas, waktu penyelesaian tugas yang didapat dari perkalian antara beban kerja dengan norma waktu dan data terakhir yang diperlukan yaitu waktu kerja yang efektif.

2) Pengukuran kerja untuk beban kerja konkrit

Guna mengetahui beban kerja konkrit maka diperlukan data dan informasi mengenai rincian atau uraian tugas jabatan, satuan hasil kerja, jumlah waktu yang diperlukan pada setiap tugas, tugas waktu kerja dalam satuan waktu, volume kerja yang merupakan perkalian antara beban kerja dengan norma waktu, kemudian data lain yang dibutuhkan adalah waktu kerja efektif.

Berdasarkan peraturan yang dikeluarkan oleh Badan Kepegawaian Negara Nomor 19 Tahun 2011 tentang pedoman umum penyusunan kebutuhan pegawai negeri sipil, maka ditetapkan jam kerja terdiri dari jumlah jam kerja formal dikurangi dengan waktu kerja yang hilang karena tidak bekerja seperti melep as lelah, istirahat makan dan lain sebagainya. Untuk perhitungan jam kerja efektif dapat menggunakan ukuran sebagai berikut:

- 1) Jam kerja efektif perhari yaitu 1 hari dikali 5 jam = 300 menit
- 2) Jam kerja efektif perminggu yaitu 5 hari dikali 5 jam = 1.500 menit
- 3) Jam kerja efektif perbulan yaitu 20 hari dikali 5 jam = 6.000 menit
- 4) Jam kerja efektif pertahun yaitu 240 hari dikali 5 jam = 72.000 menit

Volume kerja setiap unit kinerja dapat diketahui berdasarkan dokumentasi hasil kerja yang sudah ada, sedangkan normal waktu kerja

perlu ditetapkan dalam standar normal waktu kerja yang akan dijadikan faktor tetap dalam setiap melakukan analisis beban kerja tetapi dengan asumsi bahwa tidak terdapat perubahan yang dapat menyebabkan norma waktu tersebut berubah.

Dalam penetapan waktu kerja, maka ada beberapa item yang harus mendapatkan perhatian lebih, diantaranya:

- 1) Durasi waktu seseorang dapat bekerja dengan baik
- 2) Hubungan waktu kerja dengan waktu istirahat
- 3) Waktu kerja dalam sehari pada suatu unit, seperti shift pagi, siang dan malam

Jam kerja tanpa istirahat untuk personal (jatique and delay) yaitu 15% dari waktu normal, rata-rata durasi waktu bekerja seseorang dalam sehari secara normal yaitu 6 sampai dengan 8 jam perhari dan selebihnya adalah waktu yang diperlukan seseorang untuk istirahat dan menjalani kehidupan dalam keluarga serta masyarakat sekitar, sehingga dalam 1 minggu seseorang dapat bekerja dengan baik adalah sekitar 36 sampai dengan 38 jam (Hasi & Irawan, 2016).

b. Memberi kesempatan untuk pengembangan kerja/karir

Marquis and Huston (2010) menguraikan upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya hazard psikososial yaitu memberi kesempatan untuk pengembangan karir, dimana untuk melaksanakan pengembangan karir ini diperlukan suatu perencanaan yang nantinya dapat digunakan sebagai dasar untuk penempatan tenaga kerja yang sesuai dengan jenjang keahliannya serta dapat menjadi dasar untuk menyediakan kesempatan yang seluasnya bagi tenaga kerja untuk berkarya sesuai keahliannya sehingga kualitas kerja yang dihasilkan juga akan maksimal, dapat berprestasi dan memperoleh kepuasan dalam bekerja.

Selain itu kesempatan pengembangan karir juga dapat membuat para tenaga kerja bekerja dengan penuh semangat, mempunyai motivasi yang tinggi, hubungan dan komunikasi interpersonal yang baik serta dapat memberikan kenyamanan di lingkungan kerja yang berdampak pada pencegahan terjadinya hazard psikososial.

Secara khusus tujuan dari memberikan kesempatan untuk pengembangan karir ini diantaranya:

- 1) Meningkatkan moral kerja dan mengurangi kebutuhan akan karir
- 2) Menurunkan jumlah tenaga kerja yang keluar dari pekerjaan (turn over)
- 3) Menata sistem promosi berdasarkan mobilitas karir

c. Penentuan dan penyesuaian desain kerja.

Menurut Harjanto (2015) upaya yang tidak kalah pentingnya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya hazard psikososial yaitu penentuan dan penyesuaian desain kerja. Unsur-unsur dari desain kerja yang harus ditetapkan dan disesuaikan diantaranya rincian tugas dan cara pelaksanaan tugas atau kegiatan yang mencakup siapa orang yang akan melaksanakan tugas tersebut, bagaimana cara dan metode pelaksanaan tugas, dimana tugas akan dikerjakan serta hasil apa yang harus dicapai dalam pelaksanaan tugas tersebut.

Tujuan khusus dari penentuan dan penyesuaian desain kerja yaitu:

- 1) Mengatur penugasan kerja agar dapat memenuhi kebutuhan kerja
- 2) Merangsang tenaga kerja untuk bekerja lebih produktif
- 3) Mengurangi rasa bosan dalam pekerjaan
- 4) Meningkatkan kepuasan kerja

Pedoman yang harus diperhatikan dalam menyusun desain kerja diantaranya:

1) Identitas pekerjaan

Identitas pekerjaan merupakan jabatan pekerjaan yang berisi nama pekerjaan seperti penyelenggara operasional dan manager pemasaran. Apabila pekerjaan tidak mempunyai identitas maka akan berdampak pada kurangnya kebanggaan dan aktualisasi diri para pekerja yang beresiko pada penurunan motivasi dan prestasi kerja

2) Hubungan tugas dan tanggung jawab

Rincian tugas dan tanggung jawab tenaga kerja diuraikan secara terpisah agar jelas diketahui. Rumusan hubungan hendaknya menunjukkan hubungan antar pelaku organisasi

3) Standar wewenang dan pekerjaan

Kewenangan dan standar pekerjaan yang harus dicapai oleh setiap tenaga kerja harus jelas. Unit kerja yang memberikan wewenang kepada para pekerjanya dalam pengambilan keputusan dapat meningkatkan perasaan dibutuhkan dipercaya dan dihargai sehingga psikologis para pekerja akan menjadi nyaman

4) Uraian syarat kerja yang jelas

Syarat kerja harus diuraikan dengan jelas seperti alat-alat yang digunakan dalam bekerja dan bahan baku yang akan digunakan untuk melakukan pekerjaan.

Beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam menyusun desain kerja yaitu

1) Perluasan tugas (job enlargement) meliputi pemberian tugas yang lebih besar secara horizontal

Dimana apabila ada tugas tambahan maka tugas tersebut berada pada tingkat kecakapan dan tanggungjawab yang setara dengan pekerjaan semula.

2) Pengayaan tugas

Pengayaan tugas mencakup penambahan tugas dan tanggung jawab kepada para pekerja seperti perencanaan dan pengendalian.

3) Perputaran tugas

Melakukan perputaran tugas antar pekerja secara periodik akan menghindarkan seseorang bekerja secara monoton karena mengerjakan tugas yang sama setiap harinya dalam waktu yang lama.

Desain kerja sangat banyak manfaatnya baik bagi para pekerja maupun bagi organisasi tempat seseorang bekerja yaitu memberikan efisiensi operasional sehingga produktivitas dan kualitas pelayanan menjadi lebih baik; optimal, fleksibilitas dan kemampuan melaksanakan proses kerja secara horizontal dan hirarki; minat, tantangan dan prestasi menjadi optimal; tanggung jawab team ditetapkan sedemikian rupa sehingga dapat meningkatkan kerja sama dan produktivitas team; integrasi kebutuhan individu karyawan dengan kebutuhan organisasi

D. Rangkuman

Hazard (bahaya) psikososial kerja merupakan aspek-aspek dari desain kerja, organisasi kerja, manajemen kerja dan semua aspek yang berhubungan dengan lingkungan sosial kerja yang mempunyai potensi menjadi penyebab gangguan pada fisik psikologi dan sosial para tenaga kerja. Hazard (bahaya) psikososial ini baik secara langsung ataupun secara tidak langsung dapat menyebabkan konflik/masalah pada fisik dan psikologis. Apabila seorang individu tidak dapat beradaptasi serta mengatasi hazard tersebut maka akan jatuh ke dalam kondisi

stress fisik dan psikologis yang akan berdampak pada penurunan produktivitas kerja.

Pengenalan potensi hazard (bahaya) psikososial di tempat kerja merupakan dasar untuk mengetahui pengaruhnya terhadap tenaga kerja, selain itu dapat digunakan sebagai bahan untuk melakukan upaya-upaya pengendalian hazard (bahaya). Potensi hazard (bahaya) psikososial di tempat kerja akan muncul karena adanya beberapa faktor diantaranya aspek ketenagakerjaan yang kurang baik di dalam sebuah organisasi atau kurang mendapatkan perhatian seperti penempatan tenaga kerja yang kurang sesuai dengan bakat, minat, kepribadian, motivasi dan latar belakang pendidikan, sistem seleksi dan klasifikasi tenaga kerja yang tidak sesuai, kurangnya keterampilan tenaga kerja dalam melakukan pekerjaan sebagai akibat kurangnya latihan kerja yang diperoleh serta hubungan antar individu yang tidak harmonis dan tidak serasi dalam sebuah organisasi kerja.

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah resiko terjadinya hazard (bahaya) psikososial di tempat kerja yaitu melakukan analisis beban kerja, memberi kesempatan untuk pengembangan kerja/karir, penentuan dan penyesuaian desain kerja.

E. Evaluasi

1. Seorang perempuan usia 25 tahun, saat ini bekerja di sebuah rumah sakit swasta. Latar belakang pendidikan lulusan DIII Gizi tetapi penempatan posisi kerja di ruang rekam medis. Saat bekerja terjadi konflik dengan rekan kerja, sering dikucilkan, jarang diajak komunikasi dan sering disalahkan apabila ada masalah pada data rekam medis pasien sehingga perempuan tersebut berpotensi mengalami hazard psikososial.

Pertanyaan:

Apakah gejala yang dirasakan apabila perempuan pada kasus di atas mengalami hazard psikososial?

- a) Motivasi dalam bekerja
- b) Membina hubungan interpersonal saat bekerja
- c) Kreatif dalam bekerja
- d) Komunikasi inefektif saat bekerja
- e) Kinerja meningkat

Jawab: D

2. Seorang perempuan usia 27 tahun, sudah 5 bulan bekerja di sebuah rumah sakit. Latar belakang pendidikan lulusan DIII Farmasi tetapi penempatan posisi kerja di ruang tata usaha RS. Perempuan tersebut mengeluhkan tidak semangat bekerja, bekerja hanya sekedar rutinitas dan jarang berinteraksi dengan lingkungan kerja.

Pertanyaan:

Apakah faktor penyebab hazard psikososial yang terjadi pada kasus di atas?

- a) Sistem seleksi tenaga kerja yang kurang sesuai
- b) Sistem klasifikasi tenaga kerja yang kurang sesuai
- c) Penempatan tenaga kerja yang kurang sesuai
- d) Kurangnya minat dan motivasi tenaga kerja
- e) Kurangnya keterampilan tenaga kerja

Jawab: C

3. Rumah sakit X saat ini sedang mengadakan pelatihan bagi para perawat pelaksana dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan kepada pasien dan keluarga.

Pertanyaan:

Tindakan di atas merupakan upaya pencegahan hazard psikososial pada kategori?

- a) Analisis keterampilan tenaga kerja
- b) Penentuan dan penyesuaian desain kerja
- c) Kesempatan untuk pengembangan kerja/karir
- d) Upaya peningkatan minat dan motivasi tenaga kerja
- e) Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga kerja

Jawab: E

4. Manajerial Rumah Sakit X saat ini sedang melakukan pengumpulan data yang bertujuan untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan untuk sebuah ruangan dan juga untuk menentukan jumlah beban kerja yang dikerjakan oleh para perawat yang berada di ruangan tersebut sehingga dapat mencegah resiko terjadinya hazard psikososial

Pertanyaan:

Apakah upaya yang dilakukan oleh manajerial RS X pada kasus di atas?

- a) Analisis jumlah tenaga kerja
- b) Analisis beban kerja
- c) Analisis desain kerja
- d) Analisis hazard psikososial kerja

e) Analisis manajemen kerja

Jawab: B

5. Seorang perawat usia 45 tahun, saat ini sedang menjalani dinas long shift hanya bersama 1 orang rekannya di ruang bedah dengan jumlah pasien sebanyak 15 orang. Perawat tersebut terlihat lelah sehingga kurang konsentrasi dalam menjalankan tugasnya.

Pertanyaan:

Faktor apakah yang menjadi sumber resiko potensi bahaya pada kasus di atas?

- a) Faktor lingkungan manusia
- b) Faktor manajemen
- c) Faktor desain kerja
- d) Faktor manusia
- e) Faktor proses kerja

REFERENSI

- Department of Occupational Safety and Health. (2008). *Guidelines for Hazard Identification, Risk Assessment and Risk Control*. Malaysia.
- Hasi & Irawan. (2016). *Managemen Keselamatan Pasien: Teori & Aplikasi*. Yogyakarta. Deepublish.
- Hadmoko, D,S. (2013). *The Routledge Handbook of Hazard and Disaster Risk Reduction*. Jurnal Teknosains. Juni 2013. <https://www.reseachgate.net/publication/311529503>. Diunduh September2023
- Harrianto, R. (2012). *Buku Ajar Kesehatan Kerja*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Herqutanto., H. Harsono., M. Damayanti., dan Elsa P. Setiawati. (2017). *Stres Kerja pada Perawat di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*.
- Irzal. (2016). *Dasar-Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Kencana: Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rockefeller (2013). *Health Vulnerabilities of Informal Workers in Innovation for The Next 1000 years*. p. 4.
- Reese, C.D. (2017). *Occupational Safety and Health: Fundamental Principles and Philosophies*. CRC Press by Taylor & Francis Group: New Y

GLOSARIUM

A

Akuntabilitas: Bentuk pertanggungjawaban seseorang atau sebuah organisasi kepada pihak-pihak yang berhak mendapatkan keterangan

Analisis Penguraian pokok persoalan, penyelidikan terhadap suatu peristiwa untuk mendapatkan fakta yang tepat

B

Beban Kerja Sebuah proses atau kegiatan yang harus segera diselesaikan oleh seorang pekerja dalam jangka waktu tertentu

D

Desain Kerja Pengaturan tugas, kewajiban dan tanggungjawab menjadi sebuah unit kerja yang produktif

Disstres Respon emosional dan fisiologis terhadap peristiwa yang dinilai menekan, mengancam dan memberikan dampak negatif bagi individu yang ditandai dengan gejala depresi dan kecemasan

F

Faktor Intrinsik Faktor yang berasal dari dalam diri seseorang

H

Hazard Psikososial Aspek-aspek dari desain kerja, organisasi kerja, manajemen kerja serta semua aspek yang berhubungan dengan lingkungan sosial kerja yang mempunyai potensi menyebabkan gangguan pada fisik dan psikologi para pekerja.

I

Interaksi Tindakan yang terjadi diantara 2 orang atau lebih yang bereaksi timbal balik melalui kontak langsung ataupun tidak langsung

Isolasi Sosial	Ketidakmampuan seseorang untuk membina hubungan yang terbuka dan independen dengan orang lain
J	
Jam Kerja Efektif	Jumlah jam kerja formal dikurangi dengan waktu kerja yang hilang karena tidak bekerja (<i>allowance</i>)
K	
Konflik	Konflik yang terjadi karena di antara 2 orang atau lebih yang mempunyai keinginan yang saling bertentangan
Interpersonal	Kombinasi apapun dari situasi fisiologis, psikologis dan lingkungan yang membuat orang mengungkapkan dengan jujur bahwa mereka puas dengan suatu pekerjaan
Kepuasan Kerja	Hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya
Kinerja	Dorongan secara psikologis kepada seseorang yang menentukan arah dan perilaku
M	
Motivasi Kerja	Berlebihan dalam mempromosikan sesuatu
O	
Over Promotion	Struktur pembagian kerja untuk mencapai tujuan bersama
Organisasi Kerja	Sejumlah kegiatan yang dilakukan oleh unit organisasi dalam jangka waktu yang telah ditetapkan
V	
Volume Kerja	Waktu pembagian kerja
S	
Stres	Perasaan yang umumnya dirasakan saat seseorang berada dalam tekanan atau kesulitan dalam menghadapi suatu situasi atau reaksi seseorang baik secara fisik maupun emosional yang terjadi saat ada perubahan dari

	lingkungan yang mengharuskan seseorang melakukan adaptasi
Stresor	Kejadian atau situasi eksternal yang dapat menyebabkan seseorang merasa tidak nyaman atau stresor juga dikenal sebagai penyebab stres yang mengganggu kesehatan
U	
Under Promotion	Tidak mendapatkan promosi atau kesempatan untuk mengembangkan diri
Unit Kerja	Kumpulan orang-orang yang tergabung dalam sebuah kelompok atau team yang saling bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan
P	
Pengembangan Karir	Peningkatan kemampuan individu guna meningkatkan karir yang dimiliki
Potensi Bahaya	Sesuatu yang berpotensi menyebabkan bahaya atau kerusakan
Produktivitas	Kemampuan seseorang, sistem, atau sebuah organisasi untuk menghasilkan sesuatu dalam bentuk barang ataupun jasa
W	
Waktu Kerja Efektif	Waktu kerja yang telah ditetapkan secara formal setelah dikurangi waktu luang (<i>allowance</i>)

BIOGRAFI PENULIS



Ns. Suriyani, M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan STIKes Panakkukang Makassar Seorang wanita kelahiran Kabupaten Wajo, 20 September 1986, telah berkeluarga dan memiliki 3 orang anak (Aira, Ghazi dan Zaviyar) dan suami bernama Andi Muhammad Ridham. Penulis saat ini aktif melaksanakan

Tri Dharma Perguruan Tinggi di STIKES Panakkukang Makassar yang beralamat di Jln. Adyaksa No. 5. Menekuni dunia keperawatan diawali pada saat kuliah di S1 Keperawatan sampai meraih gelar Ners pada tahun 2010 di Universitas Hasanuddin. Tahun 2015 melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Hasanuddin dengan Konsentrasi Manajemen Keperawatan. Dalam keseharian mengampuh mata kuliah keperawatan dasar dan manajemen keperawatan serta aktif meneliti di bidang yang sama.



Ernauli Meliyana, S.Kep., Ners., M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

Penulis dilahirkan di Kota Medan, pada tanggal 20 Mei 1972. Penulis adalah dosen tetap di Program Profesi Ners, STIKes Medistra Indonesia. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di PAM-Keperawatan Depkes RI Medan,

S1 Keperawatan dan Profesi Ners di FK USU Medan Prodi Keperawatan, Pendidikan S2 pada FIK UI. Menulis bookchapter keperawatan Maternitas dan Mata kuliah yang diampu diantaranya Keperawatan Maternitas I dan II, Falsafah Keperawatan, Keperawatan Jiwa I dan II, Keperawatan Komunitas I dan II, dan Kesehatan Reproduksi... Penulis dapat dihubungi melalui email: ernaulimeliyana6972@gmail.com atau nomor telepon 081318174695.

BIOGRAFI PENULIS



Fajrillah Kolombo Dosen Poltekkes Kemenkes Palu

Fajrillah Kolombo, Lahir di Palu Sulawesi Tengah 25 September 1973. Penulis anak ketiga dari Ayahanda Radja Dewa Malonda dan Ibu Hadija Datupamusu. Penulis menempuh Pendidikan SDN no 2 Dolo tahun 1985, SMP Toaya tahun 1989, SPK Pemda Donggala 1992; Diploma III Keperawatan Program Keguruan Tidung Makassar 1999, Program studi ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unhas 2002, Profesi Ners FK Unhas 2003, Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia. Mahasiswa Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas sejak agustus 2018. Penulis bersyukur sejak mengikuti pendidikan Diploma III hingga Program studi Strata tiga memperoleh beasiswa dari pemerintah. Penulis aktif dalam organisasi senat keluarga mahasiswa Diploma III Keperawatan Program Keguruan Tidung Makassar (ketua bidang pendidikan dan ilmiah, 1997), Himpunan Mahasiswa PSIK FK UNHAS (Ketua Bidang Kesra/ Keagamaan, 2001). Pendiri Ikatan alumni pendidikan kesehatan pemda donggala (Jala Iptek Dala, 2010). Ikatan Alumni Universitas Indonesia (ILUNI) Wilayah Sulawesi Tengah dua periode (Ketua departemen organisasi 2015-2019 dan Wakil ketua bidang Kesra 2019-2021).

Di dunia keperawatan penulis menduduki jabatan Ketua Dewan Pimpinan Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPW PPNI) Sulawesi Tengah dua periode sejak tahun 2013-2017 dan 2017-2022, penulis juga sebagai Pengurus Pusat DPP PPNI sebagai Koordinator Wilayah Sulawesi.

Pada tahun 2017 penulis salah satu dari 4 orang yang mewakili ratusan ribu perawat Indonesia di ajang Pertemuan Perawat sedunia *International Conference Nursing* di Barcelona Spanyol. Februari 2020 penulis menjadi pembicara di *International Conference on Nursing Health Care 2020* di Malaysia. Upaya memperjuangkan nasib perawat yang merupakan amanah penulis terus lakukan terbukti saat 4 Desember 2018 penulis diberi amanah sebagai juru bicara mewakili pengurus wilayah dan pengurus Pusat saat Audinesi dengan Presiden Jokowi di Istana Negara dalam mengadvokasi nasib perawat.

Sejak tahun 2010 hingga 2019 penulis senantiasa memberikan informasi terkait bidang keperawatan dan kesehatan ketika menjabat sebagai staf Kontributor Bidang Kesehatan Dewan Perwakilan Daerah (DPD-MPR RI) Daerah pemilihan Sulawesi Tengah.

Riwayat Pekerjaan penulis diawali sebagai Perawat Pelaksana di Puskesmas Pembantu Labuan Bajo wilayah kerja puskesmas Donggala (1993 – 1994), Perawat Pelaksana di RSU Anutapura Palu (1994-1996). Dosen Akper Pemda Donggala (2004-2012), Ketua Program studi S1 Keperawatan STIKES Widya Nusantara (2010-2011), Wakil Direktur I bidang akademik dan kurikulum Akper Pemda Donggala (2013-2016), Dosen Poltekkes Kemenkes Palu (2016-sekarang)

Selain itu penulis juga aktif organisasi sosial kemasyarakatan dan pendidikan kesehatan sebagai sekretaris umum Asosiasi Pendidikan Tenaga Kesehatan (APNAKES) Sulawesi Tengah. Dan saat ini penulis merupakan anggota Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Se Sulawesi Tengah.

BIOGRAFI PENULIS



Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.H

Dosen Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borobudur Penulis lahir di Lamongan tanggal 07 Maret 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borobudur. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Universitas Borneo Tarakan tahun 2013 kemudian S1 keperawatan di Universitas Airlangga tahun 2016 dan Ners 2017. Penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga tahun 2019 dan Magister Hukum (Konsentrasi Hukum Kesehatan) di Universitas Hang Tuah Surabaya tahun 2019. Dalam organisasi penulis menjabat sebagai ketua LBHPI (Lembaga Bantuan Hukum Perawat Indonesia) cabang Surabaya tahun 2021-2025. Tahun 2020-2021 penulis menjadi Relawan Penanganan COVID-19 di RSLK KOGABWILHAN II Surabaya.



Nining Rusmianingsih, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan Penulis lahir di Kuningan tanggal 04 Agustus 1973. Penulis adalah dosen PNS DPK pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Kuningan. Menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2012, Ners di Universitas Indonesia tahun 2005 dan S1 Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2004. Penulis aktif melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi berupa pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Hasil karya yang sudah dihasilkan berupa Buku Chapter Aplikasi Manajemen Keperawatan dalam Praktik Keperawatan dengan ISBN dan HAKI, Buku Soal UKOM Nasional sedang proses ISBN dan HAKI, sedang proses penyusunan Buku Ajar Manajemen Keperawatan, Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja, Pengajar Nasional Mega Bintang Perawat Optimal serta Reviewer Soal UKOM dan artikel ilmiah. Publikasi penelitian sebanyak 4 publikasi pada Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta 5 dan 1 publikasi Prosiding pada Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta 5. Publikasi pengabdian masyarakat pada Jurnal Nasional sebanyak 1 publikasi, 2 kali sebagai Narasumber tingkat Nasional, 1 kali Juri tingkat Nasional. Penghargaan berupa Pemustaka Terbaik dan Satya Lancana Karya Satya XX Tahun dari Presiden Republik Indonesia serta Kenaikan Jabatan Akademik Dosen dari AA langsung ke Lektor 300 dalam 2 tahun periode menjadi dosen PNS DPK.

BIOGRAFI PENULIS



Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Kesehatan Immanuel Penulis lahir di Bandung. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Institut Kesehatan Immanuel. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas ARS Internasional dan Pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatann Universitas Padjadjaran Bandung peminatan Manajemen Keperawatan. Karya penulis telah diterbitkan berupa buku dan beberapa artikel penelitian di jurnal nasional dan internasional. Penulis juga aktif sebagai narasumber pada beberapa kegiatan seminar, workshop dan pelatihan keilmuan keperawatan dasar dan manajemen keperawatan.



Rizky Meilando, S.Kep., Ners., M.Kep Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Citra Internasional Penulis lahir di Tanjung Pandan, 17 Mei 1997. Saat ini penulis tinggal di Desa Pedindang, Bangka Tengah, Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S-1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Citra Delima Bangka Belitung (lulus 2019), dan meraih gelar Magister Keperawatan (M.Kep) dari Universitas Padjadjaran dengan konsentrasi Keperawatan Kritis dan Gawat Darurat (lulus 2022). Aktivitas penulis saat ini adalah sebagai dosen tetap di prodi ilmu keperawatan Institut Citra Internasional (Dulu STIKES Citra Delima Bangka Belitung). Selain mengajar pada jenjang sarjana adalah kepala bagian MBKM di Institut Tersebut. Jalin kerja sama dengan penulis via surel riskimeilando446@gmail.com

BIOGRAFI PENULIS



Ulty Desmarnita

Dosen Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta I Penulis memiliki profesi sebagai perawat. Proses pendidikan yang dilalui mulai dari Akademi Perawat (Akper) DepKes Jakarta, lulus tahun 1985. Lanjut pendidikan S1 keperawatan, dan meneruskan bidang ilmu keperawatan pada jenjang Magister/S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas/SpMat. Semua pendidikan ini ditempuh di Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Sejak lulus dari Akper sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Jakarta III, dan saat ini di Poltekkes Kemenkes Jakarta I. Sebagai dosen menjalankan Tridharma, melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat dan sebagai narasumber/fasilitator. Karya yang sudah ada artikel dalam jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Selain mengajar Keperawatan, juga mengajar MK PBAK (Pendidikan Budaya Anti Korupsi). Disamping itu sebagai Asesor LAMPT-Kes, Asesor BKD, Anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Anggota Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI), dan Anggota ADPAKI sampai saat ini. Email Penulis: ultyhanafi@yahoo.co.id



Ns. Siti Munawaroh, M. Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kendal Batang (UMKABA) Penulis lahir di Semarang tanggal 24 Desember 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Kendal lulus tahun 2008. Selanjutnya penulis mendapat gelar Magister Keperawatan (M.Kep) di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2018. Pengalaman mengajar dari tahun 2009 sampai sekarang di Apker Muhammadiyah Kendal yang sekarang menjadi Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Selain sebagai pengajar penulis juga sebagai editor jurnal institusi Jurnal Surya Muda. Penulis menekuni bidang menulis mulai tahun 2023, 3 buku (menulis bersama) karya penulis yaitu Buku Kesehatan reproduksi dan kesehatan wanita, Buku Keperawatan Gerontik, dan Buku Dasar-Dasar Kesehatan masyarakat dan Keselamatan Kerja. Semoga sedikit ilmu pengetahuan yang disampaikan oleh penulis melalui buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Email penulis : siti.muna31@yahoo.co.id

BIOGRAFI PENULIS



Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

Dosen Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Putera Banjar Lahir di Ciamis Jawa Barat, 29 April 1985. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Program Profesi Ners (2009) di STIKes Bina Putera Banjar, S2 Keperawatan di Universitas Padjajaran dengan Program Peminatan Keperawatan Komunitas lulus tahun 2014 dan menyelesaikan Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas tahun 2023 di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis aktif sebagai dosen tetap Program Studi Profesi Ners STIKes Bina Putera Banjar sejak tahun 2009 sampai dengan sekarang, mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga, Gerontik, Pendidikan dan Promosi Kesehatan serta Kesehatan dan Keselamatan Kerja Dalam Keperawatan. Penulis aktif di beberapa organisasi seperti sebagai pengurus dan anggota di Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tingkat DPD dan DPK, Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGRI) Jabar dan Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Jawa Barat. Penulis memiliki Motto hidup: "Tidak ada hal yang sia-sia dalam belajar karena ilmu akan bermanfaat pada waktunya".



Sujiah, S.Kep.,Ners.,M.P.H.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Mitra Indonesia Penulis lahir di Lampung tanggal 01 September 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Mitra Indonesia. Menyelesaikan pendidikan S1 pada tahun 2012 dan profesi ners pada tahun 2013, selanjutnya menyelesaikan pendidikan program magister di UGM tahun 2017. Penulis menekuni bidang Menulis. Penulis tertarik untuk terus ikut serta mengembangkan dunia pendidikan keperawatan Indonesia, semoga dengan hadirnya buku ajar akan membuat mahasiswa lebih mudah dalam memahami semua materi yang disampaikan.

BIOGRAFI PENULIS



Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Pd

Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Nani Hasanuddin

Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Pd lahir di Jakarta pada tanggal 01 Desember 1989. Anak pertama dari 2 bersaudara, Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar dan Sekolah Menengah Pertama di Depok-Jawa Barat, Menyelesaikan Pendidikan Menengah Atas di Jakarta Timur, Lalu S1 Keperawatan di Jakarta Timur lulus tahun 2011, S1 Profesi Keperawatan di Jakarta Selatan lulus tahun 2012. Melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2015 dan melanjutkan lagi S2 Pendidikan di Universitas Indraprasta PGRI Jakarta lulus tahun 2021. Kesibukan saat ini menjadi dosen tetap di Stikes Nani Hasanuddin Makassar. memiliki hobi menulis buku dan cerita pendek.



Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom

Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom lahir di Pontianak. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekkes Cirebon (tahun 2000) kemudian Ners di STIK Sint Carolus (2004) dan Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).

Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif sebagai pengurus IPKKI DKI Jakarta tahun 2017 – sekarang. Penulis juga aktif menulis buku buku keperawatan.

BIOGRAFI PENULIS



Yuliani Budiarti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat

Dosen Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Penulis lahir di Banjarmasin Kalimantan Selatan 24 Juli 1979. Penulis adalah Dosen Tetap di Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Mengikuti Pendidikan Dasar sampai dengan Sekolah Menengah Atas di kota Banjarmasin. Mengikuti pendidikan lanjut S1 Keperawatan dan Program Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang (FKUB Malang), kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang Pascasarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta mengambil Program Spesialis Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2014. Penulis mulai menekuni bidang menulis pada tahun 2021.

SINOPSIS

Buku Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Buku berisi bahan kajian yang dapat dipakai dalam pelaksanaan pembelajaran di kelas bagi mahasiswa keperawatan jenjang sarjana. Materi atau bahan kajian yang dibahas dalam buku ini meliputi: Prinsip dan konsep keselamatan pasien, Budaya dalam lingkup kerja perawat dalam peningkatan keselamatan pasien. K3 dalam keperawatan: pentingnya, tujuan, manfaat, etika, Kebijakan K3 yang berkaitan dengan keperawatan di Indonesia, Peran manajemen risiko dalam keselamatan pasien: Proses dan hirarki, Penyakit akibat kerja pada perawat: penyakit menular dan tidak menular. Penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja pada perawat, Upaya pencegahan penyakit akibat kerja pada perawat, Upaya mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan. Upaya memutus rantai infeksi: precaution, medication safety, Upaya mencegah hazard fisik-radiasi-kimia, Upaya mempertahankan ergonomik pada posisi berbaring, duduk, berdiri, dan berjalan, Upaya mencegah hazard psikososial.

Buku Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Buku berisi bahan kajian yang dapat dipakai dalam pelaksanaan pembelajaran di kelas bagi mahasiswa keperawatan jenjang sarjana. Materi atau bahan kajian yang dibahas dalam buku ini meliputi: Prinsip dan konsep keselamatan pasien, Budaya dalam lingkup kerja perawat dalam peningkatan keselamatan pasien. K3 dalam keperawatan: pentingnya, tujuan, manfaat, & etika, Kebijakan K3 yang berkaitan dengan keperawatan di Indonesia, Peran manajemen risiko dalam keselamatan pasien: Proses dan hirarki, Penyakit akibat kerja pada perawat: penyakit menular & tidak menular, Penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja pada perawat, Upaya pencegahan penyakit akibat kerja pada perawat, Upaya mencegah dan meminimalkan risiko dan hazard pada tahap pengkajian, perencanaan, implementasi, & evaluasi asuhan keperawatan, Upaya memutus rantai infeksi: precaution, medication safety, Upaya mencegah hazard fisik-radiasi-kimia, Upaya mempertahankan ergonomik pada posisi berbaring, duduk, berdiri, dan berjalan, Upaya mencegah hazard psikososial.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022

ISBN 978-623-8411-50-4

