

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Identifikasi Masalah

Kesehatan kerja mutlak dilaksanakan di dunia kerja dan di dunia usaha, oleh semua orang yang berada di tempat kerja baik pekerja maupun pemberi kerja, jajaran pelaksana, penyelia (*supervisor*) maupun manajemen, serta pekerja yang bekerja untuk diri sendiri (*self employeed*). Bekerja adalah bagian dari kehidupan, sehingga setiap orang memerlukan pekerjaan untuk mencukupi kebutuhan hidup dan/atau untuk aktualisasi diri, namun dalam melaksanakan pekerjaannya, berbagai potensi bahaya (*hazard* atau faktor risiko) dan risiko yang ada di tempat kerja mengancam diri pekerja sehingga dapat menimbulkan cedera atau gangguan kesehatan. Potensi bahaya dan risiko di tempat kerja antara lain akibat sistem kerja atau proses kerja, penggunaan mesin, alat dan bahan, yang bersumber dari keterbatasan pekerjaannya sendiri, perilaku hidup yang tidak sehat dan perilaku kerja yang tidak aman, buruknya lingkungan kerja, kondisi pekerjaan yang tidak ergonomik, pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja yang tidak kondusif bagi keselamatan dan kesehatan kerja (Kurniawidjaja, 2010).

Kesehatan kerja (*Occupational Health*) merupakan bagian dari keselamatan dan kesehatan kerja (*Occupational Safety and Health*) yang bertujuan agar pekerja selamat, sehat, produktif, sejahtera, dan berdaya saing kuat, dengan demikian produksi dapat berjalan dan berkembang lancar berkesinambungan (*Sustainable Development*) tidak terganggu oleh kejadian kecelakaan maupun

pekerja yang sakit atau tidak sehat yang menjadikannya tidak produktif (Kurniawidjaja, 2010). Hasil pengamatan di lapangan menunjukkan bahwa tiga alasan pokok suatu organisasi atau perusahaan melaksanakan kesehatan kerja adalah diwajibkan oleh peraturan perundangan, pemenuhan hak asasi manusia, efisiensi dari kebutuhan perekonomian.

Pada Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 64 disebutkan bahwa Kesehatan Kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Selanjutnya cara pencapaiannya melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan (Kurniawidjaja, 2010). Di dalam Undang-undang No. 23 tahun 2003 tentang kesehatan pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan pada semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkau penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Jika memperhatikan isi dari pasal di atas maka Rumah Sakit (RS), puskesmas, Poliklinik, Rumah Bersalin, Balai Kesehatan, Laboratorium dan Klinik Perusahaan termasuk dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tetapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS (Depkes, 2006).

Keselamatan dan kesehatan kerja (*Occupational Safety and Health*) telah menjadi isu global di berbagai sektor, termasuk sektor jasa layanan kesehatan.

Laporan Institute of Medicine *'To Err Is Human, Building a Safer System'* merekomendasikan fasilitas kesehatan membangun kesehatan yang lebih aman (IOM, 2000). Rumah sakit merupakan salah satu organisasi penyedia layanan kesehatan yang dituntut untuk terus meningkatkan mutu dengan membangun keselamatan dan layanan kesehatan yang lebih aman sehingga mendapatkan *customer loyalty*. Keselamatan di rumah sakit merupakan aspek penting dan prinsip dasar layanan kesehatan serta komponen kritis dari manajemen mutu dan salah satu indikator dalam penilaian akreditasi rumah sakit (*Joint Commission International/JCI*, 2011; Kepmenkes No. 1078/2010; Permenaker No. 5/1996; WHO, 2004).

Menurut *American Hospital Association* (1974), batasan rumah sakit adalah suatu organisasi tenaga medis profesional yang terorganisasi serta sarana kedokteran yang permanen dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis, serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sesuai batasan di atas, maka rumah sakit merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang memberikan pelayanan kuratif maupun preventif serta menyelenggarakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap juga perawatan di rumah. Di samping itu, rumah sakit juga berfungsi sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan dan tempat penelitian.

Rumah sakit dapat menimbulkan bahaya bagi para penderita dan pekerjanya, baik bagi para dokter, perawat, teknisi, dan semua yang berkaitan dengan pengelolaan rumah sakit maupun perawatan penderita (Kusnoputranto,

2009). Potensi bahaya di RS, selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di RS, yaitu kecelakaan (peledakan, kebakaran, kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anestesi, gangguan psikososial dan ergonomi. Semua potensi bahaya tersebut di atas, jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi para karyawan di RS, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan RS (Depkes, 2006). Dari data laporan *The National Safety Council* (NSC) tahun 2008, ada 41% dari pekerja medis tidak masuk bekerja akibat penyakit dan kecelakaan, dan jumlah ini jauh lebih besar dibandingkan industri lain. Penyebab terbesar adalah Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) karena tertusuk jarum suntik (*Needle Stick Injuries*). Survei yang dilakukan dari 165 laboratorium klinik di Minnesota telah menunjukkan bahwa cedera akibat luka jarum suntik sebagian besar (63%), diikuti oleh peristiwa lain seperti luka dan lecet (21%). Pekerja di rumah sakit sering mengalami stres, yang merupakan faktor predisposisi untuk kecelakaan. Ketegangan otot dan distorsi atau keseleo merupakan representasi dari cedera punggung (*Low Back Injury*) bawah yang banyak didapatkan para staf rumah sakit (Evryanti, 2012).

Menurut Goodman (2004) bahwa keselamatan pasien, keselamatan petugas dan keselamatan sistem saling berhubungan dan saling terkait satu sama lain. Perawat merupakan petugas kesehatan terbanyak dengan komposisi 60% dari seluruh petugas kesehatan di rumah sakit dan yang melakukan kontak terlalu lama dengan pasien (Swansburg, 1996). Rumah sakit dapat menjadi tempat kerja yang

membahayakan bagi perawat. Menurut Ellis dan Hartley, (2008)., mengemukakan bahwa perawat mengalami insiden cedera 8,8 kali per 100 karyawan di rumah sakit dan 13,5 per 100 karyawan di rumah perawatan (*nursing home*).

Rumah Sakit Umum Haji (RSU Haji) Surabaya pada tanggal 30 Oktober 2008 berubah status menjadi RSU Tipe B Pendidikan yang merupakan tempat pendidikan dan penelitian serta memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat umum dan jamaah haji.

Kegiatan pemberian pelayanan kesehatan khususnya perawat di RSU Haji Surabaya terbagi menjadi 3 shift kerja, di mulai pukul 07.00-14.00 wib adalah shift I, lalu shift ke II pukul 14.00-21.00 wib, dan shift ke III pukul 21.00-07.00 wib. Di dalam waktu pemberian pelayanan kesehatan selain shift I tidak diberikan pelayanan kesehatan di poli yang ada di RSU Haji Surabaya, sehingga penerimaan pasien terpusat pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang diberikan RSU Haji Surabaya juga tidak terlepas dari potensi bahaya, baik di dalam proses pemberian pelayanan kesehatan tersebut maupun kegiatan pelaksanaan interen di rumah sakit itu sendiri. Risiko bahaya di rumah sakit mencakup bahaya biologi, fisik, kimia, ergonomi dan psikososial (Ramsay, 2005).

Bahaya Biologi pada perawat dapat disebabkan oleh infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial dapat ditularkan melalui patogen di udara (*airbone*) (misal : tuberkulosis (TBC), *severe acute respiratory syndrome* (SARS) dan patogen di darah (*bloodborne*) atau cairan tubuh manusia yang dapat ditularkan melalui

jarum suntik (*needle stick injury*) atau luka di mukosa tubuh (misal : hepatitis, HIV infection/AIDS). Cidera akibat tertusuk jarum merupakan bahaya biologi yang serius pada perawat mengingat perawat dapat tertular penyakit berbahaya seperti Hepatitis B dan C atau HIV/AIDS.

Bahaya fisik dapat dialami perawat yang bekerja di unit yang terdapat paparan radiasi pengion seperti sinar-x (misal : ruang radiografi, instalasi gawat darurat (IGD), ruang operasi, unit perawatan intensif (UPI), bahaya kebisingan dan bahaya listrik. Perawat memiliki risiko terpapar radiasi pengion ketika melakukan prosedur diagnostik (radiografi, fluoroskopi) dan terapi (obat-obatan nuklir, isotop radioaktif). Perawat juga menggunakan alat listrik dalam bekerja, peralatan dengan kabel berjumpai dapat menimbulkan bahaya sengatan listrik atau dapat menimbulkan kebakaran (Kozier, 1995).

Bahaya paparan bahan kimia pada perawat dapat memberikan dampak yang serius. Bahaya kimia di rumah sakit dapat disebabkan oleh penggunaan desinfektan, dan sterilisasi yang dapat menyebabkan dermatitis dan asma. Penanganan obat-obat kemoterapi atau antineoplastik juga dapat membahayakan perawat (Wilburne & Gerry, 2004). Penelitian yang dilakukan dari 53 perawat yang diteliti 100% terpapar antibiotik dan benzene, 99,1% iodine, 88,7% bedak lateks, 86,7% antineoplastik, 79,2% etilen oksida. Paparan tersebut menyebabkan gangguan kesehatan seperti keluarnya air mata, reaksi alergi, mual dan muntah.

Perawat dapat mengalami cedera ergonomi yang serius akibat mengangkat atau memindahkan pasien. Perawat memiliki risiko terbesar mengalami *low back pain* (LBP) dan cedera *muskuloskeletal* di rumah sakit

(Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brow, Brady, 2002). Prevalensi perawat mengalami LBP 40-50% pertahun dan 35-80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan tertinggi (Edlich, 2004). Pada tahun 2001 di Amerika Serikat, 108.000 perawat terdaftar (*regitered nurse/RN*) mengalami masalah *muskuloskeletal* akibat pekerjaan, angka ini sama dengan pekerja konstruksi bangunan (Trinkoff, 2008). Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Zerwekh & Claborn, 2009).

Perawat juga mengalami bahaya psikososial akibat dari kekerasan, konflik, pelecehan dan ejekan (*bullying*) antara staf maupun dari pasien dan pengunjung rumah sakit. Perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa, IGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Lpscomb & Love, 1992). Bahaya psikososial lainnya adalah stress. Kejenuhan pada perawat serta tuntutan kerja yang tinggi dan tidak seimbang dapat menimbulkan rasa tertekan sehingga menyebabkan stress. Practice & Medicine, (1995)., menyatakan perawat yang merawat pasien dengan penyakit terminal atau kronis, dan yang bekerja di UPI, IGD, dan unit luka bakar atau ruang operasi adalah yang paling rentan mengalami stress.

Perawat membutuhkan keselamatan dalam bekerja. Manusia membutuhkan keselamatan sepanjang hidup dan dimanapun ia berada (Kozier, 1995), termasuk di tempat kerja. Manajemen rumah sakit bertanggungjawab untuk membuat program manajemen risiko yang berkelanjutan untuk mengidentifikasi dan mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan risiko keselamatan

lainnya pada pasien dan staff (JCI, 2011). Berdasarkan penjelasan tersebut telah diketahui berbagai potensi bahaya tersebut maka perlu dilakukan upaya untuk mengendalikan, meminimalisasi dan bila memungkinkan untuk menghilangkan bahaya yang timbul di dalam aktivitas pemberian pelayanan kesehatan maupun kegiatan operasional rumah sakit. Oleh sebab itu Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Rumah Sakit perlu dikelola dengan baik di lingkungan RS itu sendiri yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada pasien, pengunjung, pekerja, dan masyarakat sekitar RS. Berdasarkan hal tersebut maka diambil penelitian tentang “Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Asuhan Keperawatan Pada Perawat Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya”.

1.2 Kajian Masalah

Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan suatu upaya untuk mengurangi atau meminimalisasi risiko kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang pada hakikatnya keselamatan dan kesehatan saling terkait satu dengan yang lainnya. Oleh karena itu, usaha kesehatan dan keselamatan kerja sangat dibutuhkan untuk menghindari dampak negatif terhadap keselamatan dan kesehatan pekerja yang pada akhirnya dapat mempengaruhi produktifitas kerja (Bambang, 2000).

Secara global WHO menetapkan 2 juta pekerja terpajan virus hepatitis B, pekerja terpajan virus hepatitis C sebesar 0,9 juta, yang terpajan virus HIV/AIDS 170.000 pekerja, dan 8 - 12% pekerja rumah sakit sensitif terhadap *lateks* (bahan

yang biasa digunakan untuk sarung tangan). Kasus lainnya di USA yang tercatat per tahunnya terdapat 5000 pekerja kesehatan terinfeksi Hepatitis B. Setiap tahun 600.000 – 1.000.000 luka karena tertusuk jarum suntik yang dilaporkan, sedangkan perkiraan untuk kasus yang tidak dilaporkan sekitar 60% (DepKes RI, 2010).

Di Indonesia 65,4% pekerja kebersihan suatu rumah sakit di Jakarta mengalami dermatitis kontak iritan kronik di tangan (2004), serta prevalensi gangguan mental emosional 17,7% pada perawat suatu rumah sakit di Jakarta berhubungan bermakna dengan stressor kerja. Penelitian dr. Joseph tahun 2005-2007 mencatat bahwa angka kecelakaan kerja akibat tertusuk jarum suntik mencapai 38 – 73% dari total pekerja pelayanan kesehatan (Depkes, 2010).

Telaah mengenai keselamatan dan kesehatan kerja petugas kesehatan khususnya perawat sangat penting mengingat perawat merupakan petugas kesehatan terbanyak dan yang memiliki kontak terlalu lama dengan pasien. Keselamatan dan kesehatan kerja perawat pada akhirnya akan memberikan dampak pada produktifitas kerja perawat seperti kualitas asuhan pasien serta dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Pada latar belakang dan identifikasi masalah, dapat dilihat bahwa mobilitas kecenderungan kejadian kecelakaan kerja dalam kegiatan pemberian pelayanan kesehatan baik pada pasien, keluarga pasien, pengunjung maupun sesama pekerja lainnya banyak terjadi salah satunya di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Hal tersebut dapat terjadi, misal jika volume penerimaan pasien yang berlebih (*overload*), dimana para pekerja medis rumah sakit dituntut memiliki

kesigapan untuk memberikan tindakan segera (pertolongan pertama) pada pasien, dengan tetap memperhatikan faktor keselamatan dan kesehatan kerja (K3) bagi diri mereka sendiri khususnya tim paramedis RS yaitu perawat. Dimana dapat dilihat bahwa risiko bahaya di rumah sakit mencakup bahaya biologi, fisik, kimia, ergonomi dan psikososial (Kepmenkes No. 1078/2010; Ramsay, 2005).

Karsono (2003) menjelaskan bahwa pada dasarnya faktor penyebab terjadinya kecelakaan kerja yang paling menonjol adalah rendahnya kualitas dan pengetahuan tenaga kerja tentang K3, kondisi lingkungan kerja yang tidak sehat dan aman, kurangnya pembinaan dan pelatihan tentang K3, kurangnya dukungan dari instansi terkait, dan kurang efektifnya badan pengelola K3 di instansi tersebut. J.W Heinrich (dalam Karsono 2003) mengatakan bahwa manusia menjadi salah satu faktor penting terjadinya kecelakaan terutama perilaku pekerja yang tidak aman.

Berdasarkan data sekunder RSUD Haji Surabaya yang diperoleh dari tahun 2013 – 2014, data yang dilaporkan terdapat 9 kasus tertusuk jarum. Kejadian kasus tersebut terjadi bisa disebabkan oleh beberapa hal seperti melakukan tindakan tidak aman (*unsafe action*) saat bekerja, misal tidak mematuhi prosedur menyuntik, prosedur pengambilan darah pasien, dll. Perilaku atau tindakan tersebut sangat berisiko menimbulkan bahaya bagi kesehatan dan keselamatan khususnya pada petugas paramedis yaitu perawat RS. Dengan adanya data statistik kecelakaan, serta masalah-masalah yang timbul di lingkungan RS terkait dengan adanya potensi bahaya tersebut dan juga teori tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), maka penelitian ini diperlukan untuk melakukan analisis

risiko apa saja yang dapat timbul pada setiap aktivitas implementasi keperawatan pada perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dengan menggunakan teori manajemen risiko AS/NZS 4360/2004.

1.3 Rumusan Masalah

Permasalahan yang akan diteliti pada tesis ini adalah faktor apa saja (manusia, metode, mesin, material, biaya dan lingkungan) yang merupakan penyebab kecelakaan kerja pada perawat IGD RSU Haji Surabaya melalui kajian manajemen risiko kesehatan dan keselamatan kerja?.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis penyebab kecelakaan kerja di lihat dari faktor manusia, metode, mesin, material, biaya dan lingkungan serta merumuskan rekomendasi untuk kegiatan implementasi keperawatan terkait bahaya dan risiko K3 pada perawat di Instalasi Gawat Darurat RSU Haji Surabaya melalui kajian manajemen risiko kesehatan dan keselamatan kerja (K3).

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi bahaya dan risiko kesehatan dan keselamatan kerja yang mungkin timbul pada kegiatan implementasi keperawatan pada perawat di Instalasi Gawat Darurat RSU Haji Surabaya.

2. Memberikan penilaian dan menyusun prioritas risiko kesehatan dan keselamatan kerja pada kegiatan implementasi keperawatan pada perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Haji Surabaya.
3. Menganalisis akar penyebab timbulnya risiko kesehatan dan keselamatan kerja dengan menggunakan faktor 5M+1E untuk mendapatkan akar permasalahan dari risiko dan bahaya pada kegiatan implementasi keperawatan pada perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Haji Surabaya.
4. Memberikan rekomendasi tindakan pengendalian berdasarkan temuan akar permasalahan timbulnya risiko kesehatan dan keselamatan kerja pada kegiatan implementasi keperawatan pada perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Haji Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Terapan

Menambah bahan masukan atau rekomendasi kepada pihak Rumah Sakit mengenai risiko K3, pengendalian potensi bahaya pada proses kerja dan melakukan pencegahan terjadinya risiko K3 pada perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

1.5.2 Manfaat Teoritis

Secara khusus menambah informasi tentang K3 yang ada di RSUD Haji Surabaya serta menambah bahan masukan dalam pengembangan kurikulum pendidikan dan pengajaran khususnya dalam masalah kesehatan dan keselamatan kerja.

Secara umum menambah pengetahuan dan memperluas wawasan tentang implementasi K3 di rumah sakit dan mengembangkan keilmuan K3 sesuai dengan perkembangan yang terjadi di tempat kerja.

