



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN
PERAWAT TERHADAP PERILAKU KESEHATAN DAN
KESELAMATAN KERJA PERAWAT
DI RUMAH SAKIT SIAGA RAYA**

TESIS

**NUR MEITY SULISTIA AYU
NPM 1006800964**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN
PERAWAT TERHADAP PERILAKU KESEHATAN DAN
KESELAMATAN KERJA PERAWAT
DI RUMAH SAKIT SIAGA RAYA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan
dan Manajemen Keperawatan**

**NUR MEITY SULISTIA AYU
NPM 1006800964**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**

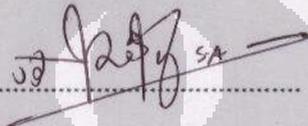
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Nur Meity Sulistia Ayu

NPM : 1006800964

Tanda Tangan

: 

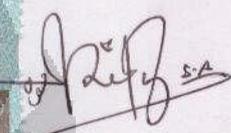
Tanggal : 04 Juli 2012

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 04 Juli 2012




Nur Meity Sulistia Ayu

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul:

PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT SIAGA RAYA

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Tesis Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, 04 Juli 2012

Pembimbing I



Hanny Handiyani, S.Kp, M.Kep.

Pembimbing II



Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes.

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nur Meity Sulistia Ayu
NPM : 1006800964
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat Terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

Tesis ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep.

Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.

Penguji : Eva Trisna, SKM., M.Kep.

Penguji : Tutiany, S.Kp., M. Kes.

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur, penulis panjatkan ke hadirat ALLAH SWT. Berkat, rahmat, dan kemudahan yang diberikanNya penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya”. Penulisan ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Tesis ini tidak akan terwujud tanpa bimbingan, bantuan, serta dukungan dosen dan institusi pendidikan Pasacasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, rekan-rekan serta pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Peneliti sangat berterima kasih khususnya kepada Hanny Handiyani, S.Kep., M.Kep sebagai pembimbing I dan Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes. sebagai pembimbing II dalam tesis ini yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, petunjuk, dan motivasi yang amat bermakna. Penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang dalam kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus Koordinator Mata Ajar Tesis.
3. Letkol Endang Abdullah, S.Kp., MBA Direktur STIKES Hang Tuah Tanjungpinang yang telah memberikan kesempatan tugas belajar untuk melanjutkan studi S2.
4. Dr. Sofyanuddin, Sp. OT., FISC selaku Direktur Rumah Sakit Siaga Raya yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian sebagai kelompok intervensi di rumah sakit ini.
5. Dr. Saraswati, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Setia Mitra yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian sebagai kelompok kontrol di rumah sakit ini.

6. Eny Widiastutiningrum, S.Kep Kepala Bidang Keperawatan di Rumah Sakit Siaga Raya yang telah banyak membantu dalam proses penelitian.
7. Drs. Jenal Miftah, SKM Kepala Bidang Keperawatan di RS Setia Mitra yang telah banyak membantu dalam proses penelitian.
8. Kepala ruangan serta rekan sejawat perawat di RS Siaga Raya dan RS Setia Mitra yang telah berpartisipasi dan bekerjasama dalam penelitian ini.
9. Kedua orang tuaku tercinta dan anak-anakku tersayang serta suami terkasih yang juga sama-sama berjuang menyelesaikan tesisnya, yang telah memberikan dukungan moril dan materil sehingga tesis ini dapat diselesaikan dengan baik.
10. Seluruh dosen dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
11. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan serta semua pihak terkait yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari keterbatasan yang dimiliki sehingga tesis ini masih jauh dari sempurna. Penulis berharap saran, kritik, dan masukan yang bermanfaat demi kesempurnaan tesis ini. Akhir kata penulis berharap tesis ini dapat memberi manfaat dan kontribusi dalam peningkatan kualitas dan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di rumah sakit.

Depok, 04 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Meity Sulistia Ayu
NPM : 1006800964
Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan
Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT
TERHADAP PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA
PERAWAT DI RUMAH SAKIT SIAGA RAYA**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 04 Juli 2012

Yang menyatakan



(Nur Meity Sulistia Ayu)

Nur Meity Sulistia Ayu

Program Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya

xiii + 133 hal + 9 tabel + 2 diagram + 3 skema + 9 lampiran

Abstrak

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat perlu ditingkatkan dengan menggunakan panduan keselamatan perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya. Penelitian ini menggunakan metode *quasi experiment design: non equivalent control group*. Sampel yang digunakan 68 perawat, 34 pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Siaga Raya dan 34 pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Setia Mitra. Penelitian menunjukkan terdapat pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat ($p=0,001$; $\alpha=0,05$), mencakup subvariabel pengetahuan ($p=0,001$; $\alpha=0,05$), sikap ($p=0,04$; $\alpha=0,05$), dan tindakan ($p=0,02$; $\alpha=0,05$). Penelitian ini merekomendasikan panduan keselamatan perawat dapat digunakan sebagai acuan bagi perawat untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di rumah sakit.

Kata Kunci : Panduan keselamatan perawat, perilaku kesehatan dan keselamatan kerja, perawat pelaksana.

Pustaka : 130 (1956-2012)

Effect of Use of the Nurses Safety Guidelines to Nurses Behavior of Work Health and Safety in Siaga Raya Hospital

xiii + 133 pages + 9 table + 2 diagram + 3 scheme + 9 appendixes

Abstract

Nurses behaviour of work health and safety needs to be improved by using nurses safety guidelines. This study aims is to determine the effect of the use of nurses safety guidelines for nurses behavioral work health and safety in Siaga Raya Hospital. This research used quasi experiment design: non-equivalent control group. The sample used 68 nurses, 34 in the intervention group in Siaga Raya Hospital and 34 in the control group in Setia Mitra Hospital. Research shows there is an influence of use of nurses safety guidelines to the nurse behavior of work health and safety ($p = 0.001$; $\alpha = 0.05$), includes subvariabel knowledge ($p = 0.001$; $\alpha = 0.05$), attitudes ($p = 0,04$; $\alpha = 0.05$), and action ($p = 0.02$; $\alpha = 0.05$). Study recommendation is nurse safety guidelines can be used as a reference for nurses to improve nurses behavior of work health and safety in hospitals.

Keywords: *Nurses safety guide, clinical nurse, behavioral work health and safety*

Ref: 130 (1956-2012)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR DIAGRAM.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Pertanyaan Penelitian	11
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.5 Manfaat Penelitian	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja	13
2.1.1 Pengertian Perilaku	13
2.1.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan	13
2.1.3 Ranah Perilaku	14
2.1.3. 1 Ranah Kognitif (Pengetahuan)	14
2.1.3. 2 Ranah Afektif (Sikap)	15
2.1.3. 3 Ranah Psikomotor (Tindakan)	16
2.1.4 Proses Perubahan Perilaku	16
2.1.5 Karakteristik Perawat dan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja.....	17
2.1.5. 1Usia	18
2.1.5. 2 Jenis Kelamin	18
2.1.5. 3 Tingkat Pendidikan	18
2.1.5. 4 Masa Kerja	19
2.2 Konsep Kesehatan dan Keselamatan Kerja	19
2.2.1 Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat	20
2.2.2 Bahaya di Tempat Kerja	21
2.2.2.1 Bahaya Biologik	21
2.2.2.2 Bahaya Fisik	25
2.2.2.3 Bahaya Kimia	25
2.2.2.4 Bahaya Cidera Ergonomik	27
2.2.2.5 Bahaya Psikososial	28
2.2.3 Penanganan Bahaya di Tempat Kerja	28
2.2.3.1 Penanganan Bahaya Biologik	29

2.2.3.2 Penanganan Bahaya Fisik	39
2.2.3.3 Penanganan Bahaya Kimia	41
2.2.3.4 Penanganan Bahaya Cidera Ergonomik	45
2.2.3.5 Penanganan Bahaya Psikososial	49
2.3 Konsep Manajemen Keperawatan	53
2.3.1 Pengertian Manajemen Keperawatan	53
2.3.2 Fungsi-Fungsi Manajemen Keperawatan	53
2.3.3 Panduan Keselamatan Perawat dalam Aspek Manajemen Keperawatan... ..	55
2.4 Kerangka Teori	56

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep.....	59
3.1.1 Variabel Dependen	59
3.1.2 Variabel Independen	59
3.1.3 Variabel <i>Confounding</i>	60
3.2 Hipotesis Penelitian	62
3.2.1 Hipotesis Mayor	62
3.2.2 Hipotesis Minor	62
3.3 Definisi Operasional	62

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	65
4.2 Populasi dan Sampel	67
4.2.1 Populasi	67
4.2.2 Sampel	68
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	69
4.3 Tempat Penelitian	70
4.4 Waktu Penelitian	70
4.5 Etika Penelitian	70
4.5.1 Prinsip Menghormati Harkat Martabat Manusia	70
4.5.2 Prinsip Etik Keadilan	71
4.5.3 Prinsip Etik Berbuat Baik	71
4.6 <i>Informed Consent</i>	71
4.7 Alat Pengumpul Data	72
4.8 Uji Instrumen	73
4.8.1 Uji validitas Instrumen	74
4.8.2 Uji Reliabilitas Instrumen	75
4.8.2 Uji Kesamaan Persepsi	75
4.9 Prosedur Pengumpulan data	78
4.9.1 Persiapan Penelitian	78
4.9.2 Pelaksanaan Penelitian	79
4.10 Pengolahan dan Analisis Data	80
4.10.1 Pengolahan Data	80
4.10.2 Analisis Data	81

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Un ivariat.....	85
5.1.1 Karakteristik Perawat Pelaksana	85
5.1.1.1 Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan	85
5.1.1.2 Karakteristik Usia dan Masa Kerja	86
5.1.2 Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat.....	87
5.1.2.1 Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum Intervensi	87
5.1.2.2 Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sesudah Intervensi	88
5.2 Analisis Bivariat	89
5.2.1 Uji Kesetaraan	89
5.2.1.1 Kesetaraan Karakteristik Perawat	89
5.2.1.2 Karakteristik Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat	91
5.2.2 Uji Perbedaan	92
5.2.2.1 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Masing-Masing Kelompok	92
5.2.2.2 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sesudah Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	95
5.2.3 Hubungan Karakteristik Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat	98

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	98
6.1.1 Gambaran dan Hubungan Karakteristik Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat	103
6.1.2 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi	110
6.1.3 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol	115
6.1.4 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sesudah Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kontrol	118
6.1.5 Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat	122
6.2 Keterbatasan Penelitian	121
6.3 Implikasi Penelitian	122

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan	130
7.2 Saran	131

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN –LAMPIRAN

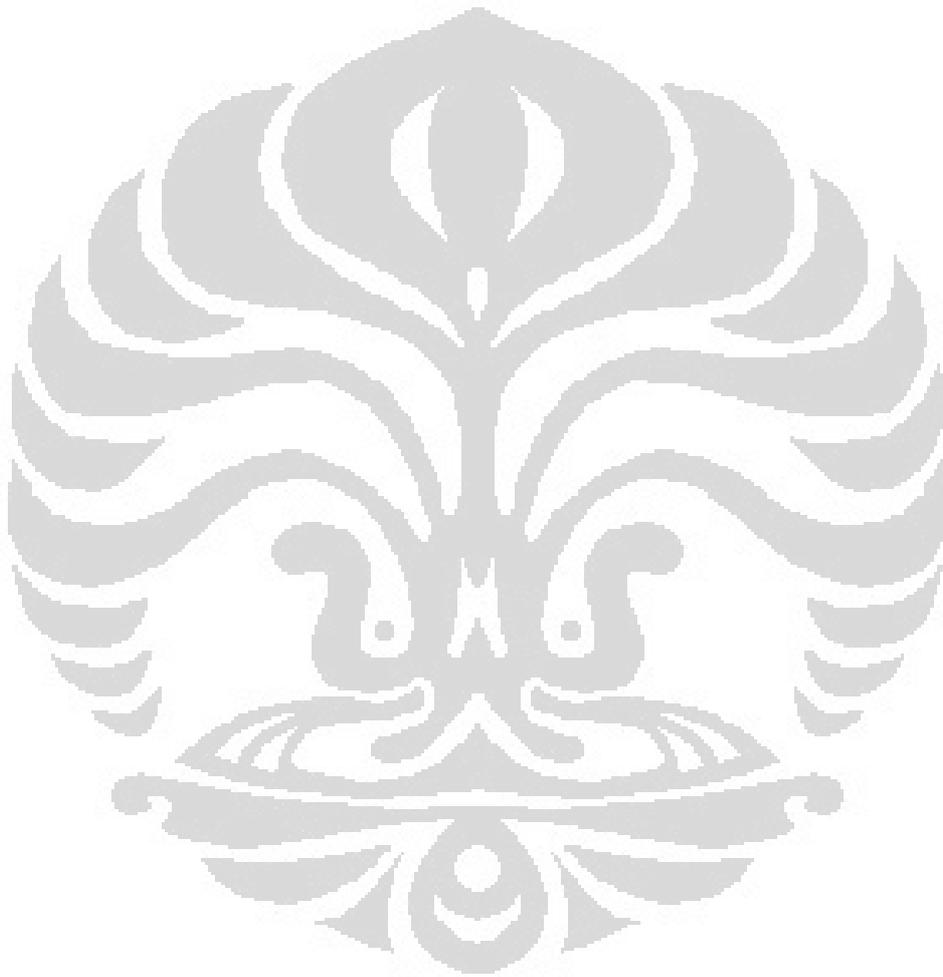
DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 <i>Reservoir</i> Manusia, Organisme Infeksius yang Umum, dan Jalan Keluar	29
Tabel 2.2 Panduan Memutus Rantai Infeksi	29
Tabel 2.3 Manajemen Penanganan yang Aman Pajanan Obat-obatan Berbahaya	45
Tabel 2.4 Manajemen Stres	52
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	63
Tabel 4.1 Distribusi Sampel Penelitian di Rumah Sakit Siaga Raya	69
Tabel 4.2 Distribusi Sampel Penelitian di Rumah Sakit Setia Mitra	69
Tabel 4.3 Hasil Uji Interrater Reliability pada Kepala Ruang di Rumah Sakit Siaga Raya.....	77
Tabel 4.4 Hasil Uji Interrater Reliability pada Kepala Ruang di Rumah Sakit Setia Mitra	77
Tabel 4.5 Pemetaan Tenaga Perawat untuk Kegiatan Penelitian	79
Tabel 4.6 Uji Kesetaraan	83
Tabel 4.7 Uji Perbedaan	83
Tabel 5.1 Distribusi Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana	86
Tabel 5.2 Distribusi Usia dan Masa Kerja Perawat Pelaksana	86
Tabel 5.3 Kesetaraan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan	89
Tabel 5.4 Kesetaraan Usia dan Masa Kerja	90
Tabel 5.5 Kesetaraan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat	91
Tabel 5.6 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Masing-masing Kelompok.....	93
Tabel 5.7 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	96

DAFTAR DIAGRAM

Hal

Diagram 5.1 Distribusi Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum Intervensi	87
Diagram 5.2 Distribusi Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sesudah Intervensi	88



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	61
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	66
Skema 4.2 Kerangka Kerja Penelitian	84



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Lolos Uji Etik Penelitian
- Lampiran 4 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Persetujuan
- Lampiran 6 : Kisi-Kisi Instrumen
- Lampiran 7 : Instrumen Penelitian
- Lampiran 8 : Buku Panduan Keselamatan Perawat & Lembar Pengesahan Pakar
- Lampiran 9 : Satuan Acara Pengajaran Pelatihan
- Lampiran 10 : PPT Pelatihan
- Lampiran 11 :Foto Kegiatan Pelatihan
- Lampiran 12 : Daftar Riwayat Hidup

BAB 1 PENDAHULUAN

Bab ini memaparkan latar belakang masalah penelitian, tujuan penelitian, rumusan masalah, pertanyaan penelitian, dan manfaat penelitian. Pemaparan ini merupakan landasan dalam melaksanakan penelitian.

1.1 Latar Belakang

Keselamatan (*safety*) 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).

Orientasi pelayanan di rumah sakit saat ini adalah keselamatan pasien, namun keselamatan staf rumah sakit juga penting. Goodman (2004) mengemukakan bahwa keselamatan pasien, keselamatan petugas dan keselamatan sistem saling berhubungan dan bersangkut paut satu sama lain. Perawat merupakan petugas kesehatan terbanyak dengan komposisi hampir 60% dari seluruh petugas kesehatan di rumah sakit dan yang melakukan kontak terlama dengan pasien (Swansburg, 1996). Perilaku keselamatan yang baik di kalangan perawat akan berdampak secara signifikan terhadap mutu layanan kesehatan di rumah sakit.

Rumah sakit dapat menjadi tempat yang membahayakan bagi perawat. Perawat dapat terpapar bermacam risiko cedera dan penyakit saat bekerja. Petugas kesehatan berisiko lebih tinggi mengalami kecelakaan akibat kerja dan penyakit akibat kerja dibanding pekerja industri lain (Kepmenkes No. 1078/2010). 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*).

Penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja pada perawat selain dapat disebabkan oleh faktor lingkungan yang tidak aman (*unsafe condition*), juga dapat disebabkan oleh perilaku yang tidak aman (*unsafe act*). Heinrich (1941) mengungkapkan bahwa 88% kecelakaan di tempat kerja disebabkan oleh perilaku yang tidak aman. Silalahi (1985) menyatakan 64,26% penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja disebabkan oleh rendahnya pengetahuan, pemahaman dan kesadaran tentang keselamatan dan kesehatan kerja. Sumakmur (1988) menyatakan 85% sebab terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja bersumber pada faktor manusia. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di rumah sakit sangat penting, karena tindakan perawat sekecil apapun dapat menimbulkan risiko terhadap perawat dan pasien (Potter & Perry, 2001).

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik dimulai dengan menyadari bahwa kesehatan dan keselamatan kerja adalah hal pertama dan utama (*safety first*). Perilaku merupakan ekspresi bentuk nyata berupa tindakan yang dibentuk oleh pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang (Bloom, 1956; Skinner, 1938 dalam Notoadmodjo, 2003). Pengetahuan dan sikap perawat terkait bahaya yang dihadapi perawat saat bekerja di rumah sakit serta cara pencegahan penanganannya membentuk perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Risiko bahaya di rumah sakit mencakup bahaya biologik, fisik, kimia, ergonomik dan psikososial (Kepmenkes No. 1078/2010; Ramsay, 2005).

Bahaya biologik pada perawat dapat disebabkan oleh infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial dapat ditularkan melalui patogen di udara (*airborne*) (misal; tuberkulosis/TBC, *severe acute respiratory syndrome/SARS*) dan patogen di darah (*bloodborne*) atau cairan tubuh manusia yang dapat ditularkan melalui jarum suntik (*needlestick injury*) atau luka di mukosa tubuh (mis; hepatitis, HIV infection/AIDS). Cidera akibat tertusuk jarum merupakan bahaya biologik 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 pajanan radiasi pengion seperti sinar-x (misalnya; ruang radiografi, unit gawat darurat/UGD, 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) (Kozier et al., 1995). Perawat sering menggunakan alat listrik dalam bekerja, peralatan dengan kabel berjumbai dapat menimbulkan bahaya sengatan listrik atau dapat menimbulkan kebakaran (Kozier et al, 1995).

Bahaya paparan agen kimia pada perawat dapat memberikan dampak yang serius. Bahaya agen kimia di rumah sakit dapat disebabkan oleh penggunaan desinfektan, dan agen sterilisasi yang dapat mengakibatkan dermatitis dan asma. Penanganan obat-obat kemoterapi atau antineoplastik juga dapat membahayakan perawat (Wilburne & Gerry, 2004). Xelegati et al. (2006) menyatakan dari 53 perawat yang diteliti 100% terpapar antibiotik dan benzene, 99,1% iodin, 88,7% bedak lateks, 86,7% antineoplastik, 79,2% glutaraldehid dan 75,5% etilen oksida; paparan tersebut menyebabkan gangguan kesehatan seperti keluarnya air mata, reaksi alergi, mual dan muntah.

Perawat dapat mengalami cedera ergonomik 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-Brown, Brady, 2002). Prevalensi perawat mengalami LBP 40-50% pertahun dan 35-80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan yang tertinggi (Edlich et al., 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 et al., 2008). Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Zerwekh & Claborn, 2009).

Perawat dapat 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, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Lipscomb & Love, 1992). Bahaya psikososial lainnya yang dapat dialami perawat 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, UGD, dan unit luka bakar atau ruang operasi adalah yang paling rentan mengalami stres.

Perawat membutuhkan keselamatan dalam bekerja. Keselamatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi (Henderson, 1991; Abdellah, Beland, Martin & Matheney, 1960 dalam Tomey & Alligood, 2006). Manusia membutuhkan keselamatan sepanjang hidup dan dimanapun ia berada (Kozier et al., 1995), termasuk di tempat kerja. Manajemen rumah sakit bertanggung jawab untuk membuat program manajemen risiko yang berkelanjutan untuk mengidentifikasi dan mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan risiko-risiko keselamatan lainnya pada pasien dan staf (JCI, 2011). Salah satunya adalah menetapkan standar dan acuan keselamatan dalam bekerja. Peningkatan pemahaman perawat terhadap keselamatan di tempat kerja dapat membantu manajemen untuk memberi arahan secara persuasif tentang faktor praktik kerja yang berisiko kecelakaan (Brown, 2003).

Rumah sakit bertanggung jawab memberikan lingkungan yang aman dan mendukung perawat untuk dapat berperilaku aman dalam bekerja. Undang-Undang No 1 tahun 1970 tentang keselamatan dan pencegahan kecelakaan menjelaskan bahwa perusahaan wajib melindungi keselamatan pekerja yaitu dengan memberi penjelasan kepada tenaga kerja tentang kondisi dan bahaya tempat kerja, alat pelindung diri, yang diharuskan dalam tempat kerja, alat pelindung diri bagi tenaga kerja serta cara dan sikap yang aman dalam melaksanakan pekerjaan (Wijono, 1999). Keselamatan di lingkungan pekerjaan berhubungan dengan absensi, kelelahan emosional, kepuasan kerja dan keinginan untuk keluar (Riulli & Savicki, 2006; Stone Squires, 2010).

Perawat seringkali kurang peduli terhadap bahaya di tempat kerja dan dalam melakukan upaya proteksi diri meskipun perawat tahu hal tersebut dapat membahayakan kesehatan dan nyawa perawat. Kesadaran personal adalah langkah awal mengatasi masalah bahaya di tempat kerja (Ellis & Hartley, 2008). Pengetahuan mengenai keselamatan perawat adalah faktor yang sangat penting dalam mencegah terpaparnya perawat akan bahaya cedera dan penyakit di tempat kerja (Trinkkoff et. al., 2007). Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan pikir yang menstimulus tindakan seseorang sehingga perilaku akan bersifat lebih permanen (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan keselamatan perawat (*nursing safety*) mencakup pengenalan risiko bahaya yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara pencegahan dan penanganannya (Ramsay, 2005).

Perilaku perawat dalam bekerja dipandu melalui pedoman kerja. Prosedur dan pedoman kerja merupakan komponen perencanaan dalam manajemen keperawatan (Marquis & Huston, 2003). Selain standar operasional prosedur (SOP) dan standar asuhan keperawatan (SAK) sebagai pedoman perawat dalam bekerja, panduan keselamatan perawat diperlukan untuk memandu perawat berperilaku aman dan selamat dalam bekerja. Perawat harus mengikuti panduan keselamatan dalam memberikan medikasi atau membantu klien pindah dari tempat tidur untuk mencegah kesalahan dan kecelakaan (Kozier et al., 1995). Penggunaan panduan keselamatan perawat perlu diuji pengaruhnya terhadap peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan perawat dalam bekerja, sehingga apabila efektif dapat menekan kejadian penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja pada perawat.

Rumah Sakit Siaga Raya merupakan salah satu rumah sakit umum swasta yang senantiasa meningkatkan mutu layanan. Rumah Sakit Siaga Raya yang terletak di kawasan Pasar Minggu Jakarta Selatan memiliki fasilitas pelayanan medik dan keperawatan terdiri dari 4 instalasi yaitu instalasi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, kamar operasi dan *High Care Unit* (HCU). Rumah Sakit Siaga Raya berstatus Akreditasi Penuh Tingkat Dasar pada lima bidang pelayanan meliputi administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan rekam medis (Profil RS Siaga Raya, 2011).

Perhatian terhadap keselamatan (*safety*) sebagai gugus kendali mutu di Rumah Sakit Siaga Raya dimulai sejak 2009 yang dibuktikan dengan membentuk sub bidang *Patient Safety* dan sub bidang infeksi nosokomial di bawah komite medik. Sub bidang *Patient Safety* memiliki tugas dan fungsi mengembangkan program keselamatan baik pada pasien maupun seluruh staf, termasuk perawat. Komposisi tenaga perawat di Rumah Sakit Siaga Raya sampai dengan Februari 2012 berjumlah 59 perawat (45%) dari 103 tenaga kesehatan, yang tersebar di layanan rawat inap, rawat jalan UGD, HCU dan OK dengan kapasitas 57 tempat tidur (Data Bagian SDM RS Siaga Raya, 2012).

Hasil studi pendahuluan dan pengamatan pada saat dilakukan residensi keperawatan Oktober sampai dengan Desember 2011 di Rumah Sakit Siaga Raya didapatkan data rata-rata *bed occupancy rate* (BOR) 34,93% (standar 60-85%), *length of stay* (LOS) 3,61 hari (standar 6-9 hari), *bed turnover* (BTO) 35,22x/th (standar 40-50x/th) dan *turnover internal* (TOI) 7,5 (standar 1-3 hari) (Rekam Medik Rumah Sakit Siaga Raya, 2011). Data pada indikator tersebut menggambarkan rata-rata BOR dan BTO berada di bawah standar, akan tetapi rata-rata LOS dan TOI berada di atas standar. Indikator tersebut dapat menjadi acuan diperlukannya peningkatan mutu layanan.

Hasil wawancara dengan kepala bagian SDM Rumah Siaga Raya 20 Februari 2012, menyatakan perilaku keselamatan perawat masih perlu ditingkatkan. Kepala bagian SDM Rumah Sakit Siaga Raya menyatakan bahwa sub bidang *Patient Safety* di rumah sakit siaga raya belum berjalan optimal, menurutnya hal ini dikarenakan tim yang ditunjuk masih merangkap dengan jabatan struktural maupun fungsional yang lain sehingga belum fokus menjalankan tugas dan fungsinya. Program keselamatan perawat terkait peningkatan pengetahuan keselamatan perawat dan sistem keselamatan perawat belum ada. Pelatihan mengenai infeksi nosokomial dan keselamatan pasien beberapa kali pernah dilakukan.

Kepala bagian SDM menyatakan sistem pelaporan dan mekanisme penanganan yang baku apabila terjadi penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja pada perawat belum ada. Perawat yang mengalami penyakit akibat kerja dan

kecelakaan akibat kerja saat bertugas dapat melapor kepada atasannya dan memeriksakan diri ke poliklinik khusus karyawan. Kejadian penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja akan di bahas di rapat direksi untuk penanganan selanjutnya, akan tetapi mekanisme ini belum dibuat prosedur bakunya sehingga belum semua staf yang mengetahui dan melapor. Rumah sakit juga belum memiliki panduan keselamatan perawat sebagai acuan perawat untuk berperilaku aman dan selamat saat bertugas.

Kepala bagian SDM menyatakan bahwa pernah ada laporan perawat yang bekerja di ruang operasi terpapar penyakit akibat kerja, sehingga staf yang bekerja di ruang operasi difasilitasi untuk cek kesehatan umum (*general cheeckup*) setahun sekali. Manajemen rumah sakit belum memberikan fasilitas cek kesehatan umum secara berkala untuk staf lainnya. Pelatihan keselamatan kerja belum ada, sosialisasi pentingnya penggunaan alat pelindung diri (APD) juga belum terstruktur. Kepala bagian SDM menyatakan kejadian perawat yang tertusuk jarum suntik belum pernah ada laporan, menurutnya hal ini mungkin karena belum ada kesadaran perawat apabila mengalami penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja harus melapor.

Hasil wawancara dengan kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Siaga Raya pada 20 Februari 2012 terkait dengan keselamatan perawat, menyatakan bahwa perilaku keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya masih perlu ditingkatkan. Kepala bidang keperawatan menyatakan bahwa rumah sakit telah memfasilitasi APD yang siap digunakan oleh petugas termasuk perawat (misal; sarung tangan, masker, jubah, apron), akan tetapi perawat belum disiplin dan konsisten menggunakan APD. Panduan perawat dalam bekerja yang saat ini digunakan berupa SOP dan SAK. Kepala bidang keperawatan menyatakan mekanisme pengawasan dan sanksi terkait kepatuhan pelaksanaan SOP/SAK serta kepatuhan penggunaan APD dan perilaku aman dan selamat dalam bekerja juga belum ada, selama ini hanya berupa peneguran lisan saja. Kepala bidang keperawatan menyatakan bahwa rumah sakit belum memiliki panduan keselamatan untuk perawat bekerja.

Kepala bidang keperawatan menyatakan bahwa sistem pelaporan keselamatan perawat dan administrasi pascainsiden belum ada. Kepala bidang keperawatan menyatakan bahwa beberapa perawat pernah mengalami insiden tertusuk jarum akan tetapi tidak melapor karena sistem pelaporan dan penanganan pascainsiden belum jelas. Kepala bidang keperawatan menyatakan apabila ada insiden maka perawat yang bersangkutan membuat laporan tertulis kronologis kejadian kemudian dilaporkan kepada kepala ruangan dan kepala bidang keperawatan untuk dibahas dirapat direksi untuk penanganan selanjutnya.

Hasil wawancara dengan tiga kepala ruangan pada 20 Februari 2012, ditemukan bahwa tidak sedikit perawat yang mengeluh mengalami LBP atau cedera muskuloskeletal lainnya akibat mendorong, mengangkat atau memindahkan pasien. Hasil data poliklinik RS Siaga Raya rata-rata 10 orang perawat pertahun datang ke poliklinik dengan keluhan tersebut (Data Poliklinik RS Siaga Raya, 2011). Kepala ruang rawat inap lantai tiga menyatakan pernah ada perawat yang tertusuk jarum suntik akan tetapi tidak mau melapor kepada manajemen karena pasien yang ditanganinya bukan pasien dengan penyakit menular berbahaya. Kepala ruang rawat inap lantai tiga menyatakan perlu ada panduan keselamatan perawat untuk meningkatkan pengetahuan keselamatan dan perilaku aman perawat saat bekerja.

Hasil wawancara dengan 10 perawat pelaksana pada 20 Februari 2012, semuanya menyatakan tidak tahu bahaya apa saja yang dapat dialami perawat ketika bekerja di rumah sakit. Perawat menyatakan belum pernah mengikuti pelatihan atau diberikan informasi terkait dengan keselamatan perawat dalam bekerja. Tujuh perawat menyatakan pernah mengalami LBP atau cedera muskuloskeletal lainnya selama bekerja, perawat tidak melaporkannya ke manajemen hanya berobat ke poliklinik. Tiga perawat menyatakan pernah mengalami tertusuk jarum suntik selama bekerja akan tetapi perawat juga tidak menganggapnya serius dan tidak melaporkannya ke manajemen rumah sakit. Perawat pelaksana juga menyatakan apabila tidak menggunakan APD di antara perawat jarang saling mengingatkan. Sanksi yang diberikan melalui peneguran lisan saja oleh kepala ruangan atau kepala bidang keperawatan.

Pada saat residensi keperawatan Oktober sampai dengan Desember 2011 peneliti mendapatkan beberapa perawat terlihat tidak menggunakan sarung tangan ketika melakukan tindakan invasif (menyuntik, memasang infus) atau berjalan-jalan ke luar ruangan menggunakan masker. Hasil pengamatan memperlihatkan belum ada sikap saling mengingatkan terkait keselamatan perawat. Hal ini ditunjukkan dengan rekan perawat yang lain tidak mengingatkan atau menegur perawat yang tidak menggunakan APD. Ketika ditanya, perawat menyatakan bahwa enggan menegur dan menganggap bahwa hal tersebut tergantung kesadaran diri perawat masing-masing.

Rumah Sakit Setia Mitra merupakan rumah sakit swasta yang memiliki tipe yang sama dengan Rumah Sakit Siaga Raya. Rumah Sakit Setia Mitra terletak di jalan utama jalur selatan yaitu Jl. R.S. Fatmawati No. 80-82 memiliki fasilitas medik dan keperawatan yaitu fasilitas rawat inap, rawat jalan, unit hemodialisa, instalasi gawat darurat dan kamar operasi. Sesuai dengan visinya Rumah Sakit Setia Mitra juga memiliki komitmen bahwa keselamatan sebagai salah satu unsur mutu rumah sakit. Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Setia Mitra, rumah sakit belum memiliki panduan khusus keselamatan perawat dalam bekerja. Kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Setia Mitra menyatakan bahwa rumah sakit telah memberikan fasilitas APD bagi petugas kesehatan termasuk perawat, akan tetapi perawat belum konsisten dan disiplin menggunakan APD. Kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Setia Mitra menyatakan pada 2011 terdapat satu insiden perawat yang tertusuk jarum suntik.

Sampai saat ini, belum banyak penelitian tentang kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Indonesia. Fauzi (1992) yang menyatakan bahwa tinggi rendahnya kadar tindakan kesehatan dan keselamatan kerja secara positif dipengaruhi oleh tinggi rendahnya kadar persepsi terhadap kondisi lingkungan kerja dan oleh kadar sikap terhadap program keselamatan dan kesehatan kerja. Afifka (2003) menyatakan bahwa program kesehatan dan keselamatan kerja memiliki pengaruh positif terhadap peningkatan produktivitas kerja karyawan karena membentuk pengetahuan, keterampilan dan sikap yang baik terhadap kesehatan dan keselamatan kerja sehingga dapat mencegah atau mengurangi kerugian-kerugian

akibat penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja. Penelitian terkait penggunaan panduan keselamatan perawat belum pernah dilakukan. Berdasarkan fenomena di atas peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

1.2 Rumusan Masalah

Rumah sakit dapat membahayakan perawat. Perawat dapat mengalami penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja saat bekerja. Telaah mengenai kesehatan dan keselamatan kerja perawat sangat penting mengingat perawat merupakan petugas kesehatan terbanyak dan yang memiliki kontak terlama dengan pasien. Kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada akhirnya akan memberikan dampak pada kualitas asuhan pasien dan mutu rumah sakit.

Fenomena di Rumah Sakit Siaga Raya menggambarkan perlunya peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Keselamatan pada perawat belum menjadi hal utama. Faktor perilaku keselamatan dilandasi oleh pengetahuan terkait keselamatan. Panduan perawat dalam bertugas berupa SOP dan SAK belum spesifik memandu perawat untuk berperilaku aman. Hal ini dibuktikan dengan masih ada perawat yang tidak disiplin dan tidak konsisten menggunakan APD. Berdasarkan data wawancara dan rekam medik pegawai insiden penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja yang dialami perawat di Rumah Sakit Siaga Raya yaitu LBP dan cedera tertusuk jarum suntik. Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya memerlukan panduan keselamatan perawat. Penelitian terkait keselamatan kerja perawat belum pernah dilakukan. Peneliti ingin menguji pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Adakah pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum merupakan sasaran akhir penelitian secara umum sedangkan tujuan khusus merupakan rincian spesifik dari tujuan umum.

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- 1.4.2.1 Gambaran karakteristik perawat yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, dan masa kerja di Rumah Sakit Siaga Raya (kelompok intervensi) dan Rumah Sakit Setia Mitra (kelompok kontrol).
- 1.4.2.2 Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 1.4.2.3 Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 1.4.2.4 Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan antar kelompok sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat.

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat bagi aplikasi pelayanan keperawatan di rumah sakit, ilmu keperawatan, dan metodologi penelitian keperawatan. Manfaat penelitian diuraikan sebagai berikut:

1.5.1 Aplikasi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

- 1.5.1.1 Hasil penelitian ini bermanfaat mendukung kebijakan dan program terkait kesehatan dan keselamatan kerja perawat termasuk penyediaan dan keterjangkauan fasilitas agar perawat dapat menerapkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

1.5.1.2 Hasil penelitian ini meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

1.5.2 Ilmu Keperawatan

1.5.2.1 Hasil penelitian ini bermanfaat sebagai masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan yang terkait dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

1.5.2.2 Hasil penelitian ini memperkaya ilmu keperawatan khususnya mengenai kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang dapat dijadikan solusi untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat mulai dari masa perkuliahan.

1.5.3 Metodologi Penelitian Keperawatan

1.5.3.1 Penelitian ini bermanfaat sebagai bahan rujukan bagi pengembangan penelitian selanjutnya terkait kesehatan dan keselamatan kerja dengan mengembangkan desain dan metode yang berbeda.

1.5.3.2 Penelitian ini bermanfaat sebagai bahan rujukan bagi pengembangan penelitian selanjutnya terkait kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang bekerja di rumah sakit khusus atau institusi pelayanan kesehatan lainnya.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini merupakan tinjauan beberapa konsep dan teori serta penelitian terkait sebagai landasan penelitian. Konsep yang dibahas adalah konsep perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat, konsep kesehatan dan keselamatan kerja, serta konsep manajemen keperawatan.

2.1 Konsep Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

2.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat merupakan tindakan atau aktivitas dalam upaya mencegah terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja. Perilaku manusia mencakup aktivitas baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar sebagai hasil dari proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2003; Setiawati & Dermawan, 2008). Skinner (1938 dalam Notoatmodjo, 2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

Perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu perilaku tertutup (*convert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup yang masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Perilaku terbuka adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

2.1.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Notoatmodjo (2003) menjelaskan perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan termasuk lingkungan pekerjaan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok yaitu; (1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) merupakan perilaku atau usaha untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar

tidak sakit dan upaya penyembuhan apabila sakit. (2) Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*) merupakan upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. (3) Perilaku kesehatan lingkungan (*environmental health*) merupakan respon seseorang terhadap lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat termasuk ke dalam tiga jenis perilaku tersebut.

2.1.3 Ranah Perilaku

Tanpa pengetahuan perawat tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah keselamatan kerja yang dihadapi. Bloom (1956) membagi perilaku ke dalam 3 ranah yaitu ranah kognitif yang diukur melalui pengetahuan, ranah afektif yang diukur melalui sikap, dan ranah psikomotor yang diukur melalui tindakan. Dengan kata lain pengetahuan, sikap dan tindakan merupakan bentuk operasional perilaku yang dapat diukur. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang mencakup pengetahuan, sikap dan niat seseorang dalam bertindak (*behaviour intention*), jangkauan fasilitas dan ketersediaan informasi kesehatan (*accessibility*), otonomi individu dalam bertindak (*personal autonomy*), dan situasi atau budaya dalam lingkungan (*action situation*) (Kar, 1983).

2.1.3.1 Ranah Kognitif (Pengetahuan)

Ranah kognitif diukur melalui pengetahuan dengan cara wawancara atau soal-soal terkait materi pengetahuan yang diberikan. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap stimulus atau objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan dikatakan baik apabila nilai > 75% dari jawaban benar (Notoatmodjo, 2003). Bloom (1956) dan Bloom & Masia (1973) membagi pengetahuan menjadi enam tingkatan yang dikenal sebagai Taksonomi Bloom, yaitu; (a) C1 (*Cognitif 1*) yaitu tahu (diartikan sebagai mengingat kembali terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya), (b) C2 (*Cognitif 2*) yaitu memahami (suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar), (c) C3 (*Cognitif 3*) yaitu aplikasi (diartikan sebagai kemampuan

untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya), (d) C4 (*Cognitif 4*) yaitu analisis (suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain), (e) C5 (*Cognitif 5*) yaitu sintesa (suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru), dan (f) C6 (*Cognitif 6*) yaitu evaluasi (kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek).

2.1.3.2 Ranah Afektif (Sikap)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan tanggapan batin terhadap stimulus dan bentuk kesiediaan atau kesiapan untuk bertindak. Sikap perawat terhadap kesehatan dan keselamatan kerjanya mendorong perawat untuk menunjukkan perilaku aman dan selamat dalam bekerja. Sikap memiliki tiga komponen utama yaitu keyakinan atau ide dan konsep terhadap suatu objek, dorongan emosional terhadap suatu objek, dan kecenderungan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2003 ; Setiawati & Dermawan, 2008). Pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi berperan penting dalam penentuan sikap seseorang, apakah individu akan mendukung atau tidak mendukung terhadap suatu stimulus. Fauzi (1992) menyatakan bahwa tinggi rendahnya kadar tindakan kesehatan dan keselamatan kerja secara positif dipengaruhi oleh tinggi rendahnya kadar persepsi terhadap kondisi lingkungan kerja dan oleh kadar sikap terhadap program keselamatan dan kesehatan kerja.

Pengukuran sikap menyakan langsung pendapat individu terhadap suatu objek atau melalui pernyataan hipotesis. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2003) yaitu; (a) menerima yang diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek), (b) merespon yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap, (c) menghargai yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah, (d) bertanggung

jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi, (f) praktik atau tindakan.

2.1.3.3 Ranah Psikomotor (Tindakan/Perbuatan)

Sikap dapat diwujudkan menjadi suatu perbuatan yang nyata berupa tindakan (psikomotor). Tindakan merupakan perilaku yang sudah konkrit dalam bentuk perbuatan (*action*) terhadap situasi dan atau rangsangan dari luar. Pengukuran perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dalam bentuk tindakan/perbuatan dapat dilakukan melalui observasi langsung.

Praktik atau tindakan mempunyai beberapa tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2010): (1) Persepsi merupakan tahapan mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Persepsi merupakan praktik tingkat pertama. Persepsi pada dasarnya menyangkut proses informasi pada diri seseorang dalam hubungannya dengan objek stimulus. Persepsi merupakan gambaran arti atau interpretasi yang bersifat subjektif, artinya persepsi sangat tergantung pada kemampuan dan keadaan diri yang bersangkutan. Persepsi diartikan sebagai proses pengamatan seseorang terhadap segala sesuatu di lingkungannya dengan menggunakan indera yang dimilikinya, sehingga menjadi sadar terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan tersebut. (2) Respon terpimpin, individu dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua. (3) Mekanisme yaitu apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga. (4) Adopsi yaitu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, tindakan sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.4 Proses Perubahan Perilaku

Salah satu teori yang menyatakan tentang adopsi, sehingga individu dapat melakukan perubahan sesuai dengan yang diharapkan adalah teori perubahan perilaku Lewin (1951) dan Rogers (1974 dalam Notoatmodjo, 2003). Kedua teori ini mengemukakan proses perubahan perilaku seseorang yang berlangsung dalam

lima fase. Fase perubahan perilaku menurut Lewin (1951), yaitu: (1) Fase pencairan (*the unfreezing fase*) merupakan fase individu mempertimbangkan penerimaan terhadap perubahan dan dalam keadaan siap menerima perubahan. (2) Fase diagnosis masalah (*the problem diagnose fase*) merupakan fase individu atau kelompok mulai mengidentifikasi kekuatan-kekuatan baik yang mendukung perlunya perubahan dan yang tidak mendukung perubahan. (3) Fase penentuan tujuan (*the goal setting fase*) merupakan fase individu memahami masalah dan mulai menentukan tujuan sesuai dengan perubahan yang diterima. (4) Fase perilaku (*the new behavioer fase*) merupakan fase individu mulai mencoba dan membandingkan praktek yang telah dilakukan. (5) Fase pembentukan ulang (*the refrezzing fase*) merupakan fase individu atau kelompok telah merasakan kegunaan dan kemudian menjadi pola perilaku yang permanen.

Perubahan perilaku seseorang baru dapat dilihat paling cepat setelah 2-3 bulan setelah diberikan tindakan/intervensi dengan pertimbangan adanya faktor-faktor lain yang saling berinteraksi dan dapat mempengaruhi (Sirajuddin, 2011). Rogers (1974) menjelaskan urutan proses perubahan perilaku yang terjadi dalam diri seseorang. Proses tersebut akan dilalui oleh individu sebelum mengadopsi perilaku yang diinginkan. Urutan proses perubahan perilaku menurut Rogers (1974) yaitu: (1) Fase kesadaran (*awareness*), pada fase ini individu menyadari mengetahui stimulus perilaku. (2) Fase tertarik (*interest*). Fase ini individu mulai tertarik pada stimulus perilaku. (3) Fase evaluasi (*evaluation*). Pada fase evaluasi individu menilai baik dan buruk stimulus tersebut bagi dirinya. (4) Fase mencoba (*trial*). Fase ini individu mulai mencoba perilaku baru. (5) Fase menerima (*adoption*). Fase ini merupakan fase terakhir dimana individu telah menunjukkan perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.

2.1.5 Karakteristik Perawat dan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Karakteristik individu mencakup karakteristik personal (usia, jenis kelamin, suku, kepribadian, nilai-nilai) dan karakteristik profesional (pendidikan, keahlian, dan sosialitas). Karakteristik perawat yang akan diteliti dalam penelitian ini mencakup usia dan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja.

2.1.5.1 Usia

Usia mempengaruhi kedewasaan seseorang menghadapi masalah dan berperilaku. Dewasa merupakan salah satu ciri individu yang produktif. Usia berkaitan erat dengan kematangan emosi, rasionalitas berpikir, dan pengalaman hidup. Semakin meningkat usia seseorang maka akan semakin meningkat pula kedewasaan teknik dan psikologis serta kemampuannya dalam mengambil keputusan secara bijaksana (Kozier et al., 1995; Siagian, 2002). Robbins (2006) mengungkapkan bertambahnya usia akan mendorong pegawai tersebut untuk menunjukkan perilaku produktif dalam bekerja. Perilaku produktif ditunjukkan dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja. Anugrahini (2011) menyatakan ada hubungan antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Sebaliknya, Imania (2010) menyatakan tidak hubungan antara usia dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

2.1.5.2 Jenis Kelamin

Sebagian besar perawat adalah perempuan. Profesi keperawatan dikenal dengan sebagai profesi perempuan, prosentase laki-laki dalam profesi keperawatan masih minim yaitu berkisar 10% (Walker, 2011). Robbins (1996) menyatakan tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analitis, motivasi dan kemampuan belajar. Imania (2010) menyatakan tidak hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

2.1.5.3 Tingkat Pendidikan

Pendidikan perawat merupakan kemampuan intelektual perawat yang memengaruhi perilaku perawat dalam bekerja. Pendidikan seseorang akan memengaruhi cara pandangnya terhadap diri dan lingkungannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka akan semakin tinggi pula kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin tinggi keinginan individu untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilannya (Siagian, 2002). Perawat yang memiliki pendidikan lebih tinggi juga memiliki kemampuan kerja yang tinggi sehingga lebih menuntut organisasi untuk dapat memberikan kenyamanan dan keselamatan dalam bekerja (Mc

Closkey & Mc Cain, 1988 dalam Gillies, 1994). Sebagian besar (80%) tenaga perawat di Indonesia memiliki jenjang pendidikan diploma tiga keperawatan (BPPSDM-KEMENKES, 2011). Jenjang pendidikan diploma tiga merupakan jenjang pendidikan untuk profesional pemula perawat, jenjang pendidikan profesional perawat setingkat sarjana (Craven & Hirnle, 2003; Taylor et al., 1997). Anugrahini (2011) menyatakan ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Sebaliknya, Imania (2010) menyatakan tidak hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

2.1.5.4 Masa Kerja

Masa kerja adalah lama seseorang bekerja semenjak ia masuk kedalam perusahaan. Masa kerja merefleksikan pengalaman perawat dalam bekerja. Robbins (1996) menyatakan semakin lama masa kerja individu maka semakin berpengalaman dalam menghadapi masalah dalam pekerjaan dan terampil dalam bekerja, akan tetapi individu dengan masa kerja yang lebih lama belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan individu dengan masa kerja yang lebih sedikit. Imania (2010) menyatakan ada hubungan antara masa kerja perawat dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Anugrahini (2011) menyatakan ada hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

2.2 Konsep Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Keselamatan kerja pada dasarnya adalah kondisi keselamatan yang bebas dari risiko kecelakaan dan kerusakan dimana kita bekerja yang mencakup tentang kondisi tempat kerja, kondisi peralatan kerja, dan kondisi pekerja, sedangkan kesehatan kerja adalah merujuk pada kondisi umum fisik, mental dan stabilitas emosi secara umum. Sumakmur (2001) menyatakan keselamatan kerja merupakan rangkaian usaha untuk menciptakan suasana kerja yang aman dan tentram bagi para karyawan yang bekerja di perusahaan yang bersangkutan. Mangkunegara (2002) menjelaskan keselamatan kerja adalah suatu pemikiran dan upaya untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmaniah maupun rohaniah tenaga kerja. Malthis dan Jackson (2002) menyatakan bahwa keselamatan kerja adalah

merujuk pada perlindungan terhadap kesejahteraan fisik seseorang terhadap cedera yang terkait dengan pekerjaan. Keselamatan kerja berarti proses merencanakan dan mengendalikan situasi yang berpotensi menimbulkan kecelakaan kerja melalui persiapan prosedur operasi standar yang menjadi acuan dalam bekerja.

Kesehatan kerja merujuk kepada kondisi-kondisi fisiologis-fisik dan psikologis tenaga kerja yang diakibatkan oleh lingkungan kerja yang disediakan oleh perusahaan. Kesehatan kerja adalah bagian dari ilmu kesehatan yang bertujuan agar tenaga kerja memperoleh keadaan kesehatan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial (Husni, 2005). Selain itu, kesehatan kerja menunjuk pada kondisi fisik, mental dan stabilitas emosi secara umum dengan tujuan memelihara kesejahteraan individu secara menyeluruh (Malthis & Jackson, 2002). Mangkunegara (2002) menyatakan kesehatan kerja adalah kondisi bebas dari gangguan fisik, mental, emosi atau rasa sakit yang disebabkan lingkungan kerja.

2.2.1 Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

Kesehatan dan keselamatan merupakan kebutuhan mendasar setiap individu yang harus dipenuhi, termasuk individu perawat. Menghindari bahaya dalam lingkungan, meningkatkan keselamatan melalui pencegahan kecelakaan, cedera atau trauma lainnya merupakan kebutuhan dasar manusia (Henderson, 1991; Abdellah, Beland, Martin & Matheney, 1960 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Undang-undang No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja mengemukakan bahwa setiap tenaga kerja berhak mendapat perlindungan atas keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas Nasional. Setiap orang lainnya yang berada di tempat kerja perlu terjamin pula keselamatannya (Wijono, 1999). Mutu dan keselamatan berakar pada pekerjaan sehari-hari setiap profesional perawatan kesehatan dan staf lainnya (Joint Commission International, 2011). Kepmenkes No. 432/2007 mengemukakan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit adalah suatu proses kegiatan yang dimulai dengan tahap perencanaan yang dilanjutkan dengan pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. Tujuan

utama dari sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit adalah untuk membudayakan keselamatan dan kesehatan kerja di dalam lingkup rumah sakit. Perlu diadakan segala upaya untuk menjamin keselamatan dan perlindungan setiap profesional perawatan kesehatan, termasuk perawat.

2.2.2 Bahaya di tempat Kerja

Perawat dapat terpapar bermacam risiko cedera dan penyakit saat bekerja. Risiko bahaya di rumah sakit mencakup bahaya biologik, fisik, kimia, ergonomik dan psikososial (Ramsay, 2005; Kepmenkes No. 1078/2010). Kategori bahaya yang dihadapi perawat di lingkungan rumah sakit diuraikan sebagai berikut.

2.2.2.1 Bahaya Biologik

Bahaya biologik pada perawat dapat disebabkan oleh infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial dapat ditularkan melalui patogen di darah (*bloodborne*) atau cairan tubuh manusia melalui jarum suntik (*needlestick injury*) atau luka di mukosa tubuh (mis; hepatitis, HIV infection/AIDS) dan patogen di udara (*airborne*) (misal; tuberkulosis/TBC, *severe acute respiratory syndrome/SARS*). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), Virus Hepatitis B (HBV), dan Virus Hepatitis C (HCV) merupakan ancaman bahaya biologik terbesar pada tenaga kesehatan (Centers for Disease Control and Prevention/CDC, 1998; CDC, 2001).

A. Infeksi Nosokomial akibat Paparan Darah atau Cairan Tubuh melalui Jarum Suntik

Perawat setiap hari terpapar patogen yang ditularkan melalui darah yang berbahaya dan mematikan melalui jarum suntik, benda tajam atau cipratan darah. Infeksi nosokomial melalui paparan Darah atau Cairan Tubuh dapat ditularkan akibat cedera tertusuk jarum atau sayatan alat medis yang tajam. Perawat yang mengalami cedera tertusuk jarum perkutaneus antara 600.000 sampai 800.000 setiap tahunnya di seluruh fasilitas kesehatan, dengan cedera akibat prosedur menyuntik (21%), menjahit (17%) dan mengambil darah (16%) sebagai tiga paparan tertinggi (Perry et al., 2003 dalam Ramsay, 2005). Cedera akibat tertusuk jarum merupakan bahaya biologik yang serius pada perawat mengingat perawat dapat tertular penyakit berbahaya seperti Hepatitis B dan C atau HIV/AIDS. Ini

merupakan risiko terbesar yang dihadapi petugas kesehatan di garis terdepan (ANA, 2002).

Setiap cedera jarum suntik dan cedera benda tajam membawa risiko infeksi dari patogen yang ditularkan melalui darah. Perawat merupakan yang terbesar berisiko mengalami cedera akibat pajanan ini (Perry, Parker, & Jagger, 2003). Lebih dari 20 infeksi yang dapat ditularkan melalui jarum suntik mencakup sifilis, malaria, dan herpes malaria, and herpes (CDC, 1998). Setidaknya 1000 petugas kesehatan diperkirakan mengalami infeksi serius setiap tahun akibat cedera jarum suntik dan benda tajam (International Health Care Worker Safety Center, 1999). Akan tetapi, petugas tidak menyadari bahaya pajanan ini dan seringkali dianggap biasa karena merupakan bagian dari pekerjaan.

Bahaya penularan HIV/AIDS harus disadari oleh petugas kesehatan karena sampai saat ini belum ada vaksin HIV, meskipun penelitian terkait pembuatan vaksin masih berlanjut. Obat-obatan baru mencakup antiretrovirus hanya dapat memperlambat pertumbuhan. Penularan HIV di tempat kerja setelah terpapar adalah 0,3% (1 dalam 300). Dengan kata lain, apabila petugas kesehatan tertusuk jarum atau tersayat benda tajam yang terkontaminasi darah dari pasien HIV maka 1 dalam 300 kemungkinan ia akan terinfeksi HIV. Risiko penularan ini dapat meningkat sampai 5% (1 dalam 20 kemungkinan) apabila jarum atau benda tajam terkontaminasi oleh pasien dengan status viral tinggi (biasanya pada pasien yang baru terinfeksi atau pasien tahap terminal) dan petugas kesehatan tersayat dalam dengan darah yang banyak serta prosedur melibatkan akses pada vena atau arteri pasien (Cardo et al., 1997).

Mayoritas infeksi akibat cedera dari saluran lubang yang terisi darah infeksius. Cairan tubuh yang paling infeksius adalah darah, semen, cairan vagina, ASI, dan cairan tubuh lain yang mengandung darah. Cairan tubuh lain yang juga dapat menularkan virus mencakup cairan serebrospinal di antara otak dan tulang belakang, cairan sinovial di antara persambungan tulang, dan cairan amnion.

Penularan Hepatitis C pada perawat telah menjadi perhatian yang serius. Hepatitis C merupakan penyakit yang serius pada hati dan dapat mematikan. HCV belum teridentifikasi hingga tahun 1989, cara untuk melakukan tes hepatitis C pada produk darah baru dikembangkan pada tahun 1992, artinya individu yang menerima produk darah sebelum 1992 dapat mungkin terpapar HCV (CDC, 1998).

Hepatitis C dapat mengarah pada kegagalan fungsi hati dan kanker hati yang dapat mengakibatkan perlunya transplantasi hati dengan biaya yang sangat mahal. Hepatitis C merupakan infeksi melalui darah kronik yang terbesar. CDC rang terinfeksi HCV, dimana kurang dari satu juta orang terinfeksi HIV (ANA, 2002). Delapan persen individu yang terinfeksi HCV asimtomatik, akan gejala dapat meliputi *jaundice*, *fatigue*, urin kuning pekat, nyeri abdominal, hilang nafsu makan, dan mual. Tujuh Persen orang yang terinfeksi kronis mengalami penyakit hati kronis.

HCV terutama disebarkan melalui pajanan darah yang terinfeksi, terutama melalui penggunaan obat-obatan IV, pajanan okupasi seperti NSI dan cidera akibat benda tajam, atau menerima donor darah terutama sebelum tahun 1992. Penularan juga dapat melalui ibu yang terinfeksi ketika persalinan atau kontak seksual, meskipun jarang. Hepatitis C merupakan infeksi yang paling sering tertular melalui NSI dan cidera akibat benda tajam dengan rata-rata penularan 2.7%-10% (ANA, 2002).

Sampai saat ini juga belum ada vaksin hepatitis C. Monoterapi Interferon atau terapi kombinasi dengan ribavin merupakan pengobatan terkini. Terapi kombinasi merupakan terapi terkini yang lebih disukai dan telah menunjukkan keefektifan 40% pada individu yang terinfeksi. Akan tetapi, pengobatan ini sangatlah mahal (ANA, 2002).

Hepatitis B saat ini sudah dapat dicegah melalui vaksinasi. Melalui vaksinasi kasus hepatitis B pada petugas kesehatan menurun dari 17,000 menjadi 400 per tahun (Mahoney et al., 1997). ANA sangat merekomendasikan semua petugas kesehatan divaksinasi sebagai tindakan pencegahan.

Hepatitis dapat tanpa gejala. Sekitar 30% orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala. Gejala dapat mencakup *jaundice*, *fatigue*, nyeri abdominal, hilang nafsu makan, mual, muntah dan nyeri sendi. Kematian akibat dari penyakit hati dapat terjadi 15-25% pada individu terinfeksi kronis. Penularan dapat melalui darah dan cairan tubuh dan disebarkan melalui hubungan seksual tanpa alat proteksi dengan pasangan yang terinfeksi, penggunaan obat-obatan melalui IV, transmisi ibu ke anak. Sekitar 1,25 juta orang terinfeksi kronik di Amerika, 20-30% diantaranya telah divaksinasi semasa kanak-kanak. Rerata tertinggi penyakit ini muncul pada usia 20-49 tahun (ANA, 2002). Pengobatan hepatitis B kronik dengan alfa interferon dan lamivudin, yang efektif sampai 40% pasien. Akan tetapi, tidak boleh diberikan pada wanita hamil (ANA, 2002).

B. Infeksi Nosokomial akibat Paparan Patogen di Udara

Paparan patogen melalui udara dapat menularkan penyakit seperti SARS, TBC, *Staphylococcus* resistan penisilin. Selama 2003, CDC menerima 34 laporan TBC, merupakan angka yang tinggi pada petugas kesehatan (Department of Health and Human Services, 2004). Pada Juni 2004, seorang petugas kesehatan meninggal akibat TBC (Simpson, 2004).

Petugas kesehatan yang bekerja di ruang rawat pasien medikal bedah, klinik paru, unit bronkoskopi, unit radiologi, laboratorium TBC, ruang rawat pasien HIV dan ruang otopsi memiliki risiko tertinggi tertular TBC. Risiko penularan juga bisa terjadi antar petugas atau dari petugas kepada pasien. Oleh karena itu, program kesehatan pada pekerja harus ada untuk mencegah dan mengatasi infeksi TBC pada staf rumah sakit. Kesehatan staf harus ditinjau pada saat rekrutmen, mencakup riwayat imunisasi dan paparan terhadap penyakit yang menular serta status antibodi. Tes mantoux dapat dilakukan untuk mengetahui paparan TBC. Petugas yang terpapar atau mengidap TBC harus melaporkan kondisinya pada staf klinik dan manajemen untuk evaluasi dan penanganan lebih lanjut (WHO, 2004).

Rumah sakit harus memiliki panduan yang jelas untuk mencegah paparan SARS pada staf. Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien SARS harus dimonitor setiap hari terhadap tanda dan gejala SARS, khususnya perubahan suhu. Apabila

staf menunjukkan tanda dan gejala terpajan SARS maka perlu pemeriksaan lebih lanjut dan penanganan yang tepat termasuk mendapatkan pengobatan medis (WHO, 2004).

2.2.2.2 Bahaya Fisik

Bahaya fisik dapat dialami perawat yang bekerja di unit yang terdapat pajanan radiasi pengion seperti sinar-x (misalnya; ruang radiografi, unit gawat darurat/UGD, 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) (Kozier et al., 1995). Perawat sering menggunakan alat listrik dalam bekerja misalnya alat pacu jantung elektrik (defibrillator). Peralatan dengan kabel berjumbai dapat menimbulkan bahaya sengatan listrik atau dapat menimbulkan kebakaran (Kozier et al, 1995).

2.2.2.3 Bahaya Kimia

Perawat dihadapkan bahaya pajanan agen kimia terkait dengan tindakan pengobatan pasien dan perawatan lingkungan. Risiko bahaya kimia pada perawat termasuk zat-zat kimia yang dapat terhirup, tercerna, atau kontak dengan kulit, yang menyebabkan masalah kesehatan (Xelegatti et al., 2006). Beberapa keadaan yang dapat mengakibatkan perawat pada risiko terpajan zat kimia adalah seperti penggunaan sarung tangan lateks; menggunakan deterjen dan solven; manipulasi obat-obatan antineoplastik dan antibiotik; agen antivirus seperti gansiklovir; inhalasi gas anestetik; pajanan formaldehid dan glutaraldehid dan gas sterilisasi (Xelegatti et al., 2006). Penggunaan desinfektan dan zat sterilisasi (misal; glutaraldehid, etilen oksida), obat-obatan berbahaya, pajanan lateks, medikasi yang tumpah, material karsinogenik, gas atau cairan yang membus termasuk bahaya kimia (U.S. Department of Labor, OSHA, 2004). Penggunaan desinfektan dan zat sterilisasi dapat mengakibatkan dermatitis dan asma. Penanganan obat-obat kemoterapi atau antineoplastik juga dapat membahayakan perawat (Wilburne & Gerry, 2004). Xelegatti et al (2006) menyatakan dari 53 perawat yang diteliti 100% terpapar antibiotik dan benzene, 99,1% iodine, 88,7% bedak lateks, 86,7% antineoplastik, 79,2% glutaraldehid dan 75,5% etilen oksida; paparan tersebut

menyebabkan gangguan kesehatan seperti keluarnya air mata, reaksi alergi, mual dan muntah.

Perawat yang memberikan obat-obatan kemoterapi dapat terpajan aerosol atau droplet dari obat-obatan tersebut ketika pemberian. Cairan tubuh pasien yang mendapatkan obat-obatan berbahaya berpotensi sebagai sumber pajanan. Penggunaan sarung tangan dan jubah direkomendasikan untuk melindungi perawat dari kontaminasi cipratan saat memberikan obat dan menangani kotoran pasien (Polovisch, 2004). Agen antineoplastik digunakan secara konstan karena efek terapeutik pada pasien kanker; akan tetapi agen tersebut dapat menimbulkan efek mutagenik yang berlebihan, bersifat karsinogenik dan teratogenik. Agen sitostatik, gas anestetik dan agen sterilisasi merupakan beberapa zat yang mengakibatkan masalah reproduksi, seperti aborsi dan malformasi kongenital, pada petugas yang terpajan, memastikan bahaya dalam menangani zat-zat tersebut (Figa-Talamanca, 2000).

Hipersensitifitas terhadap lateks atau zat kimia lain yang digunakan pada lapisan dalam sarung tangan dapat mengakibatkan dermatitis dan urtikaria (Xelegatti et al., 2006). Pajanan zat kimia dan obat-obatan berbahaya dapat mengakibatkan masalah kesehatan mencakup gangguan kromosom, efek mutagenik, infertilitas, aborsi, gangguan menstruasi dan gejala langsung seperti pusing, sakit kepala, mual, gangguan mukosa dan reaksi alergi (Xelegatti et al., 2006). Manifestasi klinis lainnya meliputi iritasi mata, mukosa dan kulit, rambut rontol dan penurunan daya tahan tubuh, peningkatan resistensi obat, faringitis, herpes bahkan kanker (Xelegatti et al., 2006). Risiko pajanan juga dapat berasal dari ekskresi pasien kemoterapi yang ditemukan dalam feses, urin dan muntahan pasien. Oleh karena itu penggunaan APD secara efektif sangat direkomendasikan.

Perawat dapat menghirup, mencerna antibiotik atau kontak ke kulit yang dapat mengakibatkan sensitifitas. Cefalosporin dapat menyebabkan alergi dan rinitis, diare. Gas anestesi (nitrus oksida, halotan, benzena, iodine) dapat mengakibatkan masalah reproduksi seperti infertilitas dan peningkatan insiden aborsi dan malformasi kongenital. Pajanan etilen dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius seperti peningkatan cedera kutaneus, konjungtivitis, leukimia, limfoma,

neoplasma pada gatrik dan esofagus, disfungsi ginjal dan hati, penyakit pernapasan, penurunan hemoglobin. Gejala dapat mencakup dispneu, gangguan kesadaran, mual, muntah, sakit kepala, diare limpositosis, ensefalopati (Xelegatti et al., 2006)

2.2.2.4 Bahaya Cidera Ergonomik

Perawat dapat mengalami cedera ergonomik yang serius akibat mengangkat atau memindahkan pasien. Perawat yang mengalami cedera pada bagian punggung sebanyak 38%, hampir semua cedera ini (98%) akibat tindakan perawat mengangkat dan memindahkan pasien secara manual (Meier, 2001). Perawat memiliki risiko terbesar mengalami *low back pain* (LBP) dan cedera muskuloskeletal di rumah sakit (Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown, Brady, 2002). Prevalensi perawat mengalami LBP 40-50% pertahun dan 35-80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan yang tertinggi (Edlich et al., 2004). Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Owen, 2000 dalam Zerwekh & Claborn, 2009).

Cidera muskuloskeletal lainnya terkait pekerjaan juga dapat dialami perawat. 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 et al., 2007). Perawat yang mengalami gangguan muskuloskeletal pada ekstremitas bagian atas yaitu masalah pada bagian bahu sekitar 43-53% perawat (Lagerström, 2005).

2.2.2.5 Bahaya Psikososial

Perawat dapat 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, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Lipscomb & Love, 1992 dalam Practice & Medicine, 1995). Perawat memiliki risiko tertinggi mengalami kekerasan dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya. Lebih dari 9,5% perawat di rumah sakit umum mengalami kekerasan setiap tahun (Wells & Bowers, 2002 dalam Ramsay, 2005). Gerberich

et al., (2004) melaporkan bahwa perawat yang mengalami kekerasan fisik (13,2%) dan kekerasan non fisik (38,8%) terdapat pada perawat yang bekerja di UGD, fasilitas perawatan jangka panjang, dan pada perawat jiwa. Reaksi medikasi, stres dan kebingungan dapat mengakibatkan pasien berperilaku melawan yang menempatkan perawat dalam lingkungan yang rentan mendapatkan kekerasan.

Bahaya psikososial lainnya yang dapat dialami perawat adalah stress. Kejenuhan pada perawat serta tuntutan kerja yang tinggi dan tidak seimbang dapat menimbulkan rasa tertekan sehingga menyebabkan stress. Pada survei American Nursing Association (ANA) stress akibat lingkungan pekerjaan dan kelebihan beban kerja merupakan masalah *safety* yang paling utama (American Nurses Association, 2004). Lewy (1993) menyatakan perawat yang merawat pasien dengan penyakit terminal atau kronis, dan yang bekerja di UPI, UGD, dan unit luka bakar atau ruang operasi adalah yang paling rentan mengalami stress.

Gejala awal stress mencakup iritabilitas, tidak nafsu makan, sakit lambung, migrain, ketidakstabilan emosional, dan gangguan tidur. Gejala stress yang tidak disadari dan diatasi dapat mengakibatkan *burnout*, penurunan kualitas kerja, dan peningkatan absensi. Stress merupakan kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berfikir dan kondisi fisik seseorang (Hasibuan, 2008). Hasil survei dari PPNI (2006), sekitar 50,9 % perawat yang bekerja di empat provinsi di Indonesia mengalami stress kerja, sering pusing, lelah, tidak bisa beristirahat karena beban kerja terlalu tinggi dan menyita waktu, dan mengeluh gaji rendah tanpa insentif memadai.

2.2.3 Penanganan Bahaya di tempat Kerja.

2.2.3.1 Penanganan Bahaya Biologik

Enam mata rantai yang membentuk rantai infeksi yaitu agen etiologi (mikroorganisme), tempat tinggal alami organisme (*reservoir*), jalan keluar dari reservoir, metode atau cara penularan, jalan masuk ke dalam pejamu, dan pejamu yang rentan (Kozier & Erb, 2002). Setelah suatu mikroorganisme meninggalkan sumber atau reservoirnya, mikroorganisme tersebut memerlukan suatu metode

untuk menulari orang lain atau pejamu melalui jalan masuk, mekanisme ini dirangkum pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 *Reservoir* Manusia, Organisme Infeksius yang Umum, dan Jalan Keluar (Kozier & Erb, 2002)

Area Tubuh (Sumber)	Organisme Infeksius yang Umum	Jalan Keluar
Saluran pernapasan	Virus parainfluenza Mikobakterium tuberkulosis Stafilokokus aureus	Hidung atau mulut melalui bersin, batuk, bernapas, atau berbicara; slang endotrakeal atau trakeostomi.
Saluran gastrointestinal	Virus Hepatitis A Spesies Salmonela	Mulut: air liur, muntah; anus: feses; ostomi; slangdrainase (misal slang NGT atau slang T)
Saluran urin	Escherchia coli enterokokus Pseudomonas aeruginosa	Meatus uretra dan ostomi diversi urinari
Saluran reproduksi (termasuk genital)	Neiseria gonore Treponema palidum Virus Herpes Simpleks Tipe 2 Virus Hepatitis B	Vagina: rabas vagina; meatus uretra: semen, urin
Darah	Virus Hepatitis B HIV Stafilokokus aureus Stafilokokus epidermis	Luka terbuka, are pungsi jarum, setiap luka pada kulit atau permukaan membran mukosa
Jaringan	Stafilokokus us aureus Escherchia coli Spesies Proteus Streptokokus beta hemolitikus A atau B	Drainase karena terpotong atau luka

Tujuan tindakan pengendalian infeksi adalah memutuskan rantai infeksi kapan pun dan di manapun memungkinkan sehingga penyakit tidak ditularkan dari satu orang ke orang lain. Panduan untuk memutuskan rantai infeksi dapat dilihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2 Panduan Memutus Rantai Infeksi (Kozier & Erb, 2002)

Mata Rantai	Prinsip Tindakan	Rasional
Agen etiologi (mikroorganisme)	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan benda-benda dibersihkan dan didisinfeksi atau disterilkan dengan benar sebelum digunakan. Tidak menyenderkan badan di tembok atau lilft. 	<ul style="list-style-type: none"> Dapat mengurangi atau mengeliminasi mikroorganisme. Mikroorganisme dapat menempel.
Tempat tinggal alami organisme (<i>reservoir</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Mengganti balutan dan perban (terutama bagian luar) jika kotor atau basah. Membantu klien higiene kulit dan mulut dengan benar. Menempatkan linen yang lembap didalam wadah khusus. Membuang feses dan urin di wadah yang tepat. 	<ul style="list-style-type: none"> Merupakan lingkungan ideal pertumbuhan mikroorganisme. Dapat mengurangi mikroorganisme dan mengurangi risiko infeksi. Mengandung lebih banyak mikroorganisme. Banyak mengandung mikroorganisme (mis., virus hepatitis B dapat dalam feses klien yang asimtomatik)

Mata Rantai	Prinsip Tindakan	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa semua wadah cairan ditutup. • Mengosongkan botol <i>suction</i> dan botol drainase pada akhir setiap shift dan sebelum penuh. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Wadah terbuka meningkatkan risiko kontaminasi dan meningkatkan pertumbuhan mikroba. ➢ Drainase merupakan sarang mikroorganisme yang dapat berproliferasi dan menularkan orang lain
Jalan keluar dari reservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Menghindari berbicara, batuk atau bersin di atas luka terbuka atau daerah steril, dan tutup mulut serta hidung ketika batuk dan bersin. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Membatasi mikroorganisme yang keluar dari saluran pernapasan.
Metode atau cara penularan	<ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, di antara klien satu dan yang lain, setelah menyentuh substansi tubuh, dan sebelum melakukan prosedur invasif atau sebelum menyentuh luka terbuka, dan setelah menyentuh benda-benda infeksius. • Meletakkan benda-benda yang kotor yang akan dibuang ke dalam kantong sampah antilembap. • Memegang pispot dengan kuat untuk mencegah tumpah, dan membuang urin serta feses ke dalam wadah yang tepat. • Mengawasi dan mengimplementasikan tindakan kewaspadaan aseptis untuk semua klien. • Menggunakan masker dan pelindung mata jika melakukan kontak dekat dengan klien yang memiliki infeksi yang dapat ditularkan melalui droplet dan saluran pernapasan • Menggunakan sarung tangan ketika menangani sekresi dan ekskresi. • Menggunakan gaun/jubah dan sepatu tertutup/<i>boot</i> jika kemungkinan terkontaminasi oleh substansi tubuh. • Menggunakan masker dan pelindung mata jika kemungkinan terdapat percikan tubuh (mis., selama prosedur irigasi) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cara mendasar dan penting untuk mencegah dan mengendalikan penularan mikroorganisme. ➢ Kantong antilembap mencegah penyebaran mikroorganisme ke orang lain. ➢ Jika tumpah dapat menyebarkan banyak mikroorganisme. ➢ Semua klien dapat menjadi tempat berkumpulnya mikroorganisme infeksius yang dapat ditularkan ke orang lain. ➢ Mengurangi penularan mikroorganisme dari droplet. ➢ Mencegah pajanan pada tubuh. ➢ Mencegah pajanan pada tubuh. ➢ Mencegah pajanan pada tubuh.
Jalan masuk ke dalam pejamu	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan teknik steril untuk prosedur invasif (mis., injeksi, kateterisasi). • Menggunakan teknik steril ketika memajankan luka terbuka atau ketika menangani balutan • Membuang jarum dan spuit disposabel dalam wadah tahan bocor/ wadah khusus. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Prosedur invasif menembus barier tubuh sehingga dapat memasukkan mikroorganisme dari tubuh dan sebaliknya mengeluarkan patogen di darah atau cairan tubuh. ➢ Luka terbuka rentan terhadap infeksi mikroba. ➢ <i>Needlestick injury</i> atau cidera akibat benda tajam lainnya merupakan media penularan HIV/AIDS, Hepatitis B/C terbesar pada tenaga kesehatan.
Pejamu yang rentan	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan perawatan diri kepada setiap klien • Mempertahankan integritas kulit dan membran mukosa klien • Memastikan klien mendapatkan diet seimbang. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Individu lebih rentan terhadap mikroorganisme dari diri sendiri. ➢ Melindungi tubuh dari mikroorganisme. ➢ Untuk membangun pertahanan tubuh.

Prinsip kewaspadaan universal merupakan instrumen yang efektif untuk menangani bahaya biologik. Kewaspadaan universal dapat melindungi dan mengurangi angka kejadian infeksi di rumah sakit (infeksi nosokomial) pada tenaga kesehatan, pasien dan masyarakat. Penerapan kewaspadaan universal dapat mengurangi insiden terkait paparan darah dan cairan tubuh sekitar 55-98% (Manian 1990, Lymer et al., 1997, Nelsing et al., 1997, Radecki et al., 2000 dalam Cutter, 2003). Perawat yang menyadari risiko infeksi adalah hal yang berbahaya lebih konsisten menerapkan kewaspadaan universal walaupun belum mengetahui kondisi pasiennya apakah terinfeksi HIV atau HBV (Leliopoulou et al., 1999 dalam Cutter 2003).

Tindakan kewaspadaan universal berfokus pada pemutusan transmisi agen infeksius. Tindakan kewaspadaan universal mencakup cuci tangan, pemakaian APD, penanganan peralatan, penanganan pascapemajanan (College Nurses of Ontario, 2009), yang diuraikan sebagai berikut:

a) Cuci Tangan

Cuci tangan merupakan tindakan pengontrolan dan pencegahan infeksi yang paling penting. Sangat penting perawat dapat melakukan protokol cuci tangan dengan efektif. Standar cuci tangan direkomendasikan oleh WHO (2004) mencakup enam langkah yaitu pada saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien, sebelum dan sesudah tindakan/aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, sebelum dan sesudah melakukan tindakan invasif, dan setelah menyentuh area sekitar pasien/lingkungan.

b) Pemakaian APD

Sabir (2009) mendefinisikan alat pelindung diri adalah kelengkapan yang wajib digunakan saat bekerja sesuai kebutuhan untuk menjaga keselamatan pekerja itu sendiri dan orang di sekelilingnya. Dasar hukum dari penggunaan alat pelindung diri ini adalah Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 Bab IX Pasal 13 tentang Kewajiban Bila Memasuki Tempat kerja yang berbunyi:

“Barangsiapa akan memasuki sesuatu tempat kerja, diwajibkan mentaati semua petunjuk keselamatan kerja dan memakai alat-alat perlindungan diri yang diwajibkan.”

Penggunaan alat pelindung diri mencakup (sarung tangan, jubah, apron, masker, kaca mata, penutup rambut/*cap*, sepatu boot) dan penggunaan benda-benda tajam secara aman (jarum suntik, pisau bedah, jarum jahit). Penggunaan alat pelindung diri harus digunakan ketika darah, sekresi atau cairan tubuh dapat kontak dengan kulit atau membran mukosa perawat, atau dapat menembus pakaian perawat. Penggunaan APD dapat mengurangi risiko infeksi namun tidak dapat menghilangkan secara penuh. Staf juga harus menyadari penggunaan APD tidak menggantikan pentingnya melakukan tindakan pengontrolan infeksi mendasar yaitu cuci tangan (WHO, 2004).

Penggunaan APD secara efektif, benar, dan setiap kali kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien penting diketahui oleh staf. Staf harus menerapkan prinsip-prinsip penggunaan APD (WHO, 2004), yaitu; (1) Penggunaan APD harus disesuaikan dengan risiko pajanan. Perawat harus mengkaji risiko pajanan, apakah dapat terpapar darah, cairan tubuh, ekskresi atau sekresi dan memilih APD yang tepat. (2) Menghindari kontak antara APD dan permukaan yang terkontaminasi, pakaian atau individu di luar ruang perawatan. Membuang APD habis pakai pada kantong pembuangan, dan melakukan penanganan sesuai kebijakan rumah sakit. (3) Tidak menggunakan APD secara bergantian. (4) Mengganti APD secara menyeluruh kemudian mencuci tangan secara efektif.

1) Sarung Tangan

Sarung tangan harus digunakan saat melakukan tindakan seperti menangani kimia berbahaya, spesimen, atau materi panas. Tipe sarung tangan harus dipilih berdasarkan prosedur yang dilakukan misalnya sarung tangan lateks atau vinyl harus diganti sering dan diperiksa keutuhannya sebelum pemakaian, sarung tangan ganda untuk menurunkan risiko terpapar akibat penetrasi dapat direkomendasikan, sarung tangan lateks yang elastis lebih direkomendasikan dari sarung tangan polyvinyl, sarung tangan berlapis timah digunakan pada lapang sinar-x langsung.

Perawat harus menerapkan prinsip-prinsip dalam menggunakan sarung tangan. Prinsip-prinsip dalam menggunakan sarung tangan (WHO, 2004), yaitu;

- a. Menggunakan sarung tangan (bersih, nonsteril) ketika berisiko bersentuhan dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau membran mukosa.
- b. Mengganti sarung tangan di antara kontak dengan pasien yang berbeda.
- c. Mengganti sarung tangan di antara tindakan/prosedur meskipun pada pasien yang sama untuk mencegah kontaminasi silang antara bagian tubuh.
- d. Melepaskan sarung tangan segera setelah penggunaan dan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang lain.
- e. Mencuci tangan segera setelah melepaskan sarung tangan.
- f. Menggunakan sabun antimikroba atau antiseptik.
- g. Membuang sarung tangan dan tidak mencuci atau menggunakannya kembali sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi membran mukosa mulut dan hidung ketika melakukan prosedur yang berisiko terciprat darah, cairan tubuh, droplet, sekresi atau ekskresi dari pasien. Menggunakan masker bedah lebih direkomendasikan pada kondisi ini dibandingkan masker kasa. Masker sekali pakai harus langsung dibuang setelah digunakan, tidak boleh digunakan kembali. Pembuangan masker di tempat sampah infeksius dan dimusnahkan sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

3) Kacamata

Kacamata atau pelindung mata yang lain digunakan untuk melindungi membran mukosa mata ketika melakukan prosedur yang berisiko terciprat darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi. Kacamata yang setelah digunakan dapat didekontaminasi sesuai kebijakan rumah sakit.

4) Jubah bersih/ nonsteril atau apron

Jubah bersih/ nonsteril atau apron digunakan untuk melindungi kulit dan mencegah mengotori pakaian ketika melakukan tindakan yang berisiko terkena cipratan darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi. Jubah yang tahan air lebih direkomendasikan. Jubah basah atau yang telah digunakan harus segera dilepas. Penggunaan apron plastik di atas jubah direkomendasikan untuk mencegah

mengotori jubah. Jubah atau apron sekali pakai tidak boleh digunakan kembali dan harus dimusnahkan sesuai kebijakan rumah sakit.

5) Sepatu tertutup

Sepatu tertutup/ boot digunakan apabila petugas berisiko terciprat atau tertumpah darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi dari pasien.

6) Penutup kepala

Penutup kepala digunakan agar petugas terhindar dari paparan/percikan darah dan cairan tubuh pasien serta mencegah jatuhnya mikroorganisme dari rambut dan kulit petugas kepada pasien.

c) Penanganan peralatan

Penanganan peralatan mencakup pembuangan limbah, bahan linen dan benda tajam yang terkontaminasi; serta pembersihan, sterilisasi dan disinfeksi alat, instrumen dan peralatan yang tepat. Perawat harus mengikuti protokol dari pabrik pembuatnya dan prosedur fasilitas dengan benar. Kewaspadaan penularan melalui kontak benda infeksius dan penanganan peralatan pasien (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- 1) Menempatkan klien di kamar pribadi.
- 2) Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- 3) mengenakan gaun dan sarung tangan. Mengganti gaun dan sarung tangan setelah kontak dengan benda yang infeksius dan sebelum meninggalkan ruangan pasien lalu cuci tangan segera setelah melepaskan sarung tangan.
- 4) Memasukkan benda yang terkontaminasi ke dalam kantong khusus.
- 5) Mengidentifikasi dan memisahkan barang disposibel dari barang yang dapat digunakan kembali.
- 6) Membuang benda disposibel yang tajam seperti jarum suntik, pisau bedah, spuit ke dalam kontainer khusus tidak tembus (dari kaca atau material yang dirancang khusus).
- 7) Memasukkan linen kotor ke dalam wadah linen kotor dan langsung dibawa ke tempat cuci di rumah sakit.

8) Peralatan makan klien tidak perlu penanganan khusus, beberapa rumah sakit menggunakan peralatan makan yang disposibel untuk kenyamanan.

d) Penanganan perawat pascapemajanan

Perawat yang meyakini telah terkontaminasi dengan agen infeksius harus melapor pada pihak manajemen rumah sakit atau bagian kesehatan okupasi untuk penanganan dan saran selanjutnya. Perawat yang terkontaminasi harus dikaji risiko menularkan agen infeksius pada orang lain dan mengambil tindakan kewaspadaan yang tepat. Langkah-langkah yang harus dijalankan setelah terpajan patogen yang penyebarannya melalui darah (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- 1) Melaporkan kejadian segera kepada atasan atau manajemen.
- 2) Melengkapai laporan kecelakaan.
- 3) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut yang tepat mencakup; mendapatkan identitas pasien atau staf sumber infeksi.
- 4) Memeriksa darah individu sumber infeksi jika memungkinkan dan disetujui.
- 5) Memeriksa darah perawat yang terpajan dengan persetujuan.
- 6) Perawat yang terpajan harus mendapatkan profilaksis pascapemajanan jika diindikasikan secara medis dengan vaksin hepatitis atau agens antivirus.
- 7) Melakukan konseling medis dan psikologis mengenai risiko pribadi terinfeksi atau risiko menginfeksi orang lain.
- 8) Untuk kejadian terkena tusukan/laserasi; dorong terjadinya perdarahan, cuci dan bersihkan area dengan sabun dan air mengalir, lakukan pertolongan pertama dan cari pengobatan lain jika diindikasikan.
- 9) Untuk pemajanan pada membran mukosa (mata, hidung, mulut) basuh dengan salin normal atau air mengalir selama 5-10 menit.

Perawat yang terpajan HIV harus mengikuti protokol yang ditetapkan rumah sakit. Protokol pascapemajanan HIV (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- 1) Untuk pemajanan risiko tinggi (darah dalam volume yang besar dan individu memiliki sumber dengan titer HIV tinggi): terapi 3 obat dianjurkan. Harus dimulai dalam satu jam.

- 2) Untuk pemajanan risiko meningkat (darah tidak dalam volume besar atau individu memiliki titer HIV yang tinggi): terapi 3 obat dianjurkan. Harus dimulai dalam satu jam.
- 3) Untuk pemajanan risiko rendah (darah tidak dalam volume besar atau individu tidak memiliki titer HIV yang tinggi): terapi 2 obat dianjurkan. Harus dimulai dalam satu jam.
- 4) Profilaksis obat untuk empat minggu.
- 5) Regimen obat bervariasi. Obat yang umumnya digunakan adalah Zidovudin, Zalcitabine, dan Didanosine.
- 6) Uji antibodi HIV dilakukan segera terpajan (basis) dan enam minggu, tiga, dan enam bulan setelahnya.

A. Penanganan Bahaya Biologik melalui Pencegahan Cidera Tertusuk Jarum (*needle-stick injury/NSI*) atau Cidera akibat Benda Tajam.

Secara global NSI merupakan penyebab utama pajanan darah dan infeksi melalui darah pada petugas kesehatan (CDC, 2009). Dua penyebab utama NSI adalah menutup kembali (*recapping*) serta pengumpulan dan pembuangan limbah tajam yang tidak aman (WHO, 2003). Prevalensi HBV dan HCV di dunia bervariasi pada setiap daerah, berkisar dari 0,5 sampai 10% untuk HBV dan dari 1 sampai 4% untuk HCV (Cardo et al., 1997). Risiko penularan infeksi akibat NSI dari pasien yang terinfeksi terhadap petugas kesehatan (yaitu HBV 3–10%, HCV 3% dan HIV 0,3% (WHO, 2003).

Faktor-faktor yang meningkatkan risiko penularan HIV mencakup luka dalam, darah yang tidak terlihat pada alat, darah pada saluran lubang jarum suntik, penggunaan alat untuk mengakses arteri atau vena, dan status viral pasien yang tinggi (Cardo, et al., 1997). Semua faktor ini meningkatkan penularan HIV sampai dengan 5%. Risiko penularan infeksi di negara berkembang ditingkatkan akibat penggunaan kembali spuit yang terkontaminasi. Medikasi profilaksis pascapajanan telah digunakan untuk mengurangi penularan HIV akibat NSI hingga 80% (CDC, 2001).

Banyak faktor yang dapat menimbulkan terjadinya NSI. Determinan kejadian NSI (WHO, 2003), mencakup; a) Penggunaan kembali alat injeksi dan benda tajam

yang tidak perlu, b) Kekurangan peralatan: spuit, *safer needle devices*, dan kontainer pembuangan benda tajam, c) Tidak segera membuang benda tajam atau jarum suntik yang terkontaminasi pada kontainer pembuangan benda tajam, d) Tenaga kerja yang tidak sesuai atau terbatas, e) Tindakan menutup kembali jarum setelah penggunaan menggunakan dua tangan, f) Kurangnya pengontrolan penggunaan alat yang aman misalnya penggunaan alat jarum suntik dengan tipe yang lebih aman, g) Mengoper instrumen dari tangan ke tangan di ruang operasi, h) Kurangnya kesadaran petugas akan bahaya serta kurangnya informasi dan pelatihan.

Risiko tertinggi NSI adalah dari lubang jarum suntik yang terisi darah. Diperkirakan 63% terjadi NSI dari Juni 1995 sampai Juli 1999 (NIOSH, 1999). Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1998) mendokumentasikan sembilan kasus petugas kesehatan yang terinfeksi HIV akibat NSI berasal dari saluran lubang jarum yang terisi darah.

Tindakan segera yang harus dilakukan ketika petugas mengalami NSI atau cedera akibat tersayat benda tajam. Penanganan segera (ANA, 2002), mencakup: a) Mencuci luka dengan sabun dan air mengalir, b) Melaporkan pada atasan dan melakukan pelaporan melalui sistem pelaporan cedera sesuai kebijakan fasilitas. c) Mengidentifikasi kondisi pasien dan melakukan tes HIV, hepatitis B, dan hepatitis C. d) Melaporkan kepada layanan kesehatan petugas, UGD, atau fasilitas kesehatan untuk pegawai lainnya. e) Melakukan tes for HIV, hepatitis B, and hepatitis dengan segera. f) Melakukan *Post-exposure prophylaxis* (PEP) atau pengobatan lainnya. g) Mendokumentasikan kejadian pajanan secara lengkap dan penjelasan bagaimana pajanan dapat terjadi.

Rumah sakit harus membuat kebijakan terkait sistem penanganan NSI atau cedera akibat tersayat benda tajam lainnya. Kebijakan fasilitas terkait NSI atau cedera akibat tersayat benda tajam (ANA, 2002) adalah:

- 1) Memberikan akses dalam dua jam terhadap tindak lanjut pascapajanan untuk tes dan profilaksis.
- 2) Memfasilitasi vaksin hepatitis B pada semua staf terutama petugas kesehatan.

- 3) Membeli dan menggunakan peralatan berdasarkan keselamatan dan keefektifan produk.
- 4) Melarang praktik membengkokkan jarum, menutup kembali menggunakan dua tangan, atau membuang jarum terbuka.
- 5) Membersihkan dan mendekontaminasi permukaan di tempat kerja setelah kontak dengan darah dan cairan infeksius lainnya.
- 6) Menyediakan APD mencakup sarung tangan, jubah, apron, kaca mata, masker dan perisai muka. Perlengkapan ini harus sesuai ukuran petugas dan memiliki kualitas yang baik dan mudah dan siap digunakan. Alternatif non-lateks harus disediakan.
- 7) Mempertahankan *update* pelaporan cedera secara regular secara lengkap pada semua kejadian NSI atau tersayat benda tajam mencakup tanggal, tempat, situasi, dan merek serta tipe alat.

B. Penanganan Bahaya Biologik melalui Tindakan Kewaspadaan Penyebaran melalui Udara dan Droplet

Tindakan kewaspadaan berbasis penulatan di rumah sakit mencakup penularan melalui udara (mis., rubela, varisela, TBC, SARS), droplet (mis., pertusis, gondongan, pneumonia). Tindakan kewaspadaan penyebaran melalui udara (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- 1) Menempatkan klien dalam kamar pribadi yang memiliki tekanan udara negatif, 6-12 kali perubahan udara setiap jam sehingga udara dapat dikeluarkan keluar ruangan atau terdapat sistem filtrasi untuk udara ruangan. Menjaga pintu kamar agar selalu tertutup.
- 2) Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- 3) Menggunakan masker pernapasan pada saat memasuki kamar klien yang diketahui atau dicurigai menderita TBC.
- 4) Tidak membolehkan orang yang rentan memasuki kamar klien yang menderita rubela (campak) atau varisela (cacar air). Menggunakan masker napas apabila harus masuk ke dalam kamar.
- 5) Membatasi pergerakan klien keluar kamar hanya untuk tujuan yang penting. Menggunakan masker bedah pada klien ketika berada di luar ruangan.

Tindakan kewaspadaan berbasis penularan di rumah sakit juga mencakup penularan droplet (mis., pertusis, gondongan, pneumonia). Tindakan kewaspadaan penularan melalui droplet (CDC, 1996 dalam Koziar & Erb, 2002), mencakup::

- 1) Menempatkan klien di kamar pribadi.
- 2) Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- 3) Menggunakan masker apabila berada dalam jarak tiga kaki dari klien.
- 4) Membatasi pergerakan klien keluar kamar hanya untuk tujuan yang penting. Menggunakan masker bedah pada klien ketika berada di luar ruangan.

2.2.3.2 Penanganan Bahaya Fisik

Salah satu bahaya fisik adalah sengatan listrik. Perawatan alat listrik yang baik, menggunakan sepatu beralas karet, berdiri di lantai nonkonduktif, dan menggunakan sarung tangan nonkonduktif dapat mencegah perawat terkena sengatan listrik pada saat menolong pasien. Mengurangi bahaya listrik (Koziar et al., 1995) mencakup:

- 1) Memeriksa ujung kabel alat medis yang menggunakan listrik tidak berjumbai atau terdapat tanda-tanda kerusakan sebelum menggunakannya. Tidak menggunakan alat apabila terdapat kerusakan.
- 2) Menghindari terlalu banyak sambungan pada colokan listrik paralel
- 3) Menggunakan sambungan listrik yang terlindung atau berada di bawah lantai.
- 4) Selalu menarik sambungan listrik dengan pegangan yang kencang dan tarikan searah. Menarik sambungan listrik dengan memegang kabelnya dapat merusak kabel dan sambungan listrik.
- 5) Tidak menggunakan peralatan listrik dekat dengan wadah air, bak rendam, pancuran air atau area basah lainnya karena air merupakan penghantar listrik yang sangat baik.
- 6) Menjaga kabel listrik jauh dari jangkauan anak-anak dan lalu lalang orang banyak untuk mencegah kerusakan kabel atau tersangkutnya kabel.

- 7) Menggunakan pelindung kabel pada sambungan di dinding untuk melindungi tercabutnya sambungan dan jangkauan anak-anak.
- 8) Membungkus kabel-kabel listrik sesuai standart keselamatan.
- 9) Membaca instruksi prosedur penggunaan peralatan listrik dengan cermat. Meminta bantuan orang yang lebih tahu atau ahli untuk mengoperasikan peralatan listrik.
- 10) Selalu memutuskan sambungan listrik sebelum membersihkan atau memperbaiki alat.
- 11) Segera mencabut sambungan listrik pada alat yang menimbulkan getaran sengatan listrik dan segera memberi tahu petugas terkait untuk memeriksa dan memperbaikinya.

Percikan listrik dapat menimbulkan kebakaran. Langkah-langkah tindakan yang harus dilakukan ketika melihat kebakaran (Fire Extinguisher User Information, 2010) adalah:

- 1) Menginformasikan. Bersikap tidak panik, mengutamakan keselamatan pasien. Menghubungi petugas keamanan atau koordinator tanggap darurat. Informasi laporan mencakup menyebutkan nama dan asal unit, lokasi dan adanya api/asap, menyebutkan kondisi api dan situasi terakhir.
- 2) Melakukan pemadaman. Perawat dapat menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang terdekat, mengikuti petunjuk penggunaan APAR, menuju ke titik api akan tetapi sebelumnya memastikan jalan keluar aman dan bebas api/asap, memadamkan api, namun bila gagal segera evaluasi.
- 3) Mengevakuasi. Perawat dan pasien segera keluar ruangan melalui jalur yang bebas asap dan api.

Bahaya fisik lainnya yang dapat dihadapi perawat adalah bahaya radioaktif. Prinsip-prinsip derajat pajanan radioaktif adalah semakin lama waktu terkena radiasi maka semakin besar pajanan, semakin dekat individu terhadap sumber radioaktif semakin besar pajanan, semakin ekstensif menggunakan pelindung radiasi semakin besar individu terlindung dari radiasi (Kozier et al., 1995). Pencegahan pajanan bahaya radiasi meliputi penggunaan sarung tangan pada saat menangani atau membuang ekskresi pasien yang mendapatkan prosedur

diagnostik dengan radiasi (radiografi, fluoroskopi), membuang ekskresi cairan tubuh pasien tersebut ke dalam tempat sampah khusus, mencuci sarung tangan sebelum melepaskannya dan membuangnya di tempat sampah khusus.

2.2.3.3 Penanganan Bahaya Kimia

Petugas memiliki tanggung jawab terkait penanganan obat-obatan berbahaya. Tanggungjawab petugas kesehatan terkait penanganan obat-obatan berbahaya, (NIOSH, 2004 dalam Polovisch, 2004), mencakup;

- 1) Mengikuti pelatihan sebelum menangani obat-obatan berbahaya dan terus memperbaharui informasi yang baru.
- 2) Mengikuti panduan penanganan obat-obatan berbahaya.
- 3) Menggunakan BSC dalam penyiapan obat-obatan berbahaya.
- 4) Menggunakan sarung tangan, jubah, dan pelindung respirasi dan pelindung muka secara konsisten.
- 5) Mencuci tangan setelah melakukan penanganan obat-obatan berbahaya dan segera melepaskan APD secara tepat.
- 6) Memusnahkan material yang terkontaminasi dengan obat-obatan berbahaya secara terpisah dengan limbah lainnya dalam kontainer khusus.
- 7) Membersihkan tumpahan obat-obatan berbahaya segera sesuai prosedur dan kebijakan rumah sakit.
- 8) Menjalankan prosedur pelaporan dan tindak lanjut apabila terjadi pajanan obat-obatan berbahaya sesuai prosedur dan kebijakan rumah sakit.

Hal-hal yang harus dipahami perawat dalam pemberian obat terdapat dalam panduan klinis pemberian obat. Panduan klinis pemberian obat (Kozier & Erb, 2009), yaitu:

- 1) Perawat yang memberikan obat bertanggungjawab terhadap tindakannya. Perawat harus meragukan semua program obat yang tidak terbaca atau yang anda anggap tidak benar. Menghubungi orang yang menuliskan program tersebut untuk melakukan klarifikasi obat.
- 2) Mendapatkan informasi tentang obat yang anda berikan. Mengetahui alasan/indikasi klien mendapatkan obat tersebut. Mencari informasi yang diperlukan bila anda tidak mengenal obat tersebut.

- 3) Menyimpan obat narkotik dan barbiturat ke dalam tempat terkunci.
- 4) Menggunakan hanya obat dalam wadah yang berlabel jelas.
- 5) Tidak menggunakan obat cair yang berkabut atau telah berubah warna.
- 6) Menghitung dosis obat secara akurat. Meminta perawat lain untuk mengecek ulang hasil penghitungan apabila tidak yakin.
- 7) Memberikan hanya obat yang disiapkan sendiri.
- 8) Sebelum memberikan suatu obat, mengidentifikasi klien secara benar dengan menggunakan cara identifikasi yang tepat, seperti mengecek gelang identifikasi dan meminta klien untuk menyebut nama.
- 9) Tidak meninggalkan obat disamping tempat tidur, kecuali beberapa obat (mis. Nitrogliserin, sirup obat batuk). Menyesuaikan dengan kebijakan institusi.
- 10) Bila klien muntah setelah meminum obat oral, melaporkan hal tersebut kepada perawat jaga, atau dokter, atau keduanya.
- 11) Melakukan tindakan kewaspadaan khusus saat memberikan obat tertentu, contohnya, minta perawat lain memeriksa dosis antikoagulan, insulin, dan sediaan IV tertentu.
- 12) Sebagian besar kebijakan rumah sakit memerlukan program baru dari dokter untuk perawatan klien pascabedah.
- 13) Mencatat kejadian tersebut beserta alasannya apabila obat tidak diberikan karena suatu alasan,
- 14) Melaporkan segera kepada perawat jaga, dokter, atau keduanya apabila terjadi kesalahan pemberian obat.

Saat memberikan, obat terlepas dari rute pemberiannya perawat harus menerapkan prinsip tujuh benar dalam menunjang *medication safety*. Prinsip tujuh benar dalam pemberian obat (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

1) Benar Pasien

Menggunakan minimal 2 identitas pasien, mencocokkan obat yang akan diberikan dengan program obat tertulis, melakukan anamnesis riwayat alergi, kehamilan atau menyusui (anamnesis lengkap mencakup riwayat obat/ penggunaan obat saaty ini dan membuat daftar obat-obat tersebut), membandingkan obat yang digunakan saat ini dengan daftar obat yang

digunakan pasien dirumah, mengidentifikasi pasien yang akan mendapat obat dengan kewaspadaan tinggi dilakukan oleh dua orang yang berkompeten (*double chek*).

2) Benar Obat

Memberi label semua obat dan tempat obat (*syringes*, cangkir obat, baskom obat), dan larutan lain. Obat dan larutan lain di lokasi perioperatif atau ruang prosedur yang tidak akan segera di pakai juga harus diberi label. Pemberian label tersebut dilakukan setiap kali obat atau larutan diambil dari kemasan asli ke tempat lainnya. Menuliskan nama obat, jumlah, kuantitas, pengenceran dan volume, tanggal persiapan, tanggal kadaluarsa jika tidak digunakan dalam 24 jam pada label. Semua obat atau larutan diverifikasi oleh dua orang secara verbal dan visual jika orang yang menyiapkan obat bukan yang memberikannya ke pasien. Tidak memberi label pada tempat kosong atau *syringes* sebelum obat disiapkan atau diisi. Siapkan satu obat atau larutan satu saat dan beri label juga pada satu saat. Membuang segera obat atau larutan yang tidak ada label. Membuang segera tempat obat berlabel di lokasi steril segera setelah operasi atau prosedur dilakukan (obat orisinal tetap disimpan sampai tindakan selesai). Mereview semua obat dan larutan oleh petugas lama dan petugas baru saat ganti dinas. Mengubah daftar obat atau kardeks jika terdapat perubahan daftar obat. Kebenaran jenis obat yang perlu kewaspadaan tinggi dilakukan oleh dua orang yang berkompeten (*double chek*).

3) Benar Dosis

Dosis/volume obat yang perlu kewaspadaan tinggi dilakukan oleh dua orang yang berkompeten (*double chek*). Jika ragu mengklarifikasi dengan dokter yang menulis resep. Berkonsentrasi penuh pada saat menyiapkan obat dan menghindari gangguan.

4) Benar Waktu

Menyesuaikan waktu yang ditentukan dan waktu pemberian. Segera memberikan obat sesuai program obat. Mengecek kadaluarsa obat, dan memastikan obat yang diberikan belum memasuki masa kadaluarsa.

5) Benar Cara/ Rute Pemberian

Cara pemberian obat harus sesuai dengan bentuk/jenis pemberian obat. *Slow release* dan *enteric coated* tidak boleh digerus. Obat-obatan yang diberi per NGT adalah obat cair atau sirup. Pemberian antar obat sedapat mungkin berjarak. Jadwal pemberian obat dengan pemberian nutrisi juga berjarak.

6) Benar Dokumentasi

Mendokumentasikan dan menandatangani setiap perubahan yang terjadi pada pasien setelah mendapat obat dengan segera. Memberi nama dan menandatangani setiap perubahan jenis/dosis/jadwal/cara pemberian obat dengan segera. Mendokumentasikan respon pasien terhadap pengobatan atau efek samping obat.

7) Benar Informasi

Mengomunikasikan semua rencana tindakan pada pasien dan keluarga, hal ini merupakan hak pasien yang harus diperhatikan. Menjelaskan tujuan dan cara pemberian obat. Menjelaskan efek samping yang mungkin timbul.

Program penanganan obat-obatan berbahaya yang aman harus mencakup kebijakan untuk pelaporan dan tindak lanjut pascapajanan (NIOSH, 2004).

Prosedur tersebut harus mencakup:

- 1) Tahapan prosedur dan persyaratan untuk pelaporan insiden pajanan.
- 2) Tipe formulir dan informasi apa saja yang harus dicantumkan dalam pelaporan insiden.
- 3) Penjelasan bahwa petugas harus melapor ke UGD dan/atau fasilitas kesehatan untuk karyawan.
- 4) Menentukan tes diagnostik yang dibutuhkan untuk mengkaji dampak pada kesehatan karyawan dengan tanggungan rumah sakit.
- 5) Melakukan pengobatan dan perawatan pada karyawan yang sakit akibat terpajan obat-obatan berbahaya di tempat kerja dengan tanggungan rumah sakit.
- 6) Menyediakan kerahasiaan rekam medis untuk karyawan.

Rumah sakit tempat perawat bekerja harus menunjukkan komitmen dalam menyediakan lingkungan yang aman. Pendidikan dan pelatihan untuk staf harus

dikuti dengan penerapan kewaspadaan penanganan yang aman dan pemantauan kapatuhan terhadap kewaspadaan. Rumah sakit juga harus membuat kebijakan manajemen penanganan yang aman pajanan obat-obatan berbahaya yang dapat diikuti oleh seluruh karyawan. Polovisch (2004) menyatakan manajemen penanganan yang aman obat-obatan berbahaya mencakup tipe pajanan, penanganan segera dan tindak lanjut seperti dijelaskan pada tabel 2.3.

Tabel 2.3. Manajemen Penanganan yang aman Pajanan Obat-obatan Berbahaya
(Polovisch, 2004)

Tipe Pajanan	Penanganan segera	Tindak lanjut
Pajanan pada kulit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melepas pakaian dan APD yang terkontaminasi. 2. Mencuci area yang terkena dengan sabun dan air (OSHA, 1996). 3. Mengonsultasikan dengan dokter untuk pengobatan spesifik selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan kejadian pada petugas kesehatan untuk karyawan. 2. Membuat pelaporan kejadian pajanan pada karyawan. 3. Mengikuti kebijaksanaan dan prosedur fasilitas terkait persyaratan untuk kompensasi karyawan.
Pajanan pada mata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membasuh mata dengan air atau pencuci mata isotonik selama 15 menit (OSHA, 1996). 2. Mengonsultasikan dengan dokter untuk pengobatan spesifik selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melapor ke UGD. 2. Melaporkan kejadian pada petugas kesehatan untuk karyawan. 3. Membuat pelaporan kejadian pajanan pada karyawan. 4. Mengikuti kebijaksanaan dan prosedur fasilitas terkait persyaratan untuk kompensasi karyawan
Pajanan melalui inhalasi atau ingesti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala akut dapat memerlukan intervensi emergensi. 2. Mengonsultasikan dengan dokter untuk pengobatan spesifik selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan kejadian pada petugas kesehatan untuk karyawan. 2. Membuat pelaporan kejadian pajanan pada karyawan. 3. Mengikuti kebijaksanaan dan prosedur fasilitas terkait persyaratan untuk kompensasi karyawan.

2.2.3.4 Penanganan Cidera Ergonomik

Perawat memberikan kesempatan kepada klien untuk melakukan perubahan posisi, ekspansi paru dan perubahan lingkungan bila memungkinkan. Namun, penting bagi perawat untuk tidak membahayakan kesehatannya sendiri saat merawat klien. Mengatur posisi, mengangkat, dan memindahkan klien adalah faktor risiko yang signifikan pada cidera punggung. Dua gerakan yang harus dihindari karena berpotensi mengakibatkan cidera punggung adalah memelintir

(rotasi) spina torakalumbal dan fleksi punggung yang tajam dengan pinggula dan lutut lurus (bungkuk).

Cidera punggung yang tidak diinginkan dapat dicegah dengan menghadap ke arah pergerakan dengan tepat, baik saat mendorong atau menarik, atau menggeser dan menggerakkan objek langsung menuju atau menjauh dari pusat gravitasi. Cidera punggung dapat dicegah. Panduan untuk mencegah cidera punggung (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), yaitu:

- 1) Merencanakan pergerakan atau pemindahan secara hati-hati dan enyinkirkan rintangan dari daerah sekitar.
- 2) Mencari bantuan untuk orang lain atau menggunakan alat mekanis untuk memindahkan objek yang terlalu berat. Mendorong klien untuk membantu sebisa mungkin. Menggunakan lengan sebaagi pengungkit bilamana memungkinkan untuk meningkatkan kekuatan mengangkat.
- 3) Menyesuaikan daerah kerja hingga setinggi pinggang dan mempertahankan tubuh dekat daerah kerja. Tinggikan tempat tidur yang dapat diatur atau turunkan pagar tempat tidur untuk mencegah peregangan dan penjangkauan yang berlebihan.
- 4) Menggunakan kesejajaran tubuh yang tepat. Berdiri sedekat mungkin dengan objek yang akan digerakkan. Menghindari peregangan, jangkauan yang berlebihan, dan pemelintiran yang dapat menempatkan garis gravitasi di luar dasar tumpuan.
- 5) Sebelum menggerakkan objek, merenggangkan kaki dan menekuk lutut, pinggul, dan pergelangan kaki perawat.
- 6) Sebelum menggerakkan objek, mengontraksikan otot gluteal, abdominal, tungkai, dan lengan perawat untuk menyiapkan diri sebelum tindakan.
- 7) Selalu menghadap ke arah pergerakan.
- 8) Menghindari bekerja melawan gravitasi. Menarik, mendorong, menggulingkan atau memutar objek, bukan mengangkatnya. Merendahkan bagian kepala tempat tidur memindahkan klien ke bagian atas tempat tidur.
- 9) Menggunakan otot gluteal dan tungkai perawat. Mendistribusikan beban kerja anatar kedua lengan dan tungkai untuk mencegah ketegangan punggung.

- 10) Ketika mendorong suatu objek, lebarkan dasar tumpuan dengan memajukan kaki bagian depan.
- 11) Ketika menarik objek lebarkan tumpuan dengan memundurkan kaki ke bagian belakang jika berhadapan objek atau memajukan kaki ke depan jika membelakangi objek.
- 12) Ketika memindahkan atau membawa objek memegang sedekat mungkin ke pusat gravitasi perawat.
- 13) Menggunakan berat badan sebagai kekuatan untuk menarik atau mendorong dengan mengayunkan kaki atau mencondongkan badan ke depan atau belakang.

Penanganan pasien secara manual (*manual handling*) merupakan penyebab utama cedera muskuloskeletal pada perawat. Beberapa faktor yang menyebabkan ketegangan pada sistem muskuloskeletal mencakup musculoskeletal kerja fisik yang berat, membungkukkan badan atau memutar badan yang sering, serta posisi statis yang tidak tepat dalam jangka waktu yang lama seperti ketika menyokong tungkai pada saat pembedahan (WorkCover NSW, 2005).

Program *patient-handling* yang aman harus menekankan pentingnya melakukan pengkajian bahaya ergonomik secara rutin mencakup kemampuan fungsional pasien, kemampuan fisik, kondisi klinis, level bantuan, dan status mental pasien (American Nurses Today, 2008). Sebelum mengangkat atau memindahkan pasien selalu melakukan peninjauan terhadap hal-hal berikut:

- 1) Merencanakan tindakan dengan aman dan senyaman mungkin.
- 2) Memastikan roda tempat tidur, brankart atau kursi roda terkunci sebelum prosedur.
- 3) Mengecek ulang posisi dan stabilitas peralatan yang digunakan sebelum prosedur mengangkat atau memindahkan pasien.
- 4) Mengerjakan prosedur dengan jarak yang tepat untuk menghindari posisi terlalu membungkuk yang dapat mengakibatkan cedera ergonomik
- 5) Meminimalkan gerakan memutar atau menyamping, lebih baik lakukan gerakan mendorong atau menarik lurus dibanding gerakan menyudut.

- 6) Melakukan teknik transfer menggunakan alat bantu sesuai dengan fasilitas yang disediakan rumah sakit jika memungkinkan
- 7) Tidak mengangkat pasien lebih tinggi dari yang diperlukan dalam melakukan prosedur.
- 8) Tidak meninggalkan pasien di tengah-tengah prosedur.

Perawat perlu memahami langkah-langkah mendasar dalam *patient handling*. Langkah-langkah mendasar dalam *patient handling* (WorkCover NSW, 2005), mencakup:

- 1) Peningkatan kemandirian pasien. Peningkatan kemandirian pasien, ketika memungkinkan, akan membantu perawat. Perawat harus memiliki pengetahuan pergerakan dan mekanik tubuh manusia. Sebagai contoh orang normal yang sehat ketika berguling di tempat tidur memindahkan tangannya di atas tubuh sesuai arah yang dituju, memindahkan kepala dan menekuk lutut dan mendorong kakinya.
- 2) Melakukan pengkajian. Pengkajian risiko aktivitas *manual handling* merupakan tahapan dan keterampilan perawat yang penting. Kegiatan ini mencakup perubahan rencana asuhan yang dibutuhkan dan penggunaan alat bantu atau tim.
- 3) Perencanaan. Rencana *manual handling* harus spesifik pada unit dan alat bantu yang tersedia.
- 4) Komunikasi. Informasi prosedur *manual handling* harus ditampilkan dan dapat diikuti oleh semua staf sehingga tidak mengganggu staf yang sedang sibuk untuk penjelasan. Bagan dapat berupa prosedur penggunaan alat, teknik, dan jumlah staf minimum yang dibutuhkan dalam memindahkan pasien di tempat tidur, ke luar tempat tidur, atau ke brankart. Bagan dapat ditampilkan di atas tempat tidur, atau di lokasi yang dapat terlihat lainnya.

Rumah sakit harus menyediakan fasilitas kesehatan bagi karyawan dalam menetapkan program kesehatan dan keselamatan yang efektif. Cidera muskuloskeletal akibat pekerjaan harus ditangani sama dengan penyakit akibat pekerjaan lainnya. Staf dapat melapor sedini mungkin untuk diagnosis dan intervensi segera secara tepat, mencakup tugas alternatif, penting untuk mencegah

cedera lebih parah, meningkatkan pengobatan yang efektif, meminimalisir kerusakan atau disabilitas permanen yang mungkin terjadi, dan mengurangi biaya atau klaim kompensasi karyawan. Karyawan diharuskan membuat laporan terkait insiden secara jelas. Laporan ini dapat membantu institusi mengidentifikasi area masalah dan mengevaluasi upaya perbaikan penanganan bahaya ergonomik.

2.2.3.5 Penanganan Bahaya Psikososial

Bahaya psikososial yang dihadapi perawat di rumah sakit mencakup kekerasan. Perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Lipscomb & Love, 1992). Rippon (1994) melaporkan 25% sampai 80% staf rumah sakit pernah di serang secara fisik dan 65% sampai 80% perawat pernah mengalami penganiayaan secara verbal.

Pasien adalah sumber utama kekerasan di tempat kerja pada perawat, akan tetapi perawat juga dapat mengalami kekerasan dari rekan sejawat atau yang dikenal dengan kekerasan horisontal. Kekerasan horisontal terus menjadi masalah yang serius dalam profesi perawat dan diyakini terkait dengan tekanan kelompok. Kekerasan horisontal ditandai melalui kemarahan yang diarahkan kepada sesama perawat karena merasa tidak berdaya dan tidak tahu harus mengarahkan kemarahan dan frustrasi (Sherlock, 2010). Kemarahan perawat dapat diluapkan melalui verbal. Pajanan terhadap penganiayaan verbal dapat menyebabkan efek negatif pada harga diri perawat, kepuasan kerja, moral, perawatan pasien, produktivitas kerja, dan angka kesalahan tindakan (Sherlock, 2010).

Pelatihan komunikasi efektif, sikap asertif dan manajemen konflik pada staf, prosedur tertulis untuk pengontrolan kekerasan, sampai penanganan secara hukum dapat dilakukan pihak manajemen untuk menangani kekerasan horisontal pada perawat. Intervensi khusus dapat diterapkan seperti penggunaan teknik tidak menanggapi kekerasan secara sadar, bersikap acuh atau tidak bereaksi, dan memberikan waktu pada individu untuk memroses informasi (Light & Bincy, 2010).

2.2.3.5.1 Manajemen Konflik

Konflik dapat terjadi baik antar staf dengan staf, staf dengan pasien, staf dengan keluarga dan pengunjung, staf dengan dokter, maupun dengan lainnya. Konflik sangat erat kaitannya dengan perasaan manusia, termasuk perasaan diabaikan, disepelkan, tidak dihargai, ditinggalkan, dan juga perasaan jengkel karena kelebihan beban kerja. Perasaan-perasaan tersebut sewaktu-waktu dapat memicu timbulnya kemarahan. Keadaan tersebut akan memengaruhi seseorang dalam melaksanakan kegiatannya secara langsung, dan dapat menurunkan produktivitas kerja organisasi secara tidak langsung dengan melakukan banyak kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja.

Konflik dapat mengarah pada kondisi destruktif yang dapat berdampak pada penurunan efektivitas kerja dalam organisasi baik secara perorangan maupun kelompok. Dampak konflik dapat berupa penolakan, resistensi terhadap perubahan, apatis, acuh tak acuh, bahkan mungkin muncul luapan emosi destruktif. Pengelolaan konflik diperlukan untuk mencegah konflik memuncak menjadi perilaku destruktif. Teknik pengelolaan konflik (Swansburg, 1996; Tomey & Alligood, 2006), mencakup:

1) Menghindar.

Menghindari konflik dapat dilakukan jika isu atau masalah yang memicu konflik tidak terlalu penting atau jika potensi konfrontasinya tidak seimbang dengan akibat yang akan ditimbulkannya. Penghindaran merupakan strategi yang memungkinkan pihak-pihak yang berkonfrontasi untuk menenangkan diri. Manajer perawat yang terlibat didalam konflik dapat menepiskan isu dengan mengatakan “Biarlah kedua pihak mengambil waktu untuk memikirkan hal ini dan menentukan tanggal untuk melakukan diskusi”.

2) Mengakomodasi.

Teknik ini memberi kesempatan pada orang lain untuk mengatur strategi pemecahan masalah, khususnya apabila isu tersebut penting bagi orang lain. Hal ini memungkinkan timbulnya kerjasama dengan memberi kesempatan pada mereka untuk membuat keputusan. Perawat yang menjadi bagian dalam konflik dapat mengakomodasikan pihak lain dengan menempatkan kebutuhan pihak lain di tempat yang pertama.

3) Kompetisi.

Metode ini digunakan jika memiliki individu yang menghadapi konflik lebih banyak informasi dan keahlian yang lebih dibanding yang lainnya atau ketika tidak ingin mengkompromikan nilai-nilai. Metode ini mungkin bisa memicu konflik tetapi bisa jadi merupakan metode yang penting untuk alasan-alasan keamanan.

4) Kompromi atau Negosiasi.

Masing-masing memberikan dan menawarkan sesuatu pada waktu yang bersamaan, saling memberi dan menerima, serta meminimalkan kekurangan semua pihak yang dapat menguntungkan semua pihak.

5) Memecahkan Masalah atau Kolaborasi.

Pemecahan sama-sama menang dimana individu yang terlibat mempunyai tujuan kerja yang sama. Perlu adanya satu komitmen dari semua pihak yang terlibat untuk saling mendukung dan saling memperhatikan satu sama lainnya.

2.2.3.5.2 Manajemen Stress pada Perawat

Motivasi keselamatan terdiri dari kemauan untuk menghindari adanya potensi sumber bahaya (*hazard/danger*) dalam proses kerja. Sumber bahaya dalam hal ini tidak hanya bersifat fisik, kimia atau biologis yang mengancam keselamatan, tetapi juga yang bersifat psikologis misalnya bosan, lelah, stress, merasa bersalah, tak berguna, tak dihargai. Griffin & Neal (2000) menemukan bahwa pengetahuan dan motivasi menjadi moderator hubungan antara iklim keselamatan terhadap perilaku keselamatan.

Bahaya psikososial yang dapat dialami perawat salah satunya adalah stress dan kejenuhan. Tuntutan kerja yang tinggi dan tidak seimbang dengan kondisi psikologis perawat dapat menimbulkan rasa tertekan sehingga menyebabkan stress. Stress merupakan kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berfikir dan kondisi fisik seseorang (Hasibuan, 2008; Flin et al., 2000). Tekanan tempat kerja meliputi bagaimana persepsi perawat yang merasa tertekan saat harus menyelesaikan tugas, terkait dengan alokasi waktu, target produktivitas, dan dukungan kondisi tempat kerja. Termasuk dalam hal ini adalah persepsi adanya konflik antara kepentingan keselamatan dan produktivitas kerja (Ferraro, 2002).

Dyer (2000) menemukan bahwa beban kerja yang berlebihan akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam keselamatan.

Pengaturan keseimbangan antara produktivitas kerja dan keselamatan merupakan keterkaitan yang menjadi kunci utama dalam iklim keselamatan. Toft & Anderson (dalam Cox & Griffith, 1996) menyebutkan terdapat tujuh penyebab perawat mengalami stres di tempat kerja yaitu; 1) menangani pasien yang sekarat dan kematian, 2) konflik dengan dokter, 3) tidak siap menghadapi kebutuhan emosional pasien dan keluarganya, 4) kurangnya dukungan, 5) konflik dengan sesama rekan perawat atau atasan, 6) kelebihan beban kerja, dan 7) pengobatan pasien yang tidak jelas.

Gejala awal stres mencakup iritabilitas, tidak nafsu makan, sakit lambung, migrain, ketidakstabilan emosional dan gangguan tidur. Gejala stres yang tidak disadari dan diatasi dapat mengakibatkan *burnout*, penurunan kualitas kerja, dan peningkatan absensi. Manajemen stres digunakan sebagai langkah mengatasi stres pada perawat. Manajemen stres mencakup tiga perubahan yaitu perubahan perilaku, perubahan psikologik, dan perubahan sosial seperti terangkum pada tabel 2.4.

Tabel 2.4. Manajemen Stres (Sherlock, 2010).

Perubahan perilaku	Perubahan psikologik	Perubahan Sosial
1. Meningkatkan diet yang lebih sehat, menghindari makanan yang tidak sehat serta makan teratur.	1. Bersikap lebih asertif, belajar berkata tidak dengan lebih menyenangkan dan tenang.	1. Mengembangkan kontak sosial baik di rumah maupun di tempat kerja
2. Berhenti merokok dan menggunakan alkohol.	2. Membuat rencana dan mengatur waktu dan prioritas dengan baik. Membuat rencana jangka panjang.	2. Bersikap suportif bagi orang lain.
3. Olah raga teratur.	3. Mengembangkan pengendalian diri dan rasa mengontrol setiap kejadian yang dihadapi.	3. Jangan pernah merasa malu untuk bertanya dan meminta saran yang dibutuhkan.
4. Melakukan latihan untuk berlaku tenang dan santai, menciptakan waktu untuk menenangkan diri.	4. Belajar untuk mengekspresikan perasaan dan melampiaskan kemarahan dengan asertif.	4. Mendiskusikan masalah dengan rekan secara tenang dan konstruktif.
5. Memastikan diri cukup istirahat dan cukup tidur.	5. Bersikap fleksibel dalam menghadapi masalah dan mencari jalan keluar masalah.	
	6. Mencari cara bagaimana dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan menghadapi stres	
	7. Hargai dan puji diri sendiri ketika melakukan sesuatu dengan benar.	

2.3 Konsep Manajemen Keperawatan

2.3.1 Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan secara singkat diartikan sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan pelayanan keperawatan dan rasa aman kepada pasien atau keluarga serta masyarakat (Gillies, 2000). Manajemen keperawatan merupakan pengkoordinasian dan pengintegrasian sumber-sumber keperawatan melalui penerapan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian sebagai upaya untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan (Huber, 2010). Keberhasilan pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana manajer keperawatan melaksanakan peran dan fungsinya.

2.3.2 Fungsi-fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi-fungsi manajemen keperawatan terdiri atas fungsi perencanaan, fungsi pengarahan, fungsi pengorganisasian dan fungsi pengendalian (Swansburg, 1999; Huber, 2010; Marquis & Huston, 2006). Fungsi-fungsi tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

a) Fungsi Perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi manajerial dari memilih prioritas, hasil dan metode untuk mencapai hasil atau tujuan (McNamara, 1999a dalam Huber, 2006). Perencanaan merupakan fungsi manajemen mendasar dari fungsi manajemen lainnya. Perencanaan dapat didefinisikan sebagai upaya memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, dan bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilakukan (Marquis & Huston, 2006). Perencanaan adalah suatu proses berkelanjutan yang diawali dengan merumuskan tujuan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan, menentukan personal, merancang proses dan hasilnya, memberikan umpan balik pada personal, dan memodifikasi rencana yang diperlukan (Swansburg, 1999). Perencanaan adalah pemikiran atau konsep-konsep tindakan yang umumnya tertulis dan merupakan fungsi yang penting di dalam mengurangi risiko dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah dan efek-efek dan perubahan (Marquis & Huston, 2006). Dapat disimpulkan perencanaan mencakup merancang visi, misi, filosofi, tujuan dan strategi organisasi untuk

mencapai tujuan organisasi termasuk kebijakan, aturan dan prosedur sebagai panduan staf dalam bekerja yang melibatkan semua unsur dalam organisasi.

b) Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan fungsi manajerial yang membentuk struktur formal dan pendayagunaan sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi. Pengorganisasian dapat diartikan sebagai aktivitas menggerakkan manusia dan sumber daya yang ada dalam organisasi untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2006). Pengorganisasian adalah fungsi manajemen terkait dengan bentuk organisasi, pengalokasian sumber daya, pengaturan struktur, metode penugasan, uraian tugas, pengaturan tenaga, perumusan sistem evaluasi kinerja dan pemberdayaan tim kerja untuk mencapai tujuan organisasi (Gillies, 1996; Swansburg 1999; Huber, 2006).

c) Fungsi Pengarahan

Pengarahan adalah suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota organisasi berusaha untuk mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi. Aktivitas dalam fungsi pengarahan mencakup penggunaan sistem kekuasaan, pengambilan keputusan, komunikasi, motivasi, supervisi dan pemecahan masalah (Kozier et al., 1997; Huber 2006). Robbins (2006) menyatakan fokus pengarahan adalah bagaimana seorang manajer keperawatan mengatur, mengarahkan dan mengoptimalkan sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi.

d) Fungsi Pengendalian

Pengendalian merupakan fungsi pemantauan dan pengukuran kinerja serta pencapaian organisasi menggunakan standar yang telah ditentukan sebelumnya dan melakukan tindakan pengoreksian terhadap kesenjangan antara standar dan kinerja. Pengendalian adalah fungsi pemantauan dan penyesuaian rencana, proses, dan sumber daya untuk pencapaian tujuan secara efektif dan efisien (Huber, 2006). Kendali mutu merupakan suatu jenis pengendalian yang spesifik, mengacu pada aktivitas yang digunakan untuk mengevaluasi, memantau, atau mengatur layanan yang diberikan pada konsumen (Marquis & Huston, 2006).

2.3.3 Panduan Keselamatan Perawat dalam Aspek Manajemen Keperawatan

Panduan keselamatan perawat merupakan buku petunjuk yang berisi penjelasan singkat meliputi pencegahan penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja di rumah sakit, peringatan tentang keselamatan perawat dalam bekerja, instruksi singkat yang memandu perawat untuk dapat berperilaku aman dan selamat dalam bekerja. Kata panduan memiliki arti penunjuk jalan, pengiring atau buku petunjuk (<http://kamusbahasaIndonesia.org/panduan> diakses tanggal 5 Maret 2012; 15:45 pm). Panduan keselamatan perawat adalah satu bentuk manual/prosedur kerja berupa buku petunjuk. Kebijakan dan prosedur merupakan bagian dari fungsi perencanaan. Kebijakan dan prosedur tertulis dapat berupa manual atau panduan bagi staf untuk melaksanakan tugas. Penyusunan prosedur harus berhubungan erat dengan perencanaan karena perencanaan merupakan landasan semua prosedur (Marquis & Huston, 2006). Manajer keperawatan bertanggung jawab mengkaji ulang dan merevisi kebijakan dan prosedur tetap *up to date* agar dapat diaplikasikan (Marquis & Huston, 2006).

Aspek keselamatan merupakan salah satu aspek kendali mutu di rumah sakit, termasuk keselamatan perawat. 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 (Kepmenkes No. 1078/2010; Permenaker No. 5/1996; WHO, 2004). Kendali mutu termasuk fungsi pengendalian dalam aspek manajemen keperawatan (Huber, 2006; Marquis & Huston, 2006).

Keselamatan kerja perawat juga termasuk ke dalam fungsi pengarahan seorang manajer keperawatan. Bila ingin memahami perilaku karyawan, seorang manajer keperawatan atau pimpinan harus dapat menciptakan kondisi-kondisi yang mendukung kenyamanan dan kegairahan kerja, sehingga dengan kondisi tersebut karyawan dapat meningkatkan mutu kerjanya dan sekaligus dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas perusahaan itu sendiri. Salah satu kondisi yang mendukung kenyamanan dan kegairahan dalam bekerja adalah melalui perilaku kesehatan dan keselamatan kerja. Afifka (2003) menyatakan bahwa program kesehatan dan keselamatan kerja memiliki pengaruh positif terhadap peningkatan produktivitas

kerja karyawan karena membentuk pengetahuan, keterampilan dan sikap yang baik terhadap kesehatan dan keselamatan kerja sehingga dapat mencegah atau mengurangi kerugian-kerugian penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.

2.4 Kerangka Teori

Hasil telaah literatur adalah terbangunnya kerangka teori. Kerangka teori pada dasarnya merupakan penjelasan tentang teori yang dijadikan landasan dalam suatu penelitian, dapat berupa rangkuman dari berbagai teori yang dijelaskan dalam tinjauan pustaka. Struktur logis konsep dan teori yang melandasi penelitian ini dihubungkan dalam bentuk skema kerangka teori (Burns & Groove, 1993). Kerangka teori menggambarkan asumsi-asumsi teoritis yang digunakan untuk menjelaskan fenomena (Dharma, 2002).

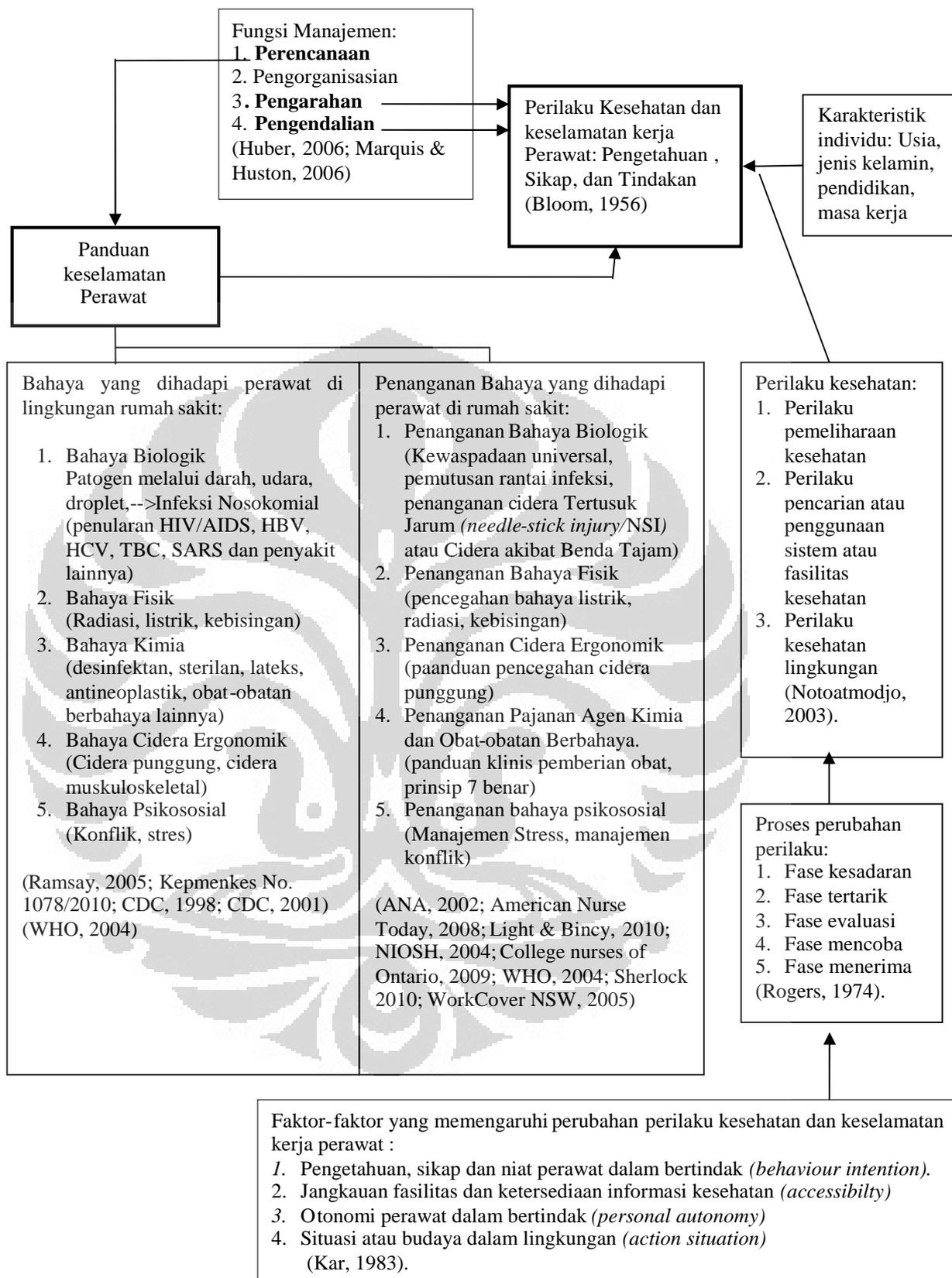
Suasana kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang diciptakan manajer keperawatan atau pimpinan termasuk ke dalam fungsi pengarahan dan aspek keselamatan kerja termasuk ke dalam pengendalian. Panduan keselamatan perawat merupakan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang termasuk ke dalam fungsi perencanaan dalam manajemen keperawatan (Huber, 2006; Marquis & Huston, 2006). Panduan keselamatan perawat berisi informasi pengetahuan keselamatan perawat (*nursing safety*), mencakup pengenalan risiko bahaya yang dihadapi perawat di rumah sakit dan cara pencegahan serta penanganannya (Ramsay, 2005; Kepmenkes No. 1078/2010).

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat merupakan tindakan atau aktivitas dalam upaya mencegah terjadinya PAK dan KAK. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dapat diukur melalui pengetahuan, sikap, dan tindakan (Bloom, 1956). Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat termasuk perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan (*health seeking behavior*), dan perilaku kesehatan lingkungan (*environmental health*) (Notoatmodjo, 2003).

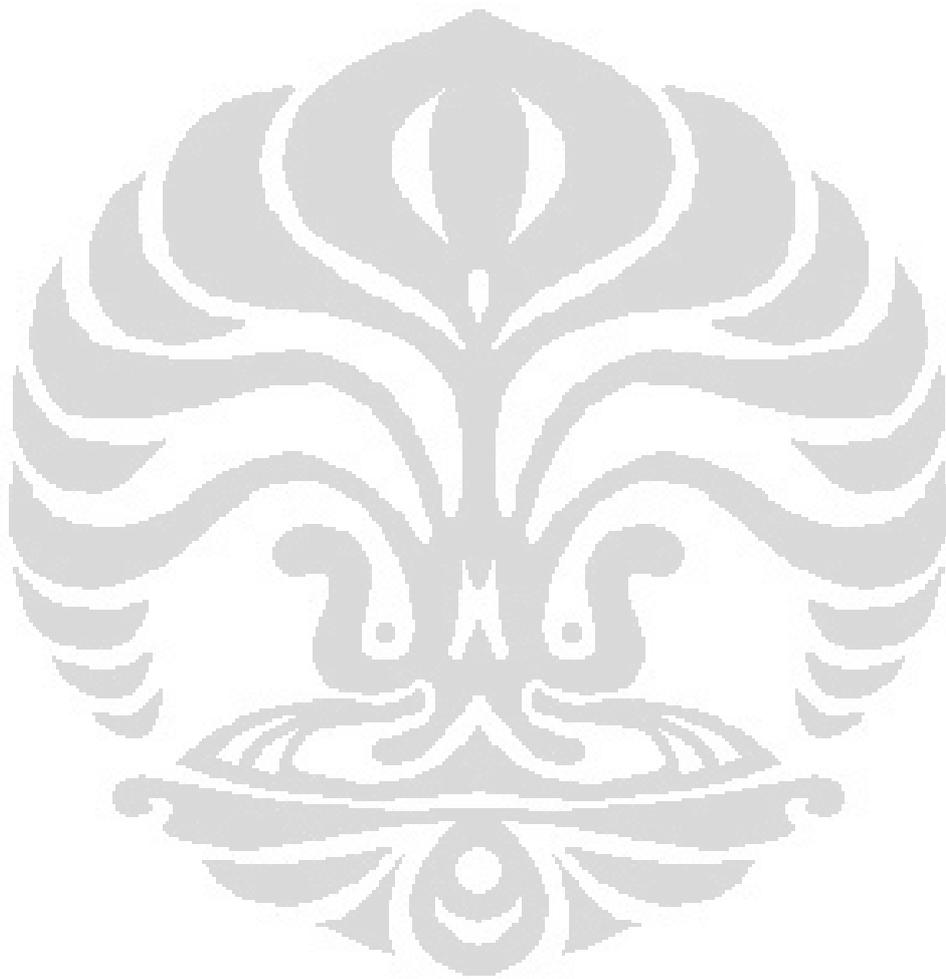
Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat mencakup pengetahuan, sikap dan niat perawat dalam bertindak

(*behaviour intention*), jangkauan fasilitas dan ketersediaan informasi kesehatan (*accessibility*), otonomi perawat dalam bertindak (*personal autonomy*), dan situasi atau budaya dalam lingkungan (*action situation*) (Kar, 1983). Karakteristik perawat mencakup usia, pendidikan, jenis kelamin dan masa kerja juga dapat memengaruhi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Proses perubahan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat melalui lima fase yaitu fase kesadaran (*awareness*), fase tertarik (*interest*), fase evaluasi (*evaluation*), fase mencoba (*trial*), dan fase menerima (*adoption*) (Rogers, 1974). Hubungan antara teori dapat dilihat pada diagram kerangka teori 2.1.





Skema 2.1. Kerangka Teori



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini. Kerangka konsep penelitian digunakan peneliti untuk menghubungkan dan melihat kesenjangan antara hasil penelitian dengan teori. Hipotesis penelitian adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian. Peneliti kemudian membuat definisi operasional berdasarkan karakteristik variabel yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini mengacu pada kerangka teori yang kemudian dibuat diagram yang menghubungkan antar variabel. Kerangka konsep penelitian ini dilengkapi dengan berbagai keterangan yang diperlukan, yang dijadikan pedoman oleh peneliti dalam proses penelitian. Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel dependen, variabel independen, dan variabel *confounding*.

3.1.1 Variabel dependen

Variabel dependen (variabel terikat) adalah variabel akibat atau variabel yang akan berubah akibat pengaruh atau perubahan yang terjadi pada variabel independen (Creswel, 2009; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dahlan, 2010; Dharma, 2011). Variabel dependen pada penelitian ini adalah perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang secara operasional diukur dari aspek pengetahuan, sikap dan tindakan. Variabel dependen diukur sebelum dan setelah diberikan perlakuan.

3.1.2 Variabel Independen

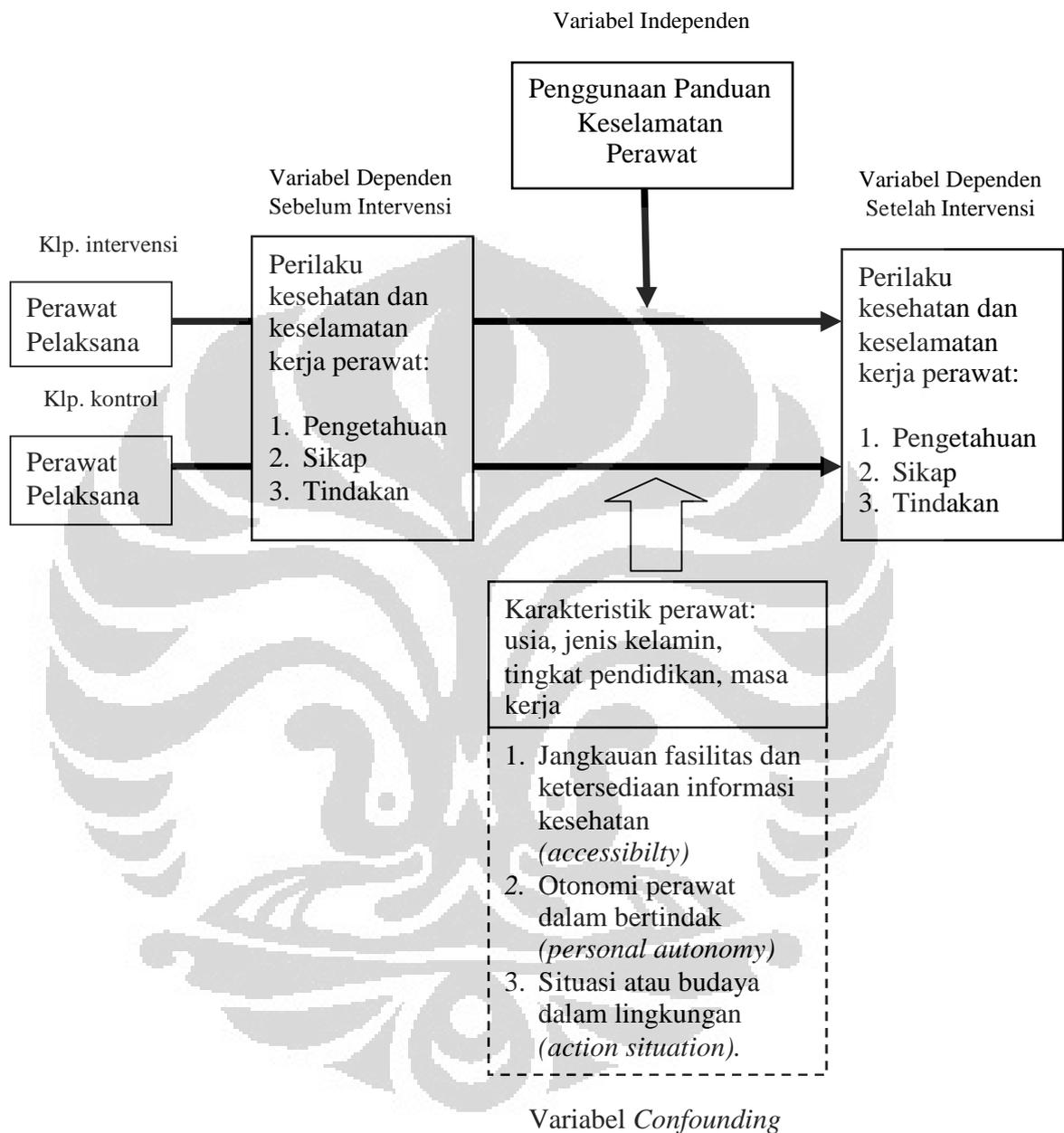
Variabel independen (variabel bebas) disebut juga variabel sebab yaitu karakteristik dari subjek yang dengan keberadaannya menyebabkan perubahan pada variabel lainnya (Creswel, 2009; Dahlan, 2010; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dharma, 2011). Variabel independen dalam penelitian ini adalah panduan keselamatan

perawat. Panduan keselamatan perawat mencakup informasi potensi bahaya yang dihadapi perawat serta cara penanganannya.

3.1.3 Variabel *Confounding*

Variabel *confounding* (variabel perancu) merupakan variabel lain yang berhubungan baik dengan variabel independen maupun variabel dependen (Dharma, 2011). Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah karakteristik perawat mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja juga merupakan variabel *confounding* dalam penelitian ini. Jangkauan fasilitas dan ketersediaan informasi kesehatan (*accessibility*), otonomi perawat dalam bertindak (*personal autonomy*), dan situasi atau budaya dalam lingkungan (*action situation*) juga termasuk variabel *confounding* dalam penelitian ini akan tetapi tidak diteliti.

Pada penelitian ini kerangka konsep telah dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian. Hubungan antarvariabel digambarkan dalam kerangka konsep, yang dapat dilihat pada diagram 3.1.



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

= Diteliti

= Tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah pernyataan yang merupakan jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dan diuji berdasarkan fakta empiris (Alimul H, 2003; Sastroasmoro & Ismael, 2010). Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka hipotesis penelitian pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat di Rumah Sakit Siaga Raya adalah sebagai berikut:

3.2.1 Hipotesis Mayor:

Ada pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

3.2.2 Hipotesis Minor:

3.2.2.1 Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi sebelum dan setelah penggunaan panduan keselamatan perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

3.2.2.2 Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol sebelum dan setelah setelah penggunaan panduan keselamatan perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

3.2.2.3 Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

3.2.2.4 Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah penggunaan panduan keselamatan perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian ini memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel dependen, independen serta perancu yang akan di ukur. Definisi operasional menentukan cara pengukuran variabel yang akan digunakan dalam analisis data (Kountur, 2003; Dharma, 2011). Definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel/ Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen						
1.	Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat	Gabungan tiga subvariabel yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat.	Instrumen B, C, dan D	Menggunakan gabungan skor tiga subvariabel pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Kategori baik apabila tindakan kesehatan dan keselamatan kerja baik dan diikuti pengetahuan dan/atau sikap yang baik.	0= Perilaku kurang 1= Perilaku baik	Nominal
a.	Sub variabel Pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat	Kemampuan kognitif perawat mengenai kesehatan dan keselamatan kerja perawat mencakup bahaya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja yang dihadapi perawat di rumah sakit serta penanganannya.	Instrumen B	Menggunakan Kuesioner B berisi soal-soal pertanyaan dengan jumlah 20 soal pertanyaan pilihan ganda. Setiap item jawaban diukur dengan skor 1 pada setiap item pertanyaan dengan jawaban yang benar dan skor 0 jika salah. Nilai tertinggi adalah 20 dan terendah 0.	Pengetahuan: 0= kurang, apabila nilai $\leq 75\%$ (≤ 15) 1= baik, apabila nilai $> 75\%$ (> 15)	Nominal
b.	Sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat	Kemampuan perawat berespons secara batin,/persepsi dan pendapat perawat terhadap bahaya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja yang dihadapi perawat di rumah sakit serta penanganannya.	Instrumen C	Menggunakan Kuesioner C berisi 15 pernyataan dengan menggunakan skala likert 1-4 (nilai 4: sangat setuju, 3 : setuju, 2: tidak setuju, dan 1 sangat tidak setuju) untuk pernyataan positif. (nilai 1: sangat setuju, 2: setuju, 3: tidak setuju, dan 4: sangat tidak setuju) untuk pernyataan negatif. Nilai tertinggi adalah 60 dan terendah adalah 15.	Sikap: 0= kurang, apabila nilai $\leq 75\%$ (≤ 45) 1= baik, apabila nilai $> 75\%$ (> 45)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
c.	Tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat	Kemampuan psikomotor perawat berupa perbuatan nyata melindungi diri dari bahaya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja yang dihadapi perawat di rumah sakit.	Instrumen D	Menggunakan lembar observasi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang berisi 50 item observasi dengan pilihan jawaban nilai 1: Ya dan nilai 0: tidak. Nilai terendah 0 dan tertinggi 50	Tindakan: 0= kurang, apabila nilai $\leq 75\%$ (≤ 37) 1= baik, apabila nilai $> 75\%$ (> 37)	Nominal
Variabel Independen						
2.	Penggunaan panduan keselamatan perawat	Pemberian pelatihan selama 2 hari berisi materi keselamatan kerja perawat, pemberian buku panduan keselamatan perawat pada perawat pelaksanaan, penerapannya selama 1 bulan	Instrumen E	Mengikuti pelatihan selama 2 hari dan menggunakan buku panduan keselamatan perawat.	0= Kelompok kontrol 1= Kelompok intervensi	Nominal
Variabel Confounding						
5	Usia	Jumlah ulang tahun perawat pelaksana dalam tahun saat dilakukan penelitian	Instrumen A	Responden menuliskan dengan angka pada kuesioner.	Usia dalam tahun	Interval
6	Masa Kerja	Lama bekerja sejak di RS Siaga Raya sampai waktu penelitian	Instrumen A	Responden menuliskan dengan angka pada kuesioner.	Lama kerja dalam tahun	Interval
7	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal keperawatan terakhir dan mendapatkan ijazah saat penelitian.	Instrumen A	Responden memberikan cek list pada salah satu opsi pada kuesioner	1. S1 keperawatan 2. D3 Keperawatan.	Ordinal
8	Jenis kelamin	Status fisik perawat yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Instrumen A	Responden memberikan cek list pada salah satu opsi pada kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menguraikan metodologi penelitian yang mencakup desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, serta etika penelitian. Bab ini juga memaparkan instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data, dan proses serta analisis data penelitian.

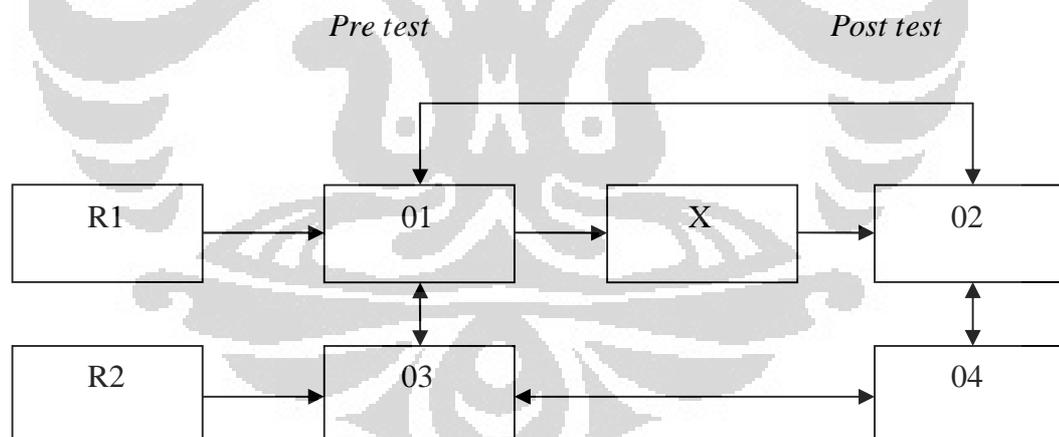
4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experiment pre and post test with control group*. Penelitian *quasi experiment* adalah penelitian yang mengujicoba suatu intervensi pada sekelompok subyek penelitian dan kemudian mengukur hasil intervensi tersebut (Polit & Hungler 1999; Creswel, 2009; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dahlan, 2009; Dharma, 2011). Berdasarkan tipe kuasi tradisional penelitian ini termasuk rancangan kelompok tak setara (*nonequivalent group designs*), biasanya perilaku kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diukur sebelum dan sesudah perlakuan (Campbell & Stanley, 1963; Cook & Campbell, 1979 dalam Hastjarjo, 2008).

Stouffer (1950) dan Campbell (1957) dalam Hastjajo (2008) merumuskan *quasi experiment* sebagai eksperimen yang memiliki perlakuan, pengukuran dampak, unit eksperimen, namun tidak menggunakan penugasan acak untuk menciptakan perbandingan dalam rangka menyimpulkan perubahan yang disebabkan perlakuan. Kelebihan desain *quasi experiment* dibanding desain korelasional adalah desain korelasional dianggap bias sebab variabel dampak dan sebabnya diukur secara alami dan tidak ada intervensi eksperimental (Cook & Campbell, 1979 dalam Hastjarjo, 2008). Kekurangan desain ini dibanding dengan desain *true experiment* adalah sulitnya melakukan pengontrolan di dalam riset lapangan maka proses perbandingan tergantung kepada kelompok pembanding tak setara yang dapat berbeda dalam banyak hal dan bukan karena adanya perlakuan. Tugas peneliti dalam menafsirkan hasil rancangan *quasi experiment* adalah memisahkan efek perlakuan dari efek yang disebabkan ketidaksetaraan awal di antara unit-unit di dalam masing-masing kelompok perlakuan. Perhatian utama penelitian hanya

pada efek perlakuan. Desain *quasi experiment* perlu secara eksplisit menyatakan faktor- faktor kausal tak relevan yang tersembunyi.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan kelompok pembanding (kontrol). Pembanding diperlukan untuk menyimpulkan efek perlakuan (Cook & Campbell, 1979 dalam Hastjarjo, 2008). Keberadaan kelompok kontrol adalah untuk meniadakan ancaman hasil kesimpulan penelitian yang tidak valid akibat bias efek dari lingkungan, hal-hal yang berkorelasi dengan perlakuan, validitas alat ukur serta mendeteksi efek sebenarnya walaupun kecil (Campbell & Stanley, 1963; Cook & Campbell, 1979 dalam Hastjarjo, 2008). Efektifitas perlakuan dapat juga dinilai dengan cara membandingkan nilai *pre test* dan *post test* (Arikunto, 2002; Dharma, 2011). *Pre test* dilakukan sebelum intervensi penggunaan panduan keselamatan perawat untuk mengetahui keadaan awal dan memastikan kesetaraan antara kelompok kontrol dan intervensi. *Post test* setelah intervensi penggunaan panduan keselamatan perawat untuk mengetahui perbedaan perilaku kesehatan an keselamatan kerja perawat setelah intervensi. Desain penelitian ini digambarkan pada diagram 4.1.



Skema 4.1 Desain Penelitian

Keterangan:

R1 : Responden penelitian kelompok yang mendapat perlakuan/intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat.

R2 : Responden penelitian kelompok yang tidak mendapat perlakuan/intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat.

- 01 : Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 02 : Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi setelah penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 03 : Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 04 : Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol setelah penggunaan panduan keselamatan perawat.
- X : Perlakuan/intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat pada kelompok perlakuan sesuai protokol.
- 01-02 : Selisih perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 03-04 : Selisih perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat.
- 01-03 : Selisih perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat yang diukur antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 02-04 : Selisih perilaku kesehatan dan keselamatan kerja setelah penggunaan panduan keselamatan perawat yang diukur antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang memiliki karakteristik tertentu, sedangkan sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Polit & Hungler, 1999; Arikunto, 2002; Alimul H, 2003; Sastroasmoro & Ismael, 2010).). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di Rumah Sakit Siaga Raya (59 perawat) dan Rumah Sakit Setia Mitra (71 perawat) yang berjumlah 130 perawat.

4.2.2 Sampel

Penelitian ini termasuk penelitian dengan hipotesis analitik komparatif numerik 2 kelompok tidak berpasangan. Penentuan jumlah sampel responden perawat di Rumah Sakit Siaga Raya dan Rumah Sakit Setia Mitra menggunakan rumus estimasi besar sampel hipotesis beda 2 mean kelompok independen (Dahlan, 2009; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dharma 2011) sebagai berikut:

$$n_1=n_2 = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta) S}{x_1-x_2} \right]^2$$

Keterangan:

n = Jumlah Sampel

$Z\alpha$ = Deviasi baku Alpa = kesalahan tipe 1 = 95% = 1-0,95 = 0,05
= 1,96 [tabel distribusi Z, α (2-tailed)]

$Z\beta$ = *Power of test* = kesalahan tipe II = 80% = 1-0,8 = 0,2
= 0,842 (tabel distribusi Z, α (1-tailed) atau β]

x_1-x_2 = Beda mean antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang dianggap bermakna berdasarkan literatur adalah sebesar 0,79 (Afifka, 2003)

S = Estimasi standar deviasi kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sebesar 1,58.

$$n_1=n_2 = \left[\frac{(1,96 + 0,842) \times 1,58}{0,79} \right]^2 = 31$$

Besar sampel minimal dalam penelitian ini berdasarkan rumus tersebut untuk jumlah sampel kelompok intervensi 31 responden dan pada kelompok kontrol 31 responden. Untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam penelitian ini maka perlu memperbesar jumlah sampel dilakukan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dharma, 2011):

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

Keterangan:

n' = Ukuran sampel setelah direvisi

n = Ukuran sampel asli

L = *Non response rate* (proporsi subyek yang hilang
= 10%)

$$n' = \frac{31}{1-0,1} = 34$$

Besar sampel setelah direvisi untuk kelompok kontrol dan intervensi masing-masing adalah 34 responden, maka keseluruhan responden berjumlah 68 responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling* yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011). Metode *consecutive sampling* termasuk teknik *nonprobability sampling* yang biasa digunakan untuk penelitian yang mengujicobakan suatu intervensi. Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini yaitu perawat yang tidak sedang cuti kerja, bersedia menjadi responden dan memiliki masa kerja minimal satu tahun. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah kepala ruangan. Distribusi sampel pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Siaga Raya dapat dilihat pada Tabel 4.1 dan pada kelompok kontrol di Rumah sakit Setia Mitra dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.1
Distribusi Sampel Penelitian pada Kelompok Intervensi
di Rumah Sakit Siaga Raya, April-Mei 2012

No	Ruang	Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
1	Poliklinik	6	4
2	UGD	11	6
3	Lantai 2	15	9
4	Lantai 3	18	11
5	OK	9	4
Jumlah		59	34

Tabel 4.2
Distribusi Sampel Penelitian pada Kelompok Kontrol
di Rumah Sakit Setia Mitra, April-Mei 2012

No	Ruang	Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
1	Poliklinik	3	2
2	UGD	11	7
3	Lantai Bawah	21	11
4	Lantai Atas	17	8
5	OK	7	6
6	Hemodialisa	6	-
	ICU	6	-
Jumlah		71	34

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Siaga Raya karena kesesuaian fenomena di lapangan dengan masalah penelitian dan merupakan tempat peneliti melakukan praktik residensi keperawatan sehingga diharapkan dapat melanjutkan hasil praktik residensi dalam meningkatkan kualitas manajemen keperawatan. Kelompok kontrol menggunakan Rumah Sakit Setia Mitra yang merupakan rumah sakit dengan tipe yang sama.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dimulai Februari sampai dengan Juli 2012 melalui tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi. Tahap persiapan penelitian meliputi penyusunan proposal, ujian proposal, uji etik dan uji instrumen dilakukan sampai dengan pekan ke-1 April 2012. Tahap pelaksanaan mencakup pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, ujian hasil penelitian dilakukan sampai dengan pekan ke-1 Juni 2012. Tahap evaluasi yaitu sidang tesis, perbaikan tesis sampai dengan pengumpulan laporan sampai dengan pertengahan Juli 2012. Jadwal kegiatan penelitian ini dapat dilihat pada lampiran 1.

4.5 Etika Penelitian

Peneliti bertanggung jawab secara etik terhadap penelitian yang dilakukannya, sehingga dalam melakukan penelitian ini harus memperhatikan prinsip-prinsip etik penelitian (Burn & Grove, 1993; Dahlan 2009; Dharma 2011). Etika penelitian dalam penelitian ini dilaksanakan untuk melindungi responden sebagai subjek penelitian dengan memperhatikan prinsip etika riset. Proses etika dalam penelitian ini melalui uji etik dari komisi etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia setelah proposal disetujui oleh pembimbing. Jadwal kegiatan penelitian dapat dilihat pada lampiran 1.

4.5.1 Prinsip Menghormati Harkat Martabat Manusia

Aplikasi dalam penelitian ini adalah peneliti menghormati responden sebagai pribadi (personal) yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggungjawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Secara mendasar prinsip ini bertujuan untuk menghormati otonomi. Peneliti menghormati responden untuk mengambil keputusan mandiri (*self-determination*). Selama

proses penelitian peneliti membebaskan responden apabila sewaktu-waktu hendak mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Pada penelitian ini tidak ada responden yang mengundurkan diri.

4.5.2 Prinsip Etik Keadilan (*Justice*)

Aplikasi prinsip etik keadilan pada penelitian ini adalah penelitian memperlakukan setiap responden (sebagai pribadi otonom) dengan perlakuan yang sama. Kelompok intervensi dalam penelitian ini diberikan intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat selama empat pekan yaitu pada pekan ketiga April sampai dengan pekan ketiga Mei 2012. Penggunaan panduan keselamatan perawat pada kelompok kontrol dilakukan setelah penelitian dinyatakan bermakna yakni pada pekan keempat Juli 2012.

4.5.3 Prinsip Etik Berbuat Baik (*Beneficence*)

Aplikasi prinsip etik berbuat baik dalam penelitian ini adalah menyangkut kewajiban membantu responden mendapatkan manfaat maksimal dengan kerugian minimal. Prinsip aplikasi prinsip etik berbuat baik diikuti dengan prinsip *do no harm (non maleficence-tidak merugikan)*. Pada penelitian ini peneliti menjelaskan bahwa keterlibatan responden dalam penelitian ini tidak akan membahayakan dan merugikan secara fisik maupun secara karir responden. Data responden akan dijaga kerahasiaannya dengan cara kuesioner hanya diberi kode untuk membantu peneliti mengolah data tanpa dibubuhi nama jelas. Peneliti akan segera memusnahkan data penelitian setelah penelitian dinyatakan selesai. Pada penelitian ini responden diberikan buku panduan keselamatan perawat dengan manfaat peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku perawat terhadap keselamatan dalam bekerja.

4.6 *Informed Consent*

Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden sebelum penelitian dimulai mencakup tujuan penelitian, waktu penelitian, prosedur penelitian, persyaratan responden, risiko dan manfaat penelitian, pernyataan partisipasi dengan sukarela, serta jaminan keamanan dan kerahasiaan data. Peneliti menjelaskan hak responden yaitu diperbolehkan untuk berhenti menjadi responden apabila merasakan ketidaknyamanan, responden tidak akan mendapatkan sanksi. Penjelasan *informed consent* tersebut kemudian dibuat dalam

bentuk tertulis pada lembar *informed consent* yang akan ditandatangani oleh responden sebagai bentuk dari persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

4.7 Alat Pengumpulan Data

Pengaruh panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat merupakan penelitian yang pertama kali diadakan di Rumah Sakit Siaga Raya. Untuk itu diperlukan alat pengumpul data yang mudah digunakan dan diaplikasikan. Instrumen dapat dilihat pada lampiran 7.

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner *pre test* dan *post test* sebelum dan setelah intervensi. Berikut ini penjelasan tentang alat pengumpul data:

a) Instrumen A.

Instrumen A berupa kuesioner mengenai karakteristik perawat. Data karakteristik perawat merupakan data primer yang dibuat sendiri oleh peneliti dan terdiri dari variabel usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa bekerja. Kuesioner diisi dengan menuliskan angka pada variabel usia dan masa kerja, dan memberi tanda *check list* (✓) pada variabel jenis kelamin dan pendidikan.

b) Instrumen B.

Instrumen B berupa kuesioner berisi soal-soal pertanyaan berdasarkan materi di dalam panduan keselamatan perawat yang mencakup potensi bahaya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja serta cara penanganannya, yang dibuat sendiri oleh peneliti. Kuesioner mengukur tingkat pengetahuan perawat yang terdiri dari 20 soal pertanyaan. Kuesioner diisi dengan memberi tanda silang (X) pada lembar jawaban. Jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah bernilai 0. Rentang nilai terendah 0 dan tertinggi 20.

c) Instrumen C.

Instrumen C sebagai alat uji variabel sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang dibuat sendiri oleh peneliti, yaitu berisi pernyataan kemampuan perawat berespons secara batin/persepsi dan pendapat perawat terhadap bahaya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja yang dihadapi perawat di rumah

sakit serta penanganannya. Kuesioner diisi dengan memberi tanda *check list* (✓) pada kolom yang sesuai dengan sikap perawat. Kuesioner menggunakan skala Likert, pilihan jawaban mempunyai nilai 1 untuk Sangat Tidak Setuju, nilai 2 untuk Tidak Setuju, nilai 3 untuk Setuju, nilai 4 untuk Sangat Setuju, untuk pernyataan positif. Pernyataan negatif nilai berlaku sebaliknya. Kuesioner berisi 15 pernyataan dengan nilai terendah adalah 15 dan nilai tertinggi 60.

d) Instrumen D

Instrumen D mengukur variabel perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dalam bentuk tindakan atau perbuatan. Instrumen D berupa lembar observasi yang berisi 50 item observasi diisi dengan memberi tanda *check list* (✓) dengan pilihan jawaban nilai 1: untuk jawaban ya, nilai 0: untuk jawaban tidak. Observasi dilakukan oleh kepala ruangan sebagai numerator yang sebelumnya dilakukan persamaan persepsi. Nilai terendah 0 dan tertinggi 50.

e) Instrumen E

Instrumen E adalah panduan keselamatan perawat memuat materi tentang potensi bahaya yang dapat dialami perawat di rumah sakit serta cara pencegahan dan penanganannya yang dibuat sendiri oleh peneliti. Panduan keselamatan perawat dapat dilihat pada lampiran 8.

4.8 Uji Instrumen

Uji instrumen penelitian dilakukan sebelum data penelitian dikumpulkan. Uji instrumen dilakukan untuk mengukur validitas dan reliabilitas instrumen pada responden penelitian. Uji instrumen pada penelitian ini dilakukan pada perawat bukan responden penelitian dengan karakteristik yang sama dengan kriteria inklusi penelitian. Uji instrumen pada penelitian ini dilakukan pada 30 perawat di Rumah Sakit Setia Mitra sesuai dengan jumlah minimal responden uji validitas (Dharma 201; Hastono, 2007).

4.8.1 Uji Validitas Instrumen

Validitas menunjukkan ketepatan suatu instrumen, artinya suatu instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut dapat mengukur variabel penelitian dengan tepat. Uji validitas instrumen pada penelitian ini mencakup validitas isi dan validitas konstruk (Dharma, 2011; Kerlinger, 1990). Validitas isi

menunjukkan kemampuan item pertanyaan dalam instrumen mewakili semua unsur dimensi konsep yang sedang diteliti. Untuk menentukan validitas isi dilakukan dengan meminta pendapat pakar bidang yang diteliti. Validitas konstruk adalah validitas yang menggambarkan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi oleh konstruk tertentu. Validitas konstruk dapat dinilai dengan uji statistik yaitu dengan menguji apakah item-item pertanyaan yang mengukur hal yang sama berkorelasi tinggi satu dengan yang lain. Uji validitas konstruk dengan teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Rumus validitas instrumen *Pearson Product Moment* sebagai berikut:

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Uji validitas instrumen B (pengukuran pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja) dan instrumen D (buku panduan keselamatan kerja perawat) menggunakan uji validitas isi. Setelah instrumen B dibuat berdasarkan konsep dan teori terkait, dibandingkan dengan instrumen sejenis, dibuat kisi-kisi instrumen serta didiskusikan dengan pembimbing, instrumen B diperbaiki dari 25 pertanyaan menjadi 20 pertanyaan. Instrumen D dinyatakan lulus uji validitas setelah dikonsultasikan kepada pakar Manajemen Keperawatan (Eva Trisna, SKM, M.Kep). Uji instrumen C (pengukuran sikap kesehatan dan keselamatan kerja) menggunakan uji *Pearson Product Moment*. Item pertanyaan pada instrumen dinyatakan valid apabila korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya signifikan. Menurut Nunnally (1994 dalam Dharma, 2011) skor signifikan dan dianggap valid jika perhitungan menghasilkan r hitung $\geq 0,3$, sebaliknya jika r hitung $< 0,3$ maka dianggap tidak valid.

Hasil uji validitas instrumen C (pengukuran sikap terhadap kesehatan dan kerja perawat) pada 30 responden yang semula 16 item pernyataan terdapat satu item pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomor 13 dengan nilai r hitung (0.072). Item pernyataan yang tidak valid tersebut kemudian dikeluarkan dari instrumen C sehingga menjadi 15 pernyataan, yang kemudian dilakukan uji

validitas kembali dan didapatkan nilai r yaitu (0,374-0,886), sehingga dinyatakan valid.

4.8.2 Uji Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Uji reliabilitas instrumen bertujuan untuk mengetahui konsistensi dari instrumen yang digunakan sebagai alat ukur apakah dapat digunakan kembali secara berulang. Reliabilitas juga dapat didefinisikan sebagai derajat suatu pengukuran bebas *random error*. Menurut Anastasi dan Urbina (1997 dalam Dharma, 2011) uji reliabilitas digunakan dengan menggunakan koefisien *alpha Cronbach* yaitu dengan membandingkan r *alpha* dengan nilai konstanta (0,8). Jika r *alpha Cronbach* \geq nilai konstanta (0,8), maka dikatakan bahwa pernyataan tersebut reliabel dan sebaliknya (Dharma, 2011).

Hasil uji instrumen C pada 30 perawat setelah diuji validitasnya dan item soal dinyatakan valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan hasil *alpha Cronbach*. Hasil uji reliabilitas instrumen C yaitu 0,904 > nilai konstantan (0,8), maka instrumen C dinyatakan reliabel.

4.8.3 Uji Kesamaan Persepsi (*Interrater Reliability*)

Uji *interrater reliability* merupakan pengujian untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan petugas pengumpul data (enumerator) terhadap suatu pengukuran. Uji ini sering dilakukan pada jenis instrumen pedoman observasi (Hastono 2007; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dharma, 2011). Uji *interrater reliability* untuk menilai reliabilitas instrumen dengan hasil ukur nominal (dengan jawaban ya atau tidak) menggunakan metode Cohen's Kappa. Cohen's Kappa menilai kesepakatan antara 2 orang atau lebih observer terhadap suatu pengukuran yang mereka lakukan dengan cara *proportion agreement* yang aktual dan *proportion agreement* yang terjadi karena peluang. Untuk menentukan nilai Cohen's Kappa diperlukan tabel matrik yang digunakan untuk mencatat dan menghitung proporsi *agreement* dan *disagreement* selama pengukuran. Tabel matrik Cohen's Kappa dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Matrik Cohen's Kappa

		Observer 2		
		Ya	Tidak	
Observer 1	Ya	A	b	a+b
	Tidak	C	d	c+d
Total		a+c	b+d	a+b+c+d

Nilai Cohen's Kappa ditentukan dengan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{Agreement not by chance}}{100\% - \text{agreement by chance}}$$

Keterangan:

Observed agreement = Proporsi pengukuran yang menunjukkan kesepakatan (sama) antara kedua observer (a+d).

Agreement by chance = Proporsi pengukuran yang menunjukkan kesepakatan antara kedua observer yang terjadi karena peluang $[(a+b) \times (a+c)] + [(c+d) \times (b+d)]$.

Agreement not by chance = Proporsi pengukuran yang menunjukkan kesepakatan antara kedua observer yang terjadi bukan karena peluang.
 = (*observed agreement* - *agreement by chance*).

Nilai Kappa untuk uji *interrater reliability* antar observer diinterpretasikan rendah (0,00 – 0,40), sedang (0,41 – 0,59), Baik (0,60 – 0,74) dan sangat baik (0,75 – 1,00) (Fleiss, 1981 dalam Dharma, 2011).

Uji kesamaan persepsi dalam penelitian ini dilakukan dengan mengisi lembar observasi (instrumen D) peneliti dan numerator (pengumpul data) sama-sama melakukan observasi tindakan/perbuatan terkait kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada satu perawat yang sama kemudian hasil observasi dianalisis melalui uji *interrater reliability*, apabila hasil tidak sama maka lembar observasi diperbaiki. Numerator adalah kepala ruangan masing-masing unit dengan hasil uji *interrater reliability* baik atau sangat baik.

Pelaksanaan uji kesamaan persepsi pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Siaga Raya antara peneliti dan masing-masing kepala ruang di masing-masing

ruang Poliklinik, UGD, Lantai 2, Lantai 3 dan OK yang dilaksanakan pada 29-30 Maret dan 2-4 April 2012. Peneliti dan kepala ruang melakukan pengamatan pada satu perawat yang sama menggunakan instrumen D. Hasil observasi dianalisis melalui uji *interrater reliability* yang dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Hasil Uji *Interrater Reliability* pada Kepala Ruang di Rumah Sakit Siaga Raya

Karu	Koefisien Kappa	p
1	0,750	0,000
2	0,754	0,000
3	0,746	0,000
4	0,700	0,000
5	0,758	0,000

Hasil uji *interrater reliability* menunjukkan tidak ada perbedaan persepsi antara kepala ruang di Rumah Sakit Siaga Raya dan peneliti dalam mengobservasi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Nilai koefisien Kappa yaitu (0,700-0,758) dengan interpretasi kesamaan persepsi sangat baik.

Pelaksanaan uji kesamaan persepsi pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Setia Mitra antara peneliti dan masing-masing kepala ruang di masing-masing ruang Poliklinik, UGD, Lantai Bawah, Lantai Atas dan OK pada 9-13 April 2012. Peneliti dan kepala ruang melakukan pengamatan pada satu perawat yang sama menggunakan instrumen D. Hasil observasi dianalisis melalui uji *interrater reliability* yang dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5
Hasil Uji *Interrater Reliability* pada Kepala Ruang di Rumah Sakit Setia Mitra

Karu	Koefisien Kappa	p
1	0,749	0,000
2	0,664	0,000
3	0,796	0,000
4	0,890	0,000
5	0,860	0,000

Hasil uji *interrater reliability* menunjukkan tidak ada perbedaan persepsi antara kepala ruang di Rumah Sakit Setia Mitra dan peneliti dalam mengobservasi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Nilai koefisien Kappa yaitu (0,664-0,890) dengan interpretasi kesamaan persepsi baik dan sangat baik.

4.9 Prosedur Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data yang akan digunakan dalam penelitian. Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini mencakup langkah-langkah sebagai berikut:

4.9.1 Persiapan

- a) Persiapan penelitian diawali dengan mengajukan uji etik (*ethical clearance*) dari fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penelitian dilakukan setelah mendapatkan keterangan lulus uji etik penelitian (lampiran 11).
- b) Peneliti kemudian mengajukan surat permohonan ijin kepada tempat penelitian yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Siaga Raya pada dan Rumah Sakit Setia Mitra. Setelah mendapatkan izin dari Rumah Sakit Siaga Raya dan Rumah Sakit Setia Mitra sebagai tempat penelitian, peneliti melakukan koordinasi dengan manajemen Rumah Sakit Siaga Raya dan Rumah Sakit Setia Mitra dalam hal ini dengan Wakil Direktur SDM, Manajer Medik, Bidang SDM, Bagian Diklat dan Bidang Keperawatan. Surat ijin dapat dilihat pada lampiran 2.
- c) Peneliti melakukan presentasi proposal yang menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, jadwal penelitian, penyebaran kuesioner dan pengumpulan data, pemetaan tenaga perawat/pemilihan responden penelitian yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, ruang rawat tempat penelitian, pemilihan kepala ruang sebagai numerator. Pertemuan dihadiri oleh kepala bagian diklat, kepala bidang keperawatan dan kepala ruangan. Pertemuan dilaksanakan pada 28 Maret 2012 di Rumah Sakit Siaga Raya dan 9 April 2012 di Rumah Sakit Setia Mitra. Gambaran hasil pemetaan tenaga perawat untuk kegiatan penelitian dapat dilihat pada tabel 4.6.
- d) Peneliti melakukan uji kesamaan persepsi di Rumah Sakit Siaga Raya pada 29-30 Maret dan 2-4 April 2012. Uji kesamaan persepsi di Rumah Sakit Setia Mitra pada 9-13 April 2012.
- e) Peneliti melakukan uji coba instrumen (instrumen A, B, C) pada 30 perawat yang bukan responden penelitian dan sesuai dengan kriteria inklusi di Rumah Sakit Setia Mitra pada 9-13 April 2012.

Tabel 4.6 Pemetaan Tenaga Perawat untuk Kegiatan Penelitian

No	SDM Perawat	Ruang	Populasi	Sampel	Numerator
1	Penelitian RS Siaga Raya a. Perawat Pelaksana b. Karu	Poli, UGD, Lantai 2, Lantai 3, OK	62		
				34	-
2	Uji instrumen RS Setia Mitra a. Perawat Pelaksana	UGD, Lantai Atas, Lantai Bawah, ICU, Hemodialisa			
			71	30	-
3	Penelitian RS Setia Mitra a. Perawat Pelaksana b. Karu	UGD, Lantai Atas, Lantai Bawah, Poli, OK			
			7	34	-

4.9.2 Pelaksanaan

Kegiatan pelaksanaan intervensi penelitian dilaksanakan sejak 16 April s/d 1 Juni 2012. Setiap responden mendapatkan kode sebagai pengganti nama dengan nomor urut SR1-SR34 (kelompok intervensi) dan SM1-SM34 (kelompok kontrol) sesuai dengan jumlah responden dalam penelitian. Tahapan kegiatan dalam pelaksanaan penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

a) *Informed Consent*

Tujuan dan prosedur penelitian kepada responden (kelompok intervensi dan kontrol) dijelaskan pada lembar penjelasan penelitian. Peneliti dibantu kepala ruang menginformasikan jadwal penelitian dan *informed consent* kepada perawat yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Tanda persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian yang ditandatangani oleh responden dimuat pada lembar *informed consent*. Responden yang tidak bersedia menandatangani *informed consent* atau tidak bersedia menjadi responden, meskipun di tengah proses penelitian berhak mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Pada penelitian ini tidak ada responden yang mengundurkan diri baik pada kelompok intervensi

maupun pada kelompok kontrol. Lembar penjelasan penelitian dapat dilihat pada lampiran 3 dan lembar *informed consent* pada lampiran 4.

b) *Pre Test*

Pre test dilakukan sebelum intervensi pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Siaga Raya yaitu menggunakan instrumen A (data demografi), instrumen B (pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat), instrumen C (sikap terhadap kesehatan dan keselamatan kerja perawat), dan instrumen D (observasi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat). *Pre test* pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Siaga Raya dilaksanakan pada 16-20 April 2012. *Pre test* pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Setia Mitra dilaksanakan pada 23-27 April 2012.

c) Intervensi

Intervensi berupa pelatihan dan memberikan panduan keselamatan perawat yang akan digunakan oleh perawat sebagai panduan terhadap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada responden kelompok intervensi di Rumah Sakit Siaga Raya. Pelatihan keselamatan kerja perawat dan pemberian buku panduan keselamatan kerja perawat dilaksanakan selama dua hari pada 23 dan 24 April 2012.

d) *Post Test*

Post test dilakukan setelah pelatihan dan penggunaan panduan keselamatan perawat pada responden penelitian kelompok intervensi selama empat pekan yaitu dari 25 April s/d 27 Mei 2012. *Post test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilaksanakan pada 28 Mei – 1 Juni 2012.

Langkah-langkah penelitian digambarkan dalam kerangka kerja penelitian. Kerangka kerja penelitian terdapat pada Skema 4.2.

4.10 Pengolahan dan Analisis Data

4.10.1 Pengolahan Data

Pengolahan dan analisis data penelitian ini menggunakan uji statistik. Pengolahan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan data penelitian. Pengolahan data meliputi (Dharma 2011; Hastono, 2007):

a) Editing

Editing merupakan kegiatan memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keraguan data yang diperoleh meliputi memeriksa kelengkapan data, konsistensi data dan keseragaman ukuran. Peneliti melakukan pengecekan sejak awal mendapatkan data. Peneliti langsung melakukan pengecekan terhadap kelengkapan isi instrumen termasuk kode responden, dan kejelasan tulisan pada lembar jawaban instrumen dan mengklarifikasi langsung kepada kepala ruang apabila ada instrumen yang tidak lengkap. Kegiatan ini dilakukan mulai data terkumpul sejak 16 April s/d 1 Juni 2012.

b) Coding

Peneliti memberikan kode untuk setiap jawaban pada setiap pertanyaan yang diisi responden. Kode SR1-SR34 untuk kelompok intervensi dan kode SM1-SM34 untuk kelompok kontrol sebagai pengganti nama. Hal ini mempermudah pada saat analisis data dan mempercepat pada saat *entry* data. *Coding* dilakukan secara bertahap sejak setiap data terkumpul yaitu dari 16 April s/d 1 Juni 2012.

c) Processing

Peneliti memasukkan data ke dalam komputer untuk dianalisis dengan menggunakan *software* tertentu setelah diberi kode. Kegiatan *processing* dilakukan bertahap terhadap setiap data yang terkumpul yaitu dari 16 April s/d 1 Juni 2012.

d) Cleaning

Peneliti melakukan pemeriksaan kembali terhadap data yang telah dimasukkan ke dalam computer agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data. Peneliti mengecek kembali data yang sudah di *entry* dengan cara mengetahui *missing* data dari *out put*. Peneliti tidak menemukan *missing* data dari *out put*, nilai total akhir pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sama yaitu 34. Kegiatan *cleaning* dilakukan pada 4 Juni 2012.

4.10.2 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilaukan setelah proses pengolahan data. Analisis data menggunakan pendekatan kuantitatif dengan analisis univariat (deskriptif) dan analisis bivariat (analitik) (Hastono & Sabri, 2010; Polit & Hungler 1999), sebagai berikut:

4.10.2.1 Analisis Univariat (Deskriptif)

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel penelitian. Data kategorik seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang terdiri dari subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan disajikan dalam distribusi frekuensi dan proporsi. Data numerik seperti usia, masa kerja, disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, nilai minimum-maksimum dengan *confident interval* (CI) 95%. Data perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang terdiri dari subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan digunakan dalam analisis selanjutnya.

4.10.2.2 Analisis Bivariat (Analitik)

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel atau ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Analisis bivariat (analitik) pada penelitian ini dimulai dengan uji kesetaraan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi dilakukan. Data awal pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada penelitian dengan desain eksperimen semu sebaiknya setara atau homogen (Polit & Hungler, 1999; Hastono & Sabri, 2010). Uji kesetaraan untuk variabel usia dan lama kerja yang merupakan data numerik menggunakan uji *independent sample t test* (*Pooled t test*). Sedangkan untuk variabel perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang terdiri dari subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan yang merupakan data kategorik menggunakan uji *Chi Square*. Apabila pada tabel 2 x 2 dijumpai nilai harapan kurang dari 5 maka yang digunakan adalah uji *Fisher Exact* dan apabila tidak ada nilai harapan yang kurang dari 5 maka yang digunakan adalah uji *Continuity Correction* (Hastono, 2007). Variabel yang diuji dan cara uji dalam uji kesetaraan dijelaskan pada tabel 4.7.

Tabel 4.7 Uji Kesetaraan

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Independent sample t test</i>
2	Masa kerja (data interval)	Masa kerja (data interval)	<i>Independent sample t test</i>
3	Jenis kelamin (data nominal)	Jenis kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>
4	Tingkat pendidikan (data ordinal)	Tingkat pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
5	Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja (data nominal)	<i>Chi Square</i>
6	Subvariabel pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	Subvariabel pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	<i>Chi Square</i>
7	Subvariabel sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	Subvariabel sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	<i>Chi Square</i>
8	Subvariabel tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	Subvariabel tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat (data nominal)	<i>Chi Square</i>

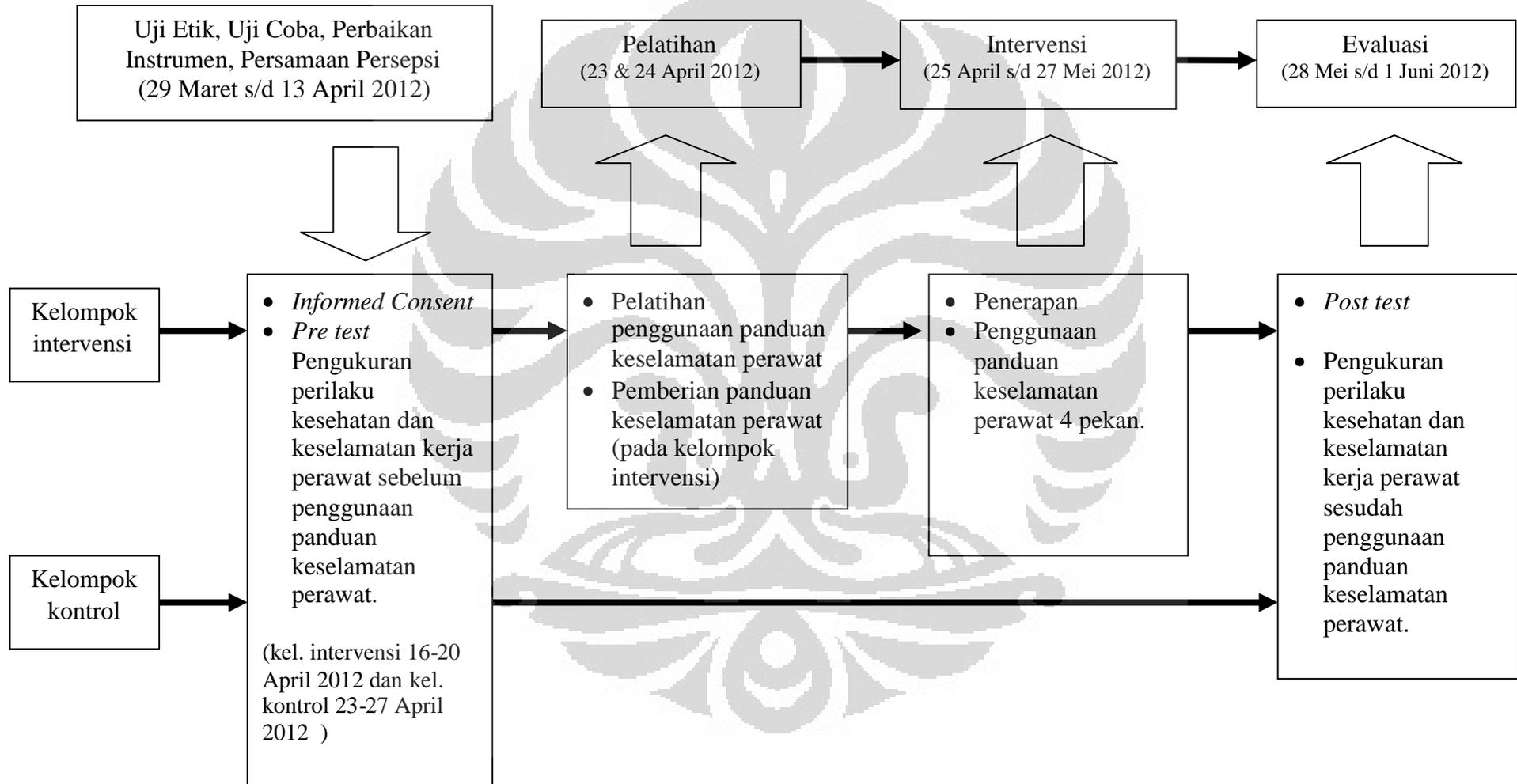
Analisis bivariat selanjutnya adalah untuk mengetahui perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok menggunakan uji *McNemar*. Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji *Chi Square*. Variabel yang diuji dan cara uji dalam uji perbedaan dijelaskan pada tabel 4.8.

Tabel 4.8 Uji Perbedaan

No	Variabel Dependen	Variabel Independen	Cara Analisis
1	Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebelum dan sesudah intervensi	Kelompok intervensi	<i>McNemar</i>
2	Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja sebelum dan sesudah intervensi	Kelompok kontrol	<i>McNemar</i>
3	Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja sebelum dan sesudah intervensi	Antar kelompok	<i>Chi Square</i>

Skema 4.2 Kerangka Kerja Penelitian

Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya. Penelitian dilakukan selama 6 pekan sejak tanggal 16 April s/d 27 Mei 2012.

Jumlah perawat pelaksana sebagai sampel pada penelitian ini dibagi dalam dua kelompok. Kelompok intervensi (Rumah Sakit Siaga Raya) yang diberikan pelatihan dan buku panduan keselamatan perawat sebanyak 34 perawat pelaksana serta kelompok kontrol tidak diberikan pelatihan dan buku panduan keselamatan perawat (Rumah Sakit Setia Mitra) 34 perawat pelaksana. Total sampel dalam penelitian ini adalah 68 perawat pelaksana.

Tidak ada sampel yang *drop out* sehingga jumlah sampel tetap sampai akhir proses penelitian. Kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* yang hasilnya dibandingkan. Hasil analisis univariat dan bivariat pada penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Perawat Pelaksana

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik perawat pelaksana yang meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia dan masa kerja. Analisis dilakukan sesuai dengan data yang didapat. Hasil analisis menggambarkan distribusi perawat pelaksana kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi penelitian. Berikut ini uraian hasil analisisnya.

5.1.1.1 Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Perawat

Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan jenis kelamin merupakan variabel kategorik, dianalisis dalam bentuk distribusi frekuensi. Distribusi frekuensi karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Distribusi Perawat Pelaksana berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan
Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, April-Mei 2012
(n1=34; n2 = 34)

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	N	%
Jenis Kelamin:						
a. Laki Laki	5	14,7	2	5,9	7	10,29
b. Perempuan	29	85,3	32	94,1	61	89,71
Total	34	100	34	100	68	100
Tingkat Pendidikan:						
a. S 1 Keperawatan	7	20,6	4	11,8	11	16,18
b. D III Keperawatan	27	79,4	30	88,2	57	83,82
Total	34	100	34	100	68	100

Hasil analisis pada tabel 5.1 menunjukkan karakteristik perawat pelaksana pada penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin perempuan (89,71%). Karakteristik perawat berdasarkan jenjang pendidikan sebagian besar berpendidikan D III Keperawatan (83,82%).

5.1.1.2 Karakteristik Usia dan Masa Kerja Perawat

Data karakteristik perawat pelaksana berdasarkan usia dan masa kerja merupakan variabel numerik yang disajikan dalam bentuk tendensi sentral yaitu mean, median, standar deviasi, nilai minimum-maksimum, dan *confident interval* (CI) 95% pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Distribusi Usia dan Masa kerja Perawat Pelaksana pada Kelompok Intervensi dan
Kelompok Kontrol, April-Mei 2012
(n1=34; n2 = 34)

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia						
a. Intervensi	34	33,79	34,00	4,368	25-41	32,27-35,32
b. Kontrol	34	32,56	31,00	5,275	23-45	32,40-34,40
Total	68	33,18	32,50	4,821	23-45	32,34-34,86
Masa kerja						
a. Intervensi	34	6,15	5,50	3,799	1-16	4,82-7,47
b. Kontrol	34	9,15	8,00	6,106	1-24	7,02-11,28
Total	68	7,65	6,75	4,953	1-24	5,92-9,38

Hasil analisis pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata distribusi usia perawat pelaksana 33,18 tahun dengan standar deviasi 4,821 tahun. Usia perawat pelaksana termuda 23 tahun dan tertua 45 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% diyakini rata-rata usia perawat pelaksana terdistribusi antara 32,34 tahun sampai dengan 34,86 tahun. Sedangkan rata-rata masa kerja perawat pelaksana adalah 7,65 tahun dengan standar deviasi 4,953 tahun. Masa kerja tersingkat 1 tahun dan terlama 24 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% diyakini rata-rata masa kerja perawat pelaksana terdistribusi antara 5,92 tahun sampai dengan 9,38 tahun.

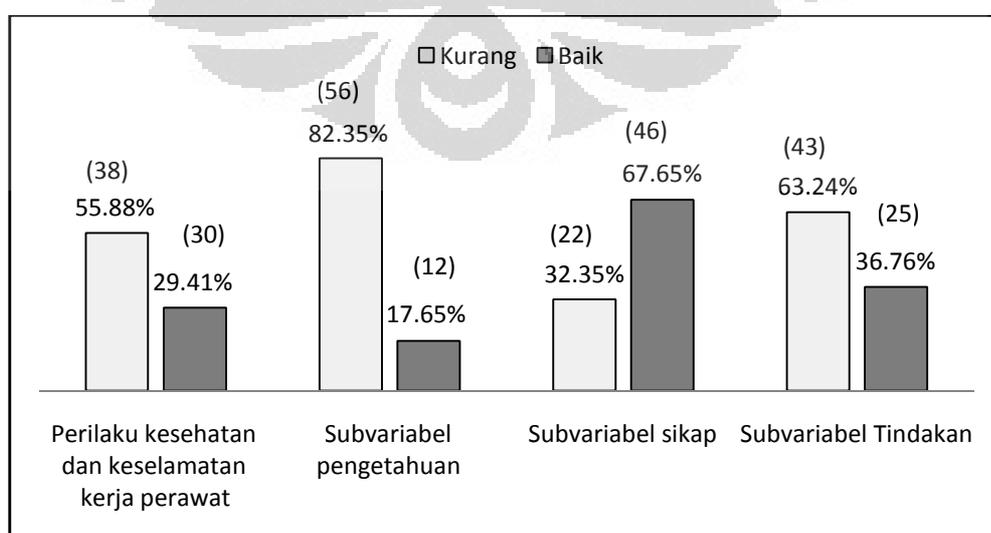
5.1.2 Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

5.1.2.1 Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum Intervensi

Pada bagian ini akan dijelaskan hasil analisis univariat perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana yang mencakup subvariabel pengetahuan, sikap, tindakan, sebelum intervensi pada kelompok intervensi (RS Siaga Raya) dan kelompok kontrol (RS Setia Mitra). Data berbentuk variabel kategorik sehingga dianalisis dalam bentuk distribusi frekuensi. Distribusi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana sebelum intervensi disajikan pada diagram 5.1.

Diagram 5.1

Distribusi Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, April-Mei 2012 (n=68)

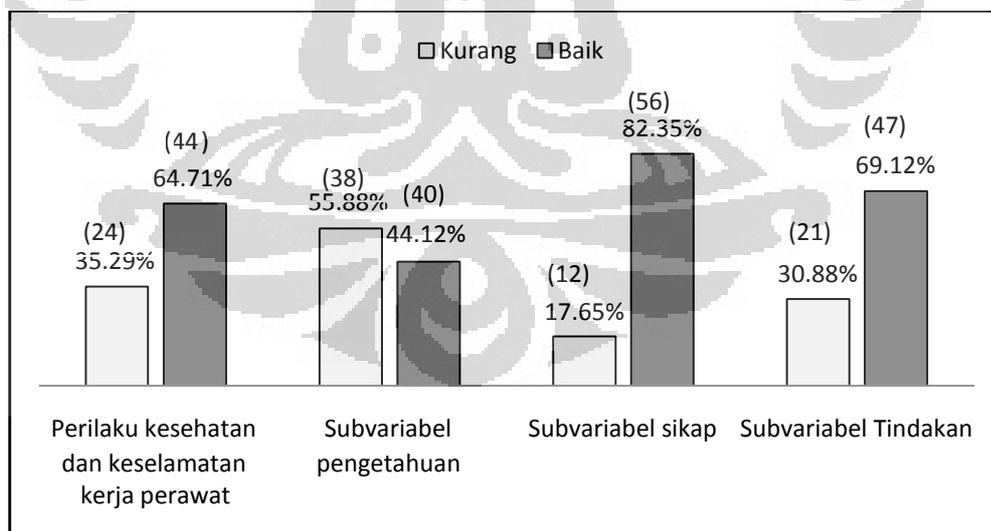


Hasil analisis pada diagram 5.1 menunjukkan sebelum intervensi sebagian besar perawat memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang kurang baik (55,88%). Jika dilihat berdasarkan subvariabelnya sebagian besar perawat memiliki pengetahuan (82,35%) dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja (63,24%) yang kurang baik, akan tetapi sebagian besar perawat telah memiliki sikap yang baik (67,65%).

5.1.2.2 Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sesudah Intervensi

Hasil analisis univariat perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi (RS Siaga Raya) dan kelompok kontrol (RS Setia Mitra) berbentuk variabel kategorik sehingga dianalisis dalam bentuk distribusi frekuensi. Distribusi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana sesudah intervensi disajikan pada diagram 5.2.

Diagram 5.2
Distribusi Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, April-Mei 2012
(n=68)



Hasil analisis pada diagram 5.2 menunjukkan sesudah intervensi sebagian besar perawat memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik (64,71%). Jika dilihat berdasarkan subvariabelnya sebagian besar perawat memiliki sikap (82,35%) dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja (69,12%) yang baik, akan tetapi sebagian besar perawat memiliki pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja yang kurang (55,88%).

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup variabel pengetahuan, sikap dan perilaku perawat antara kelompok yang menggunakan panduan keselamatan perawat (kelompok intervensi) dan kelompok yang tidak menggunakan panduan keselamatan perawat (kelompok kontrol). Sebelum analisis bivariat peneliti melakukan uji kesetaraan terlebih dahulu sebagai berikut:

5.2.1 Uji Kesetaraan

5.2.1.1 Kesetaraan Karakteristik Perawat

Validitas hasil penelitian *quasi experiment* ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok setara atau sama. Hasil uji kesetaraan jenis kelamin dan tingkat pendidikan disajikan pada tabel 5.3 dan untuk usia dan masa kerja pada tabel 5.4.

Tabel 5.3
Kesetaraan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, April-Mei 2012 (n=68)

Variabel	Kelompok Intervensi (n=34)		Kelompok Kontrol (n=34)		Total		x ²	p
	Frek	%	Frek	%	N	%		
Jenis Kelamin								
a. Laki-laki	5	14,70	2	5,90	7	10,30	0,366	1,000
b. Perempuan	29	85,30	32	94,10	61	89,70		
Tingkat Pendidikan								
a. S1 Keperawatan	7	20,60	4	11,80	11	16,20	0,540	1,000
b. D III Keperawatan	27	79,40	30	88,20	57	83,80		

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat baik pada kelompok intervensi (85,3%) maupun kelompok kontrol (94,1%) berjenis kelamin perempuan. Hasil analisis lebih lanjut uji kesetaraan menunjukkan pada alpha 5% diyakini tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi jenis kelamin perawat pelaksana antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=1,000$; $\alpha=0,05$). Tingkat pendidikan pada kelompok intervensi (79,4%) dan kelompok kontrol (83,8%) sebagian besar adalah D III Keperawatan.

Hasil analisis lebih lanjut uji kesetaraan menunjukkan pada alpha 5% diyakini tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tingkat pendidikan perawat pelaksana antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=1,000$; $\alpha=0,05$). Dapat disimpulkan variabel karakteristik jenis kelamin dan tingkat pendidikan perawat pelaksana antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dinyatakan setara.

Tabel 5.4
Kesetaraan Karakteristik Perawat Pelaksana berdasarkan Usia dan Masa Kerja antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, April-Mei 2012 (n=68)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI	t	p
Usia								
a. Intervensi	34	33,79	34,00	4,368	25-41	32,27-35,32	1,052	0,297
b. Kontrol	34	32,56	31,00	5,275	23-45	32,40-34,40		
Total	68	33,18	32,50	4,821	23-45	32,34-34,86		
Masa kerja								
a. Intervensi	34	6,15	5,50	3,799	1-16	4,82-7,47	-8,901	0,052
b. Kontrol	34	9,15	8,00	6,106	1-24	7,02-11,28		
Total	68	7,65	6,75	4,953	1-24	5,92-9,38		

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat pelaksana kelompok intervensi 33,79 tahun dan kelompok kontrol 32,56 tahun. Hasil analisis lebih lanjut uji kesetaraan menunjukkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,297$; $\alpha=0,05$). Sedangkan rata-rata masa kerja perawat pelaksana pada kelompok intervensi 6,15 tahun dan kelompok kontrol 9,15 tahun. Hasil analisis lebih lanjut uji kesetaraan menunjukkan bahwa

pada tingkat kepercayaan 95% tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata masa kerja perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,052$; $\alpha=0,05$).

5.2.1.2 Kesetaraan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

Kesetaraan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana mencakup subvariabel pengetahuan, sikap, dan tindakan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi. Hasil uji kesetaraan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Kesetaraan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana Sebelum Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, April-Mei 2012 (n=68)

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Selisih		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Perilaku								
a. Kurang	19	55,90	23	67,60	4	11,70	0,276	1,449
b. Baik	15	44,10	11	32,40	4	11,70		
Total	34	100	34	100				
Subvariabel Pengetahuan								
a. Kurang	26	76,50	30	88,20	4	11,70	1,395	0,551
b. Baik	8	23,50	4	11,80	4	11,70		
Total	34	100	34	100				
Subvariabel Sikap								
a. Kurang	11	32,40	11	32,40	0	0	1,275	0,434
b. Baik	23	67,60	23	67,60	0	0		
Total	34	100	34	100				
Subvariabel Tindakan								
a. Kurang	22	64,70	21	61,80	1	2,90	0,189	0,727
b. Baik	12	35,30	13	38,20	1	2,90		
Total	34	100	34	100				

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.5 menunjukkan sebelum intervensi sebagian besar perawat pada kelompok intervensi (55,90%) maupun pada kelompok kontrol (67,60%) memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja kurang baik, dengan selisih antar kelompok 11,70%. Jika dilihat dari subvariabelnya sebagian besar perawat menunjukkan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja yang kurang baik, pada kelompok intervensi (76,50%) dan

kelompok kontrol (88,20%), selisih antar kelompok 11,70%. Sebagian besar perawat di kedua kelompok memiliki sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik dengan prosentase yang sama (67,60%). Berdasarkan subvariabel tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi (64,70%) dan pada kelompok kontrol (61,80%) memiliki tindakan kurang baik, dengan selisih antar kelompok 2,90%.

Hasil analisis lebih lanjut uji kesetaraan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna nilai rata-rata perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat ($p=0,276$; $\alpha=0,05$). Berdasarkan subvariabel pengetahuan ($p=0,454$; $\alpha=0,05$), sikap ($p=0,434$; $\alpha=0,05$), tindakan ($p=0,727$; $\alpha=0,05$) tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil uji tersebut menyimpulkan bahwa perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana antara sebelum dilaksanakan intervensi kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara.

5.2.2 Uji Perbedaan

5.2.2.1 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Masing-masing Kelompok

Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana mencakup subvariabel pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan pada kelompok intervensi. Hasil uji perbedaan pada masing-masing kelompok disajikan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana
Sebelum dan Sesudah Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat pada
Masing-masing Kelompok, April-Mei 2012 (n=68)

Variabel	Kelompok Intervensi					Kelompok Kontrol				
	Pre Test		Post Test		p	Pre Test		Post Test		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Perilaku										
a. Kurang	19	55,88	2	5,88	0,001*	24	70,59	26	76,50	0,687
b. Baik	15	44,12	32	94,12		10	29,41	8	23,50	
Total	34	100	34	100		34	100	34	100	
Subvariabel Pengetahuan										
a. Kurang	26	76,47	10	29,41	0,001*	30	88,24	28	82,40	1,000
b. Baik	8	23,53	24	70,59		4	11,76	6	17,60	
Total	34	100	34	100		34	100	34	100	
Subvariabel Sikap										
a. Kurang	11	32,35	2	5,88	0,040*	11	32,35	10	29,40	0,500
b. Baik	23	67,65	32	94,12		23	67,65	24	70,60	
Total	34	100	34	100		34	100	34	100	
Subvariabel Tindakan										
a. Kurang	22	64,71	2	5,88	0,020*	21	61,76	19	55,88	0,727
b. Baik	12	35,29	32	94,12		13	38,24	15	44,12	
Total	34	100	34	100		34	100	34	100	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.6 menunjukkan distribusi perawat yang memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik pada kelompok intervensi mengalami peningkatan dari 44,12% sebelum intervensi menjadi 94,12% sesudah intervensi, meningkat 50%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan proporsi yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,001$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat yang memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik pada kelompok kontrol sebanyak 29,41% perawat sebelum intervensi menjadi 23,50% perawat sesudah intervensi, menurun 5,91%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,687$; $\alpha=0,05$).

Hasil analisis berdasarkan subvariabel, distribusi pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik pada kelompok intervensi sebelum intervensi sebanyak 25,53% perawat mengalami peningkatan menjadi 76,47% sesudah intervensi, meningkat 47,06%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan proporsi yang bermakna pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,001$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik pada kelompok kontrol sebelum intervensi sebanyak 11,76% perawat menjadi sesudah intervensi sebanyak 17,60% perawat, meningkat 5,91%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=1,000$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik pada kelompok intervensi mengalami peningkatan dari 67,65% perawat sebelum intervensi menjadi 94,12% perawat sesudah intervensi, meningkat 26,47%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan proporsi yang bermakna sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,040$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik pada kelompok kontrol sebanyak 67,65% perawat sebelum intervensi menjadi 70,60% perawat sesudah intervensi, meningkat 2,95%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,500$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik pada kelompok intervensi mengalami peningkatan dari 35,29% perawat sebelum intervensi menjadi 94,12% perawat sesudah intervensi, meningkat 58,83%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan proporsi yang bermakna

tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,020$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan tindakan yang baik pada kelompok kontrol 38,24% perawat sebelum intervensi menjadi 44,12% perawat sesudah intervensi, meningkat 11,88%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi yang bermakna tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,727$; $\alpha=0,05$).

Kesimpulan berdasarkan uraian analisis di atas yang pertama adalah terdapat perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan. Kesimpulan yang kedua adalah tidak ada perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan.

5.2.2.2 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana Sesudah Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pelaksana mencakup variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan sesudah penggunaan panduan keselamatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil uji perbedaan tersebut disajikan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Pelaksana Sesudah
Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat antara Kelompok Intervensi dan
Kelompok Kontrol, April-Mei 2012 (n=68)

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Selisih		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Perilaku								
a. Kurang	2	5,88	26	76,50	24	70,62	43.404	0,001*
b. Baik	32	94,12	8	23,50	24	70,62		
Total	34	100	34	100				
Subvariabel Pengetahuan								
a. Kurang	10	29,41	28	82,40	18	52,99	19.326	0,011*
b. Baik	24	70,59	6	17,60	18	52,99		
Total	34	100	34	100				
Subvariabel Sikap								
a. Kurang	2	5,88	10	29,40	8	23,52	6.476	0,001*
b. Baik	32	94,12	24	70,60	8	23,52		
Total	34	100	34	100				
Subvariabel Tindakan								
a. Kurang	2	5,88	19	55,88	17	50	19.911	0,001*
b. Baik	32	94,12	15	44,12	17	50		
Total	34	100	34	100				

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Tabel 5.7 menunjukkan distribusi perawat yang memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebanyak 94,12% perawat pada kelompok intervensi dan 23,50% perawat pada kelompok kontrol, selisih 70,62%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,001$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik pada kelompok intervensi sebanyak 70,59% perawat dan kelompok kontrol sebanyak 17,60% perawat, selisih 52,99%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi ($p=0,001$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik sebanyak 94,12% perawat pada kelompok intervensi dan 70,60% perawat pada kelompok, selisih 23,52%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi ($p=0,011$; $\alpha=0,05$).

Distribusi perawat dengan tindakan yang baik sebanyak 94,12% pada kelompok intervensi dan 44,12% perawat pada kelompok kontrol, selisih 50%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi ($p=0,001$; $\alpha=0,05$). Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang bermakna dari intervensi penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini berisi pembahasan mengenai interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian. Interpretasi dan diskusi hasil penelitian membahas kesenjangan dan kesesuaian hasil penelitian dengan tinjauan teori dan hasil penelitian yang relevan. Keterbatasan penelitian membahas kesenjangan dan kesesuaian proses penelitian dengan kondisi ideal penelitian. Implikasi hasil penelitian berisi uraian lebih lanjut pengembangan pelayanan keperawatan, ilmu keperawatan dan penelitian selanjutnya berdasarkan hasil penelitian.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Penelitian tentang pengaruh penggunaan panduan keselamatan kerja perawat terhadap penggunaan panduan keselamatan kerja perawat memiliki empat tujuan khusus. Penelitian ini seperti yang diuraikan pada bab 1 adalah untuk mengetahui gambaran karakteristik perawat yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, dan masa kerja di Rumah Sakit Siaga Raya (kelompok intervensi) dan Rumah Sakit Setia Mitra (kelompok kontrol); perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat; perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat; perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antar kelompok sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat. Berikut uraian interpretasi hasil penelitian yang akan diintegrasikan dengan hasil penelitian dan teori yang terkait.

6.1.1 Gambaran dan Hubungan Karakteristik dengan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

Karakteristik perawat terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, dan masa kerja. Peneliti membahas hasil penelitian berdasarkan masing-masing karakteristik perawat sebagai berikut:

6.1.1.1 Jenis Kelamin

Keperawatan dianggap sebagai profesi perempuan sehingga sebagian besar perawat adalah perempuan. Hasil penelitian menunjukkan berdasarkan jenis kelamin sebagian besar perawat di kedua rumah sakit adalah perempuan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa profesi perawat masih didominasi perempuan. Hal ini sejalan dengan pendapat Walker (2011) yang berpendapat bahwa profesi keperawatan dikenal sebagai profesi perempuan, prosentase laki-laki dalam profesi keperawatan masih minim yaitu berkisar 10%. Profesi keperawatan berakar pada *mother instinct*, yang secara karakter terdapat dalam diri perempuan (Nightingale, 1969 dalam Walker 2011).

Jenis kelamin tidak memengaruhi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dengan kondisi kerja yang tidak diskriminatif dan memberikan perlakuan dan kesempatan yang sama pada laki-laki maupun perempuan dalam menerapkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja. Hal ini sejalan dengan pernyataan Imania (2010) yang menyatakan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan yang sama dalam kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997). Robbins (2001) menyatakan tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan, motivasi, kompetitif, kemampuan belajar, dan kemampuan memecahkan masalah, meskipun kemampuan analisis laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan.

Penelitian menunjukkan distribusi perawat berdasarkan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di awal penelitian adalah setara. Salah

satu cara untuk mengontrol karakteristik responden yang dapat menjadi perancu adalah dengan memastikan kedua kelompok memulai pada kondisi yang sama.

Kesetaraan karakteristik berdasarkan jenis kelamin di awal penelitian menguatkan bahwa peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi bukan karena faktor perbedaan jenis kelamin tetapi akibat intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat. Kondisi kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada awal penelitian merupakan validitas hasil penelitian *quasi experiment* (Dahlan, 2009).

6.1.1.2 Tingkat Pendidikan

Karakteristik perawat berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas memiliki pendidikan D III Keperawatan. Hal ini sejalan dengan data dari BPPSDM-KEMENKES (2011) yang menyatakan bahwa sebagian besar (80%) tenaga perawat di Indonesia memiliki jenjang pendidikan diploma tiga keperawatan. Jenjang pendidikan diploma tiga merupakan jenjang pendidikan untuk profesional pemula perawat, jenjang pendidikan profesional perawat minimal setingkat sarjana (Craven & Hirnle, 2003; Taylor et al., 1997).

Perawat dengan pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan dapat memiliki pengetahuan dan sikap kesehatan dan keselamatan kerja yang lebih baik serta berusaha untuk menunjukkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang lebih baik. Siagian (2002) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin tinggi keinginan individu untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilannya. Perawat yang memiliki pendidikan lebih tinggi juga memiliki kemampuan kerja yang tinggi sehingga lebih menuntut organisasi untuk dapat memberikan kenyamanan dan keselamatan dalam bekerja (Mc Closkey & Mc Cain, 1988 dalam Gillies, 1994).

Peneliti berpendapat bahwa secara umum perawat yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. Hal ini dapat dilihat dari analisis

berdasarkan data kuesioner dari 11 responden yang berpendidikan sarjana keperawatan, 7 responden pada kelompok intervensi dan 4 responden pada kelompok kontrol, 100% memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik dengan rincian 90% memiliki pengetahuan baik, 100% memiliki sikap baik, dan 100% memiliki tindakan yang baik. Hasil penelitian Lian, Bryan & Lin (2007) menemukan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi dapat memengaruhi keterampilan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Penelitian menemukan tingkat pendidikan perawat pelaksana antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di awal penelitian adalah setara. Kondisi kesetaraan berdasarkan tingkat pendidikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat menunjukkan bahwa kemampuan responden untuk menunjukkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik di kedua kelompok sama. Hal ini menguatkan bahwa peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi bukan karena faktor perbedaan tingkat pendidikan tetapi akibat penggunaan panduan keselamatan perawat.

6.1.1.3 Usia

Perilaku produktif salah satunya ditunjukkan dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik. Robbins (2006) mengungkapkan bertambahnya usia akan mendorong pegawai tersebut untuk menunjukkan perilaku produktif dalam bekerja. Usia berkaitan erat dengan kematangan emosi, rasionalitas berpikir, dan pengalaman hidup. Usia juga menentukan kemampuan individu untuk bekerja dan bagaimana berespons terhadap stimulasi (Sopiah, 2008).

Usia berkaitan dengan kedewasaan, kematangan dan kemampuan individu dalam bekerja. Semakin bertambah usia individu akan semakin memiliki kemampuan untuk lebih berhati-hati dalam bertindak, lebih menaati peraturan dan lebih berkomitmen terhadap pekerjaannya. Semakin meningkat usia seseorang maka akan semakin meningkat pula kedewasaan teknik dan psikologis serta kemampuannya dalam mengambil keputusan secara bijaksana (Kozier et al., 1995; Siagian, 2002).

Usia memengaruhi produktivitas seseorang dalam bekerja.. Rata-rata usia perawat di kedua kelompok adalah 33,18 tahun. Usia produktif menurut Dessler (1997) pada usia 25-40 tahun dan tahap pematangan pilihan karir pada usia 30-40 tahun. Tahap ini merupakan tahap perkembangan individu yang paling produktif untuk dapat mengaktualisasikan pengetahuan dan kompetensi yang dimiliki dan mencapai tujuan karir. Kondisi ini sesuai dengan kondisi usia responden dalam penelitian.

Perawat pada penelitian ini dalam kondisi dengan kemampuan kognitif dan penilaian moral yang paling optimal untuk dapat mengaplikasikan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja berdasarkan usia. Erickson (dalam Craven & Hirnle, 2000) mengemukakan bahwa usia 20-40 tahun termasuk pada tahap dewasa muda dengan kemampuan optimal membangun hubungan personal dan profesional, mengembangkan kreativitas dan produktivitas dalam pekerjaan. Anugrahini (2011) menyatakan ada hubungan antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p=0,000$; $\alpha = 0,05$). Setiowati (2010) yang menyatakan usia berhubungan dengan perilaku perawat menerapkan budaya keselamatan pasien.

Penelitian menunjukkan usia perawat di kedua kelompok setara. Hal ini menguatkan bahwa peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi bukan disebabkan faktor perbedaan usia antara kedua kelompok tetapi akibat intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat.

6.1.1.4 Masa Kerja

Rata-rata masa kerja perawat di kedua kelompok lebih dari lima tahun. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Dessler (1997) bahwa waktu individu dapat menentukan pilihan pekerjaan yang sesuai untuk dirinya adalah lima tahun. Robbins (1996) menyatakan semakin lama masa kerja individu maka semakin berpengalaman dalam menghadapi masalah dalam pekerjaan dan terampil dalam bekerja, akan tetapi individu dengan masa kerja yang lebih lama belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan individu dengan masa kerja yang lebih sedikit.

Masa kerja lebih dari lima tahun menunjukkan perawat pelaksana telah mendapatkan kecocokan terhadap rumah sakit tempat mereka bekerja. Siagian (1997) individu yang sudah lama bekerja di suatu institusi cenderung bekerja lebih baik karena tidak lagi berpikir untuk pindah tempat kerja. Imania (2010) menyatakan ada hubungan antara masa kerja perawat dengan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat ($p= 0,001$; $\alpha=0,05$). Hal senada diungkapkan Anugrahini (2011) yang menyatakan ada hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,000$; $\alpha=0,05$).

Perawat yang sudah merasa nyaman pada tempat kerjanya akan memberikan motivasi positif terhadap pekerjaannya termasuk upaya dalam menerapkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik. Warouw (2009) menyatakan peningkatan perilaku kerja yang baik dapat meningkat sejalan dengan masa kerja individu, akan tetapi hal ini perlu didukung dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dan pelatihan.

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok kontrol rata-rata usia perawat sedikit lebih muda namun memiliki rata-rata masa kerja sedikit lebih lama dibandingkan dengan kelompok intervensi. Hasil data kuesioner menemukan bahwa mayoritas perawat (58,83%) pada kelompok kontrol mulai bekerja di Rumah Sakit Setia Mitra sejak lulus SPK kemudian melanjutkan pendidikan ke D III Keperawatan. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan masa kerja perawat di kedua kelompok setara. Hal ini menguatkan bahwa peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat akibat intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat bukan karena faktor perbedaan masa kerja.

6.1.2 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat pada Kelompok Intervensi

Perilaku manusia mencakup aktivitas baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar sebagai hasil dari proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2003; Setiawati & Dermawan, 2008). Skinner (1938 dalam Notoatmodjo, 2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja

perawat merupakan tindakan atau aktivitas dalam upaya mencegah terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.

Bloom (1956) membagi perilaku ke dalam 3 ranah yaitu ranah kognitif yang diukur melalui pengetahuan, ranah afektif yang diukur melalui sikap, dan ranah psikomotor yang diukur melalui tindakan. Dengan kata lain pengetahuan, sikap dan tindakan merupakan bentuk operasional perilaku yang dapat diukur. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat terdiri dari tiga subvariabel yakni pengetahuan, sikap dan tindakan.

Pembentukan perilaku baru dimulai pada domain kognitif, artinya individu memiliki pengetahuan baru terlebih dahulu dari stimulus berupa materi atau objek dari luar dirinya. Pengetahuan baru tersebut disadari oleh individu sehingga muncul respons batin berupa sikap yang mendorong individu untuk merespons lebih jauh berupa tindakan baru sesuai stimulus yang diterimanya sehingga terbentuk perilaku baru (Notoatmodjo, 2003). Peneliti akan membahas perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat satu persatu berdasarkan subvariabelnya.

6.1.2.1 Subvariabel Pengetahuan

Kemampuan kognitif individu sangat mempengaruhi kemampuan individu dalam berperilaku. Pengetahuan perawat merupakan investasi rumah sakit yang sangat penting. Pengetahuan, kemampuan, keterampilan dan kepribadian adalah bagian dari karakteristik individu yang akan memengaruhi perilaku organisasi (Baron & Greenberg (2000). Pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan setelah intervensi mengalami peningkatan. Peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi belum mencapai prosentase maksimal 100%.

Peningkatan pengetahuan perawat yang belum mencapai nilai maksimal dapat disebabkan karena perawat belum pernah mendapatkan materi keselamatan kerja sebelumnya. Keselamatan kerja pada dasarnya adalah kondisi keselamatan yang bebas dari risiko kecelakaan dan kerusakan dimana kita bekerja yang mencakup tentang kondisi tempat kerja, kondisi peralatan kerja, dan kondisi pekerja, sedangkan

kesehatan kerja adalah merujuk pada kondisi umum fisik, mental dan stabilitas emosi secara umum. Sumakmur (2001) menyatakan keselamatan kerja merupakan rangkaian usaha untuk menciptakan suasana kerja yang aman dan tentram bagi para karyawan yang bekerja di perusahaan yang bersangkutan. Mangkunegara (2002) menjelaskan keselamatan kerja adalah suatu pemikiran dan upaya untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmaniah maupun rohaniah tenaga kerja. Malthis dan Jackson (2002) menyatakan bahwa keselamatan kerja merujuk pada perlindungan kesejahteraan fisik seseorang terhadap cedera yang terkait dengan pekerjaan. Keselamatan kerja perawat termasuk pengetahuan perawat mengenai risiko bahaya di rumah sakit yang dapat dihadapi perawat saat bekerja yang mencakup bahaya biologik, fisik, kimia, ergonomik dan psikososial serta bagaimana cara penanganannya (Kepmenkes No. 1078/2010; Ramsay, 2005).

Perawat di kedua rumah sakit baru mendapatkan materi satu kali waktu pelatihan yang dilaksanakan selama dua hari dengan waktu satu kali pertemuan selama dua jam, namun pertemuan ini belum cukup untuk perawat dapat menginternalisasi materi dengan optimal. Nanda (2005) mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang terkait dengan kurangnya pengetahuan individu disebabkan oleh kurang terpaparnya individu pada informasi, kurangnya ingatan/hapalan, salah menafsirkan informasi, keterbatasan kognitif individu, kurangnya minat belajar, dan tidak familiar pada sumber informasi. Robbins (2001) menekankan bahwa pola penerimaan pengetahuan dan pembelajaran yang ada dalam kegiatan pelatihan staf merupakan hal yang penting diperhatikan dalam proses pembelajaran pelatihan. Perubahan perilaku yang didasari pada kemampuan kognitif staf dipengaruhi oleh banyak hal diantaranya proses emosional, proses internal dan pribadi, kombinasi pengalaman dan konseptualisasi adalah kondisi pembelajaran yang paling baik (Gillies, 1994).

Hasil kuesioner menunjukkan terdapat pertanyaan yang belum mengalami peningkatan yang signifikan yaitu mengenai langkah-langkah dalam *patient handling* dari 34 responden, 6 (17,65%) responden yang menjawab benar sebelum intervensi menjadi 8 responden (23,53%) setelah intervensi, hanya mengalami peningkatan sebesar 2 responden (7,88%). Pertanyaan ini termasuk ke dalam penanganan bahaya cedera ergonomik.

Perawat dapat mengalami cedera ergonomik yang serius akibat mengangkat atau memindahkan pasien. Beberapa faktor yang menyebabkan ketegangan pada sistem muskuloskeletal mencakup muskuloskeletal kerja fisik yang berat, membungkukkan badan atau memutar badan yang sering, serta posisi statis yang tidak tepat dalam jangka waktu yang lama seperti ketika menyokong tungkai pada saat pembedahan (WorkCover NSW, 2005). Program *patient-handling* yang aman harus menekankan pentingnya melakukan pengkajian bahaya ergonomik secara rutin mencakup kemampuan fungsional pasien, kemampuan fisik, kondisi klinis, level bantuan, dan status mental pasien (American Nurses Today, 2008).

Salah satu bahaya cedera ergonomik adalah cedera punggung. Cedera punggung dan cedera muskuloskeletal akibat pekerjaan harus ditangani sama seriusnya dengan penyakit akibat pekerjaan lainnya karena dapat berakibat penurunan produktivitas kerja perawat. Perawat yang mengalami cedera pada bagian punggung sebanyak 38%, hampir semua cedera ini (98%) akibat tindakan perawat mengangkat dan memindahkan pasien secara manual (Meier, 2001). Perawat memiliki risiko terbesar mengalami *low back pain* (LBP) dan cedera muskuloskeletal di rumah sakit (Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown, Brady, 2002). Prevalensi perawat mengalami LBP 40-50% pertahun dan 35-80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan yang tertinggi (Edlich et al., 2004). Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Owen, 2000 dalam Zerwekh & Claborn, 2009).

Stimulus informasi untuk meningkatkan pengetahuan potensi bahaya yang dihadapi perawat di tempat kerja dan cara penanganannya khususnya penanganan bahaya cedera ergonomik (*patient handling*) yang mengacu pada buku panduan keselamatan perawat perlu diberikan kembali secara berkala. CDC (1996 dalam Kozier & Erb, 2002) menekankan panduan perawat untuk mencegah cedera punggung pada saat menangani pasien yaitu merencanakan pergerakan atau pemindahan secara hati-hati dan menyingkirkan rintangan dari daerah sekitar; mencari bantuan untuk orang lain atau menggunakan alat mekanis untuk memindahkan objek yang terlalu berat; mendorong klien untuk membantu sebisa mungkin; menggunakan lengan sebagai pengungkit bilamana memungkinkan untuk meningkatkan kekuatan mengangkat;

menyesuaikan daerah kerja hingga setinggi pinggang dan mempertahankan tubuh dekat daerah kerja; meninggikan tempat tidur yang dapat diatur atau turunkan pagar tempat tidur untuk mencegah peregangan dan penjangkauan yang berlebihan; menggunakan kesejajaran tubuh yang tepat; berdiri sedekat mungkin dengan objek yang akan digerakkan; menghindari peregangan, jangkauan yang berlebihan, dan pemelintiran yang dapat menempatkan garis gravitasi di luar dasar tumpuan.

CDC (1996 dalam Kozier & Erb, 2002) dalam panduan pencegahan cedera punggung selanjutnya menekankan agar perawat sebelum menggerakkan objek untuk merenggangkan kaki dan menekuk lutut, pinggul, dan pergelangan kaki perawat; sebelum menggerakkan objek, mengontraksikan otot gluteal, abdominal, tungkai, dan lengan perawat untuk menyiapkan diri sebelum tindakan; selalu menghadap ke arah pergerakan; menghindari bekerja melawan gravitasi; menarik, mendorong, menggulingkan atau memutar objek, bukan mengangkat objek; merendahkan bagian kepala tempat tidur memindahkan klien ke bagian atas tempat tidur; menggunakan otot gluteal dan tungkai perawat; mendistribusikan beban kerja antar kedua lengan dan tungkai untuk mencegah ketegangan punggung; ketika mendorong suatu objek, lebarkan dasar tumpuan dengan memajukan kaki bagian depan; ketika menarik objek lebarkan tumpuan dengan memundurkan kaki ke bagian belakang jika berhadapan objek atau memajukan kaki ke depan jika membelakangi objek; ketika memindahkan atau membawa objek memegang sedekat mungkin ke pusat gravitasi perawat dan; menggunakan berat badan sebagai kekuatan untuk menarik atau mendorong dengan mengayunkan kaki atau mencondongkan badan ke depan atau belakang.

Peningkatan intelektualitas dan kemampuan perawat dapat terjadi apabila materi pelatihan dan program pengembangan perawat dikaitkan langsung dengan peran dan tugas yang harus dikerjakannya. Pengetahuan tenaga kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam meningkatkan perilaku keselamatan di rumah sakit. Idayanti (2008) menyatakan ada hubungan antara variabel pengetahuan terhadap penerapan SOP teknik menyuntik ($p=0,025$; $\alpha=0,05$). Hal ini didukung oleh pendapat Notoadmodjo (2009) yang menyatakan bahwa staf perlu diberikan pengetahuan yang menunjang keterampilan

agar dapat melakukan tugas dan tanggungjawabnya berdasarkan teori-teori yang dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini diperkuat oleh Mangkuprawira (2008) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan unsur pokok bagi setiap karyawan untuk meningkatkan perilaku kerja. Morrison (1991) menyatakan bahwa efektifitas ingatan perlu dioptimalkan dengan pelatihan lanjutan maksimal 6 bulan karena interval retensi staf berada pada rentang waktu tersebut.

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan, meningkat 47,06%. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Kirana (2007) yang menemukan bahwa ada perbedaan kemampuan kognitif perawat secara signifikan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan pelatihan ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Hal ini diperkuat oleh Mulia (2010) yang menyatakan bahwa ada perbedaan yang bermakna pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok intervensi ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Pengetahuan merupakan kunci dalam menunjang peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Purwanto (1999) menyatakan bahwa pengetahuan adalah salah satu faktor yang memengaruhi perubahan perilaku individu, perilaku yang dilandasi pengetahuan akan menetap lebih lama daripada perilaku karena ikut-ikutan (Purwanto, 1999). Proses analisis secara sadar dalam bentuk berpikir sebelum mengambil keputusan merupakan gambaran kontribusi pengetahuan dalam pencegahan melakukan kesalahan pada individu (Rasmussen, Reason & Norman dalam Cahyono, 2008).

6.1.2.2 Subvariabel Sikap

Selain pengetahuan sikap juga merupakan kerangka kerja awal individu atau kecenderungan individu untuk berperilaku. Perilaku merupakan wujud nyata dari totalitas pengetahuan dan sikap. Sikap memiliki tiga komponen utama yaitu keyakinan atau ide dan konsep terhadap suatu objek, dorongan emosional terhadap suatu objek, dan kecenderungan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2003 ; Setiawati & Dermawan, 2008). Pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi berperan penting

dalam penentuan sikap seseorang, apakah individu akan mendukung atau tidak mendukung terhadap suatu stimulus. Murdyastuti (2010) menyatakan bahwa persepsi, pengetahuan tentang *patient safety* dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program *patient safety*.

Sikap perawat terhadap kesehatan dan keselamatan kerjanya mendorong perawat untuk menunjukkan perilaku aman dan selamat dalam bekerja. Hasil penelitian menunjukkan distribusi perawat dengan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik antara sebelum dan sesudah intervensi mengalami peningkatan hampir mendekati nilai maksimal 100 %. Hal ini disebabkan pada awal penelitian sebagian besar perawat telah memiliki sikap kesehatan dan keselamatan kerja yang baik. Sikap merupakan konsep penting yang digunakan untuk memahami dan memprediksi perilaku individu terhadap objek atau perubahan (Eagly et.al, 1993 dalam Wawan & Dewi, 2010).

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan, meningkat 26,47%. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Setyowati (2004) yang menyatakan bahwa ada peningkatan yang bermakna sikap antara sebelum dan sesudah intervensi berupa pemberian pendidikan kesehatan ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Hal senada memperkuat hasil penelitian ini dikemukakan oleh Succhitra dan Devi (2004) yang menyatakan bahwa ada peningkatan bermakna sikap sebelum dan sesudah intervensi berupa pendidikan kesehatan mengenai infeksi nosokomial pada pekerja kesehatan.

Pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi berperan penting dalam penentuan sikap seseorang, apakah individu akan mendukung atau tidak mendukung terhadap suatu stimulus. Fauzi (1992) menyatakan bahwa tinggi rendahnya kadar tindakan kesehatan dan keselamatan kerja secara positif dipengaruhi oleh tinggi rendahnya kadar persepsi terhadap kondisi lingkungan kerja dan oleh kadar sikap terhadap program keselamatan dan kesehatan kerja. Sikap tidak muncul tiba-tiba atau dibawa lahir kan tetapi disusun dan dibentuk melalui pengalaman serta berperan langsung terhadap respons individu (Alliport dalam Djaali, 2007).

Hasil data kuesioner menemukan bahwa terdapat satu pernyataan yang tidak mengalami peningkatan yang sedikit yaitu mengenai sikap untuk mengatasi stres akibat kerja dari 34 responden, hanya 5 responden (14,70%) sebelum intervensi menjadi 6 responden (17,64%) sesudah intervensi, hanya meningkat 1 responden (2,94%). Hal ini dapat disebabkan karena perawat belum menyadari bahaya stres akibat kerja.

Keadaan stres memengaruhi seseorang dalam melaksanakan kegiatannya secara langsung, dan dapat menurunkan produktivitas kerja organisasi secara tidak langsung dengan melakukan banyak kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja. Stres akibat lingkungan pekerjaan dan kelebihan beban kerja merupakan masalah *safety* yang paling utama (American Nurses Association, 2004). Hasil survei dari PPNI (2006), sekitar 50,9 % perawat yang bekerja di empat provinsi di Indonesia mengalami stress kerja, sering pusing, lelah, tidak bisa beristirahat karena beban kerja terlalu tinggi dan menyita waktu, dan mengeluh gaji rendah tanpa insentif memadai. Termasuk penyebab stres adalah persepsi adanya konflik antara kepentingan keselamatan dan produktivitas kerja (Ferraro, 2002). Dyer (2000) menemukan bahwa beban kerja yang berlebihan akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam keselamatan.

Gejala awal stres mencakup iritabilitas, tidak nafsu makan, sakit lambung, migrain, ketidakstabilan emosional dan gangguan tidur. Gejala stres yang tidak disadari dan diatasi dapat mengakibatkan *burnout*, penurunan kualitas kerja, dan peningkatan absensi. Manajemen stres merupakan salah cara penanganan bahaya psikososial akibat kerja yang dihadapi perawat di rumah sakit.

Kurangnya kesadaran perawat akan pentingnya mengatasi stres akibat kerja sebaiknya ditindaklanjuti dengan penekanan pentingnya mengatasi bahaya psikososial dengan pemberian informasi lanjutan melalui pelatihan yang mengacu pada buku panduan keselamatan. Materi yang berkaitan dengan area kerja staf dapat disampaikan dalam pelatihan dan pengembangan kepribadian staf termasuk sikap dalam menunjang produktivitas kerja (As'ad, 2003). Gillies (2000) menyatakan bahwa pelatihan merupakan kegiatan pengembangan staf untuk meningkatkan mutu

sumber daya keperawatan. Peningkatan produktivitas kerja, mutu kerja, moralitas kerja, kematangan kepribadian staf, intelektualitas, keterampilan kerja, dan keselamatan kerja dapat ditingkatkan melalui pelatihan (As'ad, 2003).

6.1.2.3 Subvariabel Tindakan

Tindakan merupakan perilaku yang sudah konkrit dalam bentuk perbuatan (*action*) terhadap situasi dan atau rangsangan dari luar. Perilaku terbuka adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2003). Tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi mengalami peningkatan. Peningkatan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi belum mencapai nilai maksimal 100%.

Tindakan perawat berdasarkan tingkatan tindakan menurut kualitasnya masih termasuk tingkat pertama yaitu tindakan terpimpin (*guided respon*), yaitu perawat telah melakukan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik namun masih tergantung pada pedoman atau panduan. Hal ini perlu ditindaklanjuti dengan pelatihan lanjutan. Peningkatan produktivitas kerja terjadi karena peningkatan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan perawat selalu diperbarui dan disesuaikan dengan standar. Tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik dapat ditingkatkan lagi melalui pelatihan sehingga dari tindakan terpimpin menjadi tindakan secara otomatis lalu meningkat lagi menjadi tindakan yang bukan hanya sekedar rutinitas saja akan tetapi sudah melakukan modifikasi, atau praktik/tindakan yang berkualitas (Notoatmodjo, 2010).

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan, meningkat 58,83%. Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian oleh Dewi (2011) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan pelaksanaan tindakan penerapan keselamatan pasien setelah pelatihan pada kelompok intervensi ($p=0,001$; $\alpha=0,05$).

Hasil penelitian diperkuat oleh Afifka (2003) yang menyatakan bahwa program kesehatan dan keselamatan kerja memiliki pengaruh positif terhadap peningkatan produktivitas kerja karyawan karena membentuk pengetahuan, keterampilan dan sikap yang baik terhadap kesehatan dan keselamatan kerja sehingga dapat mencegah atau mengurangi kerugian-kerugian akibat penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja. Allender & Spradley (2005) menyatakan bahwa domain praktik mencakup kemampuan individu untuk menampilkan tindakan secara nyata melalui koordinasi sistem neuromuskular. Individu membutuhkan latihan dan proses penerapan keterampilan yang didapat untuk mencapai tingkatan tindakan yang berkualitas.

Hasil data kuesioner menemukan terdapat pernyataan yang tidak menunjukkan peningkatan tindakan signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi, yaitu tindakan menggunakan sarung tangan ketika menyuntik. Distribusi perawat yang melakukan tindakan ini hanya meningkat 4 responden (11,77%), dari 34 responden, hanya 5 responden (14,70%) sebelum intervensi menjadi 9 responden (26,47%) sesudah intervensi.

Perawat yang tidak menggunakan sarung tangan ketika menyuntik sangat berisiko mengalami *needlestick injury* yang merupakan penyebab utama terpaparnya petugas kesehatan terhadap penyakit berbahaya seperti HIV, HBV dan HCV di rumah sakit. Risiko penularan infeksi akibat NSI dari pasien yang terinfeksi terhadap petugas kesehatan (yaitu HBV 3–10%, HBC 3% dan HIV 0,3% (WHO, 2003). Faktor-faktor yang meningkatkan risiko penularan HIV mencakup luka dalam, darah yang tidak terlihat pada alat, darah pada saluran lubang jarum suntik, penggunaan alat untuk mengakses arteri atau vena, dan status viral pasien yang tinggi (Cardo, et al., 1997).

Hasil observasi pada 28 Maret 2012 di ruang rawat tempat penelitian, peneliti menemukan ketersediaan dan keterjangkauan sarung tangan di ruangan sudah mencukupi. Hal ini didukung oleh pernyataan kepala bidang keperawatan bahwa rumah sakit telah menyediakan fasilitas sarung tangan untuk petugas di ruangan dan perawat bebas menggunakannya sesuai kebutuhan. Faktor kebiasaan dan kurangnya

kesadaran perawat akan pentingnya penggunaan sarung tangan ketika menyuntik dapat menjadi penyebab perawat tidak memakai sarung tangan ketika menyuntik.

Rumah sakit perlu menekankan kembali pentingnya menggunakan sarung tangan saat prosedur menyuntik melalui stimulus informasi lewat pelatihan dan penggunaan panduan keselamatan. WHO (2004) menekankan perawat harus menerapkan prinsip-prinsip dalam menggunakan sarung tangan yaitu menggunakan sarung tangan (bersih, nonsteril) ketika berisiko bersentuhan dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau membran mukosa; mengganti sarung tangan di antara kontak dengan pasien yang berbeda; mengganti sarung tangan di antara tindakan/prosedur meskipun pada pasien yang sama untuk mencegah kontaminasi silang antara bagian tubuh.; melepaskan sarung tangan segera setelah penggunaan dan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang lain; mencuci tangan segera setelah melepaskan sarung tangan; menggunakan sabun antimikroba atau antiseptik dan; membuang sarung tangan dan tidak mencuci atau menggunakannya kembali sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

6.1.2.4 Perbedaan Perilaku

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat merupakan tindakan atau aktivitas dalam upaya mencegah terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja. Perilaku manusia mencakup aktivitas baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar sebagai hasil dari proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2003; Setiawati & Dermawan, 2008). Skinner (1938 dalam Notoatmodjo, 2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Notoatmodjo (2003) menjelaskan perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan termasuk lingkungan pekerjaan.

Penelitian menunjukkan perawat yang memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi mengalami peningkatan. Peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi sesudah intervensi masih belum mencapai angka

maksimal 100%. Hal ini dapat disebabkan perawat baru mendapatkan materi keselamatan kerja satu kali dan waktu pelatihan yang singkat dan waktu penggunaan panduan keselamatan perawat berkisar satu bulan, yang mengakibatkan internalisasi materi belum optimal. Perubahan perilaku seseorang baru dapat dilihat paling cepat setelah 2-3 bulan setelah diberikan tindakan/intervensi dengan pertimbangan adanya faktor-faktor lain yang saling berinteraksi dan dapat mempengaruhi (Sirajuddin, 2011). Hal senada diungkapkan oleh Anto (2008) yang menyatakan bahwa evaluasi perilaku paling cepat dilakukan 3 bulan setelah pelatihan untuk mengetahui apakah perubahan perilaku yang ditunjukkan bersifat sementara atau permanen.

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan, kenaikan sebesar 50%. Hal senada dikemukakan oleh Kusumaningtyas (2011) yang menyatakan terdapat peningkatan perilaku keselamatan kerja yang bermakna setelah pelatihan pada kelompok intervensi ($p=0,002$; $\alpha=0,05$). Hal ini berarti bahwa penggunaan panduan keselamatan perawat berpengaruh terhadap peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya. Pencegahan agar tidak terjadi kesalahan pada saat bekerja dapat dilakukan dengan staf senantiasa bekerja sesuai dengan standar dan selalu berpedoman pada panduan kerja (As'ad, 2003).

Peningkatan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup variabel pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok intervensi dipengaruhi oleh adanya intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Juslida (2001) yang menemukan bahwa pada kelompok intervensi didapatkan peningkatan bermakna nilai rata-rata sesudah intervensi berupa pelatihan manajemen metode penugasan terhadap pengetahuan dan sikap ketua tim dalam penerapan metode tim ($p= 0,001$). Nilasari (2010) menyatakan ada peningkatan yang bermakna pengetahuan dan keterampilan penerapan program *patient safety* sesudah pelatihan pada perawat pelaksana ($p= 0,001$). Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa pelatihan merupakan upaya peningkatan dan pengembangan kemampuan staf yang bermakna berdasarkan kebutuhannya. Tenaga perawat memiliki kebutuhan yang besar untuk

mendapatkan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam berbagai level untuk mendukung program keselamatan (Mc.Cotcheon et. Al, 2006).

Perubahan perilaku pada penelitian ini sudah berada pada fase *trial* (Rogers, 1974) atau *the new behaviour* (Lewin, 1974) dimana individu sudah mencoba perilaku. Perilaku baru dapat dikatakan permanen minimal tiga bulan setelah intervensi individu tetap mempertahankan perilaku barunya yaitu pada fase *adoption* atau *refreezing*. Perubahan perilaku permanen apabila individu menunjukkan perilaku barunya sesuai pengetahuan, kesadaran dan sikapnya dan telah merasakan kegunaan dan manfaatnya Pada dasarnya belajar akan menimbulkan perubahan perilaku baik secara aktual dalam bentuk tindakan maupun potensial dalam bentuk pengetahuan dan sikap (Suryabrata, 2008).

Uraian-uraian hasil penelitian dan teori terkait tersebut menunjukkan bahwa hipotesis penelitian yang menyatakan ada perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat pada kelompok intervensi dapat diterima. Hal ini senada dengan pendapat Rivai dan Sagala (2009) yang menyatakan bahwa peningkatan kemampuan responden secara signifikan setelah intervensi mengartikan intervensi yang dilakukan telah memberikan pengaruh positif.

6.1.3 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat pada Kelompok Kontrol.

6.1.3.1 Subvariabel Pengetahuan

Penelitian menunjukkan distribusi perawat dengan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik antara sebelum dan sesudah intervensi tidak terjadi peningkatan signifikan (5,91%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan.

Hasil penelitian sejalan dengan hasil penelitian Indraswati (2008) yang menemukan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pengetahuan perawat pelaksana sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok kontrol ($p=0,454$; $\alpha=0,05$). Mulia

(2010) memperkuat hal ini, yang menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok kontrol ($p=0,417$; $\alpha=0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan tidak adanya peningkatan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol disebabkan oleh tidak adanya stimulus pengetahuan berupa pelatihan dan penggunaan panduan keselamatan perawat.

6.1.3.2 Subvariabel Sikap

Perbedaan distribusi perawat dengan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan signifikan (2,95%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan. Hal senada dikemukakan oleh Anisyah (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada efektivitas peningkatan sikap penggunaan alat pelindung diri pada kelompok kontrol sesudah intervensi.

Peningkatan sikap pada kelompok kontrol belum signifikan meskipun pada awal penelitian sebagian besar perawat pada kelompok kontrol telah memiliki sikap yang baik. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya stimulus peningkatan pengetahuan yang mendorong seseorang untuk dapat bersikap. Pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi berperan penting dalam penentuan sikap seseorang, apakah individu akan mendukung atau tidak mendukung terhadap suatu stimulus (Notoatmodjo, 2010).

6.1.3.3 Subvariabel Tindakan

Perbedaan distribusi perawat dengan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik antara sebelum dan sesudah intervensi tidak mengalami peningkatan signifikan (5,88%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi yang bermakna tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan. Hal senada dikemukakan oleh Mulia (2011) yang menyatakan tidak ada perbedaan pemahaman keselamatan pasien pada kelompok kontrol setelah intervensi ($p=0,727$; $\alpha=0,05$).

Peningkatan tindakan pada kelompok kontrol belum signifikan disebabkan oleh tidak adanya stimulus berupa peningkatan pengetahuan dan sikap yang mendorong seseorang untuk dapat bertindak. Pengetahuan adalah salah satu hal mendasar yang akan meningkatkan kesadaran dan sikap yang positif individu untuk menampilkan perilaku baru (Rogers, 1978 dalam Notoatmodjo, 2003).

6.1.3.4 Perbedaan Perilaku

Penelitian menunjukkan distribusi perawat yang memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik sebanyak 29,41% sebelum intervensi menjadi 23,50% perawat sesudah intervensi, menurun sebesar 5,91%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan ($p=0,687$; $\alpha=0,05$).

Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup subvariabel pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat pada kelompok intervensi, bahkan terdapat penurunan sebesar 5,91%. Mulia (2010) menyatakan tidak ada peningkatan yang bermakna pemahaman mengenai penerapan keselamatan pasien sesudah pelatihan pada kelompok kontrol ($p= 0,417$; $\alpha=0,05$).).

Perilaku merupakan respons individu terhadap stimulus pada dirinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak akan terjadi dalam kurun waktu tertentu apabila tidak terdapat stimulus berupa informasi yang diberikan melalui pelatihan maupun penggunaan panduan keselamatan perawat. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa lingkungan memberikan pengaruh terhadap masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut.

Perilaku individu dihasilkan dari proses pembelajaran. Perilaku adalah seluruh aktivitas yang dapat dilihat maupun tidak pada diri seseorang yang merupakan proses dari pembelajaran (Setiawati & Darmawan, 2008). Uraian pembahasan di atas menyimpulkan bahwa hipotesis yang menyatakan ada perbedaan yang bermakna

perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan tidak dapat diterima.

6.1.4 Perbedaan Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat Sebelum dan Sesudah Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

6.1.4.1 Subvariabel Pengetahuan

Penelitian menggambarkan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja mayoritas perawat di kedua kelompok masih kurang di awal penelitian masih belum optimal, meskipun sebagian besar perawat berpendidikan DIII Keperawatan. Pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat setara. Kesetaraan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di awal penelitian dapat dijadikan justifikasi pengaruh intervensi terhadap peningkatan pengetahuan yang bermakna pada kelompok intervensi.

Penelitian menunjukkan distribusi perawat dengan pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat terdapat selisih signifikan (52,99%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna pengetahuan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi.

Hasil penelitian sejalan dengan hasil penelitian Mulia (2010) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan bermakna rata-rata pemahaman antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah pelatihan keselamatan pasien di kelompok intervensi ($p=0,001$; $\alpha=0,05$). Utami (2010) memperkuat hal ini yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan pelatihan kesehatan dan keselamatan kerja dalam penggunaan alat pelindung diri terhadap peningkatan pengetahuan penggunaan alat pelindung diri antara kelompok intervensi dan kontrol, ditunjukkan dengan ($p < 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan

kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak menggunakan panduan keselamatan perawat. Pengetahuan yang diberikan melalui *learning culture* pada petugas kesehatan sangat mendukung perubahan perilaku keselamatan dalam membangun budaya keselamatan di rumah sakit (Cahyono, 2008).

6.1.4.2 Subvariabel Sikap

Penelitian menunjukkan di awal penelitian sebagian besar perawat pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol telah memiliki sikap kesehatan dan keselamatan kerja yang baik dengan prosentase yang sama (67,60%). Sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat setara. Sikap kesehatan dan keselamatan kerja yang baik belum menjadi tolak ukur perilaku yang baik karena sikap merupakan respons tertutup berupa kesiapan atau kesediaan seseorang untuk bertindak, sikap bukan merupakan tindakan dan belum dapat diamati secara langsung dari luar.

Hasil penelitian yang menggambarkan sikap perawat yang sudah baik dapat memberi pengaruh yang cukup besar dalam peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Sikap perawat terhadap kesehatan dan keselamatan kerja yang baik dapat mendorong perawat untuk menunjukkan perilaku aman dan selamat dalam bekerja. Sikap merupakan sesuatu yang kompleks namun dapat diperoleh melalui pembelajaran secara terus menerus, dan merupakan dari sistem kognitif dan afektif yang dapat berubah-ubah yang melatarbelakangi terjadinya tindakan positif dan negatif individu terhadap stimulus atau objek (Usono, 2000).

Penelitian menunjukkan distribusi perawat dengan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat terdapat selisih signifikan (23,52%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok kontrol antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Utami (2010) yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan efektivitas peningkatan sikap penggunaan alat pelindung diri antara kelompok eksperimen dan kontrol, ditunjukkan dengan ($p < 0,05$). Hasil penelitian menunjukkan intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan sikap kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak menggunakan panduan keselamatan perawat, meskipun pada awal penelitian sikap perawat pada kelompok kontrol masuk dalam kategori baik.

6.1.4.3 Subvariabel Tindakan

Hasil penelitian menunjukkan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja mayoritas perawat pada kedua kelompok di awal penelitian tergolong kurang baik. Tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat setara. Kesetaraan tindakan dapat dikaitkan dengan belum adanya stimulus informasi baik berupa pelatihan maupun program keselamatan kerja bagi perawat di rumah sakit. Walaupun perawat telah memiliki sikap yang baik akan tetapi pengetahuan perawat yang masih kurang dapat menjadi penyebab perawat belum menunjukkan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik. Tindakan merupakan wujud dari perilaku yang paling mencerminkan perubahan perilaku seseorang. Perilaku yang baik harus dilandasi oleh pengetahuan yang baik, didorong oleh sikap yang baik dan diwujudkan oleh tindakan yang baik.

Penelitian menunjukkan distribusi perawat dengan tindakan kesehatan dan keselamatan kerja yang baik sesudah penggunaan panduan keselamatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat selisih signifikan (50%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi. Hal ini berarti intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan tindakan

kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak menggunakan panduan keselamatan perawat.

6.1.4.4 Perbedaan Perilaku

Hasil penelitian menunjukkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja mayoritas perawat di awal penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tergolong kurang baik. Hal ini dapat dikaitkan dengan belum adanya program keselamatan kerja bagi perawat baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Perawat belum pernah mendapatkan pelatihan mengenai keselamatan dalam bekerja. Panduan perawat dalam bekerja berupa SOP dan SAK, panduan keselamatan kerja belum ada. Kebijakan mengenai keselamatan di rumah sakit telah dicanangkan sejak 2005 dan menjadi program nasional dan menjadi bagian kerangka penjaminan mutu rumah sakit dalam akreditasi rumah sakit sejak 2008. Perhatian terhadap *safety* termasuk keselamatan perawat di Rumah Sakit Siaga Raya baru dimulai sejak 2009 dengan dibentuknya subbidang *patient safety* di bawah komite medik, sedangkan di Rumah Sakit Setia Mitra sejak 2010 yang lingkup tanggungjawabnya tercakup dalam uraian tugas dan tanggungjawab kepala bidang keperawatan.

Hal ini berarti bahwa keterpaparan perawat terhadap program keselamatan di kedua rumah sakit belum lama sehingga keselamatan belum menjadi kebiasaan dan tercermin dalam perilaku. Tetap dibutuhkan upaya aplikatif untuk lebih mensosialisasikan program keselamatan, khususnya keselamatan perawat dalam bekerja.

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat adalah setara. Perawat di kedua rumah sakit sama-sama belum pernah mendapatkan materi mengenai keselamatan kerja perawat yang mencakup informasi potensi bahaya yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara penganganannya. Hal ini memperkuat hasil penelitian yang menunjukkan peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan perawat yang terjadi merupakan pengaruh dari intervensi bukan akibat faktor lain.

Penelitian menunjukkan distribusi perawat yang memiliki perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat selisih signifikan (70,62%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah penggunaan panduan keselamatan. Hal ini berarti intervensi berupa penggunaan panduan keselamatan perawat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak menggunakan panduan keselamatan perawat.

Uraian pembahasan tersebut menyimpulkan bahwa hipotesis yang menyatakan ada perbedaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah penggunaan panduan keselamatan dapat diterima. Penggunaan panduan keselamatan perawat dapat menjadi sarana perubahan perilaku yang berasal dari ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan perawat untuk merubah perilaku menjadi lebih baik. Perubahan perilaku yang dihasilkan dari proses pembelajaran akan dapat bertahan lama. Suryabrata (2008) menyatakan bahwa untuk menghasilkan perubahan perilaku yang nyata pada individu diperlukan keterlibatan proses kompleks berbagai faktor baik dalam diri maupun dari luar individu.

6.1.4 Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik perawat yang mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat setara. Kesetaraan pada awal penelitian memastikan ke dua kelompok memulai penelitian dalam kondisi yang sama sehingga dapat menyingkirkan karakteristik perawat sebagai variabel *confounding* yang dapat memengaruhi hasil penelitian.

Penelitian menunjukkan peningkatan signifikan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok intervensi sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat. Sebaliknya

pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan signifikan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat baik pada subvariabel pengetahuan, sikap maupun tindakan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat. Penelitian juga menunjukkan ada selisih signifikan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup subvariabel pengetahuan, sikap dan tindakan antara kelompok intervensi sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat. Peneliti menyimpulkan bahwa hipotesis mayor yang menyatakan bahwa ada pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat di Rumah Sakit Siaga Raya dapat diterima.

Upaya untuk menjamin keselamatan dan perlindungan setiap profesional perawatan kesehatan, termasuk perawat perlu dilakukan. Penggunaan panduan keselamatan perawat hasil dari penelitian ini merupakan upaya peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat guna melindungi perawat dari potensi bahaya dan penyakit akibat kerja. Undang-undang No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja mengemukakan bahwa setiap tenaga kerja berhak mendapat perlindungan atas keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas Nasional. Setiap orang lainnya yang berada di tempat kerja perlu terjamin pula keselamatannya (Wijono, 1999).

Penggunaan panduan keselamatan perawat perlu didukung oleh pelatihan secara periodik dan berkesinambungan sehingga perawat dapat menguasai materi baik dari segi kognitif, afektif dan psikomotor. Penggunaan panduan keselamatan perawat yang lebih optimal dan waktu internalisasi materi yang lebih lama diharapkan dapat meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang maksimal dan permanen. Perawat yang menunjukkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang baik dapat meningkatkan keselamatan bekerja dan kualitas pelayanan. Upaya ini merupakan langkah peningkatan profesionalitas perawat melalui perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang baik dan perbaikan mutu pelayanan keperawatan. Mutu dan keselamatan berakar pada pekerjaan sehari-hari setiap profesional perawatan kesehatan dan staf lainnya (Joint Commission International, 2011).

6.2 Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi: keterbatasan pengumpulan data, waktu resistensi pengukuran perilaku, dan keterbatasan instrumen.

6.2.1 Pengumpulan data

Pada penelitian ini metode pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diberikan secara langsung kepada perawat yang sebelumnya sudah diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian. Disamping itu, proses pengambilan data penelitian untuk instrumen D (lembar observasi pengukuran tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat) dibantu oleh kepala ruang masing-masing tempat penelitian yang sudah diberi penjelasan secara terinci tentang proses penelitian dan diuji *interrater reliabilitas* dengan hasil baik.

Proses pengisian kuesioner ada yang didampingi oleh peneliti, ada juga yang tidak didampingi karena harus menyesuaikan dengan jadwal dinas. Area penelitian di dua rumah sakit umum swasta tipe C yang berbeda kecamatan, menyulitkan peneliti mendampingi perawat pelaksana dalam proses pengisian di dua tempat secara bersamaan. Kondisi tersebut dikhawatirkan akan ada kompromi atau kesamaan penilaian antara perawat satu dengan yang lainnya. Untuk mengantisipasi hal tersebut, sebelumnya kepala ruang dan perawat sudah diberikan penjelasan oleh peneliti dibantu oleh kepala bidang keperawatan tentang manfaat dari penilaian yang akan dilakukan oleh perawat terutama manfaat dalam peningkatan pelayanan keperawatan, dibutuhkan kejujuran dalam pengisian sehingga hasil penilaian benar-benar sesuai dengan kenyataan yang terjadi di ruangan.

6.2.2 Waktu Pengukuran Resistensi Perilaku

Waktu pelatihan keselamatan kerja perawat perlu dibuat secara bertahap dan berkala. Pelatihan yang dilaksanakan selama dua hari belum optimal untuk perawat dapat menginternalisasi materi. Perawat perlu diberikan penyegaran kembali materi keselamatan kerja perawat yang terdapat dalam buku panduan keselamatan perawat

secara periodik dalam rentang waktu minimal 6 bulan. Rentang waktu pengukuran resistensi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebaiknya dilakukan dalam rentang waktu minimal 3 bulan. Hasil penelitian dapat menjadi indikator jika panduan keselamatan perawat dapat diterapkan dengan baik dalam kurun waktu minimal 3 bulan dapat mengukur peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja lebih permanen. Untuk mengatasi keterbatasan waktu penelitian, peneliti telah membuat komitmen bersama dengan kepala bidang perawatan, kepala bagian SDM, dan kepala ruangan, agar mengupayakan penggunaan panduan keselamatan perawat dapat diberlakukan di rumah sakit. Kepala ruang dan kepala bidang keperawatan juga berkomitmen untuk terus mengevaluasi perilaku keselamatan kerja perawat dalam supervisi keperawatan.

6.2.3 Keterbatasan Instrumen

Instrumen penelitian yang dibuat sendiri oleh peneliti perlu lebih disempurnakan. Komposisi pernyataan pada instrumen B yang mengukur subvariabel pengetahuan, instrumen C yang mengukur subvariabel sikap, dan instrumen D yang mengukur subvariabel tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat perlu dibuat lebih detail dan dikelompokkan berdasarkan macam bahaya yang dapat dihadapi perawat.

Macam bahaya yang dapat dihadapi perawat mencakup bahaya biologik, bahaya fisik, bahaya kimia, bahaya cedera ergonomik, dan bahaya psikososial serta cara pencegahan dan penanganan cedera atau penyakit akibat kerja. Pertanyaan instrumen yang lebih detail dan dikelompokkan berdasarkan macam bahaya memudahkan peneliti untuk menemukan bahaya mana yang paling berisiko dihadapi perawat dan penanganan bahaya mana yang paling sulit dilakukan atau sebaliknya untuk menemukan bahaya mana yang paling tidak berisiko dan penanganan yang paling mudah dilakukan perawat.

Buku panduan keselamatan merupakan instrumen yang digunakan sebagai acuan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan studi literatur. Telaah ilmiah terutama jurnal mengenai keselamatan kerja perawat di Indonesia masih minim. Proses pembuatan panduan

keselamatan telah melewati konsultasi pembimbing tesis dan pakar manajemen keperawatan.

Perbaikan terhadap isi dan tampilan panduan telah dilakukan berdasarkan masukan pembimbing tesis dan pakar manajemen keperawatan sebelum panduan digunakan dalam penelitian. Peneliti mengharapkan buku panduan ini dapat dikembangkan dan disempurnakan serta diuji coba kembali secara lebih spesifik mengacu pada ranah kompetensi profesional perawat dan standar pelayanan keperawatan yang ada di Indonesia sehingga dapat lebih aplikatif untuk dapat diterapkan di seluruh Indonesia.

6.3 Implikasi Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh penggunaan panduan keselamatan kerja perawat terhadap peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.3.1 Implikasi Bagi Institusi Pelayanan

Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan yang signifikan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat setelah penggunaan panduan keselamatan perawat. Perawat yang dilatih dan menggunakan panduan keselamatan perawat meningkat perilaku kesehatan dan keselamatan kerjanya yang mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga dapat melindungi diri menjamin keselamatan dalam bekerja. Peningkatan pemahaman perawat terhadap keselamatan di tempat kerja dapat membantu manajemen untuk memberi arahan secara persuasif tentang faktor praktik kerja yang berisiko kecelakaan (Brown, 2003). Peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Implikasi negatif apabila perilaku kesehatan dan keselamatan kerja tidak ditingkatkan adalah terjadinya insiden penyakit atau cedera pada perawat yang akhirnya dapat meningkatkan absensi, stres kerja, menurunnya kepuasan kerja dan meningkatnya *turn over*. Kondisi ini juga akan memberikan dampak meningkatnya biaya komplain karyawan akibat perawatan staf perawat yang mengalami insiden penyakit atau cedera, sehingga semakin besar beban biaya yang harus ditanggung rumah sakit. Pada akhirnya nilai mutu pelayanan keperawatan dan mutu rumah sakit

yang yang menurun akan menjauhkan konsumen untuk menggunakan jasa rumah sakit tersebut.

Implikasi negatif lainnya adalah terhadap pasien, apabila insiden cedera atau penyakit melibatkan pasien, misalnya pasien yang mengalami insiden atau penyakit akibat perilaku kesehatan dan keselamatan yang tidak baik dari petugas. Hal ini dapat menimbulkan sengketa medis, tuntutan malpraktik yang dapat membawa rumah sakit ke dalam jeratan hukum yang pada akhirnya juga akan menghilangkan kepercayaan masyarakat menggunakan jasa rumah sakit.

Manajemen rumah sakit bertanggung jawab untuk membuat program manajemen risiko yang berkelanjutan untuk mengidentifikasi dan mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan risiko-risiko keselamatan lainnya pada pasien dan staf (JCI, 2011). Salah satunya adalah menetapkan standar dan acuan keselamatan dalam bekerja. Manajemen rumah sakit sebagai penentu kebijakan dapat menggunakan panduan keselamatan perawat dan hasil yang didapatkan dari penelitian ini sebagai dasar untuk mengembangkan perencanaan peningkatan kualitas tenaga perawat sebagai salah satu strategi yang diperlukan agar dapat memberikan asuhan yang lebih aman dan meningkatkan mutu layanan keperawatan.

Rumah sakit juga dapat menetapkan kebijakan secara struktural dan fungsional untuk menjalankan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian dalam program-program keselamatan kerja perawat. Dukungan rumah sakit dengan program pelatihan dan panduan keselamatan kerja perawat dapat mengingatkan kembali informasi dan pengetahuan yang harus dimiliki perawat serta dapat memberikan pengetahuan dan kemampuan baru bagi perawat agar senantiasa sesuai standar.

Upaya peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang didukung oleh kebijakan yang tepat merupakan cara yang paling baik agar staf dapat bertanggungjawab atas keselamatan dirinya, orang lain dan lingkungannya. Perhatian dan dukungan manajemen rumah sakit terhadap kesehatan dan keselamatan kerja perawat merupakan salah satu bentuk investasi SDM rumah sakit yang amat potensial demi peningkatan mutu rumah sakit.

6.3.2 Implikasi bagi Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Implikasi penelitian ini bagi keilmuan dan pendidikan keperawatan adalah hasil penelitian ini dapat dijadikan abhan kajian yang bermanfaat dalam mengembangkan pengalaman belajar peserta didik terkait keselamatan kerja perawat berdasarkan buku panduan keselamatan kerja perawat yang telah dibuat. Keselamatan kerja perawat perlu dikembangkan dan masuk ke dalam kurikulum dan kompetensi pendidikan perawat khususnya mata ajar manajemen keperawatan yang masuk ke dalam fungsi kendali mutu rumah sakit. Materi keselamatan kerja perawat ini perlu diseragamkan pada seluruh institusi pendidikan keperawatan yang ada melalui proses pemebelajaran sesuai kompetensi sehingga lulusan perawat yang akan bekerja memiliki keseragaman pemahaman mendasar dan kompetensi optimal dalam keselamatan kerja.

Perilaku keselamatan dalam bekerja harus menjadi *mind set* mahasiswa calon perawat profesional yang mulai diberikan, ditekankan dan diterapkan semenjak proses pemebelajaran di kampus maupun di lahan praktik. Hal ini akan menjadikan mahasiswa calon perawat profesional telah memiliki pengetahuan, sikap dan terbiasa menunjukkan perilaku aman dan selamat dalam bekerja, sehingga ketika terjun di dunia kerja perawat akan mudah menjalankannya karena sudah terbiasa. Implikasi jangka panjang hal ini adalah upaya menumbuhkan kesadaran akan budaya keselamatan dalam tatanan pelayanan akan menjadi lebih mudah.

6.3.3 Implikasi bagi PPNI dan PERSI

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu *evidence based* yang dapat digunakan organisasi profesi untuk menetapkan standar perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Panduan keselamatan perawat yang telah dibuat dapat menjadi model awal dan dapat dikembangkan dan disempurnakan pada kebutuhan untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat untuk meningkatkan kontribusi perawat dalam perbaikan pelayanan keperawatan melalui organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) merupakan organisasi yang bertanggungjawab terhadap pengembangan dan mutu rumah sakit di Indonesia dapat menjadikan panduan keselamatan perawat sebagai acuan untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Panduan keselamatan kerja perawat yang telah dibuat ini juga dapat dikembangkan dan didukung oleh pelaksanaan pelatihan yang lebih optimal yang ditujukan penguasaan secara kognitif, afektif maupun psikomotor sehingga dapat meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja yang lebih permanen.

6.3.4 Implikasi bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini menghasilkan sejumlah data yang dapat dijadikan rujukan dalam mengembangkan penelitian lebih lanjut menggunakan sampel yang lebih besar, desain dan metode yang berbeda baik secara kuantitatif maupun kualitatif pada *setting* yang sama maupun berbeda. Penelitian lebih lanjut terkait perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dapat dikaitkan dengan fungsi-fungsi manajemen keperawatan. Penelitian ini dapat menjadi dasar pentingnya melakukan pengembangan riset terkait perilaku kesehatan keselamatan kerja perawat yang masih minim dilakukan terutama di Indonesia.

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan simpulan yang telah didapat dari hasil penelitian dan memberikan saran yang terkait dengan masalah penelitian. Adapun simpulan dan saran diuraikan sebagai berikut:

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian pada bab sebelumnya dapat peneliti simpulkan tentang pengaruh penggunaan panduan keselamatan perawat terhadap perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebagai berikut:

- 7.1.1 Gambaran karakteristik perawat pelaksana sebagian besar berjenis kelamin perempuan, dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan, dan masa kerja lebih dari lima tahun.
- 7.1.2 Ada perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat pada kelompok intervensi.
- 7.1.3 Tidak ada perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat pada kelompok kontrol.
- 7.1.4 Tidak ada perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum penggunaan panduan keselamatan perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 7.1.5 Ada perbedaan yang bermakna perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan sesudah penggunaan panduan keselamatan perawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

7.2 Saran

Hasil penelitian ini menunjukkan dampak yang positif berupa peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Berdasarkan hasil penelitian yang telah disimpulkan peneliti mengusulkan saran sebagai berikut:

7.2.1 Bagi Rumah Sakit

- 7.2.1.1 Rumah sakit dapat mendukung kebijakan dan program terkait keselamatan kerja perawat termasuk penyediaan dan keterjangkauan fasilitas agar perawat dapat menerapkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.
- 7.2.1.2 Rumah sakit dapat menindaklanjuti hasil penelitian melalui pembuatan kebijakan penggunaan panduan keselamatan perawat untuk peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada seluruh perawat.
- 7.2.1.3 Bidang Keperawatan bersama subbidang *safety* dapat membuat pelatihan keselamatan kerja perawat berkala setiap enam bulan mengacu pada panduan keselamatan perawat serta program keselamatan kerja perawat lainnya agar peningkatan perilaku dapat bersifat permanen.

7.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

- 7.2.2.1 Instusi pendidikan dapat menjadikan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat sebagai bahan kajian yang harus dikembangkan dalam kurikulum pendidikan tinggi keperawatan yang mencakup ranah kognitif, afektif dan psikomotor.
- 7.2.2.2 Penerapan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dapat dimulai semenjak masa pendidikan, misalnya pada saat praktik di rumah sakit dan terintegrasikan dalam penilaian kompetensi mahasiswa.
- 7.2.2.3 Institusi pendidikan dapat berpartisipasi dalam pengembangan keselamatan kerja perawat melalui kerjasama dengan institusi pelayanan dalam bentuk pelatihan yang mengacu pada buku panduan keselamatan perawat sebagai acuan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.
- 7.2.2.4 Temuan penelitian ini dapat menjadi referensi bagi permasalahan keselamatan kerja perawat, dan pengembangan konsep keselamatan kerja perawat.

7.2.3 Bagi PPNI dan PERSI

7.2.3.1 PPNI dapat melakukan advokasi dengan memberikan rekomendasi berdasarkan temuan ilmiah yang ada kepada institusi pelayanan agar dapat melakukan peningkatan SDM Keperawatan melalui peningkatan perilaku keselamatan kerja mengacu pada buku panduan keselamatan perawat yang telah diuji dalam penelitian ini.

7.2.3.2 PERSI dapat merekomendasikan buku panduan keselamatan perawat sebagai acuan standar dalam memberikan pelatihan kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang dapat digunakan di seluruh rumah sakit.

7.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya

7.2.4.1 Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian terkait perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat dengan pemberian intervensi pada kelompok intervensi berupa pelatihan dan penggunaan panduan keselamatan perawat dan pada kelompok kontrol diberikan panduan keselamatan perawat saja.

7.2.4.2 Penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada dua kelompok perawat dengan karakteristik yang berbeda, misalnya beda usia atau beda masa kerja.

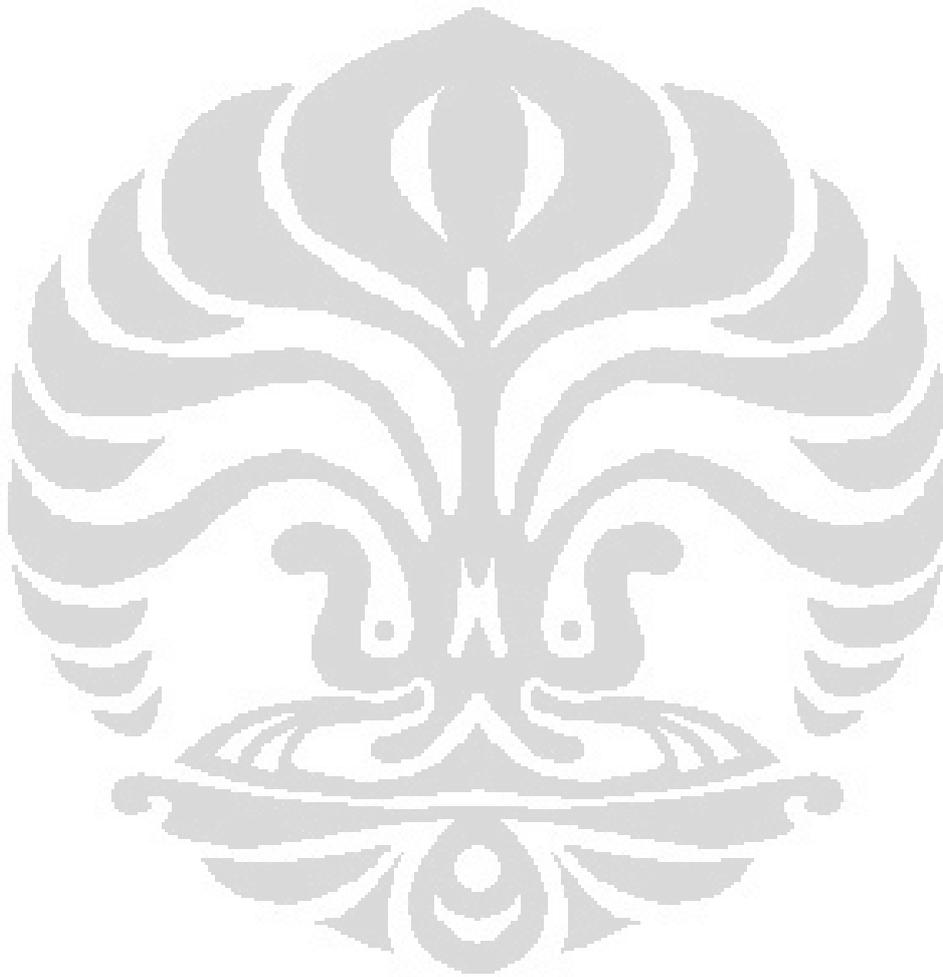
7.2.4.3 Penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian terkait perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat pada perawat yang menjadi ketua tim atau kepala ruangan.

7.2.4.4 Peneliti selanjutnya dapat membuat instrumen pengukuran pengetahuan, sikap dan tindakan keselamatan perawat lebih detail dan dikelompokkan berdasarkan macam bahaya dan penanganannya dan meneliti macam bahaya dan penanganan bahaya mana yang paling dominan.

7.2.4.5 Peneliti selanjutnya dapat melakukan pelatihan secara bertahap dan periodik serta rentang waktu pengukuran resistensi perilaku kesehatan dan keselamatan kerja minimal 3 bulan.

7.2.4.6 Peneliti selanjutnya dapat melibatkan orang lain/bukan kepala ruangan (misalnya; mahasiswa keperawatan) sebagai observer untuk mengukur tindakan kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

7.2.4.7 Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian terkait perilaku keselamatan kerja perawat di rumah sakit khusus atau institusi pelayanan kesehatan lainnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Afifka, I. P. (2003). *Pengaruh program kesehatan dan keselamatan kerja terhadap produktivitas karyawan pabrik video kaset rekaman PT. LG Elektronik Display Devices Indonesia*. Depok: Tesis FKM UI tidak dipublikasikan.
- Alimul H, A. A. (2003). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Allipour, Z. (1996). Burnout, stress, and the occupational hazards of nursing work: A comparison of hospital nurses and agency employed nurses. The Union Institute). *ProQuest Dissertations and Theses*, 107 p. Retrieved February 18, 2012, from <http://search.proquest.com/docview/304358827?accountid=17242>
- American Nurses Association (ANA). (2002). Needlestick prevention guide. *ProQuest Dissertations and Theses*. Retrieved February 18, 2012, from http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf.
- Anisyah. (2009). *Efektifitas pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) penggunaan alat pelindung diri (APD) PT. Mega Andalan Kalasan Yogyakarta*. Bandung: Tesis UGM tidak dipublikasikan.
- Anto, S. (2008). *Evaluasi program pelatihan model Kirkpatrick*. http://www.lpmpjogja.diknas.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=292&Itemid=84. Diunduh pada 5 Mei 2012.
- Anugrahini, C. (2010). *Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Depok: Tesis FIK UI tidak dipublikasikan.
- Anonim. (2010). *Fire extinguisher user information*. <http://www.fireonline.com.au/extinguishers>. Diunduh pada 5 Maret 2012.
- Arikunto, S. (2005). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- As'ad. (2003). *Psikologi Industri*. Yogyakarta: Liberty.
- Bennett N.B. Silalahi & Rumondang B. Silalahi, 1985, *Manajemen keselamatan dan kesehatan kerja*, Jakarta: PT. Pustaka Binaman Pressindo.

- Bloom, B. S. ed. et al. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook 1, cognitive domain*. New York: David McKay.
- Bloom, B.S. Krathwohl, D.R., dan Masia, BB., (1973), *Taxonomy of educational objectives : Book 1 Cognitives Domain*, London: Longman Group.
- BPPSDM-KEMENKES. (2011). *Perawat mendominasi tenaga kesehatan*. <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>. Diunduh pada 5 Maret 2012.
- Brown, D. X. (2003). A nurse speaks out. Preventable back injuries and nursing. *ABNF Journal*, 14(5), 104-104. Retrieved February 18, 2012, from http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf.
- Brown, K. A., Willis, P. G., & Prussia, G. E. (2000). Predicting safe employee behavior in the steel industry: development and test of a sociotechnical model. *Journal of operations management*, 18, 445-465. Retrieved February 18, 2012, from http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf.
- Burns, N., & Groove, S. K. (1993). *The parctice of nursing reserach; Conduct, critique and utilization second edition*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Cahyono. J.B.S.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Campbell, Donald T & Stanley, Julian C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. USA: Houghton Mifflin Company.
- Cardo, D., et al. (1997). A Case-Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers After Percutaneous Exposure. *New England journal of medicine*, 337, 21: 1485-1490. Retrieved February 18, 2012, from http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf.
- CDC. (2001), Updated U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *New England journal of medicine*. Retrieved March 10, 2012, www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm
- Centers for Disease Control and Prevention (1998), "Guidelines for Infection Control in Health Care Personnel," *Infection control and hospital epidemiology* 19, 6 (1998): 445. Retrieved March 10, 2012, from http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf.

- Chan, M.F. (2009). *Factors affecting knowlwdge, attitude, and skill levels for nursing staff toward the client management system in Hongkong*. Computer, informed, nursing, 27 (1). 57-65. http://www.Journalsiw.com/cinjounal/abstract/2009/0100/factors_affecting_knowledge_attitudes_and_skills.13.aspx. Diunduh pada 28 Mei 2012.
- Cox, T., & Griffiths, A.J. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. *Work-related stress in nursing controlling the risk to health*. Retrieved February 18, 2012, from www.who.int/entity/.../gohnet10ref.pdf.
- Creswel, J. W. (2009). *Research design: Quantitative, qualitative and mixed methods approacher*. 3rd edition. California: SAFE Publication.
- Culligan, J. T. (2000). A risk assessment of nursing personnel injuries occurring while lifting, transferring or repositioning nursing home residents. West Virginia University). *ProQuest dissertations and theses*, , 92 p. Retrieved March 10, 2012, from <http://search.proquest.com/docview/304640911?accountid=17242>.
- Cutter, S. L., Boruff, B. J., & Shirley, W. L. (2003). Social Vulnerability to Environmental Hazards. *Social science quarterly*, 84(2), 242-261. doi: 10.1111/1540-6237.8402002.
- Cutter J. & Jordan S. (2003) Inoculation injuries: inter-professional differences in risk-taking and reporting. *Journal of hospital infection* 54(3), 239-242.
- Dahlan, S. (2009). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dewi, M. (2001). *Pengaruh pelatihan timbang terima pasien terhadap pelaksanaan timbang terima dan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Husada Jakarta*. Depok: Tesis FIK UI tidak dipublikasikan.
- Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Year in review: *TB outbreak investigations 2003* [On-line]. Retrieved March 10, 2012, from http://www.cdc.gov/nchstp/tb/notes/TBN_2_04/SEOIB_year_in_review.htm.
- Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), *Healthcare workers* [On-line]. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/>.

- Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2004c, February 17). *Protecting emergency responders, Volume 3: Safety management in disaster and terrorism response* [On-line]. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-144/pdfs/2004-144.pdf>.
- Dessler, G. (1997). *Human resources management*. 7th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Dewi, S. C. (2011). *Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di IRNA I RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta*. Depok: Tesis FIK UI tidak dipublikasikan.
- Djaali, H. (2007). *Psikologo pendidikan*. Edisi 1. Jakarta: Bumi Aksara
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Medika.
- Dyer, C. (2000). The lessons from Sellafield. *Health and Safety Bulletin*. No. 287, 7-14.
- Dyer, C. (2001). The Cullen rail report-lessons for everyone. *Health and Safety Bulletin*. Vol.303. Pp11-17.
- Edlich R.F, et al. (2004). Prevention of disabling back injuries in nurses by the use of mechanical patient lift systems. *Journal of long-term effects of medical implants*. 14(6), 521-3. <http://www.techforlrc.org/Related-Resources.aspx?id=1892>.
- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2008). *Nursing in today's world: trends, issues and management*. 9th edition. Philadelphia: LippincottWilliams & Wilkins.
- Eisenberg, S. (2009). Nursing safety; Are you protecting yourself from hazardous drugs? [corrected] [published erratum appears in ONS CONNECT 2009 Aug;24(8):2]. *ONS Connect*, 24(7), 20-20.
- Fauzi, M. (1992). *Pengaruh persepsi kondisi lingkungan kerja, sikap terhadap kesehatan dan keselamatan kerja*. Depok: Tesis Fpsi UI tidak dipublikasikan.
- Figa-Talamanca, I. (2000). Reproductive problems among women health care workers: epidemiologic evidence and preventive strategies. *Epidemiology Revision*, 22(2):249-60.

- Ferraro, L. (2002). *Measuring safety climate: the implications for safety performance*. Melbourne: The university of Melbourne.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety science*, 34, 177-192.
- Flin, R., & S.Yule. (2004). Leadership for safety: industrial experience. *Quality safety health care*, vol. 13, page 45-51.
- Griffin, M. A., & Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of occupational health psychology*, 5(3), 347-358.
- Griffin, M. A., & Neal, A., & Hart. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety science*, 34, 99-109.
- Gillies, D. A. (2000). *Nursing management; A system approach*. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Goodman, G.R. (2004). A fragmented patient safety concept: the structure and culture of safety management in health care. *Nursing economics*, 22(1), 44 – 46.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Hastono, S. P., & Sabri, L. (2010). *Statistik Kesehatan*. Edisi ke-1. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Hasibuan, M. (2008). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and nursing care management*. (5th ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hunt, P.S. (2003). *Five keys to succesful nursing management*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Husni, L. (2005). *Hukum ketenagakerjaan*. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Indraswati, T.R. (2008) *Pengaruh pelatihan sistem jennjang karir berdasarkan kompetensi terhadap pengetahuan dan kepuasan kerja perawat pelaksana di RS. Atmajaya*. Depok: Tesis FIK-UI tidak dipublikasikan.

- Institute of Medicine (IOM). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. In L.T. Kohn, J.M. Corrigan, & M.S. Donaldson (Eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC., National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). (2003). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. In A. Page (Ed.). Washington, DC: National Academy Press.
- Joint Commission International. (2011). *Accreditation standard for hospitals*. 4th editoin. Oarkbrook Terrace-Illinois: Department of Publications Joint Comission Resources.
- Juslida. (2001). *Pengaruh pelatihan: Manajemen metode penugasan terhadap perawatan pasien penyakit dalam dan penyakit bedah RUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. Depok: Tesis FIK-UI tidak dipublikasikan.
- Kar, S. (1983). *Health promotion indicator and action*. New York: Springer Publishing Company.
- Kepmenkes. No. 1078. Th. 2010. Diakses pada 10 Februari 2012 dari http://www.depkes.go.id/downloads/Kepmenkes/Kepmenkes_1078_Th_2010.pdf
- Kirana. W. (2007). *Pengaruh pelatihan penanganan risiko perawatan kesehatan terhadap kinerja perawat dan perubahan perilaku klien dengan risiko perawatan kesehatan*. Depok: Tesis FIK-UI tidak dipublikasikan.
- Kozier et al. (1995). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*. 5th edition. Callifornia: Addison-Wesley
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J. M. (1995). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*. 5th edition. Canada Addison-Wesley Publishing.
- Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Kozier & Erb's techniques in clinical nursing*. 5th edition. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Kusumaningtyas, Y. (2011). *Efektifitas intervensi behavior based safety (BBS) sebagai upaya untuk mengurangi unsafe behavior perawat di instalasi gawat darurat RSUD dr. Iskak Tulungagung*. Surabaya: Tesis FKM-UNAIR tidak dipublikasikan.

- Lipscomb J. (1997). Violence in the workplace: a growing crisis among health care workers. In: Charney W, Fragala G, eds. *The epidemic of health care worker injury*. Boca raton, fl: crc press, pp.163–165.
- Lumenta, N.A. (2008) *State of the art patient safety*. Disampaikan pada workshop keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis di RSAB Harapan Kita pada tanggal 1-3 April 2008.
- Lymer U.B., Antonsson Schultz A. & Isaksson B. (1997). A descriptive study of blood exposure incidents among healthcare workers in a university hospital in Sweden. *Journal of hospital infection* 35, 223–225.
- Leliopoulou C., Waterman H. & Chakrabarty S. (1999). Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey. *Journal of hospital infection*, 42, 53–59.
- Mahoney, F., et al. (1997). Progress toward elimination of hepatitis B virus transmission among health care workers in the united states. *Archives of internal medicine*. 157, 2601-2603.
- Mangkunegara, A. P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia perusahaan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Manajlovich, M, et.al. (2007). Healthy work environment, nurse-physician communication, and patients outcomes. *American journal of critical care*. Vol 16, PP-536-543.
- Manian R.A. (1990) Blood and body fluid exposures among surgeons: a survey of attitudes and perceptions five years following universal precautions. *Infection control and hospital epidemiology*, 17(3), 172–174.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing theory and application*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meier, E. (2001). Ergonomic standards and implications for nursing. *Nursing Economics*, 19, 31.
- Morrison, J.E. (1991). *Training for performance principles of applied human learning*. USA: John Wily & Sons Inc.
- Mulia, S. (2010). *Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu*. Depok: Tesis FIK UI tidak dipublikasikan.
- Murdyastuti, S. (2010). *Pengaruh persepsi, pengetahuan dan mitivai perawat terhadap pelaksanaan program patient safety di RSU. Prof. Dr. Soeharso Surakarta*. <http://www.pasca.uns.ac.id>. Diunduh pada 5 Mei 2012.

- Nanda. (2005). *Nursing diagnosis; Definitions and classifications 2005-2008*. Philadelphia: Nursing International.
- Nelsing S., Nielsen T.L. & Nieslsen J.O. (1997) Non-compliance with universal precautions and the associated risks of mucocutaneous blood exposure among Danish physicians infection control and hospital. *Infection control and hospital epidemiology*, 18(10), 692–698.
- Nilasari. (2010). *Pengaruh pelatihan tentang patient safety terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawatan klien pada penelrapan patient safety di IRNA C RSUP Fatmawati*. Depok: Tesis FIK UI tidak dipublikasikan.
- NIOSH Alert: *Preventing needlestick injuries in health care settings* Publication No. 2000-108 (1999). www.cdc.gov/niosh/2000-108.html
- Neves. (2011). Safety of nursing staff and determinants of adherence to personal. *Journal of hospital infection*. Retrieved February 18, 2012, from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/18.pdf>.
- Nurses' Association and WorkCover (NSW). (1998). Manual handling guide for nurses. *The national academies press*. Retrieved February 18, 2012, from <http://www.reliefnurses.com.au/images/ManHand2005.pdf>.
- Nurses, C. o. t. W. E. f., & Safety, P. (2004). Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. *The national ccademies Press*.http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10851.page=286. Diunduh pada 5 Mei 2012
- Notoatmodjo. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____. (2007). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Rineka Cipta
- Perry, J., Parker, G., Jagger, J. (2003). EPINet Report: 2001 Percutaneous Injury Rates. *Advances in exposure prevention*, 6 (3), pp.02). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American journal of industrial medicine*, 41, 170 – 178.
- Polit, D. F., & Hungler, B, B. (1999). *Nursing research; Principle and methodes*. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2001). *Fundamental of nursing: Concepts, process and practice*. 7th edition. Saint Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Polovich, M. (2004). Safe handling of hazardous drugs. *Online journal of issues in nursing*, 9(3), n/a-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/229555009?accountid=17242>.
- PPNI. (2006). *Safe Staffing dalam pelayanan kesehatan menyelamatkan kehidupan dan penghematan dana*. <http://www.innappni.or.id/index.php?name=News&file=article&sid=46>. Diunduh pada 4 Februari 2012.
- Practice, C. o. E. E. H. C. i. N., & Medicine, I. o. (1995). Nursing, health, and the environment: *The national academies press*. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=4986&page=139. Diunduh pada 20 Februari 2012
- Purwanto, H. (1999). *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ramsay, D. J. (2005). A New Look at Nursing Safety: The Development and Use of JHAs in the Emergency Department. *The Journal of SH & E Research*, Vol. 2, Num. 2. http://www.asse.org/academicsjournal/archive/vol2no2/05summer_Ramsay.pdf. Diunduh pada 25 Januari 2011.
- Rioli, L. & Savicki, V. (2006). Impact of fairness, leadership, and coping on strain, burnout, and turnover in organizational change. *International journal of stress management*, 13, 351 – 377.
- Rivai, V. & Sagala, E.J. (2009). *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan: dari teori ke praktik*. Edisi ke-2 . Jakarta: Rajawali Pers.
- Robbins, S.P. (2001). *Organizational behavioral: concepts, controversial and applications*. 9th Ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. 3rd edition. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiowati & Darmawan. (2008). *Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan*. Jakarta: Trans Intra Media
- Siagian, S. P. (2002). *Kiat meningkatkan produktivitas kerja*. Jakarta: Rineka Cipta

- Sirajuddin (2011). *Mengapa ragu pendekatan positive deviance*. (<http://www.humannutrition.net/mengapa-ragu-pendekatan-positive-deviance/>), diperoleh tanggal 3 Juni 2012.
- Sopiah. (2008). *Perilaku organisasi*. Yogyakarta: Andi Offset
- Suchitra, J.B & Devi, N.L. (2007). *Impact of education on knowledge attitude, and practices among various categories of healthcare workers on nosocomial infections*. <http://www.ijmm.org//article.asp?issn=02555-0857:year 2007:volume 275>issues:epage=181:epage=187;auiast=suchitra>. Diunduh pada 5 Juni 2012
- Suryabrata, S. (2005). *Metodologi penelitian* Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Swansburg, R.C, & Swansburg, R.J. (1999). *Introductory management and leadership for nurses*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Squires, M. E. (2010). *The influence of perceived fairness and relational leadership on nursing safety climate and work environment*. Ph.D. NR72298, University of Toronto (Canada), Canada. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/869989276?accountid=17242> ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) database.
- Sherlock, H. L. (2010). Horizontal violence: Verbal aggression of nurses by nurses: An exploratory study of bargaining (union) and non-bargaining (non-union) nurses perceptions of verbal aggression by peers. (Capella University). *ProQuest dissertations and theses*, Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/717720208?accountid=17242>
- Simpson, E. (2004). Second hospital worker found to have active TB. *Virginian-Pilot (Newspaper)*, July 20, page B1.
- Sumakmur. (2001). *Keselamatan kerja dan pencegahan kecelakaan*. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung.
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Tommey, M. A., & Alligood, R. M. (2006). *Nursing theorist and their work*. 6th edition. Saint Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Trinkoff, A.M., Lipscomb, J.A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. College of Nurses of Ontario. (2002). *Practice Standard Infection Prevention and*

Control. Retrieved February 18, 2012, from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41002_infection.pdf

Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok: UI.

U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (2004, August 13). *Emergency department module* [On-line]. Available: <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/er/er.html> .

Usoro, A. (2000). *Attitudes as factors for the use information and communication technology for global planning*. <http://www.uws.ac.uk/schoolsdepts/comp/.../abel.usoro> pub.pdq. Diunduh pada 5 Juni 2012.

Utami, A.N.T. (2010). *Penerapan keselamatan kerja pada perilaku dalam penanganan pasien HIV dan AIDS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Tesis: FKM Unair.

WHO. (2005). Review of health sector response to HIV and AIDS in 2007int (homepage on the internet). Switzerland: *World Health Organization*; updated 2005; diunduh 2012 8 Feb. Diunduh dari: http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf.

Walker. (2011). Nursing gender. *Contemporary Nursing*, 33/2, 162-165.

Wijono, D. (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi dan aplikasi*. Vol 2. Surabaya: Airlangga University Press.

Wilburn, S. Q., & Eijkemans, G. (2004). Preventing needlestick injuries among healthcare workers: A WHO-ICN collaboration. *International journal of occupational and enviromental health*, 10(4), 451-456.

World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.

Xelegatti, et.al. (2006). Chemical occupational risks identified by nurses in a hospital environment. *Online journal of issues in nursing*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.eerp.usp.br/riae>.

Zerwekh, J., & Claborn, J. C. (2009). *Nursing today: transition and trends*. 6th edition. Missouri: Saunders Elsevier.

Jadwal Kegiatan Penelitian
Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat
di Rumah Sakit Siaga Raya 2012

No	Kegiatan	Maret					April				Mei					Juni				Juli
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	I-II
		27-4	5-11	12-18	19-25	26-31	1-8	9-15	16-22	23-29	30-6	7-13	14-20	21-27	27-31	1-10	11-17	18-22	25-30	1-18
1	Penyelesaian proposal penelitian																			
2	Ujian proposal																			
3	Uji etik																			
4	Uji instrumen																			
5	Pengumpulan data																			
6	Analisis data																			
7	Penulisan laporan																			
8	Ujian hasil penelitian																			
9	Sidang tesis																			
10	Perbaikan laporan tesis																			
11	Pengumpulan Laporan																			



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id - Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 1539 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

4 April 2012

Yth. Direktur
RS. Siaga Raya
Jl Siaga Raya Pasar Minggu
Jakarta Selatan

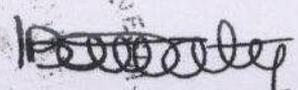
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Nur Meity Sulistia Ayu
NPM 1006800964

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di RS Siaga Raya".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Siaga Raya.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Bagian Diklat RS Siaga Raya
3. Kabid Keperawatan RS Siaga Raya
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 154/ I.H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

4 April 2012

Yth. Direktur
RS Setia Mitra
JI RS Fatmawati No. 80-82
Jakarta Selatan.

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Nur Meity Sulistia Ayu
NPM 1006800964

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan Uji Instrument dan penelitian di RS. Setia Mitra.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Bagian Diklat RS Setia Mitra
3. Kabid Keperawatan RS Setia Mitra
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal

Jakarta, 15 Mei 2012

Nomor : 83A /RSSM/V/2012
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Kampus UI Depok

Menindaklanjuti surat yang kami terima No.154/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, perihal Permohonan Ijin Penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Univesitas Indonesia atas nama **Nur Meity Sulistia Ayu (NPM : 1006800964)**, bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya permohonan tersebut dapat disetujui.

Selanjutnya untuk kegiatan penelitian tersebut dapat menghubungi Drs.Jenal Miftah, SKM di nomor 7656000 pesawat 125.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

RS SETIA MITRA
Kepala,

A handwritten signature in black ink is written over a purple circular stamp. The stamp contains the RSSM logo and the text 'Rumah Sakit Setia Mitra'.

Dr. Saraswati, MARS



Jakarta, 9 Mei 2012

Nomor : 076/DU.RSSR/Diklat/V/2012
Perihal : Pemberitahuan

Kepada Yth,
Ibu Dewi Irawaty, MA.PhD
Dewan Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI Depok
Telp: (021) 78849120
Fax : (021) 7864124

Dengan hormat,

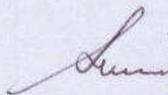
Menindak lanjuti surat Ibu yang telah kami terima tanggal 4 April 2012 dengan nomor surat 1539/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 perihal permohonan kegiatan Tesis Mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, dengan judul " Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat Terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di RS. Siaga Raya". Maka berkaitan dengan hal tersebut kami telah menyetujui permohonan untuk melakukan kegiatan Tesis di RS. Siaga Raya. Dengan nama mahasiswa sebagai berikut :

No.	Nama Mahasiswa	NPM
1	Nur Meity Sulistia Ayu	1006800964

Mohon kiranya kepada para siswa yang hendak melakukan Tesis di rumah sakit kami, agar mempersiapkan data-data yang mungkin diperlukan saat pelaksanaannya. Hal ini diperlukan supaya pelaksanaan kegiatan tersebut dapat berjalan lancar sesuai jadwal yang telah ditentukan.

Demikian Surat ini kami buat, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,


 **RS. SIAGA RAYA**

Dr. SOFYANUDDIN, Sp.OT, FICS
Pelaksana Harian (PLh)/Direktur Utama

Tembusan :

1. Direktur Medis
2. Kepala Bidang Keperawatan
3. Arsip



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya.

Nama peneliti utama : **Nur Meity Sulistia Ayu**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

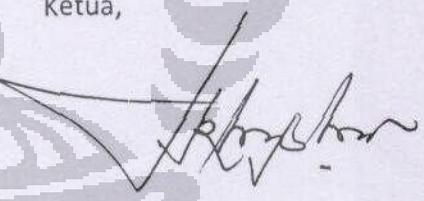
Jakarta, 30 April 2012

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

NIP. 19550207 198003 2 001

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth. Rekan sejawat perawat
Di RS Siaga Raya

Contact Person:

Nur Meity Sulistia Ayu
Hp: 081372765192
Email: nurmeitysulistiaayu@yahoo.com

Dengan hormat,

Dalam rangka penelitian yang dilakukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya atas nama Nur Meity Sulistia Ayu NPM 1006800964, akan melakukan penelitian mengenai “Pengaruh Panduan Keselamatan Kerja Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah Sakit Siaga Raya”.

Penelitian ini dilakukan selama 5 minggu, pada minggu ke-1 responden perawat akan diberikan kuesioner dan diharapkan dapat mengisinya dengan lengkap. Selanjutnya responden akan diberikan pelatihan mengenai keselamatan perawat dan diberikan buku panduan keselamatan kerja perawat. Materi panduan keselamatan kerja perawat berisi informasi mengenai potensi bahaya cedera dan penyakit yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara pencegahan dan penanganannya.. Pada minggu ke-2 s/d ke-4 responden perawat responden perawat menggunakan buku panduan tersebut sebagai acuan dan menerapkannya dalam bekerja sehari-hari. Pada minggu yang ke-5 responden perawat kemudian diberikan kuesioner kembali dan diharapkan dapat mengisinya dengan lengkap.

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu layanan keperawatan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh merugikan bagi perawat maupun pekerjaan rekan perawat. Identitas dan semua informasi yang diberikan responden akan dijaga kerahasiaannya, dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Apabila rekan perawat yang bersedia menjadi responden dalam pelaksanaan penelitian ini merasakan ketidaknyamanan,

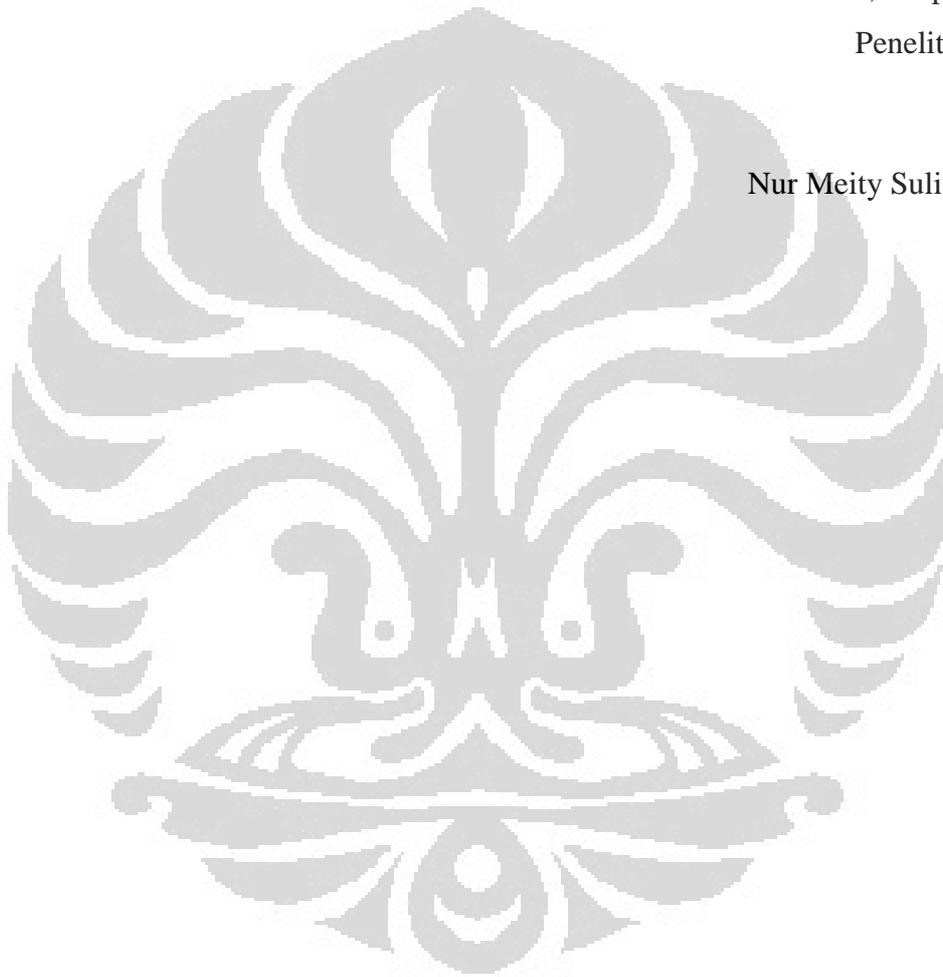
responden perawat berhak mengundurkan diri dari penelitian ini dan tidak ada sanksi apapun.

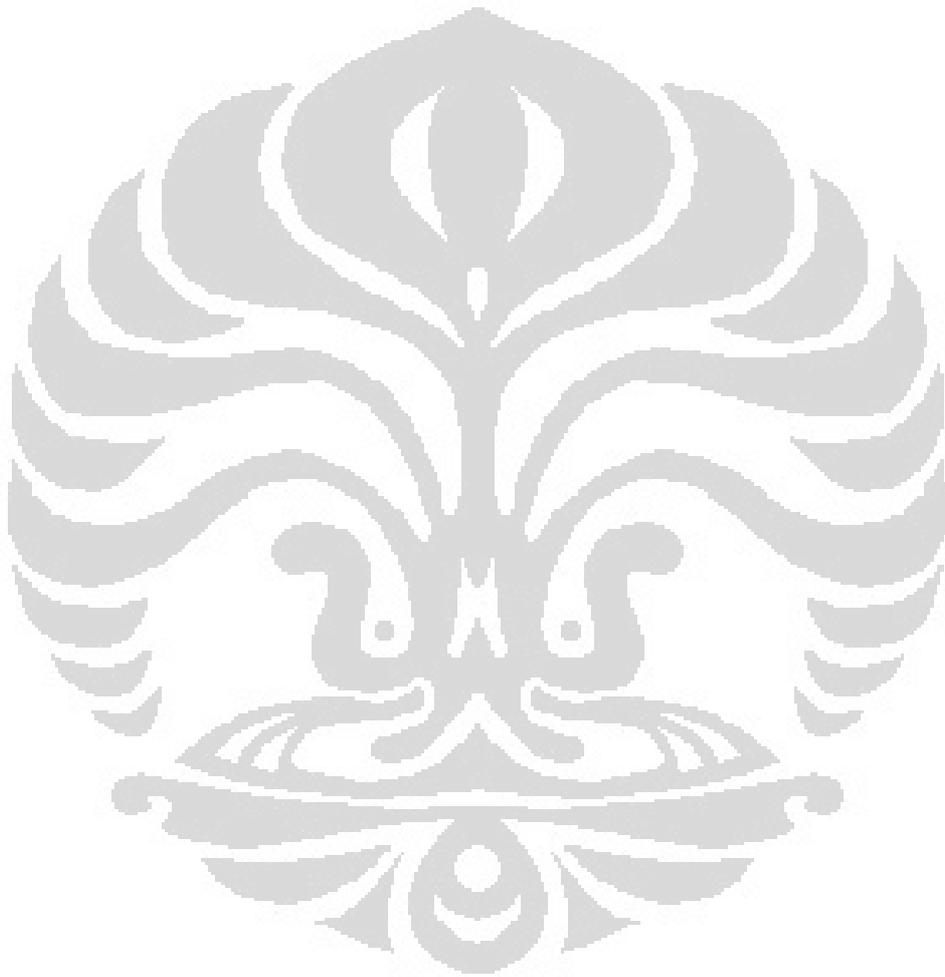
Demikian penjelasan ini, atas perhatian, kerjasama dan kesediaan rekan-rekan sejawat perawat saya ucapkan banyak terimakasih.

Jakarta, April 2012

Peneliti

Nur Meity Sulistia Ayu





PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth. Rekan sejawat perawat
Di Rumah Sakit Setia Mitra

Contact Person:

Nur Meity Sulistia Ayu
Hp: 081372765192
Email: nurmeitysulistiaayu@yahoo.com

Dengan hormat,

Dalam rangka penelitian yang dilakukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya atas nama Nur Meity Sulistia Ayu NPM 1006800964, akan melakukan penelitian mengenai “Pengaruh Panduan Keselamatan Kerja Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di RS Siaga Raya dan RS Setia Mitra”.

Penelitian ini dilakukan selama 5 minggu, pada minggu ke-1 responden perawat akan diberikan kuesioner dan diharapkan dapat mengisinya dengan lengkap. Pada minggu yang ke-2 s/d ke-4 responden perawat selanjutnya mengerjakan tugas harian seperti biasa. Pada minggu yang ke-5 responden perawat kemudian diberikan kuesioner kembali dan diharapkan dapat mengisinya dengan lengkap. Selanjutnya responden perawat akan diberikan buku panduan keselamatan kerja perawat. Materi panduan keselamatan kerja perawat berisi informasi mengenai potensi bahaya cedera dan penyakit yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara pencegahan dan penanganannya. Responden perawat dapat menggunakan buku panduan tersebut sebagai acuan dan menerapkannya dalam bekerja sehari-hari.

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peningkatan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu layanan keperawatan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh merugikan bagi perawat maupun pekerjaan rekan perawat. Identitas dan semua informasi yang diberikan responden akan dijaga kerahasiaannya, dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Apabila rekan perawat yang bersedia menjadi responden dalam pelaksanaan penelitian ini merasakan ketidaknyamanan,

Universitas Indonesia

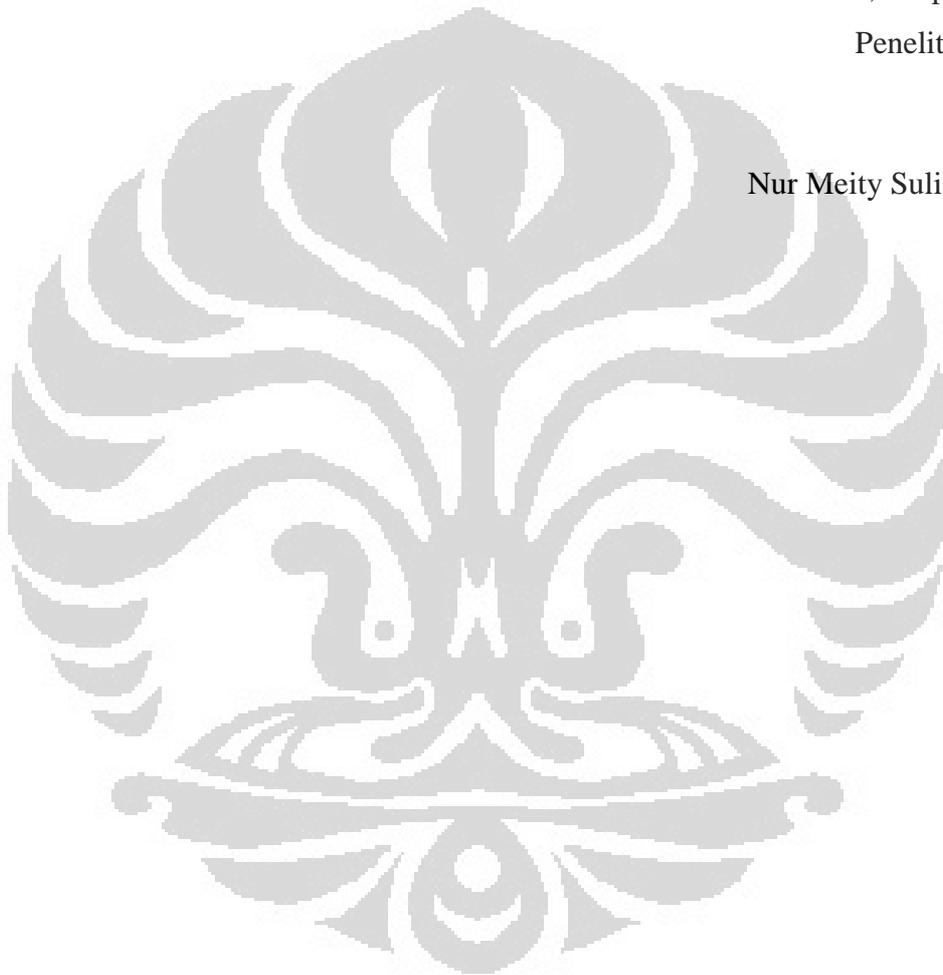
responden perawat berhak mengundurkan diri dari penelitian ini dan tidak ada sanksi apapun.

Demikian penjelasan ini, atas perhatian, kerjasama dan kesediaan rekan-rekan sejawat perawat saya ucapkan banyak terimakasih.

Jakarta, April 2012

Peneliti

Nur Meity Sulistia Ayu



**LEMBAR PERSETUJUAN
KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah membaca penjelasan penelitian dan mendapatkan penjelasan atas pertanyaan yang saya ajukan maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian dengan judul "Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Kerja Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di RS Siaga Raya dan RS Setia Mitra". Saya mengerti dan bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi pengembangan ilmu keperawatan dan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Persetujuan yang saya tandatangani menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sampai dengan berakhirnya proses penelitian.

Jakarta,..... April 2012

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Responden

(Nur Meity Sulistia Ayu)

(.....)

KISI-KISI INSTRUMEN B

C1 (tahu, mampu mengingat kembali)	C2 (memahami, mampu menjelaskan dan menginterpretasikan)	C3 (aplikasi/tindakan mampu menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya)
Soal no 1, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20	Soal no 6, 8,10,13	Soal no 2, 3, 4, 12, 18

KISI-KISI INSTRUMEN C & D

No	Instrumen	Jumlah	Nomor Pernyataan Positif	Nomor Pernyataan Negatif
1	Instrumen C (Pengukuran Sikap Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat)	15	1,2,3,4,5,6,10, 12,15	7,8,9,13,14
2	Instrumen D (Pengukuran Tindakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat)	50	50	-

LEMBAR JAWABAN
INSTRUMEN B

NO	PILIHAN JAWABAN				
1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

NO	PILIHAN JAWABAN				
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

Kuesioner A: Karakteristik Responden

Kode:

PETUNJUK PENGISIAN:

1. Isilah pertanyaan di bawah ini.
 2. Bacalah pertanyaan dengan teliti dan seksama.
 3. Berilah tanda check (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia.
 4. Tidak ada jawab yang benar atau salah. Maka diharapkan saudara dapat menjawab dengan sejujurnya sesuai dengan kenyataan yang saudara rasakan.
-

1. Tanggal pengisian :/...../.....
2. Unit/ Ruang :
3. Usia : tahun
4. Jenis Kelamin : () 1. Laki-laki
() 2. Perempuan
6. Pendidikan terakhir : () 1. S1 Keperawatan
() 2. D3 Keperawatan/Kebidanan
7. Lama bekerja di Rumah Sakit ini :

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

Instrumen D: Lembar Observasi
Tindakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

Kode:

Kode Observer : Tanggal Observasi:
 Kode Perawat :

PETUNJUK PENGISIAN:

- Berikut ini adalah daftar tindakan dalam perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang harus diobservasi.
- Cantumkan pendapat saudara dengan memberi tanda \checkmark pada jawaban yang paling sesuai dengan yang saudara amati.
- Mengisi dan mengembalikan kuesioner ini secara lengkap mengindikasikan partisipasi saudara dalam penelitian ini.

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban		Keterangan
		YA	TIDAK	
1	Membuang masker setelah digunakan di tempat sampah infeksius.			
2	Tidak jalan-jalan keluar ruangan menggunakan masker.			
3	Tidak menaruh masker habis pakai di kantong pakaian.			
4	Menunjukkan sikap tenang ketika bekerja.			
5	Memakai sarung tangan ketika melakukan prosedur invasif.			
6	Melaksanakan prinsip 7 benar dalam memberikan obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar cara, benar dokumentasi, benar informasi).			
7	Tidak melakukan posisi memutar ketika mengangkat atau memindahkan pasien.			
8	Tidak melakukan posisi menyamping ketika mengangkat atau memindahkan pasien.			
9	Membuang sampah infeksius di tempat sampah infeksius.			
10	Menggunakan sarung tangan ketika mengambil darah			
11	Tidak menyenderkan badan di tembok atau lift.			
12	Menempatkan linen yang lembap di dalam wadah tersendiri.			
13	Membuang feses dan urin di wadah yang tepat.			
14	Menghindari berbicara di atas luka terbuka.			
15	Menghindari batuk atau bersin di atas luka terbuka.			
16	Menghindari berbicara di atas daerah steril.			
17	Menghindari batuk atau bersin di atas daerah steril.			
18	Mencuci tangan di antara klien satu dan yang lain.			
19	Mencuci tangan setelah menyentuh substansi tubuh.			
20	Mencuci tangan setelah menyentuh benda-benda infeksius.			
21	Mencuci tangan sebelum tindakan.			
22	Mencuci tangan setelah tindakan.			
23	Menggunakan masker jika melakukan kontak dekat dengan klien yang memiliki infeksi yang dapat ditularkan melalui droplet dan saluran pernapasan.			
24	Menggunakan pelindung mata jika melakukan kontak dekat dengan klien yang memiliki infeksi yang dapat ditularkan melalui droplet dan saluran pernapasan.			

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

N O	Pernyataan	Alternatif Jawaban		Keterangan
		YA	TIDAK	
25	Menggunakan masker jika kemungkinan terdapat percikan tubuh pasien (mis., selama prosedur irigasi).			
26	Menggunakan pelindung mata jika kemungkinan terdapat percikan tubuh pasien (mis., selama prosedur irigasi)			
27	Menggunakan gaun/jubah jika kemungkinan terkontaminasi oleh substansi tubuh pasien.			
28	Menggunakan sepatu tertutup/ boot jika kemungkinan terkontaminasi oleh substansi tubuh.			
29	Menggunakan sarung tangan ketika menangani sekresi pasien			
30	Menggunakan sarung tangan ketika menangani ekskresi pasien.			
31	Menggunakan teknik steril untuk prosedur invasif (mis., injeksi, kateterisasi).			
32	Menggunakan teknik steril ketika memajankan luka terbuka			
33	Membuang jarum dan spuit disposabel dalam wadah tahan bocor/ wadah khusus.			
34	Tidak menutup kembali jarum suntik menggunakan dua tangan.			
35	Tidak menggunakan APD secara bergantian.			
36	Menghindari kontak antara APD dengan objek yang terkontaminasi.			
37	Menggunakan sarung tangan (bersih, nonsteril) ketika berisiko bersentuhan dengan substansi tubuh pasien (darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau membran mukosa).			
38	Menggunakan sarung tangan ketika menyuntik			
39	Membuang sarung tangan habis pakai ke tempat sampah infeksius.			
40	Tidak mencuci sarung tangan habis pakai.			
41	Tidak menggunakan kembali sarung tangan habis pakai.			
42	Melepaskan sarung tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang lain.			
43	Melepaskan sarung tangan segera setelah penggunaan.			
44	Mengganti sarung tangan di antara kontak dengan pasien yang berbeda.			
45	Mengganti sarung tangan di antara tindakan/prosedur meskipun pada pasien yang sama.			
46	Mencuci tangan menggunakan sabun antimikroba atau antiseptik.			
47	Mencuci tangan segera setelah melepaskan sarung tangan			
48	Mengganti baju dinas sebelum pulang			
49	Cuci tangan sebelum pulang dinas			
50	Mencuci tangan setelah tiba di ruang dinas			
	SKOR			

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

Kuesioner B:
Pengetahuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat

Kode:

Berikut ini adalah soal pertanyaan yang harus dibaca dengan cermat. Berilah tanda (X) pada lembar jawaban dari salah satu jawaban pilihan A, B, C, D atau E yang menurut saudara paling tepat. Soal terdiri dari 23 pertanyaan. Kerjakan dalam waktu 25 menit.

1. Rumah sakit dapat menjadi tempat yang membahayakan bagi perawat. Perawat dapat terpapar bermacam risiko cedera dan penyakit saat bekerja. Bahaya risiko cedera di rumah sakit yang dapat dialami oleh perawat mencakup bahaya, yang termasuk kedalam bahaya fisik adalah.....
 - A. Kebisingan dan radiasi
 - B. Stres
 - C. Obat-obatan berbahaya
 - D. Infeksi nosokomial
 - E. Kejenuhan

2. Setelah merawat klien hepatitis, saat melepaskan gaun, anda memerhatikan ada darah di tangan anda. Tindakan segera yang harus anda lakukan adalah.....
 - A. Cuci tangan dengan air dan sabun melapor atasan, memeriksakan diri, menulis laporan insiden.
 - B. Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun antimikroba atau antiseptis, melapor atasan, memeriksakan diri, menulis laporan insiden.
 - C. Melapor pada atasan, memeriksakan diri, menulis laporan insiden.
 - D. Menggunakan antiseptis jel, melapor atasan, memeriksakan diri, menulis laporan insiden.
 - E. Menggunakan antiseptis jel dan melapor atasan.

3. Anda mau melakukan tindakan menyuntik alat pelindung diri yang harus digunakan adalah.....
 - A. Kaca mata dan sarung tangan
 - B. Masker dan sarung tangan
 - C. Sarung tangan steril
 - D. Apron dan sarung tangan
 - E. Cukup mencuci tangan

4. Anda akan melakukan tindakan memasang infus pada pasien A. Tindakan kewaspadaan universal yang harus dilakukan adalah.....
 - A. Cuci tangan
 - B. Memakai *Cap*
 - C. Memakai sarung tangan steril
 - D. Memakai Apron
 - E. Memakai masker

5. Perawat perlu memahami langkah-langkah mendasar dalam *patient handling*. Di bawah ini langkah-langkah mendasar dalam *patient handling*, kecuali.....

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

- A. Peningkatan kemandirian pasien.
 - B. Melakukan pengkajian risiko aktivitas *manual handling* dan penggunaan alat bantu atau tim.
 - C. Komunikasi langkah-langkah tindakan kepada pasien
 - D. Meminta pasien untuk tidak bergerak
 - E. Meminta pasien untuk membantu mendorong
6. Program *patient-handling* yang aman harus menekankan pentingnya melakukan pengkajian bahaya ergonomik secara rutin mencakup kemampuan fungsional pasien, kemampuan fisik, kondisi klinis, level bantuan, dan status mental pasien. Berikut adalah prinsip sebelum mengangkat atau memindahkan pasien, kecuali.....
- A. Rencanakan tindakan dengan aman dan nyaman mungkin.
 - B. Pastikan roda tempat tidur, brankart atau kursi roda terkunci sebelum prosedur.
 - C. Cek ulang posisi dan stabilitas peralatan yang digunakan sebelum prosedur mengangkat atau memindahkan pasien.
 - D. Kerjakan prosedur dengan jarak yang tepat untuk menghindari posisi terlalu membungkuk yang dapat mengakibatkan cedera ergonomik
 - E. Maksimalkan gerakan memutar atau menyamping, lebih baik lakukan gerakan mendorong atau menarik lurus dibanding gerakan menyudut.
7. Berikut adalah faktor-faktor yang dapat menimbulkan kejadian *needlestick injury*, kecuali.....
- A. Penggunaan kembali alat injeksi dan benda tajam yang tidak perlu
 - B. Kekurangan peralatan.
 - C. Segera membuang benda tajam atau jarum suntik yang terkontaminasi pada kontainer pembuangan benda tajam
 - D. Tindakan menutup kembali jarum setelah penggunaan menggunakan dua tangan,
 - E. Kurangnya kesadaran petugas akan bahaya serta kurangnya informasi dan pelatihan.
8. Perawat harus menerapkan prinsip-prinsip dalam menggunakan sarung tangan. Berikut adalah prinsip-prinsip dalam menggunakan sarung tangan, kecuali.....
- A. Menggunakan sarung tangan (bersih, nonsteril) ketika berisiko bersentuhan dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi tau membran mukosa.
 - B. Mengganti sarung tangan di antara kontak dengan pasien yang berbeda.
 - C. Mengganti sarung tangan di antara tindakan/prosedur meskipun pada pasien yang sama untuk mencegah kontaminasi silang antara bagian tubuh.
 - D. Melepaskan sarung tangan segera setelah penggunaan dan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang lain.
 - E. Mencuci atau menggunakannya kembali sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

9. Rumah sakit harus membuat kebijakan manajemen penanganan yang aman pajanan obat-obatan berbahaya yang dapat diikuti oleh seluruh karyawan. Polovisch (2004) menyatakan manajemen penanganan yang aman obat-obatan berbahaya mencakup tipe pajanan, penanganan segera dan tindak lanjut. Berikut adalah tindakan yang harus anda lakukan apabila terpajan obat-obatan berbahaya, kecuali.....
- A. Lepas pakaian
 - B. Lepas alat pelindung diri yang terkontaminasi.
 - C. Cuci area yang terkena dengan air mengalir dan sabun (pada kulit) pada mata cukup dengan air
 - D. Tidak perlu penanganan emergensi
 - E. Melapor pada manajemen dan periksa ke UGD atau klinik karyawan
10. Perawat dapat mengalami kekerasan di tempat kerja. Perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan. Berikut adalah intervensi khusus yang dapat anda gunakan untuk menangani kekerasan pada perawat, kecuali.....
- A. Tidak menanggapi kekerasan secara sadar
 - B. Bersikap acuh dan tidak membalas
 - C. Menanggapi dengan asertif
 - D. Memberikan waktu pada individu untuk memroses informasi
 - E. Meminta bantuan orang lain untuk bertindak
11. Konflik dapat mengarah pada kondisi destruktif yang dapat berdampak pada penurunan efektivitas kerja dalam organisasi baik secara perorangan maupun kelompok. Dampak konflik dapat berupa penolakan, resistensi terhadap perubahan, apatis, acuh tak acuh, bahkan mungkin muncul luapan emosi destruktif. Pengelolaan konflik diperlukan untuk mencegah konflik memuncak menjadi perilaku destruktif. Berikut teknik pengelolaan konflik dengan cara masing-masing memberikan dan menawarkan sesuatu pada waktu yang bersamaan, saling memberi dan menerima, serta meminimalkan kekurangan semua pihak yang dapat menguntungkan semua pihak, yaitu.....
- A. Menghindar.
 - B. Mengakomodasi.
 - C. Kompetisi.
 - D. Kompromi atau Negosiasi
 - E. Memecahkan Masalah atau Kolaborasi.
12. Anda memberikan asuhan keperawatan kepada klien paralisis yang dipasang infus, sebuah kateter *foley* dan slang nasogastrik. Klien dijadwalkan ke bagian radiologi dengan menggunakan brankar. Bagaimana cara anda memfasilitasi klien untuk dipindahkan ke brankar tanpa mencedarai klien atau anda sendiri?....
- A. Menggunakan tiga orang pengangkat.
 - B. Mengangkat sendiri.
 - C. Menggunakan kursi roda
 - D. Memapah klien

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

E. Menggunakan sabuk pemindah

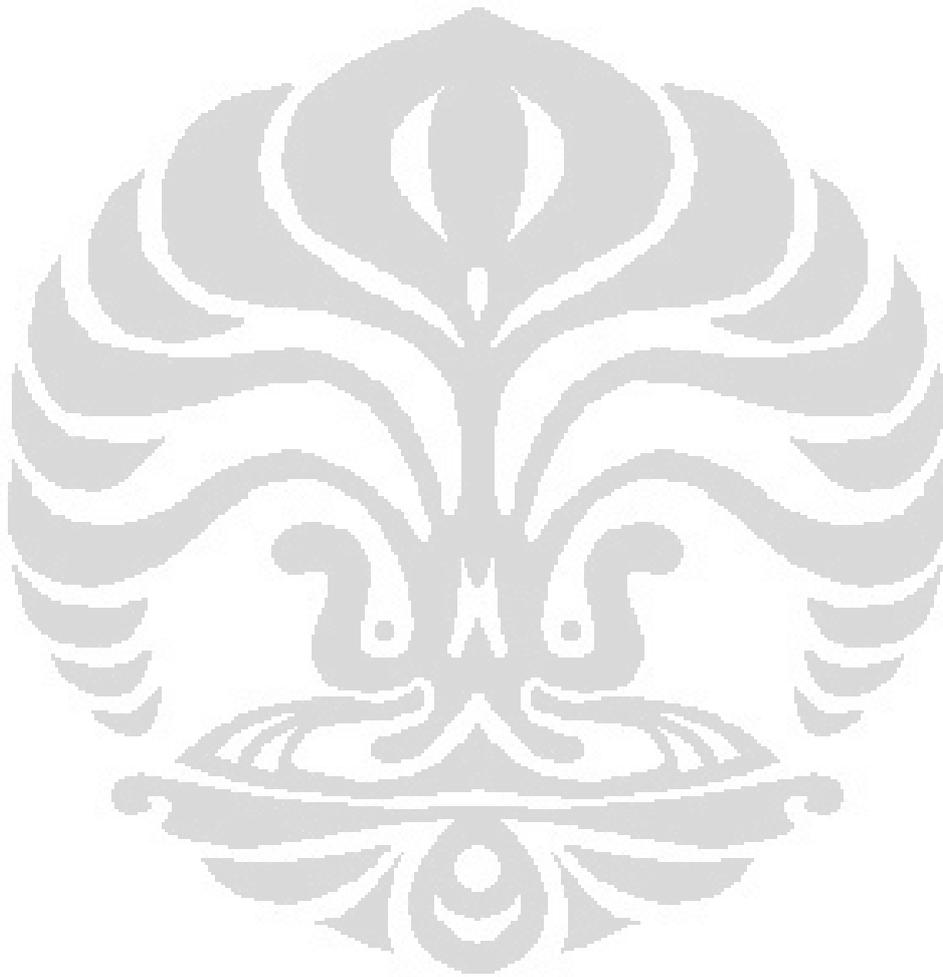
13. Risiko tertinggi *needlestick injury* adalah dari lubang jarum suntik yang terisi darah. Diperkirakan 63% terjadi *needlestick injury* dari Juni 1995 sampai Juli 1999 (NIOSH, 1999 dalam ANA, 2002). Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1998a) mendokumentasikan sembilan kasus petugas kesehatan yang terinfeksi HIV akibat *needlestick injury* berasal dari saluran lubang jarum yang terisi darah. Berikut adalah tindakan segera yang harus dilakukan ketika petugas mengalami *needlestick injury* atau cedera akibat tersayat benda tajam, kecuali.....
- A. Mencuci luka dengan sabun dan air mengalir
 - B. Melaporkan pada kepala ruangan saja
 - C. Mendokumentasikan kejadian.
 - D. Mengidentifikasi kondisi pasien dan melakukan tes HIV, hepatitis B, dan hepatitis C dengan segera.
 - E. Melakukan *Post-exposure prophylaxis* (PEP) atau pengobatan lainnya sesuai kebijakan rumah sakit.
14. Alat pelindung diri (APD) adalah kelengkapan yang wajib digunakan saat bekerja sesuai kebutuhan untuk menjaga keselamatan pekerja itu sendiri dan orang di sekelilingnya. Berikut adalah prinsip-prinsip penggunaan APD, kecuali.....
- A. Penggunaan APD harus disesuaikan dengan risiko pajanan.
 - B. Mengkaji risiko pajanan, apakah dapat terpapar darah, cairan tubuh, ekskresi atau sekresi dan memilih APD yang tepat.
 - C. Menghindari kontak antara APD dan permukaan yang terkontaminasi, pakaian atau individu di luar ruang perawatan.
 - D. Tidak menggunakan APD secara bergantian dan menggunakan kembali APD habis pakai setelah disterilkan.
 - E. Mencuci tangan secara efektif.
15. Cuci tangan merupakan tindakan pengontrolan dan pencegahan infeksi yang paling penting. Sangat penting perawat dapat melakukan protokol cuci tangan dengan efektif. Berikut adalah standar cuci tangan direkomendasikan, kecuali.....
- A. Pada saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien
 - B. Sebelum dan sesudah tindakan
 - C. Setelah terpapar cairan tubuh pasien saja
 - D. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan invasif
 - E. Setelah menyentuh lingkungan/ area dekat pasien
16. Berikut adalah manfaat penggunaan alat pelindung diri, kecuali.....
- A. Melindungi kulit dari risiko pajanan/ percikan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskresi, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien.
 - B. Melindungi selaput lendir dari risiko pajanan/ percikan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskresi, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien.

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

- C. Dapat mengurangi risiko infeksi.
 - D. Menekan perpindahan mikroorganisme penyebab terjadinya infeksi
 - E. Dapat menghilangkan secara penuh perpindahan organisme.
17. Prinsip kewaspadaan universal merupakan instrumen yang efektif untuk melindungi dan mengurangi angka kejadian infeksi di rumah sakit (infeksi nosokomial) pada tenaga kesehatan, pasien dan masyarakat. Berikut adalah komponen kewaspadaan universal yang dapat dilakukan perawat, kecuali.....
- A. Cuci tangan & pemakaian APD secara disiplin, tepat dan efektif
 - B. Penanganan benda-benda tajam dengan tepat dan benar (pembuangan ke dalam tempat sampah khusus/*safety box*)
 - C. Penanganan limbah dan lingkungan
 - D. Etika Batuk
 - E. Praktik menyuntik aman dan praktik pencegahan infeksi
18. Anda sedang bersiap memeriksa tanda-tanda vital klien yang baru saja mengalami muntah eksplosif dan diare. APD yang harus anda gunakan sebagai bagian dari tindakan universal yang anda lakukan adalah.....
- A. Gaun dan sarung tangan
 - B. Gaun dan kaca mata
 - C. Gaun, sarung tangan, masker dan pelindung mata
 - D. Sarung tangan dan masker
 - E. Pelindung mata dan gaun
19. Gejala awal stres mencakup iritabilitas, tidak nafsu makan, sakit lambung, migrain, ketidakstabilan emosional dan gangguan tidur. Gejala stres yang tidak disadari dan diatasi dapat mengakibatkan *burnout*, penurunan kualitas kerja, dan peningkatan absensi. Manajemen stres digunakan sebagai langkah mengatasi stres pada perawat. Manajemen stres mencakup tiga perubahan yaitu perubahan perilaku, perubahan psikologik, dan perubahan sosial. Berikut adalah cara mengatasi melalui perubahan psikologik, kecuali.....
- A. Bersikap tegas dalam setiap keadaan.
 - B. Mengembangkan pengendalian diri dan rasa mengontrol setiap kejadian yang dihadapi.
 - C. Belajar untuk mengekspresikan perasaan dan melampiaskan kemarahan dengan asertif.
 - D. Bersikap fleksibel dalam menghadapi masalah dan mencari jalan keluar masalah.
 - E. Hargai dan puji diri sendiri ketika melakukan sesuatu dengan benar.

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH PENGGUNAAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT TERHADAP
PERILAKU KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

20. Stres dapat anda alami akibat beban kerja yang berlebihan dan suasana kerja yang tidak nyaman/konduusif. Cara mengatasi stres melalui perubahan psikososial yang akan anda lakukan adalah, kecuali.....
- A. Mengembangkan kontak sosial baik di rumah maupun di tempat kerja
 - B. Bersikap suportif bagi orang lain.
 - C. Jangan pernah merasa malu untuk bertanya dan meminta saran yang dibutuhkan.
 - D. Diskusikan masalah dengan rekan secara tenang dan konstruktif
 - E. Mencari jalan keluar dengan merenung/*solitude* (menyendiri).



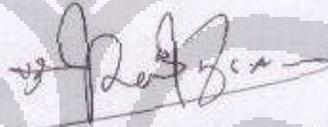
LEMBAR PERSETUJUAN

PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT

Buku Panduan Keselamatan Perawat telah diperiksa dan disetujui oleh Pakar Manajemen Keperawatan dan siap digunakan dalam Tesis dengan judul Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di RS. Siaga Raya.

Jakarta, 11 April 2012

Penyusun,



(Nur Meity Sulistia Ayu)
NIM: 1006800964

Menyetujui,



(Eva Trisna, SKM, M.Kep)

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

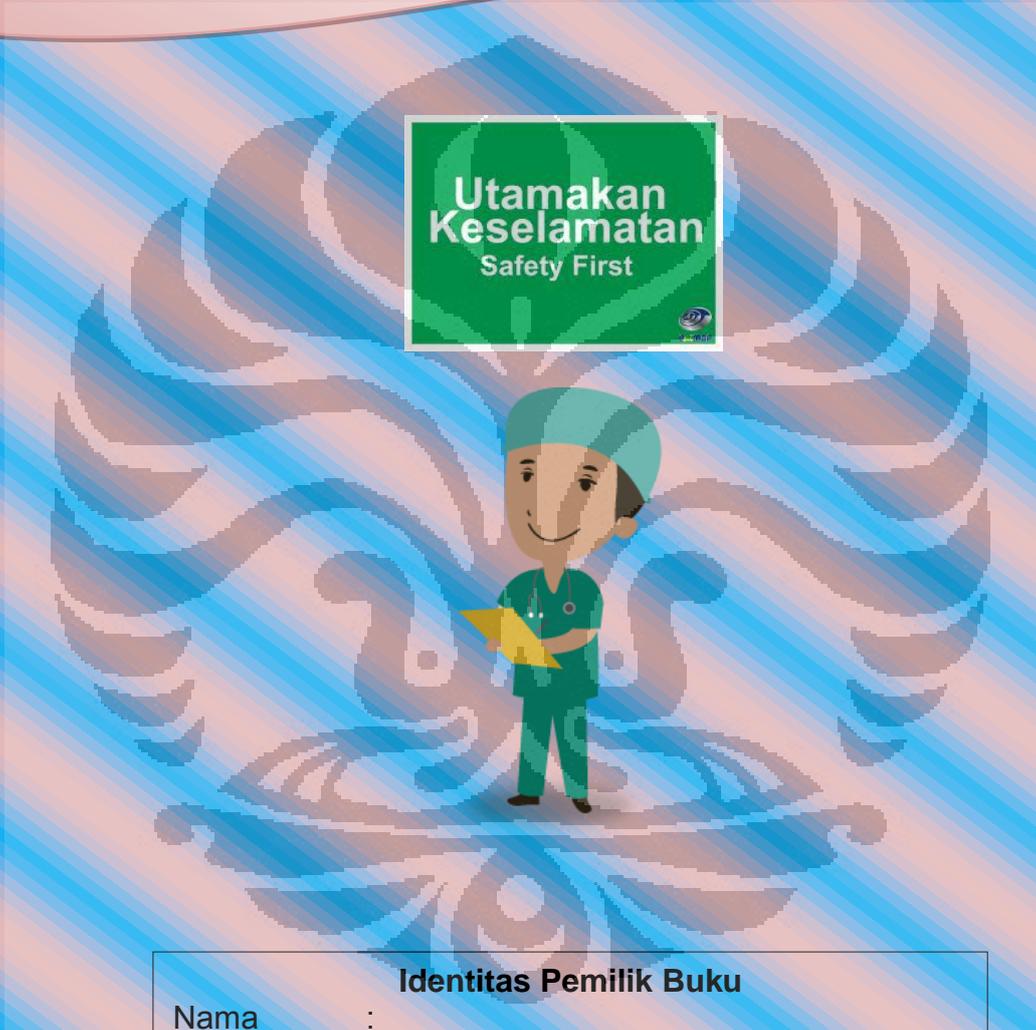


Nur Meity Sulistia Ayu



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN
2012

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT



Identitas Pemilik Buku

Nama :
Unit Kerja :
No Telp :

*Jika ada yang menemukan buku ini, mohon
dapat dikembalikan kepada pemiliknya
Terima kasih*

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

PENYUSUN

**Nur Meity Sulistia Ayu
Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep.
Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.**

Mengutip, memperbanyak, dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun harus seizin penyusun.

Cetakan Pertama: 2012



***”Safety dimulai dari diri sendiri,
jangan tunggu orang lain”***

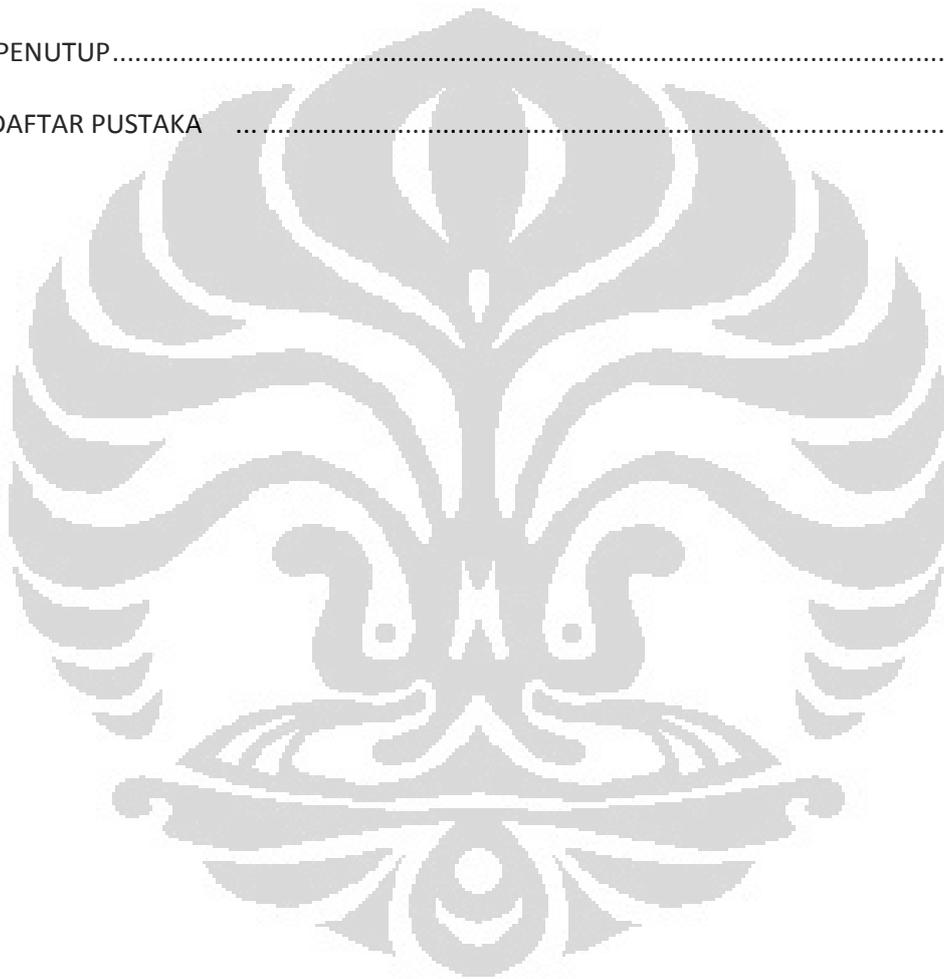
***”Jadikan pelayananmu menjadi lebih aman
setiap harinya”***

***”Keamanan dan kenyamanan dalam bekerja
adalah hak setiap pekerja”***

DAFTAR ISI

	Hal
IDENTITAS PEMILIK PANDUAN	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
BAHAYA YANG DIHADAPI PERAWAT DI TEMPAT KERJA	4
BAHAYA BIOLOGIK DAN PENANGANANNYA	4
A. Patogen di Darah atau Cairan Tubuh Manusia	4
B. Patogen di Udara	4
C. Rantai Infeksi.....	5
D. Penanganan Bahaya Biologik.....	5
1. Pengendalian Infeksi.....	6
2. Kewaspadaan Universal	8
3. Pencegahan Cidera Tertusuk Jarum atau Benda Tajam	15
4. Tindakan Kewaspadaan Penularan Melalui Udara/ Droplet	17
BAHAYA FISIK DAN PENANGANANNYA	18
A. Bahaya Radiasi Pengion	18
B. Pencegahan Bahaya Radiasi Pengion	18
C. Bahaya Listrik	18
D. Pencegahan Bahaya Listrik	18
1. Tindakan Mengurangi Bahaya Listrik.....	19
2. Langkah-langkah Tindakan Ketika Melihat Kebakaran	20
BAHAYA KIMIA DAN PENANGANANNYA	21
A. Sumber Bahaya Kimia	21
B. Penanganan Bahaya Kimia	21
1. Panduan Klinis pemberian Obat	22
2. Prinsip Tujuh Benar	23
BAHAYA CIDERA ERGONOMIK DAN PENANGANANNYA	26
A. Risiko Cidera Ergonomik	26
B. Pencegahan Cidera Ergonomik	27
1. Prinsip-Prinsip Sebelum Mengangkat atau Memindahkan Pasien.....	27
2. Langkah-langkah Mendasar dalam <i>Patient Handling</i>	28
3. Panduan untuk Mencegah Cidera Punggung... ..	28

BAHAYA PSIKOSOSIAL DAN PENANGANANNYA	31
A. Sumber Bahaya Psikososial	31
B. Penanganan Bahaya Psikososial	31
1. Manajemen Konflik.....	31
2. Manajemen Stres.....	33
PELAPORAN INSIDEN.....	35
A. Definisi Insiden Keselamatan Perawat	35
B. Pelapor Insiden	35
C. Pelapor Insiden	35
D. Alur Pelaporan Insiden	35
PENUTUP.....	36
DAFTAR PUSTAKA	37



KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur, penulis panjatkan ke hadirat ALLAH SWT karena atas berkat, rahmat, dan kemudahan yang diberikanNya maka penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat. Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat bertujuan untuk meningkatkan pemahaman, sikap, dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini merupakan buku pegangan perawat untuk berperilaku sehat dan selamat dalam bekerja. Buku ini berisi materi risiko bahaya yang dihadapi perawat di tempat kerja dan cara pencegahan serta penanganannya.

Penyusun sangat berterima kasih atas bimbingan, bantuan, dan dukungan dosen, pakar manajemen keperawatan, serta institusi pendidikan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, rekan-rekan perawat serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatukarena sehingga Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini dapat diselesaikan dengan baik. Terima kasih juga kami sampaikan kepada rekan-rekan perawat yang menggunakan buku ini sebagai acuan dalam berperilaku sehat dan selamat dalam bekerja.

Penyusun menyadari keterbatasan yang penulis miliki sehingga Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini masih jauh dari sempurna. Penyusun berharap saran, kritik, dan masukan yang bermanfaat demi kesempurnaan Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini. Akhir kata penyusun berharap Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini dapat memberi manfaat dan kontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di rumah sakit dan pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, April 2012

Penyusun

DAFTAR ISI

	Hal
IDENTITAS PEMILIK PANDUAN	i
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
BAHAYA YANG DIHADAPI PERAWAT DI TEMPAT KERJA	4
BAHAYA BIOLOGIK DAN PENANGANANNYA	4
A. Patogen di Darah atau Cairan Tubuh Manusia	4
B. Patogen di Udara	4
C. Rantai Infeksi.....	5
D. Penanganan Bahaya Biologik.....	5
1. Pengendalian Infeksi.....	6
2. Kewaspadaan Universal	8
3. Pencegahan Cidera Tertusuk Jarum atau Benda Tajam	15
4. Tindakan Kewaspadaan Penularan Melalui Udara/ Droplet	17
BAHAYA FISIK DAN PENANGANANNYA	18
A. Bahaya Radiasi Pengion	18
B. Pencegahan Bahaya Radiasi Pengion	18
C. Bahaya Listrik	18
D. Pencegahan Bahaya Listrik	18
1. Tindakan Mengurangi Bahaya Listrik.....	19
2. Langkah-langkah Tindakan Ketika Melihat Kebakaran	20
BAHAYA KIMIA DAN PENANGANANNYA	21
A. Sumber Bahaya Kimia	21
B. Penanganan Bahaya Kimia	21
1. Panduan Klinis pemberian Obat	22
2. Prinsip Tujuh Benar	23
BAHAYA CIDERA ERGONOMIK DAN PENANGANANNYA	26
A. Risiko Cidera Ergonomik	26
B. Pencegahan Cidera Ergonomik	27
1. Prinsip-Prinsip Sebelum Mengangkat atau Memindahkan Pasien.....	27
2. Langkah-langkah Mendasar dalam <i>Patient Handling</i>	28
3. Panduan untuk Mencegah Cidera Punggung... ..	28
BAHAYA PSIKOSOSIAL DAN PENANGANANNYA	31

A. Sumber Bahaya Psikososial	31
B. Penanganan Bahaya Psikososial	31
1. Manajemen Konflik.....	31
2. Manajemen Stres.....	33
PELAPORAN INSIDEN.....	35
A. Definisi Insiden Keselamatan Perawat	35
B. Pelapor Insiden	35
C. Pelapor Insiden	35
D. Alur Pelaporan Insiden	35
PENUTUP.....	36
DAFTAR PUSTAKA	37



KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur, penulis panjatkan ke hadirat ALLAH SWT karena atas berkat, rahmat, dan kemudahan yang diberikanNya maka penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat. Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat bertujuan untuk meningkatkan pemahaman, sikap, dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini merupakan buku pegangan perawat untuk berperilaku sehat dan selamat dalam bekerja. Buku ini berisi materi risiko bahaya yang dihadapi perawat di tempat kerja dan cara pencegahan serta penanganannya.

Penyusun sangat berterima kasih atas bimbingan, bantuan, dan dukungan dosen, pakar manajemen keperawatan, serta institusi pendidikan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, rekan-rekan perawat serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu karena sehingga Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini dapat diselesaikan dengan baik. Terima kasih juga kami sampaikan kepada rekan-rekan perawat yang menggunakan buku ini sebagai acuan dalam berperilaku sehat dan selamat dalam bekerja.

Penyusun menyadari keterbatasan yang penulis miliki sehingga Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini masih jauh dari sempurna. Penyusun berharap saran, kritik, dan masukan yang bermanfaat demi kesempurnaan Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini. Akhir kata penyusun berharap Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini dapat memberi manfaat dan kontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di rumah sakit dan pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, April 2012

Penyusun

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT



Identitas Pemilik Buku

Nama :
Unit Kerja :
No Telp :

*Jika ada yang menemukan buku ini, mohon
dapat dikembalikan kepada pemiliknya
Terima kasih*

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

PENYUSUN

Nur Meity Sulistia Ayu

KONSULTAN

Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep.

Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.

Eva Trisna, SKM., M.Kep.

Tutiany, S.Kp., M.Kes

Mengutip, memperbanyak, dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun harus seizin penyusun.

Cetakan Pertama: 2012

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur, penulis panjatkan ke hadirat ALLAH SWT karena atas berkat, rahmat, dan kemudahan yang diberikanNya maka penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat. Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat bertujuan untuk meningkatkan pemahaman, sikap, dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat. Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini merupakan buku pegangan perawat untuk berperilaku sehat dan selamat dalam bekerja. Buku ini berisi materi risiko bahaya yang dihadapi perawat di tempat kerja dan cara pencegahan serta penanganannya.

Penyusun sangat berterima kasih atas bimbingan, bantuan, dan dukungan dosen, pakar manajemen keperawatan, serta institusi pendidikan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, rekan-rekan perawat serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatukarena sehingga Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini dapat diselesaikan dengan baik. Terima kasih juga kami sampaikan kepada rekan-rekan perawat yang menggunakan buku ini sebagai acuan dalam berperilaku sehat dan selamat dalam bekerja.

Penyusun menyadari keterbatasan yang penulis miliki sehingga Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini masih jauh dari sempurna. Penyusun berharap saran, kritik, dan masukan yang bermanfaat demi kesempurnaan Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini. Akhir kata penyusun berharap Buku Panduan Keselamatan Kerja Perawat ini dapat memberi manfaat dan kontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di rumah sakit dan pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, April 2012

Penyusun

DAFTAR ISI

	Hal
IDENTITAS PEMILIK PANDUAN	i
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
BAHAYA YANG DIHADAPI PERAWAT DI TEMPAT KERJA	4
BAHAYA BIOLOGIK DAN PENANGANANNYA	4
A. Patogen di Darah atau Cairan Tubuh Manusia	4
B. Patogen di Udara	4
C. Rantai Infeksi.....	5
D. Penanganan Bahaya Biologik.....	5
1. Pengendalian Infeksi.....	6
2. Kewaspadaan Universal	8
3. Pencegahan Cidera Tertusuk Jarum atau Benda Tajam	15
4. Tindakan Kewaspadaan Penularan Melalui Udara/ Droplet	17
BAHAYA FISIK DAN PENANGANANNYA	18
A. Bahaya Radiasi Pengion	18
B. Pencegahan Bahaya Radiasi Pengion	18
C. Bahaya Listrik	18
D. Pencegahan Bahaya Listrik	18
1. Tindakan Mengurangi Bahaya Listrik.....	19
2. Langkah-langkah Tindakan Ketika Melihat Kebakaran	20
BAHAYA KIMIA DAN PENANGANANNYA	21
A. Sumber Bahaya Kimia	21
B. Penanganan Bahaya Kimia	21
1. Panduan Klinis pemberian Obat	22
2. Prinsip Tujuh Benar	23
BAHAYA CIDERA ERGONOMIK DAN PENANGANANNYA	26
A. Risiko Cidera Ergonomik	26
B. Pencegahan Cidera Ergonomik	27
1. Prinsip-Prinsip Sebelum Mengangkat atau Memindahkan Pasien.....	27
2. Langkah-langkah Mendasar dalam <i>Patient Handling</i>	28
3. Panduan untuk Mencegah Cidera Punggung... ..	28
BAHAYA PSIKOSOSIAL DAN PENANGANANNYA	31

A. Sumber Bahaya Psikososial	31
B. Penanganan Bahaya Psikososial	31
1. Manajemen Konflik.....	31
2. Manajemen Stres.....	33
PELAPORAN INSIDEN.....	35
A. Definisi Insiden Keselamatan Perawat	35
B. Pelapor Insiden	35
C. Pelapor Insiden	35
D. Alur Pelaporan Insiden	35
PENUTUP.....	36
DAFTAR PUSTAKA	37



PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global di berbagai sektor, termasuk kesehatan. Meskipun orientasi pelayanan di rumah sakit saat ini adalah keselamatan pasien, namun keselamatan staf rumah sakit juga penting dan menjadi salah satu indikator penilaian dalam akreditasi mutu rumah sakit karena akan berdampak pada mutu layanan dan keselamatan pasien (*Joint Commission International/ JCI*, 2011). Perawat merupakan petugas kesehatan terbanyak dengan komposisi hampir 60% dari seluruh petugas kesehatan di rumah sakit dan yang melakukan kontak terlama dengan pasien (Swansburg, 1996).

Rumah sakit bertanggung jawab memberikan lingkungan yang aman dan mendukung perawat untuk dapat berperilaku aman dalam bekerja. Undang-Undang No 1 tahun 1970 tentang keselamatan dan pencegahan kecelakaan menjelaskan bahwa perusahaan wajib melindungi keselamatan pekerja yaitu dengan memberi penjelasan kepada tenaga kerja tentang kondisi dan bahaya tempat kerja, alat pelindung diri, yang diharuskan dalam tempat kerja, alat pelindung diri bagi tenaga kerja serta cara dan sikap yang aman dalam melaksanakan pekerjaan (Wijono, 1999). Keselamatan di lingkungan pekerjaan berhubungan dengan absensi, kelelahan emosional, kepuasan kerja dan keinginan untuk keluar (Riulli & Savicki, 2006; Squires, 2010).

Perawat seringkali kurang peduli terhadap bahaya di tempat kerja dan dalam melakukan upaya proteksi diri meskipun perawat tahu hal tersebut dapat membahayakan kesehatan dan nyawanya. Kesadaran personal adalah langkah awal mengatasi masalah bahaya di tempat kerja (Ellis & Hartley, 2008). Pengetahuan mengenai keselamatan perawat adalah faktor yang sangat penting dalam mencegah terpaparnya perawat akan bahaya cedera dan penyakit di tempat kerja (Trinkkoff et. al., 2007). Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan pikir yang menstimulus tindakan seseorang sehingga perilaku akan bersifat lebih permanen (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan keselamatan perawat (*nursing safety*) mencakup pengenalan risiko bahaya yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara pencegahan dan penanganannya (Ramsay, 2005).

Perilaku perawat dalam bekerja dipandu melalui pedoman kerja. Selain standar operasional prosedur (SOP) dan standar asuhan keperawatan (SAK) sebagai pedoman perawat dalam bekerja, panduan keselamatan kerja perawat diperlukan untuk memandu perawat berperilaku aman dan selamat dalam bekerja. Perawat harus mengikuti panduan keselamatan dalam memberikan medikasi atau membantu klien pindah dari tempat tidur untuk mencegah kesalahan dan kecelakaan (Kozier et al., 1995).

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum panduan keselamatan kerja perawat adalah sebagai acuan perawat berperilaku aman dan selamat dalam bekerja. Penggunaan panduan ini sebagai upaya untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat yang tercermin dengan peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penggunaan panduan adalah dengan menggunakan panduan ini perawat mampu:

- Mengidentifikasi potensi bahaya cedera dan penyakit yang dapat dihadapi perawat di rumah sakit dan di unit tempatnya bekerja mencakup bahaya biologik, fisik, kimia, psikososial, dan ergonomik.
- Melakukan upaya pencegahan dari potensi bahaya cedera dan penyakit akibat kerja dengan berperilaku aman dan selamat sesuai petunjuk.
- Melakukan upaya penanganan dari potensi bahaya cedera dan penyakit akibat kerja.
- Aktif melaporkan insiden cedera dan penyakit akibat kerja pada perawat.
- Menunjukkan sikap tidak menyalahkan apabila terjadi insiden dan memperbaiki kesalahan.

BAHAYA YANG DIHADAPI PERAWAT DI TEMPAT KERJA



Kesehatan dan keselamatan merupakan kebutuhan mendasar setiap individu yang harus dipenuhi, termasuk individu perawat. Menghindari bahaya dalam lingkungan, meningkatkan keselamatan melalui pencegahan kecelakaan, cedera atau trauma lainnya merupakan kebutuhan dasar manusia.

Keselamatan kerja pada dasarnya adalah kondisi keselamatan yang bebas dari risiko kecelakaan dan kerusakan dimana kita bekerja yang mencakup tentang kondisi tempat kerja, kondisi peralatan kerja, dan kondisi pekerja. Keselamatan kerja merupakan rangkaian usaha untuk menciptakan suasana kerja yang aman dan tentram bagi para karyawan yaitu kondisi bebas dari gangguan fisik, mental, emosi atau rasa sakit yang disebabkan lingkungan kerja.

Perawat dapat terpapar bermacam risiko cedera dan penyakit saat bekerja. Risiko bahaya di rumah sakit mencakup bahaya biologik, bahaya fisik, bahaya kimia, bahaya cedera ergonomik, dan bahaya psikososial (Kepmenkes No. 1078/2010; Ramsay, 2005).



BAHAYA BIOLOGIK DAN PENANGANANNYA



Bahaya biologik pada perawat dapat disebabkan oleh infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial dapat ditularkan melalui patogen di darah (*bloodborne*) atau cairan tubuh manusia melalui jarum suntik (*needlestick injury*) atau luka di mukosa tubuh (mis; hepatitis, HIV infection/AIDS) dan patogen di udara (*airborne*) (misal; tuberkulosis/TBC, *severe acute respiratory syndrome/SARS*).

A. PATOGEN DI DARAH (*BLOODBORNE*) ATAU CAIRAN TUBUH MANUSIA.

Fakta Bahaya:

- *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), Virus Hepatitis B (HBV), dan Virus Hepatitis C (HCV) merupakan ancaman bahaya biologik terbesar pada tenaga kesehatan (CDC, 1998; CDC, 2001)
- Setidaknya 1000 petugas kesehatan diperkirakan mengalami infeksi serius setiap tahun akibat cedera jarum suntik dan benda tajam (International Health Care Worker Safety Center, 1999).
- Perawat yang mengalami cedera tertusuk jarum perkutaneus antara 600.000 sampai 800.000 setiap tahunnya di seluruh fasilitas kesehatan, dengan cedera akibat prosedur menyuntik (21%), menjahit (17%) dan mengambil darah (16%) sebagai tiga pajanan tertinggi (Perry et al., 2003 dalam Ramsay, 2005).
- Lebih dari 20 infeksi yang dapat ditularkan melalui jarum suntik mencakup sifilis, malaria, dan herpes. Akan tetapi, pajanan ini seringkali dianggap biasa dan merupakan risiko dari pekerjaan (Centers for Disease Control & Prevention/ CDC, 1998)

B. PATOGEN DI UDARA (*AIRBORNE*).

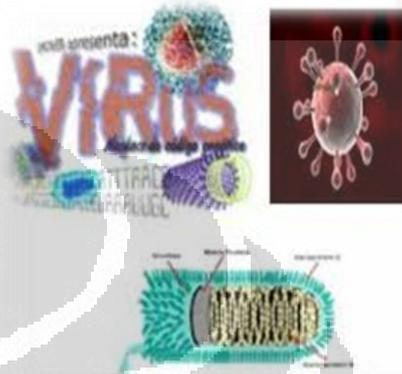
Patogen di udara dapat melalui udara dan droplet (misal; tuberkulosis/TBC, *severe acute respiratory syndrome/SARS*).

Fakta Bahaya:

- Selama 2003, CDC menerima 34 laporan TBC, merupakan angka yang tinggi pada petugas kesehatan (Department of Health and Human Services, 2004). Pada Juni 2004, seorang petugas kesehatan meninggal akibat TBC (Simpson, 2004).

C. RANTAI INFEKSI

Enam mata rantai yang membentuk rantai infeksi yaitu agen etiologi (mikroorganisme), tempat tinggal alami organisme (*reservoir*), jalan keluar dari reservoir, metode atau cara penularan, jalan masuk ke dalam pejamu, dan pejamu yang rentan (Kozier & Erb, 2002). Setelah suatu mikroorganisme meninggalkan sumber atau *reservoir*, mikroorganisme tersebut memerlukan suatu metode untuk menulari orang lain atau pejamu melalui jalan masuk.



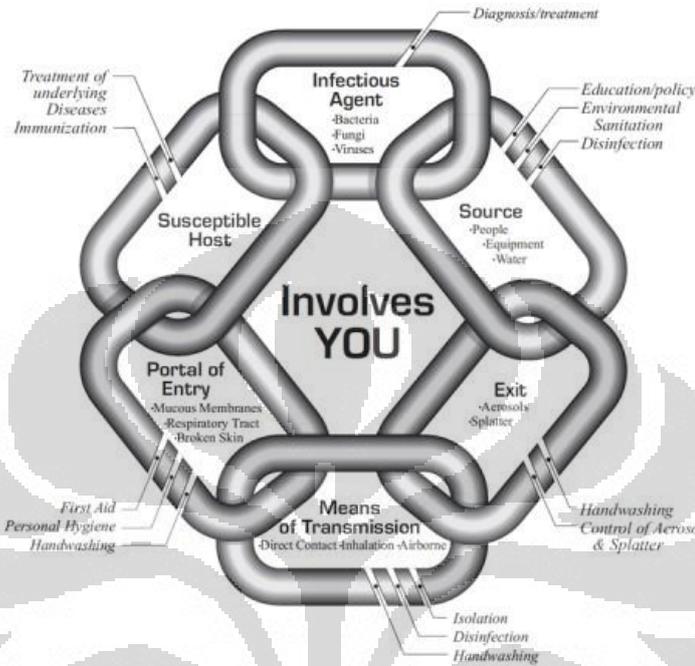
Tabel 2.1 *Reservoir* Manusia, Organisme Infeksius yang Umum, dan Jalan Keluar
(Kozier & Erb, 2002)

Area Tubuh (Sumber)	Organisme Infeksius yang Umum	Jalan Keluar
Saluran pernapasan	Virus parainfluenza, Mycobacterium tuberculosis, Staphylococcus aureus.	Hidung atau mulut melalui bersin, batuk, bernapas, atau berbicara; slang endotrakeal atau trakeostomi.
Saluran gastrointestinal	Virus Hepatitis A, Spesies Salmonella.	Mulut: air liur, muntah; anus: fese; ostomi; slangdrainase (misal slang NGT atau slang T)
Saluran urin	Escherchia coli enterococci, Pseudomonas aeruginosa.	Meatus uretra dan ostomi diversi urinari
Saluran reproduksi (termasuk genital)	Neisseria gonorrhoe, Treponema pallidum Hirus Herpes Simpleks Tipe 2, Virus Hepatitis B.	Vagina: rabas vagina; meatus uretra: semen, urin
Darah	Virus Hepatitis B, HIV, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermis.	Luka terbuka, area pungsi jarum, setiap luka pada kulit atau permukaan membran mukosa
Jaringan	Staphylococcus aureus, Escherchia coli, Spesies Proteus, Streptokokkus beta hemolitik A atau B.	Drainase karena terpotong atau luka

D. PENANGANAN BAHAYA BIOLOGIK

1. Pengendalian Infeksi

Tujuan tindakan pengendalian infeksi adalah memutuskan rantai infeksi kapan pun dan di manapun memungkinkan sehingga penyakit tidak ditularkan dari satu orang ke orang lain.



Tabel 2.2 Panduan Memutus Rantai Infeksi (Kozier & Erb, 2002)

Mata Rantai	Prinsip Tindakan	Rasional
Agen etiologi (mikroorganisme)	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan benda-benda dibersihkan dan didisinfeksi atau disterilkan dengan benar sebelum digunakan. Tidak menyenderkan badan di tembok atau lift. 	<ul style="list-style-type: none"> Dapat mengurangi atau mengeliminasi mikroorganisme. Mikroorganisme dapat menempel pada pakaian petugas.
Tempat tinggal alami organisme (reservoir)	<ul style="list-style-type: none"> Mengganti balutan dan perban (terutama bagian luar) jika kotor atau basah. Membantu klien higiene kulit dan mulut dengan benar. Menempatkan linen yang lembap di dalam wadah khusus. Membuang feses dan urin di wadah yang tepat. Memastikan bahwa semua wadah cairan ditutup. Mengosongkan botol <i>suction</i> dan botol drainase pada akhir setiap <i>shift</i> dan sebelum penuh. 	<ul style="list-style-type: none"> Merupakan lingkungan ideal pertumbuhan mikroorganisme. Dapat mengurangi mikroorganisme dan mengurangi risiko infeksi. Mengandung lebih banyak mikroorganisme. Banyak mengandung mikroorganisme (mis., virus hepatitis B dapat dalam feses klien yang asimtomatik) Wadah terbuka meningkatkan risiko kontaminasi dan meningkatkan pertumbuhan mikroba. Drainase merupakan sarang mikroorganisme yang dapat berploriferasi dan menularkan orang lain.

Mata Rantai	Prinsip Tindakan	Rasional
Metode atau cara penularan	<ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, di antara klien satu dan yang lain, setelah menyentuh substansi tubuh, dan sebelum melakukan prosedur invasif atau sebelum menyentuh luka terbuka, dan setelah menyentuh benda-benda infeksius. • Meletakkan benda-benda yang infeksius yang akan dibuang ke dalam kantong sampah infeksius. • Memegang pispot dengan kuat untuk mencegah tumpah, dan membuang urin serta feses ke dalam wadah yang tepat. • Mengawasi dan mengimplementasikan tindakan kewaspadaan asepsis untuk semua klien. • Menggunakan masker dan pelindung mata jika melakukan kontak dekat dengan klien yang memiliki infeksi yang dapat ditularkan melalui droplet dan saluran pernapasan • Menggunakan sarung tangan ketika menangani sekresi dan ekskresi. • Menggunakan gaun/jubah dan sepatu tertutup/ <i>boot</i> jika kemungkinan terkontaminasi oleh substansi tubuh. • Menggunakan masker dan pelindung mata jika kemungkinan terdapat percikan tubuh. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cara mendasar dan penting untuk mencegah dan mengendalikan penularan mikroorganisme. ➤ Pemisahan sampah infeksius dalam kantong sampah terpisah mencegah penyebaran mikroorganisme ke orang lain. ➤ Jika tumpah dapat menyebarkan banyak mikroorganisme. ➤ Semua klien dapat menjadi tempat berkumpulnya mikroorganisme infeksius yang dapat ditularkan ke orang lain. ➤ Mengurangi penularan mikroorganisme dari droplet. ➤ Mencegah pajanan pada tubuh. ➤ Mencegah pajanan pada tubuh. ➤ Mencegah pajanan pada tubuh.
Jalan keluar dari reservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Menghindari berbicara, batuk atau bersin di atas luka terbuka atau daerah steril, dan tutup mulut serta hidung ketika batuk dan bersin. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Membatasi mikroorganisme yang keluar dari saluran pernapasan.
Jalan masuk ke dalam pejamu	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan teknik steril untuk prosedur invasif (mis., injeksi, kateterisasi). • Menggunakan teknik steril ketika memajankan luka terbuka atau ketika menangani balutan • Membuang jarum dan spuit <i>disposable</i> dalam wadah tahan bocor/ wadah khusus. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prosedur invasif menembus barier tubuh sehingga dapat memasukkan mikroorganisme dari tubuh dan sebaliknya mengeluarkan patogen di darah atau cairan tubuh. ➤ Luka terbuka rentan terhadap infeksi mikroba. ➤ <i>Needlestick injury</i> atau cedera akibat benda tajam lainnya merupakan media penularan HIV/AIDS, Hepatitis B/C terbesar pada tenaga kesehatan.
Pejamu yang rentan	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan perawatan diri kepada setiap klien • Mempertahankan integritas kulit dan membran mukosa klien • Memastikan klien mendapatkan diet seimbang. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individu lebih rentan terhadap mikroorganisme dari diri sendiri. ➤ Melindungi tubuh dari mikroorganisme. ➤ Untuk membangun pertahanan tubuh.

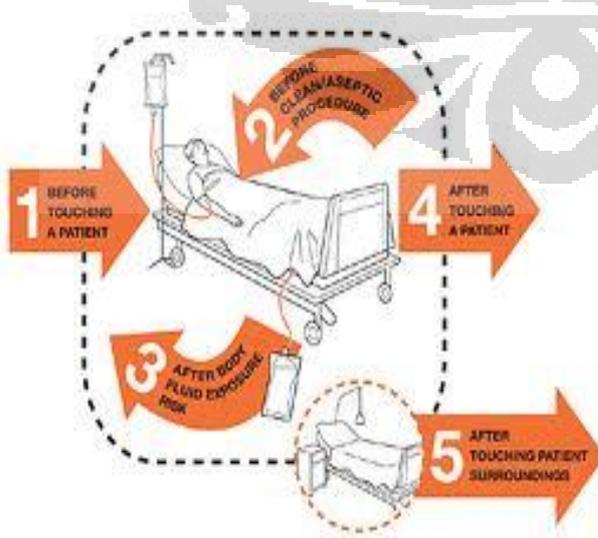
2. Kewaspadaan Universal

Prinsip kewaspadaan universal merupakan instrumen yang efektif untuk menangani bahaya biologik. Kewaspadaan universal dapat melindungi dan mengurangi angka kejadian infeksi di rumah sakit (infeksi nosokomial) pada tenaga kesehatan, pasien dan masyarakat. Penerapan kewaspadaan universal dapat mengurangi insiden terkait pajanan darah dan cairan tubuh sekitar 55-98% (Manian 1990, Lymer et al., 1997, Nelsing et al., 1997, Radecki et al., 2000 dalam Cutter, 2003). Perawat yang menyadari risiko infeksi adalah hal yang berbahaya lebih konsisten menerapkan kewaspadaan universal walaupun belum mengetahui kondisi pasiennya apakah terinfeksi HIV atau virus hepatitis. Tindakan kewaspadaan universal mencakup cuci tangan, pemakaian APD, penanganan peralatan, penanganan pascapemajanan.

a) Cuci Tangan



Cuci tangan merupakan tindakan pengontrolan dan pencegahan infeksi yang paling penting. Sangat penting perawat dapat melakukan protokol cuci tangan dengan efektif. Keadaan yang mengharuskan perawat melakukan cuci tangan WHO (2004), yaitu:



- ✓ Sebelum dan sesudah menyentuh pasien.
- ✓ Sebelum dan sesudah tindakan/ aseptik.
- ✓ Setelah terpapar cairan tubuh pasien.
- ✓ Sebelum dan sesudah melakukan tindakan invasif.
- ✓ Setelah menyentuh area sekitar pasien/ lingkungan.

b) Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri adalah kelengkapan yang wajib digunakan saat bekerja sesuai kebutuhan untuk menjaga keselamatan pekerja itu sendiri dan orang di sekelilingnya. Dasar hukum dari penggunaan alat pelindung diri ini adalah Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 Bab IX Pasal 13 tentang Kewajiban Bila Memasuki Tempat kerja yang berbunyi:

“Barangsiapa akan memasuki sesuatu tempat kerja, diwajibkan mentaati semua petunjuk keselamatan kerja dan memakai alat-alat perlindungan diri yang diwajibkan.”

Prinsip-prinsip penggunaan APD (WHO, 2004), yaitu:

- ✓ Penggunaan APD harus disesuaikan dengan risiko paparan. Perawat harus mengkaji risiko paparan, apakah dapat terpapar darah, cairan tubuh, ekskresi atau sekresi dan memilih APD yang tepat.
- ✓ Menghindari kontak antara APD dan permukaan yang terkontaminasi, pakaian atau individu di luar ruang perawatan.
- ✓ Membuang APD habis pakai pada kantong pembuangan, dan melakukan penanganan sesuai kebijakan rumah sakit.
- ✓ Tidak menggunakan APD secara bergantian.
- ✓ Mengganti APD secara menyeluruh kemudian mencuci tangan secara efektif. Penggunaan APD dapat mengurangi risiko infeksi namun tidak dapat menghilangkan secara penuh. Staf juga harus menyadari penggunaan APD tidak menggantikan pentingnya melakukan tindakan pengontrolan infeksi mendasar yaitu cuci tangan.

JENIS APD:

- 1) Sarung tangan.
- 2) Masker.
- 3) Kaca mata
- 4) Jubah, apron.
- 5) Sepatu boot
- 6) Penutup rambut/*cap*.



1) Sarung Tangan

NON STERILE



Prinsip-prinsip dalam menggunakan sarung tangan (WHO, 2004), yaitu;

- ✓ Menggunakan sarung tangan (bersih, nonsteril) ketika berisiko bersentuhan dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau membran mukosa.
- ✓ Mengganti sarung tangan di antara kontak dengan pasien yang berbeda.
- ✓ Mengganti sarung tangan di antara tindakan/prosedur meskipun pada pasien yang sama untuk mencegah kontaminasi silang antara bagian tubuh.
- ✓ Melepaskan sarung tangan segera setelah penggunaan dan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang lain.
- ✓ Mencuci tangan segera setelah melepaskan sarung tangan.
- ✓ Menggunakan sabun antimikroba atau antiseptik.
- ✓ Membuang sarung tangan dan tidak mencuci atau menggunakannya kembali sesuai dengan kebijakan rumah sakit.
- ✓ Tipe sarung tangan harus dipilih berdasarkan prosedur yang dilakukan misalnya sarung tangan lateks atau *vinyl* harus diganti sering dan diperiksa keutuhannya sebelum pemakaian, sarung tangan ganda untuk menurunkan risiko terpapar akibat penetrasi dapat direkomendasikan, sarung tangan lateks yang elastis lebih direkomendasikan dari sarung tangan *polyvinyl*, sarung tangan berlapis timah digunakan pada lapang sinar-x langsung.





2) Masker

Prinsip penggunaan masker, yaitu:

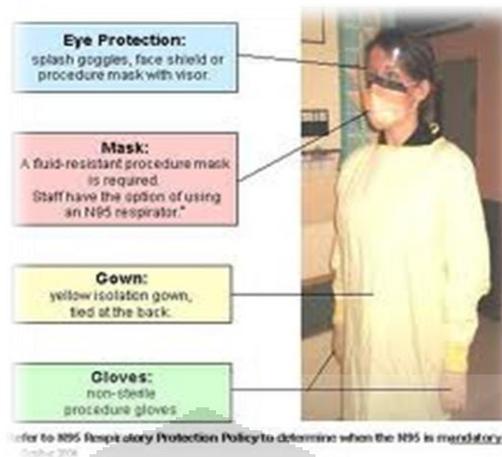
- ✓ Masker digunakan untuk melindungi membran mukosa mulut dan hidung ketika melakukan prosedur yang berisiko terciprat darah, cairan tubuh, droplet, sekresi atau ekskresi dari pasien.
- ✓ Menggunakan masker bedah lebih direkomendasikan pada kondisi ini dibandingkan masker kasa.
- ✓ Masker sekali pakai harus langsung dibuang setelah digunakan, tidak boleh digunakan kembali.
- ✓ Pembuangan masker di tempat sampah infeksius dan dimusnahkan sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

3) Kacamata

Prinsip penggunaan kacamata, yaitu:

- ✓ Kacamata atau pelindung mata yang lain digunakan untuk melindungi membran mukosa mata ketika melakukan prosedur yang berisiko terciprat darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi.
- ✓ Kacamata yang setelah digunakan dapat didekontaminasi sesuai kebijakan rumah sakit.





4) Jubah bersih/ nonsteril atau apron.

Prinsip penggunaan jubah bersih/ nonsteril atau apron, yaitu:

- ✓ Jubah bersih/ nonsteril atau apron digunakan untuk melindungi kulit dan mencegah mengotori pakaian ketika melakukan tindakan yang berisiko terkena cipratan darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi.
- ✓ Jubah yang tahan air lebih direkomendasikan.
- ✓ Jubah basah atau yang telah digunakan harus segera dilepas.
- ✓ Penggunaan apron plastik di atas jubah direkomendasikan untuk mencegah mengotori jubah.
- ✓ Jubah atau apron sekali pakai tidak boleh digunakan kembali dan harus dimusnahkan sesuai kebijakan rumah sakit.

5) Sepatu tertutup

Prinsip penggunaan sepatu tertutup/boot, yaitu:

- ✓ Sepatu tertutup/ boot digunakan apabila petugas berisiko terciprat atau tertumpah darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi dari pasien.

6) Penutup rambut/ Cap

Prinsip penggunaan penutup rambut/ Cap, yaitu:

- ✓ Penutup rambut/ cap digunakan apabila petugas berisiko terciprat atau tertumpah darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi dari pasien.

c) Penanganan peralatan

Penanganan peralatan mencakup pembuangan limbah, bahan linen dan benda tajam yang terkontaminasi; serta pembersihan, sterilisasi dan disinfeksi alat, instrumen dan peralatan yang tepat. Perawat harus mengikuti protokol dari pabrik pembuatnya dan prosedur fasilitas dengan benar.

Kewaspadaan penularan melalui kontak benda infeksius dan penanganan peralatan pasien (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- ✓ Menempatkan klien di kamar pribadi.
- ✓ Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- ✓ Mengenakan gaun dan sarung tangan. Mengganti gaun dan sarung tangan setelah kontak dengan benda yang infeksius dan sebelum meninggalkan ruangan pasien lalu cuci tangan segera setelah melepaskan sarung tangan.

- ✓ Memasukkan benda yang terkontaminasi ke dalam kantong khusus.



- ✓ Mengidentifikasi dan memisahkan barang disposibel dari barang yang dapat digunakan kembali.

- ✓ Membuang benda disposibel yang tajam seperti jarum suntik, pisau bedah, spuit ke dalam kontainer khusus tidak tembus (dari kaca atau material yang dirancang khusus).



- ✓ Memasukkan linen kotor ke dalam wadah linen kotor dan langsung dibawa ke tempat cuci di rumah sakit.
- ✓ Peralatan makan klien tidak perlu penanganan khusus, beberapa rumah sakit menggunakan peralatan makan yang disposibel untuk kenyamanan.



d) Penanganan Pascapemajanan

Perawat yang meyakini telah terkontaminasi dengan agen infeksius harus melapor pada pihak manajemen rumah sakit atau bagian kesehatan okupasi untuk penanganan dan saran selanjutnya. Perawat yang terkontaminasi harus dikaji risiko menularkan agen infeksius pada orang lain dan mengambil tindakan kewaspadaan yang tepat.

Langkah-langkah yang harus dijalankan setelah terpajan patogen yang penyebarannya melalui darah (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- ✓ Melaporkan Kejadian segera kepada atasan atau manajemen.
- ✓ Melengkapai laporan kecelakaan.
- ✓ Melakukan evaluasi dan tindak lanjut yang tepat mencakup mendapatkan identitas pasien atau staf sumber infeksi.
- ✓ Memeriksa darah individu sumber infeksi jika memungkinkan dan disetujui.
- ✓ Memeriksa darah perawat yang terpajan dengan persetujuan.
- ✓ Perawat yang terpajan harus mendapatkan profilaksis pascapemajanan jika diindikasikan secara medis dengan vaksin hepatitis atau agens antivirus.
- ✓ Melakukan konseling medis dan psikologis mengenai risiko pribadi terinfeksi atau risiko menginfeksi orang lain.
- ✓ Untuk kejadian terkena tusukan/laserasi; dorong terjadinya perdarahan, cuci dan bersihkan area dengan sabun dan air mengalir, lakukan pertolongan pertama dan cari pengobatan lain jika diindikasikan.
- ✓ Untuk pemajanan pada membran mukosa (mata, hidung, mulut) basuh dengan salin normal atau air mengalir selama 5-10 menit.





Perawat yang terpajan HIV harus mengikuti protokol yang ditetapkan rumah sakit. Protokol pascapemajanan HIV (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

- ✓ Untuk pemajanan risiko tinggi (darah dalam volume yang besar dan individu memiliki sumber dengan titer HIV tinggi): terapi 3 obat dianjurkan dan harus dimulai dalam satu jam.

- ✓ Untuk pemajanan risiko meningkat (darah tidak dalam volume besar atau individu memiliki titer HIV yang tinggi): terapi 3 obat dianjurkan dan harus dimulai dalam satu jam.
- ✓ Untuk pemajanan risiko rendah (darah tidak dalam volume besar atau individu tidak memiliki titer HIV yang tinggi): terapi 2 obat dianjurkan dan harus dimulai dalam satu jam.
- ✓ Profilaksis obat untuk empat minggu.
- ✓ Regimen obat bervariasi. Obat yang umumnya digunakan adalah Zidovudin, Jamivudin, dan Indinavir.
- ✓ Uji antibodi HIV dilakukan segera terpajan (basis) dan enam minggu, tiga, dan enam bulan setelahnya.

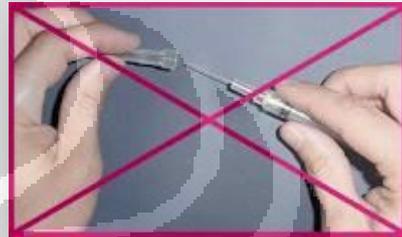
3. Pencegahan Cidera Tertusuk Jarum (*needle-stick injury/NSI*) atau Cidera akibat Benda Tajam.

Fakta Bahaya:

- Secara global NSI merupakan penyebab utama pajanan darah dan infeksi melalui darah pada petugas kesehatan (CDC, 2008).
- Dua penyebab utama NSI adalah menutup kembali (*recapping*) serta pengumpulan dan pembuangan limbah tajam yang tidak aman (Wilburn & Eijkemans, 2004).
- Risiko penularan infeksi akibat NSI dari pasien yang terinfeksi terhadap petugas kesehatan yaitu HBV 3–10%, HBC 3% dan HIV 0,3% (WHO, 2003).

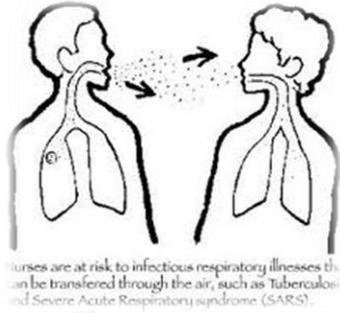
Faktor-faktor yang dapat menimbulkan kejadian NSI (WHO, 2002), mencakup:

- ✓ Penggunaan kembali alat injeksi dan benda tajam yang tidak perlu.
- ✓ Kekurangan peralatan: spuit, *safer needle devices*, dan kontainer pembuangan benda tajam.
- ✓ Tidak segera membuang benda tajam atau jarum suntik yang terkontaminasi pada kontainer pembuangan benda tajam.
- ✓ Tenaga kerja yang tidak sesuai atau terbatas.
- ✓ Tindakan menutup kembali jarum setelah penggunaan menggunakan dua tangan.
- ✓ Kurangnya pengontrolan penggunaan alat yang aman misalnya penggunaan alat jarum suntik dengan tipe yang lebih aman.
- ✓ Mengoper instrumen dari tangan ke tangan di ruang operasi.
- ✓ Kurangnya kesadaran petugas akan bahaya serta kurangnya informasi dan pelatihan.



Penanganan segera yang harus dilakukan ketika petugas mengalami NSI atau cedera akibat tersayat benda tajam (ANA, 2002), mencakup:

- ✓ Mencuci luka dengan sabun dan air mengalir.
- ✓ Melaporkan pada atasan dan melakukan pelaporan melalui sistem pelaporan cedera sesuai kebijakan fasilitas.
- ✓ Mengidentifikasi kondisi pasien dan melakukan tes HIV, hepatitis B, dan hepatitis C.
- ✓ Melaporkan kepada layanan kesehatan petugas, UGD, atau fasilitas kesehatan untuk pegawai lainnya.
- ✓ Melakukan tes for HIV, hepatitis B, and hepatitis dengan segera. Melakukan *Post-exposure prophylaxis* (PEP) atau pengobatan lainnya.
- ✓ Mendokumentasikan kejadian pajanan secara lengkap dan penjelasan bagaimana pajanan dapat terjadi.



4. Tindakan Kewaspadaan Penularan Melalui Udara/ Droplet.

Tindakan kewaspadaan berbasis penularan di rumah sakit mencakup penularan melalui udara (mis., rubela, varisela, TBC, SARS), droplet (mis., pertusis, gondongan, pneumonia).

Tindakan kewaspadaan penularan melalui udara (CDC, 1996 dalam Koziar & Erb, 2002), mencakup:

- ✓ Menempatkan klien dalam kamar pribadi yang memiliki tekanan udara negatif, 6-12 kali perubahan udara setiap jam sehingga udara dapat dikeluarkan keluar ruangan atau terdapat sistem filtrasi untuk udara ruangan. Menjaga pintu kamar agar selalu tertutup.
- ✓ Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- ✓ Menggunakan masker pernapasan pada saat memasuki kamar klien yang diketahui atau dicurigai menderita TBC.
- ✓ Tidak membolehkan orang yang rentan memasuki kamar klien yang menderita rubela (campak) atau varisela (cacar air). Menggunakan masker napas apabila harus masuk ke dalam kamar.
- ✓ Membatasi pergerakan klien keluar kamar hanya untuk tujuan yang penting.
- ✓ Menggunakan masker bedah pada klien ketika berada di luar ruangan.

Tindakan kewaspadaan penularan melalui droplet (CDC, 1996 dalam Koziar & Erb, 2002), mencakup:

- ✓ Menempatkan klien di kamar pribadi.
- ✓ Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- ✓ Menggunakan masker apabila berada dalam jarak tiga kaki dari klien.
- ✓ Membatasi pergerakan klien keluar kamar hanya untuk tujuan yang penting. Menggunakan masker bedah pada klien ketika berada di luar ruangan.

BAHAYA FISIK DAN PENANGANANNYA

A. BAHAYA RADIASI PENGION

Bahaya fisik dapat dialami perawat yang bekerja di unit yang terdapat pajanan radiasi pengion seperti sinar-x (misalnya; ruang radiografi, unit gawat darurat/UGD, ruang operasi, unit perawatan intensif/UPI). Perawat memiliki risiko terpapar radiasi pengion ketika melakukan prosedur diagnostik (radiografi, fluoroskopi) dan terapi (obat-obatan nuklir, isotop radioaktif) (Kozier et al., 1995). Prinsip-prinsip derajat pajanan radioaktif adalah semakin lama waktu terkena radiasi maka semakin besar pajanan, semakin dekat individu terhadap sumber radioaktif semakin besar pajanan, semakin ekstensif menggunakan pelindung radiasi semakin besar individu terlindung dari radiasi (Kozier et al., 1995).

B. PENCEGAHAN BAHAYA RADIASI PENGION

Pencegahan pajanan bahaya radiasi pengion meliputi penggunaan sarung tangan pada saat menangani atau membuang ekskresi pasien yang mendapatkan prosedur diagnostik dengan radiasi (radiografi, fluoroskopi), membuang ekskresi cairan tubuh pasien tersebut ke dalam tempat sampah khusus, mencuci sarung tangan sebelum melepaskannya dan membuangnya di tempat sampah khusus.

C. BAHAYA LISTRIK.

Perawat sering menggunakan alat listrik dalam bekerja misalnya alat pacu jantung elektrik (defibrillator). Peralatan dengan kabel berjumbai dapat menimbulkan bahaya sengatan listrik atau dapat menimbulkan kebakaran (Kozier et al, 1995).

D. PENCEGAHAN BAHAYA LISTRIK

Perawatan alat listrik yang baik, menggunakan sepatu beralas karet, berdiri di lantai nonkonduktif, dan menggunakan sarung tangan nonkonduktif dapat mencegah perawat terkena sengatan listrik pada saat menolong pasien.



1. Tindakan Mengurangi Bahaya Listrik

Tindakan untuk mengurangi bahaya listrik (Kozier et al., 1995), mencakup:

- ✓ Memeriksa ujung kabel alat medis yang menggunakan listrik tidak berjumbai atau terdapat tanda-tanda kerusakan sebelum menggunakannya. Tidak menggunakan alat apabila terdapat kerusakan.
- ✓ Menghindari terlalu banyak sambungan pada colokan listrik paralel
- ✓ Menggunakan sambungan listrik yang terlindung atau berada di bawah lantai.
- ✓ Selalu menarik sambungan listrik dengan pegangan yang kencang dan tarikan searah. Menarik sambungan listrik dengan memegang kabelnya dapat merusak kabel dan sambungan listrik.
- ✓ Tidak menggunakan peralatan listrik dekat dengan wadah air, bak rendam, pancuran air atau area basah lainnya karena air merupakan penghantar listrik yang sangat baik.
- ✓ Menjaga kabel listrik jauh dari jangkauan anak-anak dan lalu lalang orang banyak untuk mencegah kerusakan kabel atau tersangkutnya kabel.
- ✓ Menggunakan pelindung kabel pada sambungan di dinding untuk melindungi tercabutnya sambungan dan jangkauan anak-anak.
- ✓ Membungkus kabel-kabel listrik sesuai standart keselamatan.
- ✓ Membaca instruksi prosedur penggunaan peralatan listrik dengan cermat. Meminta bantuan orang yang lebih tahu atau ahli untuk mengoperasikan peralatan listrik.
- ✓ Selalu memutuskan sambungan listrik sebelum membersihkan atau memperbaiki alat.
- ✓ Segera mencabut sambungan listrik pada alat yang menimbulkan getaran sengatan listrik dan segera memberi tahu petugas terkait untuk memeriksa dan memperbaikinya.

2. Langkah-langkah Tindakan Ketika Melihat Kebakaran

Percikan listrik dapat menimbulkan kebakaran. Langkah-langkah tindakan yang harus dilakukan ketika melihat kebakaran (*Fire Extinguisher User Information*, 2010) adalah:

- ✓ Menginformasikan. Bersikap tidak panik, mengutamakan keselamatan pasien. Menghubungi petugas keamanan atau koordinator tanggap darurat. Informasi laporan mencakup menyebutkan nama dan asal unit, lokasi dan adanya api/asap, menyebutkan kondisi api dan situasi terakhir.
- ✓ Melakukan pemadaman. Perawat dapat menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang terdekat, mengikuti petunjuk penggunaan APAR, menuju ke titik api akan tetapi sebelumnya memastikan jalan keluar aman dan bebas api/asap, memadamkan api, namun bila gagal segera evaluasi.
- ✓ Mengevakuasi. Perawat dan pasien segera keluar ruangan melalui jalur yang bebas asap dan api.



BAHAYA KIMIA DAN PENANGANANNYA

A. SUMBER BAHAYA KIMIA

Perawat dihadapkan bahaya pajanan agen kimia terkait dengan tindakan pengobatan pasien dan perawatan lingkungan. Risiko bahaya kimia pada perawat termasuk zat-zat kimia yang dapat terhirup, tercerna, atau kontak dengan kulit, dapat menyebabkan masalah kesehatan (Xelegatti et al., 2006). Beberapa keadaan yang dapat mengakibatkan perawat pada risiko terpajan zat kimia adalah seperti penggunaan sarung tangan lateks; menggunakan deterjen dan solven; manipulasi obat-obatan antineoplastik dan antibiotik; agen antivirus seperti *gancyclovir*; inhalasi gas anestetik; pajanan *formaldehyde* dan *glutaraldehyde* dan gas sterilisasi (U.S. Department of Labor, OSHA, 2004; Xelegatti et al., 2006).

Fakta Bahaya:

- Xelegatti et al (2006) menyatakan dari 53 perawat yang diteliti 100% terpapar antibiotik dan benzene, 99,1% iodin, 88,7% bedak lateks, 86,7% antineoplastik, 79,2% glutaraldehid dan 75,5% etilen oksida; paparan tersebut menyebabkan gangguan kesehatan seperti keluarnya air mata, reaksi alergi, mual dan muntah.
- Pajanan zat kimia dan obat-obatan berbahaya dapat mengakibatkan masalah kesehatan mencakup gangguan kromosom, efek mutagenik, infertilitas, aborsi, gangguan menstruasi dan gejala langsung seperti pusing, sakit kepala, mual, gangguan mukosa dan reaksi alergi (Xelegatti et al., 2006). Manifestasi klinis lainnya meliputi iritasi mata, mukosa dan kulit, rambut rontol dan penurunan daya tahan tubuh, peningkatan resistansi obat, faringitis, herpes bahkan kanker (Xelegatti et al., 2006).

B. PENANGANAN BAHAYA KIMIA

Penggunaan APD terutama sarung tangan dan jubah direkomendasikan untuk melindungi perawat dari kontaminasi saat memberikan obat dan menangani kotoran pasien (Polovisch, 2004).

1. Panduan Klinis Pemberian Obat

Hal-hal yang harus dipahami perawat dalam pemberian obat terdapat dalam panduan klinis pemberian obat. Panduan klinis pemberian obat (Kozier & Erb, 2009), yaitu:

- ✓ Perawat yang memberikan obat bertanggungjawab terhadap tindakannya. Perawat harus meragukan semua program obat yang tidak terbaca atau yang dianggap tidak benar. Menghubungi orang yang menuliskan program tersebut untuk melakukan klarifikasi obat.
- ✓ Mendapatkan informasi tentang obat dengan jelas. Mengetahui alasan/indikasi klien mendapatkan obat tersebut.
- ✓ Menyimpan obat narkotik dan barbiturat ke dalam tempat terkunci.
- ✓ Menggunakan hanya obat dalam wadah yang berlabel jelas.
- ✓ Tidak menggunakan obat cair yang berkabut atau telah berubah warna.
- ✓ Menghitung dosis obat secara akurat. Meminta perawat lain untuk mengecek ulang hasil penghitungan apabila tidak yakin.
- ✓ Memberikan hanya obat yang disiapkan sendiri.
- ✓ Sebelum memberikan suatu obat, mengidentifikasi klien secara benar dengan menggunakan cara identifikasi yang tepat, seperti mengecek gelang identifikasi dan meminta klien untuk menyebut nama.
- ✓ Tidak meninggalkan obat di samping tempat tidur, kecuali beberapa obat (mis. Nitrogliserin, sirup obat batuk). Menyesuaikan dengan kebijakan institusi.
- ✓ Bila klien muntah setelah meminum obat oral, melaporkan hal tersebut kepada perawat jaga, atau dokter, atau keduanya.
- ✓ Melakukan tindakan kewaspadaan khusus saat memberikan obat tertentu, contohnya, meminta perawat lain memeriksa dosis antikoagulan, insulin, dan sediaan IV tertentu.
- ✓ Mencatat kejadian beserta alasannya apabila obat tidak diberikan karena suatu alasan.
- ✓ Melaporkan segera kepada perawat jaga, dokter, atau keduanya apabila terjadi kesalahan pemberian obat.



2. Prinsip Tujuh Benar

Saat memberikan, obat terlepas dari rute pemberiannya perawat harus menerapkan prinsip tujuh benar dalam menunjang *medication safety*. Prinsip tujuh benar dalam pemberian obat (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), mencakup:

1) Benar Pasien

Menggunakan minimal 2 identitas pasien, mencocokkan obat yang akan diberikan dengan program obat tertulis, melakukan anamnesis riwayat alergi, kehamilan atau menyusui (anamnesis lengkap mencakup riwayat obat/ penggunaan obat saat ini dan membuat daftar obat-obat tersebut), membandingkan obat yang digunakan saat ini dengan daftar obat yang digunakan pasien dirumah,

mengidentifikasi pasien yang akan mendapat obat dengan kewaspadaan tinggi dilakukan oleh dua orang yang berkompoten (*double chek*).



2) Benar Obat

Memberi label semua obat dan tempat obat (*syringes*, cangkir obat, baskom obat), dan larutan lain. Obat dan larutan lain di lokasi perioperatif atau ruang prosedur yang tidak akan segera di pakai juga harus diberi label. Pemberian label tersebut dilakukan setiap kali obat atau larutan diambil dari kemasan asli ke tempat lainnya. Menuliskan nama obat, jumlah, kuantitas, pengenceran dan volume, tanggal persiapan, tanggal kadaluarsa jika tidak digunakan dalam 24 jam pada label. Semua obat atau larutan diverifikasi oleh dua orang secara verbal dan visual jika orang yang menyiapkan obat bukan yang memberikannya ke pasien. Tidak memberi label pada tempat kosong atau *syringes* sebelum obat disiapkan atau diisi. Menyiapkan satu obat atau larutan satu saat dan beri label juga pada satu saat. Membuang segera obat atau larutan yang tidak ada label. Membuang segera tempat obat berlabel di lokasi steril segera setelah operasi atau prosedur dilakukan (obat orisinil tetap disimpan sampai tindakan selesai). Mereview semua obat dan larutan oleh petugas lama dan petugas baru saat ganti dinas. Mengubah daftar obat atau kardeks jika terdapat perubahan daftar obat. Kebenaran jenis obat yang perlu kewaspadaan tinggi dilakukan oleh dua orang yang berkompoten (*double chek*).



3) Benar Dosis

Dosis/volume obat yang perlu kewaspadaan tinggi dilakukan oleh dua orang yang berkompeten (*double check*). Jika ragu mengklarifikasi dengan dokter yang menulis resep. Berkonsentrasi penuh pada saat menyiapkan obat dan menghindari gangguan.

4) Benar Waktu

Menyesuaikan waktu yang ditentukan dan waktu pemberian. Segera memberikan obat sesuai program obat. Mengecek kadaluarsa obat, dan memastikan obat yang diberikan belum memasuki masa kadaluarsa.

5) Benar Cara/ Rute Pemberian.

Cara pemberian obat harus sesuai dengan bentuk/jenis pemberian obat. *Slow release* dan *enteric coated* tidak boleh digerus. Obat-obatan yang diberi per NGT adalah obat cair atau sirup. Pemberian antar obat sedapat mungkin berjarak. Jadwal pemberian obat dengan pemberian nutrisi juga berjarak.

6) Benar Dokumentasi

Mendokumentasikan dan menandatangani setiap perubahan yang terjadi pada pasien setelah mendapat obat dengan segera. Memberi nama dan menandatangani setiap perubahan jenis/dosis/jadwal/cara pemberian obat dengan segera. Mendokumentasikan respon pasien terhadap pengobatan atau efek samping obat.

7) Benar Informasi

Mengomunikasikan semua rencana tindakan pada pasien dan keluarga, hal ini merupakan hak pasien yang harus diperhatikan. Menjelaskan tujuan dan cara pemberian obat. Menjelaskan efek samping yang mungkin timbul.





Tabel 2.3. Manajemen Penanganan yang aman Pajanan Obat-obatan Berbahaya
(Polovisch, 2004)

Tipe Pajanan	Penanganan segera	Tindak lanjut
Pajanan pada kulit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melepas pakaian dan APD yang terkontaminasi. 2. Mencuci area yang terkena dengan sabun dan air (OSHA, 1996). 3. Mengonsultasikan dengan dokter untuk pengobatan spesifik selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan kejadian pada petugas kesehatan untuk karyawan. 2. Membuat pelaporan kejadian pajanan pada karyawan. 3. Mengikuti kebijaksanaan dan prosedur fasilitas terkait persyaratan untuk kompensasi karyawan.
Pajanan pada mata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membasuh mata dengan air atau pencuci mata isotonik selama 15 menit (OSHA, 1996). 2. Mengonsultasikan dengan dokter untuk pengobatan spesifik selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melapor ke UGD. 2. Melaporkan kejadian pada petugas kesehatan untuk karyawan. 3. Membuat pelaporan kejadian pajanan pada karyawan. 4. Mengikuti kebijaksanaan dan prosedur fasilitas terkait persyaratan untuk kompensasi karyawan
Pajanan melalui inhalasi atau ingesti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala akut dapat memerlukan intervensi emergensi. 2. Mengonsultasikan dengan dokter untuk pengobatan spesifik selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan kejadian pada petugas kesehatan untuk karyawan. 2. Membuat pelaporan kejadian pajanan pada karyawan. 3. Mengikuti kebijaksanaan dan prosedur fasilitas terkait persyaratan untuk kompensasi karyawan.



BAHAYA CIDERA ERGONOMIK DAN PENANGANANNYA

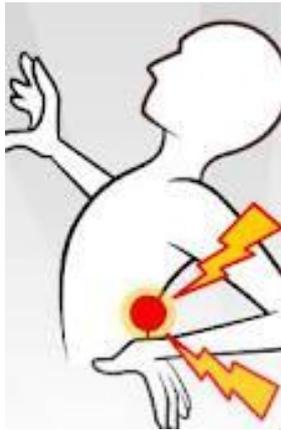
A. RISIKO CIDERA ERGONOMIK

Mengatur posisi, mengangkat, dan memindahkan klien (*manual handling*) adalah faktor risiko yang signifikan pada cedera punggung. Dua gerakan yang harus dihindari karena berpotensi mengakibatkan cedera punggung adalah memelintir (rotasi) spina torakalumbal dan fleksi punggung yang tajam dengan pinggula dan lutut lurus (bungkuk). Cedera punggung yang tidak diinginkan dapat dicegah dengan menghadap ke arah pergerakan dengan tepat, baik saat mendorong atau menarik, atau menggeser dan menggerakkan objek langsung menuju atau menjauh dari pusat gravitasi.

Fakta Bahaya:

- Perawat yang mengalami cedera pada bagian punggung sebanyak 38%, dan 98% cedera punggung perawat akibat tindakan mengangkat dan memindahkan pasien secara manual (Meier, 2001).
- Prevalensi perawat mengalami LBP 40-50% pertahun dan 35-80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan yang tertinggi (Edlich et al., 2004).
- Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Owen, 2000 dalam Zerwekh & Claborn, 2009).





B. PENCEGAHAN CIDERA ERGONOMIK

Program *manual handling* yang aman harus menekankan pentingnya melakukan pengkajian bahaya ergonomik secara rutin mencakup kemampuan fungsional pasien, kemampuan fisik, kondisi klinis, level bantuan, dan status mental pasien (American Nurses Today, 2008 dalam ANA 2002).

1. Prinsip-prinsip Sebelum Mengangkat atau Memindahkan Pasien

Prinsip-prinsip sebelum mengangkat atau memindahkan pasien adalah sebagai berikut:

- ✓ Merencanakan tindakan dengan aman dan nyaman mungkin.
- ✓ Memastikan roda tempat tidur, brankart atau kursi roda terkunci sebelum prosedur.
- ✓ Mengecek ulang posisi dan stabilitas peralatan yang digunakan sebelum prosedur mengangkat atau memindahkan pasien.
- ✓ Mengerjakan prosedur dengan jarak yang tepat untuk menghindari posisi terlalu membungkuk yang dapat mengakibatkan cedera ergonomik.
- ✓ Meminimalkan gerakan memutar atau menyamping, lebih baik lakukan gerakan mendorong atau menarik lurus dibanding gerakan menyudut.
- ✓ Melakukan teknik transfer menggunakan alat bantu sesuai dengan fasilitas yang disediakan rumah sakit jika memungkinkan.
- ✓ Tidak mengangkat pasien lebih tinggi dari yang diperlukan dalam melakukan prosedur.
- ✓ Tidak meninggalkan pasien di tengah-tengah prosedur.



2. Langkah-langkah Mendasar dalam *Patient Handling*

Langkah-langkah mendasar dalam *patient handling* (WorkCover NSW, 2005), mencakup:

- 1) Melakukan pengkajian. Pengkajian risiko aktivitas *manual handling* merupakan tahapan dan keterampilan perawat yang penting.
- 2) Perencanaan. Rencana *manual handling* harus spesifik pada unit dan alat bantu yang tersedia. Kegiatan ini mencakup perubahan rencana asuhan yang dibutuhkan dan penggunaan alat bantu atau tim.
- 3) Peningkatan kemandirian pasien. Peningkatan kemandirian pasien, ketika memungkinkan, akan membantu perawat. Perawat harus memiliki pengetahuan pergerakan dan mekanik tubuh manusia. Sebagai contoh orang normal yang sehat ketika berguling di tempat tidur memindahkan tangannya di atas tubuh sesuai arah yang dituju, memindahkan kepala dan menekuk lutut dan mendorong kakinya.
- 4) Komunikasi. Informasi prosedur *manual handling* harus ditampilkan dan dapat diikuti oleh semua staf sehingga tidak mengganggu staf yang sedang sibuk untuk penjelasan. Bagan dapat berupa prosedur penggunaan alat, teknik, dan jumlah staf minimum yang dibutuhkan dalam memindahkan pasien di tempat tidur, ke luar tempat tidur, atau ke brankart. Bagan dapat ditampilkan di atas tempat tidur, atau di lokasi yang dapat terlihat lainnya.

3. Panduan untuk Mencegah Cidera Punggung

Panduan untuk mencegah cedera punggung (CDC, 1996 dalam Kozier & Erb, 2002), yaitu:

- 1) Merencanakan pergerakan atau pemindahan secara hati-hati dan menyingkirkan rintangan dari daerah sekitar.
- 2) Mencari bantuan untuk orang lain atau menggunakan alat mekanis untuk memindahkan objek yang terlalu berat. Mendorong klien untuk membantu sebisa mungkin.
- 3) Menggunakan lengan sebagai pengungkit bilamana memungkinkan untuk meningkatkan kekuatan mengangkat.



- 4) Menyesuaikan daerah kerja hingga setinggi pinggang dan mempertahankan tubuh dekat daerah kerja. Tinggikan tempat tidur yang dapat diatur atau turunkan pagar tempat tidur untuk mencegah peregangan dan penjangkauan yang berlebihan.



- 5) Menggunakan kesejajaran tubuh yang tepat. Berdiri sedekat mungkin dengan objek yang akan digerakkan. Menghindari peregangan, jangkauan yang berlebihan, dan pemelintiran yang dapat menempatkan garis gravitasi di luar dasar tumpuan.
- 6) Sebelum menggerakkan objek, merenggangkan kaki dan menekuk lutut, pinggul, dan pergelangan kaki perawat.
- 7) Sebelum menggerakkan objek, mengontraksikan otot gluteal, abdominal, tungkai, dan lengan perawat untuk menyiapkan diri sebelum tindakan.
- 8) Selalu menghadap ke arah pergerakan.
- 9) Menghindari bekerja melawan gravitasi. Menarik, mendorong, menggulingkan atau memutar objek, bukan mengangkatnya. Merendahkan bagian kepala tempat tidur memindahkan klien ke bagian atas tempat tidur.
- 10) Menggunakan otot gluteal dan tungkai perawat. Mendistribusikan beban kerja antara kedua lengan dan tungkai untuk mencegah ketegangan punggung.
- 11) Ketika mendorong suatu objek, lebarkan dasar tumpuan dengan memajukan kaki bagian depan.
- 12) Ketika menarik objek lebarkan tumpuan dengan memundurkan kaki ke bagian belakang jika berhadapan objek atau memajukan kaki ke depan jika membelakangi objek.



- 13) Ketika memindahkan atau membawa objek memegang sedekat mungkin ke pusat gravitasi perawat.



- 14) Menggunakan berat badan sebagai kekuatan untuk menarik atau mendorong dengan mengayunkan kaki atau mencondongkan badan ke depan atau belakang.

Cidera muskuloskeletal akibat pekerjaan harus ditangani sama dengan penyakit akibat pekerjaan lainnya. Staf dapat melapor sedini mungkin untuk diagnosis dan intervensi segera secara tepat, mencakup tugas alternatif, penting untuk mencegah cedera lebih parah, meningkatkan pengobatan yang efektif, meminimalisir kerusakan atau disabilitas permanen yang mungkin terjadi, dan mengurangi biaya atau klaim kompensasi karyawan. Karyawan harus membuat laporan terkait insiden secara jelas. Laporan insiden yang jelas dapat membantu institusi mengidentifikasi area masalah dan mengevaluasi upaya perbaikan penanganan bahaya ergonomik.



BAHAYA PSIKOSOSIAL DAN PENANGANANNYA

A. SUMBER BAHAYA PSIKOSOSIAL

Perawat dapat 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, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Lipscomb & Love, 1992). Bahaya psikososial lainnya yang dapat dialami perawat adalah stress. Kejenuhan pada perawat serta tuntutan kerja yang tinggi dan tidak seimbang dapat menimbulkan rasa tertekan sehingga menyebabkan stress.

B. PENANGANAN BAHAYA PSIKOSOSIAL

Pelatihan komunikasi efektif, sikap asertif, manajemen stres dan manajemen konflik pada staf, prosedur tertulis untuk pengontrolan kekerasan, sampai penanganan secara hukum dapat dilakukan pihak manajemen untuk menangani kekerasan horizontal pada perawat. Intervensi khusus dapat diterapkan seperti penggunaan teknik tidak menanggapi kekerasan secara sadar, bersikap acuh atau tidak bereaksi, dan memberikan waktu pada individu untuk memroses informasi (Light & Bincy, 2010).

1. Manajemen Konflik

Konflik dapat terjadi baik antar staf dengan staf, staf dengan pasien, staf dengan keluarga dan pengunjung, staf dengan dokter, maupun dengan lainnya. Konflik dapat memengaruhi seseorang dalam melaksanakan kegiatannya secara langsung, dan dapat menurunkan produktivitas kerja organisasi secara tidak langsung dengan melakukan banyak kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja. Konflik dapat mengarah pada kondisi destruktif yang dapat berdampak pada penurunan efektivitas kerja dalam organisasi baik secara perorangan maupun kelompok. Dampak konflik dapat berupa penolakan, resistensi terhadap perubahan, apatis, acuh tak acuh, bahkan mungkin muncul luapan emosi destruktif. Pengelolaan konflik diperlukan untuk mencegah konflik memuncak menjadi perilaku destruktif.



Teknik pengelolaan konflik (Swansburg, 1996; Tomey & Alligood, 2006), mencakup:

a) Menghindar.

Menghindari konflik dapat dilakukan jika isu atau masalah yang memicu konflik tidak terlalu penting atau jika potensi konfrontasinya tidak seimbang dengan akibat yang akan ditimbulkannya. Penghindaran merupakan strategi yang memungkinkan pihak-pihak yang berkonfrontasi untuk menenangkan diri. Manajer perawat yang terlibat didalam konflik dapat menepiskan isu dengan mengatakan “Biarlah kedua pihak mengambil waktu untuk memikirkan hal ini dan menentukan tanggal untuk melakukan diskusi”.

b) Mengakomodasi.

Teknik ini memberi kesempatan pada orang lain untuk mengatur strategi pemecahan masalah, khususnya apabila isu tersebut penting bagi orang lain. Hal ini memungkinkan timbulnya kerjasama dengan memberi kesempatan pada mereka untuk membuat keputusan. Perawat yang menjadi bagian dalam konflik dapat mengakomodasikan pihak lain dengan menempatkan kebutuhan pihak lain di tempat yang pertama.

c) Kompetisi.

Metode ini digunakan jika memiliki individu yang menghadapi konflik lebih banyak informasi dan keahlian yang lebih dibanding yang lainnya atau ketika tidak ingin mengkompromikan nilai-nilai. Metode ini mungkin bisa memicu konflik tetapi bisa jadi merupakan metode yang penting untuk alasan-alasan keamanan.

d) Kompromi atau Negosiasi.

Masing-masing memberikan dan menawarkan sesuatu pada waktu yang bersamaan, saling memberi dan menerima, serta meminimalkan kekurangan semua pihak yang dapat menguntungkan semua pihak.

e) Memecahkan Masalah atau Kolaborasi.

Pemecahan sama-sama menang dimana individu yang terlibat mempunyai tujuan kerja yang sama. Perlu adanya satu komitmen dari semua pihak yang terlibat untuk saling mendukung dan saling memperhatikan satu sama lainnya.



2. Manajemen Stress



Stres merupakan kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berfikir dan kondisi fisik seseorang (Hasibuan, 2008; Flin et al., 2000). Tekanan tempat kerja meliputi bagaimana persepsi perawat yang merasa tertekan saat harus menyelesaikan tugas, terkait dengan alokasi waktu, target produktivitas, dan dukungan kondisi tempat kerja. Termasuk dalam hal ini adalah persepsi adanya konflik antara kepentingan keselamatan dan produktivitas kerja (Ferraro, 2002). Dyer (2000) menemukan bahwa beban kerja yang berlebihan akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam keselamatan.

Toft & Anderson (dalam Cox & Griffith, 1996) menyebutkan terdapat tujuh penyebab perawat mengalami stres di tempat kerja yaitu; 1) menangani pasien yang sekarat dan kematian, 2) konflik dengan dokter, 3) tidak siap menghadapi kebutuhan emosional pasien dan keluarganya, 4) kurangnya dukungan, 5) konflik dengan sesama rekan perawat atau atasan, 6) kelebihan beban kerja, dan 7) pengobatan pasien yang tidak jelas.

Gejala awal stres mencakup iritabilitas, tidak nafsu makan, sakit lambung, migrain, ketidakstabilan emosional dan gangguan tidur. Gejala stres yang tidak disadari dan diatasi dapat mengakibatkan *burnout*, penurunan kualitas kerja, dan peningkatan absensi. Manajemen stres digunakan sebagai langkah mengatasi stres pada perawat. Manajemen stres mencakup tiga perubahan yaitu perubahan perilaku, perubahan psikologik, dan perubahan sosial.



Tabel 2.4. Manajemen Stres (Sherlock, 2010).

Perubahan perilaku	Perubahan psikologik	Perubahan Sosial
1. Meningkatkan diet yang lebih sehat, menghindari makanan yang tidak sehat serta makan teratur.	1. Bersikap lebih asertif, belajar berkata tidak dengan lebih menyenangkan dan tenang.	1. Mengembangkan kontak sosial baik di rumah maupun di tempat kerja
2. Berhenti merokok dan menggunakan alkohol.	2. Membuat rencana dan mengatur waktu dan prioritas dengan baik. Membuat rencana jangka panjang.	2. Bersikap suportif bagi orang lain.
3. Olah raga teratur.	3. Mengembangkan pengendalian diri dan rasa mengontrol setiap kejadian yang dihadapi.	3. Jangan pernah merasa malu untuk bertanya dan meminta saran yang dibutuhkan.
4. Melakukan latihan untuk berlaku tenang dan santai, menciptakan waktu untuk menenangkan diri.	4. Belajar untuk mengekspresikan perasaan dan melampiaskan kemarahan dengan asertif.	4. Mendiskusikan masalah dengan rekan secara tenang dan konstruktif.
5. Memastikan diri cukup istirahat dan cukup tidur.	5. Bersikap fleksibel dalam menghadapi masalah dan mencari jalan keluar masalah.	
	6. Mencari cara bagaimana dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan menghadapi stres	
	7. Hargai dan puji diri sendiri ketika melakukan sesuatu dengan benar.	



PELAPORAN INSIDEN

A. DEFINISI INSIDEN KESELAMATAN PERAWAT

Insiden keselamatan perawat merupakan kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan penyakit, cedera, cacat, kematian (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi.

B. TUJUAN PELAPORAN INSIDEN

Tujuan pelaporan insiden untuk menurunkan insiden keselamatan perawat serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan perawat.

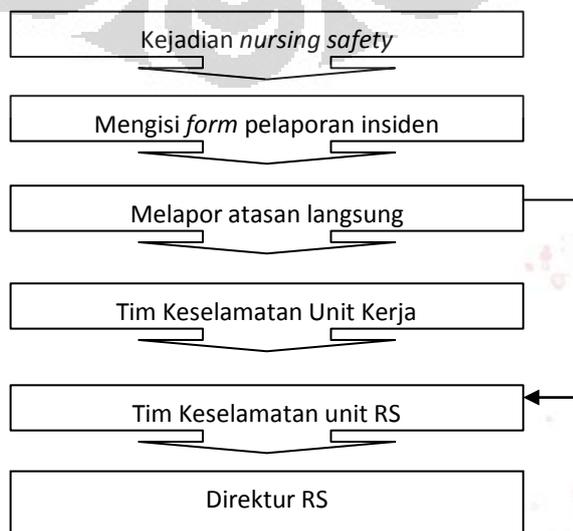
Tujuan khususnya pelaporan insiden adalah:

1. Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan perawat di rumah sakit.
2. Diketahui penyebab insiden sampai dengan akar masalah.
3. Didapatkannya pembelajaran agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

C. PELAPOR INSIDEN

1. Staf rumah sakit yang menemukan insiden atau atasannya
2. Staf yang terlibat kejadian atau atasannya.

D. ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PERAWAT



PENUTUP

Setiap perawat membutuhkan pengetahuan dan kesadaran diri yang baik akan keselamatan dirinya dari bahaya penyakit dan cedera saat bekerja. Panduan keselamatan kerja perawat ini dibuat sebagai acuan perawat untuk berperilaku aman dan selamat dalam bekerja. Informasi keselamatan perawat dalam buku ini semoga dapat dipahami dan diterapkan oleh setiap perawat sejak panduan ini sampai kepada masing-masing rekan perawat. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja perawat secara bersama-sama akan mewujudkan budaya keselamatan di kalangan perawat yang akan berimbas pada peningkatan mutu rumah sakit.



"Safety dimulai dari diri sendiri, jangan tunggu orang lain"

"Jadikan pelayananmu menjadi lebih aman setiap harinya"

"Hak setiap pekerja untuk mendapatkan keamanan dan kenyamanan dalam bekerja"

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2010). *Fire Extinguisher User Information*. Diunduh dari <http://www.fireonline.com.au/extinguishers>. pada tanggal 5 Maret 2012.
- American Nurses Association (ANA). (2002). *Needlestick Prevention Guide*. Retrieved February 18, 2012, from http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf.
- College of Nurses of Ontario. (2009). *Practice standard infection prevention and control*. Retrieved February 18, 2012, from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41002_infection.pdf.
- Cutter, S. L., Boruff, B. J., & Shirley, W. L. (2003). Social Vulnerability to Environmental Hazards. *Social science quarterly*, 84(2), 242-261. doi: 10.1111/1540-6237.8402002.
- Cutter J. & Jordan S. (2003) Inoculation injuries: inter-professional differences in risk-taking and reporting. *Journal of hospital infection* 54(3), 239–242.
- Dyer, C (2000). *The lessons from sellafield*. Health and safety bulletin. No. 287, 7-14.
- Edlich RF, et al. (2004). Prevention of disabling back injuries in nurses by the use of mechanical patient lift systems. *Journal of long-term effects of medical implants*. 14(6), 521-3. <http://www.techfortc.org/Related-Resources.aspx?id=1892>.
- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2008). *Nursing in today's world: trends, issues and management*. 9th edition. Philadelphia: LippincottWilliams & Wilkins.
- Ferraro, L. (2002). *Measuring safety climate: the implications for safety performance*. Melbourne: The university of Melbourne.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety science*, 34, 177-192.
- Flin, R., & S.Yule. (2004). Leadership for safety: industrial experience. *Quality safety health care*, vol. 13, page 45-51.
- Griffin, M. A., & Neal, A. (2000). *Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation*. *Journal of occupational health psychology*, 5(3), 347-358.
- Gillies, D. A. (1996). *Nursing management a system approach*. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

- Hasibuan, M. (2008). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Husni, L. (2005). *Hukum Ketenagakerjaan, Edisi Revisi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Joint Comission International. (2011). *Accreditation Standard for Hospitals*. 4th editoin. Oarkbrook Terrace-Illinois: Department of Publications Joint Comission Resources.
- Kepmenkes. No. 1078. Th. 2010. Diakses pada tanggal 10 Februari 2012 dari http://www.depkes.go.id/downloads/Kepmenkes/Kepmenkes_1078_Th_2010.pdf.
- Kozier et al. (1995). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*. 5th edition. Callifornia: Addison-Wesley.
- Lipscomb J. (1997). Violence in the workplace: a growing crisis among health care workers. In: Charney W, Fragala G, eds. *The epidemic of health care worker injury*. Boca raton, fl: crc press, pp.163–165.
- Notoatmodjo. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurses' Association and WorkCover (NSW). (1998). *Manual Handling guide for Nurses*. Retrieved February 18, 2012, from <http://www.reliefnurses.com.au/images/ManHand2005.pdf>.
- Nurses, C. o. t. W. E. f., & Safety, P. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*: The National Academies Press. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10851&page=286
- Polovich, M. (2004). Safe handling of hazardous drugs. *Online journal of issues in nursing*, 9(3), n/a-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/229555009?accountid=17242>.
- Ramsay, D. J. (2005). A New Look at Nursing Safety: The Development and Use of JHAs in the Emergency Department. *The Journal of SH & E Research*, Vol. 2, Num. 2. 25 Januari 2011. Di ambil dari http://www.asse.org/academicsjournal/archive/vol2no2/05summer_Ramsay.pdf.
- Riolli, L. & Savicki, V. (2006). Impact of fairness, leadership, and coping on strain, burnout, and turnover in organizational change. *International journal of stress management*, 13, 351 – 377.
- Simpson, E. (2004). Second hospital worker found to have active TB. *Virginian-Pilot (Newspaper)*, July 20, page B1.
- Swansburg, R.C, & Swansburg, R.J. (1996). *Introductory management and leadership for nurses*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.

- Sumakmur. (2001). *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung.
- Tommev, M. A., & Alligood, R. M. (2006). *Nursing theorist and their work*. 6th edition. Saint Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Trinkoff, A.M., Lipscomb, J.A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. Practice Standard Infection Prevention and Control. *College of Nurses of Ontario*. (2002). Retrieved February 18, 2012, from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41002_infection.pdf
- U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (2004, August 13). *Emergency department module* [On-line]. Available: <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/er/er.html> .
- WHO. (2005). *int (homepage on the internet)*. Switzerland: *World Health Organization*; updated 2005; diunduh 2012 8 Feb. Diunduh dari: http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi dan aplikasi*. Vol 2. Surabaya: Airlangga University Press.
- Wilburn, S. Q., & Eijkemans, G. (2004). *Preventing needlestick injuries among healthcare workers: A WHO-ICN collaboration*. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10(4), 451-456.
- Xelegatti, et.al. (2006). Chemical occupational risks identified by nurses in a hospital environment. *Online journal of issues in nursing*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.eerp.usp.br/riae>.
- Zerwekh, J., & Claborn, J. C. (2009). *Nursing today: transition and trends*. 6th edition. Missouri: Saunders Alsevier.

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
PELATIHAN PANDUAN KESELAMATAN PERAWAT
DI RUMAH SAKIT SIAGA RAYA
23 & 24 APRIL 2012**

1. Latar Belakang

2. Tujuan

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global di berbagai sektor, termasuk sektor jasa layanan kesehatan. Meskipun orientasi pelayanan di rumah sakit saat ini adalah keselamatan pasien, namun keselamatan staf rumah sakit juga penting dan menjadi salah satu indikator penilaian dalam akreditasi mutu rumah sakit karena akan berdampak pada mutu layanan dan keselamatan pasien (*Joint Commission International/ JCI*, 2011). Perawat merupakan petugas kesehatan terbanyak dengan komposisi hampir 60% dari seluruh petugas kesehatan di rumah sakit dan yang melakukan kontak terlama dengan pasien (Swansburg, 1996). Perilaku keselamatan yang baik di kalangan perawat akan berdampak secara signifikan terhadap mutu layanan kesehatan di rumah sakit.

Rumah sakit bertanggung jawab memberikan lingkungan yang aman dan mendukung perawat untuk dapat berperilaku aman dalam bekerja. Undang-Undang No 1 tahun 1970 tentang keselamatan dan pencegahan kecelakaan menjelaskan bahwa perusahaan wajib melindungi keselamatan pekerja yaitu dengan memberi penjelasan kepada tenaga kerja tentang kondisi dan bahaya tempat kerja, alat pelindung diri, yang diharuskan dalam tempat kerja, alat pelindung diri bagi tenaga kerja serta cara dan sikap yang aman dalam melaksanakan pekerjaan (Wijono, 1999). Keselamatan di lingkungan pekerjaan berhubungan dengan absensi, kelelahan emosional, kepuasan kerja dan keinginan untuk keluar (Rioli & Savicki, 2006; Squires, 2010).

Perawat seringkali kurang peduli terhadap bahaya di tempat kerja dan dalam melakukan upaya proteksi diri meskipun perawat tahu hal tersebut dapat membahayakan kesehatan dan nyawa perawat. Kesadaran personal adalah langkah awal mengatasi masalah bahaya di tempat kerja (Ellis & Hartley, 2008). Pengetahuan mengenai keselamatan perawat adalah faktor yang sangat penting dalam mencegah terpaparnya perawat akan bahaya cedera dan penyakit di tempat

kerja (Trinkkoff et. al., 2007). Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan pikir yang menstimulus tindakan seseorang sehingga perilaku akan bersifat lebih permanen (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan keselamatan perawat (*nursing safety*) mencakup pengenalan risiko bahaya yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara pencegahan dan penanganannya (Ramsay, 2005). Risiko bahaya di rumah sakit mencakup bahaya biologik, fisik, kimia, ergonomik dan psikososial (Kepmenkes No. 1078/2010; Ramsay, 2005).

Perilaku perawat dalam bekerja dipandu melalui pedoman kerja. Selain standar operasional prosedur (SOP) dan standar asuhan keperawatan (SAK) sebagai pedoman perawat dalam bekerja, panduan keselamatan kerja perawat diperlukan untuk memandu perawat berperilaku aman dan selamat dalam bekerja. Perawat harus mengikuti panduan keselamatan dalam memberikan medikasi atau membantu klien pindah dari tempat tidur untuk mencegah kesalahan dan kecelakaan (Kozier et al., 1995). Pelatihan ini merupakan sarana untuk mensosialisasikan panduan keselamatan perawat yang akan digunakan dalam penelitian dengan judul Pengaruh Penggunaan Panduan Keselamatan Perawat terhadap Perilaku Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perawat di Rumah sakit Siaga Raya.

2.1 Tujuan Umum

Perawat mampu menggunakan panduan keselamatan perawat sebagai acuan untuk perilaku aman dan selamat dalam bekerja dan menerapkan materi keselamatan kerja perawat.

2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penggunaan panduan adalah dengan menggunakan panduan ini perawat mampu:

- Mengidentifikasi potensi bahaya cedera dan penyakit yang dapat dihadapi perawat di rumah sakit dan di unit tempatnya bekerja mencakup bahaya biologik, fisik, kimia, psikososial, dan ergonomik.
- Melakukan upaya pencegahan dari potensi bahaya cedera dan penyakit akibat kerja dengan berperilaku aman dan selamat sesuai petunjuk.

- Melakukan upaya penanganan dari potensi bahaya cedera dan penyakit akibat kerja.
- Aktif melaporkan insiden cedera dan penyakit akibat kerja pada perawat.
- Menunjukkan sikap tidak menyalahkan apabila terjadi insiden dan memperbaiki kesalahan.

3. Sasaran

Sasaran Pelatihan panduan keselamatan perawat adalah perawat pelaksana di Rumah Sakit Siaga Raya dengan pendidikan minimal DIII Keperawatan.

4. Tempat dan Waktu Pelaksanaan

Pelatihan dilakukan selama dua hari yang diselenggarakan pada:

Hari/Tanggal : Senin & Selasa, 23 & 24 April 2012

Waktu : 10.00 s/d 12.00 wib

Tempat : Ruang Seminar Rumah Sakit Siaga Raya

5. Rencana Kegiatan

Hari 1: Senin 23 April 2012

No	Tahapan	Waktu	Kegiatan Pelatih	Kegiatan Peserta
1	Persiapan	5 menit	Mempersiapkan materi, dan buku panduan keselamatan perawat.	Mempersiapkan diri, dan alat tulis, hadir tepat waktu.
2	Introduksi	10 menit	Memperkenalkan diri Menyampaikan tujuan pelatihan sesi 1 Membagikan materi dan buku panduan keselamatan perawat	Memperkenalkan diri Menanyakan hal yang tidak jelas terkait tujuan pelatihan Menerima materi dan buku panduan keselamatan perawat

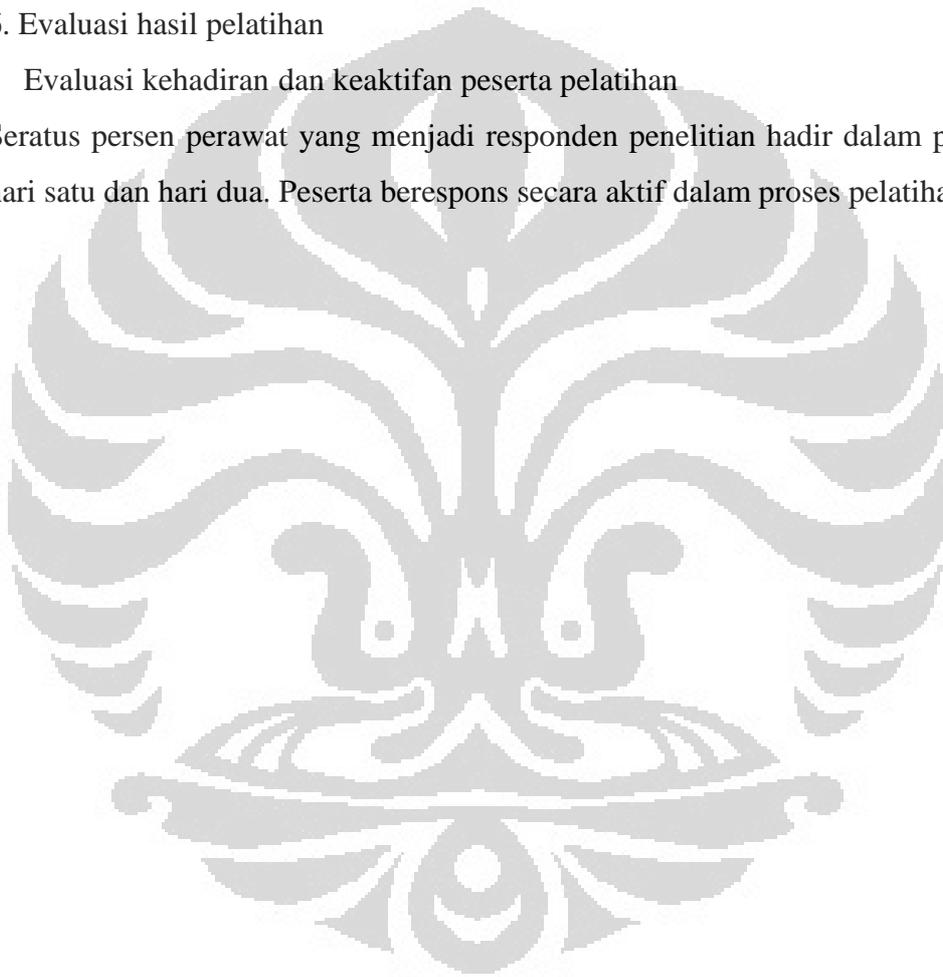
No	Tahapan	Waktu	Kegiatan Pelatih	Kegiatan Peserta
3	Kerja Sesi1	90 menit	<p><i>Brainstorming</i> awal pendapat peserta terkait pentingnya keselamatan kerja perawat. Memberikan materi mengenai potensi bahaya yang dapat dihadapi perawat di tempat kerja secara global yang mencakup bahaya biologik, dan fisik, kimia, ergonomik dan psikososial.</p> <p>Menjelaskan tiga dari lima potensi bahaya (bahaya biologik, fisik dan kimia) yang dihadapi perawat di rumah sakit serta cara penanganannya.</p> <p>Menanyakan/ mendiskusikan kepada peserta permasalahan atau kondisi nyata di lapangan terkait potensi bahaya yang dihadapi serta cara penanganannya dibandingkan dengan materi yang disampaikan.</p> <p>Melakukan demonstrasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cara mencuci tangan yang benar. • Cara memakai dan melepas sarung tangan • Cara <i>recapping</i> yang benar • Cara membuang jarum suntik bekas pakai • Prinsip 7 benar 	<p>Mengemukakan pemahaman terkait topik yang ditanyakan oleh pelatih</p> <p>Mendemonstrasikan ulang</p>
4	Terminasi	30 menit	<p>Menyimpulkan hasil diskusi</p> <p>Mengakhiri pertemuan</p> <p>Mengucapkan terimakasih dan komitmen untuk menerapkan materi yang disampaikan yang mengacu pada buku panduan keselamatan perawat.</p>	<p>Membuat komitmen untuk menggunakan panduan keselamatan perawat dan menerapkan materi yang disampaikan</p>

No	Tahapan	Waktu	Kegiatan Pelatih	Kegiatan Peserta
4	Terminasi	30 menit	Menyimpulkan hasil diskusi Mengakhiri pertemuan Mengucapkan terimakasih dan komitmen untuk menerapkan materi yang disampaikan yang mengacu pada buku panduan keselamatan perawat.	Membuat komitmen untuk menggunakan panduan keselamatan perawat dan menerapkan materi yang disampaikan

6. Evaluasi hasil pelatihan

- Evaluasi kehadiran dan keaktifan peserta pelatihan

Seratus persen perawat yang menjadi responden penelitian hadir dalam pelatihan hari satu dan hari dua. Peserta berespons secara aktif dalam proses pelatihan.



On the job training

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

Hari 2. 24 April 2012



Nur Meity Sulistia Ayu

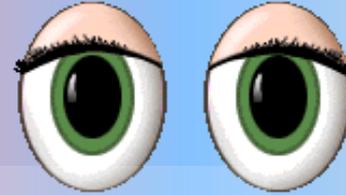


PROGRAM MAGISTER KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

2012
Pengaruh penggunaan..., Nur Meity Sulistia Ayu, FIK UI, 2012

Meity/Tesis/2012

TUM & TUK



peningkatan
pengetahuan, sikap dan
perilaku kesehatan dan
keselamatan kerja
perawat

Mengidentifikasi potensi
bahaya cedera dan penyakit
akibat kerja

Mencegah dari potensi bahaya
cedera dan penyakit akibat
kerja

Aktif melaporkan insiden cedera
dan penyakit akibat kerja .

Menunjukkan sikap tidak
menyalahkan apabila terjadi
insiden dan memperbaiki
kesalahan.

BAHAYA DI TEMPAT KERJA



BAHAYA
BIOLOGIK

BAHAYA
FISIK

BAHAYA
KIMIA

BAHAYA
CIDERA
ERGONOMIK

BAHAYA
PSIKOSOSIAL

BAHAYA CIDERA ERGONOMIK



Perawat yang mengalami cedera pada bagian punggung sebanyak 38%, dan 98% cedera punggung perawat akibat tindakan mengangkat dan memindahkan pasien secara manual (Meier, 2001).



Prevalensi perawat mengalami LBP 40–50% pertahun dan 35–80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan yang tertinggi (Edlich et al., 2004).



Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Owen, 2000 dalam Zerwekh & Claborn, 2009).

1. Prinsip-prinsip Sebelum Mengangkat atau Memindahkan Pasien

- ▶ Merencanakan tindakan dengan aman dan nyaman mungkin.
- ▶ Memastikan roda tempat tidur, brankart atau kursi roda terkunci sebelum prosedur.
- ▶ Mengecek ulang posisi dan stabilitas peralatan yang digunakan sebelum prosedur mengangkat atau memindahkan pasien.
- ▶ Mengerjakan prosedur dengan jarak yang tepat untuk menghindari posisi terlalu membungkuk yang dapat mengakibatkan cedera ergonomik.
- ▶ Meminimalkan gerakan memutar atau menyamping, lebih baik lakukan gerakan mendorong atau menarik lurus dibanding gerakan menyudut.



CONT>>>

- ▶ Melakukan teknik transfer menggunakan alat bantu sesuai dengan fasilitas yang disediakan rumah sakit jika memungkinkan.
- ▶ Tidak mengangkat pasien lebih tinggi dari yang diperlukan dalam melakukan prosedur.
- ▶ Tidak meninggalkan pasien di tengah-tengah prosedur.











BAHAYA PSIKOSOSIAL



Perawat dapat 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, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Lipscomb & Love, 1992).



Bahaya psikososial lainnya yang dapat dialami perawat adalah stress. Kejenuhan pada perawat serta tuntutan kerja yang tinggi dan tidak seimbang dapat menimbulkan rasa tertekan sehingga menyebabkan stress.

PENANGANAN



- ▶ 1. MANAJEMEN KONFLIK
 - a. Menghindar
 - b. Mengakomodasi
 - c. Kompetisi
 - d. Kompromi/negosiasi
 - e. Memecahkan masalah/kolaborasi
- ▶ 2. MANAJEMEN STRES
 - → perubahan perilaku, perubahan psikologik, perubahan sosial

Tanda Awal Distres Mental di Tempat Kerja – Level Organisasi

- ▶ • Pekerjaan tidak selesai, Produktivitas rendah, overtime
- ▶ • Kualitas kerja menurun (banyak kesalahan)
- ▶ • Menurunnya keramahan pelayanan menurun
- ▶ • Absen karena alasan sakit
- ▶ • Kerjasama dan kolaborasi tim rendah dan

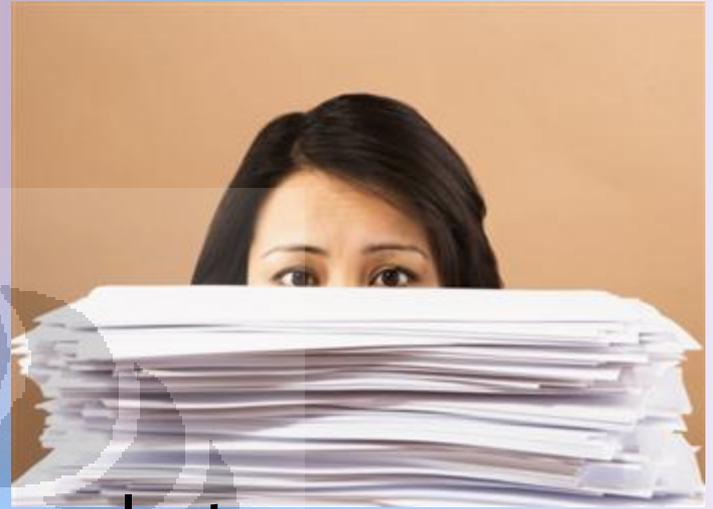


Tanda Awal Distres Mental di Tempat Kerja - Level Individual

- ▶ • Perubahan perilaku individu
- ▶ • Menurunnya prestasi / performa kerja
- ▶ • Perubahan mood
- ▶ • Bermasalah dengan rekan kerja
- ▶ • Sering ijin sakit atau pulang lebih awal



Distress – Burn out



- ▶ • Keadaan di mana individu harus melakukan sesuatu di luar batas kemampuannya hingga mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis
- ▶ • Contoh :
- ▶ Garpu □ alat untuk makan
- ▶ Garpu digunakan untuk menggali lubang lama kelamaan akan bengkok lalu patah & tidak dapat dipakai sebagai alat makan lagi

Tanda-tanda Burnout

1. Lelah berkepanjangan, serasa energi tubuh terkuras habis
2. Marah pada mereka yang meminta dari Anda
3. Mengkritik diri sendiri bila menyanggupi permintaan orang lain
4. Sinisme, negatif dan mudah tersinggung
5. Merasa diri sedang diserang



6. Mudah meledak bahkan pada hal-hal yang sepele
7. Sering pusing dan keluhan pencernaan
8. Berat badan naik atau turun
9. Sulit tidur dan depresi
10. Sesak nafas
11. Mudah curiga / curiga berlebihan
12. Merasa tak berdaya
13. Berani mengambil resiko

Distress di tempat kerja

- **Akibat jangka pendek** : pusing, ketegangan otot, perasaan ingin ‘muntah’, sakit punggung, ‘maag’, cemas, gangguan tidur, dan dada berdebar–debar
- **Akibat jangka panjang** :diabetes, penyakit jantung, multiple sclerosis, dll
- Kurangi distress kerja = panjang umur

Stres & Coping

- **Stres : + , - atau 0**
- Stres = suatu upaya dalam menghadapi masalah □ (-) = distress ; (+) = eustress
- **Coping = bagaimana cara individu menghadapi dan mengatasi stres (termasuk permasalahan rutin) yang terwujud dalam kemampuan individu untuk menjaga sikap, perilaku dan emosinya.**

Macam Strategi Coping

Ada 8 macam strategi coping (Lazarus & Folkman) :

1. Confrontive (konfrontasi)

Dalam menyesuaikan diri dan menangani distress sehubungan dengan permasalahan, individu menggunakan cara yang agresif dan berani mengambil resiko

2. Distancing (mengambil jarak terhadap masalah)

Cenderung berusaha tidak larut dalam masalah, berusaha melupakan masalah dan menganggap masalah tidak seberat yang dibayangkan

Self-controlling (Pengendalian / penguasaan diri)

Menunjukkan bahwa individu berusaha untuk menguasai dan mengendalikan diri khususnya dalam perasaan dan tindakan

4. Seeking Social Support (Mencari Dukungan)

Individu berusaha untuk mencari dukungan (moril & materiil) dari segala sisi atas permasalahan yang dihadapi dengan tujuan untuk meringankan beban

Accepting responsibility (Menerima sebagai tanggungjawab)

Merasa bertanggungjawab atas permasalahan yang dihadapi, ada kecenderungan menyalahkan diri sendiri. Individu bisa terpacu mencari jalan keluar tetapi di sisi lain jika berlarut-larut justru meningkatkan keputusasaan dan pesimisme.

6. Escape - Avoidance (Menghindar)

Cenderung menghindari masalah yang dihadapi, lari dari kenyataan dan cenderung menunda keputusan penting

Planful problem Solving (Penyelesaian masalah yang terencana)

Menunjukkan usaha nyata untuk mencari jalan penyelesaian masalah, mempertimbangkan dengan teliti

konsekuensi suatu keputusan sebelum mengambil keputusan, berhati-hati menyusun rencana dan menjalankan apa yang telah direncanakan

8. Positive reappraisal (Melihat dari segi positif)

Menunjukkan usaha untuk menciptakan arti positif dari masalah yang dihadapi. Mencari hikmah dari kesulitan, berkaitan erat dengan aspek kehidupan spiritual

Pemilihan Coping

- Dipengaruhi oleh kepribadian individu
- Tiap individu memiliki coping yang berbeda dan pengalaman keberhasilan yang berbeda pula
- Coping efektif bersifat situasional dan relatif
- Tipe kepribadian tertentu cenderung mempunyai coping dominan tertentu

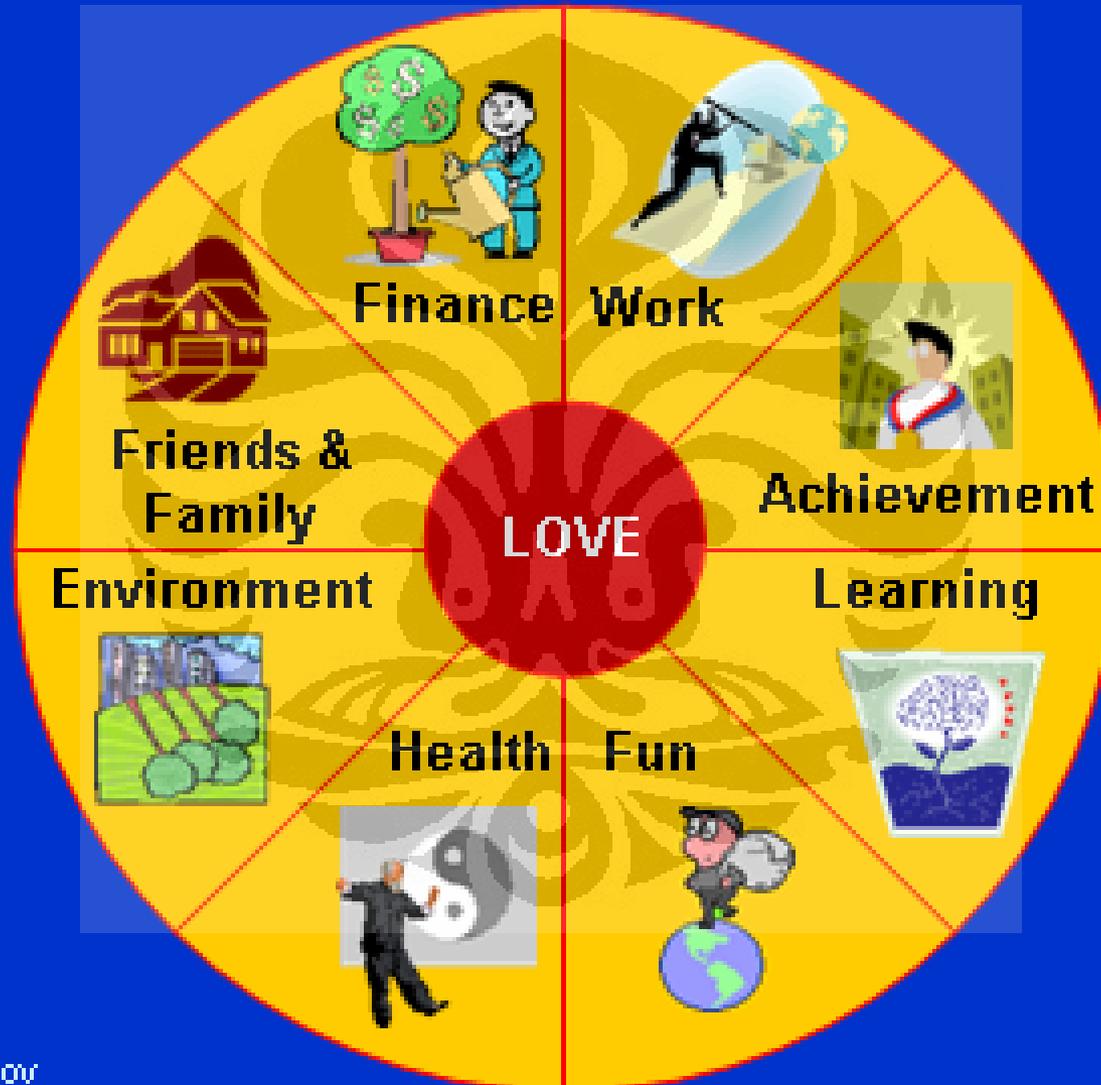
▶ **Coping Dominan**

- ▶ • Apa coping dominan kita ? Sudahkah kita menggunakan metode coping yang sesuai ?
- ▶ • Saat menggunakan coping dominan, apakah :
 - ▶ – efektif dan efisien ?
 - ▶ – membuat kita merasa lebih baik ?





Balancing Your Wheel of Life



Melawan Distress

- **Nutrisi/Makanan** : ikan, kacang, buah, whole grain, sayur, vit C ; merokok, alkohol, junk food justru menambah stress tubuh
- **Latihan (OR)** : stretching, jalan, senam
- ***Time off*** : *matikan hp, bebaskan diri dari segala hal yang*

berhubungan dengan pekerjaan (komputer, dll)

- **Manajemen Waktu**
- happier person & productive □ karir sukses
- **Memprogram ulang software**

Brain and Software

- ▶ • Indera merupakan sumber input yang
- ▶ memberi instruksi pada pikiran kita
- ▶ (hardware)
- ▶ • Pikiran sadar (memori primer) dan pikiran
- ▶ bawah sadar (memori sekunder)
- ▶ • Output dipengaruhi oleh input dan software

Program Ulang – Pikiran Bawah Sadar

- Kisah gajah yang dipagar dan dikurung □ tidak bisa melarikan diri □ pengkondisian □ tidak mampu
- Pikiran negatif melahirkan pola perilaku pesimistis yang kemudian membangkitkan pikiran negatif kembali *“tongkat dan batu akan mematahkan tulang, tetapi hinaan akan merusak pikiran”*

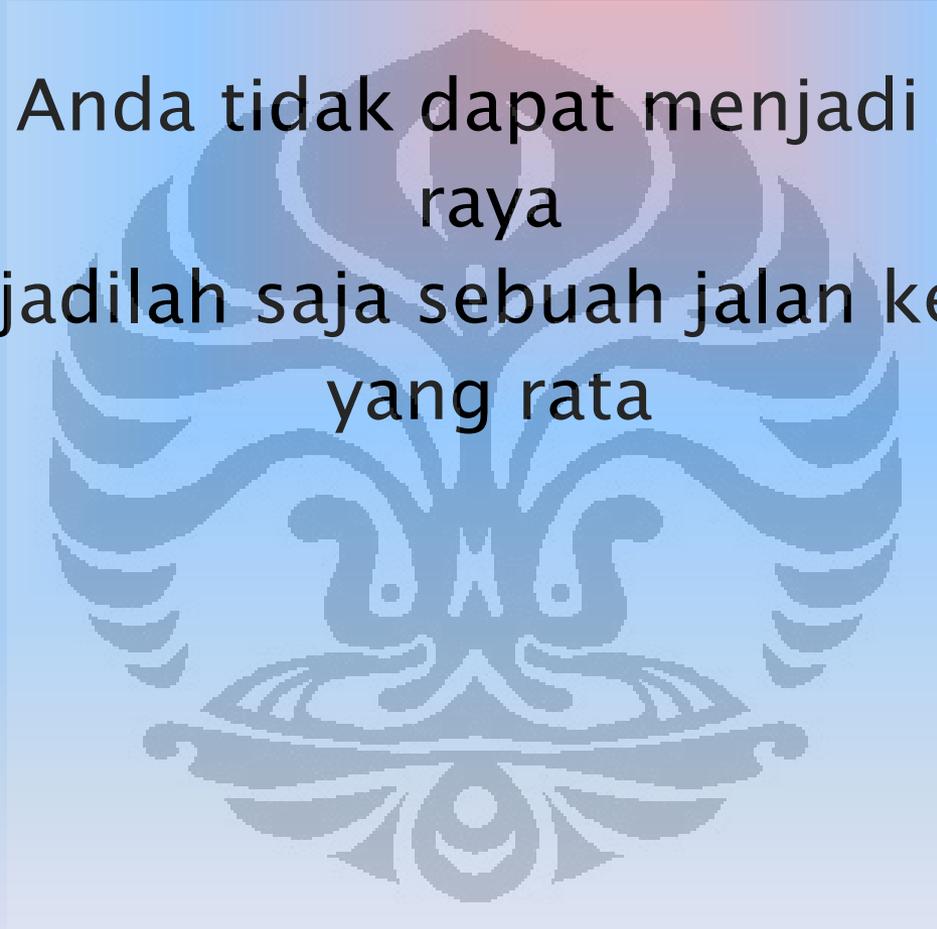
Program Ulang – Pikiran Bawah Sadar

- Memasukkan pikiran positif ke alam bawah sadar dengan menghapus pesan lama dan menggantikannya dengan pesan baru
- Perlu pengulangan dan latihan
- 4 prinsip : kebiasaan lama □ baru ; mengganti nama kebiasaan ; biokimia otak ikut mempengaruhi pola pikir (sehingga membantu agar klien tidak dihantui rasa bersalah) ; secara sadar memfokuskan ulang pikiran 15 menit sehari

Program Ulang – Pikiran Bawah Sadar

Jika Anda tidak dapat menjadi jalan raya

- jadilah saja sebuah jalan kecil yang rata



Program Ulang – Pikiran Bawah Sadar

Jika Anda tak dapat menjadi matahari, jadilah bintang



Program Ulang – Pikiran Bawah Sadar

Hidup kita mempengaruhi hidup orang lain



MASIH MENGANGGAP PEKERJAAN KITA PALING BERAT????



viktor

Photo by Vincent Laforet / The New York Times

APAKAH PEKERJAAN KITA MEMBUAT KITA STRES????



And you thought your job sucked

APAKAH PEKERJAAN KITA MEMBUAT KITA TERTEKAN????



APAKAH PEKERJAAN KITA YANG PALING MENYEBALKAN????

AND YOU THINK YOUR JOB STINKS???



<http://go.to/funpic>

Pengaruh penggunaan..., Nur Meity Sulistia Ayu, FIK UI, 2012

meity/tesis/2012



"Safety dimulai dari diri sendiri, jangan tunggu orang lain"

"Jadikan pelayananmu menjadi lebih aman setiap harinya"

"Hak setiap pekerja untuk mendapatkan keamanan dan kenyamanan dalam bekerja"



Terima Kasih

On the job training

PANDUAN KESELAMATAN KERJA PERAWAT

Hari 1, 23 April 2012



Nur Meity Sulistia Ayu

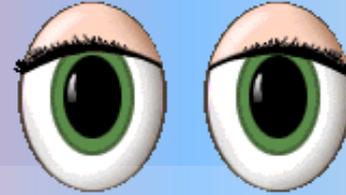


PROGRAM MAGISTER KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

2012
Pengaruh penggunaan..., Nur Meity Sulistia Ayu, FIK UI, 2012

Meity/Tesis/2012

TUM & TUK



peningkatan
pengetahuan, sikap dan
perilaku kesehatan dan
keselamatan kerja
perawat

Mengidentifikasi potensi
bahaya cedera dan penyakit
akibat kerja

Mencegah dari potensi bahaya
cedera dan penyakit akibat
kerja

Aktif melaporkan insiden cedera
dan penyakit akibat kerja .

Menunjukkan sikap tidak
menyalahkan apabila terjadi
insiden dan memperbaiki
kesalahan.

BAHAYA DI TEMPAT KERJA



BAHAYA
BIOLOGIK

BAHAYA
FISIK

BAHAYA
KIMIA

BAHAYA
CIDERA
ERGONOMIK

BAHAYA
PSIKOSOSIAL

BAHAYA BIOLOGIK



HIV, HBV, dan HCV ancaman bahaya biologik terbesar pada tenaga kesehatan (CDC, 1998; CDC, 2001). 1000 petugas kesehatan diperkirakan mengalami infeksi serius setiap tahun akibat cedera jarum suntik dan benda tajam (International Health Care Worker Safety Center, 1999).



Lebih dari 20 infeksi yang dapat ditularkan melalui jarum suntik mencakup sifilis, malaria, dan herpes. Akan tetapi, pajanan ini seringkali dianggap biasa dan merupakan risiko dari pekerjaan (Centers for Disease Control and Prevention/ CDC, 1998)

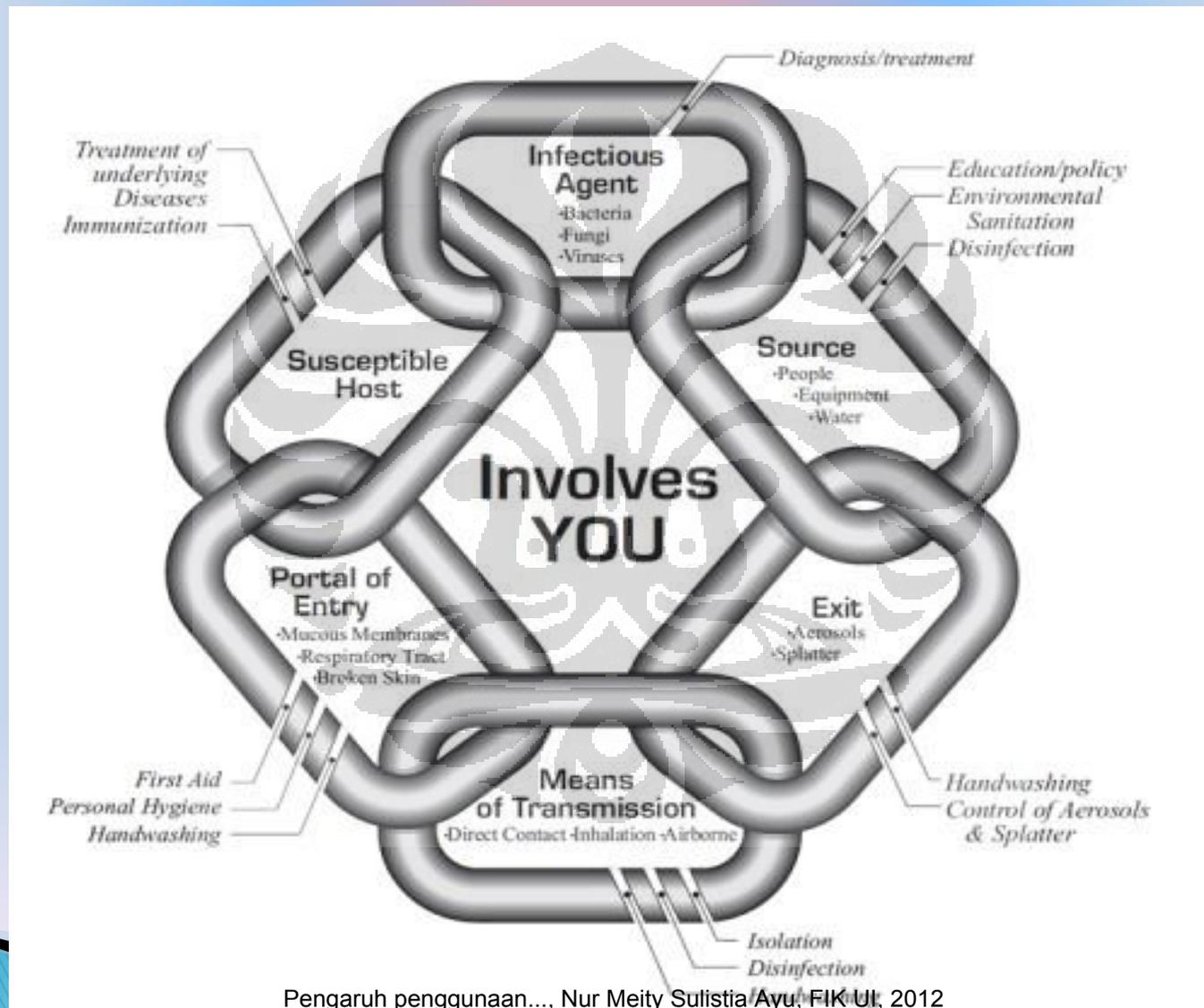


Perawat yang mengalami cedera tertusuk jarum perkutaneus antara 600.000 sampai 800.000 setiap tahunnya di seluruh fasilitas kesehatan, dengan cedera akibat prosedur menyuntik (21%), menjahit (17%) dan mengambil darah (16%) sebagai tiga pajanan tertinggi (Perry, Parker, Jagger, 2003).



Selama 2003, CDC menerima 34 laporan TBC, merupakan angka yang tinggi pada petugas kesehatan (Department of Health and Human Services, 2004). Pada Juni 2004, seorang petugas kesehatan meninggal akibat TBC (Simpson, 2004).

1. PENGENDALIAN INFEKSI

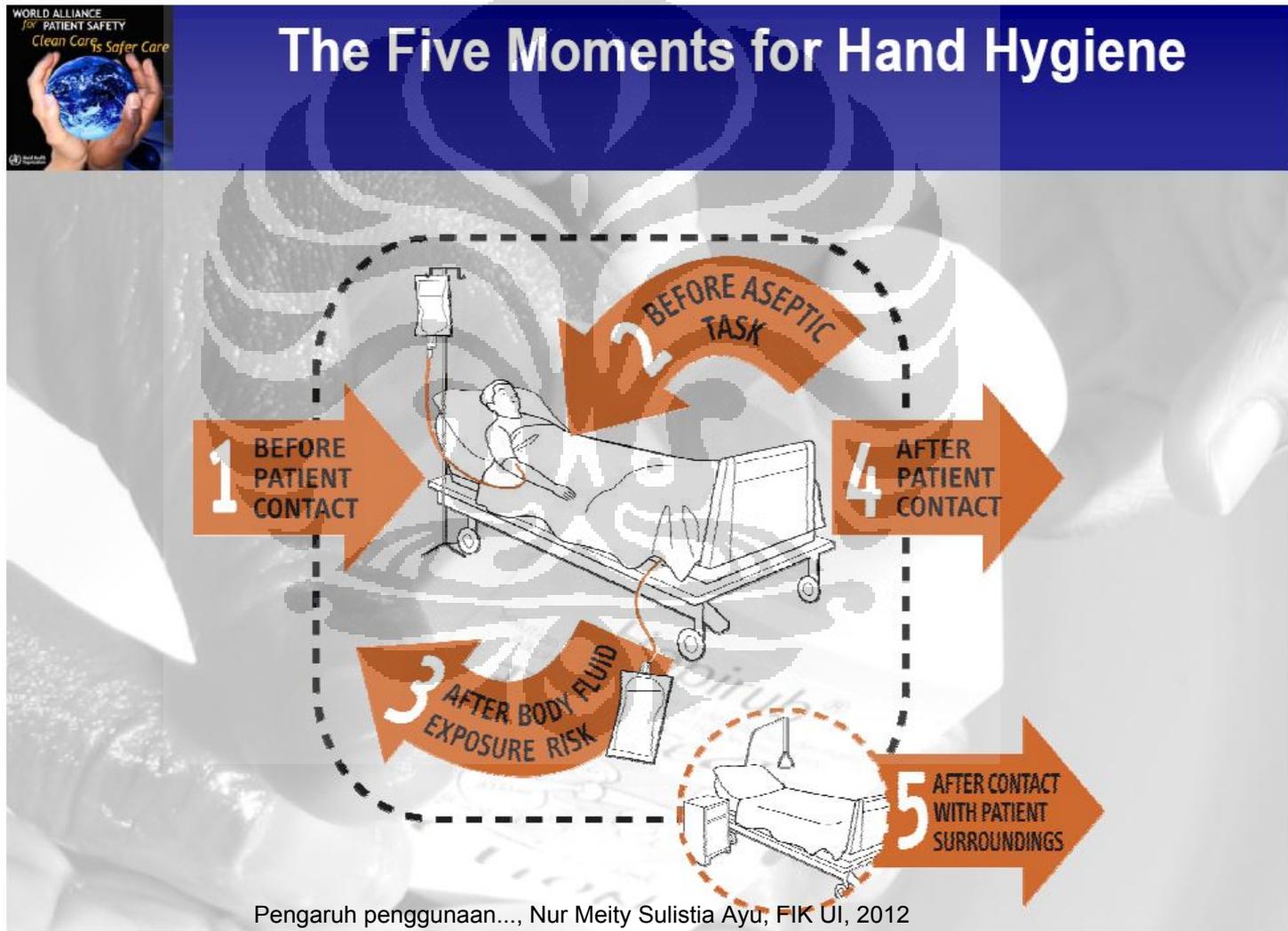


Pengaruh penggunaan..., Nur Meity Sulistia Ayu, FIK UI, 2012

Meity/Tesis/2012

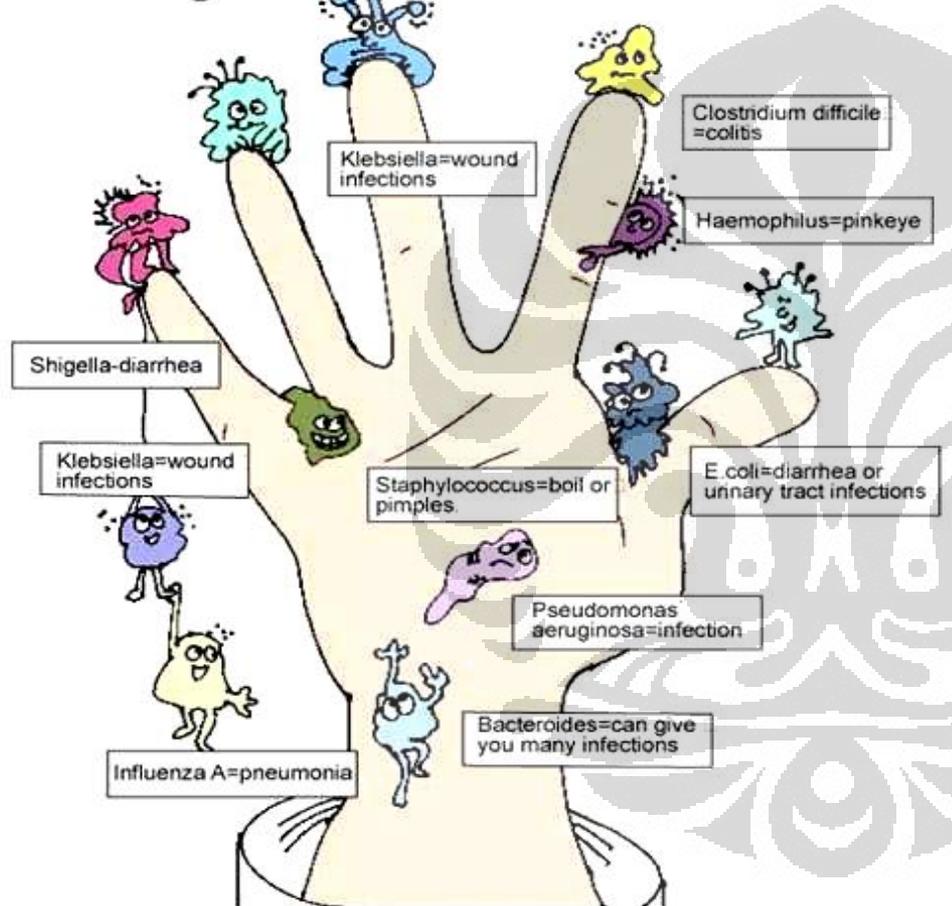
2. KEWASPADAAN UNIVERSAL

A. Cuci Tangan



MENGAPA KEBERSIHAN TANGAN ???

What germs are on our hands ??



Don't spread these germs! Wash your hands after going to the bathroom and before eating!

Handwashing is the single most important thing you can do to stop the spread of infection! This message brought to you by Fairmont General Hospital. Visit our web site at www.fghi.com or www.labs.net/schools/marion/hms/health.htm

Media transmisi kuman patogen tersering di Rumah Sakit

Semmelweis (1861),

Penularan penyakit dari pasien ke pasien melalui tangan petugas

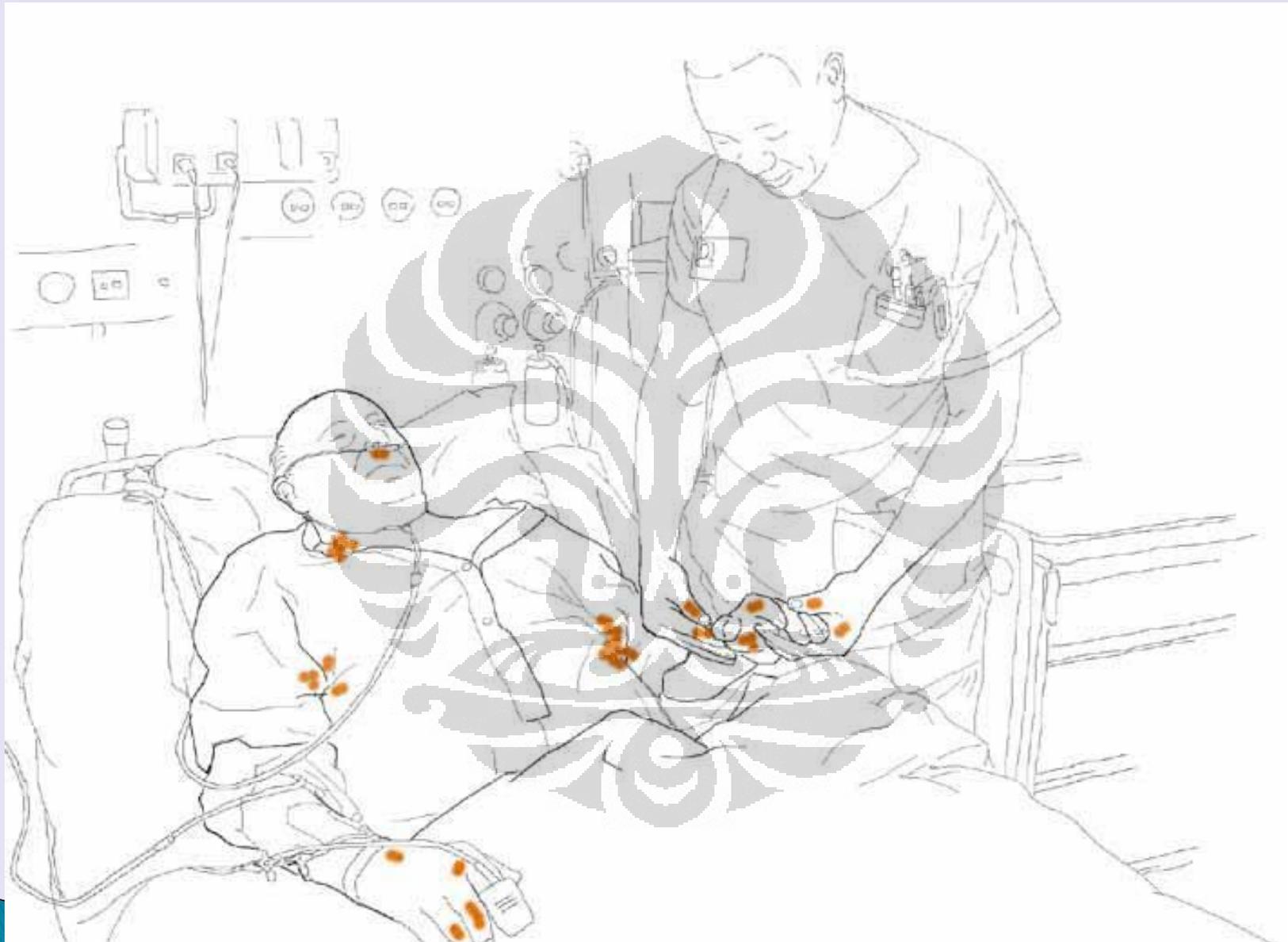
Boyce dan Larson 1995

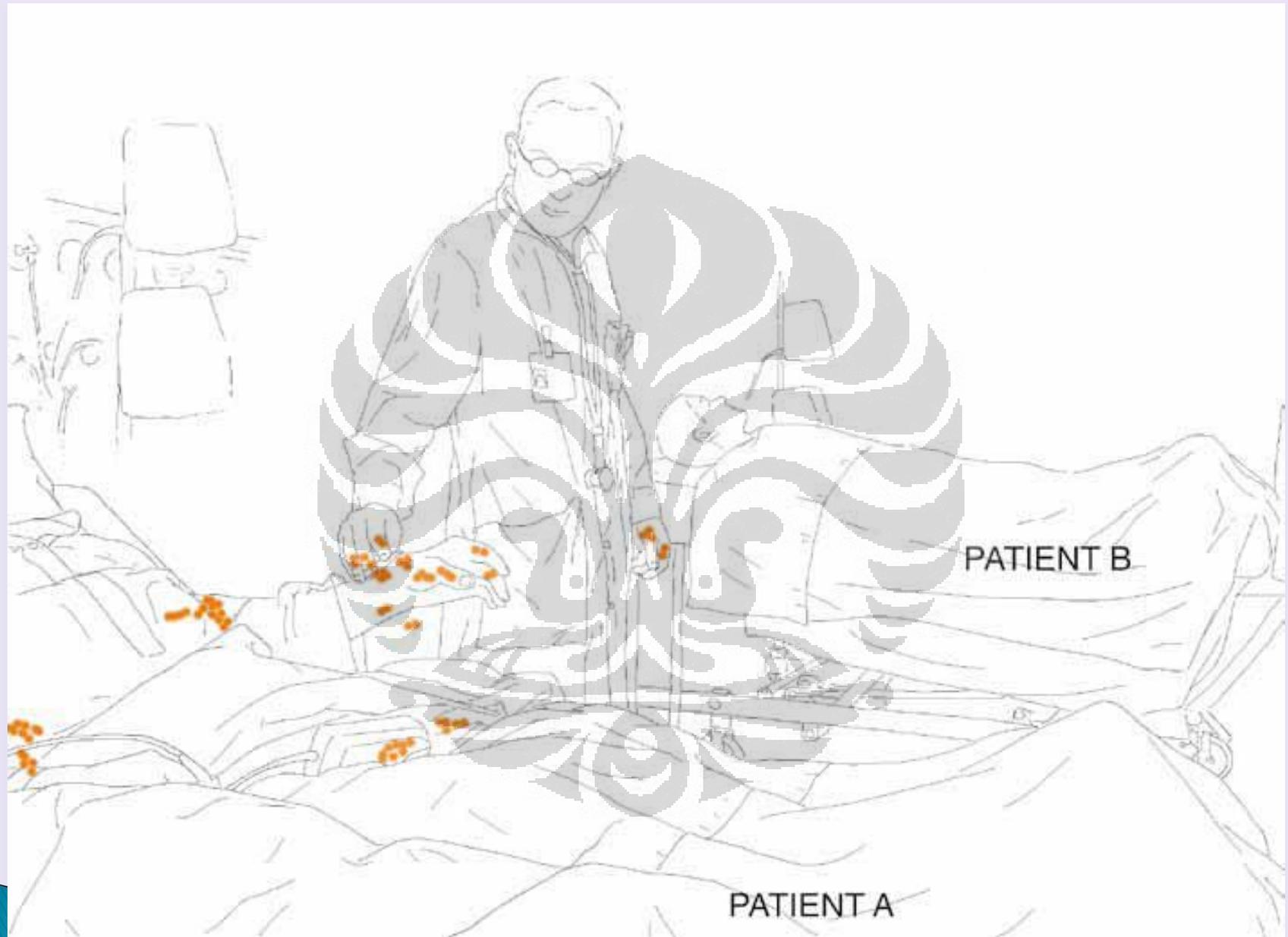
Kebersihan tangan baik dan benar menurunkan insiden INOS

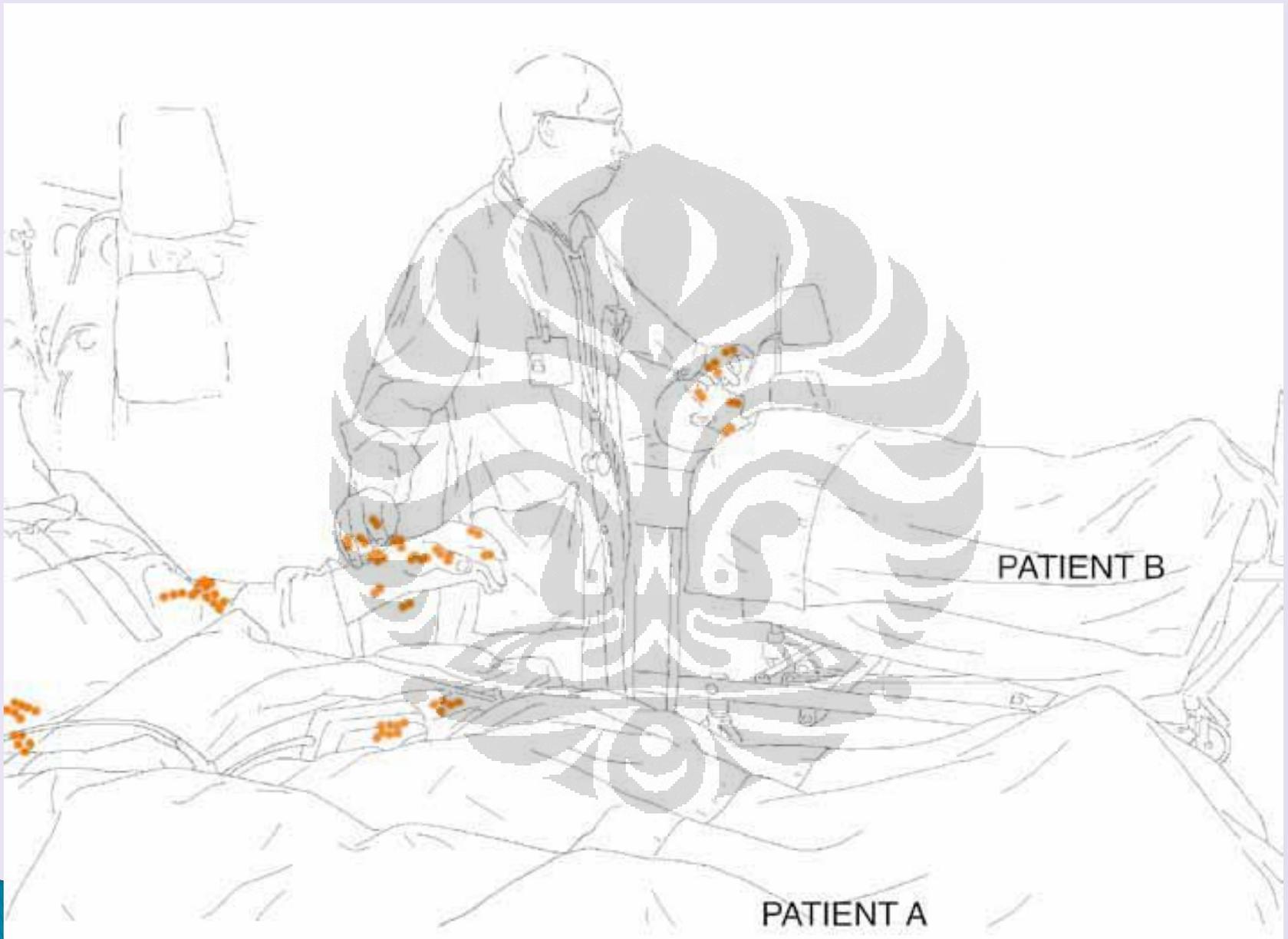
Boyke dan Pittet 2002

Kegagalan kebersihan tangan menyebabkan multi resisten, wabah









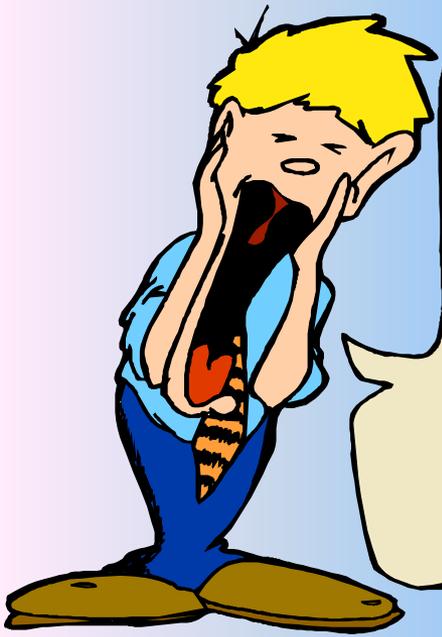


PENYEBAB KETIDAK PATUHAN

- Beban kerja berlebihan
- Tidak tersedia sarana / fasilitas kebersihan tangan
- Lokasi cuci tangan terlalu jauh
- Bila sering cuci tangan tangan rusak
- Tidak peduli
- Petugas berpikir pasien membawa kuman dibadannya
- Kurang pengetahuan petugas/kurang informasi
- Tidak ada dukungan
- Tidak ada kontroling/monitoring
- Tidak ada SOP
- Peraturan/ poster

INGAT.....

- Kebersihan tangan merupakan pilar dan indikator mutu dalam pencegahan infeksi
- Melakukan kebersihan tangan wajib dilakukan oleh setiap petugas rumah sakit
- Kebersihan tangan dapat dilakukan dengan mencuci tangan di air mengalir jika tangan terlihat kotor dan menggosok tangan berbasis alkohol jika tangan tidak tampak kotor



IF I HAVE NOT
WASHED
MY HAND,
PLEASE TELL
ME,

IF YOU HAVE
NOT WASHED
YOURS I WILL
TELL YOU

**CHANGE BEGINS
WITH YOU**

AND

**BEGINS TODAY,
HERE AND NOW**



THINK BIG

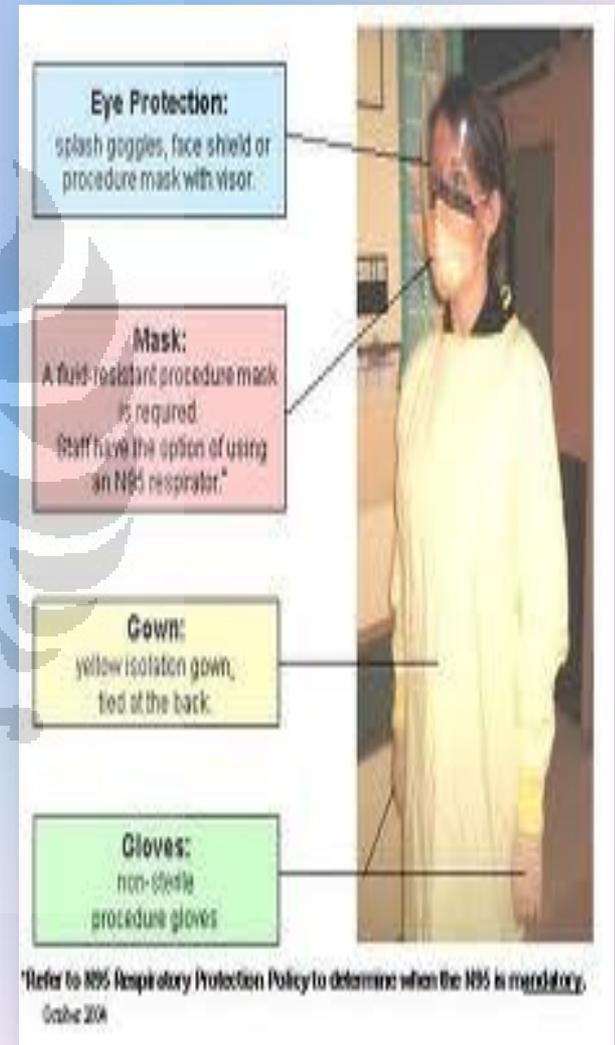
START SMALL

ACT NOW

2. KEWASPADAAN UNIVERSAL

B. PAKAI APD

- ▶ Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) merupakan salah satu bagian dari kewaspadaan standar.
- ▶ Penggunaan APD perlu pengawasan karena dengan penggunaan APD yang tidak tepat akan menambah cost



Pengertian APD

- ▶ Adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja.
- ▶ APD dipakai sebagai upaya terakhir dalam usaha melindungi tenaga kerja apabila usaha rekayasa (engineering) dan administratif tidak dapat dilakukan dengan baik. Namun pemakaian APD bukanlah pengganti dari kedua usaha tersebut, namun sebagai usaha akhir

TUJUAN PENGGUNAAN APD

- ▶ Melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh , sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien.

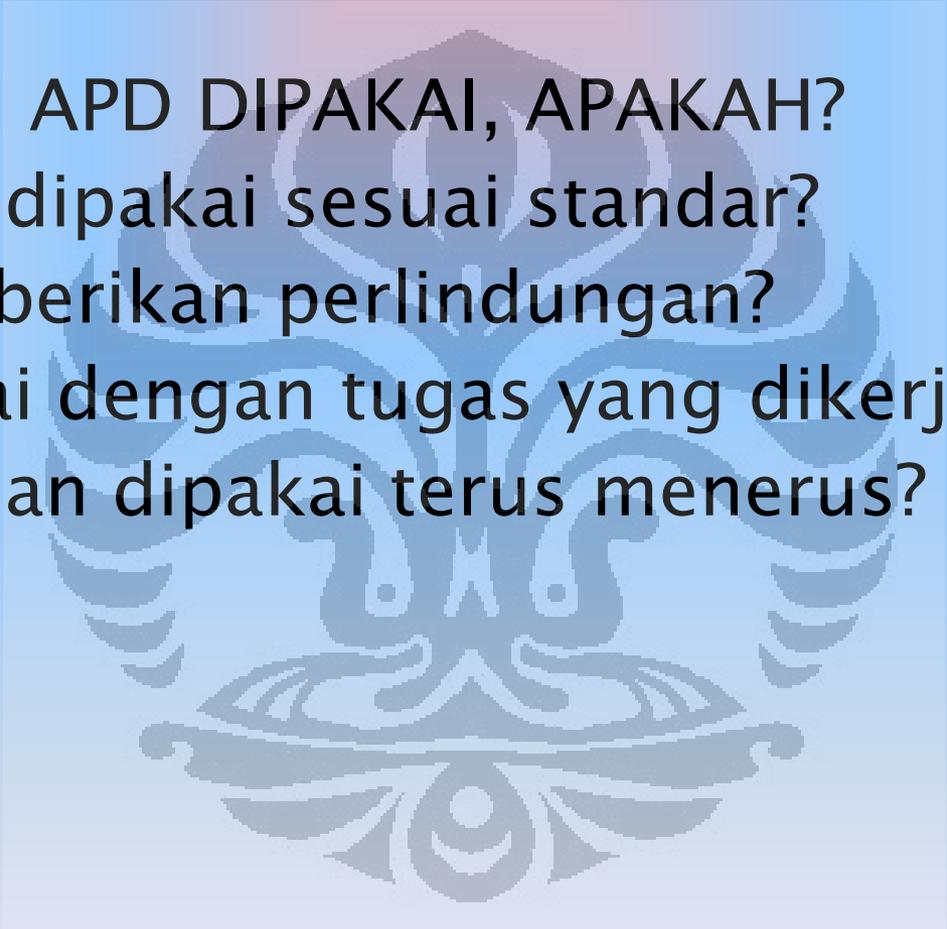
JENIS ALAT PELINDUNG DIRI

- ✘ Cap/penutup kepala
- ✘ Sarung tangan
- ✘ Masker
- ✘ Kaca mata/ Pelindung wajah
- ✘ Baju kerja/gaun/apron
- ✘ Sepatu karet/ bot



PRINSIP PAKAI APD:

- ▶ Penggunaan APD harus disesuaikan dengan risiko pajanan. Perawat harus mengkaji risiko pajanan, apakah dapat terpapar darah, cairan tubuh, ekskresi atau sekresi dan memilih APD yang tepat.
- ▶ Menghindari kontak antara APD dan permukaan yang terkontaminasi, pakaian atau individu di luar ruang perawatan.
- ▶ Membuang APD habis pakai pada kantong pembuangan, dan melakukan penanganan sesuai kebijakan rumah sakit.
- ▶ Tidak menggunakan APD secara bergantian.
- ▶ Mengganti APD secara menyeluruh kemudian mencuci tangan secara efektif. Penggunaan APD dapat mengurangi risiko infeksi namun tidak dapat menghilangkan secara penuh. Staf juga harus menyadari penggunaan APD tidak menggantikan pentingnya melakukan tindakan pengontrolan infeksi mendasar yaitu cuci tangan.

- 
- ▶ SETELAH APD DIPAKAI, APAKAH?
APD yang dipakai sesuai standar?
APD memberikan perlindungan?
APD sesuai dengan tugas yang dikerjakan?
APD nyaman dipakai terus menerus?

Penutup kepala

- ▶ Tujuan :
- ▶ Mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat daerah steril dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan bahan-bahan dari pasien

Manfaat Penutup kepala

Petugas

Terhindar dari paparan/percikan darah dan cairan tubuh

Pasien

Mencegah jatuhnya mikroorganisme dari rambut dan kulit petugas kepada pasien

INDIKASI PEMAKAIAN TUTUP KEPALA

- Tindakan operasi
- Tindakan invasif
- Tindakan intubasi
- Pengisapan lendir



SARUNG TANGAN

Tujuan:

Melindungi tangan dari kontak dengan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, mukosa, kulit yang tidak utuh dan benda yang terkontaminasi

Jenis sarung tangan

sarung tangan bersih

sarung tangan steril

sarung tangan rumah tangga



INDIKASI

- ▶ Tindakan yang kontak atau diperkirakan akan terjadi kontak dengan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien, dan benda yang terkontaminasi



MANFAAT PEMAKAIAN SARUNG TANGAN

▶ PETUGAS

Mencegah kontak tangan dengan darah, cairan tubuh, benda yang terkontaminasi

▶ PASIEN

Mencegah kontak mikroorganisme dari tangan petugas

Prosedur pemakaian sarung tangan

- ▶ Lakukan kebersihan tangan sesuai prosedur
- ▶ Pakai sarung tangan pada kedua tangan
- ▶ Ganti sarung tangan bila tampak rusak/bocor
- ▶ Segera lepas sarung tangan jika telah selesai tindakan
- ▶ Buang sarung tangan ke tempat pembuangan sampah sesuai prosedur
- ▶ Lakukan kebersihan tangan sesuai prosedur

Hal yang harus diperhatikan pada penggunaan sarung tangan:

Cuci tangan sebelum memakai dan sesudah melepaskan sarung tangan

Gunakan sarung tangan berbeda untuk setiap pasien

Hindari jamahan pada benda-benda lain

Teknik memakai dan melepaskan sarung tangan harus dipahami

Cont >>>>

- ▶ Jangan menggunakan sarung tangan yang sama untuk lebih dari satu pasien
- ▶ Jangan mencuci sarung tangan untuk tujuan dipakai kembali
- ▶ Ganti sarung tangan selama perawatan pasien jika tangan berpindah dari daerah yang terkontaminasi ke arah badan yang bersih

Pelindung Wajah

Tujuan : melindungi selaput lendir hidung, mulut, dan mata

Jenis alat yang digunakan :

- masker
- kaca mata
- face sheild



Indikasi pemakaian pelindung wajah

Tindakan yang memungkinkan menimbulkan percikan terhadap mukosa (mulut, mata, selaput lendir hidung).

Masker : hanya digunakan pada saat yang memungkinkan terjadi kontaminasi melalui airborne atau droplet.



Manfaat pelindung wajah

Petugas

Mencegah membran mukosa petugas terkena kontak dengan percikan darah dan cairan tubuh pasien

Pasien

Mencegah kontak droplet dari mulut dan hidung petugas yang mengandung mikroorganisme saat bicara, batuk, bersin

1



Tie the upper strings at the top of the head

2



Tie the lower strings at the back of the neck

3



Fix the metallic strip securely over the bridge of the nose

4



Ensure that the mask fully cover the nose, mouth and is stretched gently over the chin and fit snugly over the face

5

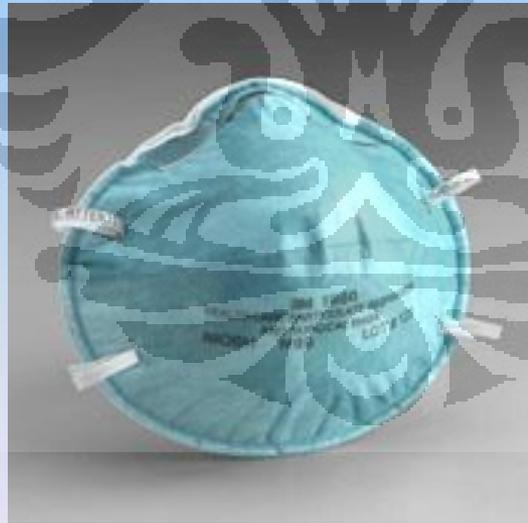


Change mask every 4 hrs or if it becomes moist or damaged

Pelindung saluran pernapasan (N95)

Tujuan

pelindung saluran pernapasan untuk mencegah transmisi agen infeksi udara



Seal It Tight, Do It Right 3M N95 mask



1 Hold the N95 in your palm with the nosepiece at fingertips, hang head straps freely below hand.



2 Position the N95 under your chin with the nosepiece up.



3 While holding the N95 in place, pull the top strap over your head so it rests high on the back of your head.



4 Pull the bottom strap over your head and position it around your neck, below your ears. Untwist the straps. Position the N95 low on your nose.



5 Using both hands, mold the nosepiece to the shape of your nose by pushing inward while moving your fingertips down both sides of the nosepiece.



6 Perform a fit check by placing both hands completely over the mask, be careful not to disturb the position, and exhale sharply. If air leaks around your nose, adjust the nosepiece as described in step 5. If air leaks at the mask edges, adjust the straps back along the sides of your head. Perform fit check again if an adjustment is made.



Wear the right sized mask
Fit check is mandatory for all users of N95 mask and must be performed every time upon wearing. Perform hand hygiene after putting on mask.

Method 1



1 Pull bottom strap over head.



2 Maintain the hold on the first strap, use another hand to pull the top strap over head.



3 Do not touch front surface of mask. It should be kept in a ziploc bag for reuse and discarded at the end of day unless wet or soiled. Perform hand hygiene after removal of mask.



Singapore
General Hospital
SingHealth

Gaun

Tujuan

Melindungi petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah atau cairan tubuh lainnya yang dapat mencemari baju

Jenis Gaun

- Gaun pelindung tidak kedap air
- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril
- Gaun non steril



Indikasi pemakaian gaun

- Membersihkan luka
- Tindakan drainase
- Menuangkan cairan terkontaminsai kedalam lubang pembuangan/WC/toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi
- Tindakan penanganan alat yang memungkinkan pencemaran/kontaminsai pada pakaian petugas
- Segera ganti gaun/pakaian kerja jika terkontaminsai cairan tubuh pasien (darah)

Manfaat gaun

Petugas

Mencegah kulit petugas kontak dengan percikan darah dan cairan tubuh pasien

Pasien

Mencegah kontak mikroorganisme dengan tangan, tubuh dan pakaian petugas kepada pasien

Sepatu Pelindung

Tujuan :

melindung kaki petugas dari tumpahan/ percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan



Jenis : sepatu

Sepatu karet atau plastik yang menutupi seluruh ujung dan telapak kaki

Sepatu pelindung harus digunakan selama didalam ruang operasi dan tidak boleh dipakai ke luar. Bisa digunakan boot dari bahan kulit atau plastik.

Sepatu harus bersih dan sepenuhnya menutup kaki sehingga dapat melindungi petugas kesehatan.

Sandal, sepatu terbuka dan telanjang kaki tidak dianjurkan

PEMILIHAN PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI

Jenis Tindakan	Sarung tangan	Masker	Gaun/celemek	Kaca mata/penutup wajah	Topi
Memandikan pasien	Tidak, kecuali kulit tidak utuh	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Vulva /Penis Hygiene	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Menolong BAB	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
Menolong BAK	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Oral Hygiene	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Pengisapan lendir	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
Mengambil darah vena	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Perawatan luka mayor	Ya /steril	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
Perawatan luka minor	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Perawatan luka infeksius	Ya / steril	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
Mengukur TTV	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Melakukan penyuntikan	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Pemasangan CVC line	Ya (Steril)	Ya	Ya	Ya	Ya
Intubasi	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
Memasang Infuse	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Memasang Dawer Catheter	Ya (Streril)	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Melap meja, monitor, syring pump di pasien	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Membersihkan peralatan habis pakai	Ya (Sarung Tangan Rumah Tangga)	Ya	Ya	Ya	Tidak
Transportasi pasien	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak

Pengaruh penggunaan alat pelindung diri (APD) pada perawat di RSUD Jember, Nur Meity Sulistia Ayu FIK UI, 2012

Meity/ Tesis/2012

Petugas wajib menggunakan Alat Pelindung Diri



Penyimpangan penggunaan APD di ruangan

- ▶ Sarung tangan hanya digunakan satu tangan terutama tangan kanan saja
- ▶ Sarung tangan hanya digunakan pada tindakan menyentuh benda yang menjijikan (faeces, muntah)
- ▶ Sarung tangan habis pakai diletakan pada meja atau perkumaaan bukan segera dibuang

CONT > > > > >

- ✘ Masker digunakan untuk menutupi leher petugas
- ✘ Masker dibawa keluar ruangan perawatan/tindakan
- ✘ Tidak segera cuci tangan setelah melepaskan sarung tangan atau gaun
- ✘ Masker disimpan didalam saku baju petugas untuk digunakan kembali

CONT >>>>>

- ▶ Gaun/baju kerja dibawa keluar ruangan untuk melanjutkan pekerjaan lain
- ▶ Masker dianggap bukan barang infeksius
- ▶ Penggunaan sarung tangan rumah tangga malas digunakan dengan alasan panas dan licin
- ▶ Petugas dalam bekerja tidak menggunakan sepatu untuk melindungi kaki.



Pengaruh penggunaan..., Nur Meity Sulistia Ayu, FIK UI, 2012
Meity/Tesis/2012





KEWASPADAAN UNIVERSAL

C. PENANGANAN PERALATAN & LIMBAH

- ▶ Penanganan peralatan mencakup pembuangan limbah, bahan linen dan benda tajam yang terkontaminasi; serta pembersihan, sterilisasi dan disinfeksi alat, instrumen dan peralatan yang tepat.
- ▶ Memasukkan benda yang terkontaminasi ke dalam kantong khusus.
- ▶ Mengidentifikasi dan memisahkan barang disposibel dari barang yang dapat digunakan kembali.
- ▶ Membuang benda disposibel yang tajam seperti jarum suntik, pisau bedah, spuit ke dalam kontainer khusus tidak tembus (dari kaca atau material yang dirancang khusus).



Laundry (Pakaian kotor) dan *Bedding* (Sprei, selimut, sarung bantal)

- ❑ TERBAGI ATAS LINEN KOTOR & LINEN TERKONTAMINASI
- ❑ PENGELOLAAN LINEN BERDASARKAN PRINSIP MEMINIMALISASI MICRO-ORGANISME
- ❑ LINEN TERKONTAMINASI DILETAKAN DALAM KANTONG KHUSUS
- ❑ TINDAKAN DISINFEKSI LINEN TERKONTAMINASI : GUNAKAN APD, AIR PANAS, BLEACHING, CAIRAN DISINFEKTAN
- ❑ STERILISASI LINEN UNTUK RUANGAN RESIKO TINGGI (KAMAR BEDAH, UNIT LUKA BAKAR) MENGGUNAKAN AUTOCLAVE



A. PENANGANAN LINEN DIRUANGAN

- ❑ Tidak meletakkan linen di lantai



Penanganan Linen di Ruang

Tidak menyeret linen kotor di lantai.

Tidak meletakkan linen kotor di atas kursi, dan meja pasien

Tidak mengibaskan linen kotor

Pisahkan ruang penyimpanan linen bersih dan linen kotor

PENANGANAN LIMBAH

- ❑ LANGKAH-LANGKAH PENANGANAN LIMBAH BERDASARKAN :
 - PERENCANAAN, PEMISAHANAN, PENGUMPULAN, TRANSPORTASI, PENYIMPANAN, TREATMEN DAN PENANGANAN AKHIR
- ❑ PEMISAHAN LIMBAH DIDASARKAN PADA KATEGORI JENIS LIMBAH
- ❑ KODE WARNA KANTONG SESUAI KODE INTERNASIONAL DAN DILETAKAN PADA KONTAINER SEBAGAI LOGO SIMBOL BIOHAZARD
- ❑ KONTAINER BENDA TAJAM (PRINSIP TAHAN AIR, TAHAN TUSUKAN) DILETAKAN PADA AREA RUANG TINDAKAN (TROLLEY INJECTION, NURSING STATION DLL) SERTA MUDAH DIJANGKAU
- ❑ MEMILIKI ALAT TRANSPORTASI KHUSUS
- ❑ AREA PENAMPUNGAN LIMBAH DITEMPAT TERBUKA, MUDAH DIBERSIHKAN (TREATMENT)



Pemrosesan limbah



- Identifikasi
- Pemisahan
- Labeling
- Packing
- Penyimpanan
- Pengangkutan
- Treatment
- Disposal

1. Identifikasi limbah

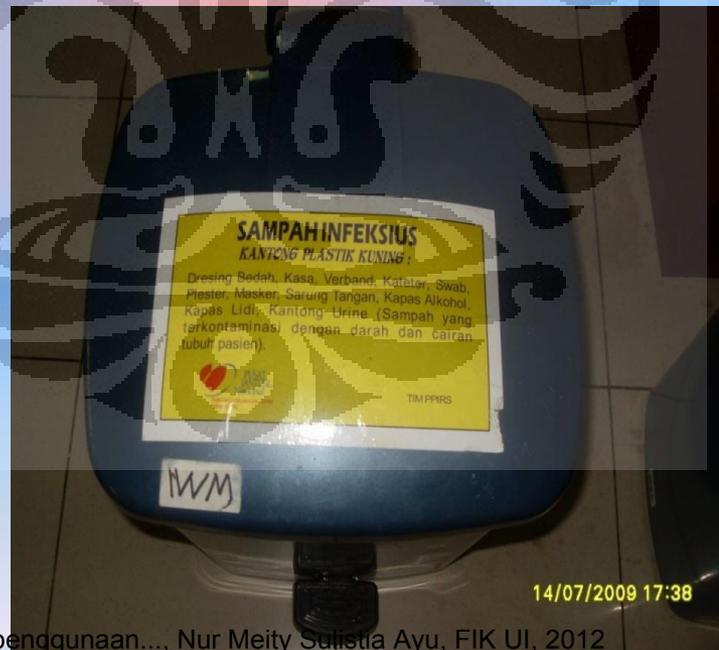
Jenis limbah

- Limbah padat:
 - Infeksius
 - Non infeksius
- Limbah cair
 - Infeksius
 - Non infeksius
- Limbah benda tajam



Limbah padat infeksius

Limbah yang berasal dari pelayanan klinis, perawatan, laboratorium dan atau semua benda yang sudah terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh pasien



Limbah padat non infeksius

Limbah rumah tangga atau pembungkus alat medik yang tidak terkonaminasi dengan darah atau cairan tubuh pasien



Limbah benda tajam

Semua benda yang mempunyai permukaan tajam yang dapat melukai / merobek permukaan tubuh



Pengelolaan Limbah Tajam

- Tersedia Wadah yang tidak mudah tembus oleh benda tajam / tusukan (jerigen bekas, kardus yang tahan benda tajam) dan tertutup berlabel biohazard yang kuning
- **Tahan bocor dan tahan tusukan**
- **Harus mempunyai pegangan yang dapat dijinjing dengan satu tangan**
- **Mempunyai penutup yang tidak bisa dibuka kembali**
- **Ditutup dan diganti setelah terisi 2/3 bagian limbah**



Pemisahan limbah

- **Sampah Infeksius → Kantong Kuning**
Dresing
bedah, kasa, verband, kateter, masker, sarung tangan
dan semua sampah yang terkontaminasi darah
dan cairan tubuh pasien
- Sampah non infeksius →: Kantong Hitam
Kertas, plastik, kardus, kayu, kaleng, sisa makanan
atau sampah yang tidak terkontaminasi darah dan
cairan tubuh pasien
- **Sampah benda tajam → Kotak berwarna kuning**
Jarum suntuk, pisau cukur, stilet, pecahan ampul,
objek gelas, sampah yg memiliki
permukaan/ujung yg tajam

Labelling

Kode warna pembungkus

- Kuning → Sampah Infeksius
- Hitam → Non infeksius
- Merah → Radioaktif
- Ungu → Cytotoksik
- Kotak kuning Limbah benda tajam tahan tusukan dan tahan air

Packing/Penempatan Limbah

- Tempatkan dalam wadah limbah tertutup
- Tutup mudah dibuka, sebaiknya bisa dengan menggunakan kaki
- Kontainer dalam keadaan bersih
- Kontainer terbuat dari bahan yang kuat, ringan dan tidak berkarat
- Tempatkan setiap kontainer limbah pada jarak 10 – 20 meter
- Ikat limbah jika sudah terisi 3/4 penuh
- Kontainer limbah harus dicuci setiap hari

PROSES PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS PADAT

Pewadahan



Pengumpulan



Pengangkutan



Pemusnahan



Incenerator



PENGENDALIAN SERANGGA, TIKUS, BINATANG PENGANGGU

TUJUAN : Mencegah penularan penyakit

- Kepadatan **jentik** (terutama aedes) harus **nol**
- Lubang ditutup kasa
- **Bebas kecoa** terutama dapur, gudang makanan dan ruang steril
- **Tidak** ditemukan tanda keber**ada**an **tikus**
- **Tidak ditemukan lalat** dlm bangunan tertutup
- Dilingkungan RS **bebas kucing dan anjing**
- Ruangan di **anti rayap**



2. KEWASPADAAN UNIVERSAL



D. PENANGANAN PASCAPEMAJANAN

- ▶ Melaporkan Kejadian segera kepada atasan atau manajemen.
- ▶ Melengkapai laporan kecelakaan.
- ▶ Melakukan evaluasi dan tindak lanjut yang tepat mencakup mendapatkan identitas pasien atau staf sumber infeksi.
- ▶ Memeriksa darah individu sumber infeksi jika memungkinkan dan disetujui.
- ▶ Memeriksa darah perawat yang terpajan dengan persetujuan.
- ▶ Perawat yang terpajan harus mendapatkan profilaksis pascapemajanan jika diindikasikan secara medis dengan vaksin hepatitis atau agens antivirus.
- ▶ Melakukan konseling medis dan psikologis mengenai risiko pribadi terinfeksi atau risiko menginfeksi orang lain.
- ▶ Untuk kejadian terkena tusukan/laserasi; dorong terjadinya perdarahan, cuci dan bersihkan area dengan sabun dan air mengalir, lakukan pertolongan pertama dan cari pengobatan lain jika diindikasikan.
- ▶ Untuk pemajanan pada membran mukosa (mata, hidung, mulut) basuh dengan salin normal atau air mengalir selama 5-10 menit.

HAL - HAL YANG HARUS DILAKUKAN BILA PETUGAS TERPAJAN

- ▶ Periksa status kesehatan petugas terpajan
- ▶ Ketahui status kesehatan sumber pajanan
- ▶ Tindakan sesuai jenis paparan
- ▶ Terapkan profilaksis pasca pajanan (PPP) sesuai Kebijakan RS

Tindakan pertama pada pajanan bahan kimia atau cairan tubuh

- ▶ Mata → segera bilas dengan air mengalir selama 15 menit
- ▶ Kulit → segera bilas dengan air mengalir 1 menit
- ▶ Mulut → segera kumur-kumur selama 1 menit
- ▶ Segera hubungi Dokter yang berwenang untuk melakukan perawatan pasca pajanan
- ▶ Laporkan ke Komite / Tim PPI , panitia K3RS atau sesuai alur RS

TINDAKAN PASCA TERTUSUK JARUM BEKAS

- Cuci dengan air mengalir menggunakan sabun atau cairan antiseptik
- Berikan cairan antiseptik pada area tertusuk / luka
- Laporkan ke tim PPI atau K3RS/berwenang



TINDAKAN PASCA TERTUSUK JARUM BEKAS

- **Tindak lanjut Tim PPI :**
 - ❖ Tentukan status HIV, HBV, dan HCV sumber pajanan
 - ❖ Periksa status HIV, HBV, dan HCV petugas yang terpajan
 - ❖ Monitoring dengan pemeriksaan laboratorium

Tindakan kecelakaan kerja tertusuk jarum bekas pakai (1)

- ▶ Bila status pasien bebas HIV,HBV,HCV dan bukan dalam masa inkubasi tidak perlu tindakan khusus untuk petugas terhadap HIV,HBV,HCV, tetapi bila petugas khawatir dapat dilakukan konseling
- ▶ Bila status pasien HIV,HBV,HCV positif maka tentukan status HIV,HBV,HCV petugas kesehatan tsb

Tindakan kecelakaan kerja tertusuk jarum bekas pakai (2)

Sebelum dilakukan pre test dan post test terhadap petugas yang terpapar harus dilakukan konseling dulu

Pre test untuk mengetahui apakah petugas sudah terinfeksi sebelumnya

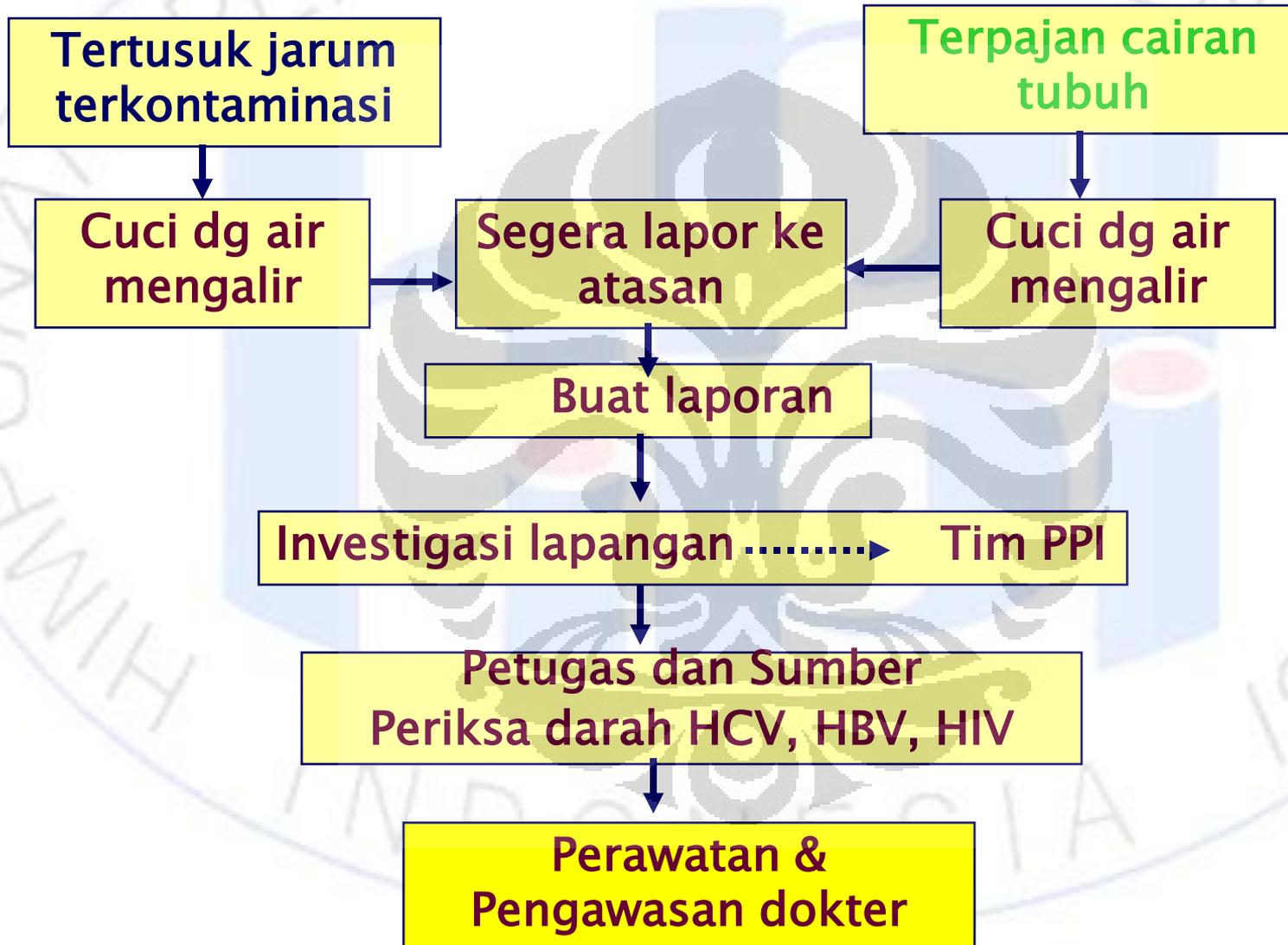
Jika hasil pre test positif, jelas bahwa petugas sudah terinfeksi sebelumnya

Jika hasil pre test negatif sementara sumber Pasien positif HBV, maka diberikan immunisasi HBV, bila pasien positif HIV rujuk ke Tim AIDS

Tindakan kecelakaan kerja tertusuk jarum bekas pakai (3)

- Berikan dukungan kepada petugas yang terpapar
- Bila hasil pre test HIV pasien negatif petugas tetap di konseling
- Pemeriksaan ulang dilakukan, 6 minggu, 3 bulan dan 6 bulan
- Dapat minum obat ARV untuk memperkecil risiko penularan, jika luka tusuk < 4 jam

ALUR LUKA TUSAK JARUM/PAPARAN CAIRAN TUBUH



PPP untuk Hepatitis B

Vaksinasi dan respon antibodi dari Petugas Kesehatan [±]	Status infeksi Sumber Pajanan		
	HBsAg+ positif	HBsAg negatif	Tidak tahu / sarana pemeriksaan (-)
Belum divaksinasi	1 dos HBIg + seri vaksinasi hepatitis B	Seri vaksinasi hepatitis B	Seri vaksinasi hepatitis B Sumber pajanan berisiko tinggi → obati seperti pada HBsAg positif
Pernah divaksinasi			
Diketahui sbg responder	Tidak perlu PPP	Tidak perlu PPP	Tidak perlu PPP
Diketahui sbg non-responder	1 dosis HBIg + ulangan seri vaksinasi hepatitis B atau 2 dosis HBIg	Tidak perlu PPP	Sumber pajanan berisiko tinggi → obati seperti pada HBsAg positif
Tidak diketahui status respon antibodinya	Anti-HBs terpajan → ✓cukup - tidak perlu PPP ✓tidak cukup - 1 dosis HBIg + vaksin boster	Tidak perlu PPP	Anti-HBs terpajan → ✓cukup - tidak perlu PPP ✓tidak cukup - 1 dosis HBIg + vaksin boster

Profilaksis Pasca Paparan HIV/AIDS

- ▶ Jenis paparan potensial :
 - darah
 - cairan semen / cairan vagina
 - cairan serebrospinal
 - cairan sinovial / pleura / perikardial / peritoneal / amnion
- ▶ Obat ARV harus diberikan dalam waktu < 4 jam

RISIKO SEROKONVERSI +

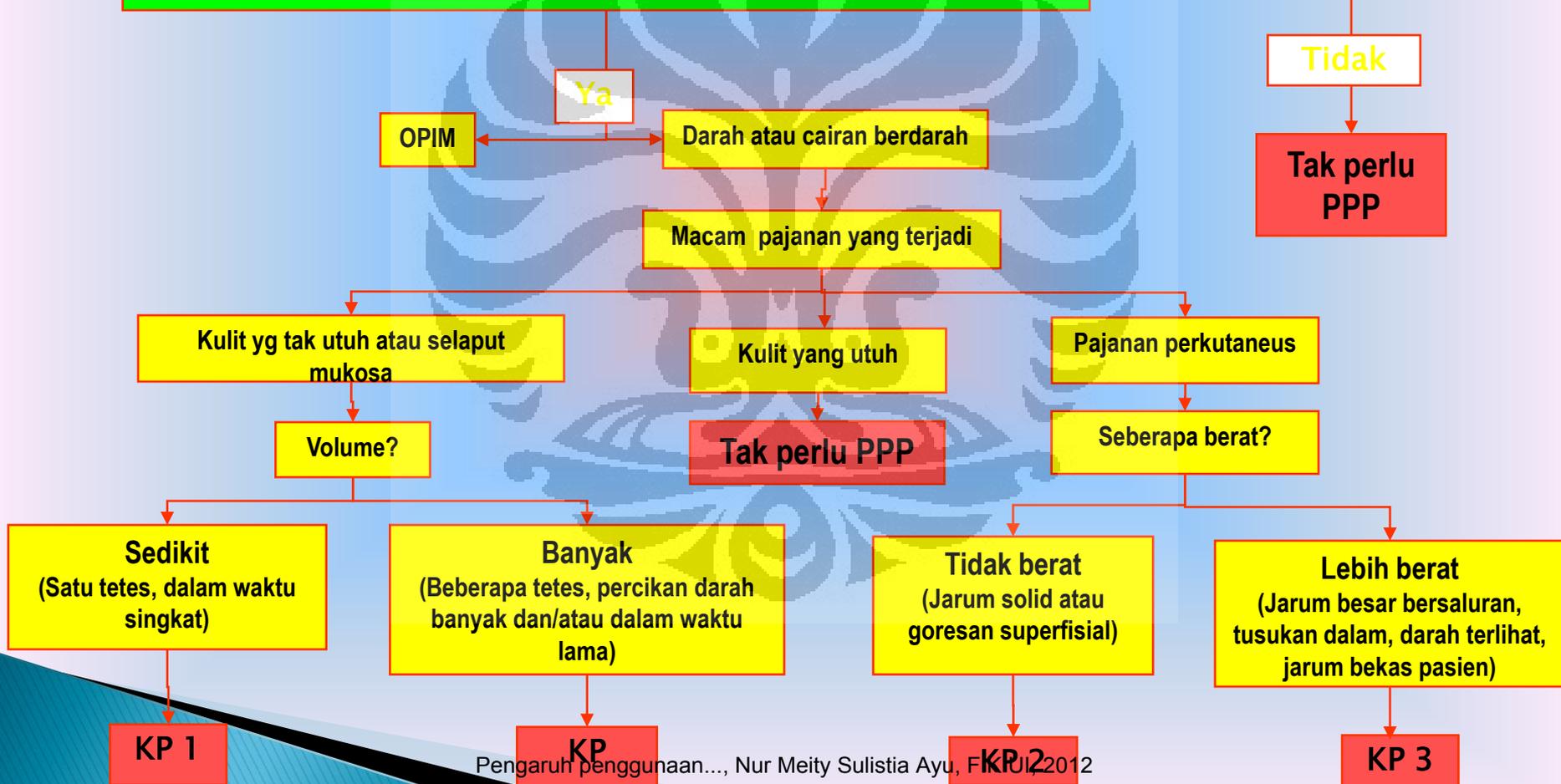
Pajanan darah/cairan tubuh dalam jumlah besar ditandai :

- Luka dalam
- Darah terlihat jelas
- Akibat tertusuk jarum
- Pajanan → pasien dalam stadium AIDS

Alur PPP pada pajanan HIV

1. Kategori Pajanan (KP)

Sumber pajanan berupa darah, cairan berdarah, atau bahan lain yang berpotensi menularkan infeksi (OPIM), atau alat kesehatan yang tercemar dari salah satu bahan tersebut?



Pengobatan Profilaksis Pasca Pajanan

Kategori Pajanan (KP)	Kategori Sumber pajanan (KS HIV)	Rekomendasi Pengobatan
1	1 (rendah)	Obat tidak dianjurkan Risiko toksisitas obat > dari risiko terinfeksi HIV
1	2 (tinggi)	Pertimbangkan AZT + 3TC + Indinavir Pajanan memiliki risiko yang perlu dipertimbangkan
2	1 (rendah)	Dianjurkan AZT + 3TC + Indinavir Kebanyakan pajanan masuk dalam kategori ini
2 3	2 1 atau 2	Dianjurkan AZT + 3TC + indinavir atau nelfinavir

Anjuran pengobatan selama 4 minggu dengan dosis :
AZT : 3 kali sehari @ 200 mg, atau 2 kali sehari @ 300mg
3TC : 2 kali sehari @ 150mg
Indinavir : 3x sehari @ 800mg 1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan dan banyak minum, diet rendah lemak

Rekomendasi pemberian PPP

PAJANAN	SUMBER TIDAK DIKETAHUI	SUMBER POSITIF	SUMBER POSITIF RISIKO TINGGI	REJIMEN
Kulit utuh	Tidak perlu PPP	Tidak perlu PPP	Tidak perlu PPP	
Mukosa / Kulit tidak utuh	Pertimbangkan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 2 obat	AZT 300 mg 3TC 150 mg / 12 jam x 28 hari
Tusukan benda tajam Solid	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 3 obat	AZT 300 mg 3TC 150 mg Lop/r 400/100
Tusukan benda tajam berongga	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 3 obat	Berikan rejimen 3 obat	/ 12 jam x 28 hari

MONITORING PPP-HIV

- ▶ Profilaksis harus diberikan selama 28 hari
- ▶ Dibutuhkan dukungan psikososial
- ▶ Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui proses infeksi dan memonitor efek toksik obat ARV
- ▶ Tes HIV diulang setelah 6 minggu, 3 bulan dan 6 bulan

3. PENCEGAHAN NSI/BENDA TAJAM

FAKTOR RISIKO

- Penggunaan kembali alat injeksi dan benda tajam yang tidak perlu.
- Kekurangan peralatan: spuit, *safer needle devices*, dan kontainer pembuangan benda tajam.
- Tidak segera membuang benda tajam atau jarum suntik yang terkontaminasi pada kontainer pembuangan benda tajam.
- Tenaga kerja yang tidak sesuai atau terbatas.
- Tindakan menutup kembali jarum setelah penggunaan menggunakan dua tangan.
- Kurangnya pengontrolan penggunaan alat yang aman misalnya penggunaan alat jarum suntik dengan tipe yang lebih aman
- Mengoper instrumen dari tangan ke tangan di ruang operasi.
- Kurangnya kesadaran petugas akan bahaya serta kurangnya informasi dan pelatihan.



Benda tajam:

semua benda yang dapat melukai/memotong jaringan permukaan kulit atau bagian tubuh sehingga menyebabkan luka.

Penyebab luka:

- ★ Disposable syringes (32 %)
- ★ Suture needles (19 %)
- ★ Winged steel needles (12 %)
- ★ Scapel blades (7 %)
- ★ Intravenous catheter stylets (6 %)
- ★ Plebotomy needles (3 %)

apakah anda pernah mengalaminya?

Akibat luka tusuk pada nakes

(CANADA Comunicable Diseases Report 2001)

Risiko terinfeksi Persentase

HBV	10-35 %
HCV	2.7 %
HIV	0.3 %



Juni 1997, US-CDC

56 kasus tertular HIV pada kecelakaan kerja

52 terpajan dengan **darah**

1 terpajan **cairan tubuh tercampur darah**

3 terpajan langsung dengan **virus di Lab**



- 50 terpajan melalui **luka tusuk**

- 5 terpajan percikan cairan tubuh yang tercemar melalui **mukosa**

- 1 terpajan melalui **tusukan dan percikan**

Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan Saat Terjadi Pajanan di 11 RS, Jakarta 2003

<i>Jenis Tindakan</i>	<i>Terpapar (n= 282)</i>	<i>%</i>
Pemasangan infus	74	26,2
Suntik	104	36,9
Operasi Besar	42	14,9
Tind Medis Lain	93	33

Luka tusuk jarum



- ✦ 21.5% selama tindakan
- ✦ 78.5% setelah tindakan
 - ✦ *Recapping*
 - ✦ Melepas jarum / scalpel
 - ✦ Penempatan jarum

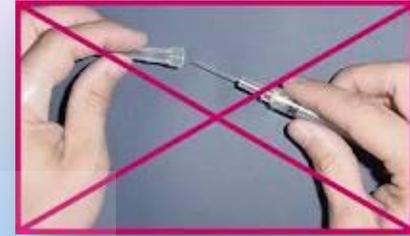
INGAT.....

Jangan recapping jarum bekas pakai (kategori IB),
Dilarang mematahkan jarum, melepaskan,
membengkokkan jarum bekas pakai.

Gunakan cara yang aman
bila memberikan benda
tajam



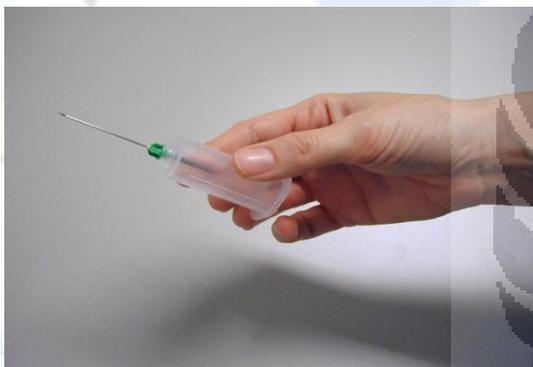
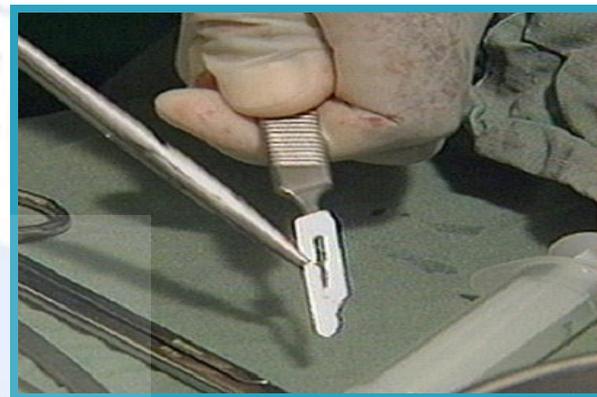
Pengelolaan jarum & benda tajam



- **Jangan memasukkan kembali jarum bekas suntikan dengan dua tangan**
- **Jangan mematahkan jarum yg telah dipakai**
- **Tidak boleh memakai ulang**
- **Segera buang jarum/ needle ke dalam wadah yg telah ditentukan dan dibuang sendiri oleh sipemakai**
- **Semua benda tajam harus digunakan sekali pakai, tidak boleh didaur ulang atas pertimbangan penghematan**
- **Tindakan beresiko terpajan benda tajam, tempatkan operator pada posisi lapangan pandang yang luas dan cahaya yang cukup**
- **Lindungi jari dengan menggunakan penjepit/ pinset**



LAKUKAN PENANGANAN BENDA TAJAM DENGAN BAIK DAN BENAR



Penanganan pecahan benda tajam

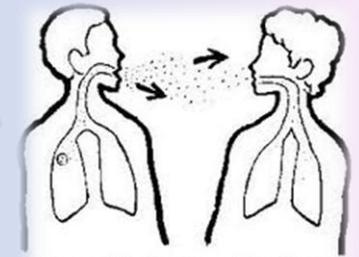
- ❏ Gunakan sarung tangan tebal
- ❏ Gunakan kertas koran /tebal untuk mengumpulkan pecahan tersebut kemudian bungkus dengan kertas
- ❏ Masukkan dalam kotak tahan tusukan kemudian beri label
- ❏ Jika pecahan kaca tersebut terkontaminasi cairan tubuh lakukan dekontaminasi



Penanganan segera:

- ▶ Mencuci luka dengan sabun dan air mengalir.
- ▶ Melaporkan pada atasan dan melakukan pelaporan melalui sistem pelaporan cedera sesuai kebijakan fasilitas.
- ▶ Mengidentifikasi kondisi pasien dan melakukan tes HIV, hepatitis B, dan hepatitis C.
- ▶ Melaporkan kepada layanan kesehatan petugas, UGD, atau fasilitas kesehatan untuk pegawai lainnya.
- ▶ Melakukan tes for HIV, hepatitis B, and hepatitis dengan segera. Melakukan *Post-exposure prophylaxis* (PEP) atau pengobatan lainnya.
- ▶ Mendokumentasikan kejadian pajanan secara lengkap dan penjelasan bagaimana pajanan dapat terjadi.

4. KEWASPADAAN PENULARAN MELALUI UDARA/DROPLET



Nurses are at risk to infectious respiratory illnesses that can be transferred through the air, such as Tuberculosis and Severe Acute Respiratory syndrome (SARS).

- ▶ Menempatkan klien dalam kamar pribadi yang memiliki tekanan udara negatif, 6–12 kali perubahan udara setiap jam sehingga udara dapat dikeluarkan keluar ruangan atau terdapat sistem filtrasi untuk udara ruangan. Menjaga pintu kamar agar selalu tertutup.
- ▶ Menempatkan klien bersama dengan klien lain yang terinfeksi organisme yang sama apabila kamar pribadi tidak tersedia.
- ▶ Menggunakan masker pernapasan pada saat memasuki kamar klien yang diketahui atau dicurigai menderita TBC.
- ▶ Tidak membolehkan orang yang rentan memasuki kamar klien yang menderita rubela (campak) atau varisela (cacar air). Menggunakan masker napas apabila harus masuk ke dalam kamar.
- ▶ Membatasi pergerakan klien keluar kamar hanya untuk tujuan yang penting.
- ▶ Menggunakan masker bedah pada klien ketika berada di luar ruangan.

BAHAYA FISIK



RADIASI PENGION



ALIRAN LISTRIK

1. TINDAKAN MENGURANGI BAHAYA LISTRIK

- ▶ Memeriksa ujung kabel alat medis yang menggunakan listrik tidak berjumbai atau terdapat tanda-tanda kerusakan sebelum menggunakannya. Tidak menggunakan alat apabila terdapat kerusakan.
- ▶ Menghindari terlalu banyak sambungan pada colokan listrik paralel
- ▶ Menggunakan sambungan listrik yang terlindung atau berada di bawah lantai.
- ▶ Selalu menarik sambungan listrik dengan pegangan yang kencang dan tarikan searah. Menarik sambungan listrik dengan memegang kabelnya dapat merusak kabel dan sambungan listrik.
- ▶ Tidak menggunakan peralatan listrik dekat dengan wadah air, bak rendam, pancuran air atau area basah lainnya karena air merupakan penghantar listrik yang sangat baik.

CONT>>>

- ▶ Menjaga kabel listrik jauh dari jangkauan anak-anak dan lalu lalang orang banyak untuk mencegah kerusakan kabel atau tersangkutnya kabel.
- ▶ Menggunakan pelindung kabel pada sambungan di dinding untuk melindungi tercabutnya sambungan dan jangkauan anak-anak.
- ▶ Membungkus kabel-kabel listrik sesuai standart keselamatan.
- ▶ Membaca instruksi prosedur penggunaan peralatan listrik dengan cermat. Meminta bantuan orang yang lebih tahu atau ahli untuk mengoperasikan peralatan listrik.
- ▶ Selalu memutuskan sambungan listrik sebelum membersihkan atau memperbaiki alat.
- ▶ Segera mencabut sambungan listrik pada alat yang menimbulkan getaran sengatan listrik dan segera memberi tahu petugas terkait untuk memeriksa dan memperbaikinya

BAHAYA KIMIA



Xelegati et al (2006) menyatakan dari 53 perawat yang diteliti 100% terpapar antibiotik dan benzene, 99,1% iodin, 88,7% bedak lateks, 86,7% antineoplastik, 79,2% glutaraldehid dan 75,5% etilen oksida; paparan tersebut menyebabkan gangguan kesehatan seperti keluarnya air mata, reaksi alergi, mual dan muntah.



Pajanan zat kimia dan obat-obatan berbahaya dapat mengakibatkan masalah kesehatan mencakup gangguan kromosom, efek mutagenik, infertilitas, aborsi, gangguan menstruasi dan gejala langsung seperti pusing, sakit kepala, mual, gangguan mukosa dan reaksi alergi (Xelegatti et al., 2006). Manifestasi klinis lainnya meliputi iritasi mata, mukosa dan kulit, rambut rontol dan penurunan daya tahan tubuh, peningkatan resistansi obat, faringitis, herpes bahkan kanker (Xelegatti et al., 2006).

PENCEGAHAN

- ▶ 1. PANDUAN KLINIS PEMBERIAN OBAT
- ▶ 2. MEDIKASI → PRINSIP 7 BENAR



PANDUAN KLINIS PEMBERIAN OBAT (Kozier & Erb, 2009)

1. Perawat yang memberikan obat bertanggungjawab terhadap tindakannya. Perawat harus meragukan semua program obat yang tidak terbaca atau yang anda anggap tidak benar. Menghubungi orang yang menuliskan program tersebut untuk melakukan klarifikasi obat.
2. Mendapatkan informasi tentang obat yang anda berikan. Mengetahui alasan/indikasi klien mendapatkan obat tersebut. Mencari informasi yang diperlukan bila anda tidak mengenal obat tersebut.
3. Menyimpan obat narkotik dan barbiturat ke dalam tempat terkunci.
4. Menggunakan hanya obat dalam wadah yang berlabel jelas.
5. Tidak menggunakan obat cair yang berkabut atau telah berubah warna.
6. Menghitung dosis obat secara akurat. Meminta perawat lain untuk mengecek ulang hasil penghitungan apabila tidak yakin.
7. Memberikan hanya obat yang disiapkan sendiri.

8. Sebelum memberikan suatu obat, mengidentifikasi klien secara benar dengan menggunakan cara identifikasi yang tepat, seperti mengecek gelang identifikasi dan meminta klien untuk menyebutkan nama.
9. Tidak meninggalkan obat disamping tempat tidur, kecuali beberapa obat (mis. Nitrogliserin, sirup obat batuk). Menyesuaikan dengan kebijakan institusi.
10. Bila klien muntah setelah meminum obat oral, melaporkan hal tersebut kepada perawat jaga, atau dokter, atau keduanya.
11. Melakukan tindakan kewaspadaan khusus saat memberikan obat tertentu, contohnya, minta perawat lain memeriksa dosis antikoagulan, insulin, dan sediaan IV tertentu.
12. Sebagian besar kebijakan rumah sakit memerlukan program baru dari dokter untuk perawatan klien pascabedah.
13. Mencatat kejadian tersebut beserta alasannya apabila obat tidak diberikan karena suatu alasan,
14. Melaporkan segera kepada perawat jaga, dokter, atau keduanya apabila terjadi kesalahan pemberian obat.

Prinsip 7 Benar

1. Benar Pasien
2. Benar Obat
3. Benar Dosis
4. Benar Cara/Rute
5. Benar Waktu
6. Benar Dokumentasi
7. Benar Informasi



"Safety dimulai dari diri sendiri, jangan tunggu orang lain"

"Jadikan pelayananmu menjadi lebih aman setiap harinya"

"Hak setiap pekerja untuk mendapatkan keamanan dan kenyamanan dalam bekerja"



Terima Kasih

FOTO KEGIATAN PELATIHAN



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nur Meity Sulistia Ayu
TTL : Jakarta, 29 Mei 1980
Alamat Rumah : Batu 9 Jl. Hang Lekir Perum Pinang Hijau Blok B II
No. 96 Kota Tanjungpinang Kepulauan Riau.
Alamat Institusi : Kampus Baru STIKES Hang Tuah Tanjungpinang
Batu 8 Tanjungpinang Timur Kota Tanjungpinang
Kepulauan Riau (0771 8038388)

Riwayat Pendidikan :

1. Profesi Ners FIK Universitas Indonesia lulus 2003
2. S1 Keperawatan FIK Universitas Indonesia lulus 2001
3. SMUN 49 Jakarta Selatan lulus 1998
4. Darunnajah Boarding School lulus 1995
5. SDN 08 Pagi Jeruk Purut lulus 1993

Riwayat Pekerjaan :

1. Kepala Program Studi Ners STIKES Hang Tuah Tanjungpinang (2012-sekarang)
2. Kepala Program Studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Tanjungpinang (2010-2012)
3. Sekretaris Program Studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Tanjungpinang (2009-2010)
4. Editor Keperawatan Penerbit Buku Kedokteran & Kesehatan EGC (2006-2008)
5. Dosen Pembimbing Profesi Ners Kep. Keluarga, Gerontik & Komunitas FIK UI (2006)
6. Staf Departemen Jiwa dan Komunitas AKPER RS Jakarta (2005-2006)
7. Dosen tetap STIKIM dan STIKES Istara Departemen (2004-2005)
8. Staf Departemen Jiwa dan Komunitas AKPER Andalusia (2003-2005)

Alamat Email : nurmeitysulistiaayu@yahoo.com, nurmeity@gmail.com.