

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN



- **Mareta Akhriansyah**
- **Fitriani**
- **Wahyuningsih Safitri**
- **Grace Benedikta Polii**
- **Maria Kurnyata Rante Kada**
- **Kamriana**
- **Rahma Yulis**
- **Srinur Nilawati**
- **Fresy Nissia Lumowa**

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN

**Mareta Akhriansyah
Fitriani
Wahyuningsih Safitri
Grace Benedikta Polii
Maria Kurnyata Rante Kada
Kamriana
Rahma Yulis
Srinur Nilawati
Fresy Nissia Lumowa**



GET PRESS INDONESIA

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN

Penulis :

Mareta Akhriansyah
Fitriani
Wahyuningsih Safitri
Grace Benedikta Polii
Maria Kurnyata Rante Kada
Kamriana
Rahma Yulis
Srinur Nilawati
Fresy Nissia Lumowa

ISBN : 978-623-198-637-5

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.
Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 28 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kerja Dalam Keperawatan ini.

Buku ini membahas Konsep Keselamatan Pasien, Insiden Keselamatan Pasien, Komunikasi Efektif – SBAR, Kolaborasi Interprofesional, Asuhan Keperawatan Berhubungan Dengan Keselamatan Pasien Nyeri, Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan, Ergonomi Dalam Keperawatan, Penggunaan Alat Pelindung Diri, Hazard, Risk, Dan Kecelakaan Kerja Dalam Keselamatan Kerja Perawat.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 28 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 KONSEP KESELAMATAN PASIEN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Keselamatan Pasien.....	2
1.3 Tujuan Keselamatan Pasien.....	3
1.4 Istilah Kejadian Keselamatan Pasien.....	4
1.5 Prinsip Keselamatan Pasien.....	5
1.6 Sasaran Keselamatan Pasien.....	7
1.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien	7
1.8 Langkah-langkah Menjaga Keselamatan Pasien	8
DAFTAR PUSTAKA	10
BAB 2 INSIDEN KESELAMATAN PASIEN	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Tujuan	13
2.3 Konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien	14
2.3.1 Insiden keselamatan pasien dapat Diklasifikasikan:	14
2.3.2 Klasifikasi dampak insiden keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan.....	15
2.3.3 Tujuan Keselamatan Pasien.....	17
2.4 Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanann dan Kegagalan Sistem	18
2.5 Pelaporan Insiden.....	19
2.6 Alur Pelaporan	21
2.7 Analisis Matriks Grading Risiko	23
DAFTAR PUSTAKA	27

BAB 3 KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM KEPERAWATAN-SBAR.....	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Komunikasi efektif dalam keperawatan	29
3.2.1 Hukum komunikasi yang efektif.....	30
3.2.2 Aplikasi komunikasi dalam asuhan keperawatan....	33
3.2.3 Kiat komunikasi yang efektif.....	34
3.3 Komunikasi efektif SBAR.....	36
DAFTAR PUSTAKA.....	39
BAB 4 KOLABORASI INTERPROFESIONAL.....	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Pengertian Kolaborasi Interprofesional.....	41
4.3 Hambatan Kolaborasi Interprofesional	42
4.4 Komunikasi Efektif dalam Kolaborasi Interprofesional ..	44
4.5 Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional dalam Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kerja.....	48
DAFTAR PUSTAKA.....	53
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN BERHUBUNGAN DENGAN KESELAMATAN PASIEN NYERI.....	57
5.1 Pendahuluan.....	57
5.2 Konsep Nyeri	58
5.2.1 Pengertian	58
5.2.2 Mekanisme Nyeri	59
5.2.3 Dimensi Nyeri	61
5.2.4 Klasifikasi nyeri	65
5.3 Asuhan Keperawatan Yang Berhubungan Dengan Keselamatan Pasien Nyeri.....	66
5.3.1 Pengkajian.....	66
5.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	69
5.3.3 Intervensi	72
5.3.4 Implementasi	74
5.3.5 Evaluasi.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77

BAB 6 KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

DALAM KEPERAWATAN79

6.1 Pendahuluan.....	79
6.2 Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja(K3).....	82
6.3 Faktor Penyebab Terjadinya Kecelakaan Kerja	84
6.4 Tujuan Kesehatan dan Keselamatan kerja.....	86
6.5 Kecelakaan Kerja.....	86
6.6 Faktor-Faktor Timbulnya Kecelakaan Kerja	86
6.7 Kerugian Akibat Kecelakaan.....	87
6.8 Kesehatan Kerja	88
6.9 Sumber-Sumber Kecelakaan Kerja.....	88
6.10 Teori Tentang Lingkungan Kerja	89
6.11 Teori Tentang Kinerja	90
6.12 Teori Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Terhadap Kinerja.....	90
6.13 Pentingnya Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	93
6.14 Pencegahan kecelakaan kerja.....	94
DAFTAR PUSTAKA	95

BAB 7 ERGONOMI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN97

7.1 Pendahuluan.....	97
7.2 Risiko dan Hazard.....	99
7.3 Penyakit Akibat Kerja	103
7.3.1 <i>Musculoskeletal Disorders</i> (MSDs).....	104
7.3.2 <i>Low back pain</i>	107
7.3.3 <i>Hernia Nukleus Pulposus</i> (HNP)	108
7.4 Pencegahan Gangguan Muskuloskeletal	109
7.4.1 Mengangkat dan Memindahkan Pasien	110
7.4.2 Transfer Pasien ke Samping dan Reposisi	112
7.4.3 Memandikan dan Toileting Pasien	113
7.4.4 Reposisi Pasien.....	114
7.4.5 Oral Health pada Pasien.....	115
DAFTAR PUSTAKA	117

BAB 8 PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI.....	122
8.1 Pendahuluan	122
8.2 Alat Pelindung Diri (APD)	122
8.2.1 Pemilihan Alat Pelindung Diri	124
8.2.2 Kriteria Alat Pelindung Diri	126
8.2.3 Jenis-jenis Alat Pelindung Diri	127
8.2.4 Prinsip Pemeliharaan Alat Pelindung Diri.....	132
8.3 Tujuan dan Manfaat Alat Pelindung Diri.....	132
8.3.1 Tujuan Alat Pelindung Diri	132
8.3.2 Manfaat Alat Pelindung Diri	133
8.4 Penatalaksanaan Penggunaan Alat Pelindung Diri	133
8.5 Dasar Hukum Penggunaan Alat Pelindung Diri	134
DAFTAR PUSTAKA.....	136
BAB 9 HAZARD, RISK, DAN KECELAKAAN KERJA	
DALAM KESELAMATAN KERJA PERAWAT	138
9.1 Pendahuluan	138
9.2 Pengertian Hazard, Risk, Dan Kecelakaan Kerja	139
9.3 Ruang Lingkup Hazard, Risk, Dan Kecelakaan Kerja	
Dalam K3 Keperawatan.....	140
9.4 Risiko Dan Hazard Dalam Pemberian Asuhan	
Keperawatan.....	142
9.5 Faktor Risiko Terjadinya Kecelakaan Kerja.....	148
9.6 Keamanan Dan Keselamatan Kerja.....	151
9.7 Manajemen Risiko Dan Hazard K3 Keperawatan.....	152
9.8 Upaya Memutus Rantai Infeksi, Pencegahan Bahaya	
Fisik, Radiasi, Kimia, ergonomik, dan Psikososial	155
DAFTAR PUSTAKA.....	164
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1. Mekanisme Nyeri	61
Gambar 7.1. Matriks Analisis Risiko	100
Gambar 7.2. Peralatan Mekanis Angkat Pasien	106
Gambar 7.3. Teknik I mengangkat.....	110
Gambar 7.4. Teknik II mengangkat.....	110
Gambar 7.5. Posisi Mengangkat yang Berpotensi Cedera	111
Gambar 7.6. Alat Bantu Tranfer Pasien	112
Gambar 7.7. Alat Bantu Memandikan dan Toileting Pasien	113
Gambar 7.8. Posisi saat <i>Oral Health</i>	115
Gambar 8.1. Topi (<i>Hats/Cap</i>)	126
Gambar 8.2. Kacamata (<i>Spectacles</i>).....	127
Gambar 8.3. Sumbat Telinga (<i>Ear Plug</i>)	128
Gambar 8.4. Masker	128
Gambar 8.5. Sarung Tangan (<i>Gloves</i>).....	129
Gambar 8.6. Alat Pelindung Kaki	130
Gambar 8.7. Alat Pelindung Badan	130

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Dampak dan Probabilitas	23
Tabel 2.2. Kejadian aktual.....	24
Tabel 2.3. Matriks Grading Risiko	25
Tabel 2.4. Tindakan Sesuai Tingkat Dan Bands Risiko	26
Tabel 3.1. Format timbang terima SBAR (<i>situation,</i> <i>background, assessment,</i> <i>recommendation</i>).....	37
Tabel 7.1. Perbedaan <i>Hazard</i> dan Risiko.....	102

BAB 1

KONSEP KESELAMATAN PASIEN

Oleh Mareta Akhriansyah

1.1 Pendahuluan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien di Rumah Saki,. Dalam hal menjaga keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan di Indonesia, peraturan ini merupakan pedoman penting. Selain itu, pemerintah telah membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagai bagian dari KEPMENKES Nomor 535 Tahun 2016 yang memberikan saran dan arahan kepada pemerintah saat proses perumusan kebijakan nasional dan peraturan keselamatan pasien di pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien, keselamatan tenaga kesehatan, keselamatan gedung dan peralatan di rumah sakit yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan staf, serta keselamatan pekerja atau tenaga kesehatan merupakan lima isu penting terkait keselamatan di rumah sakit yang menjadi isu global. Keamanan alam yang mempengaruhi pencemaran ekologis dan kesejahteraan bisnis klinik darurat berhubungan dengan daya tahan klinik (Sembiring, 2020).

Diperkirakan satu dari 10 pasien dirugikan saat menjalani terapi klinik pada negara berkembang terdapat 134 juta kejadian yang merugikan setiap tahun yang terjadi pada pelayanan klinik, sedangkan pada negara yang belum berkembang akibat tindakan berbahaya yang berakibat fatal menyebabkan 2,6 juta pasien meninggal dunia (Nurhayati, 2022). Menurut laporan IKP 2019 Kepala Divisi Pelaporan Insiden KNKP untuk rumah sakit

Indonesia, ada 7.465 kasus tahun 2019, yang meliputi 171 kematian, 80 luka berat, 373 luka sedang, 1183 luka ringan, dan 5659 tidak ada luka (Daud, 2020).

Oleh karena itu, untuk mengurangi kerugian dan kematian pasien karena tindakan fatal, penyedia layanan kesehatan harus mampu membangun sistem yang membuat proses perawatan pasien lebih aman bagi pasien, tenaga kesehatan, dan masyarakat luas.

1.2 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan suatu struktur yang aman yang dilaksanakan oleh setiap tenaga kesehatan yang bertanggung jawab untuk memastikan keselamatan pasien dengan menilai, mengidentifikasi, dan menganalisis kejadian dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Hadi, 2016). Sehubungan dengan Permenakes Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, keselamatan pasien adalah upaya melindungi pasien dari tindakan berbahaya dalam pengobatan melalui penilaian risiko, identifikasi dan bahaya yang dilakukan oleh petugas, pengungkapan dan pemeriksaan karena ketidakamanan pasien, kemampuan untuk belajar dari kejadian tersebut dan tindak lanjutnya (Nurhayati, 2022).

Kesejahteraan pasien adalah sistem latihan terkoordinasi yang membuat budaya, siklus prosedural, cara berperilaku, inovasi dan lingkungan dalam layanan medis yang andal dan terus menerus menurunkan risiko, mengurangi kejadian berbahaya yang dapat dihindari, serta meminimalkan dampak bahaya ketika terjadi (WHO, 2021 dalam Mandias et al., 2021).

Keselamatan pasien adalah kerangka kerja atau interaksi kerja untuk membuat tindakan lebih aman termasuk identifikasi , assesmen resiko, perincian, pengendalian resiko pasien serta menyelidiki kejadian, implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah luka yang disebabkan oleh

kesalahan sebagai akibat melakukan sesuatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Iswadi, 2022).

Penulis berpendapat keselamatan pasien merupakan suatu tindakan untuk melindungi pasien, keluarga dan tenaga kesehatan dari hazard yang berada lingkungan rumah sakit dengan melakukan pengkajian, analisis masalah, dan pemecahan masalah sehingga tercipta situasi yg aman selama proses pemberian asuhan perawatan.

1.3 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan dari keselamatan pasien yaitu untuk menciptakan kondisi Keselamatan pasien, mengurangi tindakan yang berbahaya bagi klien (menurunnya KTD, KNC, kejadian sentinel), menciptakan keyakinan kepada klien serta petugas di dalam pelayanan kesehatan dan mutu rumah sakit bisa lebih baik. Tujuan keselamatan pasien adalah menciptakan keamanan dan keselamain pasien (Hadi, 2016).

Tujuan keselamatan pasien secara khusus dijabarkan menjadi enam tujuan, sebagaimana dinyatakan oleh (Nurhayati, 2022), yaitu :

1. Aman (*safety*), yaitu pasien sebagai penerima pelayanan medis terlindungi dari bahaya, kecacatan dan luka.
2. Efektif (*effective*), yaitu tenaga kesehatan melaksanakan tindakan berdasarkan pengetahuan serta keahlian di bidangnya.
3. Berfokus pada pasien (*patient-centered*), adalah tenaga kesehatan menyesuaikan layanan untuk memenuhi apa yang pasien butuhkan.
4. Menekan masa tunggu (*timely*), adalah perawat harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak perlu menunggu terlalu lama untuk mendapatkan tindakan medis yang diperlukan.

5. Tepat guna (*efficient*), adalah petugas medis memakai peralatan serta bahan sesuai kebutuhan kegiatan keperawatan.
6. Pelayanan memenuhi standar (*equitable*), adalah tenaga kesehatan harus mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dan standar operasional prosedur (SOP) dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Penulis berpendapat bahwa tujuan penerapan keselamatan pasien di pelayanan kesehatan yaitu untuk menciptakan keselamatan pada pasien yang dirawat dan petugas kesehatan yang berada di rumah sakit serta membantu rumah sakit melaksanakan manajemen keselamatan pasien pada fasilitas kesehatan.

1.4 Istilah Kejadian Keselamatan Pasien

Ada beberapa istilah kejadian keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berdasarkan definisinya yaitu (Purwaningsih *et al.*, 2022) :

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* yaitu setiap peristiwa atau keadaan yang dapat mengakibatkan atau mungkin dapat menimbulkan luka (penyakit, cedera, cacat, dan kematian) yang seharusnya tidak terjadi.
2. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah situasi dimana terdapat kemungkinan terjadinya cedera, tetapi tetapi tidak terjadi kejadian yang sebenarnya. misalnya kondisi potensial cedera yaitu kerusakan pada mesin ventilator, adanya obat yang tidak memiliki tanggal kadaluarsa.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadi kejadian yang belum sampai mengenai pasien. misalnya kejadian nyaris cedera pada pasien, saat petugas akan memberikan suntikan obat ternyata obat yang di ambil tidak benar sehingga obat tidak jadi disuntikkan ke pasien.

4. Kejadian Tidak Cidera (KTC) adalah kejadian yang sudah terpapar ke pasien, namun tidak terjadi cedera. misalnya kejadian tidak cedera yaitu perawat sudah memberikan injeksi kepada pasien, kemudian diketahui bahwa injeksi tersebut memiliki efek samping negatif dengan pasien, tanpa ada tanda-tanda.
5. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang menyebabkan cedera ke pasien. Contohnya pasien sudah meminum yang diberikan petugas medis, kemudian obat tersebut memberikan efek negatif seperti alergi, muntah, keracunan, dll.
6. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu keadaan yang merugikan yang menyebabkan kematian atau cedera yang tidak dapat diantisipasi atau tidak dapat diterima, seperti pembedahan pada bagian tubuh yang salah sebagai akibat dari kesalahan kebijakan atau prosedur.

Saat petugas melakukan identifikasi insiden keselamatan pasien di rumah sakit, harus mematuhi standar yang sudah ditetapkan, sesuai peraturan nasional maupun secara internasional (Mandias *et al.*, 2021).

1.5 Prinsip Keselamatan Pasien

Perlu dibangun suatu sistem yang dapat dipahami oleh setiap tenaga kesehatan yang tugasnya mengimplementasikan keselamatan pasien agar tercipta budaya keselamatan pasien di lingkungan kesehatan (Mandias *et al.*, 2021). Prinsip keselamatan pasien harus diterapkan di rumah sakit. Adapun beberapa prinsipnya sebagai berikut menurut Kohn, 2000 dalam (Hadi, 2016) :

1. Prinsip 1 : *Provide Leadership* antara lain
 - a. Membuat keselamatan pasien sebagai kebutuhan utama.

- b. Membuat keselamatan pasien sebagai tanggung jawab semua tim layanan medis.
 - c. Terdapat petugas khusus yang bertanggung jawab atas program keselamatan.
 - d. Sistem
 - e. Membuat tata cara yang efektif untuk melakukan pengkajian "*unsafe*" pelayanan kesehatan.
2. Prinsip 2 : mempertimbangkan hambatan petugas saat perancangan proses yaitu :
- a. *Design job for safety*
 - b. Membuat proses lebih mudah
 - c. merancang SOP
3. Prinsip 3 : membangun tim yang efektif
Mendidik dan membangun tim keselamatan pasien sehingga dapat menerapkan standar dan tujuan yang baik untuk keselamatan pasien.
4. Prinsip 4 : Bersiaplah untuk kejadian tak terduga :
- a. Pendekatan proaktif
 - b. Menyediakan antidotum dan
 - c. Pelatihan melalui simulasi
5. Prinsip 5 : menciptakan atmosfer "*Learning*"
- a. Belajar dari hasil analisa kejadian insiden di unit
 - b. Mendapatkan pengalaman dan pengetahuan yang luas dari insiden yang memiliki efek luas pada unit lain.

Penulis berpendapat bahwa keselamatan pasien harus menjadi perhatian bagi petugas medis di layanan kesehatan untuk meminimalkan kesalahan dalam melaksanakan tindakan (malpraktik) dan mencegah terjadinya cedera saat tindakan.

1.6 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan ketentuan wajib penerapannya untuk seluruh rumah sakit yang di akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang mempunyai tujuan untuk mendorong perbaikan khusus dalam keselamatan pasien pada bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan serta menjadikan bukti serta solusi dari konsensus berbasis fakta serta kemampuan atas kasus yang terjadi (Buhari *et al.*, n.d.).

Secara garis besar, sasaran keselamatan pasien di pelayanan kesehatan berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, yaitu (Permenkes, 2017) :

1. SKP. 1 melakukan pengkajian pasien secara benar
2. SKP. 2 tingkatkan komunikasi yang efektif
3. SKP. 3 tingkatkan keamanan obat-obatan yang wajib diwaspadai
4. SKP. 4 membenarkan jika posisi operasi benar, prosedur yang benar, serta tindakan operasi pada pasien yang benar
5. SKP. 5 kurangi risiko peradangan akibat perawatan kesehatan
6. SKP. 6 Kurangi risiko luka pasien akibat terjatuh

1.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

Dalam publikasi WHO, 2009 dalam (Pasinringi and Rivai, 2022) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien yaitu sebagai berikut :

1. Faktor Manajemen serta Organisasi ialah area kerja yang diukur dari segi organisasi pelayanan kesehatan meliputi kepemimpinan manajer (*Top Manager* serta *Middle Manager*) serta komunikasi.
2. Faktor regu kerja meliputi proses regu, kepemimpinan regu dan struktur regu.

3. Faktor individu yang biasanya berasal dari seorang karyawan meliputi kesadaran situasi, pengambilan keputusan, stres dan kelelahan, pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi dan kepribadian.
4. Faktor Lingkungan Kerja meliputi resiko tempat kerja, perlengkapan, peralatan, mesin dan kebersihan.

Beberapa faktor antara lain budaya keselamatan, manajer dan pimpinan, komunikasi, kerja sama petugas kesehatan, stres, kelelahan, dan lingkungan kerja sering mempengaruhi penerapan keselamatan pasien (Hadi, 2016).

1.8 Langkah-langkah Menjaga Keselamatan Pasien

Pelayanan kesehatan harus mampu menciptakan kualitas pelayanan yang optimal untuk pasien dengan memperhatikan keselamatan pasien, oleh sebab team Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sudah menciptakan standar keselamatan pasien (Pratiwi *et al.*, 2022).

Berdasarkan pendapat (Albyn *et al.*, 2022), langkah-langkah untuk peningkatan keselamatan pasien, yaitu :

1. Memberikan pemahaman tentang keselamatan pasien.
2. Membangun budaya pemimpin yang handal serta mensupport petugas dalam melaksanakan tugas.
3. Mengintegrasikan aktivitas pelayanan kesehatan dengan memperhatikan seluruh efek negatif yang terkait dengan pelayanan kesehatan.
4. Menetapkan seluruh sistem pelaporan yang sistematis.
5. Menciptakan komunikasi yang efektif dengan penderita yang dirawat.
6. Menanamkan keyakinan kepada pasien serta memberikan pengalaman belajar kepada pasien.
7. Menciptakan budaya keselamatan pasien untuk mengurangi kecelakaan kerja.

Penulis berpendapat bahwa untuk menciptakan keselamatan pasien, langkah-langkah diatas harus dilakukan secara tepat karena akan membantu petugas medis dalam memberikan perawatan seaman mungkin dan ketika terjadi kesalahan dapat mengambil tindakan yang benar. Untuk membangun keselamatan pasien ditetapkan tujuh langkah keselamatan pasien, lima prinsip untuk merancang sistem keselamatan dan 6 sasaran bertujuan mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Albyn, Maria Agustina Making, S. Kep , Ns, M.K., Iswati, S. Kep , Ns, M.K., Pius Selasa, S. Kep , Ns, M.S., Harlina Putri Rusiana, S. Kep , Ners, M.K., M.Kep, N.M.J.S., S. Kep, M.Kep, N.A.P., S. Kep , Ns, S.Kep, N.R.S., M.Kes, D.A.B., S. Pd ,S. Kp, M.Kes, S.H.I., SKM, M.Kep, N.F., S. Kep , Ns, M.H, D.A.R., S.H., M.KKK, L.M.A.I., S. Kep, M.Kes, K.A., SKM, 2022. Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja. Media Sains Indonesia.
- Buhari, B., Octavia, D., Sari, R.M., n.d. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dalam Perspektif Keperawatan. Zahir Publishing.
- Daud, A., 2020. Sistim Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.
- Hadi, I., 2016. Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien. Deepublish.
- Iswadi, 2022. Keselamatan Pasien, Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Penerbit P4I.
- Mandias, R.J., Simbolon, S., Manalu, N.V., Elon, Y., Jainurakhma, J., Suwanto, T., Latipah, S., Amir, N., Boyoh, D.Y., 2021. Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Nurhayati, 2022. Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan. Syiah Kuala University Press.
- Pasinringi, S.D., Rivai, F.D., 2022. Budaya Keselamatan Pasien dan Kepuasan Kerja. Nas Media Pustaka.
- Permenkes, 2017. Permenkes 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien [WWW Document]. URL <https://www.jogloabang.com/kesehatan/permenkes-11-2017-keselamatan-pasien> (accessed 4.17.23).

- Pratiwi, M.K., Ryryn Suryaman Prana Putra, S. KM, M.K., Noor Amaliah, Ns, M.K., Wa Ode Nurul Mutia, S. Tr Keb, M.K., Herry Setiawan, S. Kep , Ners, M.K., M.Kep, L.A.C., S. Kep, M.M, M.B., S. Kep , Ners, M.M, S., S.E., M.Ng (AC), N.A.I.L., S. Kep, M.Kes, D.A.B., S. Pd ,S. Kp, M.Kep, S.M.C.N., S. Kep , Ns, M.Kes, S.H.I., SKM, M.Kes, R.P.P., SKM, 2022. Manajemen Rumah Sakit (Teori dan Aplikasi). Media Sains Indonesia.
- Purwaningsih, M. kep, Ns Dely Maria, P., MKep. ,Sp. Kep. Kom, Candra Dewi Rahayu, S. Kep , Ns , M., K., Dr Herman, S. Kep , Ns, M.M., Ns Yanti Anggraini, M.K., Ns Sri Melfa Damanik, M. Kep, Sp.Kep.A., Destia Widyarani, S. Kep Ns , M., K., 2022. MANAJEMEN PATIENT SAFETY DALAM KEPERAWATAN. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Sembiring, N.G.C., 2020. Monitoring dan Evaluasi Budaya Keselamatan Pasien.

BAB 2

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Oleh Fitriani

2.1 Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan indikator utama dalam sistem pelayanan kesehatan, diharapkan dapat menjadi acuan dalam menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal dan mengurangi insiden bagi pasien.

Menurut Kemenkes RI (2015), keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang memastikan asuhan pada pasien jauh lebih aman. Sistem tersebut terdiri atas pengkajian risiko, identifikasi insiden, pengelolaan insiden, pelaporan atau analisis insiden, serta implementasi dan tindak lanjut suatu insiden untuk meminimalkan terjadinya risiko. Sistem tersebut bertujuan untuk menjadi cara yang efektif untuk mencegah terjadinya cedera atau insiden pada pasien yang disebabkan karena kesalahan tindakan. (Arini, 2020)

2.2 Tujuan

Setelah mempelajari bab ini, anda diharapkan dapat:

1. Konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien
2. Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan serta Kegagalan Sistem
3. Pelaporan Insiden
4. Alur pelaporan Insiden
5. Analisis Matriks Grading Risiko

2.3 Konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien ialah semua kejadian atau situasi yang berpotensi atau mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian, kerugian dan lain-lain), hal tersebut dapat dicegah bahkan seharusnya tidak terjadi karena sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin. Dalam Permenkes RI No. 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien ialah segala sesuatu yang terjadi secara sengaja maupun tidak sengaja serta kondisi mengakibatkan atau berpotensi untuk menimbulkan cedera bagi pasien, yang terdiri dari Kejadian tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) serta Kejadian Potensial Cedera (KPC). Insiden keselamatan pasien sewaktu-waktu dapat terjadi tanpa direncanakan yang akan membahayakan pasien dan tidak terpenuhi *outcome* dalam penyembuhan pasien. (Arini, 2020)

2.3.1 Insiden keselamatan pasien dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Insiden berbahaya
Insiden yang dapat membahayakan serta merugikan pasien sehingga *planning* perawatan tidak sesuai yang diharapkan
2. Insiden tidak berbahaya
Insiden yang tidak menimbulkan bahaya serta kerugian pada pasien
3. Insiden nyaris berbahaya
Insiden yang tidak membahayakan pasien tetapi memiliki potensi serta resiko untuk bahaya maupun kerugian. (Arini, 2020)

Keselamatan pasien ialah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi :

1. Assesmen resiko
2. Identifikasi dan pengelolaan resiko pasien

3. Pelaporan dan analisis insiden
4. Kemampuan belajar dari insiden serta tindak lanjutnya

Harm/cedera merupakan Dampak yang terjadi disebabkan oleh gangguan struktur dan penurunan fungsi tubuh yang dapat berupa fisik, sosial serta psikologis. Yang termasuk harm adalah : “Penyakit cedera, penderitaan cacat seerta kematian”.

1. Penyakit/Disease
Disfungsi fisik atau psikis
2. Cedera/Injury
Kerusakan jaringan yang diakibatkan agent / keadaan
3. Penderitaan/ Suffering
4. Pengalaman / gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi serta ketakutan.
5. Cacat / Disability
6. Segala bentuk kerusakan struktur serta fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas, atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan harm yang terjadi sebelumnya atau saat ini (Winarti, 2021)

2.3.2 Klasifikasi dampak insiden keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Tidak ada kerugian
Proses pengobatan yang berjalan hingga selesai tanpa ada kerusakan maupun kerugian untuk pasien.
Contoh: Pasien menerima obat imunosupresif (azathioprine) tetapi melewatkan pemantauan hematologis rutin selama beberapa bulan tetapi tidak ada bahaya yang timbul
2. Tidak ada kerugian karena hasil mitigasi
Segala insiden yang berpotensi mengakibatkan bahaya tetapi tidak menimbulkan bahaya.

Contoh: Seorang petugas kesehatan yang kurang tepat mengindikasikan aturan minum obat yang seharusnya dua kali sehari akan tetapi petugas menulisnya satu kali sehari. Petugas yang menyediakan obat tersebut kepada pasien sebelumnya sudah mencatat kesalahan serta mengoreksi obat kembali.

3. Kerugian ringan

Insiden di mana pasien terluka akan tetapi tidak memerlukan intervensi serta perawatan minimal

Contoh: Seorang dokter membuat kesalahan resep kemudian sediaan obat tidak ada di apotik rumah sakit sehingga obat yang dibutuhkan didapat dari apotik di luar rumah sakit. Pasien tidak mendapatkan obat selama 3,5 jam yang membuat keluarga sangat takut.

4. Kerugian sedang

Pasien yang memerlukan perawatan medis jangka pendek untuk penilaian dan perawatan ringan baik di UGD atupun bangsal rumah sakit.

Contoh: Seorang petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah rutin ke pasien diabetes untuk memberikan insulin. Pada saat kunjungan ditemukan gula darah pasien dalam batas aman untuk pemberian insulin. Kemudian pada hari yang sama pasien ditemukan hipoglikemia, pasien tidak memberitahu petugas bahwa 30 menit sebelum petugas datang pasien sudah mendapatkan terapi insulin. Pasien sementara dirawat di rumah sakit untuk memantau gula darah satu hari.

5. Insiden merusak berat

Pasien yang mengalami insiden yang berdampak jangka panjang dan permanen pada fisik, mental maupun sosialnya dapat mempersingkat harapan hidupnya.

Contoh: Seorang anak epilepsi diresepkan untuk mendapatkan fenobarbital dengan gejala mengantuk serta

mengalami penurunan kesadaran selama tiga hari. Konsentrasi fenobarbital dalam darah pasien ditemukan sangat tinggi ketika diperiksa, label pabrik memberikan kekuatan 25 mg/ ml tetapi label farmasi di fasilitas kesehatan salah mengindikasikan obat tersebut dengan 25 mg/ 5 ml dan anak tersebut sudah menerima obat sebanyak 5 kali dosis yang telah diresepkan.

6. Kematian

Insiden dapat terjadi dalam masa pengobatan. serta terjadi karena kurang tepat dalam penegakkan diagnosis, penanganan awal, dan lain sebagainya.

Contoh: Keluarga pasien menelpon seorang dokter dengan melaporkan keadaan pasien seperti merasa tidak enak badan, muntah serta ada ruam merah di perut kemudian seorang dokter mendiagnosis pasien dengan penyakit virus dan menganjurkan keluarga untuk memberikan obat anti muntah. Beberapa jam kemudian keadaan pasien memburuk dan dibawa ke UGD, pasien didiagnosis septikemia meningkokus dan meninggal.

7. Insiden yang kurang detail

Insiden di mana informasi tidak memadai untuk mengevaluasi keparahan bahaya sehingga dapat berisiko kesalahan dalam hasil perawatan

Contoh: Seorang pasien memberikan sampel untuk dilakukan uji histologi dan sitologi akan tetapi pasien tidak memberikan keterangan pada label pot seperti nama, tanggal dan umur. (Kemenkes, 2015)

2.3.3 Tujuan Keselamatan Pasien

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

3. Berfokus pada pasien (*Patient-centered*) yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien
4. Menurunkan waktu tunggu (*timely*), yaitu petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan
5. Efisien (*Efficient*), yaitu menggunakan bahan dan alat sesuai dengan keperluan
6. Pelayanan sesuai standar (*Equitable*), adalah petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. (Arini, 2020)

2.4 Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan 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. Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya yaitu:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)/*Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("*commission*") atau karena tidak bertindak ("*omission*"), bukan karena "underlying disease" atau kondisi pasien.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat

terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan , diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

5. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “*reportable circumstance*” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
6. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku. (Ekonomi, 2020)

TAPS dan penelitian lainnya telah mengidentifikasi dua jenis insiden keselamatan pasien yang luas :

1. Insiden terkait dengan proses perawatan, termasuk proses administrasi, investigasi perawatan, komunikasi dan pembayaran. Ini adalah jenis kejadian umum yang dilaporkan (berkisar antara 70% - 90% tergantung pada penelitian)
2. Insiden terkait dengan pengetahuan atau ketrampilan praktisi, termasuk diagnosis yang tidak terjawab atau tertunda, perlakuan salah dan pelaksanaan tugas.

2.5 Pelaporan Insiden

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim keselamatan pasien fasilitas pelayanan Kesehatan.

Salah satu startegi dalam merancang sistem keselamatan pasien adalah bagaimana mengenali kesalahan sehingga dapat dilihat dan segera diambil tindakan guna memperaiki efek yang terjadi. Upaya untuk mengenali dan melaporkan kesalahan ini dilakukan melalui sistem pelaporan. Kegagalan aktif (petugas yang melakukan kesalahan) atau yang berkombinasi dengan konsisi laten akan menyebabkan terjadinya suatu kesalahan berupa kejadian nyaris cedera (KNC), KTD, atau bahkan kejadian yang menyebabkan kematian atau cedera serius (sentinel). Berhenti sampai tahap melaporkan saja tentu tidak akan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, yang lebih penting adalah bagaimana melakukan suatu 20 pembelajaran dari kesalahan tersebut sehingga dapat diambil solusi agar kejadian yang sama tidak terulang kembali (Iskandar, 2014). Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jantung dari mutu layanan, yang merupakan bagian penting dalam proses belajar dan pembenahan ke dalam revisi dari kebijakan, termasuk standar prosedur operasional (SPO) dan panduan yang ada.

Rumah sakit wajib untuk melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel. Pelaporan insiden dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal dilakukan dengan mekanisme/ alur pelaporan keselamatan pasien rumah sakit di lingkungan internal rumah sakit. Pelaporan eksternal dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke KKP-RS nasional. Dalam lingkup rumah sakit, unit kerjakeselamatan pasien rumah sakit melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit (Anon., 2017)

Adapun ketentuan terkait pelaporan insiden sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) akan di jabarkan sebagai berikut:

1. Insiden sangat penting dilaporkan karena akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
2. Memulai pelaporan insiden dilakukan dengan membuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.
3. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
4. Pelapor adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian atau yang terlibat dalam kejadian.
5. Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi 22 formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

2.6 Alur Pelaporan

Alur pelaporan insiden kepada Tim keselamatan pasien di Rumah Sakit

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam); diharapkan jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung

disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor/Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen / Unit).

4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut
Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu. Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
Grade kuning : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
Grade merah : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS
7. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
8. Untuk grade Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / Root Cause Analysis (RCA)
9. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "Safety alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
11. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit

12. Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing – masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS. ((KKPRS), 2015)

2.7 Analisis Matriks Grading Risiko

Tabel 2.1. Dampak Tingkat Resiko

Tingkat Resiko	Deskripsi	Dampak
1	Tdk signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	Cedera ringan, mis: luka lecet Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderate	Cedera sedang (mis; luka robek), berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dg. Penyakit, setiap kasus yg memperpanjang perawatan
4	Mayor	Cedera luas (mis; cacat, lumpuh), berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dg. Penyakit
5	Katastrofik	Kematian yg tdk berhubungan dengan perjalanan penyakit

Merupakan metode analisis kualitatif → utk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan: Dampak dan Probabilitas (Muchtar, 2020)

Setelah Nilai Dampak dan Probabilitas diketahui → masukkan dalam tabel matriks Grading risiko untuk menghitung skor risiko (= Dampak X Probability) dan mencari warna *band* risiko

Tabel 2.2. Kejadian aktual

Level	Frekuensi	Kejadian aktual
1	Jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Tidak biasa	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Kadang-kadang	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Kemungkinan	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sering	Terjadi dalam minggu / bulan

Skor Risiko : menentukan prioritas risiko

1. Tetapkan frekuensi
2. Tetapkan dampak pada baris arah kekanan
3. Tetapkan warna bands berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak

Skala Prioritas Bands Risiko: biru (rendah/*low*), hijau (sedang/*moderate*), kuning (tinggi/ *high*) dan merah (sangat tinggi/ *extreme*)

Bands Risiko : derajat risiko yg digambarkan 4 warna : (menentukan investigasi yg akan dilakukan : biru dan hijau, →

investigasi sederhana kuning dan merah → investigasi komprehensif/ RCA

Warna Bands : Hasil pertemuan antara nilai dampak yg diurut kebawah dan nilai probabilitas yang diurut kesamping kanan.

Tabel 2.3. Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tdk Signifikan (1)	Minor (2)	Moderat (3)	Mayor (4)	Katastrofik (5)
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/ bulan) (5)	moderate	moderate	Tinggi	extreme	extreme
Sering terjadi (beberapa kali terjadi) (4)	moderate	moderate	Tinggi	extreme	extreme
Mungkin terjadi (1 - < 2 kali/ tahun) (3)	rendah	moderate	Tinggi	extreme	extreme
Jarang terjadi (> 2 - < 5 kali/ tahun) (2)	rendah	rendah	Moderate	Tinggi	extreme
Sangat jarang terjadi (> 5 kali/ tahun) (1)	rendah	rendah	Moderate	Tinggi	extreme

Tabel 2.4. Tindakan Sesuai Tingkat Dan Bands Risiko

Level	Tindakan
Extreme (sangat tinggi)	• Risiko extreme, dilakukan RCA paling lama 45 hari, • membutuhkan tindakan segera, • perhatian sampai ke Direksi
High (tinggi)	• Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari. • Kaji dengan detil dan perlu tindakan segera serta • membutuhkan perhatian Top Manajemen.
Moderate (sedang)	• Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. • Manajer / Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak thd biaya dan kelola klinis
Rendah (Low)	• Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu. • Diselesaikan dengan Prosedur rutin

DAFTAR PUSTAKA

- (KKPRS), K. K. P. R. S., 2015. *PEDOMAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) PATIENT SAFETY INCIDENT REPORT*. Jakarta: s.n.
- Anon., 2017. *IDENTIFIKASI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DAN SISTEM PELAPORAN*. [Online] Available at: <http://elsye.staff.umy.ac.id/identifikasi-insiden-keselamatan-pasien-dan-sistem-pelaporan/> [Accessed 4 Mei 2023].
- Arini, M., 2020. *Keselamatan Pasien (Patient Safety Incident) dan Klasifikasinya*. [Online] Available at: <http://merita.staff.umy.ac.id/2020/01/02/keselamatan-pasien-patient-safety-incident-dan-klasifikasinya/> [Accessed 09 April 2023].
- Ekonomi, W., 2020. *Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem Medis*. [Online] Available at: <https://www.blogperawat.net/2019/01/insiden-keselamatan-pasien-akibat-salah.html> [Accessed 13 April 2023].
- Kemenkes, R., 2015. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety): Utamakan Keselamatan Pasien*. [Online] Available at: <http://www.rsmatasmec.com/wp-content/uploads/sites/2/2019/04/PEDOMAN-NASIONAL-KESELAMATAN-PASIEN-RS-EDISI-III-2015.pdf> [Accessed 10 April 2023].
- Muchtar, R., 2020. *Grading Risiko. ANALISIS MATRIKS GRADING RISIKO Merupakan metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan: Dampak.* [Online] Available at: <https://slideplayer.info/slide/17770372/> [Accessed 8 Mei 2023].

Winarti, R., 2021. *Manajemen Keselamatan Pasien Dalam Keperawatan*. 1 ed. Semarang: Weha Press.

BAB 3

KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM KEPERAWATAN-SBAR

Oleh Wahyuningsih Safitri

3.1 Pendahuluan

Komunikasi merupakan pertukaran informasi dua arah yang sederhana. Dalam keperawatan, komunikasi menunjukkan rasa menghargai dan menunjukkan penerimaan komunikasi orang lain dan berusaha menempatkan dirinya di posisi orang lain. Komunikasi efektif salah satu ketrampilan yang amat diperlukan dalam rangka pengembangan diri perawat baik secara personal maupun professional. Komunikasi efektif yang dapat digunakan sesama tenaga medis kesehatan adalah dengan komunikasi SBAR.

3.2 Komunikasi efektif dalam keperawatan

Tappen menyatakan komunikasi adalah pertukaran pikiran, perasaan, pendapat dan pemberian nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja bersama. Komunikasi merupakan sarana yang digunakan dalam menjalin hubungan. Keterampilan komunikasi yang dilakukan secara tepat dapat menciptakan hubungan terapeutik dan apabila tidak tepat akan menimbulkan masalah bagi klien maupun perawat (Suarli dan Bahtiar, 2012).

Komunikasi efektif merupakan komponen penting untuk meningkatkan keselamatan pasien. Fondasi utama dalam komunikasi efektif adalah menghasilkan persamaan persepsi baik dari pemberi informasi maupun yang menerimanya. Komunikasi merupakan keterampilan yang paling penting dalam kehidupan. Unsur penting dalam komunikasi bukan hanya tentang apa yang

kita tulis atau sampaikan namun terkait karakter dan bagaimana penyampaian pesan kepada penerima pesan. Sehingga syarat utama komunikasi efektif adalah karakter individu yang dibangun dari individu yang memiliki integritas pribadi yang kuat. Komunikasi dapat efektif apabila informasi dapat dipahami dan diterima oleh tenaga kesehatan lain dan dapat segera dilaksanakan tanpa ada hambatan (Muhith, Abdul dan Siyoto, 2018a).

3.2.1 Hukum komunikasi yang efektif

Dasar komunikasi adalah upaya bagaimana memperoleh respon positif atau tanggapan dari orang lain (Nursalam, 2015). Lima hukum dalam berkomunikasi yang efektif meliputi:

1. *Respect*

Respect adalah sikap menghargai orang lain yang menjadi sasaran pesan yang kita sampaikan. Komunikasi yang dilakukan dengan rasa dan sikap saling menghargai, menghormati dapat membangun kerjasama yang meningkatkan efektifitas kinerja baik individu maupun secara keseluruhan dalam sebuah tim. Sikap menghargai saat berkomunikasi misalnya dengan memberikan *reinforcement* positif atas hal-hal yang dilakukan dengan baik oleh orang lain merupakan cara untuk membangkitkan antusiasme dan mendorong orang lain melakukan hal terbaik.

2. *Empathy*

Empati adalah kemampuan kita untuk menempatkan diri pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain. Empati juga berarti kita mampu untuk mendengarkan dan bersikap perspektif atau sikap menerima masukan ataupun umpan balik apapun dengan sikap yang positif. Syarat utama kita memiliki sikap empati adalah dengan mendengarkan atau mengerti terlebih dahulu sebelum didengarkan atau dimengerti oleh orang lain. Seorang perawat yang rasa empati maka akan memungkinkan dalam menyampaikan pesan

dengan cara dan sikap yang memudahkan pula penerima pesan menerimanya. Perawat yang memahami perilaku setiap pasien, maka dapat empati dengan kebutuhan dan harapan dari pasien. Demikian halnya dengan komunikasi dalam membangun kerjasama tim diperlukan sikap saling memahami dan mengerti keberadaan orang lain dalam tim kita.

3. *Audible*

Pengertian *audible* artinya dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik berarti pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan. Upaya untuk meningkatkan kemampuan agar pesan tersampaikan dengan baik adalah:

- a. Berkomunikasi sesuai tingkatan bahasa para pendengarnya, dengan menggunakan kata-kata yang mudah dipahami orang lain. Seorang klien yang belum pernah memperoleh Pendidikan formal maupun nonformal akan kesulitan mengerti bahasa medis yang disampaikan oleh perawat sehingga yang terpenting saat berkomunikasi menggunakan Bahasa yang mudah dimengerti tanpa adanya salah tafsir atau salah persepsi.
- b. Mengerti keinginan arah pembicaraan dari para pendengarnya. Saat berkomunikasi dengan klien, seyogyanya hal yang dikomunikasikan tentang bagaimana masalah yang dirasakan atau penyakit yang menjadi keluhan segera teratasi.
- c. Mengerti kelas sosial para pendengarnya. Dalam berkomunikasi dengan klien, seorang perawat harus menghindari bahasa medis atau bahasa asing yang tidak dimengerti. Saat berkomunikasi dengan klien berpendidikan yang rendah sebaiknya cukup dijelaskan hal yang akan disampaikan dengan bahasa

secara sederhana tanpa mengurangi kualitas pelayanankeperawatan. Namun, saat berkomunikasi dengan klien yang berpendidikan tinggi juga harus melihat kualitas klien, karena dengan Pendidikan tinggi belum tentu klien tersebut mengerti bahasa medis. Hal terpenting bahwa bagaimana agar pesan dapat tersampaikan dengan baik dan dimengerti oleh klien.

- d. Memahami latar belakang serta nilai-nilai yang dipegang teguh oleh para pendengarnya. Keyakinan yang dimiliki klien dapat dikaitkan dengan kebiasaan yang menurun sehingga saat berkomunikasi dengan klien tersebut diperlukan pengalaman dari orang lain yang pernah mengalami. Misal klien melihat sendiri ketika seorang minum air mentah dan terjadi diare. Maka pengalaman tersebut membuat klien mau berubah dari perilaku yang selalu minum air mentah.

4. *Clarity*

Clarity merupakan kejelasan dari pesan sehingga tidak menimbulkan multiinterpretasi atau berbagai penafsiran. Dalam berkomunikasi, diperlukan sikap terbuka sehingga menimbulkan rasa percaya diri dari penerima pesan atau anggota tim keperawatan.

5. *Humble*

Sikap humble dapat ditunjukkan dengan sikap rendah hati. Seorang perawat yang bersikap rendah hati maka klien merasa tidak rendah diri dan menunjukkan perhatian serta mau mendengarkan saran dari perawat. Komunikasi yang dilakukan dengan penghormatan/respect dapat membangun hubungan jangka Panjang yang saling menguntungkan dan saling menguatkan. Rendah hati dapat diartikan menyejajarkan respon emosi perawat dan klien yang saling

mengerti, menghargai sebagai manusia yang punya perasaan yang sama.

3.2.2 Aplikasi komunikasi dalam asuhan keperawatan

Menurut (Agus Kuntoro, 2010) kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi antara lain:

1. Saat timbang terima (operan)

Proses timbang terima yang dilakukan antara perawat dengan perawat lainnya merupakan proses penyampaian kondisi klien secara akurat di dekat pasien. Pada kegiatan operan diperlukan komunikasi yang jelas terkait kebutuhan klien, intervensi apa yang sudah ataupun belum serta respon klien. Komunikasi ini akan lebih efektif daripada perawat sekadar membaca dokumentasi yang telah dibuat karena dengan operan akan membantu informasi selanjutnya terkait kondisi klien secara nyata.

2. Interview/anamnesa

Anamnesa merupakan kegiatan yang dilakukan oleh perawat terhadap klien dengan cara komunikasi dengan tujuan tertentu untuk memperoleh data tentang keadaan klien sehingga tindakan yang dilakukan akurat sesuai dengan masalah yang dialami klien.

Hal yang perlu diterapkan perawat dalam komunikasi saat anamnesa adalah:

- a. Hindari komunikasi yang terlalu formal
- b. Ciptakan suasana lingkungan yang mendukung misal tidak gaduh
- c. Hindari menggunakan jawaban ya atau tidak, sebaiknya dengan pertanyaan terbuka
- d. Jangan mendominasi dalam pembicaraan
- e. Hindari hambatan personal misalnya tidak senang atau acuh terhadap klien

3. Komunikasi melalui computer

Penulisan data klien dalam computer akan mempermudah perawat lain dalam mengidentifikasi masalah klien dan memberikan intervensi yang tepat.

4. Komunikasi tentang kerahasiaan

Perawat yang mengetahui kondisi kesehatan atau masalah klien sering dalam kondisi dilema dalam menyimpan rahasia klien sehingga perawat harus memegang janji untuk tidak menyampaikan rahasia kondisi klien kepada orang lain.

5. Komunikasi melalui sentuhan

Sentuhan yang diberikan kepada pasien merupakan metode untuk mendekatkan hubungan antara klien dan perawat. Metode ini merupakan tindakan mandiri perawat untuk mengatasi masalah klien misal saat klien cemas dan bingung dalam mengambil suatu keputusan. Hal yang penting diperhatikan dalam menggunakan Teknik sentuhan adalah perbedaan jenis kelamin antara klien dan perawat. Dalam situasi ini perlu adanya suatu persetujuan.

6. Dokumentasi sebagai alat komunikasi

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan alat dalam komunikasi dalam bentuk tulisan antar tim kesehatan lain. Sehingga dalam menuliskan data terkait kondisi klien, harus dituliskan secara jelas tentang apa yang sudah dan akan dilakukan kepada klien.

3.2.3 Kiat komunikasi yang efektif

Komunikasi keperawatan merupakan wahana utama dalam praktik keperawatan yang dilakukan antara perawat-klien, perawat-keluarga klien, perawat-perawat, perawat-dokter, perawat-petugas lain yang terkait (Muhith, Abdul dan Siyoto, 2018).

Tahapan komunikasi efektif meliputi:

1. Pra interaksi

Merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan dan pengalaman yang dimiliki terkait dengan komunikasi yang akan dilakukan. Apabila sudah siap selanjutnya membuat rencana interaksi atau komunikasi dengan orang lain.

2. Perkenalan

Merupakan kegiatan yang dilakukan pada saat pertama kali bertemu atau kontak dengan orang lain. Hal yang perlu dilakukan adalah salam terapeutik yang disertai dengan perkenalan, evaluasi validasi dengan menanyakan perasaan klien, melakukan kontrak terkait topik, waktu dan tempat. Apabila kegiatan komunikasi perkenalan ini merupakan pertemuan yang kedua dan seterusnya, maka kegiatan yang dilakukan adalah mengingatkan kembali kontrak yang telah disepakati pada akhir pertemuan yang pertama atau yang terdahulu.

3. Orientasi

Tahap orientasi dimulai dari melakukan validasi/evaluasi, melakukan kontrak topik tentang pokok bahasan yang akan dibicarakan dan disampaikan yang berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu merupakan batasan waktu yang disediakan saat akan dilakukan komunikasi yang disampaikan dengan jelas dan dilaksanakan dengan tepat waktu, kontrak tempat disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien saat ini.

4. Kerja/implementasi

Fase kerja merupakan inti hubungan perawat dan klien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Prinsip tahap ini adalah perawat menggunakan diri secara

terapeutik yang tampak dari teknik komunikasi, sikap dalam pelaksanaan langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai dengan rencana. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat mengacu pada standar operasional prosedur.

5. Terminasi

Fase ini merupakan akhir dari pertemuan, dimana perawat mengakhiri proses interaksi dengan harapan klien mengetahui bahwa komunikasi yang dilakukan sebatas hubungan profesional antara perawat dan klien. Terminasi sementara dilakukan akhir dari tiap pertemuan misal saat terminasi saat operan dan terminasi akhir di mana dilakukan bila klien keluar dari Rumah Sakit.

3.3 Komunikasi efektif SBAR

Perawat berperan penting dalam peningkatan keselamatan pasien karena perawat merupakan profesi yang selama dua puluh empat jam mendampingi dan berada di dekat pasien. Sebagai individu, perawat harus melakukan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan melalui komunikasi menggunakan SBAR. (Haryati *et al.*, 2019). Komunikasi SBAR merupakan kerangka acuan dalam pelaporan kondisi pasien yang memerlukan perhatian atau tindakan segera. Metode SBAR merupakan mekanisme komunikasi yang mudah diingat, merupakan cara yang mudah untuk komunikasi antara anggota tim kesehatan, mengembangkan kerja anggota tim dan meningkatkan keselamatan pasien.

Menurut (Nursalam, 2015), komponen komunikasi SBAR meliputi:

1. *Situation* merupakan kondisi terkini yang terjadi pada pasien meliputi nama pasien, umur, tanggal masuk, dokter yang merawat, diagnosa medis dan masalah keperawatan
2. *Background* merupakan info penting yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini meliputi intervensi yang

telah dilakukan dan respon pasien, riwayat alergi, pembedahan, alat invasif, obat-obatan, cairan infus, pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosa medis.

3. *Assesment* merupakan suatu pengkajian terhadap suatu masalah dan difokuskan pada problem yang terjadi pada pasien yang apabila tidak diantisipasi akan menyebabkan kondisi yang lebih buruk. Assesment meliputi hasil pengkajian pasien terkini seperti tanda vital, skor nyeri, tingkat kesadaran, braden score, status restrain, risiko jatuh, status nutrisi dan lain-lain
4. *Recommendation* merupakan rekomendasi intervensi yang telah dan perlu dilakukan selanjutnya

Tabel 3.1. Format timbang terima SBAR (*situation, background, assesment, recommendation*)

Situation	Nama klien : Umur : No. RM : Diagnosis Medis : Diagnosis Keperawatan: Lama hari rawat : Klasifikasi klien : Keluhan utama :
Background	Riwaya penyakit Riwayat alergi Riwayat penyakit menular Info penting yang berhubungan riwayat klien selama dirawat
Assessment	Tanda-tanda vital; GCS; Skala nyeri; Skala risiko jatuh Sistem pernafasan Sistem kardiovaskular

	Sistem persarafan Sistem perkemihan Sistem pencernaan Muskuloskeletal dan integument Tes diagnostik
Recommendation	Rekomendasikan intervensi keperawatan yang sudah dan perlu dilanjutkan termasuk discharge planning serta edukasi klien dan keluarga Dilanjutkan/stop/modifikasi/strategi baru
	NIC shift: NIC shift selanjutnya: Karu:

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Kuntoro. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Haryati, T.S. *et al.* 2019. *Manajemen Risiko Bagi Manajer Keperawatan Dalam Meningkatkan Mutu Dan Keselamatan Pasien*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Muhith, Abdul dan Siyoto, S. 2018a. *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Yogyakarta: Andi offset.
- Muhith, Abdul dan Siyoto, S. 2018b. *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Edited by R.I. Utami. Yogyakarta: Andi offset.
- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suarli dan Bahtiar, Y. 2012. *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga.

BAB 4

KOLABORASI INTERPROFESIONAL

Oleh Grace Benedikta Polii

4.1 Pendahuluan

Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kerja yang mendapatkan perhatian dunia karena merupakan isu global karena sering terjadinya insiden keselamatan pasien diantaranya dalam pemberian obat terjadi kesalahan, pelaksanaan tindakan medis terjadi kesalahan, prosedur operasi yang tidak sesuai, terjadi resiko jatuh, komunikasi yang tidak efektif bahkan sampai menyebabkan kematian (Keumalasari et al., 2021). Masalah keselamatan pasien menyebabkan angka kematian meningkat setiap tahunnya sehingga mendapatkan perhatian dunia (Craig *et al.*, 2020).

Dirumah sakit penerapan keselamatan pasien masih belum optimal ini disebabkan oleh masih rendahnya kolaborasi didalam tim dikarenakan tidak ada kekompakan dalam tim, budaya organisasi yang belum ada, manajemen tim yang kurang dan lingkungan yang belum ideal (Irajpour, 2015). Oleh sebab itu, dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, kolaborasi interprofesional sangat dibutuhkan.

4.2 Pengertian Kolaborasi Interprofesional

Kolaborasi interprofessional (IPC) atau kolaborasi antar profesi, adalah kolaborasi yang terjadi antara beberapa orang dengan latar belakang profesional yang berbeda dalam menentukan masalah kesehatan dan kemudian menemukan kesepakatan akan pelayanan kesehatan yang akan diberikan kepada pasien (Ridar dan Santoso, 2018).

Kolaborasi interprofesional adalah proses pengembangan dan untuk menjaga hubungan kerja yang efektif antara profesional kesehatan dengan mahasiswa, antar tim medis, pasien, klien, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan yang optimal serta melibatkan elemen bekerja sama dimana dibutuhkan rasa hormat, kepercayaan, dan komitmen dalam pengambilan keputusan bersama dan kemitraan (Collaborative, 2010).

Kolaborasi interprofessional adalah terjalinnya relasi kerjasama antara dua atau lebih profesional dalam bidang kesehatan yang bekerja sama karena ada kepentingan saling membutuhkan dalam merawat pasien, memberikan informasi, membuat keputusan bersama, dan mengidentifikasi waktu yang optimal untuk berkolaborasi dalam perawatan kesehatan pasien (Siokal, 2021).

Kolaborasi adalah suatu proses yang terjadi antara tenaga kesehatan diantaranya dokter dan perawat untuk merencanakan secara bersama-sama sebagai rekan kerja dalam melaksanakan tindakan baik medis maupun keperawatan. Saling ketergantungan dalam batas-batas ruang lingkup pekerjaan mereka masing-masing dengan nilai-nilai yang berbeda dan saling mengakui dan menghormati serta yang peduli dengan individu, keluarga dan masyarakat.

Pelaksanaan kolaborasi dapat meningkatkan sistem kesehatan serta dapat membuat hasil kesehatan baik (WHO, 2010). Kolaborasi interprofesional meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

4.3 Hambatan Kolaborasi Interprofesional

Hubungan kolaborasi interprofesional melibatkan sejumlah profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Faktor yang sangat penting dalam kolaborasi untuk meningkatkan kualitas proses perawatan adalah kolaborasi antara dokter dan perawat.

Hambatan kolaborasi interprofesional dapat menjadi penyebab utama kesalahan medis, kesalahan asuhan keperawatan, atau kejadian tak terduga lainnya. Oleh karena itu, kolaborasi interprofesional antara dokter dan perawat sangat perlu dilaksanakan dengan baik (Saroh, 2019). Terdapat kendala dalam pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional yang kemudian menjadi hambatan, diantaranya sikap dan perilaku dokter dan perawat.

Sikap dokter dan perawat terhadap kolaborasi interprofesional merupakan atensi atau keyakinan untuk mendukung atau tidak mendukung kolaborasi interprofesional yang dipengaruhi oleh pendapat dan ilmu pengetahuan dokter dan perawat tentang kolaborasi. Sedangkan, perilaku kolaboratif antara dokter dan perawat adalah kerjasama antara dokter dan perawat yang berinteraksi sebagai mitra dan sederajat sebagai satu tim, saling mengakui keterampilan dan kontribusi, saling menghormati dan menghargai, serta saling percaya untuk mencapai tujuan (Utami, Hapsari, dan Widyandana, 2016).

Kolaborasi antara perawat dan dokter merupakan bentuk interaksi yang telah lama terjadi dan dapat membantu pasien. Dalam praktiknya, perbedaan pandangan terhadap pasien menimbulkan kendala teknis dalam pelaksanaan proses kolaboratif. Keterbatasan psikologi ilmiah, faktor sosial dan budaya memisahkan kedua profesi dan menciptakan kebutuhan akan kerjasama yang dapat memperkuat keduanya demi kepentingan pasien. Di tingkat profesional dan institusional, hambatan kolaborasi antara perawat dan dokter sering terjadi. Perbedaan spasial dan kekuasaan terus menjadi sumber ketidakcocokan yang signifikan yang membatasi status profesional dalam aplikasi kolaboratif. Dokter cenderung lebih unggul secara finansial, dan biasanya secara fisik lebih kelihatan tangguh daripada perawat, sehingga iklim dan kondisi sosial terus memberi supremasi dokter. Inti sebenarnya dari konflik perawat-dokter terletak pada

perbedaan sikap profesional terhadap pasien dan cara mereka berkomunikasi sehingga menjadi hambatan dalam kolaborasi (Sakol, 2021).

Hambatan implementasi muncul dari sejumlah faktor. Pertama, faktor individu seperti karakter, kompetensi dan komunikasi interprofessional. Kedua, faktor kelompok seperti tenaga kerja yang terbatas baik secara kuantitatif maupun kualitatif dan hirarki/kontrol. Ketiga, faktor organisasi meliputi kepemimpinan, motivasi, kebijakan organisasi, fasilitas pendukung, dan sistem informasi kesehatan yang tidak dapat digunakan.

Dengan lingkungan pelaksanaan kolaborasi interprofesional yang baik dan saling menghargai dapat mengurangi konflik personal, memperkuat sistem kesehatan, untuk mendukung upaya kemanusiaan, oleh karena itu dapat mencapai hasil yang lebih baik dan mendukung pasien untuk mencapai tujuan penyembuhan mereka serta meningkatkan kualitas hidup, mengurangi jumlah kesalahan pada *patient safety* (Falk, 2017). Selain itu dapat mempersingkat rata-rata perawatan pasien yang panjang, meningkatkan efektivitas biaya, optimalisasi proses pengobatan kolaborasi interprofesional (Asmirajanti et al., 2018).

4.4 Komunikasi Efektif dalam Kolaborasi Interprofesional

Kolaborasi profesional untuk meningkatkan kualitas keselamatan pasien yang dapat dicapai dengan komunikasi yang efektif antara pejabat dan staf rumah sakit. Kerjasama ini dapat terlaksana melalui komunikasi yang efektif. Komunikasi efektif antara perawat dan petugas kesehatan dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap keselamatan pasien. Komunikasi profesional yang baik dan tepat mengarah pada pemecahan masalah yang berkaitan dengan keselamatan pasien, bertukar pikiran dan membuat keputusan bersama. Ketika komunikasi

antara petugas layanan kesehatan dan staf tidak efektif, keselamatan pasien dipertaruhkan (Keumalasari et al., 2021).

Faktor yang mempengaruhi efektif kolaborasi interprofessional dan Komunikasi yaitu :

1. Faktor individu

Dimana keterampilan orang-orang dalam tim serta perilaku dari setiap individu mempengaruhi. Berapa banyak mereka percaya dalam bekerja di interprofessional tim.

2. Tim

Bagaimana tim telah mengembangkan dan meningkatkan kemampuan diri mereka serta menetapkan tujuan yang ingin dicapai bersama

3. Organisatoris

Apakah organisasi mendukung pengembangan tim serta bagaimana sistem pelayanan kesehatan mendukung interprofessional dalam melakukan kolaborasi

Selain itu ada juga beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kurangnya komunikasi yang efektif termasuk diantaranya tenaga profesional kesehatan yang tidak memiliki keahlian sesuai dengan bidang ilmunya, keterampilan yang kurang dan pelatihan keselamatan pasien yang minim, dan kurangnya kerjasama dalam pelaksanaan tindakan oleh tenaga profesional kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan suatu kolaborasi untuk mengembangkan komunikasi profesional yang efektif yang terkait erat dengan pelayanan kesehatan (Aini, 2018).

Keselamatan pasien adalah persyaratan umum baik di Indonesia maupun di luar negeri. Implementasi program keselamatan pasien di rumah sakit terkait dengan tujuan keselamatan pasien yang meliputi identifikasi pasien yang akurat, komunikasi yang lebih efektif, peningkatan keamanan obat yang memerlukan kehati-hatian, memastikan lokasi, prosedur dan

operasi yang benar untuk pasien, serta mengurangi Risiko infeksi terkait dengan pelayanan, kesehatan dan pengurangan resiko jatuh. Dari enam tujuan keselamatan pasien, komunikasi yang efektif adalah elemen kunci dari perawatan pasien (Permenkes RI No. 1691/Menkes/Per/VIII/2011). Komunikasi yang efektif sangat penting bagi perawat untuk mencapai keselamatan pasien terutama dalam melaksanakan kolaborasi interprofesional dengan tenaga profesional yang lain khususnya dengan dokter.

Komunikasi efektif dalam kolaborasi interprofessional sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi insiden keselamatan pasien. Diharapkan rumah sakit di negara kita dapat memperkenalkan komunikasi interprofessional seperti ronde keperawatan, review kasus, pertemuan tim, dan lainnya. Selain meningkatkan keselamatan pasien, penggunaan komunikasi interprofessional juga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan profesionalisme kerja terutama dalam pelaksanaan kolaborasi interprofesional.

Bakti, dkk (2018) menyampaikan beberapa faktor yang harus diperhatikan bekerja pada proses komunikasi efektif, yaitu:

1. Sensitivitas atau kepekaan terhadap penerima komunikasi
Kepekaan itu sebenarnya penting untuk menentukan metode komunikasi dan pemilihan media komunikasi. Hal-hal yang relevan dan pribadi yang terbaik dibicarakan secara langsung atau tatap muka terlebih dahulu dan sebagainya mengurangi ketidaknyamanan dan kesempatan kesalahan komunikasi.
2. Kesadaran dan pemahaman makna simbolis.
Itu akan menjadi penting saat seseorang mendapat pesan yang akan disampaikan. Seringlah berkomunikasi baik dikomunikasikan secara non verbal atau lebih dikenal dengan bahasa tubuh. Bahasa tubuh untuk memahami apa mungkin berbeda menurut budaya memberi Anda keuntungan dalam komunikasi. pengaturan waktu dan

kembalikan pesan ini sangat penting terutama dalam komunikasi kondisi sensitif. Umpan balik meningkatkan komunikasi sekuat yang bisa didapat kepastian sejauh mana komunikasi berlangsung sumber bisa diterima oleh penerima.

3. Komunikasi tatap muka

Komunikasi seperti itu dapat kita lakukan dengan teman bicara kita, dengan begitu kita dapat melihat bahasa tubuh, lihat ekspresi wajah lawan berbicara dan menghapus kesalahan yang mungkin terjadi.

4. Komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif diharapkan dapat mengatasi kendala tersebut disebabkan oleh beberapa Pasien, dokter, perawat dan staf mengubah kesehatan Dokter bisa untuk mengetahui kondisi pasien dan keluarga serta pasiennya mempercayai dokter sepenuhnya. Kondisi ini mempengaruhi banyak orang proses penyembuhan pasien.

Selain itu keselamatan pasien merupakan isu penting dalam standar akreditasi rumah sakit. Meningkatkan komunikasi yang efektif merupakan salah satu tujuan keselamatan pasien. Metode komunikasi SBAR terdiri dari situasi, latar belakang, evaluasi dan rekomendasi adalah kerangka kerja komunikasi yang efektif dan telah ditetapkan sebagai standar komunikasi antara petugas kesehatan pasien (SNARS, 2018). Metode SBAR membantu perawat mengembangkan kebiasaan berpikir kritis, mengolah informasi, menyampaikan pesan dan memfasilitasi percakapan kolaborasi dengan dokter (Mardiana, Kristina dan Sulisno, 2019).

4.5 Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional dalam Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kerja

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang mencakup penilaian risiko, identifikasi dan manajemen risiko pasien, pelaporan dan analisis kecelakaan, dan kemampuan untuk belajar dari dan melacak insiden. Penerapan perlindungan pasien merupakan solusi untuk meminimalkan risiko dan mencegah cedera (Hidayat, *et al*, 2022).

Rumah Sakit memiliki salah satu kewajiban yaitu untuk membuat peningkatan dalam kualitas pelayanannya diantaranya dengan keselamatan terhadap pelayanan, ini membuat Rumah sakit wajib mengutamakan tujuan keselamatan terhadap pasien yang disesuaikan dengan peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah (Permenkes, 2017).

Keselamatan pasien merupakan isu global sehingga menjadi begitu penting terutama dalam pemberian pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, ini dapat kita lihat dalam Undang-Undang yang mengatur keselamatan pasien dalam beberapa pasal pada ketentuan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang antara lain dalam pasal 3 huruf (b) yang menyatakan bahwa pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit(UU, 2009).

Sebuah tim interdisipliner dalam melaksanakan penyelesaian masalah pasien yang kompleks membutuhkan upaya kolaborasi yang dapat meningkatkan efisiensi dan kontinuitas perawatan pasien. Proses kerja Interdisipliner dapat mengurangi tumpang tindih dan meningkatkan kualitas perawatan pasien melalui tugas dan tanggung jawab dan keterampilan yang saling melengkapi (Francisca, 2017).

Prinsip Kolaborasi Interprofesional :

1. Perawatan yang berpusat pada pasien
Prinsip ini mendahulukan kepentingan dan kebutuhan pasien. Baik sebagai individu maupun bersama keluarga, pasien adalah pengambil keputusan dalam masalah kesehatan.
2. Pengakuan hubungan pasien-dokter.
Percaya dan berperilaku etis dan saling menghormati.
3. Dokter sebagai direktur klinis
Pengambil keputusan yang baik, terutama dalam hal *urgent*.
4. Saling menghormati dan percaya
Saling percaya melalui pemahaman pembagian tugas dan kompetensi masing-masing individu.

Pentingnya kolaborasi interprofesional dalam *patient safety* dan keselamatan kerja terutama dalam pelayanan kesehatan sangat penting karena semua orang dalam melaksanakan pelayanan kesehatan tim yang berkolaborasi memiliki kemampuan yang berbeda-beda baik dalam segi pengetahuan, segi keterampilan, keahlian dan juga berbeda dalam pengalaman tetapi saling bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya yang memiliki tujuan yang sama. Kolaborasi interprofesional ini bertujuan yang sama untuk keselamatan bagi pasien. Selain itu, kerjasama tim kesehatan ini dapat ditingkatkan sehingga lebih baik lagi.

Tindakan dalam berbagai hal yang berkaitan dengan sistem kesehatan. Setiap orang dalam tim kesehatan dituntut memiliki kualifikasi yang baik di bidangnya untuk mengurangi faktor human error dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

Kolaborasi penting saat menerapkan keselamatan pasien, misalnya :

1. Pelayanan dalam hal kesehatan tidak dapat dilakukan oleh satu tenaga kesehatan saja
2. Bertambahnya kesadaran akan hal kesehatan oleh pasien

3. Mengetahui cara melakukan evaluasi atas tindakan salah yang dilakukan agar tidak terjadi kembali
4. Dapat mengurangi terjadinya kesalahan
5. Pasien dapat berbicara dan menyampaikan dengan baik keinginan pasien.

Manfaat bekerja sama dalam kolaborasi interprofesional dalam perawatan kesehatan :

1. Keterampilan dari berbagai layanan kesehatan dapat digabungkan
2. Membentuk tim yang berfungsi dengan baik dan berkualitas
3. Kualitas layanan kesehatan dan jumlah layanan kesehatan meningkat
4. Agar masyarakat mudah mengakses pelayanan kesehatan
5. Tim kesehatan dapat saling bertukar informasi dengan tenaga medis lainnya
6. Menciptakan kerja tim yang koheren
7. Penyediaan layanan kesehatan berkualitas
8. Keterampilan profesional yang spesifik
9. Memaksimalkan produktivitas dan efisiensi serta efektivitas sumber daya
10. Meningkatkan kredibilitas dengan profesionalisme, loyalitas dan kepuasan kerja
11. Ketersediaan berbagai layanan kesehatan semakin meningkat
12. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan
13. Menjelaskan peran dalam interaksi antar petugas kesehatan
14. Sebagai tenaga Profesional sehingga bisa saling menghargai dan bekerja sama
15. Tim medis memiliki pengetahuan, keterampilan dan pengalaman bagaimana membangun dan mempertahankan

kolaborasi satu sama lain dalam perawatan kesehatan yang efektif

Membangun dan memelihara kolaborasi tim perawatan kesehatan sangat penting sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien.

Ada beberapa cara untuk membangun dan memelihara kolaborasi tim kesehatan yaitu :

1. Semua anggota tim diwajibkan untuk bertemu dan berdiskusi secara teratur untuk membahas yang akan dikolaborasikan.
2. Seluruh tim perawatan kesehatan terlibat aktif dalam setiap rencana pelayanan kesehatan yang akan dilaksanakan.
3. Kenali semua anggota satu sama lain di antara mereka sendiri sehingga mereka berpartisipasi dengan baik.
4. Komunikasi harus dibangun dan dipraktikkan secara teratur.
5. Semua anggota tim harus mempercayai, memberi dukungan dan hormat-menghormati.
6. Lakukan penilaian secara rutin untuk memperbaiki kondisi di masa mendatang.
7. Hargai setiap pendapat dan saling berpartisipasi aktif semua anggota tim.

Oleh karena itu pihak rumah sakit diharapkan dapat mulai melakukan pelaksanaan kolaborasi interprofesional untuk meningkatkan *patient safety* sebagai patokan pada saat pelayanan kesehatan kita terapkan, sehingga tim kesehatan yang ada dapat bekerja dengan sebaik-baiknya (Keumalasari *et al*, 2021).

Dengan adanya kolaborasi interprofesional dapat meningkat keselamatan pasien begitu juga dengan keselamatan

kerja karena semua tim bekerjasama dengan baik sesuai dengan keilmuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini,N.H.,Santoso,A. 2018. Komunikasi Interprofesional Dalam Peningkatan Keselamatan Pasien: Systematic Review. Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan.1,(1):28-34.
- Asmirajanti, M., Syuhaimie Hamid, A. Y., & Hariyati, T. S. 2018. Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: a literature review. *Enfermeria Clinica*, 28(June), 240–244. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30076-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30076-7)
- Bakti, I., Sumartias, S., Damayanti, T. and Nugraha, A.R., 2018. Pengembangan model komunikasi pariwisata berbasis kearifan lokal di kawasan geopark Pangandaran. *Jurnal Kajian Komunikasi*, 6(2), pp.217-230.
- Collaborative, C. I. H. 2010. A national interprofessional competency framework. *The Collaborative*
- Craig, S. L., Eaton, A. D., Belitzky, M., Kates, L. E., Dimitropoulos, G., & Tobin, J. 2020. Empowering the team: A social work model of interprofessional collaboration in hospitals. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 19 (April 2021), 100327. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100327>
- Falk, A. L., Hopwood, N., & Dahlgren, M. A. 2017. Unfolding practices: A sociomaterial view of interprofessional collaboration in health care. *Professions and Professionalism*, 7(2). <https://doi.org/10.7577/pp.1699>
- Francisca Sri Susilaningsih. 2017. *Sosialisasi Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit*.<https://jurnal.unpad.ac.id/dharmakarya/article/view/14870/7871>

- Hidayat, L. O., Shabir, A. M. and Ahmad, N. 2022 "Desain Kerja, Kolaborasi Interprofesional, dan Beban Kerja dengan Penerapan Keselamatan Pasien", *Jurnal Keperawatan Profesional (KEPO)*, 3(2), pp. 138–147. doi: 10.36590/kepo.v3i2.452
- Irajpour, A., & Alavi, M. 2015. Health professionals' experiences and perceptions of challenges of interprofessional collaboration: Socio-cultural influences of IPC. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), 99–104.
- Keumalasari, Krisna Yetti & Rr. Tutik Sri Hariyati. 2021. Penerapan Model Kolaborasi Interprofesional Dalam Upaya Meningkatkan Keselamatan. Pasien: a Systematic Review. *Real in Nursing Journal*, ojs.fdk.ac.id. DOI: <http://dx.doi.org/10.32883/rnj.v4i2.1222.g511>
- Mardiana, S. S., Kristina, T. N. and Sulisno, M. 2019. 'Penerapan komunikasi SBAR untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan dokter', *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 10(2), 273. <http://dx.doi.org/10.26751/jikk.v10i2.48>
- Permenkes RI[Peraturan Kementerian Kesehatan]. 2017. Permenkes RINo. 11 tentang Keselamatan pasien rumah sakit. Jakarta: Kemenkes
- Ridar, I., & Santoso, A. 2018. Peningkatan Komunikasi Dalam Pelaksanaan Interprofessional Collaboration melalui Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi. *Prosiding Seminar Nasional Unimus*, 144-149.
- Saroh, A.M., 2019. PERLUNYA INTERPROFESIONAL COLLABORATION UNTUK MEWUJUDKAN KESELAMATAN PASIEN.
- Siokal, B. 2021 "Potensi Penerapan Interprofessional Collaboration Practice (IPC) Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin", *Journal of Muslim Community Health*, 2(1), pp. 1-8. doi: 10.52103/jmch.v2i1.484

- SNARS 2018 SBAR – Komunikasi Efektif di Rumah Sakit, viewed 9 July 2021, <https://snars.web.id/rs/sbar-komunikasi-efektif-di-rumah-sakit>.
- UU [Undang-Undang]. Undang-Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit Tahun 2009. Jakarta: Peraturan Presiden RI.
- Utami, L., Hapsari, S., & Widyandana, 2016. Hubungan Antara Sikap Dan Perilaku Kolaborasi dan Praktik Kolaborasi Interprofesional Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Rapih. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* , 7-16.
- Widyastuti, C.S., 2018. Analisis faktor kesiapan perawat dalam praktik kolaborasi interprofesional di rumah sakit panti nugroho yogyakarta. *Media Ilmu Kesehatan*, 7(1), pp.71-81

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN BERHUBUNGAN DENGAN KESELAMATAN PASIEN NYERI

Oleh Maria Kurnyata Rante Kada

5.1 Pendahuluan

Nyeri adalah perasaan sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang menyertai kerusakan jaringan yang ada atau yang akan datang atau merujuk pada kerusakan jaringan. Nyeri merupakan pengalaman yang paling sering dilaporkan oleh pasien, dan kecemasan pasien merupakan bentuk sinyal peringatan. Ini adalah fenomena sensual dan perseptual, yang menyebabkan penderitaan dan keadaan emosional terkait dengan kecemasan (Świeboda *et al.*, 2013)

Nyeri memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup pasien, termasuk gangguan tidur, kecemasan, depresi, penurunan mobilitas, dan penurunan fungsi fisik. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang tepat guna mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien (American Society for Pain Management Nursing, 2021)

Secara keseluruhan, asuhan keperawatan yang baik pada pasien nyeri tidak hanya membantu mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien, tetapi juga memainkan peran penting dalam mencapai hasil perawatan yang optimal. Perawat sebagai anggota tim perawatan memiliki tanggung jawab untuk

memberikan asuhan yang holistik, individualistik, dan berfokus pada pasien guna mengelola nyeri dengan efektif (Rashed, 2019)

5.2 Konsep Nyeri

5.2.1 Pengertian

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan dalam istilah kerusakan jaringan. Nyeri merupakan pengalaman subjektif yang dapat mempengaruhi fisik, emosi, dan kualitas hidup seseorang (International Association for the Study of Pain, 2019)

Nyeri merupakan pengalaman yang paling sering dilaporkan oleh pasien, dan kecemasan pasien merupakan bentuk sinyal peringatan. Ini adalah fenomena sensual dan perseptual, yang menyebabkan penderitaan dan keadaan emosional berisiko terkait dengan kecemasan. Nyeri yang tidak disebabkan oleh cedera akut dapat menjadi tidak menyenangkan bagi pasien, atau dapat mengubah hidup seseorang, menurunkan kualitas hidup, dan juga berdampak pada keluarga pasien. Kata “sakit” bagi pasien berarti penyakit dan penderitaan, bagi dokter itu adalah gejala, dan bagi ahli fisiologi itu adalah sejenis perasaan yang memiliki sistem anatomi dan fisiologis sendiri yang dimulai dengan reseptor dan diakhiri dengan di korteks otak. Perasaan adalah sensasi fisik yang dapat dikonfirmasi dengan metode elektrofisiologi, tetapi dalam praktiknya hanya sensasi subjektif. Intensitas dan kualitasnya berada di bawah berbagai faktor internal dan eksternal; oleh karena itu, rangsangan yang sama dapat dialami secara berbeda dalam keadaan, kondisi somatik dan kejiwaan yang berbeda (Świeboda *et al.*, 2013)

5.2.2 Mekanisme Nyeri

Nosisepsi merupakan suatu proses fisiologis dimana informasi tentang kerusakan jaringan dikomunikasikan ke sistem saraf pusat (SSP). Proses ini melibatkan empat proses yakni:

1. Transduksi

Mekanisme transduksi nyeri melibatkan aktivasi nociceptor oleh rangsangan fisik atau kimia. Nociceptor mengubah stimulus tersebut menjadi sinyal listrik yang dapat dipahami oleh sistem saraf (Julius and Basbaum, 2021)

2. Transmisi

Sinyal nyeri dikirimkan dari nociceptor melalui serangkaian neuron ke sumsum tulang belakang dan kemudian ke otak melalui jalur saraf. Pada level sumsum tulang belakang, neurotransmiter seperti substansi P dan glutamat memainkan peran penting dalam transmisi sinyal nyeri (Todd, 2010). Proses transmisi ini meliputi 3 segmen yakni :

Aktivasi dan Transduksi Nociceptor: Rangsangan nyeri diubah menjadi sinyal listrik oleh nociceptor di ujung saraf perifer. Ini melibatkan aktivasi reseptor nociceptor yang sensitif terhadap rangsangan nyeri, seperti tekanan, panas, atau zat kimia yang merusak (Julius and Basbaum, 2021)

3. Persepsi

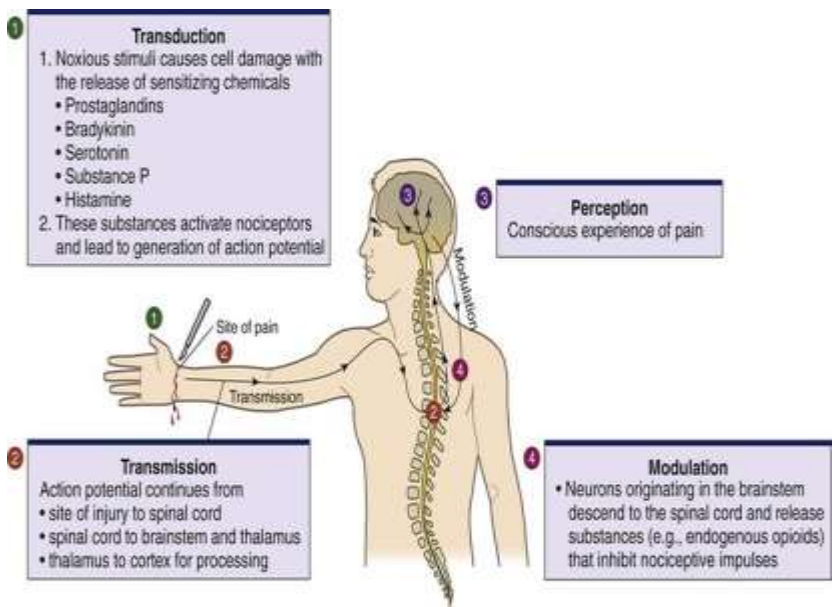
Persepsi nyeri merujuk pada pengalaman subjektif yang melibatkan kesadaran seseorang terhadap sensasi nyeri. Ini mencakup pemahaman individu tentang intensitas, lokasi, kualitas, dan durasi nyeri yang dirasakan. Persepsi nyeri melibatkan interaksi kompleks antara sistem saraf, faktor psikologis, dan konteks sosial yang memengaruhi bagaimana seseorang merasakan dan menginterpretasikan nyeri. Proses persepsi nyeri melibatkan beberapa langkah, termasuk transduksi, transmisi, modulasi, dan integrasi informasi nyeri di otak. Rangsangan nyeri diubah menjadi sinyal listrik oleh

nociceptor di daerah yang terpengaruh. Sinyal ini kemudian ditransmisikan melalui jalur saraf ke sumsum tulang belakang dan kemudian ke otak, di mana informasi nyeri diterima, diolah, dan diberikan makna.

Faktor psikologis seperti perhatian, emosi, harapan, pengalaman sebelumnya, dan penilaian individu terhadap nyeri juga mempengaruhi persepsi nyeri. Konteks sosial dan budaya juga dapat mempengaruhi bagaimana seseorang menginterpretasikan dan merespons nyeri. Persepsi nyeri adalah pengalaman yang sangat individual dan kompleks, yang melibatkan interaksi antara aspek sensorik, emosional, kognitif, dan sosial dalam pengalaman nyeri seseorang (Melzack and Katz, 2013)

4. Modulasi: Sinyal nyeri dapat dimodulasi atau dimodifikasi baik di sumsum tulang belakang maupun di otak. Mekanisme modulasi melibatkan pengaruh sistem saraf endogen yang menghambat atau mengurangi sinyal nyeri (Porreca, F., & Navratilova, E, 2021). Modulasi nyeri merujuk pada proses dimana sinyal nyeri dapat diubah, dihambat, atau dimodifikasi dalam sistem saraf. Proses ini melibatkan interaksi kompleks antara jalur saraf yang mengirimkan sinyal nyeri dan mekanisme penghambatan atau penurunan sensitivitas terhadap nyeri. Modulasi nyeri dapat terjadi di berbagai tingkatan sistem saraf, termasuk di sumsum tulang belakang dan di otak. Ada dua jenis utama modulasi nyeri yang terjadi :
 - a. Modulasi Terbawah (*Periphery*): Modulasi ini terjadi di tempat sinyal nyeri pertama kali dihasilkan, yaitu di perifer atau sekitar daerah yang mengalami kerusakan atau rangsangan nociceptif. Proses ini melibatkan pelepasan zat kimia, seperti endorfin atau enkefalin, yang menghambat transmisi sinyal nyeri pada tingkat lokal

- b. **Modulasi Tertinggi (Supraspinal):** Modulasi ini terjadi di tingkat otak, di mana sinyal nyeri diproses dan diatur secara lebih kompleks. Sistem saraf endogen, termasuk sistem opioid endogen, seperti jalur descending inhibitory dan aktivasi sistem saraf parasimpatis, berperan dalam menghambat atau mengurangi sensitivitas terhadap sinyal nyeri. (Porreca and Navratilova, 2017)



Gambar 5.1. Mekanisme Nyeri
(Sumber : Dewit and Dallred, 2017)

5.2.3 Dimensi Nyeri

1. **Dimensi Sensoris:** Dimensi ini mencakup aspek fisik dan sensorik nyeri seperti intensitas, lokasi, kualitas, dan durasi nyeri. **Intensitas:** Merujuk pada tingkat kekuatan atau kekuatan nyeri yang dialami oleh individu. Biasanya

diukur menggunakan skala numerik atau visual analog scale (VAS). Kualitas: Menggambarkan jenis atau karakteristik nyeri yang dialami, seperti tajam, tumpul, terbakar, menusuk, dsb. Lokasi: Menunjukkan area atau bagian tubuh di mana nyeri terlokalisasi atau dirasakan. Durasi: Merujuk pada lamanya nyeri yang dialami, baik akut (berlangsung dalam waktu singkat) atau kronis (International Association for the Study of Pain, 2019; Treede et al., 2019)

2. Dimensi Affective: Dimensi ini melibatkan aspek emosional nyeri, termasuk tingkat kecemasan, depresi, distress, dan faktor emosional yang terkait dengan nyeri. instrumen dan skala penilaian yang dirancang khusus untuk mengukur aspek emosional nyeri. Beberapa skala penilaian yang umum digunakan untuk mengukur dimensi nyeri afektif antara lain :

- a) *Beck Anxiety Inventory* (BAI): Skala ini digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan individu yang terkait dengan nyeri
- b) *Beck Depression Inventory* (BDI): Skala ini digunakan untuk mengukur tingkat depresi individu yang terkait dengan nyeri
- c) *Pain Catastrophizing Scale* (PCS): Skala ini digunakan untuk mengukur kecenderungan individu untuk mengalami pikiran negatif yang berlebihan dan kekhawatiran berlebihan terhadap nyeri
- d) *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS): Skala ini digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan dan depresi pada pasien dengan kondisi medis, termasuk nyeri.

Dimensi nyeri afektif penting dalam pemahaman dan penanganan nyeri, karena emosi dapat mempengaruhi

persepsi nyeri, respons terhadap nyeri, dan kualitas hidup individu yang mengalami nyeri (Sullivan and Ballantyne, 2016)

3. Dimensi Kognitif: Dimensi ini melibatkan faktor kognitif yang terkait dengan nyeri, seperti atribusi penyebab nyeri, persepsi kontrol, keyakinan, dan interpretasi nyeri.

- a) Interpretasi nyeri : Dimensi ini mencakup bagaimana individu memberikan makna terhadap nyeri yang mereka alami. Hal ini melibatkan interpretasi mereka tentang penyebab nyeri, ancaman yang terkait dengan nyeri, dan konsekuensi yang mungkin timbul dari nyeri tersebut
- b) Atribusi Penyebab Nyeri: Dimensi ini mencakup keyakinan individu tentang faktor-faktor yang menjadi penyebab nyeri mereka. Ini termasuk atribusi terhadap faktor internal (seperti kondisi fisik atau keadaan kesehatan) dan faktor eksternal (seperti kecelakaan atau cedera)
- c) Persepsi Kontrol: Dimensi ini melibatkan penilaian individu tentang sejauh mana mereka memiliki kontrol atau pengaruh terhadap nyeri mereka. Hal ini mencakup keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk mengendalikan nyeri atau mengelola dampaknya dalam kehidupan sehari-hari.
- d) Keyakinan dan Harapan: Dimensi ini mencakup keyakinan individu tentang penyembuhan atau pemulihan dari nyeri. Hal ini termasuk harapan individu tentang prospek pemulihan dan perubahan positif dalam kondisi nyeri mereka.

Beberapa alat penilaian yang digunakan untuk mengukur dimensi kognitif nyeri termasuk *Cognitive Coping Strategy Questionnaire* (CCSQ), *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), dan *Fear of Pain Questionnaire* (FPQ).

Dimensi kognitif nyeri penting dalam pengelolaan nyeri, karena pemikiran dan keyakinan individu dapat memengaruhi persepsi, pengalaman, dan respon terhadap nyeri. Terapi kognitif perilaku (CBT) dan pendekatan lain yang berfokus pada dimensi kognitif nyeri telah digunakan dalam pengobatan nyeri kronik (Herr *et al.*, 2011)

4. Dimensi fisiologis : Dimensi nyeri fisiologis mencakup respons fisiologis yang terjadi di tubuh sebagai respons terhadap stimulus nyeri. Ini melibatkan sistem saraf perifer dan pusat, serta mekanisme biologis yang terlibat dalam persepsi, transmisi, dan pengolahan sinyal nyeri. Beberapa aspek fisiologis yang terkait dengan dimensi nyeri fisiologis antara lain :
 - a) Aktivitas saraf perifer: Stimulus nyeri diinduksi oleh aktivasi reseptor nyeri di ujung saraf perifer. Reseptor ini mengirimkan sinyal ke sumsum tulang belakang dan otak untuk diproses lebih lanjut
 - b) Transmisi saraf: Sinyal nyeri dikirim melalui serangkaian jalur saraf yang melibatkan serat saraf sensorik, traktus spinothalamicus, dan jalur-jalur saraf lainnya. Proses transmisi ini melibatkan pelepasan neurotransmitter yang mengirimkan sinyal nyeri dari satu sel saraf ke sel saraf lainnya
 - c) Pengolahan saraf pusat: Sinyal nyeri diterima dan diproses oleh pusat nyeri di otak, termasuk korteks somatosensori, talamus, dan struktur otak lainnya. Proses pengolahan ini melibatkan penilaian, interpretasi, dan pemberian makna terhadap stimulus nyeri
 - d) Respon fisiologis: Stimulus nyeri dapat memicu respon fisiologis seperti peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan pernapasan,

pelepasan hormon stres, serta aktivasi sistem imun (Gracely, 2011)

5. Dimensi Perilaku: Dimensi ini melibatkan respons perilaku terhadap nyeri, seperti menghindari aktivitas yang memperburuk nyeri, mencari dukungan sosial, dan penggunaan strategi koping (Murphy et al., 2019)

5.2.4 Klasifikasi nyeri

Ada beberapa klasifikasi nyeri yakni :

- 1) Berdasarkan Sumbernya:
 - a) Nyeri Nociceptive: Nyeri yang disebabkan oleh aktivasi reseptor nyeri nociceptor pada jaringan yang terluka atau meradang. Contohnya, nyeri akibat luka, peradangan, atau tekanan.
 - b) Nyeri Neuropatik: Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan atau gangguan pada sistem saraf. Contohnya, nyeri akibat neuropati perifer, neuralgia trigeminal, atau neuropati diabetes
- 2) Berdasarkan Durasi:
 - a) Nyeri Akut: Nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan biasanya berlangsung dalam rentang waktu yang terbatas, umumnya kurang dari 3 bulan. Contohnya, nyeri pasca operasi atau nyeri akibat cedera.
 - b) Nyeri Kronis: Nyeri yang berlangsung dalam jangka waktu yang lebih lama, umumnya lebih dari 3 bulan, dan bisa bersifat persisten atau berulang. Contohnya, nyeri punggung kronis, nyeri kepala migrain, atau nyeri kronis pada penyakit degenerative
- 3) Berdasarkan Lokasi atau Organ yang Terlibat:
 - a) Nyeri Somatik: Nyeri yang berasal dari jaringan muskuloskeletal atau organ tubuh lainnya. Contohnya, nyeri otot, nyeri tulang, atau nyeri pada luka sayatan.

- b) Nyeri Visceral: Nyeri yang berasal dari organ-organ dalam tubuh seperti lambung, usus, atau ginjal. Contohnya, nyeri perut akibat gangguan pencernaan atau nyeri pada infark miokardium (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013)

5.3 Asuhan Keperawatan Yang Berhubungan Dengan Keselamatan Pasien Nyeri

5.3.1 Pengkajian

1) Prinsip Utama Pengkajian Nyeri

Prinsip utama pengkajian nyeri melibatkan pendekatan sistematis dalam mengevaluasi dan memahami pengalaman nyeri seseorang. Berikut adalah beberapa prinsip utama dalam pengkajian nyeri yakni :

- a) Pendekatan Berpusat pada Pasien: Penilaian nyeri harus memberikan prioritas pada perspektif dan laporan diri pasien mengenai nyeri. Penting untuk melibatkan pasien secara aktif dalam menjelaskan pengalaman nyeri mereka, termasuk lokasi, intensitas, kualitas, dan faktor terkait lainnya
- b) Penilaian Multidimensi: Nyeri merupakan pengalaman yang kompleks yang meliputi berbagai dimensi, termasuk aspek sensorik, afektif, kognitif, dan perilaku. Penilaian nyeri yang komprehensif harus mempertimbangkan dimensi-dimensi ini untuk memperoleh pemahaman yang holistik terhadap pengalaman nyeri
- c) Pengukuran yang Valid dan Reliabel: Alat penilaian nyeri harus valid dan reliabel untuk memastikan pengukuran nyeri yang akurat dan konsisten. Berbagai skala laporan diri, seperti skala angka, skala analog visual, atau skala deskriptor verbal, dapat digunakan untuk menilai intensitas nyeri. Selain itu, pengukuran

lain dapat menilai dampak nyeri pada fungsi sehari-hari, kesejahteraan emosional, dan kualitas hidup

- d) **Pertimbangan Budaya:** Faktor budaya dapat memengaruhi pengalaman nyeri, ekspresi nyeri, dan respons terhadap nyeri. Penilaian nyeri harus sensitif terhadap budaya dan mempertimbangkan latar belakang budaya, kepercayaan, dan nilai-nilai pasien terkait nyeri
- e) **Penilaian Rutin dan Berkelanjutan:** Penilaian nyeri harus dilakukan secara teratur dan berkala untuk memantau perubahan dalam intensitas nyeri, kualitas nyeri, dan respons terhadap intervensi. Hal ini memungkinkan penyesuaian strategi manajemen nyeri berdasarkan kebutuhan yang berkembang pada individu tersebut
- f) **Pendekatan Individual:** Penilaian nyeri harus disesuaikan dengan keadaan unik masing-masing individu, termasuk usia, tahap perkembangan, kemampuan kognitif, dan keterampilan komunikasi. Pertimbangan khusus harus diberikan dalam menilai nyeri pada populasi rentan, seperti anak-anak, lansia, atau individu dengan gangguan kognitif
- g) **Dokumentasi:** Dokumentasi yang akurat mengenai temuan penilaian nyeri sangat penting untuk komunikasi yang efektif antara profesional kesehatan dan kontinuitas perawatan. Hal ini membantu melacak efektivitas intervensi dan memfasilitasi tindak lanjut yang sesuai

Prinsip-prinsip penilaian nyeri ini memberikan kerangka kerja bagi para profesional kesehatan untuk mengevaluasi dan memahami pengalaman nyeri individu, yang pada akhirnya mengarah pada strategi manajemen nyeri yang personal dan efektif (Herr *et al.*, 2019)

2) Elemen Pengkajian Keperawatan terhadap Nyeri

Elemen-elemen dalam pengkajian nyeri yakni :

- a) Riwayat Nyeri: Menanyakan tentang onset (kapan nyeri dimulai), durasi (berapa lama nyeri berlangsung), frekuensi (seberapa sering nyeri terjadi), dan faktor pencetus atau pemicu nyeri
- b) Skala Intensitas Nyeri: Menggunakan skala untuk menilai tingkat intensitas nyeri, seperti skala angka, skala wajah, atau skala analog visual. Pasien diminta untuk memberikan penilaian subyektif terhadap tingkat nyeri mereka
- c) Lokasi Nyeri: Mengidentifikasi lokasi atau daerah tubuh di mana nyeri dirasakan. Hal ini membantu dalam menentukan penyebab potensial nyeri dan memandu diagnosa atau evaluasi lebih lanjut
- d) Kualitas Nyeri: Menggambarkan karakteristik nyeri, seperti tajam, tumpul, menusuk, terbakar, atau terasa seperti denyutan. Informasi ini membantu dalam mengidentifikasi jenis nyeri dan mencari penyebab yang mendasarinya
- e) Faktor Pencetus atau Pemicu Nyeri: Menyelidiki faktor-faktor yang memperburuk atau memperkuat nyeri, seperti gerakan tertentu, aktivitas fisik, posisi tubuh, suhu, atau faktor emosional (ASPMN, 2018)
- f) Faktor Pemulihan atau Penghilang Nyeri: Menyelidiki tindakan atau strategi yang dapat membantu meredakan atau menghilangkan nyeri, seperti istirahat, penggunaan obat penghilang nyeri, kompres dingin atau hangat, atau teknik relaksasi
- g) Dampak Nyeri: Mengevaluasi dampak nyeri pada aktivitas sehari-hari, tidur, fungsi fisik, kualitas hidup, dan aspek emosional. Hal ini membantu dalam

merencanakan intervensi yang tepat dan mengukur respons terhadap pengobatan

- h) Evaluasi Faktor Psikososial: Memperhatikan faktor-faktor psikososial yang dapat memengaruhi pengalaman nyeri, seperti tingkat stres, kecemasan, depresi, dan dukungan sosial. Hal ini penting dalam menyediakan perawatan yang holistik dan mendukung
- i) Observasi Perilaku: Mengamati ekspresi wajah, gerakan tubuh, atau tanda-tanda perilaku lainnya yang mengindikasikan adanya nyeri. Observasi ini dapat memberikan petunjuk tambahan tentang tingkat nyeri dan respons terhadap pengobatan
- j) Komunikasi dan Kolaborasi: Membangun komunikasi yang baik dengan pasien dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan terkait manajemen nyeri. Kolaborasi dengan tim perawatan kesehatan juga penting untuk merencanakan perawatan yang holistik dan terkoordinasi

Penilaian nyeri yang komprehensif melibatkan penggabungan informasi dari berbagai elemen ini untuk memahami dan mengevaluasi pengalaman nyeri individu (Herr *et al.*, 2011)

5.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk masalah nyeri yakni :

1) Nyeri akut

Deskripsi: Sensasi sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual dan memiliki durasi yang terbatas.

Contoh Diagnosis Keperawatan:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan luka jaringan setelah prosedur bedah
- b) Nyeri akut berhubungan dengan trauma fisik setelah

2) Nyeri kronis

Deskripsi: Sensasi sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berlangsung lebih dari 3 bulan atau melebihi waktu yang diharapkan penyembuhan.

Contoh Diagnosis Keperawatan:

- a) Nyeri kronis berhubungan dengan penyakit kronis seperti osteoarthritis
- b) Nyeri kronis berhubungan dengan kanker pada tahap lanjut

3) Gangguan mobilitas fisik

Deskripsi: Gangguan dalam kemampuan pasien untuk bergerak atau berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari akibat nyeri.

Contoh Diagnosis Keperawatan: a. Gangguan mobilitas fungsional berhubungan dengan nyeri hebat pada tulang belakang b. Gangguan mobilitas fungsional berhubungan dengan nyeri pada sendi lutut

4) Gangguan pola tidur

Deskripsi: Gangguan pola tidur atau kualitas tidur yang buruk akibat nyeri.

Contoh Diagnosis Keperawatan:

- a) Gangguan tidur berhubungan dengan nyeri kronis pada punggung
- b) Gangguan tidur berhubungan dengan nyeri neuropatik pada kaki

5) Gangguan rasa nyaman

Deskripsi : Sensasi tidak nyaman yang dialami oleh individu, termasuk rasa tidak enak, kegelisahan, atau ketidaknyamanan fisik

Contoh Diagnosis Keperawatan:

- a) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri pascaoperasi pada area luka operasi

- b) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri pada daerah gigi yang berlubang
- 6) Ansietas
 - Deskripsi : Gangguan emosional yang ditandai dengan perasaan cemas, takut, dan ketegangan yang berhubungan dengan nyeri
 - Contoh Diagnosis Keperawatan:
 - a) Ansietas berhubungan dengan nyeri dada yang tidak diketahui penyebabnya
 - b) Ansietas berhubungan dengan nyeri kronis yang mempengaruhi kualitas hidup
- 7) Resiko cedera
 - Deskripsi: Potensi terjadinya cedera fisik atau kerusakan jaringan akibat peningkatan respons nyeri dan penurunan kewaspadaan pasien
 - Contoh Diagnosis Keperawatan:
 - a) Resiko cedera berhubungan dengan nyeri hebat yang membatasi gerakan pasien
 - b) Resiko cedera berhubungan dengan nyeri neuropatik yang menyebabkan kehilangan sensasi pada ekstremitas
- 8) Defisit perawatan diri
 - Deskripsi : Ketidakmampuan individu untuk melakukan aktivitas perawatan diri yang biasanya dilakukan akibat nyeri
 - Contoh Diagnosis Keperawatan:
 - a) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan nyeri pada lengan yang mempengaruhi kemampuan mandi
 - b) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan nyeri kronis pada kaki yang mengganggu kemampuan berjalan
 - Perlu diingat bahwa diagnosis keperawatan untuk nyeri harus disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik

individu pasien. Diagnosis keperawatan ini harus didukung oleh data dan observasi yang lengkap mengenai nyeri pasien (NANDA International, 2021)

5.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan untuk mengelola nyeri dapat melibatkan berbagai pendekatan, baik farmakologi maupun non-farmakologi. Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan yang umum digunakan untuk mengatasi nyeri yakni :

1) Penilaian nyeri

Melakukan penilaian terhadap nyeri pasien secara komprehensif, termasuk intensitas nyeri, lokasi, karakteristik, faktor pemicu, dan pengaruh nyeri terhadap kegiatan sehari-hari pasien. Juga, mengidentifikasi faktor fisik, psikologis, sosial, dan spiritual yang mempengaruhi nyeri.

2) Terapi farmakologi

- a) Memberikan obat penghilang nyeri sesuai dengan resep medis, seperti analgesik opioid atau non-opioid, antiinflamasi nonsteroid (AINS), atau obat antineuropatik
- b) Memberikan obat tambahan yang dapat meningkatkan efek analgesik, seperti obat antiemetik untuk mencegah mual dan muntah yang disebabkan oleh penggunaan opioid
- c) Memantau respons pasien terhadap pengobatan dan melakukan penyesuaian dosis jika diperlukan.

3) Intervensi Non Farmakologi

- a) Teknik Relaksasi: Mengajarkan pasien teknik relaksasi, seperti pernapasan dalam, meditasi, atau visualisasi, untuk membantu mengurangi ketegangan fisik dan emosional yang terkait dengan nyeri

- b) Terapi Panas atau Dingin: Menggunakan kompres panas atau dingin pada area yang nyeri untuk mengurangi peradangan, menghilangkan kekakuan otot, atau memberikan sensasi menyenangkan yang mengalihkan perhatian dari nyeri
 - c) Distraksi: Mengalihkan perhatian pasien dari nyeri dengan memberikan stimulus atau aktivitas yang menarik, seperti mendengarkan musik, menonton film, atau bermain permainan
 - d) Terapi Pijat atau Akupunktur: Menggunakan teknik pijat atau akupunktur untuk merangsang titik-titik tertentu di tubuh dan meredakan nyeri dengan meningkatkan aliran energi atau melonggarkan otot-otot yang tegang
 - e) Terapi Aromaterapi: Menggunakan minyak esensial dengan aroma tertentu, seperti lavender atau peppermint, untuk meredakan nyeri dan menciptakan rasa relaksasi
- 4) Edukasi dan dukungan terhadap pasien
- a) Memberikan informasi kepada pasien tentang kondisi atau penyebab nyeri mereka, serta mengajarkan strategi pengelolaan nyeri yang efektif
 - b) Memberikan informasi kepada pasien tentang kondisi atau penyebab nyeri mereka, serta mengajarkan strategi pengelolaan nyeri yang efektif
 - c) Melibatkan pasien dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan nyeri mereka.

5) Lingkungan yang nyaman

- a) Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk mengurangi stimulus yang dapat memperburuk nyeri
- b) Menyediakan fasilitas tidur yang nyaman dan posisi yang optimal untuk mengurangi nyeri saat beristirahat atau tidur

6) Kolaborasi Tim Perawatan

- a) Berkoordinasi dengan tim perawatan lain, seperti dokter, ahli farmasi, atau terapis fisik, untuk mendukung pengelolaan nyeri pasien secara komprehensif

Setiap intervensi keperawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi pasien serta dilakukan dengan kerjasama antara perawat dan tim perawatan kesehatan lainnya. Melibatkan pasien secara aktif dalam pengelolaan nyeri dapat meningkatkan efektivitas intervensi dan memberikan perawatan yang holistic (Perry *et al.*, 2021)

5.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan pada pasien nyeri melibatkan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengurangi atau mengelola nyeri yang dialami pasien.

Implementasi keperawatan merupakan tindakan nyata dalam memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami nyeri sesuai dengan intervensi atau perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Implementasi keperawatan untuk nyeri harus didasarkan pada penilaian yang komprehensif dan perencanaan perawatan yang terkoordinasi. Hal ini akan memastikan bahwa intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien,

serta memberikan perawatan yang optimal (Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Hall, A. M, 2021)

5.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan untuk nyeri melibatkan proses penilaian dan pengukuran efektivitas intervensi yang dilakukan dalam mengelola nyeri pasien. Berikut adalah beberapa langkah dalam evaluasi keperawatan untuk nyeri yakni :

- 1) **Memantau Intensitas Nyeri:** Melakukan penilaian terus-menerus terhadap intensitas nyeri pasien menggunakan skala penilaian nyeri yang valid dan reliabel. Menanyakan kepada pasien tentang tingkat nyeri yang dirasakan serta mencatat respons verbal maupun non-verbal terhadap nyeri
- 2) **Evaluasi Respon Terhadap Intervensi :**
 - a) **Farmakologi:** Mengevaluasi respons pasien terhadap pengobatan nyeri yang diberikan, termasuk pengurangan intensitas nyeri dan perubahan pada skala nyeri
 - b) **Non-Farmakologi:** Menilai efektivitas teknik non-farmakologi yang diterapkan, seperti teknik relaksasi, terapi panas atau dingin, distraksi, terapi pijat, akupunktur, atau aromaterapi, dengan memperhatikan perubahan nyeri dan respons pasien
- 3) **Observasi Tanda-tanda Vital:** Melakukan pemantauan tanda-tanda vital pasien, seperti tekanan darah, denyut nadi, dan respirasi, untuk menilai adanya perubahan yang dapat terkait dengan nyeri
- 4) **Evaluasi Kesejahteraan Pasien:** Mengevaluasi kesejahteraan pasien secara keseluruhan, termasuk perubahan perilaku, pola tidur, kualitas hidup, dan kepuasan pasien terhadap pengelolaan nyeri yang dilakukan

- 5) Kolaborasi dengan Pasien: Melibatkan pasien dalam proses evaluasi, mendengarkan keluhan atau perubahan yang dialami, dan menilai keberhasilan intervensi berdasarkan pengalaman dan persepsi pasien
- 6) Revisi Perencanaan Perawatan: Jika ditemukan adanya ketidakpuasan pasien atau ketidakberhasilan dalam mengurangi nyeri, melakukan revisi perencanaan perawatan dengan melibatkan tim perawatan kesehatan dan berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan

Evaluasi keperawatan untuk nyeri penting dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan efektif dalam mengelola nyeri pasien. Evaluasi yang tepat akan membantu mengidentifikasi perubahan yang perlu dilakukan dalam perawatan dan meningkatkan kualitas perawatan nyeri secara keseluruhan (Perry *et al*, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- International Association for the Study of Pain. 2019. IASP Terminology - Pain. Diakses dari: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
- Julius, D., & Basbaum, A. I. 2021. Molecular mechanisms of nociception. *Nature*, 591(7848), 8-16
- Todd, A. J. 2020. Neuronal circuitry for pain processing in the dorsal horn. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(7), 366-382.
- Porreca, F., & Navratilova, E. 2021. Reward, motivation, and emotion of pain and its relief. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(2), 95-96.
- Porreca, F., & Navratilova, E. 2017. Reward, motivation, and emotion of pain and its relief. *Pain*, 158(2), 343-344.
- Melzack, R., & Katz, J. 2013. Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1-15.
- Kindler, Lindsay L., Polomano, Rosemary C, and Douglas, Clint. 2014. 'Chapter 4 : Pain Management.' In *Lewis's Medical-Surgical Nursing*, 4th ed, 48-80. [S.l.]: Mosby Australia. https://www-clinicalkey-com-au.ezp01.library.qut.edu.au/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9780729541770500117.pdf?locale=en_AU.
- IASP Task Force on Taxonomy. 2020. *Classification of chronic pain* (3rd ed.). IASP Press
- Sullivan, M. J., & Ballantyne, J. C. 2016. Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *Pain*, 157(1), 65-69
- Jensen, M. P., & Karoly, P. 2019. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (4th ed., pp. 17-42). Guilford Publications

- Gracely, R. H. 2011. Painful dimensions: How to measure? In M. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (3rd ed., pp. 41-53). Guilford Press.
- Keefe, F. J., & Lefebvre, J. C. 2019. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain: A review. In P. Karoly & G. A. Jensen (Eds.), *Pain behavior: A comprehensive guide* (pp. 439-454). Oxford University Press
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2021. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. Diakses pada 5 Juni 2023 dari <https://www.nice.org.uk/guidance/NG193/chapter/Recommendations#pharmacological-management-in-non-specialist-settings>.
- American Society for Pain Management Nursing (ASPMN). 2021. *Core Curriculum for Pain Management Nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. 2011. Pain assessment in the patient unable to self-report: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250
- American Society for Pain Management Nursing (ASPMN). 2018. ASPMN position statement: Pain assessment. *Pain Management Nursing*, 19(6), 564-565
- NANDA International. 2021. *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023* (12th ed.). St. Louis, MO: Thieme
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Hall, A. M. 2021. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* (9th ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

BAB 6

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN

Oleh Kamriana

6.1 Pendahuluan

Keselamatan kerja melibatkan aspek penting terkait dengan keselamatan di berbagai sektor industri, manufaktur, konstruksi, dan jasa. Tujuan utama keselamatan kerja adalah melindungi hak dan keselamatan tenaga kerja, serta memastikan keselamatan orang lain di lingkungan kerja dan penggunaan sumber daya produksi yang efisien. Upaya keselamatan kerja dilakukan melalui pencegahan kecelakaan kerja dan pengendalian risiko di lingkungan kerja.

Keselamatan kerja berlaku di segala jenis lokasi kerja, termasuk di darat, di bawah tanah, di permukaan air, di dalam air, dan di udara dalam wilayah hukum Republik Indonesia, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja. Melalui implementasi keselamatan kerja yang efektif, diharapkan terjadi peningkatan produksi, produktivitas, dan daya saing.

Dalam sektor industri, keselamatan kerja melibatkan penggunaan mesin dan peralatan yang aman, penanganan material dengan prosedur yang benar, serta pengendalian risiko di tempat kerja. Di sektor manufaktur, keselamatan kerja berkaitan dengan penggunaan pesawat uap, bejana bertekanan, alat kerja, dan bahan baku yang aman. Sementara itu, di sektor konstruksi, keselamatan kerja melibatkan langkah-langkah untuk menjaga keamanan di lokasi pembangunan, seperti

pencegahan jatuh, penggunaan alat pelindung diri, dan pengendalian risiko.

Industri jasa juga memiliki peran penting dalam keselamatan kerja. Penggunaan peralatan pembersih gedung, sarana transportasi, dan aspek lainnya harus dilakukan dengan aman dan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Keselamatan kerja di sektor jasa juga mencakup pengendalian risiko di lingkungan kerja dan perlindungan kesehatan para pekerja.

Dalam implementasi keselamatan kerja, perencanaan dan pertimbangan yang tepat sangat penting. Para pekerja juga perlu aktif sebagai pelaku dan penerima perlindungan keselamatan kerja. Dengan demikian, keselamatan kerja dapat meningkatkan kesejahteraan dan kinerja tenaga kerja, serta mendorong kemajuan masyarakat secara keseluruhan.(Wahyuni, Suyadi and Hartanto, 2018).

Manajemen perusahaan memiliki tanggung jawab penting dalam memberikan perhatian yang besar terhadap lingkungan kerja yang ada. Meskipun lingkungan kerja tidak secara langsung terlibat dalam proses produksi perusahaan, namun memiliki dampak yang signifikan terhadap karyawan yang menjalankan proses produksi tersebut. Lingkungan kerja yang kondusif bagi karyawan dapat meningkatkan kinerja mereka, sementara lingkungan kerja yang kurang baik dapat menurunkan kinerja karyawan. Oleh karena itu, perhatian khusus harus diberikan pada lingkungan kerja di PT Samudera Perdana agar pekerjaan dapat dilakukan dengan optimal.

Implementasi kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) sangat penting dalam memastikan lingkungan kerja yang aman dan sehat. Tujuan utama dari implementasi kebijakan K3 adalah untuk mengurangi jumlah kecelakaan kerja yang terjadi di lingkungan kerja. Dengan menerapkan

kebijakan ini, diharapkan jumlah kecelakaan kerja dapat berkurang dari tahun ke tahun.

Upaya implementasi kebijakan K3 melibatkan langkah-langkah untuk mencegah kecelakaan kerja, memastikan penggunaan peralatan dan mesin yang aman, menyediakan alat pelindung diri yang tepat, serta menciptakan prosedur kerja yang aman. Selain itu, perusahaan juga harus memastikan bahwa lingkungan kerja memenuhi standar kebersihan dan keamanan yang ditetapkan.

Manajemen perusahaan di PT Samudera Perdana perlu memberikan perhatian yang serius terhadap lingkungan kerja. Dengan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, di mana karyawan merasa aman, sehat, dan didukung oleh fasilitas yang memadai, kinerja karyawan dapat ditingkatkan. Ini dapat mencakup pengaturan tata letak yang ergonomis, sirkulasi udara yang baik, pencahayaan yang cukup, dan pengelolaan limbah yang aman.

Dalam rangka mencapai lingkungan kerja yang optimal, perusahaan juga harus melibatkan partisipasi dan masukan dari karyawan. Mengadakan pelatihan K3, mempromosikan kesadaran akan pentingnya K3, serta membangun budaya keselamatan di tempat kerja dapat membantu menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat.

Dengan mengutamakan perhatian pada lingkungan kerja, PT Samudera Perdana dapat meningkatkan kinerja karyawan, mencegah kecelakaan kerja, dan menciptakan suasana kerja yang produktif dan harmonis. Hal ini juga akan berdampak positif bagi keberhasilan perusahaan secara keseluruhan. (Nissa and Amalia, 2018)

6.2 Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja(K3)

Sebelum membahas definisi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), penting untuk mengetahui konsep atau pandangan yang ada mengenai K3. Terdapat dua konsep yang berbeda:

1. Konsep lama:
 - a. Kecelakaan dianggap sebagai nasib buruk yang harus diterima.
 - b. Tidak dianggap perlu untuk mencegah kecelakaan.
 - c. Ketersediaan pengganti pekerja dianggap masih banyak.
 - d. Diperlukan biaya yang tinggi untuk mengatasi kecelakaan.
 - e. Dianggap sebagai faktor penghambat produksi.
2. Konsep masa kini:
 - a. Kecelakaan dianggap bukan hanya masalah nasib semata.
 - b. Kecelakaan memiliki penyebab yang dapat dicegah.
 - c. Penyebab kecelakaan terdiri dari faktor personal sebesar 80-85% dan faktor lingkungan sebesar 15-20%.
 - d. Kecelakaan selalu menyebabkan kerugian.
 - e. Peran pimpinan memiliki peranan yang sangat penting dan menentukan.

Dalam aspek filosofis, keselamatan dan kesehatan kerja memiliki signifikansi yang berkaitan dengan usaha dan pemikiran untuk melindungi integritas dan keberlanjutan: tenaga kerja dan kemanusiaan secara umum, baik dari segi fisik maupun mental, serta mempromosikan karya dan budaya menuju masyarakat yang adil, makmur, dan sejahtera. Dalam konteks ilmiah, keselamatan dan kesehatan kerja didefinisikan sebagai sebuah disiplin ilmu yang melibatkan upaya pencegahan terhadap kecelakaan,

kebakaran, ledakan, pencemaran, penyakit, dan berbagai risiko lainnya.

- a. Pengendalian kerugian akibat kecelakaan mengacu pada upaya untuk mengurangi atau menghilangkan kerugian yang timbul akibat kecelakaan. Tujuan utamanya adalah mengendalikan dan mengurangi dampak negatif dari kecelakaan, baik dalam hal kerugian fisik, psikologis, maupun finansial. Dengan menerapkan langkah-langkah pengendalian risiko yang efektif, dapat diharapkan bahwa tingkat kerugian akibat kecelakaan akan berkurang.
- b. Kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghilangkan risiko yang tidak dapat diterima merujuk pada kemampuan untuk mengenali risiko yang tidak dapat diterima dan mengambil tindakan yang diperlukan untuk menghilangkannya. Pada dasarnya, hal ini melibatkan penilaian risiko yang komprehensif dan identifikasi sumber risiko potensial di lingkungan kerja. Dengan melakukan langkah-langkah pencegahan yang tepat, risiko yang tidak dapat diterima dapat dihilangkan atau dikurangi sejauh mungkin.

Kesehatan, dalam konteks ini, merujuk pada tingkat kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang. Secara umum, kesehatan mengacu pada usaha-usaha untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal dengan mencegah dan mengatasi penyakit yang dialami oleh pekerja, menghindari kelelahan kerja, serta menciptakan lingkungan kerja yang sehat. Melalui upaya kesehatan kerja, tujuannya adalah untuk mencapai kondisi di mana pekerja dapat bekerja dengan baik secara fisik dan mental, serta meminimalkan risiko terhadap kesehatan mereka.

Dengan demikian, keselamatan dan kesehatan kerja secara filosofis menggambarkan pentingnya menjaga dan

melindungi kesejahteraan tenaga kerja, mendorong perkembangan masyarakat yang berkeadilan, makmur, dan sejahtera. Sementara dalam aspek ilmiah, keselamatan dan kesehatan kerja melibatkan disiplin ilmu dan upaya penerapannya dalam mencegah kecelakaan, menghilangkan risiko yang tidak dapat diterima, serta mempromosikan kondisi kesehatan yang optimal bagi pekerja di lingkungan kerja. (Bahaya *et al.*, 2014)

6.3 Faktor Penyebab Terjadinya Kecelakaan Kerja

Terdapat beberapa pandangan mengenai faktor-faktor penyebab kecelakaan kerja. Secara umum, terdapat empat faktor utama yang dapat menjadi penyebab terjadinya kecelakaan:

- a. Faktor manusia berkaitan dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap individu terhadap keselamatan kerja. Hal ini mencakup pemahaman yang kurang tentang prosedur kerja yang aman, kurangnya keterampilan dalam menggunakan peralatan, dan sikap yang tidak memprioritaskan keselamatan.
- b. Faktor material melibatkan sifat dari bahan atau peralatan yang dapat mempengaruhi kesehatan dan keselamatan pekerja. Contohnya adalah penggunaan bahan kimia berbahaya tanpa perlindungan yang memadai atau penggunaan peralatan yang rusak atau tidak memenuhi standar keselamatan.
- c. Faktor sumber bahaya meliputi perilaku berbahaya dan kondisi bahaya di lingkungan kerja. Perilaku berbahaya mencakup metode kerja yang tidak benar, kelelahan, sikap yang tidak sesuai, dan sebagainya. Kondisi bahaya mencakup keadaan yang tidak aman dari mesin atau peralatan, lingkungan kerja, proses kerja, dan sifat pekerjaan.

- d. Faktor yang dihadapi melibatkan kurangnya pemeliharaan atau perawatan mesin atau peralatan sehingga tidak berfungsi dengan baik. Jika mesin atau peralatan tidak beroperasi dengan baik, dapat meningkatkan risiko terjadinya kecelakaan.

Pada umumnya, faktor-faktor penyebab kecelakaan kerja

dianggap sebagai "kejadian yang tidak dapat diduga". Namun, sebenarnya setiap kecelakaan kerja dapat diprediksi atau diduga jika tindakan dan kondisinya tidak memenuhi persyaratan yang ditetapkan. Oleh karena itu, penting untuk melaksanakan tindakan dengan aman, mengatur peralatan dan perlengkapan produksi sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Dalam konteks perilaku berbahaya, terdapat beberapa faktor yang sering menjadi pemicu, antara lain:

1. Sikap individu terkait dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang dimiliki terhadap keselamatan kerja. Jika individu kurang memahami pentingnya keselamatan kerja atau kurang memiliki keterampilan yang diperlukan, mereka cenderung melakukan perilaku berbahaya.
2. Kelelahan akibat bekerja dalam kondisi yang berlebihan atau kurang istirahat yang cukup juga dapat menyebabkan perilaku berbahaya. Kelelahan dapat mengurangi kewaspadaan dan membuat individu lebih rentan terhadap kesalahan atau tindakan yang tidak aman.
3. Gangguan psikologis, seperti stres atau masalah emosional, juga dapat mempengaruhi kondisi mental dan emosional seseorang. Hal ini dapat mengganggu konsentrasi dan mengarah pada perilaku berbahaya di tempat kerja. (Bahaya *et al.*, 2014)

6.4 Tujuan Kesehatan dan Keselamatan kerja

Secara keseluruhan, tujuan K3 adalah untuk mencapai kesejahteraan dan produktivitas tenaga kerja. Tujuan tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Menjamin kesehatan dan keselamatan tenaga kerja serta semua individu yang berada di tempat kerja.
2. Memastikan kelancaran operasional sumber-sumber produksi.
3. Meningkatkan tingkat kesehatan petugas yang terlibat dalam pekerjaan. (Wahyuni, Suyadi and Hartanto, 2018)

6.5 Kecelakaan Kerja

Kecelakaan kerja adalah peristiwa yang tidak diharapkan yang mengakibatkan kerugian pada manusia (seperti cedera), kerusakan properti, lingkungan, atau proses kerja. Hal ini terjadi akibat interaksi dengan sumber energi seperti energi mekanik, kimia, kinetik, dan fisik yang melebihi batas kemampuan tubuh, peralatan, atau struktur. (Mansyur, 2020)

6.6 Faktor-Faktor Timbulnya Kecelakaan Kerja

Kecelakaan dapat terjadi pada pegawai karena berbagai faktor, dan upaya untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman serta proses yang teratur yang terkait dengan pekerjaan menjadi faktor penting dalam menggerakkan para pegawai. Secara umum, penyebab kecelakaan dapat dilihat dari tiga faktor, yaitu :

1. Faktor lingkungan,
2. Faktor manusia, dan
3. Faktor mesin/alat.

Faktor lingkungan meliputi beberapa hal seperti kurangnya kepemimpinan/pengawasan yang memadai, ketersediaan barang yang kurang memadai, keterbatasan sarana dan prasarana, standar

kerja yang tidak memadai, kurangnya perawatan, dan adanya penyalahgunaan.

Faktor manusia meliputi faktor-faktor seperti kurangnya kemampuan fisik, mental, dan psikologis, kurangnya pengetahuan dan keterampilan, kurangnya pemahaman tentang pentingnya penggunaan alat pelindung diri, serta motivasi yang kurang atau salah.

Faktor mesin/alat melibatkan aspek seperti pencahayaan yang kurang memadai, kurangnya pemeliharaan mesin/alat, kerusakan teknis, ketidaksesuaian alat/mesin yang diperlukan, dan kekurangan alat.(Santayasa, 2005)

6.7 Kerugian Akibat Kecelakaan

Setiap kecelakaan kerja memiliki konsekuensi yang signifikan, baik dalam bentuk kerugian material maupun fisik. Dampak dari kecelakaan kerja ini dapat menyebabkan kerugian yang substansial. (Meliza, 2011) .

Beberapa dampak yang terjadi akibat kecelakaan kerja antara lain:

1. Kerugian finansial, termasuk kerusakan pada peralatan, bahan, dan bangunan.
2. Biaya pengobatan dan perawatan medis.
3. Tunjangan kecelakaan yang harus diberikan kepada korban.
4. Penurunan jumlah produksi dan kualitas produk.
5. Pembayaran kompensasi bagi korban kecelakaan.
6. Penggantian tenaga kerja yang terkena dampak kecelakaan.
7. Kerugian non-finansial, seperti penderitaan yang dialami korban.
8. Hilangnya waktu kerja akibat sakit atau pemulihan.
9. Gangguan pada produktivitas karena absensi karyawan yang terluka.

10. Hilangnya waktu selama sakit
11. Hilangnya waktu kerja. (Sapti, 2019)

6.8 Kesehatan Kerja

Kesehatan kerja melibatkan kondisi di lingkungan kerja yang tidak menyebabkan gangguan fisik, mental, emosional, atau rasa sakit bagi individu yang bekerja di sana. Risiko kesehatan merujuk pada faktor-faktor dalam lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi kesehatan dalam jangka waktu yang panjang, seperti lingkungan yang menimbulkan stres emosional atau masalah fisik. Konsep kesehatan kerja bertujuan untuk melindungi pekerja dari penyalahgunaan oleh majikan, seperti penggunaan tenaga kerja dengan upah rendah. Selain perlindungan terhadap pekerja dari penyalahgunaan, kesehatan kerja juga berfokus pada kesejahteraan pekerja itu sendiri. Pekerja diharapkan untuk mencapai keseimbangan antara kegiatan kerja dan kesehatan jasmani serta rohani mereka. Penting bagi pengusaha untuk memperhatikan kesehatan kerja karena dengan menerapkan program kesehatan yang baik, karyawan akan mendapatkan manfaat material, seperti absensi yang lebih jarang dan bekerja dalam lingkungan yang lebih menyenangkan. Hal ini pada akhirnya akan meningkatkan produktivitas karyawan secara keseluruhan. (Santyasa, 2005)

6.9 Sumber-Sumber Kecelakaan Kerja

Terdapat beberapa faktor yang sering menjadi penyebab kecelakaan kerja, yang berasal dari sifat pekerjaan dan lokasi yang memiliki risiko. Beberapa sumber kecelakaan kerja meliputi:

1. Bahan Kimia: Termasuk bahan kimia yang mudah terbakar, beracun, korosif, tidak stabil, reaktif, dan gas berbahaya.
2. Bahan-bahan Biologis: Upaya untuk mengurangi atau menghindari risiko infeksi atau pelepasan mikroorganisme

- yang berbahaya bagi pekerja atau lingkungan dikenal sebagai bio-keselamatan.
3. Aliran Listrik: Penggunaan peralatan dengan daya listrik tinggi meningkatkan risiko terkena aliran listrik.
 4. Ionisasi Radiasi: Radiasi ionisasi dapat berasal dari peralatan seperti sinar X atau radiasi internal yang digunakan pada bahan radioaktif.
 5. Faktor Mekanik: Kesalahan dalam prosedur kerja pada tugas mekanik seperti transportasi bahan baku atau penggantian peralatan dapat menyebabkan kecelakaan kerja. Penggunaan peralatan keselamatan seperti pakaian kerja, helm, kacamata, sarung tangan, dan sepatu sangat penting dalam pekerjaan ini.
 6. Api: Penggunaan bahan kimia yang mudah terbakar di laboratorium atau industri dapat menyebabkan risiko kebakaran.
 7. Suara (Kebisingan): Peralatan industri seperti generator, pendingin, atau mesin pneumatik dapat menghasilkan kebisingan yang dapat menyebabkan kecelakaan kerja dan masalah kesehatan.

Untuk mencegah kecelakaan, perusahaan perlu memperhatikan faktor-faktor ini dan menerapkan langkah-langkah keselamatan yang sesuai dalam lingkungan kerja mereka.

6.10 Teori Tentang Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja mencakup sumber daya dan kondisi di tempat kerja yang diperlukan oleh individu untuk melaksanakan tugas-tugas mereka. Tempat atau lingkungan kerja dalam perusahaan memiliki dampak yang signifikan terhadap kinerja karyawan. Lingkungan kerja yang tidak memadai dapat mengganggu karyawan dalam menjalankan

tugas mereka dan menyebabkan penurunan kinerja. Kesesuaian lingkungan kerja dianggap baik atau sesuai ketika individu dapat bekerja secara optimal, sehat, aman, dan nyaman. Penting untuk menciptakan kondisi lingkungan kerja yang baik karena hal ini dapat berdampak jangka panjang. Selain itu, lingkungan kerja yang kurang memadai dapat memerlukan penggunaan tenaga kerja dan waktu yang tidak efisien, sehingga tidak mendukung pencapaian efisiensi dalam sistem kerja. Definisi lingkungan kerja mencakup semua elemen di sekitar para pekerja yang dapat mempengaruhi mereka dalam melaksanakan tugas-tugas yang telah diberikan. (Nissa and Amalia, 2018)

6.11 Teori Tentang Kinerja

Kinerja merupakan tindakan konkret yang diperlihatkan oleh setiap individu sebagai hasil kerja yang dihasilkan sesuai dengan peran mereka dalam organisasi. Dapat dikatakan bahwa kinerja karyawan mencerminkan pencapaian keseluruhan seseorang selama periode waktu tertentu dalam menjalankan tugas-tugas mereka, termasuk standar kinerja, target atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan disepakati bersama.

6.12 Teori Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Terhadap Kinerja

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah upaya untuk menciptakan kondisi kerja yang aman dan bebas dari gangguan fisik dan mental melalui pendidikan, pelatihan, pengawasan, dan penerapan aturan yang berlaku. Manajemen K3 bertujuan untuk mencari cara optimal dalam mencegah kecelakaan dan mengevaluasi efektivitas langkah-langkah pengendalian kecelakaan yang diimplementasikan oleh perusahaan. Tingkat kinerja karyawan dipengaruhi oleh kenyamanan kerja, yang secara signifikan dipengaruhi oleh lingkungan kerja. Jika lingkungan kerja tidak nyaman, pekerjaan yang dilakukan tidak akan optimal dan

dapat mengakibatkan suasana kerja yang kurang bersemangat dan monoton. Sebaliknya, jika lingkungan kerja mendukung, karyawan dapat bekerja secara optimal dan dengan semangat yang tinggi. (Meliza, 2011)

Berikut adalah beberapa tujuan dan manfaat dari keselamatan dan kesehatan kerja:

1. Menjamin perlindungan dan kesejahteraan karyawan dalam lingkungan kerja, baik secara fisik, sosial, maupun psikologis.
2. Mengoptimalkan penggunaan perlengkapan dan peralatan kerja dengan bijaksana dan selektif.
3. Mempertahankan keamanan hasil produksi yang dihasilkan oleh perusahaan.
4. Menjamin pemeliharaan dan peningkatan kesehatan gizi karyawan.
5. Meningkatkan semangat, keharmonisan, dan partisipasi dalam pekerjaan.
6. Mencegah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi atau lingkungan kerja.
7. Memberikan rasa aman dan perlindungan bagi semua karyawan dalam menjalankan tugas mereka.

Untuk mencapai tujuan dan manfaat keselamatan dan kesehatan kerja tersebut, penting melibatkan peran aktif dari manajemen perusahaan, bukan hanya mengandalkan tanggung jawab individu karyawan. (Hidayah and Nisa, 2019)

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan dan gangguan kesehatan pada pegawai. Beberapa faktor yang relevan termasuk:

1. Keadaan Lingkungan Kerja:
 - a. Penyusunan dan penyimpanan barang berbahaya yang tidak memperhatikan keamanannya.
 - b. Ruang kerja yang terlalu padat dan sesak.

- c. Pembuangan kotoran dan limbah yang tidak sesuai.
- 2. Pengaturan Udara:
 - a. Kualitas udara di ruang kerja yang buruk, seperti ruangan yang kotor, berdebu, dan berbau tidak enak.
 - b. Suhu udara yang tidak diatur dengan baik.
- 3. Pengaturan Penerangan:
 - a. Pengaturan dan penggunaan sumber cahaya yang tidak tepat.
 - b. Ruang kerja yang kurang pencahayaan atau remang-remang.
- 4. Pemakaian Peralatan Kerja:
 - a. Penggunaan peralatan kerja yang rusak atau tanpa pengaman yang baik.
 - b. Penggunaan mesin dan alat elektronik tanpa pengaman yang memadai.
- 5. Kondisi Fisik dan Mental Pegawai:
 - a. Kerusakan alat indera atau kondisi fisik yang tidak stabil.
 - b. Kondisi emosional pegawai yang tidak stabil, kepribadian yang rapuh, kemampuan berpikir dan persepsi yang lemah, motivasi kerja rendah, sikap ceroboh, kurang cermat, dan kurang pengetahuan dalam penggunaan fasilitas kerja yang berisiko.

Penelitian ini memfokuskan pada tiga indikator, yaitu keadaan lingkungan kerja, pemakaian peralatan kerja, dan kondisi fisik serta mental pegawai.

6.13 Pentingnya Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Ada tiga alasan utama mengapa keselamatan dan kesehatan kerja memiliki pentingnya yang signifikan:

1. **Pertimbangan Kemanusiaan:** Prioritas utama dalam manajemen keselamatan dan kesehatan kerja adalah berdasarkan pertimbangan kemanusiaan. Hal ini dilakukan untuk mengurangi penderitaan dan rasa sakit yang mungkin dialami oleh para pekerja akibat kecelakaan. Selain itu, keluarga pekerja yang terdampak juga diberikan pemahaman mengenai konsekuensi kecelakaan tersebut.
2. **Kepatuhan Terhadap Peraturan:** Di banyak negara, terdapat peraturan hukum yang mengatur keselamatan dan kesehatan kerja, baik pada tingkat federal, negara, maupun daerah. Pelanggaran terhadap peraturan tersebut dapat berakibat pada denda dan sanksi hukum bagi perusahaan yang tidak mematuhi standar keselamatan dan kesehatan kerja.
3. **Pertimbangan Ekonomi:** Keselamatan dan kesehatan kerja juga memiliki pertimbangan ekonomi yang penting. Perusahaan perlu menyadari bahwa biaya yang terkait dengan kecelakaan kerja dapat sangat besar. Biaya tersebut mencakup perawatan medis, kompensasi bagi pekerja yang terluka, penurunan produktivitas, biaya hukum, dan dampak negatif terhadap reputasi perusahaan. Dengan menerapkan langkah-langkah keselamatan yang efektif, perusahaan dapat mengurangi risiko kecelakaan dan menghemat biaya yang terkait.

Dengan memadukan pertimbangan kemanusiaan, kepatuhan terhadap peraturan, dan pertimbangan ekonomi, keselamatan dan kesehatan kerja menjadi prioritas penting dalam lingkungan kerja.(Hidayah and Nisa, 2019)

6.14 Pencegahan kecelakaan kerja

Indonesia mengadvokasi perlunya upaya pencegahan kecelakaan sebagai bagian dari program terpadu yang melibatkan koordinasi dari berbagai aktivitas dan pengawasan yang terarah. Program ini didasarkan pada sikap, pengetahuan, dan kemampuan yang ada.

Beberapa ahli telah mengembangkan teori pencegahan kecelakaan yang terdiri dari dua tahap utama:

1. Organisasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja: Dalam era industrialisasi yang kompleks dengan tantangan dan prinsip-prinsip manajemen modern, pencegahan kecelakaan tidak dapat dilakukan secara individual atau oleh satu orang saja. Sebaliknya, diperlukan keterlibatan banyak individu dari berbagai tingkatan dalam suatu organisasi yang memadai.
2. Identifikasi Fakta dan Masalah: Tahap ini melibatkan kegiatan seperti survei, inspeksi, observasi, investigasi, dan peninjauan rekaman. Tujuannya adalah untuk menemukan fakta dan masalah yang berhubungan dengan kecelakaan dan menganalisisnya secara mendalam.

Melalui pendekatan ini, diharapkan dapat dilakukan upaya pencegahan kecelakaan yang lebih efektif dan komprehensif. (Nissa and Amalia, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Bahaya, I. *et al.* 2014. 'Risiko Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3)', pp. 62–74.
- Hidayah, A.W.C. and Nisa, A. 2019. 'Kecelakaan Akibat Kerja', *Keseharan Keselamatan Kerja*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Mansyur, A.R. 2020. 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- Meliza, S. 2011. 'Konsep Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dalam Asuhan Keperawatan'.
- Nissa, U.N. and Amalia, S. 2018. 'Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan', *Jurnal Riset Bisnis dan Investasi*, 3(3), p. 69. Available at: <https://doi.org/10.35697/jrbi.v3i3.946>.
- Santyasa, I.W. 2005. 'Model Pembelajaran inovatif dalam implementasi kurikulum berbasis kompetensi', *Makalah disampaikan Dalam Penataran Guru-Guru SMP, SMA, dan SMK se Kabupaten Jembrana* Juni–Juli [Preprint].
- Sapti, M. 2019. 'PENGARUH PROGRAM KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA K3 TERHADAP PRODUKTIVITAS KERJA PADA PT. PLN (Persero) CABANG PINRANG', *Kemampuan Koneksi Matematis (Tinjauan Terhadap Pendekatan Pembelajaran Savi)*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Wahyuni, N., Suyadi, B. and Hartanto, W. 2018. 'Pengaruh Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan Pada Pt. Kutai Timber Indonesia', *JURNAL PENDIDIKAN EKONOMI: Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan, Ilmu Ekonomi dan Ilmu Sosial*, 12(1), p. 99. Available at: <https://doi.org/10.19184/jpe.v12i1.7593>.

BAB 7

ERGONOMI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Rahma Yulis

7.1 Pendahuluan

Ergonomi menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah cabang ilmu yang mengkaji hubungan manusia dengan jenis pekerjaan, alat yang digunakan, prosedur serta lingkungan kerja (Kemendikbud, 2023). Ergonomi dapat juga diartikan sebagai bentuk penyesuaian antara kapasitas pekerja dengan jenis pekerjaan, jenis peralatan dan lingkungan, yang bertujuan meminimalisir kecelakaan dan penyakit akibat kerja.

Ergonomi dapat dibagi menjadi tiga kategori (Kavitha, 2019); (Harrianto, 2015):

1. **Ergonomi fisik:** Berhubungan dengan biomekanik, fisiologi, antropometri dan anatomi manusia. Contoh: sikap kerja, gerakan repetitif (aktivitas kerja berulang), aktivitas angkat beban, desain ruangan, gangguan muskuloskeletal akibat kerja serta keselamatan dan kesehatan kerja.
2. **Ergonomi kognitif:** Berhubungan dengan mental manusia ketika bekerja (persepsi, ingatan, penalaran, respon motorik dan interaksi antar manusia). Contoh: beban mental akibat kerja, proses pengambilan keputusan, keterampilan pekerja, interaksi manusia dengan mesin, pelatihan terkait rencana kerja.
3. **Ergonomi organisasi:** Berhubungan dengan pengoptimalan sistem sosioteknis (struktur organisasi, kebijakan dan proses). Contoh: manajemen sumber daya dan kualitas kerja,

rencana kerja, paradigma kerja yang baru, pola kerja jarak jauh, komunikasi, partisipasi dan waktu kerja, kerja sama tim, serta komunitas ergonomi.

Ergonomi dalam asuhan keperawatan adalah salah satu dari delapan *hazard* atau bahaya potensial yang sering dialami perawat di tempat kerja. Delapan *hazard* atau bahaya potensial tersebut adalah: faktor biologik/ menular, kimia, fisik, ergonomi, psikososal, mekanik, elektrik dan limbah (Kemenkes RI, 2016). Faktor ergonomi dalam asuhan keperawatan yang berisiko menyebabkan penyakit akibat kerja adalah mengangkat pasien, memindahkan pasien, melakukan perawatan luka ataupun memasang infus, bekerja di atas bahu atau di bawah lutut, mendorong peralatan, mengangkat pasien obesitas atau tidak kooperatif, memutar sambil mengangkat, *manual handling*, menggunakan peralatan yang berat dalam jangka waktu lama, hiperekstensi atau fleksi punggung, berdiri dalam waktu lama. (Kavitha, 2019); (Ketut *et al.*, 2018). Penyakit akibat kerja terjadi karena perawat tidak menerapkan postur atau sikap kerja yang ergonomis.

Mencegah terjadinya penyakit akibat kerja pada perawat dibutuhkan dukungan dari staf dan manajer keperawatan. Dukungan ini berupa staf patuh menjalankan prosedur saat bekerja. Manajer keperawatan mengatur kebijakan dan aturan untuk mencegah atau mengurangi cedera, mengidentifikasi *hazard* dan risiko, mengidentifikasi intervensi yang tepat untuk mencegah dan mengurangi gangguan muskuloskeletal. Pencegahan ini bertujuan untuk menjaga kesehatan, keselamatan dan kesejahteraan staf, mengurangi ketidakhadiran staf karena adanya gangguan muskuloskeletal, dan yang paling utama adalah menjaga produktivitas agar bisa memberikan pelayanan prima pada pasien.

7.2 Risiko dan *Hazard*

Manajemen risiko Keselamatan dan Kesehatan Rumah Sakit (K3RS) adalah salah satu Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang harus terpenuhi. Manajemen risiko K3RS bertujuan untuk meminimalkan risiko dan *hazard* yang berpotensi mengganggu keselamatan dan kesehatan staf rumah sakit, pasien, pendamping pasien serta pengunjung. Manajemen risiko K3RS yaitu: 1) Penentuan jenis aktivitas yang akan dianalisis risiko; 2) Pengidentifikasian bahaya potensial; 3) Analisis (penilaian) risiko; 4) Evaluasi risiko; 5) Pengendalian risiko; 6) Komunikasi dan konsultasi; 7) Pemantauan dan pengkajian ulang (Kemenkes RI, 2016).

Risiko dan *hazard* adalah dua hal yang berbeda namun saling berkaitan. *Hazard* (bahaya potensial) dalam ISO/ DIS 45001 adalah sumber atau situasi yang berpotensi menimbulkan cedera ataupun sakit pada pekerja (ISO Center Indonesia, 2016). *Hazard* terkait ergonomi yang bisa muncul dalam aktivitas keperawatan yaitu: posisi statis (perawat diam atau tidak bergerak dalam waktu yang lama), pekerjaan yang dilakukan berulang atau rutin dikerjakan dan berpotensi menyebabkan cedera, *manual handling* (pekerjaan yang dilakukan secara manual) dan postur tubuh yang salah (Kemenkes RI, 2016).

Pengidentifikasian *hazard* dalam asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan cara (ISO Center Indonesia, 2016): 1) Menentukan aktivitas rutin dan tidak rutin perawat; 2) Menentukan situasi darurat; 3) Menentukan sumber daya yang terlibat dalam setiap aktivitas; 4) Mendesain tempat kerja yang aman dan nyaman; 5) Membuat perubahan dalam organisasi; 6) Meningkatkan pengetahuan tentang bahaya potensial; 7) Mencatat insiden terakhir; 8) Mengidentifikasi faktor sosial organisasi yang berpengaruh.

Risiko adalah kemungkinan terjadinya *hazard* (bahaya potensial), dipengaruhi oleh durasi dan frekuensi pajanan, aktivitas

kerja, upaya pencegahan dan pengendalian tingkat pajanan (Kemenkes RI, 2016). Risiko ergonomis adalah risiko cedera akibat postur tubuh yang salah, desain atau penggunaan peralatan, alat dan tempat kerja (Yalcin *et al.*, 2023).

Risiko merupakan kombinasi dari kemungkinan terjadinya suatu cedera dengan dampak (tingkat keparahannya). Kemungkinan terjadinya cedera dinilai dengan membandingkan beberapa aktivitas rutin perawat. Misalnya aktivitas pertama dilakukan setiap hari, sedangkan aktivitas kedua dilakukan sekali sebulan. Maka kemungkinan cedera lebih besar pada aktivitas pertama dibanding aktivitas kedua. Dampak atau tingkat keparahan dinilai dari kerusakan jangka pendek hingga cedera berat yang bisa menyebabkan kematian pada seorang perawat (gambar 7.1).

Matriks Analisis Risiko 5X5			DAMPAK (TINGKAT KEPARAHAN)				
			1	2	3	4	5
			Sangat Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
KEMUNGKINAN	5	Hampir Pasti Terjadi	5 Sedang	10 Tinggi	15 Sangat Tinggi	20 Sangat Tinggi	25 Sangat Tinggi
	4	Sering Terjadi	4 Rendah	8 Sedang	12 Tinggi	16 Sangat Tinggi	20 Sangat Tinggi
	3	Mungkin Terjadi	3 Rendah	6 Sedang	9 Sedang	12 Tinggi	15 Sangat Tinggi
	2	Jarang Terjadi	2 Sangat Rendah	4 Rendah	6 Sedang	8 Sedang	10 Tinggi
	1	Hampir Tidak Terjadi	1 Sangat Rendah	2 Sangat Rendah	3 Rendah	4 Rendah	5 Sedang

Gambar 7.1. Matriks Analisis Risiko
(Sumber: Kemenkes RI, 2019)

Risiko ergonomi dalam asuhan keperawatan berdasarkan pengukuran *Rapid Entire Body Assessment (REBA)* didapatkan tiga tingkatan risiko (Ketut *et al.*, 2018):

1. Risiko Tinggi

Aktivitas keperawatan berisiko tinggi yaitu: 1) Aktivitas yang sering menggunakan **postur tubuh yang salah** seperti: membungkuk, bekerja di atas tinggi bahu dan di bawah tinggi lutut, jongkok serta menjangkau peralatan yang jauh (Lestari *et al.*, 2022). Posisi membungkuk dilakukan perawat saat *hecting*, merawat luka dan pengambilan sampel darah. Tujuannya untuk memudahkan perawat melihat luka atau vena. Perawat terkadang melakukan gerakan memutar dan menjangkau peralatan yang jauh. Ketiga aktivitas tersebut membutuhkan waktu sekitar 10-30 menit (Lestari *et al.*, 2022)(Ketut *et al.*, 2018). 2) Aktivitas dengan **manual handling** seperti: mengubah posisi tubuh pasien, membantu pasien dengan alat bantu jalan atau kursi roda, membawa troli obat, memandikan pasien, mengganti seprai tempat tidur, terapi traksi, resusitasi jantung paru, dan pekerjaan komputer (Hwang *et al.*, 2023).

2. Risiko Sedang

Aktivitas keperawatan yang berisiko sedang yaitu 1) **Posisi berdiri statis** pada *Scrub nurses* yang mengikuti suatu operasi selama 8-14 jam (Lestari *et al.*, 2022);(Yulis, 2020). 2) Membuka jahitan luka dan melakukan perekaman EKG, sering menggunakan posisi membungkuk, berdiri dan memutar. Aktivitas ini membutuhkan waktu 10- 15 menit (Ketut *et al.*, 2018)

3. Risiko Rendah

Aktivitas keperawatan berisiko rendah yaitu mengukur tanda vital dan pemberian obat supositoria. Posisi saat melakukan tindakan ini adalah berdiri, membungkuk dan memutar. Tindakan ini membutuhkan waktu kurang lebih 5 – 7 menit (Ketut *et al.*, 2018).

Tabel 7.1. Perbedaan *Hazard* dan Risiko

Aktivitas	<i>Hazard</i>	Risiko	Lokasi
Restrain pada pasien	Postur yang salah	Nyeri sendi, terkena pukulan	Ruang rawat inap, ICU, IGD
Mengganti pakaian pasien	Pekerjaan dilakukan secara manual	Nyeri otot, nyeri punggung, luka gores dan memar.	ICU, IGD, Ruang rawat Inap dan perawatan jiwa
Merawat luka	Pekerjaan yang berulang	Nyeri otot, nyeri punggung	Semua lokasi pelayanan keperawatan
Scrub nurses	Posisi statis	Gangguan pada leher, punggung, bahu, pinggul, pergelangan tangan, lutut dan kaki.	Ruang Operasi
Merekam EKG	Pekerjaan yang berulang	Nyeri otot, nyeri punggung	Ruang rawat inap, Rawat Jalan dan IGD
Melakukan RJP	Pekerjaan yang berulang	Nyeri otot, nyeri punggung, gangguan pada pergelangan	Ruang rawat inap, IGD, ICU
Memandikan pasien	Pekerjaan berulang	Nyeri otot, nyeri punggung	Ruang rawat inap, ICU

Aktivitas	Hazard	Risiko	Lokasi
Mengangkat pasien	Pekerjaan dilakukan secara manual	Nyeri otot, nyeri punggung, gangguan pada pergelangan	Semua lokasi pelayanan keperawatan
Merawat pasien ventilator, mengganti fiksasi ETT	Postur yang salah	Nyeri otot, nyeri punggung	ICU
Melakukan suction	Postur yang salah	Nyeri punggung	Ruang rawat inap, IGD, ICU
Memasang infus/ NGT, mengambil darah	Pekerjaan yang berulang, postur yang salah, posisi statis	Nyeri otot, nyeri punggung	Semua lokasi pelayanan keperawatan

Sumber: (Lestari et al., 2022); (Indragiri & Yuttya, 2020); (Ketut et al., 2018); (Ramdan & Rahman, 2018); (Kemenkes RI, 2016).

7.3 Penyakit Akibat Kerja

Penyakit akibat kerja terkait faktor ergonomi terjadi karena perawat tidak mempertimbangkan atau memperhatikan faktor ergonomic saat melakukan asuhan keperawatan. Misalnya: perawat memasang infus atau rawat luka tanpa menyesuaikan tinggi tempat tidur atau tidak menggunakan alat bantu kursi. Perawat tidak memposisikan dengan baik peralatan yang akan digunakan, mendorong

sekuat tenaga brankar karena ada masalah pada roda, gerakan memutar, gerakan berulang, durasi aktivitas yang lama (Kavitha, 2019)(Ketut *et al.*, 2018)(Ramdan & Rahman, 2018). Penyakit akibat kerja karena *factor ergonomic* yang sering dialami perawat, diantaranya: *Musculoskeletal Disorders*, *Low Back Pain*, dan *Hernia Nukleus Pulposus* (Hwang *et al.*, 2023);(Yulis, 2020).

7.3.1 *Musculoskeletal Disorders (MSDs)*

Musculoskeletal disorders atau gangguan muskuloskeletal adalah gangguan pada otot, tulang belakang, saraf, sendi, ligament dan tendon (Black & Hawks, 2023). Gangguan muskuloskeletal yang paling umum dialami perawat, dinilai dari *Nordic Body Map* yaitu: keluhan di leher, bahu kiri dan kanan, punggung, pinggang, panggul dan betis dan kaki (Ketut *et al.*, 2018);(Dewi, 2020). Gangguan muskuloskeletal yang lain adalah *Low Back Pain*, *myalgia* (nyeri otot), *shoulder syndrome* (Lestari *et al.*, 2022) (Sulistyaningtyas, 2022).

Gangguan muskuloskeletal pada perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti: beban fisik saat melakukan asuhan keperawatan, postur tubuh yang salah dalam waktu yang lama, jenis aktivitas serta usia. **Beban fisik** yang berisiko tinggi menyebabkan gangguan muskuloskeletal pada perawat yaitu mengubah posisi tubuh pasien, membantu pasien menggunakan alat bantu jalan atau kursi roda, mendorong troli obat, memandikan pasien, mengganti seprai, terapi traksi, resusitasi jantung paru dan pekerjaan komputer (Hwang *et al.*, 2023).

Posisi kerja yang tidak ergonomis atau postur (posisi) **Postur tubuh yang salah** atau posisi kerja yang tidak ergonomis Seperti:membungkuk, jongkok, berusaha menjangkau peralatan yang jauh, membuat perawat rentan mengalami *Low Back Pain*, *myalgia* (nyeri otot), *shoulder syndrome* dan keluhan pada anggota

tubuh tertentu (Lestari *et al.*, 2022). Anggota tubuh yang sering dikeluhkan perawat yaitu (Dewi, 2020):

1. **Leher**, posisi kerja yang tidak ergonomis menyebabkan otot dan ligament disekitar leher mengalami ketegangan serta peregangan.
2. **Punggung**, disebabkan posisi punggung yang membungkuk atau miring mengikuti posisi pasien saat memberikan pelayanan (menginfus, menyuntik, mengukur tekanan darah dan mengganti perban pasien).
3. **Bahu kiri dan kanan**, disebabkan karena posisi statis dan gerakan repetitif yang menggunakan postur tubuh yang salah.
4. **Pinggang dan pangul**, disebabkan karena aktivitas membungkuk, mengangkat pasien, berdiri lama dan posisi statis.

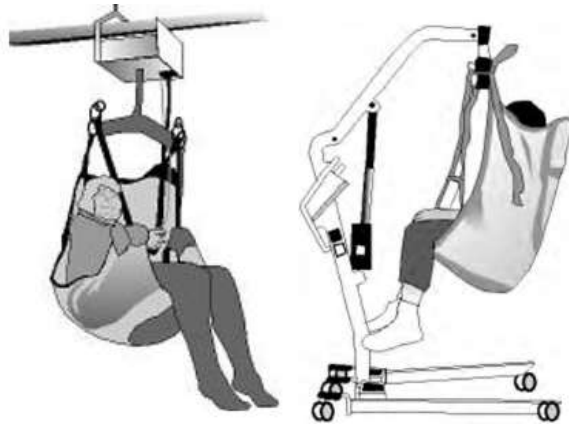
Jenis aktivitas keperawatan juga mempengaruhi cedera. Misalnya cedera bahu lebih banyak diderita perawat yang bekerja di panti jompo, sedangkan cedera punggung lebih banyak dialami perawat di rumah sakit (Camino López *et al.*, 2021). Gangguan muskuloskeletal pada perawat yang bekerja di panti jompo disebabkan karena tingginya kebutuhan lansia akan perawatan diri dan mobilitas (Gideon Asuquo *et al.*, 2021). Gangguan muskuloskeletal biasanya dialami perawat yang bekerja di rumah sakit dan panti jompo pada pukul 08.00-10.00 dan 11.00-14.00 (Camino López *et al.*, 2021).

Usia perawat dapat berpengaruh terhadap gangguan muskuloskeletal. Gangguan musculoskeletal, biasanya pertama kali dikeluhkan pada usia 35 tahun. Seiring dengan pertambahan usia tingkat keluhan akan terus meningkat. Kekuatan dan ketahanan otot yang mulai menurun menyebabkan risiko keluhan otot juga meningkat (Tarwaka, 2015). Proses penuaan ini mempengaruhi tulang, otot, dan tendon. Penurunan kadar

kalsium seiring pertambahan usia menyebabkan tulang menjadi lemah dan mudah keropos sehingga meningkatkan risiko fraktur. Seiring dengan pertambahan usia kartilago menjadi kaku dan rapuh serta massa otot menjadi berkurang. Massa otot yang berkurang menyebabkan penurunan kekuatan secara maksimal atau 50% pada rentang usia 20-50 tahun (Black & Hawks, 2023).

Mengatasi atau mencegah terjadinya MSDs bisa dengan beberapa cara berikut (Gideon Asuquo et al., 2021);(Kavitha, 2019);(Ramdan & Rahman, 2018);(OSHA, 2009):

1. Menggunakan peralatan khusus seperti *ceiling lift* (lift dilangit- langit kamar) untuk membantu mendorong dan menarik pasien atau *portable lift* sebagai pengganti pengangkatan manual.
2. Menggunakan alat bantu seperti kursi saat memasang infus atau menjahit luka, menggunakan tangga atau bangku untuk mencapai benda yang tinggi.
3. Meminta bantuan petugas *portier* saat akan mengangkat atau memindahkan pasien.
4. Melakukan peregangan disela-sela aktivitas perawatan.
5. Menempelkan poster tentang posisi kerja yang benar.
6. Memberi pelatihan kepada staf terkait prosedur yang aman.
7. Kebijakan dan prosedur untuk mengurangi gangguan muskuloskeletal terkait pekerjaan.
8. Dukungan dan tindak lanjut dari pimpinan.



Ceiling Lift

Portable Lift

Gambar 7.2. Peralatan Mekanis Angkat Pasien

7.3.2 Low back pain

Low back pain (LBP) atau nyeri punggung bawah adalah salah satu jenis penyakit MSDs (*Musculoskeletal Disorders*) yang paling sering terjadi pada perawat (Lestari et al., 2022). Penyebab terjadinya *LBP* yaitu: 1) Posisi perawat yang tidak ergonomis sehingga terjadi pembebanan pada bagian lumbal secara terus menerus; 2) Ketidaksihesuaian ukuran perawat dan desain alat yang digunakan saat melakukan asuhan keperawatan (Sulistyaningtyas, 2022); 3) Kontraksi otot (*m.sacrospinalis*, *m.glutealis* dan otot hamstring) secara berlebihan pada saat melakukan aktivitas berat dan dalam jangka waktu yang lama (Harrianto, 2015).

Aktivitas perawat yang berisiko tinggi menyebabkan *low back pain* adalah mengangkat, mendorong dan memindahkan pasien (mobilisasi), menjahit luka dan memasang infus dengan posisi yang tidak ergonomis (Sulistyaningtyas, 2022). Aktivitas keperawatan dengan posisi kerja membungkuk yang membentuk sudut lengkung punggung $>45^\circ$ berisiko 4,5 kali lebih tinggi menyebabkan *LBP* dibanding perawat yang membungkuk

dengan sudut lengkung punggung $\leq 45^\circ$ (Nuryaningtyas & Martiana, 2014).

Pencegahan keluhan *low back pain* di lingkungan kerja rumah sakit dapat menerapkan hierarki pengendalian risiko ergonomic yaitu (Sulistyaningtyas, 2022):

- 1) **Substitusi:** penggunaan tempat tidur, brankar transport dan bangku *adjustable*. Penggunaan tempat tidur yang ergonomis membuat petugas kesehatan merasa lebih aman, nyaman, keterampilan meningkat, absensi berkurang dan 97% petugas menyatakan bahwa beban fisik mereka lebih berkurang dibanding saat menggunakan *manual handling* (Carta et al., 2022).
- 2) **Rekayasa teknik:** mengupayakan pemakaian alat bantu kerja seperti: *lift table, crane, hand truck, fork lift truck*, kereta dorong dan pengungkit.
- 3) **Administrasi:** pendidikan, pelatihan, penjadwalan yang seimbang antara waktu kerja dan istirahat, perbaikan perencanaan tugas kerja (*job redesign*) dan peregangan otot secara berkala (Sulistyaningtyas, 2022).

7.3.3 Hernia Nukleus Pulposus (HNP)

Hernia Nukleus Pulposus (HNP) dikenal juga dengan istilah saraf terjepit adalah kondisi rupturnya annulus pulposus (cincin diluar diskus) sehingga nucleus pulposus mengalami herniasi (penonjolan) yang menyebabkan penekanan pada daerah saraf spinal, menimbulkan nyeri dan bisa saja defisit neurologic (Nurarif & Kusuma, 2015). HNP lumbal umumnya terjadi pada area L5-S1 (45-50%), L4-L5 (40-45%), L3-L4 (5%) dan level lumbal lainnya jarang mengalami HNP (Satyanegara et al., 2014).

Penyebab terjadinya HNP diskus lumbal adalah aktivitas duduk lama, membungkuk dan mengangkat beban berat lebih dari 10kg dengan cara membungkuk ke depan $>90^\circ$ (Abid et al., 2021). Aktivitas angkat beban berat menyebabkan diskus intervertebralis

L5-S1 menerima gaya kompresi yang besar. Hal ini bisa mengakibatkan robeknya annulus fibrosus, menonjolnya (hernasi) nucleus pulposus dan pada akhirnya menekan radiks n.Spinalis (Harrianto, 2015).

Gejala klinis herniasi diskus posterolateral area lumbal adalah nyeri pinggang bawah secara intermitten dan nyeri menjalar sesuai dengan distribusi saraf iskhialikus. Nyeri menghebat saat terjadi gerakan di pinggang, batuk, mendedan, berdiri atau duduk dalam jangka waktu lama, sedangkan nyeri berkurang saat berbaring (istirahat) (Satyanegara *et al.*, 2014).

7.4 Pencegahan Gangguan Muskuloskeletal

Posisi ergonomis adalah posisi kerja yang seharusnya dilakukan saat memberikan asuhan keperawatan (Ketut *et al.*, 2018). Postur kerja atau sikap kerja yang tidak ergonomis berkontribusi sebanyak 41,07% penyebab terjadinya gangguan muskuloskeletal (Balaputra & Sutomo, 2017). Sikap kerja seperti gerakan tangan terangkat, punggung yang membungkuk, kepala terangkat, dan lain-lain menyebabkan anggota tubuh bergerak menjauhi posisi alamiah sehingga risiko cedera lebih tinggi (Tarwaka, 2015).

Prinsip Ergonomi adalah (Kavitha, 2019):

1. Mempertahankan kurva S tulang belakang (sikap tubuh netral).
2. Mendekatkan peralatan dalam jangkauan.
3. Bekerja pada ketinggian yang tepat.
4. Mengurangi penggunaan kekuatan yang berlebihan.
5. Mengurangi beban statis dan kelelahan.
6. Meminimalkan titik tekan.
7. Mengurangi gerak yang berlebihan.
8. Bergerak, meregangkan tubuh dan berolahraga.
9. Memindahkan pasien dengan perpindahan horizontal (papan transfer).

10. Mampu mengidentifikasi postur tubuh yang salah: sendi tubuh membungkuk atau memutar secara berlebihan dan berada di luar jangkauan gerak yang nyaman.

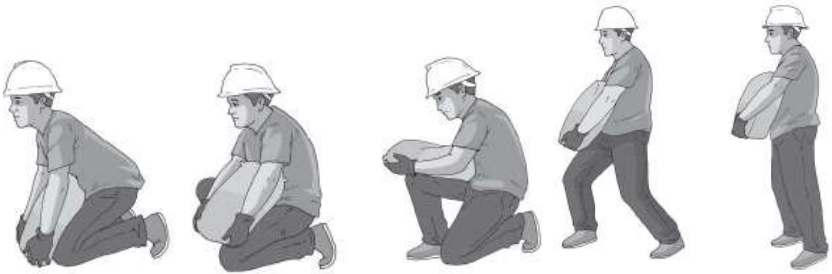
Posisi kerja yang tidak ergonomis dipengaruhi oleh beberapa faktor: 1) Peralatan yang tidak ergonomis seperti ketinggian tempat tidur pasien yang tidak bisa disesuaikan, menyebabkan perawat harus membungkuk saat melakukan tindakan. Contoh: saat memasang infus harus membungkuk lebih dari 90° (Ramdan & Rahman, 2018). 2) *Conation* (konasi) adalah komponen sikap berupa kemauan, dorongan atau motivasi seseorang untuk melakukan suatu perilaku (Bunga et al., 2019). Artinya perawat menyadari dan peduli akan pentingnya keselamatan dan kesehatan kerja, sehingga setiap melakukan aktivitas keperawatan, perawat selalu memperhatikan standar operasional prosedur dan juga posisi ergonomis.

7.4.1 Mengangkat dan Memindahkan Pasien

Hal pertama yang harus diingat saat mengangkat atau memindahkan pasien secara manual adalah beban harus diletakan sedekat mungkin dengan tubuh perawat agar beban terasa lebih ringan. Jika beban di bawah sejauh lengan, maka jarak antara beban dan titik tumpu (bahu) menjadi besar dan *turning force* (gaya pembalik) yang dihasilkan cukup signifikan serta beban akan terasa lebih berat (James et al., 2011)



Gambar 7.3. Teknik I mengangkat (NIOSH, 1998)



Gambar 7.4. Teknik II mengangkat (NIOSH, 1998).

Kedua, menggunakan postur tubuh yang tepat saat mengangkat pasien yaitu menjaga tulang belakang tetap lurus dan rata, mengupayakan usaha mengangkat berasal dari otot-otot paha, serta menjadikan sendi panggul sebagai titik tumpu. Sebaliknya jika menjadikan tulang belakang sebagai titik tumpu (tulang punggung membungkuk) maka akan terjadi *turning force* pada tulang belakang dan diskus tulang belakang. Hal ini dapat menyebabkan herniasi- pergeseran diskus (James *et al*, 2011).



Gambar 7.5. Posisi Mengangkat yang Berpotensi Cedera

Bila pasien yang akan diangkat terlalu berat atau lebih dari $\frac{1}{3}$ berat perawat, maka perawat harus meminta bantuan atau menggunakan alat perangkat mekanis. Perangkat yang bisa mengurangi cedera pada perawat saat akan mengangkat pasien

yaitu *ceiling lift* atau lift yang dipasang di langit-langit. Perangkat ini digunakan untuk membantu pasien dengan kriteria *total care*, tidak mampu seluruh atau sebagian untuk menahan beban, memiliki keterbatasan fisik, berat badan berlebih, riwayat jatuh, transfer dari tempat tidur ke kursi roda, mandi dan buang air.

Hal-hal yang perlu diperhatikan perawat saat melakukan tindakan mengangkat dan memindahkan pasien adalah (OSHA, 2009):

1. Membutuhkan lebih dari satu perawat.
2. Perangkat dapat dioperasikan dengan remote kontrol.
3. Berat badan pasien sesuai dengan kapasitas alat

7.4.2 Transfer Pasien ke Samping dan Reposisi

Transfer pasien dan perubahan posisi pasien merupakan salah satu aktivitas rutin perawat. Mengurangi cedera akibat posisi kerja yang tidak ergonomis, dibutuhkan alat yang bisa mengurangi gaya gesek saat akan mengubah posisi pasien seperti : seprai yang licin, *slide board*, brankar transfer. Perangkat ini digunakan saat akan memindahkan pasien pada dua permukaan horizontal, seperti memindahkan pasien dalam posisi terlentang dari tempat tidur ke brankar (OSHA, 2009).



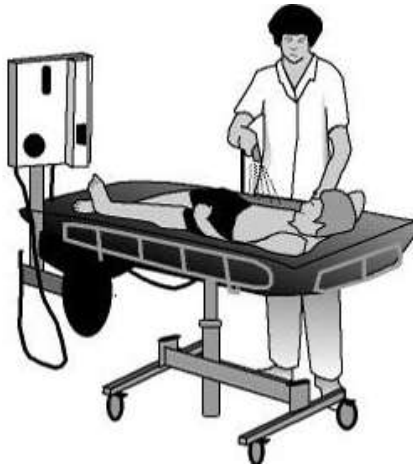
Gambar 7.6. Alat Bantu Tranfer Pasien

Hal- hal yang perlu diperhatikan perawat saat akan mentransfer pasien ke samping yaitu (OSHA, 2009):

1. Diperlukan lebih dari satu perawat untuk proses transfer. Minta bantuan tambahan pada keluarga atau *portier* pada pasien dengan berat badan berlebih atau tidak kooperatif.
2. Perangkat mungkin tidak cocok untuk pasien obesitas.
3. Kedua perangkat berada pada ketinggian yang sama.
4. Ketinggian tempat tidur setinggi pinggang perawat untuk menghindari jangkauan yang jauh dan posisi membungkuk.
5. Hitung mundur dan sinkronkan gerakan transfer antar perawat.

7.4.3 Memandikan dan Toileting Pasien

Perangkat yang bisa digunakan untuk aktivitas perawatan memandikan dan toileting pasien adalah brankar mandi yang tahan air. Brankar ini dapat diatur ketinggiannya, memiliki roda sehingga mudah dipindahkan (OSHA, 2009).



Gambar 7.7. Alat Bantu Memandikan dan Toileting Pasien

7.4.4 Reposisi Pasien

Perubahan posisi pasien merupakan salah satu aktivitas rutin perawat. Mengurangi cedera akibat posisi kerja yang tidak ergonomis seperti membungkuk saat melakukan asuhan keperawatan pada pasien, pemindahan, reposisi di tempat tidur membutuhkan tempat tidur dengan tenaga listrik yang dapat diatur ketinggiannya. Hal-hal perlu diperhatikan saat reposisi pasien adalah (OSHA, 2009):

1. Perangkat harus memiliki kontrol yang mudah dijangkau.
2. Tempat tidur yang luas membutuhkan waktu yang lama untuk penyesuaian, namun memiliki keuntungan lainnya bagi perawat dan pasien.
3. Tempat tidur yang rendah baik bagi pasien risiko jatuh.
4. *Heavy duty beds* disediakan untuk pasien obesitas.
5. Tempat tidur yang dapat diatur ketinggiannya dengan motor listrik lebih diminati daripada tempat tidur yang diatur manual. Hal ini juga bisa mengurangi penggunaan tenaga fisik perawat.

7.4.5 Oral Health pada Pasien

Perawatan mulut adalah salah satu aktivitas keperawatan yang sering dilakukan perawat pada pasien dengan kriteria *total care* atau *intensive care*. *Oral health* dalam posisi yang sama dan durasi yang lama akan menyebabkan risiko gangguan muskuloskeletal. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat melakukan *oral health* pada pasien (FDI, 2021) :

1. Kepala. Sedikit condong ke depan, berorientasi pada bahu. Garis interpupillary disejajarkan secara horizontal tidak lebih dari 15-20°.
2. Batang Tubuh. Sumbu longitudinal batang tubuh tegak. Tujuannya mempertahankan kurva S tulang belakang. Jika diperlukan, gunakan sandaran kursi untuk penyangga pinggang.
3. Lengan atas, siku dan bahu. Lengan rileks di satu sisi karena gaya gravitasi. Siku tidak menonjol dan lengan bawah berada di depan tubuh. Bahu diorientasikan di atas pinggul.
4. Pergelangan tangan. Diatur dalam posisi netral dengan pergelangan tangan lurus.
5. Ujung jari. Disimpan di titik perawatan, pada ketinggian yang nyaman dan dapat dilihat dengan jelas saat melakukan prosedur.
6. Postur duduk. Tinggi tempat duduk setinggi lutut, pinggul sedikit lebih tinggi dari lutut, kursi perawat sedikit dimiringkan ke bawah.
7. Kaki. Datar di lantai dan kaki bawah dalam posisi vertikal. Gunakan sepatu dan pakaian nyaman untuk pergerakan tubuh.
8. Peralatan. Ditempatkan di dekat perawat sehingga lutut pada sudut sekitar 90-100°.
9. Pertimbangkan perubahan posisi perawat, ke sisi yang berlawanan.



Gambar 7.8. Posisi saat *Oral Health*

DAFTAR PUSTAKA

- Abid, M., Khan, H. U., Abid, M. H., Ijaz, A., Ahmad, M., Naeem, M. T., & Raza, H. 2021. *Association of Occupational Risk Factors with the Level of Lumbar Disc Nucleus Pulposus Herniation*. 15(10), 2863–2864.
- Balaputra, I., & Sutomo, A. H. 2017. Pengetahuan ergonomi dan postur kerja perawat pada perawatan luka dengan gangguan muskuloskeletal di dr. H. Koesnadi Bondowoso. *BKM Journal of Community Medicine and Public Health*, 33(9), 445–448.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. 2023. *Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Sistem Muskuloskeletal* (S. Yona & U. Nurulhuda (eds.); 9th ed.). Elsevier Singapore. https://www.google.co.id/books/edition/KMB_Gangguan_Sistem_Muskuloskeletal/2aygEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=gangguan+muskuloskeletal&pg=PT38&printsec=frontcover
- Bunga, D. N. F. H., Haryanto, J., & Bakar, A. 2019. Relationship between Conation and Nurse Ergonomic Behavior In Prevention of Low Back Pain. *International Journal of Nursing and Health Services*, 2(4), 261–265. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i4.171>
- Camino López, M. A., Fontaneda, I., & González Alcántara, O. J. 2021. Musculoskeletal disorders among nursing assistants in Spain; a comparative study between old people's homes and hospitals. *Safety Science*, 137(May 2020). <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105182>
- Carta, A., Massenti, D., G, L. M. M., Spiteri, G., Vesentini, R., Verlato, G., & Porru, S. 2022. Assessment of an ergonomic intervention in a nursing home: preliminary results. *Safety and Health at Work*, 13(Supplement), S216. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.1427>

- Dewi, N. F. 2020. Identifikasi Risiko Ergonomi dengan Metode Nordic. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 2(2).
- FDI. 2021. Ergonomics and Posture Guidelines for Oral Health Professionals Ergonomics: Posture of Oral Health Professionals of the Oral Health. *FDI World Dental Federation*, 1–26. https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2021-04/FDI_HSDW_ergonomics_and_posture_guidelines_eng_2021.pdf
- Gideon Asuquo, E., Tighe, S. M., & Bradshaw, C. 2021. Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders among healthcare staff in nursing homes; An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3(May), 100033. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100033>
- Harrianto, R. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Kerja*. EGC.
- Hwang, J., Park, D.-J., Lee, J., & Lee, K.-S. 2023. Evaluation of ergonomic risks for work-related musculoskeletal disorders of nursing tasks in Korea. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10803548.2022.2157123>
- Indragiri, S., & Yuttya, T. 2020. Manajemen Risiko K3 Menggunakan Hazard Identification Risk Assessment and Risk Control (Hirarc). *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 1080–1094. <https://doi.org/10.38165/jk.v9i1.77>
- ISO Center Indonesia. (2016). *Pengertian Hazard & Risk dalam DIS_ISO 45001*.
- James, J., Baker, C., & Swin, H. 2011. *Prinsip-- Prinsip Sains untuk Keperawatan*. Erlangga Medical Series.
- Kavitha, M. 2019. Ergonomics in operation theatre: part 2. *The Journal of Nursing Trendz*, 10(2), 36. <https://doi.org/10.5958/2249-3190.2019.00019.1>

- Kemendikbud. 2023. Kamus Besar Bahasa Indonesia (Daring). In *Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia*. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/ergonomi>
- Kemenkes RI. 2016. *Permenkes Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*.
- Kemenkes RI. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan*.
- Ketut, N., Prapti, G., Oka, P., Nurhesti, Y., & Tirtayasa, K. 2018. Kajian Ergonomi Pada Tindakan Keperawatan Di Ird Rsuniversitas Udayana, Badung, Bali. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 5(3), 414–419. <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>
- Lestari, D. I., Novendy, & Irawaty, E. 2022. Penilaian Risiko Potensi Bahaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Perawat Instalasi Rawat Intensif. *Seminar Nasional Ke- IV Niversitas Tarumanegara*, 173–180.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2015. *Asuhan Aplikasi Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic Noc*. Mediacion Jogja.
- Nuryaningtyas, B., & Martiana, T. 2014. Analisis Tingkat Risiko Muskuloskeletal Disorders (MSDs) dengan The Rapid Upper Limbs Assessment (RULA) dan Karakteristik Individu Terhadap Keluhan MSDs). *Indones J Occup Saf Heal*, 3(2).
- OSHA. 2009. *Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders*. *U.S. Department of Labor*, 1, 54.
- Ramdan, I. M., & Rahman, A. 2018. Analisis Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) pada Perawat. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(3), 229–241. <https://doi.org/10.24198/jkp.v5i3.645>

- Satyanegara, Hasan, R. Y., Abubakar, S., Maulana, A. J., Sufarnap, E., Behnadi, I., Mulyadi, S., Sionno, J., Chandra, I. A., Suhartono, I. Y., & Saputra, A. 2014. *Ilmu Bedah Saraf* (Lima). PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sulistyaningtyas, N. 2022. Upaya Pengendalian secara Ergonomi pada Keluhan Low Back Pain pada Perawat di Rumah Sakit. *Journal of Health Quality Development*, 2(1), 19–26. <https://doi.org/10.51577/jhqdv2i1.380>
- Tarwaka. 2015. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3): Manajemen dan Implementasi K3 di Tempat Kerja*. Harapan Press.
- Yalcin, B., Gulum, P., & Taskin, A. 2023. Engineering Applications of Artificial Intelligence A comparative neural networks and neuro-fuzzy based REBA methodology in ergonomic risk assessment: An application for service workers. *Engineering Applications of Artificial Intelligence*, 123(April), 106373. <https://doi.org/10.1016/j.engappai.2023.106373>
- Yulis, R. 2020. Pengalaman Kepala Ruangan Mengidentifikasi Penyakit dan Kecelakaan Akibat Kerja: Studi Kualitatif [Experience of Head Nurse in Identifying Occupational Disease and Accidents : a Qualitative Study]. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, 08(01), 108–126. <https://ejurnal.poltekkes-manado.ac.id/index.php/juiperdo/article/view/1011/843>

BAB 8

PENGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI

Oleh Srinur Nilawati

8.1 Pendahuluan

Alat Pelindung Diri (APD) merupakan kelengkapan yang wajib digunakan saat bekerja sesuai bahaya dan resiko kerja untuk menjaga keselamatan pekerja itu sendiri dan orang di sekelilingnya. Kewajiban itu sudah disepakati oleh pemerintah melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2010).

Kecelakaan kerja adalah kejadian yang tidak terduga dan tidak diharapkan. Biasanya kecelakaan menyebabkan kerugian material dan penderitaan dari yang paling ringan sampai pada yang paling berat. Untuk menghindari risiko dari kecelakaan dan terinfeksi petugas kesehatan sebaiknya dilakukan tindakan pencegahan seperti pemakaian APD, apabila petugas tidak menggunakan alat pengaman, akan semakin besar kemungkinan petugas terinfeksi bahan berbahaya, khususnya berbagai jenis virus (*International Labour Organization*, 2014).

8.2 Alat Pelindung Diri (APD)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. Per.08/Men/VII/2010, Alat Pelindung Diri selanjutnya disingkat APD adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di tempat kerja (Permenkes RI, 2017).

Alat Pelindung Diri (APD) adalah seperangkat alat keselamatan yang digunakan oleh pekerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya dari kemungkinan adanya pemaparan potensi bahaya lingkungan kerja terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Suma'mur (2009) menunjukkan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemakaian alat pelindung diri, yaitu:

1. Pengujian mutu

Alat pelindung diri harus memenuhi standar yang telah ditentukan untuk menjamin bahwa alat pelindung diri akan memberikan perlindungan sesuai dengan yang diharapkan. Semua alat pelindung diri sebelum dipasarkan harus diuji lebih dahulu mutunya.

2. Pemeliharaan alat pelindung diri

Alat pelindung diri yang akan digunakan harus benar-benar sesuai dengan kondisi tempat kerja, bahaya kerja dan tenaga kerja sendiri agar benar-benar dapat memberikan perlindungan semaksimal mungkin pada tenaga kerja.

3. Ukuran harus tepat

Aadapun untuk memberikan perlindungan yang maksimum pada tenaga kerja, maka ukuran alat pelindung diri harus tepat. Ukuran yang tidak tepat akan menimbulkan gangguan pada pemakaiannya.

4. Cara pemakaian yang benar

Sekalipun alat pelindung diri disediakan oleh perusahaan, alat-alat ini tidak akan memberikan manfaat yang maksimal bila cara memakainya tidak benar. Tenaga kerja harus diberikan pengarahan tentang:

- a. Manfaat dari alat pelindung diri yang disediakan dengan potensi bahaya yang ada.

- b. Menjelaskan bahaya potensial yang ada dan akibat yang akan diterima oleh tenaga kerja jika tidak memakai alat pelindung diri yang diwajibkan.
- c. Cara memakai dan merawat alat pelindung diri secara benar dan harus dijelaskan pada tenaga kerja.
- d. Perlu pengawasan dan sanksi pada tenaga kerja menggunakan alat pelindung diri.
- e. Pemeliharaan alat pelindung diri harus dipelihara dengan baik agar tidak menimbulkan kerusakan ataupun penurunan mutu.
- f. Penyimpanan alat pelindung diri harus selalu disimpan dalam keadaan bersih ditempat yang telah tersedia, bebas dari pengaruh kontaminasi.

8.2.1 Pemilihan Alat Pelindung Diri

Setiap tempat kerja mempunyai potensi bahaya yang berbeda-beda sesuai dengan jenis, bahan dan proses produksi yang dilakukan. Dengan demikian, sebelum melakukan pemilihan alat pelindung diri mana yang tepat digunakan, diperlukan adanya suatu investarisasi potensi bahaya yang ada di tempat kerja masing-masing. Pemilihan dan penggunaan alat pelindung diri harus memperhatikan aspek-aspek sebagai berikut (Laili R, 2017).

1. Aspek teknis, meliputi
 - a. Pemilihan berdasarkan jenis dan bentuknya. Jenis dan bentuk alat pelindung diri harus disesuaikan dengan bagian tubuh yang dilindungi.
 - b. Pemilihan berdasarkan mutu atau kualitas. Mutu alat pelindung diri akan menentukan tingkat keparahan dan suatu kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang mungkin terjadi. Semakin rendah mutu alat pelindung diri, maka akan semakin tinggi tingkat keparahan atas kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang terjadi. Adapun untuk menentukan mutu suatu alat pelindung

diri dapat dilakukan melalui uji laboratorium untuk mengetahui pemenuhan terhadap standar.

- c. Penentuan jumlah alat pelindung diri. Jumlah alat yang diperlukan sangat tergantung dari jumlah tenaga kerja yang terpapar potensi bahaya di tempat kerja. Idealnya adalah setiap pekerja menggunakan alat pelindung diri sendiri-sendiri atau tidak dipakai secara bergantian.
- d. Teknik penyimpanan dan pemeliharaan. Penyimpanan investasi untuk penghematan dari pada pemberian alat pelindung diri.

2. Aspek psikologis

Disamping aspek teknis, maka aspek psikologis yang menyangkut masalah kenyamanan dalam penggunaan alat pelindung diri juga sangat penting untuk diperhatikan. Timbulnya masalah baru bagi pemakai harus dihilangkan, seperti terjadinya gangguan terhadap kebebasan gerak pada saat memakai alat pelindung diri.

Penggunaan alat pelindung diri tidak menimbulkan alergi atau gatal-gatal pada kulit, tenaga kerja tidak malu memakainya karena bentuknya tidak cukup menarik. Ketentuan pemilihan alat pelindung diri meliputi:

- a. Alat pelindung diri harus dapat memberikan perlindungan yang adekuat terhadap bahaya yang spesifik atau bahaya-bahaya yang dihadapi oleh pekerja.
- b. Berat alat hendaknya seringan mungkin dan alat tersebut tidak menyebabkan rasa ketidaknyamanan yang berlebihan.
- c. Alat harus dipakai secara fleksibel.
- d. Bentuknya harus cukup menarik.
- e. Alat pelindung tahan lama untuk pemakaian yang lama.

- f. Alat tidak menimbulkan bahaya-bahaya tambahan bagi pemakainya, yang dikarenakan bentuknya yang tidak tepat atau karena salah dalam penggunaannya.
- g. Alat pelindung harus memenuhi standar yang telah ada.
- h. Alat tersebut tidak membatasi gerakan dan persepsi sensoris pemakaiannya.
- i. Suku cadangnya mudah didapat guna mempermudah pemeliharannya.

8.2.2 Kriteria Alat Pelindung Diri

Berdasarkan aspek-aspek tersebut diatas, maka perlu diperhatikan pula beberapa kriteria dalam pemilihan alat pelindung diri sebagai berikut:

1. Alat pelindung diri harus mampu memberikan perlindungan efektif kepada pekerja atas potensi bahaya yang dihadapi ditempat kerja.
2. Alat pelindung diri mempunyai berat yang seringan mungkin, nyaman dipakai dan tidak menjadi beban tambahan bagi pemakainya.
3. Bentuknya cukup menarik, sehingga pemakai tidak malu memakainya.
4. Tidak menimbulkan gangguan kepada pemakainya, baik karena jenis bahayanya maupun kenyamanan dan pemakaiannya.
5. Mudah untuk dipakai dan dilepas kembali.
6. Tidak mengganggu penglihatan, pendengaran dan pernafasan serta gangguan kesehatan lainnya pada waktu dipakai dalam waktu yang cukup lama.
7. Tidak mengurangi persepsi sensoris dalam menerima tanda-tanda peringatan.
8. Suku cadang alat pelindung diri yang bersangkutan cukup tersedia dipasaran.
9. Mudah disimpan dan dipelihara pada saat tidak digunakan

10. Alat pelindung diri yang dipilih harus sesuai dengan standar yang ditetapkan dan sebagainya (Infodatin-K3, 2019).

8.2.3 Jenis-jenis Alat Pelindung Diri

Jenis-jenis alat pelindung diri berdasarkan fungsinya terdiri dari beberapa macam. Alat pelindung diri yang digunakan pekerja sesuai dengan bagian tubuh yang dilindungi, antara lain:

1. Alat pelindung kepala

Digunakan untuk melindungi rambut terjerat oleh mesin yang berputar dan untuk melindungi kepala dari terbentur benda tajam atau keras, bahaya kejatuhan benda atau terpukul benda yang melayang, percikan bahan kimia korosif, panas sinar matahari. Jenis alat pelindung kepala antara lain:

a. Tutup kepala

Berfungsi untuk melindungi kepala dari kebakaran, korosi, suhu panas atau dingin. Tutup kepala ini biasanya terbuat dari asbestos, kain tahan api/korosi, kulit dan kain tahan air.

b. Topi (*hats/cap*)

Berfungsi untuk melindungi kepala atau rambut dari kototran/debu atau mesin yang berputar. Topi ini biasanya terbuat dari kain katun.



Gambar 8.1. Topi (*Hats/Cap*)
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

2. Alat pelindung mata

Alat pelindung mata diperlukan untuk melindungi mata dari kemungkinan kontak bahaya karena percikan atau kemasukan debu, gas uap, cairan korrosif, partikel melayang, atau terkena radiasi gelombang elektromagnetik. Terdapat tiga jenis alat pelindung diri mata yaitu kaca mata dengan atau tanpa pelindung samping (*side shield*), *googles*, *cup type* and *box type* dan tameng muka. Sedangkan manfaat dari alat pelindung mata adalah:

- a. Melindungi mata dari percikan bahan kimia, debu, radiasi, panas dan bunga api.
- b. Untuk melindungi mata dari radiasi.



Gambar 8.2. Kacamata (*Spectacles*)
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

3. Alat pelindung telinga

Alat pelindung telinga digunakan untuk mengurangi intensitas yang masuk kedalam telinga (melindungi dari kebisingan). Disamping itu, dapat juga berfungsi untuk melindungi pemakainya dari bahaya percikan api atau logam panas terutama pada alat pelindung telinga jenis tutup telinga (*ear muff*). Terdapat 2 (dua) jenis alat pelindung telinga yaitu sumbat telinga (*ear plug*) dan tutup

telinga (*ear muff*) yang lebih efektif dibandingkan sumbat telinga.



Gambar 8.3. Sumbat Telinga (*Ear Plug*)
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

4. Alat pelindung pernafasan

Alat pelindung jenis ini digunakan untuk melindungi pernafasan dari resiko paparan gas, uap, debu atau udara terkontaminasi atau beracun, korosi atau yang bersifat rangsangan. Alat pelindung pernafasan dapat berupa masker dan respirator. Masker berguna mengurangi debu atau partikel-partikel yang lebih besar yang masuk kedalam pernafasan. Masker ini biasanya terbuat dari kain, sedangkan respirator berguna untuk melindungi pernafasan dari debu, kabut, uap logam, asap dan gas.



Gambar 8.4. Masker
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

5. Alat pelindung tangan

Jenis alat pelindung tangan seperti sarung tangan/*gloves*, *mitten/holder*, *pads*. Alat pelindung ini dapat terbuat dari karet, kulit, dan kain katun. Sedangkan manfaat dari alat pelindung tangan adalah melindungi tangan dari temperatur yang ekstrim baik terlalu panas/terlalu dingin: zat kimia kaustik, benda-benda berat atau tajam ataupun kontak listrik.



Gambar 2.5. Sarung Tangan (Gloves)
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

6. Alat pelindung kaki

Jenis alat pelindung kaki seperti sepatu karet hak rendah. Alat pelindung kaki dapat terbuat dari kulit yang dilapisi asbes atau chrom. Sepatu keselamatan yang dilengkapi dengan baja diujungnya dan sepatu karet anti listrik. Alat pelindung kaki (*safety shoes*) ini berfungsi melindungi kaki dari benturan/tusukan/irisan/goresan benda tajam, larutan bahan kimia, temperatur yang ekstrim baik terlalu tinggi maupun rendah, kumparan kawat-kawat yang beraliran listrik, dan lantai licin agar tidak jatuh terpeleset.



Gambar 8.6. Alat Pelindung Kaki
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

7. Alat pelindung badan

Digunakan untuk melindungi bagian tubuh dari percikan api, suhu panas atau dingin, cairan bahan kimia. Pakaian pelindung dapat berbentuk apron yang menutupi sebagian tubuh pemakainya yaitu mulai daerah dada sampai lutut atau overall yaitu menutupi seluruh bagian tubuh. Apron dapat terbuat dari kain drill, kulit plastik PVC/*polyethylene*, karet, abses atau kain yang dilapisi aluminium.

Alat Pelindung Badan



Apron (Cellemek)

<http://www.produktsielektronik.com>

Gambar 8.7. Alat Pelindung Badan
(Sumber : Kemenkes RI, 2015)

8.2.4 Prinsip Pemeliharaan Alat Pelindung Diri

Prinsip pemeliharaan alat pelindung diri dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Penjemuran di panas matahari untuk menghilangkan bau dan mencegah timbulnya jamur dan bakteri.
- 2) Pencucian dengan air sabun untuk alat pelindung diri seperti *safety* helm, kacamata, *ear plug*, yang terbuat dari karet, sarung tangan kain/kulit/karet.
- 3) Penggantian *catridge* atau *canister* pada respirator setelah dipakai beberapa kali

Agar alat pelindung diri tetap dapat digunakan secara baik, harus disimpan pada tempat penyimpanan yang bebas debu, kotoran dan tidak terlalu lembab serta terhindar dari gigitan binatang. Penyimpanan harus diatur sedemikian rupa sehingga mudah diambil dan dijangkau oleh pekerja dan diupayakan disimpan di almari khusus pelindung alat pelindung diri (Septiari B. B, 2012).

8.3 Tujuan dan Manfaat Alat Pelindung Diri

Tietjen D (2004) menjelaskan penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan salah satu usaha dalam melindungi tenaga kerja di tempat kerja/praktikan di laboratorium sehingga dapat mencapai produktivitas yang optimal. Salah satu wujud dari penerapan K3 adalah dengan menggunakan APD secara disiplin. Penggunaan APD merupakan suatu kewajiban, pemanfaatan APD oleh tenaga kerja/praktikan sampai saat ini masih merupakan masalah rumit dan sulit dipecahkan. Hal ini karena faktor disiplin tenaga kerja/praktikan yang masih rendah.

8.3.1 Tujuan Alat Pelindung Diri

Tujuan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) adalah untuk melindungi tubuh dari bahaya pekerjaan yang dapat mengakibatkan penyakit atau kecelakaan kerja, sehingga penggunaan alat pelindung diri memegang peranan penting. Hal ini

penting dan bermanfaat bukan saja untuk tenaga kerja tetapi untuk tempat kerja (Soemarko & Dewi S, 2012).

8.3.2 Manfaat Alat Pelindung Diri

Menurut Djatmiko (2016) ada beberapa manfaat Alat Pelindung Diri bagi tenaga kerja antara lain:

1. Tenaga kerja/praktikan dapat bekerja dengan perasaan lebih aman untuk terhindar dari bahaya-bahaya kerja.
2. Dapat mencegah kecelakaan akibat kerja.
3. Tenaga kerja/praktikan dapat memperoleh derajat kesehatan yang sesuai hak dan martabatnya sehingga tenaga kerja/praktikan akan mampu bekerja secara aktif dan produktif.
4. Tenaga kerja/praktikan bekerja dengan produktif sehingga meningkatkan hasil produksi/prakteknya. Khusus bagi tenaga kerja, hal ini akan menambah keuntungan bagi tenaga kerja yaitu berupa kenaikan gaji atau jaminan sosial sehingga kesejahteraan akan terjamin.

Manfaat APD bagi perusahaan/tempat kerja:

1. Meningkatkan produksi perusahaan dan efisiensi optimal.
2. Menghindari hilangnya jam kerja akibat absensi tenaga kerja.
3. Penghematan biaya terhadap pengeluaran ongkos pengobatan serta pemeliharaan kesehatan tenaga kerja.

8.4 Penatalaksanaan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Terdapat beberapa langkah yang dapat ditempuh bagi tempat kerja/perusahaan yang hendak menerapkan penggunaan APD. Langkah-langkah tersebut antara lain:

1. Menyusun kebijaksanaan penggunaan dan pemakaian APD secara tertulis, serta mengkomunikasikannya kepada

semua tenaga kerja/praktikan dan tamu yang mengunjungi perusahaan/laboratorium tersebut.

2. Memilih dan menempatkan jenis APD yang sesuai dengan potensi bahaya yang terdapat di tempat kerja/laboratorium.
3. Melaksanakan program pelatihan penggunaan APD untuk menyakinkan tenaga kerja/laboratorium agar mereka mengerti dan tahu cara menggunakannya. Untuk kegiatan praktikum di laboratorium dapat berupa penjelasan pentingnya dan cara penggunaan APD.
4. Menerapkan penggunaan dan pemakaian APD serta pemeliharannya secara berkala (Kemenkes RI, 2015).

8.5 Dasar Hukum Penggunaan Alat Pelindung Diri

Induk dari peraturan perundang-undangan K3 adalah Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja atau bisa disebut dengan UU K3. Karena APD merupakan salah satu perwujudan dari K3 maka dasar hukum APD adalah UU K3 yang memang telah mengatur tentang APD.

UU K3 menetapkan syarat keselamatan dan kesehatan kerja yang berkaitan dengan alat pelindung diri kepada pekerja. Pasal 9 Ayat (1) UU K3 mewajibkan manajemen perusahaan untuk menunjukkan dan menjelaskan:

1. Kondisi-kondisi dan bahaya serta yang dapat timbul dalam tempat kerjanya.
2. Semua pengaman dan alat perlindungan yang diharuskan dalam tempat kerja.
3. Alat-alat perlindungan diri bagi tenaga kerja yang bersangkutan.
4. Cara-cara dan sikap kerja yang aman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Pada Pasal 12 (b) UU K3 mengatur mengenai kewajiban dan hak tenaga kerja untuk memakai alat-alat pelindung diri. Sedangkan Pasal 14 (c) memerintahkan manajemen perusahaan untuk menyediakan secara cuma-cuma semua alat pelindung diri yang diwajibkan pada tenaga kerja yang berada dibawah pimpinannya dan menyediakan bagi setiap orang lain yang memasuki tempat kerja tersebut disertai dengan petunjuk-petunjuk yang diperlukan menurut petunjuk pegawai pengawas atau keselamatan kerja.

Sedangkan peraturan lainnya yang mengatur tentang APD salah satunya adalah Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. Per 03/Men/1982 tentang Pelayanan Kesehatan Kerja. Permenakertrans tersebut mengatur APD sebagaimana termuat pada Pasal 1 Ayat (2) dan Pasal 2 Ayat (1).

1. Pasal 1 Ayat (2) tentang Tujuan Pelayanan Kesehatan Kerja: "Melindungi tenaga kerja terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan atau lingkungan kerja."
2. Pasal 2 Ayat (1) tentang Tugas Pokok Pelayanan Kesehatan Kerja: "Memberikan nasehat mengenai perencanaan dan pembuatan tempat kerja, pemilihan alat pelindung diri yang diperlukan dan zat gizi serta penyelenggaraan makanan ditempat kerja."

DAFTAR PUSTAKA

- Djarmiko, R. D. 2016. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Deepublish.
- Infodatin-K3. 2019. Keselamatan dan Kesehatan Kerja.
- International Labour Organization (ILO). (2014). Prevalensi Infeksi Nosokomial Berdasarkan Penyebabnya. USA: Philadelphia.
- Kemenkes, RI. 2015. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Kemenkes, RI. 2010. Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Bina Kesehatan Kerja.
- Laili, R. 2017. Upaya Memutus Rantai Infeksi oleh Perawat Dengan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) yang Benar.
- Permenkes, RI. 2017. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Permenkes RI.
- Soemarko. Dewi Sumaryani. 2012. Penyakit Akibat Kerja Identifikasi dan Rehabilitasi Kerja. K3 Expo Seminar SMESCO.
- Suma'mur, P. 2009. Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes). In. Seto S. Editor. Jakarta
- Septiari, B. B. 2012. Infeksi Nosokomial. Nuha Medika.
- Tietjen, T & Linda D. 2004. Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Layanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas (Prawiharjo S (ed.)). Yayasan Bina Pustaka.

BAB 9

HAZARD, RISK, DAN KECELAKAAN KERJA DALAM KESELAMATAN KERJA PERAWAT

Oleh Fresy Nissia Lumowa

9.1 Pendahuluan

Bahaya di tempat kerja merupakan faktor resiko yang ditemui dalam setiap pekerjaan. Bahaya ditempat kerja merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan kecelakaan /penyakit akibat kerja, yang bisa mempengaruhi produktifitas dalam bekerja baik secara fisik maupun mental. Setiap pekerjaan memiliki resiko kegagalan (*risk of failures*) sehingga menimbulkan kecelakaan kerja (*work accident*). Seberapapun kecilnya resiko dalam pekerjaan akan menimbulkan kerugian (*lost*), oleh sebab itu kecelakaan /penyakit akibat kerja sedini mungkin harus dicegah/dihilangkan setidaknya dikurangi, sehingga tidak menimbulkan dampak negatif dan mengganggu produktifitas dalam bekerja. keselamatan dan kesehatan kerja adalah suatu usaha dan upaya untuk menciptakan perlindungan dan keamanan dari risiko kecelakaan dan bahaya baik fisik, mental maupun emosional, terhadap perawat, perusahaan, masyarakat, dan lingkungan (Bina Okupasi Indonesia, 2020).

9.2 Pengertian Hazard, Risk, Dan Kecelakaan Kerja

Dalam menjalankan tugas sebagai juru rawat (perawat) pasti akan berhadapan dengan hal-hal yang akan menyebabkan terjadinya bahaya ataupun risiko yang berakibat pada kecelakaan maupun penyakit akibat kerja. Pekerjaan sebagai perawat memiliki risiko dan bahaya yang dapat dialami oleh perawat maupun pasien dan keluarga jika lalai ataupun tidak bisa mengendalikan risiko dan bahaya yang ada dalam pekerjaan. Hazard (bahaya) merupakan suatu keadaan maupun kondisi yang dapat mengakibatkan (berpotensi) menimbulkan kerugian (kecelakaan maupun penyakit) akibat pekerjaan, oleh sebab itu perlu adanya pengetahuan dan metode terstruktur dan terpadu agar bisa mengendalikan bahaya yang mungkin saja timbul saat melakukan pekerjaan. Risk (risiko) merupakan suatu keadaan yang bersifat ketidakpastian, karena dalam menjalankan suatu pekerjaan, kita harus mempelajari keadaan atau lingkungan kerja, sehingga pada pelaksanaannya kita dapat menilai akibat yang mungkin saja terjadi berupa kegiatan manajemen risiko untuk bisa menilai dan memprediksikan akibat ataupun risiko yang mungkin saja terjadi dalam pekerjaan. Misalnya jika perawat tidak terampil dalam pembuatan asuhan keperawatan, maka risiko yang mungkin saja terjadi adalah ketidaksesuaian penanganan terhadap pasien dan bisa berakibat buruk dalam pelayanan dan kesembuhan pasien, atau bahan habis pakai yang tidak dibung ditempat yang benar (safety box) bahaya dan dampak yang akan terjadi pasti berpengaruh pada kualitas pelayanan dan mengakibatkan kerugian dan keadaan yang tidak baik. Sedangkan kecelakaan kerja merupakan dampak ataupun kerugian fisik yang terjadi pada pekerja / perawat karena adanya bahaya potensial yang sulit untuk dikendalikan (Moniaga, Rompis, 2019).

9.3 Ruang Lingkup Hazard, Risk, Dan Kecelakaan Kerja Dalam K3 Keperawatan

Bidang keperawatan merupakan pekerjaan yang memiliki risiko kecelakaan yang besar jika dibandingkan dengan pekerjaan yang lain, karena pekerjaan perawat menyangkut tentang nyawa manusia, yang dalam penanganannya tidak boleh keliru, tidak boleh salah langkah, dan tidak boleh lalai, butuh ketelitian yang baik untuk menjalankan profesi ini, dan membutuhkan ketenangan dalam melakukannya. Semua hal – hal yang berkaitan dengan kondisi perawat, baik fisik, psikologi maupun lingkungan sangat berpengaruh pada pelayanan yang diberikan perawat kepada pasien, sehingga dibutuhkan ketelitian dan pengetahuan yang memadai dalam menjalankan profesi ini, karena jika salah mengambil keputusan masa bisa berdampak kelalaian pelayanan dan mendapati risiko yang besar hingga hilangnya nyawa seseorang. Oleh sebab itu, penting diterapkannya K3 dalam ilmu keperawatan sebagai pedoman dalam memperoleh keselamatan dan kesehatan dalam bekerja (Rafi'ah et al 2022).

Undang – undang mengharuskan penerapan K3 khususnya tempat kerja yang memiliki risiko kecelakaan yang besar termasuk tenaga medis dalam hal ini perawat sebagai garda terdepan dalam menangani masalah kesehatan dan berpotensi mendapatkan risiko kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja, sehingga dengan adanya manajemen K3 maka risiko ditempat kerja dapat diminimalisir bahkan ditiadanya agar terciptanya kehidupan pekerjaan yang baik dan dampak yang baik baik terhadap pekerjaan, lingkungan maupun pasien dan keluarga.

Praktik K3 memberikan jaminan keselamatan bagi tenaga kerja dalam hal ini perawat maupun keselamatan dan keamanan bagi pasien dan keluarga. Seperti halnya seorang perawat dalam menangani pasien yang membutuhkan ketelitian dalam bekerja, kondusifnya lingkungan kerja dan kerjasama antar tenaga medis berperan penting dalam memberikan pelayanan yang paripurna,

pasien dan keluarga juga sebagai objek juru rawat, memiliki hak untuk mendapatkan jaminan keselamatan dan keamanan dari perawat sang juru rawat. Teori dan dinamika sosial tersebut akan terlaksana jika K3 dapat diterapkan penuh dalam alur pelayanan kesehatan. K3 dalam keperawatan merupakan pedoman bagi perawat untuk bisa terhindar dari bahaya dan risiko kecelakaan maupun penyakit yang diakibatkan oleh pekerjaan. Pentingnya penerapan K3 dalam keperawatan, telah dibahas diatas, dan kita juga perlu mengetahui tujuan dan manfaat dari penerapan K3 yang sebenarnya dalam profesi sebagai perawat yang dimuat dalam modul calon ahli K3 umum 2020 antara lain adalah :

1. Memelihara lingkungan kerja yang sehat
2. Mencegah dan mengobati kecelakaan yang disebabkan akibat pekerjaan sewaktu bekerja
3. Mencegah, mengobati keracunan yang ditimbulkan dari pekerjaan
4. Memelihara moral, mencegah dan mengobati keracunan yang timbul dari pekerjaan
5. Menyesuaikan kemampuan dalam bekerja
6. Merehabilitasi pekerja yang cedera atau sakit akibat pekerjaan.

Manfaat K3 dalam keperawatan adalah :

1. Perawat terhindar dari bahaya (hazard) dan risiko (risk)
2. Terjaminnya kenyamanan dan keamanan dalam bekerja sehingga dapat meningkatkan produktifitas kerja.
3. Terjaminnya keselamatan pasien
4. Hemat
5. Terjadinya keseimbangan antara perawat dan lingkungan sehat
6. Menghasilkan perawat yang berkualitas

9.4 Risiko Dan Hazard Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan

2. Hazard Somatik

Bahaya merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak dapat dipastikan dampak yang akan terjadi dari suatu bahaya. Bahaya dapat diukur melalui proses HIRARC dan penetapan dari manajemen risiko. Jenis bahaya yang mungkin saja terjadi ditempat kerja tentunya beragam sesuai dengan jenis pekerjaan, beban kerja dan proses pekerjaan. Salah satu bahaya kesehatan yang mungkin saja dialami oleh pekerja adalah jenis bahaya somatik, dimana bahaya somatik dikenal dengan hazard tubuh pekerja, dimana bahaya / hazard ini merupakan bahaya yang sudah ada di dalam tubuh pekerja yaitu berkaitan dengan kapasitas bekerja dan kondisi kesehatan pekerja. Contoh yang dapat digambarkan adalah ketika seorang pekerja dengan kondisi kesehatan jantung lemah yang bekerja pada bidang mekanik atau alat berat, pekerjaan tersebut tentunya akan membahayakan pekerja karena akan memberikan dampak kesehatan yang buruk terhadap penyakit yang dimiliki pekerja(Kusmawan, 2022).

3. Hazard Perilaku Kesehatan

Menurut Kusmawan 2022 Besaran hazard yang ditimbulkan pada suatu pekerjaan dapat berdampak sebagai kecelakaan kerja maupun sebagai bahaya kesehatan fisik maupun mental pekerja. Perilaku kesehatan pekerja menjadi faktor yang paling berperan terhadap terjadinya hazard yang berdampak pada terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK), dimana hazard perilaku kesehatan merupakan hazard yang ditimbulkan oleh karena perilaku dari pekerja itu sendiri, kecerobohan, kelalaian dan kurang berkonsentrasi menjadi pendukung adanya hazard perilaku kesehatan. Sebagai contoh adalah ketika seorang perawat yang memiliki tubuh yang kecil

namun memaksakan diri untuk mengangkat pasien ataupun memindahkan pasien ke tempat tidur, ataupun perawat yang tidak menggunakan APD saat bekerja memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit menular. Perilaku seperti itu yang kemudian menyebabkan adanya hazard perilaku kesehatan.

4. Hazard Lingkungan Kerja

Hazard lingkungan kerja merupakan hazard yang terjadi oleh karena beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya adalah faktor bahaya fisik, kimia, mekanik dan biologik. Bahaya fisik dapat dikategorikan sebagai bahaya yang bersumber dari manusia itu sendiri baik cara kerja, kapasitas kerja maupun kondisi pekerja saat melakukan pekerjaan. Bahaya kimia adalah bahaya yang bersumber dari bahan kimia berbahaya (BKB) yang bersumber dari bahan kerja, kesalahan dalam pelaksanaan SOP kerja, prosedur pengelolaan dan penyimpanan BKB, maupun kurangnya keterampilan pekerja dalam menjalankan prosedur kerja BKB. Bahaya mekanik berhubungan dengan alat kerja yang digunakan oleh pekerja saat bekerja, dimana alat kerja harus dijalankan sesuai dengan prosedur kerja, dan alat kerja yang digunakan dalam pekerjaan harus melalui proses substitusi yaitu mengganti, memodifikasi, ataupun melakukan perawatan terhadap alat kerja yang digunakan baik alat kerja berat maupun alat kerja ringan, dampak dari bahaya mekanik ini dapat berupa terjepit, terpeleset, tersayat, jatuh, tergores maupun kecelakaan kerja berupa kecacatan maupun kematian. Bahaya biologik yang dimaksudkan adalah bahaya yang ada pada lingkungan kerja yang jika kadar toksisitasnya, dan pajanannya tidak dapat dikendalikan dan diluar nilai ambang batas maka akan berdampak pada kesehatan kerja pekerja akibat jumlah paparan yang besar (Setiawan et al. 2019).

5. Hazard Pengorganisasian Pekerjaan Dan Budaya Kerja

Hazard pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja merupakan bahaya yang bersumber dari kondisi psikologis pekerja terkait kelelahan kerja, stress kerja, maupun kesehatan mental pekerja. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya hazard ini di antaranya berhubungan dengan jadwal kerja, pembagian kerja/ shift kerja, beban kerja yang terlalu tinggi, profesionalitas pekerja, maupun kondisi dan tekanan fisiologis tempat kerja misalnya masalah pribadi, relasi dengan atasan ataupun rekan kerja yang kurang baik, maupun hal yang berkaitan dengan reward dan punishment terkait kinerja. Hazard pengorganisasian dan budaya kerja ini memiliki dampak terhadap menurunnya produktivitas kerja, berkurangnya semangat maju dalam pekerjaan, sehingga pekerjaan menjadi terbengkalai dan tempat kerja mengalami kerugian. Gizi kerja juga merupakan faktor penyebab munculnya hazard ini karena ketercukupan gizi juga dapat berpengaruh pada stamina dalam bekerja, kemampuan fisik dan otak dalam bekerja maupun obat untuk terhindarnya kelelahan kerja (Kurniawidjaja dan Ramdhan. 2019).

Profesi sebagai perawat merupakan pekerjaan yang memiliki risiko tinggi dalam melaksanakan pekerjaan, dimana perawat dituntut untuk bisa memberikan pelayanan maksimal secara komprehensif dengan penuh pertimbangan, observasi, analisis dan evaluasi yang terpadu berdasarkan hasil diagnosa terhadap pasien. Dalam menjalankan profesinya perawat akan berhadapan dengan pasien dengan diagnosa yang berbeda – beda baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, hal tersebut perlu adanya proteksi yang tepat baik keselamatan nyawa pasien maupun keselamatan diri seorang perawat. Ada batasan – batasan tertentu yang perlu diketahui oleh perawat dalam menjalankan profesinya, dan adapun SOP yang harus dilakukan

perawat ntuk memberikan perawatan. Rencana tindakan perawat terkait dengan penanganan pasien adalah denan membuat rencana kerja berupa asuhan keperawatan (ASKEP) dimana semua jenis tindakan dan jenis tindakan yang akan dilakukan harus sesuai dengan susunan asuhan keperawatan.

Pengkajian asuhan keperawatan merupakan tahap awal dalam pemberian tindakan dan penyusunan asuhan keperawatan dan rencana tindakan keperawatan. Dalam pengkajian asuhan keperawatan, perwat harus memenuhi berbagai tahapan yang dimulai dengan pemeriksaan tanda – tanda vital (TTV) dan komunikasi Bina Hubungan Saling Percaya(BHSP) dengan pasien dan keluarga. Dalam tahap komunikasi dengan pasien ini, bertujuan untuk mendapatkan informasi terhadap kondisi kesehatan dan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Untuk memperoleh informasi dari pasien, perawat dituntut untuk bersikap ramah, sopan, tidak memberikan kata – kata yang menyinggung maupun intimidasi, dan perawat tidak lupa untuk memberikan salam dan perkenalan terlebih dahulu (Marisih et al, 2019).

Dalam melakukan pengkajian asuhan keperawatan, seringkali perawat mengalami risiko dan hazard yang mungkin saja terjadi seperti pelecehan secara verbal dari pasien maupun keluarga, kekerasan fisik, berhadapan dengan pasien yang acuh tak acuh, risiko tertular penyakit, dan empati yang berlebihan dari perawat terhadap pasien. Kondisi – kondisi hazard dan risiko tersebut menjadi ancaman bagi perawat dalam tahap awal asuhan keperwatan sehingga seringkali berpengaruh pada rencana tindakan, prosedur penyusunan asuhan keperwatan, maupun pealyanan kesehatan yang diberikan pada pasien. Hal – hal yang perlu diperhatikan untun mencegah terjadinya hazard dalam pengkajian asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Mencuci tangan dan menggunakan APD wajib
2. Mengidentifikasi bahaya dan risiko yang mungkin terjadi

3. Memperkenalkan identitas diri kepada pasien dan keluarga
4. Apapun tindakan yang akan diberikan kepada pasien harus meminta persetujuan (verbal / tertulis)
5. Tidak menyinggung perasaan saat melakukan pengkajian
6. Membangun kepercayaan pasien terhadap perawat
7. Memperlakukan pasien dengan sama
8. Perawat harus mampu menjadi pendengar yang baik
9. Jika pasien masih sulit berkomunikasi maka bisa beralih ke keluarga untuk pengkajian
10. Dokumentasi
11. Implementasi asuhan keperawatan merupakan tahap kedua dalam penyusunan asuhan keperawatan, dimana pada tahap ini, perawat sudah dapat memberikan tindakan sesuai dengan pengkajian asuhan keperawatan yang dilakukan sebelumnya dahulu (Marisih *et al*, 2019).

Dalam melakukan implementasi keperawatan, terdapat hazard dan risiko yang dapat ditemui diantaranya adalah perawat kurang kompeten dibidangnya sehingga sulit untuk penegakan asuhan keperawatan. Yang kedua adalah perawat tidak melakukan implementasi sesuai dengan SOP, biasanya kejadian ini terjadi pada perawat yang sudah senior sehingga merasa sudah berpengalaman dalam memberi perawatan, hal tersebut dapat terjadi kelalaian sehingga berdampak buruk bagi perawat terutama pasien. Yang ketiga adalah perawat yang melakukan tindakan sesuai dengan rencana tindakan, hal ini dapat terjadi dan berdampak pada dua kemungkinan, dimana kemungkinan positifnya adalah pada saat melakukan tindakan kondisi pasien menjadi berubah sehingga rencana tindakan dapat berubah sesuai dengan kondisi pasien yang berubah ataupun perubahan tindakan yang dirubah oleh dokter, kemungkinan negatifnya adalah ketika rencana tindakan tidak dapat dilaksanakan karena pasien menolak dilakukannya tindakan atau bahkan fasilitas alat kesehatan yang diperlukan tidak

memenuhi standard. Yang keempat adalah gagal mengidentifikasi faktor risiko dan bahaya salah dalam pemberian therapy/ pengobatan perawat mengalami cidera, hal tersebut dapat berdampak negatif bagi pasien dan keselamatannya. Yang kelima adalah semua tindakan tidak tercatat atau tidak terdokumentasi sehingga kesalahan tindakan dapat terjadi dahulu.

Tahap Evaluasi asuhan keperawatan juga dijelaskan oleh Marisih et al, 2019 menjelaskan bahwa pada tahap evaluasi merupakan tahap terakhir dalam penegakan asuhan keperawatan, dimana dalam tahap evaluasi ini, perawat dituntut untuk menarik kesimpulan terhadap diagnosa pasien, tindakan yang telah dilakukan, perkembangan kondisi pasien setelah mendapatkan tindakan keperawatan, maupun hal – hal apa saja yang perlu dilakukan, berupa tindakan selanjutnya, ataupun ada tindakan dan perawatan yang perlu diganti, dikembangkan ataupun fasilitas penunjang dan pemeriksaan apa yang akan dilakukan selanjutnya. Penilaian terhadap keberhasilan dan efektifitas pelaksanaan perawatan dari perawat dapat dinilai pada tahap ini, sehingga semua tindakan yang dilakukan terhadap pasien dalam sesuai dan tepat dahulu.

Dalam mengevaluasi asuhan keperawatan ini, terdapat hazard yang mungkin saja terjadi sehingga menghambat pemberian asuhan keperawatan yang tepat yaitu, perawat lamban dalam mengumpulkan data – data pasien, dimana perawat tidak secara lengkap mengumpulkan data – data pasien dan tidak teliti dalam mengidentifikasi perkembangan pasien, kemudian yang menjadi bahaya jika perawat tidak mengetahui adanya peningkatan atau perubahan dari aspek yang sudah diberikan. Terdapat saran pencegahan yang perlu dilakukan dalam mencegah terjadinya hazard yaitu mengidentifikasi sumber bahaya atau potensi bahaya yang mungkin saja terjadi, perawat diharapkan untuk selalu memperhatikan respon ataupun perkembangan pasien setelah mendapatkan tindakan asuhan keperawatan.

9.5 Faktor Risiko Terjadinya Kecelakaan Kerja

Terjadinya suatu kecelakaan kerja diakibatkan karena kurangnya kewaspadaan, dan kurangnya pengetahuan yang lebih tentang adanya risiko dan bahaya dalam bekerja. Beberapa hal yang harus dilakukan agar terhindar dari kecelakaan kerja adalah dengan menerapkan K3 sebagai dasar keselamatan dalam bekerja. Terdapat beberapa faktor risiko yang mengakibatkan kecelakaan kerja, antara lain adalah :

1. Menurut Sifat Kerja

Seorang perawat merupakan pekerjaan yang memiliki risiko kerja yang besar, karena dalam tugas dan tanggung jawabnya, perawat mempertaruhkan keselamatannya dan keselamatan lain pihak dalam hal ini rekan sekerja, lingkungan kerja, nyawa pasien yang dirawat, maupun keluarga pasien. Dalam dunia medis, perawat memegang peran yang besar dalam keberhasilan tingkat kesembuhan dari pasien, dan berhasilnya pasien memperoleh pemulihan dan sembuh salah satunya tidak lepas dari andil seorang perawat. Oleh sebab itu pekerjaan seorang perawat dikategorikan berisiko karena kelalaiannya dalam bekerja dapat mengakibatkan risiko kecelakaan kerja bagi perawat, bahkan hilangnya nyawa seseorang (Kawatu, 2019).

Pekerjaan perawat jika dibandingkan dengan orang yang bekerja sebagai penyelia bank tentunya beda, karena pekerjaan perawat berhadapan langsung dengan nyawa manusia dan pekerjaan perbankan berhadapan dengan setumpukan dokumen dan berkas, meskipun dalam setiap profesi pekerjaan memiliki tingkat bahaya dan risiko yang berbeda – beda sehingga membutuhkan penerapan manajemen K3 yang berbeda.

2. Menurut Jadwal Kerja

Astuti et al 2022 menjelaskan tentang jadwal kerja / shift kerja, dalam dunia medis kita mengenal tentang suatu

aturan kerja yang terjadwal. Menurut aturan yang dibuat, makan telah ditetapkan jam kerja perawat maupun tenaga medis di rumah sakit bekerja dalam 1 shift kerja yaitu 6- 7 jam pershift kerja (stabil) dan tidak diperkenankan bekerja lebih dari 1 shift kerja karena dinilai pekerjaan seorang tenaga medis yang stabil (produktif) hanya bisa dijalankan selama 6- 7 jam saja perhari, dengan pembagian kerja 07.00 – 14.00 (shift pagi), 14.00 – 2.00 (shift soreh), dan 21.00 – 07.00 (shift malam). Dalam jadwal tersebut secara bergantian tenaga medis bekerja, dan sebaiknya pekerjaan tenaga medis dalam hal ini perawat tidak bekerja melebihi jadwal shift yang dibagi, sehingga tidak akan terjadinya risiko kerja yang berdampak pada kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang disebabkan oleh kelelahan kerja dan stress kerja. Tenaga medis yang bekerja melebihi jumlah jam kerja berakibat menurunnya produktifitas kerja dan berdampak pada kelalaian kerja oleh karena terjadinya kelelahan dan stress kerja.

3. Menurut Iklim Psikologis Di Tempat Kerja

Dalam menjalankan profesi sebagai perawat tingkat keberhasilan dalam melakukan suatu pelayanan kesehatan terletak pada ketelatenan perawat dalam menjalankan tugasnya, dan keterampilan perawat beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya, dalam hal ini membangun relasi antara teman sekerja maupun menyeimbangkan profesi kerja dan kehidupan sehari – hari. Tidak harmonisnya antara pekerja satu dengan yang lain sangat berpengaruh pada keadaan psikologis pekerja disuatu tempat kerja, bukan hanya seorang perawat, namun bagi semua profesi. Marta et al, 2019 menjelaskan tentang hubungan yang baik dan harmonis dilingkungan kerja terbukti meningkatkan produktifitas kerja karena didalamnya terdapat pil kebahagiaan yaitu senyum, tawa, semangat, motivasi yang semuanya itu mengandung dorongan untuk bisa bekerja lebih baik dan produktif.

Produktifitas kerja disini dimaknai sebagai kualitas seseorang dalam menjalankan aktivitasnya dan berdampak baik pada apa yang dikerjakan. Dorongan, semangat, motivasi, senyum, bahagia adalah bentuk aktivitas positif yang harus selalu terjalin dalam lingkungan pekerjaan, sebaliknya lingkungan kerja yang penuh dengan dendam, irih hati, menang sendiri, tidak suka bekerjasama, tidak suka membangun, bahkan saling menjatuhkan merupakan suatu kondisi dan situasi negatif yang terjadi dalam lingkungan kerja, sehingga perilaku negatif tersebut menciptakan situasi atau iklim kerja yang tidak kondusif, tidak menguntungkan bahkan tidak produktif dan tidak berdampak baik dalam aktivitasnya. Situasi demikian sangat mempengaruhi kenyamanan dan memunculkan stress kerja dalam menghadapi pekerjaan. Perilaku positif / lingkungan positif atau negatif disuatu tempat kerja dalam hal ini profesi sebagai perawat, sangat berpengaruh pada baik tidaknya kualitas pelayanan kesehatan(Bina Okupasi Indonesia, 2020).

Terdapat 4 faktor penyebab kecelakaan kerja menurut Husni : (Rarindo, 2018)

1. Faktor manusia, diantaranya kurangnya pengetahuan atau keterampilan tentang industry dan kesalahan penempatan tenaga kerja.
2. Faktor material atau peralatannya, misalnya bahan yang seharusnya dibuat dari besi, dibuat dengan bahan lain yang lebih murah sehingga peralatan tersebut tidak memiliki kualitas yang bisa melindungi pekerja sehingga menyebabkan kecelakaan kerja.
3. Faktor sumber bahaya yang meliputi :
 - a. Perbuatan bahaya misalnya metode kerja yang salah, keteledoran, tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD).

- b. Kondisi / keadaan bahaya misalnya lingkungan pekerjaan yang tidak aman serta kondisi pekerjaan yang berbahaya.

9.6 Keamanan Dan Keselamatan Kerja

Keselamatan di tempat kerja dipengaruhi oleh beban kerja yang berupa beban fisik, mental, dan sosial sehingga upaya penempatan pekerja yang sesuai dengan kemampuannya perlu diperhatikan misalnya jika latar belakang pendidikannya sebagai seorang sanitarian lingkungan, maka dapat diberikan tanggung jawab sebagai pengelola kesehatan lingkungan, dan pekerjaan sebagai perawat dapat dilakukan hanya oleh orang yang berlatar belakang pendidikan perawat dan profesi perawat yang memiliki kompetensi yang sesuai dengan profesinya. Kapasitas kerja yang banyak tergantung pada pendidikan, keterampilan, kesegaran jasmani, ukuran tubuh, keadaan gizi dan sebagainya. Kurangnya pengetahuan dan kompetensi seseorang sangat berpengaruh pada keamanan dan keselamatan dalam menjalankan tugasnya karena kelalaian biasanya terjadi bukan hanya karena kelelahan kerja, namun pada ketidaktahuan dan minimnya pengetahuan dari pekerja itu sendiri. Kesehatan dan kebugaran tubuh dari perawat merupakan faktor yang berpengaruh dalam menjalankan tugas di rumah sakit, dimana jika tubuh yang sehat dan bugar, ditunjang dengan asupan gizi yang baik akan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga, kerja baik fisik, otak maupun psikologis dapat bekerja lebih optimal. Gabungan dari unsur – unsur sehat tersebut merupakan dasar dari produktifitas dan kualitas dalam bekerja.

Lingkungan kerja sebagai beban tambahan, baik berupa faktor fisik, biologic, ergonomic, maupun aspek sosial. Lingkungan kerja yang baik dan selaras ditunjang dengan keadaan sekitar yang mendukung dan menunjang kinerja perawat. Faktor fisik berupa pencahayaan, kebisingan, maupun alat – alat kesehatan yang digunakan harus bisa menunjang pekerjaan perawat. Pencahayaan

yang kurang baik dapat mengakibatkan hal – hal yang tidak diinginkan misalnya salah memasang jarum infus, salah memberikan obat, salah membaca resep obat, ataupun kesalahan yang lain yang berkaitan dengan kurangnya pencahayaan dalam ruang perawatan. Begitu pula dengan ergonomik, dimana cara perawat dalam bersikap baik posisi dalam merawat pasien (membungkuk ataupun mengangkat) cara duduk perawat, cara berjalan, berlari maupun gerakan – gerakan fisiknya dalam bekerja harus sesuai dengan aturan manajemen K3 sehingga tidak terjadi kelelahan kerja karena posisi tubuh yang salah dalam bekerja, tidak terjadi kesemutan atau bahkan kelelahan sendi saat melakukan pelayanan. Hal – hal demikian perlu diantisipasi dengan melakukan senam singkat 10 – 15 menit guna untuk merenggangkan otot – otot agar tidak kaku dan keram saat melakukan beraktivitas dengan posisi yang sama selama kurang lebih 2 jam. Sikap duduk yang baik juga sangat penting agar menjaga postur tubuh tidak membungkuk dengan cara duduk yang benar, sesekali berdiri untuk merenggangkan tubuh, begitu juga dengan posisi tubuh saat berjalan harus baik dan sesekali istirahatkan kaki dengan duduk selama beberapa menit sehingga kerja jantung tidak terlalu cepat, irama jantung stabil dan saturasi oksigen tetap normal(Yoto et al, 2021).

9.7 Manajemen Risiko Dan Hazard K3 Keperawatan

Risiko merupakan sesuatu hal yang berbentuk ketidakpastian karena terdapat kejadian – kejadian yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, sehingga menimbulkan terjadinya risiko, baik risiko baik maupun risiko yang tidak diinginkan seperti risiko kecelakaan kerja maupun risiko penyakit akibat kerja. Risiko yang diakibatkan karena suatu kelalaian kerja berdampak pada risiko yang tidak diinginkan seperti hilangnya kesempatan atau peluang dalam mengejar suatu target kerja yang

diharapkan. Adanya risiko dalam pekerjaan sangat berpengaruh pada realisasi tujuan kerja yang ingin dicapai oleh sebab itu perlu adanya pengendalian risiko kerja agar dampak buruk yang biasanya terjadi dapat diminimalisir dan bahkan tidak terjadi.

Dampak negatif dari risiko kerja adalah dapat mencegah atau dapat mengikis nilai yang menjadi tujuan dalam bekerja. Berbicara tentang risiko kerja erat kaitannya dengan beban kerja dan stress kerja, oleh sebab itu perlu adanya ketelitian, dan penilaian risiko kerja sehingga risiko negatif dalam pekerjaan dapat ditepis. Oleh sebab itu, berdasarkan uraian penjelasan diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa risiko adalah suatu kemungkinan terjadinya peristiwa yang membawa akibat yang tidak diinginkan dan berdampak pada tujuan, strategi, sasaran dan target yang ingin dicapai (Firmansyah, 2022).

Dalam mengendalikan risiko negatif yang mungkin saja terjadi dalam suatu tugas pekerjaan, maka diselenggarakannya manajemen risiko yang merupakan suatu budaya, proses, struktur yang mengarah pada potensi dalam mengelolah suatu peluang. Secara garis besar, manajemen risiko diartikan sebagai suatu proses yang dilakukan manager dan personilnya dalam pembuatan strategi untuk tempat kerja yang dirancang untuk mengidentifikasi potensi peristiwa yang dapat mempengaruhi dan mengelolah risiko dalam mencapai tujuan, sasaran dan target dalam bekerja.

Firmansyah, 2022 juga menjelaskan tentang peran manajemen risiko dalam ilmu keperawatan adalah suatu kelompok/ tim manajerial yang berhubungan dengan struktur organisasi yang dibentuk dan berjalan sesuai dengan prosedur kerja sebagai seorang ahli K3 yang bertujuan untuk melindungi, mengatur dan mengoperasikan semua hal yang berhubungan dengan lingkungan kerja, fasilitas, alat, dan bahan yang digunakan oleh pekerja, terutama melindungi pekerja dalam hal ini perawat yang terlindungi dan memperoleh jaminan keselamatan baik kesehatan maupun terhindar dari kecelakaan akibat kerja.

Manajemen risiko K3 dalam dunia medis memegang peran utama dalam meminimalisir terjadinya hazard dan Risk selama menjalankan peran sebagai tenaga medis, rentannya terjadinya kecelakaan kerja dalam melakukan tindakan medis, mendorong adanya pemberlakuan manajemen risiko sebagai option dalam mengambil suatu keputusan yang efektif dalam menangani pasien. Perlu adanya ketepatan dalam melakukan penilaian risiko sehingga keputusan yang diambil sudah berdasarkan hasil penilaian dan sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit. Manajemen risiko sebagai langkah efektif yang dilakukan oleh rumah sakit guna untuk tercapainya pelaksanaan program – program atau kegiatan yang berlangsung di rumah sakit. Contohnya penanganan kasus covid – 19 di rumah sakit yang dilakukan sesuai dengan Standard Operasional Procedure (SOP) yang dikeluarkan oleh Kementrian Kesehatan RI dan kebijakan yang ada di rumah sakit. Penanganan kasus covid – 19 di rumah sakit, berbeda dengan penanganan kasus penyakit lainnya di rumah sakit, dimana petugas medis harus dengan tegas memberikan satu keputusan tindakan bagi pasien yang memiliki sesak nafas berat untuk melakukan intubation. Intubation merupakan prosedur yang dilakukan yang harus sangat diwaspadai karena memiliki kerentanan yang besar dalam penularan sehingga harus melalui prosesur tindakan pencegahan infeksi airborne dan tindakan pencegahan yang benar.

Manajemen risiko berperan penting dalam pencapaian dalam standar tinggi pada pelayanan pasien dimana manajemen risiko akan berperan sebagai pengatur maupun pengendali segala kemungkinan risiko yang mengarahkan pada terjadinya hazard dan risk terhadap suatu sistem / program yang dijalankan di rumah sakit. Dengan adanya manajemen risiko, maka hazard dan risk bisa diminimalisir atau bahkan dapat dikendalikan sistem pelaporan akan bersifat akuntabel, serta adanya inovasi dan kreatifitas yang sesuai dalam pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas, adanya peningkatan kapasitas dalam hal peningkatan

moral dalam berorganisasi, peningkatan pengetahuan tenaga medis akan lebih berkembang dengan adanya pengembangan – pengembangan berupa pelatihan, seminar, workshop dibidang kesehatan dan pelayanan kesehatan, maupun inovasi dalam meningkatkan kemampuan tenaga medis dengan adanya beasiswa lanjut studi, sehingga pelayanan kesehatan dapat lebih berkualitas karena peran dari manajemen risiko sera tugas dan kemampuan dari manajemen risiko dalam menganalisis situasi yang ada dirumah sakit, maupun fasilitas kesehatan lainnya (Kardina, 2018).

9.8 Upaya Memutus Rantai Infeksi, Pencegahan Bahaya Fisik, Radiasi, Kimia, ergonomik, dan Psikososial

Infeksi merupakan mikroorganisme kecil yang membentuk suatu partikel berbahaya yang menjelma berupa virus, bakteri, jamur, parasit maupun kuman yang masuk kedalam tubuh manusia dan jika tidak dikendalikan maka akan mengakibatkan kerusakan ataupun masalah kesehatan. Mikroorganisme juga dapat dijadikan sebagai antiviral atau penangkal jika diolah menjadi zat renik tidak berbahaya yang justru menambah kekebalan tubuh manusia. Dalam dunia medis, infeksi merupakan penular yang paling umum ditemui di tempat kerja dan infeksi dapat ditularkan kepada semua orang terutama kepada orang dengan kekebalan tubuh yang kurang. Terjadinya penularan infeksi ditempat kerja sangat bergantung pada perilaku kerja dan tindakan pencegahan semua orang didalamnya baik petugas medis, pasien, keluarga maupun pengunjung. Komitmen untuk berperilaku hidup bersih dan sehat merupakan tindakan pencegahan dari semua pihak terkait memutus rantai penyebaran infeksi dirumah sakit(Patimah *et al*,2020).

Perawatan merupakan pekerjaan yang berpotensi terjadinya penularan penyakit, karena perawat melakukan tindakan keperawatan langsung pada pasien yang bisa saja

menjadi agen penularan infeksi sehingga agar tidak terjadi penularan antara perawat dengan pasien dan potensi menular kepada pasien yang lain maka pelaksanaan kebersihan diri wajib dilakukan oleh perawat dalam hal ini melakukan hygiene tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, perilaku hidup bersih dan sehat yang didalamnya termasuk kebersihan diri, makan makanan yang sehat dan berolahraga yang cukup untuk menjaga sistem kekebalan tubuh yang baik selama melakukan tindakan keperawatan, serta paling utama adalah selalu memperhatikan untuk penggunaan Alat Pelindung diri yang baik dan tepat serta memperhatikan keamanan, kelayakan dan kesesuaian APD yang digunakan. Patimah et al 2020 bahkan menjelaskan tentang APD yang digunakan secara berlebihan tidak dapat menjamin keamanan dan keselamatan namun APD yang tepat, sesuai dan layak digunakan dapat menjamin keamanan dan keselamatan bagi penggunaanya. Tindakan precaution wajib dilakukan oleh semua pihak yang ada didalam gedung rumah sakit, karena potensi penularan infeksi yang cukup besar.

Tindakan medication safety merupakan tindakan kewaspadaan dan kehati-hatian yang dilakukan oleh perawat untuk mencegah terjadinya penularan penyakit maupun kecelakaan kerja dirumah sakit. Medication safety mengajarkan perawat untuk memberikan suatu keputusan yang tepat, mampu mempertimbangkan besaran potensi bahaya yang mungkin saja terjadi dalam melaksanakan asuhan keperawatan, seperti pemberian obat sesuai dengan instruksi, kontra indikasi terhadap pasien jika mengonsumsi obat, serta apakah obat ini telah sesuai dengan penyakit yang diderita oleh pasien. Kepastian penanganan pasien perlu dilakukan oleh perawat dan perawat juga harus memiliki keterampilan untuk membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien maupun keluarga sehingga proses perawatan dapat dilakukan dengan baik sesuai prosedur.

Standard precaution atau standard kewaspadaan merupakan upaya yang dilakukan oleh perawat agar terhindar dari adanya penularan infeksi atau penyakit di tempat kerja. Berdasarkan CDC (*Central Disease Contol*), standard utama precaution ditempat kerja bidang perawatan terdiri dari hygiene tangan, Penggunaan APD, injeksi aman, maupun sterilisasi peralatan yang digunakan ditempat kerja. Melalui upaya – upaya tersebut, perawat bisa mengkategorikan bahaya yang terjadi ditempat kerjanya terkait dengan adanya bahaya fisik, radiasi maupun bahaya kimia.

Bahaya fisik yang dimaksudkan terkait faktor kekeringan, cahaya, suhu, dan getaran, dimana bahaya secara fisik ini dapat dijumpai disemua tempat kerja termasuk bidang keperawatan bahwa jika suatu tempat kerja dengan suhu yang terlalu panas ataupun terlalu dingin dapat menyebabkan masalah kesehatan bagi pekerja begitu pula jika pencahayaan yang terlalu gelap dapat mengakibatkan kerusakan pada kornea mata rabun dan kecelakaan kerja karena tidak terlihat jelas, dan pencahayaan yang terlalu terang dapat mengakibatkan kelelahan mata. Bahaya fisik dapat diupayakan pencegahannya diantaranya dengan mengidentifikasi bahaya dan risiko yang mungkin saja terjadi, menghilangkan bahaya serta potensi terjadinya bahaya, mengurangi bahaya seminim mungkin jika penghilang bahaya sulit untuk dilakukan, serta melakukan penilaian risiko untuk mengendalikan risiko(Hilmi dan Ratnasari,2019).

Hilmi Dan Ratnasari 2019 juga menambahkan tentang Bahaya radiasi yang dimaksud adalah gelombang elektromagnetik yang ada dirumah sakit berupa alat – alat atau teknologi kesehatan seperti sinar X, peralatan radiologi mapun biomolekuler yang jika penggunaannya tidak sesuai prosedur maka akan berampak pada masalah kesehatan. Bahaya radiasi dapat diupayakan pencegahannya dengan melaksanakan persyaratan manajemen, melakukan syarat proteksi radiasi agar dapat menilai potensi

bahaya, menegakan persyaratan teknis tentang besaran elektromagnetik beroperasi ditempat kerja, serta melakukan verifikasi keselamatan yang dilakukan bertujuan untuk mencapai keselamatan pekerja dan anggota masyarakat sekitar tempat kerja.

Bahaya kimia yang dimaksud adalah berupa zat kimia bentuk padat, gas, maupun cair yang apabila tidak dikendalikan dan diolah dengan tidak sesuai prosedur, akan berdampak tidak baik bagi kesehatan. Bahaya kimia dapat diupayakan pencegahannya dengan melakukan tindakan prosedur dalam mengolah, menyimpan, mengedarkan, mengangkut bahan – bahan kimia berbahaya, kemudian melakukan identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko, melaksanakan kegiatan secara tehnis seperti rancang bangun, pemilihan bahan kimia, pengoperasian dan pemeliharaan instalasi, membuat rencana dan prosedur penanggulangan keadaan darurat, serta prosedur kerja yang aman(Nursabrina *et al*, 2021).

Bahaya psikologis yang dimaksud adalah adanya keharmonisan dan keselarasan antar pekerja agar terciptanya suasana yang nyaman, rukun, dan saling saling memotivasi, mendukung dan saling bekerjasama dalam melayani dan memberikan perawatan kepada pasien. Bahaya psikologis dapat diupayakan pencegahannya dengan menjalin komunikasi yang baik antara pekerja dan pemilik kerja yakni atasan dan bawahan maupun antar sesama pekerja agar tidak terjadi kesalahpahaman, selisih paham, maupun tindakan saling menjatuhkan, dimana suasana kerja yang tidak harmonis dan terdapat perselisihan dapat menurunkan produktifitas kerja dan berdampak pada kesehatan secara fisik maupun mental pekerja. Bahaya psikologis dapat berakibat pada kelelahan kerja dan stress kerja yang dipicu juga karena adanya beban kerja yang lebih dan mengakibatkan kejenuhan sehingga pekerjaan tidak bisa diselesaikan tepat waktu. Hilmi dan Ratnasari, 2019 menjelaskan tentang upaya yang dilakukan terkait adanya bahaya psikologis ini juga adalah dengan

melaksanakan shift kerja bagi pekerja bagi bidang medis dimana terdapat 3 shift kerja sehingga diupayakan dengan adanya shift kerja maka tidak terjadi kelelahan kerja bagi perawat dimana perawat jika mengalami kelelahan kerja akibat beban kerja lebih akan berdampak pada kualitas pelayanan pada pasien(Putro et al,2021).

Hazard ergonomik merupakan bahaya yang ditimbulkan akibat cara kerja, sikap bekerja dan interaksi antara pekerja dengan peralatan maupun fasilitas kerja terkait dengan sikap duduk, sikap berjalan, maupun posisi tubuh saat melakukan pekerjaan. Hazard ergonomik dapat berdampak pada masalah psikologi pekerja terkait stress kerja, kelelahan kerja dan PAK pada bagian otot dan sendi sehingga perlu diperhatikan fasilitas yang digunakan dalam tempat kerja, disesuaikan dengan kelayakan dan fungsi kerja yang layak digunakan dan tidak menimbulkan dampak yang buruk. Berikut ini merupakan gambar yang dapat dilihat dan diterapkan terkait cara kerja dan posisi kerja yang sebaiknya dilakukan di tempat kerja. Upaya yang dilakukan untuk mengurangi dampak hazard ergonomi kerja ini dapat dilakukan secara teknis yaitu SOP dilakukan sesuai dengan ketentuan pelaksanaan waktu kerja, jam kerja, prosedur kerja maupun kesesuaian dalam bekerja, kemudian secara ekonomis yaitu semua alat dan bahan yang digunakan dalam tempat kerja harus sesuai dengan kebutuhan dan prioritas penggunaan alat kerja bagi pekerja yang membutuhkan, kemudian harus diatur juga terkait bagian finansial, desain misalnya bagi penyandang disabilitas, kemudian alat yang mudah digunakan serta tidak cepat mengalami kerusakan (Utami et al, 2020).

Keselamatan pasien sangat penting diterapkan ditempat kerja oleh sebab itu perlu adanya regulasi, dasar hukum yang kuat maupun komitmen yang jelas sehingga tujuan dari keselamatan pasien dapat terjadi. Budaya dalam peningkatan keselamatan pasien dalam keperawatan adalah dasar dari terciptanya standar

dan mutu keselamatan pasien yang baik. Tujuan utama dari keselamatan pasien adalah pasien merasa aman, nyaman, dan yakin bahwa dirinya memperoleh jaminan keselamatan yang diprioritaskan. Mutu dari pelayanan kesehatan dapat dinilai dari tercapainya patient safety disuatu tempat kerja/ rumah sakit. Insiden keselamatan pasien adalah suatu peristiwa yang terjadi secara tidak disengaja, dimana peristiwa tersebut mengakibatkan dampak kecelakaan secara fisik maupun psikis. Beberapa kejadian yang mungkin saja terjadi seperti Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), maupun Kejadian Tidak Cedera(KTC). Medication safety dilakukan dirumah sakit sebagai standar tercapainya keselamatan pasien yang optimal, dimana penerapan medication safety mengandung unsur kehati – hatian dan memperketat kewaspadaan dalam melakukan perawatan dan pengobatan dirumah sakit(Salsabila et al, 2019).

Evidence Base Practice (EBP) merupakan acuan ataupun pegangan dalam dunia kesehatan yang selanjutnya menjadi standard pelayanan kesehatan yang menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Meskipun EBP belum menjadi keharusan diterapkannya ditempat kerja, namun beberapa yankes telah menerapkan EBP dan mencapai kualitas pelayanan kesehatan yang baik. Berbagai upaya dilakukan untuk terlaksananya EBP ini karena pelaksanaanya juga dapat menguntungkan pelayanan keperawatan yang menyangkut pemberian obat, kualitas pelayanan dan terciptanya keselamatan pasien. Program EBP telah disosialisasikan untuk digunakan pada yankes namun perlu didukung oleh tenaga profesional dan komitmen dari pemberi layanan kesehatan untuk pelaksanaan EBP di yankes, namun dibalik itu semua, keterlibatan perawat, jumlah perawat, dan fasilitas pelayanan juga harus memadai untuk pelaksanaan yang lebih baik(Prastyanto et al, 2022).

Adverse event merupakan bagian dari satu kejadian yang tidak diinginkan terjadi dalam pelayanan kesehatan yang

didalamnya meliputi beberapa kejadian tidak disengaja namun menimbulkan risiko yang besar seperti kesalahan memberikan obat, kesalahan dalam memberikan resep, maupun salah salam posisi dan penempatan pemasangan alat/ suntikan/ injeksi. Kejadian tidak diinginkan (KTD) dapat terjadi karena beberapa faktor seperti kelelahan kerja, stress kerja, SDM yang kurang terampil, kelalain / tidak teliti, fasilitas kurang memadai ataupun alat yang digunakan tidak bekerja secara optimal(Salsabila et al, 2019).

Terdapat enam sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan pengamanan obat yang perlu diwaspadai kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko tertularnya infeksi terkait pelayanan kesehatan, serta berkurangnya risiko pasien terjatuh. Berdasarkan standar keselamatan pasien tersebut, maka setiap layanan kesehatan termasuk rumah sakit, harus bisa melaksanakan pelayanan secara terpadu, terorganisir sehingga standar keselamatan pasien dapat tercapai(Efrita dan Reflita, 2021).

Rumah sakit dalam menjalankan perannya sebagai pusat rujukan bertugas memberikan pelayanan perawatan yang lebih maksimal dibandingkan dengan fasilitas primer yang diberikan puskesmas atau klinik, namun sejalan dengan berkembangnya zaman dan kemajuan teknologi, masyarakat / pasien menjadikan rumah sakit sebagai pusat pelayanan primer/ utama sehingga rumah sakit telah menjadi “puskesmas raksasa” sehingga diharapkan kualitas dan mutu dari pelayanan rumah sakit harus sesuai dan menjamin terlaksananya keelamatan pasien dan keselamatan kerja bagi tenaga medis didalamnya. Rumah sakit juga sebagai pusat rujukan, harus memiliki fasilitas yang memadai sesuai dengan kapasitasnya dalam pemberian layanan lanjutan setelah mendapatkan layanan prmer dipuskesmas / klinik. Fasilitas dan teknologi yang digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan

harus dijalankan oleh orang yang memiliki keterampilan dan keahlian sehingga dapat mengurangi risiko salah diagnosis dan risiko representasi hasil laboratorium pasien, dimana salah interpretasi penyakit pasien dapat berdampak pada salah penanganan dan salah prosedur pengobatan.

Kejadian Tidak Diharapkan pada suatu rumah sakit terjadi berupa insiden atau kejadian yang menyebabkan terjadinya cedera ataupun kecelakaan pasien baik skala rendah, sedang maupun berat. Cedera pada pasien akibat KTD bukan didasarkan pada kondisi atau penyakit dari pasien, tapi berhubungan dengan kelalaian atau kesalahan tindakan secara medis. Kelalaian medis yang menimbulkan kesalahan dalam bentuk apapun dapat ditindak sesuai dengan hukum etika keperawatan atau etik medis jika dalam pelaksanaan tindakan terdapat unsur kelalaian apalagi berdampak pada hilangnya nyawa seseorang akibat dari kelalaian. Perlu adanya upaya yang harus dilakukan untuk menghindari ataupun meminimalisir terjadinya KTD yaitu dengan mengidentifikasi pasien dengan baik sesuai dengan prosedur diagnosis awal seperti memeriksa TTV (Tanda – Tanda Vital) pasien menggunakan alat kesehatan yang masih berfungsi dengan baik, kemudian bertanya tentang kondisi yang sedang dialami oleh pasien, kepada pasien jika pasien dalam keadaan sadar dan Keadaan Umum (KU) baik, jika pasien dengan kondisi tidak sadar (KU Buruk) dapat bertanya kronologi pasien sakit pada keluarga ataupun pengantar pasien, Kemudian yang kedua membangun komunikasi yang efektif dengan melibatkan peran keluarga pasien sebagai sumber informasi dalam penentuan asuhan keperawatan. Ketiga memberikan obat secara aman sesuai dengan penyakit, umur, diagnosis dan memperhatikan kontra indikasi yang tertera pada label sehingga obat yang diberikan tidak berdampak pada masalah kesehatan lainnya. Yang keempat memastikan prosedur seperti tempat dan jika diadakan operasi sehingga tidak terjadi kesalahan saat proses tindakan keperawatan berlangsung. Yang

kelima, pengurangan risiko infeksi pasien tertular dengan penggunaan APD dan personal hygiene yang steril dan risiko pasien terjatuh dengan menggunakan alat penyangga pada sisi tempat tidur pasien serta menggunakan kursi roda yang baik dengan berhati – hati ketika mendorong(Wirama dan Wibowo. 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti et al. 2022. Analisis Faktor Risiko Low Back Plan Pada Perawat Di Tempat Kerja Menurut Ecological Models. Volume 7 Nomor 3. <http://dx.doi.org/10.30651/jkm.v7i3.14548>
- Bina Okupasi Indonesia. 2020. Modul Pelatihan Hiperkes dan KK (K3) Bagi Paramedis. Kementrian Ketenagakerjaan Republik Indonesia
- Efrita dan Reflita. 2021. Modul Enam Sasaran Keselamatan Pasien Dalam Pembelajaran Klinik Terhadap Perilaku Mahasiswa Keperawatan. Volume 5 Nomor 1. <https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2958>
- Firmansyah. 2022. Penerapan Manajemen Risiko Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani. Volume 10 Nomor 1. <https://doi.org/10.14710/jkm.v10i1.31550>
- Hilmi dan Ratnasari. 2019. Identifikasi Potensi Bahaya Penyebab Kecelakaan Kerja Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Di Karawang. Volume 4 Nomor 1. <https://journal.unsika.ac.id/>
- Kurniawidjaja, Ramdhan. 2019. Penyakit Akibat Kerja Dan Surveilans. ISBN 978- 456- 819-4. Jakarta UI Publishing.
- Salsabila et al. 2019. Analisis Insiden Kejadian Nyaris Cidera Dan Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit X Surabaya. E -ISSN : 2621 – 818 P- ISSN: 2654 – 5934. DOI: <https://doi.org/10.32672/makma.v2i3.1281>
- Prastyanto et al. 2022. Hubungan Minat, Sumber Informasi, Dan Lingkungan Belajar Dengan Evidence – Based Practice In Nursing Pada Mahasiswa Sarjana Keperawatan. Volume 4 Nomor 2. <https://doi.org/10.37480/cjon.v4i2.107>

- Kusmawan. 2022. Hubungan Antara Karakteristik Individu Dengan Keluhan Stress Kerja Di Unit VI Refineri PT X (Persero) Bolongan. Volume 6 Nomor 2. <https://doi.org/10.21111/jihoh.v6i2.5577>
- Marisih et al. 2019. Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan..Volume 8 Nomor 4. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1131>
- Moniaga dan Rompis. 2019. Analisa Sistem Manajemen Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (SMK3) Proyek Konstruksi Menggunakan Metode Hazard Identification And Risk Assesment. Volume 15 Nomor 2. <https://doi.org/10.52159/realtech.v15i2.43>
- Nursabrina et al. 2021. Kondisi Pengelolaan Limbah B3 Industri Di Indonesia Dan Potensi Dampaknya. Volume 13.Nomor 1. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v13i1.1841>
- Patimah et al. 2020. Upaya Memutus Rantai Infeksi Melalui Edukasi Good Hand Hygiene Pada Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Rumah Sakit DR. Slamet Garut. [10.30595/jppm.v4i2.6817](https://doi.org/10.30595/jppm.v4i2.6817)
- Pabi. 2020. Modul Kesehatan Dan Keselamatan Kerja. Indo Jasa Sertifikasi. Makasar
- Putro et al. 2021. Analisis Hubungan Faktor Psikososial Terhadap Stress Kerja Dan Perilaku Berisiko Karyawan Di PT.X. Volume 2 Nomor 1. [10.59230/njohs.v2i1.5256](https://doi.org/10.59230/njohs.v2i1.5256)
- Raffi'ah. 2020. Identifikasi Risiko Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Pada Perawat DiRumah Sakit.Volume 2 Nomor 3. <https://doi.org/10.55606/jrik.v2i3.376>
- Rarindo. 2018. Keselamatan Kerja Dan Kesehatan Kerja (K3) Suatu Analisis Studi Kasus Kecelakaan Kerja Di Pabrik, Kebijakan Hukum Dan Peraturannya. Volume 12 Nomor 2.

- Setiawan et al.2019. Analisis Risiko Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Menggunakan Metode Hazard Analisis. ISSN 2549- 6328. e <http://ojs.uma.ac.id/index.php/jime>
- Utami et al. 2020. Manajemen Pencegahan Dan Pengendalian BaHAYA Ergonomi Pada Dokter Gigi Di Rumah Sakit. Volume 4 Nomor 4. <https://doi.org/10.15294/higeia.v4i4.38733>
- Wirama dan Wibowo. 2023. Faktor Pada Perawat Yang Berhubungan Dengan Persepsi Melaporkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar. Volume 8 Nomor 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.7454/arsi.v8i2.4712>
- Yoto et al. 2021. Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Bagi Tenaga Kerja Bidang Pengelasan. Publishing Media Nusa Creative. ISBN 9786024622985, 6024622988

BIODATA PENULIS



Ns. Mareta Akhriansyah, S.Kep., M.Kep.

Dosen Program Studi Keperawatan
STIK Bina Husada Palembang

Penulis lahir di Betijaya pada tanggal 30 Maret 1985. Penulis merupakan dosen tetap di STIK Bina Husada Palembang Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas Sumatera Barat. Saat ini penulis aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Sumatera Selatan.

BIODATA PENULIS



Fitriani

Dosen Yayasan STIKES Amanah Makassar di LLDIKTI Wilayah IX

Fitriani lahir ditandatangani, Kabupaten Bone Sulawesi Selatan, 05 April 1992. Riwayat pendidikan penulis: lulus SMK Keperawatan Tahun 2008, kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Amanah Makassar pada tahun 2009 - 2015. Dan telah menyelesaikan program Studi Pasca Sarjana di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2020 dan mendapatkan Gelar M.Kes. Saat ini aktif dalam melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan menjabat sebagai kepala Laboratorium Prodi Profesi Ners STIKES Amanah Makassar dan Dosen Yayasan STIKES Amanah Makassar di LLDIKTI Wilayah IX.

BIODATA PENULIS



Wahyuningsih Safitri, S. Kep., Ns., M. Kep.

Dosen pengajar pada Program Studi Profesi Program Profesi Ners
Universitas Kusuma Husada Surakarta

Wahyuningsih Safitri, S. Kep., Ns., M. Kep. Saat ini merupakan dosen pengajar pada Program Studi Profesi Program Profesi Ners Universitas Kusuma Husada Surakarta. Telah menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Panti Kosala Surakarta Pada Tahun 2002 dan Sarjana Keperawatan di PSIK Universitas Diponegoro pada Tahun 2006 serta Profesi Ners pada Tahun 2008. Penulis menyelesaikan program Magister Manajemen Keperawatan di Universitas Diponegoro (2011-2013).

Beberapa hasil tulisannya yang pernah dituangkan dalam bentuk Book Chapter ber ISBN, tulisan ilmiah yang dipublikasikan di jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi diantaranya Education of Hypno-parenting Method on Successfulness of Toilet Learning of Toddlers (2021), Minyak Esensial Bergamot Menurunkan Stres Perawat Instalasi Gawat Darurat Pada Masa Pandemi Covid-19 (2022), The Emotional Freedom Technique Reduces the Anxiety of The Elderly with

Hypertension (2021). The Effect of Lemon Aromatherapy Cream
On Burnout Nurse In Emergency Room (2022)

BIODATA PENULIS



Grace Benedikta Polii, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Katolik De La Salle Manado

Penulis lahir di Manado tanggal 8 Mei 1985. Penulis adalah dosen tetap yayasan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Ilmu Keperawatan Tahun 2007 dan Profesi Ners pada Tahun 2008 di Universitas Katolik De La Salle Manado serta melanjutkan S2 Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan pada Tahun 2017 di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis mengawali karir sebagai Perawat di Klinik Mata Nusantara pada Tahun 2008 – 2009. Selanjutnya mengawali karir sebagai dosen di Program Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado sejak tahun 2010 hingga sekarang dengan mata kuliah spesialisik adalah Manajemen Keperawatan. Penulis berpartisipasi aktif sebagai narasumber dan fasilitator/ tutor di seminar, dan pelatihan lainnya dengan topik yang berkaitan dengan kesehatan dan keperawatan baik yang diselenggarakan oleh komunitas swasta maupun organisasi profesi.

E-mail: gpolii@unikadelasalle.ac.id

BIODATA PENULIS



Maria Kurnyata Rante Kada, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Profesi Ners
STIKES Gema Insan Akademik Makassar

Penulis lahir di Sudu, 08 February 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners di STIKES Gema Insan Akademik Makassar. Menyelesaikan Pendidikan S1 dan Ners pada tahun 2013 di STIKES Sint Carolus Jakarta, dan melanjutkan S2 Keperawatan KMB di Universitas Indonesia lulus tahun 2018. Penulis aktif sebagai dosen pengajar pada program studi Sarjana Keperawatan, dan dosen pembimbing pada program studi Profesi Ners, serta aktif dalam kegiatan penelitian. Penulis saat ini menjabat sebagai sekertaris prodi di Program Studi Profesi Ners. Penulis juga terdaftar sebagai anggota HIPMEBI Provinsi Sul-Sel dan aktif dalam kegiatan organisasi.

BIODATA PENULIS



Kamriana, S.Kep,Ns, M.Biomed.
Dosen Program Studi Keperawatan
Stikes Tanawali Takalar

Kamriana, S.Kep,Ns,M.Biomed, was born on April 16, 1986, in Bilacaddi, Kabupaten Takalar. She pursued her undergraduate studies in Nursing at Stikes Tanawali Takalar and graduated in 2010. She then continued her professional education in Nursing at Stikes Tanawali Takalar and completed it in 2012. Kamriana further pursued her Master's degree in Biomedical Sciences at Hasanuddin University and successfully completed the program in 2019. As a junior lecturer, she is actively engaged in the three pillars of higher education: teaching, research, and community service, specifically in the field of nursing. For any communication, Kamriana can be reached via email at kamrianaria@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Rahma Yulis, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Dosen Program Studi Profesi Ners, Jurusan Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Borneo Tarakan
Email: rahmayulis@borneo.ac.id

Penulis lahir di Soppeng, 04 Juni 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan tahun 2011 dan Profesi Ners tahun 2012 di Universitas Hasanuddin. Karir penulis diawali di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (2012-2014) sebagai perawat. Pengalaman ini membuat penulis menyadari bahwa profesi sebagai perawat rentan mengalami penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Pengalaman ini juga berpengaruh terhadap pilihan jurusan studi lanjut dan topik tesis penulis yaitu Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perawat.

Tahun 2017 penulis menyelesaikan pendidikan S2 di Jurusan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Universitas Indonesia. Penulis saat ini aktif melakukan pengajaran, penelitian, pengabdian masyarakat dan publikasi terkait Manajemen Keperawatan, serta Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Perawat.

BIODATA PENULIS



Srinur Nilawati, SST, M.KM.

Dosen Program Studi D-III Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Putra Abadi Langkat

Penulis dilahirkan di Kwala Bingai, pada tanggal 01 Oktober 1989. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi D-III Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Putra Abadi Langkat. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Program Studi D-III Kebidanan STIKes Putra Abadi Langkat, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Helvetia, Medan. Pada tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan. Beberapa mata kuliah yang diampu yakni K3 Keperawatan, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Maternitas, Gizi dan Diet, Komunikasi Keperawatan dan Antropologi Kesehatan. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi Sinta 4 dan jurnal nasional ber ISSN dengan judul hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting* pada balita, kenali sejak dini gejala kanker serviks, dan hubungan pola asuh dengan status gizi balita. Penulis juga menulis beberap *book chapter* salah satunya

dengan judul Ketidaknyamanan dan Komplikasi yang sering Terjadi selama Persalinan & Nifas dan Buku Ajar Gizi dan Diet.

BIODATA PENULIS



Fresy Nissia Lumowa,SKM.,M.Kes.

Dosen Program Studi Keselamatan Dan Kesehatan Kerja. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.

Penulis lahir di Manado, tanggal 7 Oktober 1991. Penulis adalah dosen yayasan Ratna Miriam pada Program Studi Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3), Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Strata satu di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado (2009 – 2013), kemudian melanjutkan strata dua di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado (2014 – 2016).

Awal karir penulis bermula dari Tenaga Harian Lepas (THL) di Puskesmas Koya Kabupaten Minahasa sebagai tenaga bidang Promosi Kesehatan (2016 – 2017), kemudian penulis juga pernah berkarir di Universitas Negeri Manado Fakultas Keolahragaan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (2015 – 2017), dosen tetap yayasan di Universitas Katolik De La Salle Manado (2017 – 2023). Saat ini penulis bertugas sebagai dosen Program Studi Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3), Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon (2023 – sekarang) dan telah mendapatkan jabatan fungsional Asisten Ahli (2021). Penulis

telah memperoleh 17 Sertifikat yang berkaitan dengan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) diantaranya 15 Sertifikat K3 ISO 14001 : 2015, 1 Sertifikat Ahli K3 Umum Kemnaker RI 2022, dan 1 Sertifikat Ahli Hiperkes Dan KK oleh Kemnaker RI 2021. Bidang pengkajian yang menjadi pengampuh penulis di Program Studi Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3), Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon adalah Pengantar Keselamatan Kerja, Hygiene Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Industri.

E-mail: fresy.lumowa@stikesgunungmaria.ac.id