



GAMBARAN HAZARD KERJA PADA PERAWATDI SMC RS TELOGOREJO

Siti Mukaromah¹, Prita Adisty Handayani², Laura Khatrine Noviyanti³

¹Mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang

^{2,3}Dosen Program Studi S-1 Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang

118122@stikestelogorejo.ac.id

Keywords :
Occupational Hazards,
Hospital

Bibliography :
54 (2012 – 2022)

ABSTRACT

The hospital environment has the potential for disease transmission, nurses as implementing nursing care are at risk of contracting infectious diseases in carrying out their duties. In hospitals, there are occupational hazards including biological hazards, chemical hazards, ergonomic hazards, physical hazards, and psychosocial hazards. The purpose of this study was to describe the occupational hazard of nurses at SMC RS Telogorejo. This research is a descriptive survey by conducting observations and interviews, the technique of determining the sample is non-probability sampling, the type of purposive sampling with a large sample of 228 respondents. The results of this study illustrate that the majority of nurses have exposure to physical work hazards (cold climate), biological work hazards (airborne), chemical hazards (use of disinfectant liquids and handsoons), ergonomic work hazards (medical measures), and psychosocial work hazards (workload). From this study it was found that overall, nurses at SMC RS Telogorejo were exposed to occupational hazards in the mild category. It is expected that the SMC RS Telogorejo will monitor and evaluate the implementation of K3RS for nurses in carrying out their duties and responsibilities so as to improve the performance, safety and health of nurses.

PENDAHULUAN

Komunitas atau masyarakat adalah kumpulan orang yang hidup bersama dalam suatu daerah atau suatu lokasi, membentuk budaya dan saling berinteraksi satu dengan lainnya bersifat berkelanjutan serta terikat oleh identitas bersama (Stanhope dan Lancaster, 2020). *American Nurses Association* (ANA) mendefinisikan keperawatan kesehatan komunitas sebagai sintesis praktik

keperawatan klinis dan kesehatan masyarakat yang bersifat komprehensif, holistik dan berlangsung secara terus menerus untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan populasi dengan fokus praktik pada upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif serta ditujukan pada masyarakat secara keseluruhan baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Komunitas dalam kelompok pekerja beresiko

terjadi penyakit akibat kerja (Nies and McEwen, 2019).

Masyarakat membutuhkan salah satu unit pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara parupurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Menurut karakteristiknya unit pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud kesehatan yang setinggi-tingginya (UU RI No 44 tahun 2009). Perawat adalah tenaga yang paling dominan memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam secara terus-menerus. Dengan demikian, Perawat adalah tenaga yang paling sering kontak langsung dengan pasien dan keluarga, sehingga peranannya sangat menentukan mutu serta citra Rumah Sakit. Pelayanan keperawatan menentukan nilai suatu pelayanan kesehatan sehingga perawat adalah salah satu unsur vital dalam Rumah Sakit (Artianingsih, 2016).

Perawat memiliki peran dan tanggung jawab yang berhubungan dengan pelayanan langsung kepada pasien menyebabkan tingginya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang bermutu, maka pelayanan keperawatan juga diuntut untuk dapat memberikan pelayanan yang baik dan profesional yang juga akan meningkatkan kualitas Rumah Sakit (Widyana, 2016). Rumah Sakit wajib untuk melaksanakan Upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh di Rumah Sakit sehingga dapat dihindari risiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) (Kepmenkes RI, 2010; Ruli, 2017).

Kinerja Perawat adalah tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan

tanggung jawabnya masing-masing, tidak melanggar hukum, aturan serta norma dan etika, dimana kinerja yang baik memberikan kepuasan pada pengguna jasa (Mathius, 2013). Kinerja perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan menjadi hal yang penting untuk dikaji dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Kinerja yang baik adalah jembatan dalam jaminan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Langingi, 2015).

Kesehatan kerja merupakan suatu unsur kesehatan yang berkaitan dengan lingkungan kerja dan pekerjaan, yang secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi efisiensi dan produktivitas kerja. Sedangkan, keselamatan kerja merupakan suatu sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian berupa luka atau cedera, cacat atau kematian, kerugian harta benda, kerusakan peralatan atau mesin dan kerusakan lingkungan secara luas (Tarwaka, 2014). Konsep dasar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah upaya terpadu seluruh pekerja Rumah Sakit, pasien, pengunjung atau pengantar orang sakit untuk menciptakan lingkungan kerja, tempat kerja rumah sakit yang sehat, aman dan nyaman baik bagi pekerja rumah sakit, pasien, pengunjung/pengantar orang sakit maupun bagi masyarakat dan lingkungan sekitar rumah sakit (Sucipto, 2014).

International Labour Organization (ILO) memperkirakan bahwa tiap tahun sekitar 24 juta orang meninggal karena kecelakaan dan penyakit di lingkungan kerja termasuk di dalamnya 360.000 kecelakaan fatal dan diperkirakan 1,95 juta disebabkan oleh penyakit fatal yang timbul di lingkungan kerja. Catatan *World Health Organization* (WHO) dari jumlah tenaga kerja sebesar 35% sampai 50% di dunia terpajan bahaya fisik, kimia dan biologi (Bachri, 2014). Di Indonesia tahun 2013 rata-rata terdapat 99.000 kasus kecelakaan kerja, 70% berakibat fatal, kematian dan cacat seumur hidup. Dari laporan pelaksanaan

kesehatan kerja di 26 Provinsi di Indonesia tahun 2013, jumlah kasus penyakit umum pada pekerja ada sekitar 2.998.766 kasus, dan jumlah kasus penyakit yang berkaitan dengan pekerjaan berjumlah 428.844 kasus (Kepmenkes, 2014). Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit (RSU Jawa Tengah), perawat cenderung tidak melaporkan kejadian kecelakaan kerja kepada bagian K3 rumah sakit. Sebanyak 23,81% Perawat di ICU mengaku pernah mengalami kejadian kecelakaan kerja umum seperti terpeleset dan terjatuh. Perawat yang paling banyak mengalami bahaya mekanik adalah Perawat bagian ICU (32,69%). Faktor psikososial seperti beban kerja berlebih, shift kerja, dan stres akibat kerja terbanyak dialami oleh Perawat di ICU (27,27%) (Anggit P, 2016).

Berdasarkan hasil survei 2 Februari 2022 dengan kuesioner dari 20 Perawat di SMC RS Telogorejo didapatkan hasil paparan hazard fisik (Suhu dingin 60%), hazard kimia (Alergi cairan desinfektan 20%), hazard biologi (Kontak udara/airborne 77,8 %), hazard ergonomi (Mengangkat dan memindahkan pasien 61.1%), dan hazard psikososial (Jumlah pasien dengan tenaga perawat tidak seimbang 89.8%). Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk ke Rumah Sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan penunjang medik lainnya (DEPKES RI, 1987). Berdasarkan latar belakang mengenai potensi bahaya kerja yang terjadi di Rumah Sakit dimana akan menimbulkan dampak pada kinerja, keselamatan dan kesehatan Perawat maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang potensi bahaya kerja terhadap Perawat di SMC RS Telogorejo, maka peneliti tertarik melakukan riset keperawatan dengan judul “Gambaran hazard kerja pada Perawat di SMC RS Telogorejo”

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei yang bersifat deskriptif kuantitatif yaitu penelitian yang dilakukan

untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2017). Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi potensi bahaya pekerjaan pada perawat di Rumah Sakit.

Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *nonprobability sampling* jenis *Purposive Sampling*.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini berlokasi di SMC RS Telogorejo Semarang. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 1-15 April 2022.

Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah perawat yang bertugas di SMC RS Telogorejo yang berjumlah 531 orang. Penelitian ini dilakukan pada seluruh populasi. besarnya sampel ditetapkan dengan menggunakan rumus Slovin. Adapun rumus Slovin adalah sebagai berikut:

Dengan menggunakan rumus Slovin di dapat jumlah sampel yang akan dijadikan responden dalam penelitian ini sebanyak 228 responden.

Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar wawancara atau *form*. Pernyataan pada lembar wawancara berupa pernyataan positif dengan dua pilihan jawaban yaitu skor 1 untuk pilihan Ya, skor 0 untuk pilihan Tidak.

Lembar wawancara diuji dengan validitas *expert*, validitas *expert* dilakukan dengan cara mengkonsultasikan instrument penelitian kepada Dosen STIKES Telogorejo dan kepada Tim K3 SMC RS Telogorejo. Lembar wawancara berisi 5 komponen hazard, setiap komponen berisi 6 pernyataan.

Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Setelah mendapatkan data yang diperlukan selanjutnya masuk ke proses pengolahan data. Langkah- langkah pengolahan data dari lembar wawancara

dapat dilakukan secara manual, maupun menggunakan bantuan komputer (komputerisasi). Tahap-tahap pengolahan data dengan komputer adalah sebagai berikut (Notoatmodjo,2018)

a. *Editing* (Penyuntingan Data)

Hasil observasi yang diperoleh atau di kumpulkan melalui lembar observasi perlu di sunting (*edit*) terlebih dahulu. Secara umum *editing* adalah merupakan kegiatan mengecek dan memperbaiki isian formulir atau lembar wawancara tersebut : apakah lengkap, dalam arti semua langkah-langkah sudah diisi.

b. *Coding*

Coding adalah proses menelaah dan menguji data mentah yang ada dengan melakukan pemberian label (memberikan label) dalam bentuk kata-kata, frase atau kalimat. Pemberian koding pada penelitian ini meliputi: Untuk karakteristik responden menggunakan pengkodean: Usia (U), (1) 26-35 tahun, (2) 36-45 tahun, (3) 46-55 tahun. Masa Kerja (MK), (1) <5 tahun, (2) 5-10 tahun, (3) >10 tahun. Untuk paparan hazard menggunakan pengkodean: Hazard Fisik (HF), Tertusuk jarum (HF1), Terpeleset (HF2), Bising (HF3), Radiasi (HF4), Iklim dingin (HF5), Listrik (HF6). Hazard Biologi (HB), Percikan Darah (HB1), Cairan WSD (HB2), Percikan Urin (HB3), Percikan Dahak (HB4), Keringat (HB5), Airborne (HB6). Hazard Kimia (HK), Cairan Desinfektan (HK1), Hanscoon (HK2), Antiseptik (HK3), Obat Sitostatika (HK4), Oksigen (HK5), Limbah Haemodialisa (HK6). Hazard Ergonomi (HE), Total Care (HE1), Tindakan Medis (HE2), Desain Tempat Kerja (HE3), Desain Pekerjaan (HE4), Pergerakan berulang (HE5), Pengangkutan Manual (HE6). Hazard Psikososial (HP), Beban Kerja (HP1), Hubungan Interpersonal (HP2), Keluarga Pasien (HP3), APD (HP4), Keselamatan Pasien (HP5), Shift Kerja (HP6).

c. *Memasukkan Data (Data Entry) atau Processing Data*

Yakni langkah-langkah dari masing-masing responden yang dalam

bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program atau “*software*” komputer. *Software* komputer ini bermacam-macam, masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangannya. Dalam penelitian ini peneliti melakukan entry data dengan menggunakan program komputer IBM SPSS Statistics 20

d. *Pembersihan Data (Cleaning)*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan, dilakukan apabila terdapat kesalahan dalam melakukan pemasukan data yaitu dengan melihat distribusi frekuensi dari variable-variabel yang diteliti.

e. *Tabulating*

Tabulating yaitu membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti. Peneliti membuat tabulasi dalam penelitian ini yaitu dengan memasukan data kedalam tabel yang digunakan yaitu tabel distribusi frekuensi.

2. Analisis Univariate

Analisis dilakukan untuk mendeskripsikan, menghubungkan, dan menginterpretasikan suatu data penelitian. Jenis analisa data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis *univariate* (analisa deskriptif) yang bertujuan untuk menunjukkan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2018), Untuk mengidentifikasi gambaran paparan hazard digunakan lembar daftar tilik, dengan penilaian untuk setiap “ya” diberi nilai 1 dan “tidak” diberi nilai 0 (Arikunto, 2013).

Data yang di dapat dari setiap responden, selanjutnya dihitung secara kuantitatif berdasarkan skor perolehan masing-masing responden, setelah di dapatkan nilai dari seluruh responden kemudian data tersebut dicari apakah berdistribusi normal atau tidak, serta di cari rata-rata/ *cut off point*nya dan dicari standar deviasinya. Setelah mengetahui penyebaran data dan nilai *cut off point* kemudian dikelompokkan, Berat jika skor \geq hasil *cut off point* + 1 standar deviasi, Sedang jika hasil *cut off point* - 1SD \leq

skor < hasil *cut off point* + 1SD, Ringan jika Skor < hasil *cut off point* – 1SD. Jika data berdistribusi normal, *cut off point* yang digunakan adalah mean, jika data

berdistribusi tidak normal, *cut off point* yang digunakan adalah median (Azwar, 2012).

HASIL

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia pada Perawat di SMC RSTelogorejo Tahun 2022

Usia	Frekuensi i (n)	Persentase (%)
26 – 35 Tahun	100	43.9
36 – 45 Tahun	63	27.6
46 – 55 Tahun	65	28.5
Tota l	228	100.0

Usia dalam penelitian ini dikategorikan menurut Depkes RI (2009) yaitu dewasa awal (26 - 35 tahun), dewasa akhir (36 - 45 tahun) dan lansia akhir (46-55 tahun).

Usia berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin cepat berfikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan, semakin bijaksana, mampumengontrol emosi, taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan (Yusuf, M. 2016).

Usia muda sering mengalami kasus kecelakaan akibat kerja, hal ini mungkin karena

kecerobohan dan sikap suka tergesa-gesa (Triwibowo dan Puspilandani, 2013). Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Karena dengan bertambahnya usia seseorang maka kematangan dalam berpikir semakin baik sehingga akan termotivasi setiap melakukan pekerjaan dalam melayani pasien secara profesional (Nursalam, 2008). Pada kelompok usia di atas 45 tahun dengan masa kerja (>10 tahun) terjadi penurunan fungsi fisik (Wulandari, 2012). Suhu dingin ditempat kerja usia tua maupun sangat muda sama-sama lebih beresiko terkena hipotermia (Nugroho, 2012).

b. Masa Kerja

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responde Berdasarkan Masa Kerja pada Perawat di SMCRS Telogorejo Tahun 2022

Masa Kerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
< 5 Tahun	39	17.1
5 – 10 Tahun	62	27.2
> 10 Tahun	127	55.7
Total	228	100.0

Hasil penelitian menunjukkan responden pada penelitian ini sebagian besar telah memiliki masa kerja sekitar < 5 tahun dengan jumlah 349 responden (17.1%), sedangkan untuk masa kerja 5 - 10 tahun sebanyak 62 responden (27.2%) dan masa kerja > 10 tahun sebanyak 127 responden (55.7%). Pada awal bekerja, perawat memiliki kepuasan kerja yang lebih, dan semakin menurun seiring bertambahnya waktu secara bertahap lima atau delapan tahun dan meningkat kembali setelah masa lebih dari delapan tahun. Semakin lama seseorang dalam bekerja, akan semakin terampil dalam melaksanakan pekerjaan (Hariandja, 2008). Seseorang yang sudah lama mengabdikan kepada organisasi memiliki tingkat kepuasan yang

tinggi. semakin lama seseorang bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya (Sastrohadiworjo, 2008). Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan keterampilan kerja. Pengalaman bekerja banyak memberikan kesadaran pada seseorang perawat untuk melakukan suatu tindakan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Pengalaman merupakan salah satu faktor dari masa kerja, dan sebagian besar perawat memiliki masa kerja antara 8-10 tahun (67.5%) (Mulyaningsih, 2013).

2. Variabel Hazard Kerja

a. Hazard Kerja Fisik

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hazard Kerja Fisik (n:228)

	Ya		Tidak	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Tertusuk Jarum	91	39.9%	137	60.1%
Terpeleset	53	23.2%	175	76.8%
Bising	58	25.4%	170	74.6%
Radiasi	71	31.1%	157	68.9%
Iklm Dingin	118	51.8%	110	48.2%
Listrik	15	6.6%	213	93.4%
Total	228	100%	228	100%

Hasil penelitian pada hazard kerja fisik menunjukkan bahwa mayoritas hazard kerja fisik pada Perawat ditemukan 118 responden (51.8%) mengalami hazard kerja fisik iklim dingin. Hazard fisik adalah potensi bahaya yang dapat menyebabkan gangguan-gangguan kesehatan terhadap tenaga kerja yang

terpapar. Sebagai seorang perawat dapat berkerja profesional dalam menjalankan tugas dan kewajiban sebagai seorang perawat yang ideal dan bertanggungjawab. Potensi bahaya fisik adalah iklim dingin, di rumah sakit ada unit khusus dengan iklim dingin yang berfungsi sebagai daerah

pelayanan kritis. untuk mencegah pertumbuhan bakteri dan virus. Paparan iklim dingin yang berlebihan dapat menurunkan kelincihan, kepekaan dan kekuatan Perawat sehingga gerakan pekerja menjadi lamban, sulit bergerak yang disertai dengan menurunnya kekuatan otot (Wilson&Corlet,1992). Lingkungan dengan iklim dingin Perawat memakai pakaian pelindung yang disebut *scrub* (Amalia, 2020).

Setiap tahunnya, kecelakaan kerja pada perawat saat merawat pasien selalu meningkat. Mulai dari tertusuk jarum secara tak sengaja hingga tertular penyakit (Ade, 2007). Potensi bahaya dan risiko kecelakaan kerja yang ada di suatu instansi disebabkan oleh kurangnya kepedulian pihak instansi terkait terhadap seluruh

pemicu bahaya kerja seperti beban load listrik yang dapat berakibat langsung terhadap tenaga kerja dan lingkungan. Penggantian kabel, dan perawatan instalasi listrik yang dilakukan secara berkala dapat meminimalisir terjadinya bahaya kerja akibat instalasi listrik (Nurjannah, 2012). Sebagian besar perawat (54,5%) atau 54 orang melakukan *unsafe action* dalam bekerja dan sebagian besar (25,3%) atau 25 orang perawat yang melakukan *unsafeaction* adalah termasuk dalam kategori masa kerja lama (>10tahun) atau disebut perawat senior. Dengan jenis *unsafe action* terbanyak (23,3%) adalah mengoperasikan peralatan kerja tidak sesuai standar (Maria, 2015).

b. Hazard Kerja Biologi

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hazard Kerja Biologi (n:228)

	Ya		Tidak	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Percikan darah	52	22.8%	176	77.2%
Percikan urin	34	14.9%	194	85.1%
Terkena keringat	37	16.2%	191	83.8%
Percikan dahak	67	29.4%	161	70.6%
Airborne	110	48.2%	118	51.8%
Terkena cairan lambung	24	10.5%	204	89.5%
Total	228	100%	228	100%

Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas hazard kerja biologi pada Perawat ditemukan 110 responden (51.8%) mengalami hazard kerja fisik airborne. Hazard biologi adalah mikroorganisme yang menyebabkan suatu penyakit, seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit. Mikroorganisme tersebut ditularkan oleh kontak langsung dengan orang terinfeksi atau kontaminasi cairan dan secret tubuh orang

lain yang telah terinfeksi (Irzal, 2016). Suatu infeksi dapat ditransmisikan lebih dari satu cara, dan yang berkaitan dengan HAIs yaitu transmisi kontak, droplet dan airborne (Kemenkes, 2017). Risiko pekerjaan yang umum dihadapi petugas pelayanan kesehatan adalah kontak dengan darah dan cairan tubuh sewaktu perawatan rutin pasien. Pemaparan terhadap pathogen ini meningkatkan

resiko mereka terhadap infeksi yang serius dan kemungkinan kematian. Petugas kesehatan yang bertugas dikamar bedah dan kamar bersalin dihadapkan terhadap risiko pemaparan terhadap pathogen yang lebih tinggi dari pada bagian-bagian lainnya (Gerson dan Vlavorov, 1992; Linda 2004). Papan hazard biologi seperti airborne,

percikan darah dan urin yang terjadi pada tenaga perawat yang relatif masih mudah dimungkinkan karena kecerobohan, kelalaian dan kontrol emosi yang masih kurang maka dari itu diperlukan pengawasan serta perhatian terhadap perawat yang masih tergolong usia muda (Burham, 2012).

c. Hazard Kerja Kimia

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hazard Kerja Kimia(n:228)

	Ya		Tida	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Cairan desinfektan	65	28.5%	163	71.5%
Antiseptik	40	17.5%	188	82.5%
Pemakaian handscoon	65	28.5%	163	71.5%
Obat sitostatika	7	3.1%	221	96.9%
Limbah hemodialisa	7	3.1%	221	96.9%
Kebocoran oksigen	6	2.6%	222	97.4%
Total	228	100%	228	100%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas hazard kerja kimia pada Perawat ditemukan 65 responden (28.5%) mengalami hazard kerja cairan desinfektan dan pemakaian handscoon. Pengendalian resiko terhadap bahaya yang teridentifikasi setelah dilakukan penilaian sebelumnya, sehingga pengendalian resiko bahaya diprioritaskan pada bahaya dengan kategori paling tinggi ke rendah. Pengendalian resiko pada kategori High dapat dilakukan dengan mengurangi resiko bahaya serendah mungkin sehingga resiko bahaya dapat diterima. Pada penilaian risiko yang terkait dengan manajemen limbah medis dan limbah B3 bahwa limbah medis dan limbah B3 yang buruk penanganannya akan

menimbulkan masalah bagi kesehatan pekerja, pasien, dan publik dengan adanya sifat beracun dalam limbah tersebut (Bokhoore dkk,2014). Upaya pengendalian bahaya Kimia (disinfektan) yaitu aktivitas kerja melakukan perawatan terhadap pasien pada siang hari adalah harus memperhatikan tanda-tanda peringatan yang ada di area kerja untuk mengantisipasi adanya bahaya pada bahan kimia yang tersedia diruangan tersebut dan perhatikan penggunaan bahan kimia sesuai prosedur (Hanafi & Partawibawa, 2016). Hazard kerja kimia berupa seringnya penggunaan handscoon, alat pelindung diri yaitu peralatan yang diperlukan untuk melindungi tenaga kesehatan dalam bahaya di tempat kerja. Alat pelindung diri dipakai saat melakukan tindakan

dengan cara kerja yang aman
 (Barbara, 2012)

d. Hazard Kerja Ergonomi

Tabel 6
 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hazard Kerja Ergonomi
 (n:228)

	Ya		Tidak	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Beban kerja	141	61.8%	87	38.2%
Hubungan interpersonal	50	21.9%	178	78.1%
Keluarga pasien	95	41.7%	133	58.3%
APD	64	28.1%	164	71.9%
Kesela-matan pasien	4	1.8%	224	98.2%
Shift kerja	34	14.9%	194	85.1%
Total	288	100%	228	100%

Tabel 6 menunjukkan bahwa mayoritas hazard kerja psikososial pada Perawat ditemukan 141 responden (61.8%) mengalami hazard kerja beban kerja. Sikap kerja tidak alamiah adalah sikap kerja yang menyebabkan posisi bagian - bagian tubuh bergerak menjauhi posisi alamiah, misalnya pergerakan tangan terangkat, punggung terlalu membungkuk, kepala terangkat keatas dsb. Semakin jauh posisi bagian tubuh dari pusat gravitasi tubuh, maka semakin tinggi pula resiko terjadinya keluhan otot skeletal. Sikap kerja tidak alamiah ini pada umumnya karena karakteristik tuntutan tugas, alat kejadian stasiun kerja tidak sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan pekerja (Grandjean, 1993; Anis & Mcnville, 1996; Waters & Anderson, 1996 & Manuaba, 2000).

Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Zerwekh & Claborn, 2009). Keselamatan

dankesehatan kerja Rumah Sakit standar keselamatan dan kesehatan kerja bahwa potensi bahaya ergonomi yaitu postur tubuh yang salah dan melakukan pekerjaan yang berulang (Permenkes, No. 66 Tahun 2016). Keluhan muskuloskeletal mulai dirasakan pada usia kerja, yaitu pada usia 25 – 65 tahun. Keluhan biasanya akan mulai dirasakan pada usia 35 tahun dan akan semakin meningkat semakin bertambahnya usia. Hal ini terjadi karena pada usia setengah baya, kekuatan dan ketahanan otot akan meningkat (Dryastiti, 2013).

Manusia rentan mengalami gangguan muskuloskeletal baik itu ringan atau berat adalah usia 25 tahun, semakin lama masa kerja perawat dengan melakukan gerakan dan aktivitas berulang tersebut selama bertahun-tahun maka besar kemungkinan akan mengalami gangguan muskuloskeletal baik itu ringan maupun berat (Puspita & Dewi, 2015). Tekanan fisik pada suatu kurun waktu tertentu mengakibatkan berkurangnya kinerja otot, dengan gejala makin

rendahnya gerakan. Tekanan- tekanan akan terakumulasi setiap harinya pada suatu masa yang panjang, sehingga mengakibatkan

memburuknya kesehatan disebut juga kelelahan klinis atau kronik (Karyati, S. dkk, 2019).

e. Hazard Kerja Psikososial

Tabel 4.7
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hazard Kerja Psikososial (n:228)

	Ya		Tidak	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Beban kerja	141	61.8%	87	38.2%
Hubungan interpersonal	50	21.9%	178	78.1%
Keluarga pasien	95	41.7%	133	58.3%
APD	64	28.1%	164	71.9%
Kesela-matan pasien	4	1.8%	224	98.2%
Shift kerja	34	14.9%	194	85.1%
Total	288	100%	228	100%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas hazard kerja psikososial pada Perawat ditemukan 141 responden (61.8%) mengalami hazard kerja beban kerja. Sumber bahaya di rumah sakit juga dapat berasal dari lingkungan sosial pekerja, seperti rekan sekerja ataupun pasien. Rekan yang tidak sejalan ataupun tidak dapat bekerja sama dengan baik dapat menimbulkan tekanan bagi pekerja lain yang mengakibatkan stress kerja. Saat seorang pekerja mengalami stress, maka akan berpengaruh pada berkurangnya konsentrasi dan menurunnya produktivitas kerja yang bisa mengakibatkan terjadinya kecelakaan kerja (Yesci, 2018). Perawat selain memberikan Asuhan keperawatan dengan banyak pasien, ada lah administrasi, memasukkan

dokumentasi dengan system baru yaitu dengan digital. Beban kerja yang berlebih pada perawat dapat memicu timbulnya stres dan *burnout*. Perawat yang mengalami stres dan *burnout* memungkinkan mereka untuk tidak dapat menampilkan performa secara efektif dan efisien dikarenakan kemampuan fisik dan kognitif mereka menjadiberkurang yang kemungkinan dapat terjadi disebabkan karena ketidakseimbangan antara jumlah pasien dengan jumlah perawat yang bekerja di rumah sakit tersebut, sehingga perawat mendapatkan beban kerja yang lebih banyak daripada kemampuan maksimal dari perawat tersebut sehingga perawat mengalami beban kerja mental dan menimbulkan tindakan tidak aman (Purba, Y.S2015).
Reaksi terhadap

stresor bergantung pada kepribadian perawat dan pengalaman sebelumnya terhadap stres dan mekanisme koping. Usia produktif sering berhadapan dengan tantangan. Jika mereka tidak mampu mengaturnya bisa berpotensi stres. Namun faktor kepribadian mempunyai peran penting. Dengan adanya suatu stresor maka pada individu yang berada pada usia produktif cenderung melakukan koping konfrontatif untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan (Perry dan Potter, 2005; Suherni, 2012).

Lamanya masa kerja seseorang akan mempengaruhi tingkat kelelahan yang dirasakan, karena semakin lama masa kerja akan menyebabkan perasaan jenuh dengan pekerjaan monoton yang dilakukan setiap hari secara berulang. Hal tersebut akan mempengaruhi tingkat kelelahan yang dialami oleh setiap pekerja (Suma'mur, 2014). Perawat yang bekerja lebih lama akan lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya dan semakin rendah keinginan perawat untuk meninggalkan pekerjaannya (Umam, 2012).

KESIMPULAN DAN SARAN

Responden pada penelitian ini usia yang paling terpapar hazard kerja yaitu dewasa awal (26-35 tahun) dengan masa kerja > 10 tahun. hazard fisik kerja pada Perawat di SMC RS Telogorejo mayoritas adalah iklim dingin (51.1%). hazard biologi kerja pada Perawat di SMC RS Telogorejo mayoritas adalah *airborne* (48.2%). hazard kimia kerja pada Perawat di SMC RS Telogorejo mayoritas adalah pemakaian *handscoon* (28.5%). hazard ergonomi kerja pada Perawat di SMC RS Telogorejo mayoritas adalah tindakan medis (41.7%). hazard psikologi kerja pada Perawat di SMC RS Telogorejo mayoritas adalah beban kerja (61.8%).

Peneliti yang selanjutnya diharapkan dapat menghubungkan variable hazard kerja dengan komponen-komponen hazard kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- A R.(2016). *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Abdul Muslim, (2013). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian tertusuk jarum pada perawat*. Kendal: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal Volume 3 No 2; 2013 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal.

- Amalia, Aziza, dkk, (2020). *Thermohyrometer dengan Penyimpanan Data untuk Monitoring Kamar Bedah*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta :Teknik Elektromedik Program Vokasi
- Anggi Pratiwi, widodo H, Adi Heru Sutomo. (2016). *Komitmen manajemen, Pengetahu, perilaku dalam K3 dan kecelakaan kerja perawat di RS Swasta di Yogyakarta: Journal Of Community Medicine And Public Health* .
- Annishia, Fristi Bellia, (2011). *Analisis Perilaku Tidak Aman Pekerja Konstruksi PT. PP (persero) di Proyek Pembangunan Tiffany Apartemen Jakarta Selatan tahun 2011*. Skripsi FKIK UIN
- Arif D.(2018). *Gambaran Tindakan Keperawatan Langsung (Direct Care) Pada Pasien Di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta*. <http://eprints.ums.ac.id/65590/16/Naskah%20Publikasi.pdf>. Diunduh tanggal 1 Juni 2019 Arisetiabudi, (2013). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*

- Avidan, M., Barnet, K. M., Hill, L. L. et al. 2013, *Intensive Care*. Churchill Livingstone Elsevier.China
- Bachri, Syaiful. (2014). *Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku Perilaku Keselamatan dan kesehatan kerja (k3) pada Karyawan di area produksi bagian weaving Pt.Unitex tbk Tahun 2010*. Skripsi Program Kesmas UIN Syahid Jakarta
- Caesario Alam Widjaja S HH and RSA. *Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (Studi Kasus Proyek Gedung P1 dan P2 UKP)*. Universitas Kristen Petra; 2015
- Carayon, P., Alvarado, JC. 2015. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
- Chapter 39. Personal Safety for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research Quality (US)Chiou ST, Chiang JH, Huang N, Wu CH, Chien LY. 2016. *Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey*.International Journal of Nursing Studies
- Depkes RI. 1999. Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. *Standar Kesehatan dan keselamatan Kerja di Rumahsakit (K3RS)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2009.
- Direktorat Bina Kesehatan Kerja. (2010). *Pedoman Tata Laksana Penyakit Akibat Kerja bagi Petugas Kesehatan*. Departemen Kesehatan Djatmiko RD,(2016). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja* [Internet]. Yogyakarta
- Efendy F, (2012).*Keperawatan Kesehatan Komunitas (2009): Teori dan Praktik dalam Keperawatan*.Jakarta: Salemba Medika.
- Erizal. MA, (2012). *Faktor Resiko Penyebab Nyeri Punggung Bawah PadaPerawat*.
- Guntupalli,Wachtel, Mallampalli, Surani S. (2017). *Burnout in the intensive care unitprofessionals*.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24701063>Diu nduh tanggal 29 April 2019
- Harnilawati.(2013). *Pengantar Ilmu Keperawatan Komunitas*. Sulawesi:Pustaka As Salam Herianto,R .(2013).*Buku Ajar Kesehatan Kerja*: Jakarta-EGC
- Hidayah,(2018).*Gambaran Quality of Work life (QWL) Pada Perawat Di salah satu Rumah Sakit Di Surakarta*,Semarang
- Hidayat A.(2014). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisi data*.Jakarta: Medika Salemba
- Hudak & Gallo, (2010). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik, Volume 1 Edisi 6*.Jakarta: EGC. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Iftadi, (2012).*Penentuan Faktor-Faktor Bahaya yang Dihadapi Perawat di RSUD Kabupaten Karanganyar dan Usulan Pencegahannya Menggunakan Metode AHP*
- Ircham M.(2013). *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*.Yogyakarta: Fitramaya
- Irzal. 2016. *Dasar-Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja: Edisi 1*.Jakarta:Kencan S.(2016). *Statistik kesehatan*. Yogyakarta
- Kariadi, D. R. D. (2013), *Panduan Kriteria Pasien Masuk dan Keluar RuangRawat Intensif. RSUP Dr.Kariadi*, Semarang
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087 Tahun 2010tentang *Standar Kesehatan DanKeselamatan Kerja Di Rumah Sakit*.Jakarta
- Lantara &Muhammad(2019).*Bahaya Kerjaserta Faktor Mempengaruhinya*. Yogyakarta. Lapau B, (2013). *Metode Penelitian Kesehatan. II*. Jakarta: Yayasan Pustaka OborIndonesia.
- Lumbantobing V, Adiningsih D, Praptiwi A, Susilaningsih S.(2018). *Persepsi Perawat, Pasien Dan Masyarakat Umum Tentang Perilaku Caring Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Di Bandung*. *Journal of NursingCare & Biomolecular*.3(1):63-69

- Lundy KS.(2010). *Community Health Nursing. Second.* Canada: Jones and Bartlett Publishers. Maglaya, Arceli.(2014.). *Nursing Practice In the Community.* Marikina City: Argonauta Corporation.
- Meltzer LS, Huckabay LM.(2014). *Critical Care Nurses Perceptions of Futile Care and Its Effect in Burnout.* *American Journal of Critical Care.* Am J Crit care.
- Menteri Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/ MENKES/SK/ IV/ 2007: *Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja(K3).di Rumah Sakit.* <http://www.depkes.go.id/downloads/Kepmenkes/KM%20432IV%20K3%20RS.pdf>. Diakses: 18 Juni 2010.
- Mubarak, Whid Iqbal, Chayatini, Nurul & Santoso, B.A. (2012) *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori.* Jakarta: Salemba Medika.
- Mujono,(2007). *P D dan. Pengukuran dalam bidang kesehatan.* Jakarta: Grasindo. Muthmainah I (2012). *Faktor-faktor Penyebab Stres Kerja di Ruang ICU Pelayanan Jantung Terpadu dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.* Cipto Mangunkusuma Depok Fak Ilmu Keperawatan ProgrStudSarjKeperawatan.
- Niarahayu, (2016). *keselamatan dan kesehatan kerja.*
- Nies, McEwen.(2019).*Praktik Keperawatan Kesehatan Komunitas*, diterjemahkan oleh Pranata, Daeli, Pangkey dkk.
- Noorkasiani, N., Gustina, G., & Maryam, R.S. (2015). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.* *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18 (1), 1–8.
- Notoatmodjo S, (2017). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineke Cipta.
- Nursalam, (2016). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*[Internet]. II. Jakarta: Salemba Medika
- Pakpahan, Hutapea, Siregar, Sitanggang, Manurung dkk, (2020). *Buku Keperawatan Komunitas*, Yayasan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.* Jakarta
- Ramli S, (2010). *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja: OHSAS:18001.* Jakarta: PT. Dian Rakyat
- Ramli, S. 2012. *Smart Safety Panduan Penerapan SMK3 yang Efektif.* Jakarta: Dian Rakyat Repository. Usu.Ac.Id/Handle/123456789/40155. Diakses 22 Maret 2013
- Ruli,(2017). *Gambaran Penerapan Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) pada Perawat di RSUD Tugurejo Semarang.*
- Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll .(2015). *Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses.* *Critical Care Nurse* 35(4): 32-44.
- Setiadi.(2012). *Konsep dan penulisan riset keperawatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Silvia Maria P, dkk. (2015) *.Kejadian Kecelakaan Kerja Perawat Berdasarkan tindakan Tidak Aman: Jurnal Care* Vol.3, No.2.
- Situmorang SH. *Analisa Data : Untuk Riset Manajemen dan Bisnis* [Internet]. Medan: USU Press.
- Spiritia Y,(2014). *Lembaran Informasi 811—Kewaspadaan Standar.*(17):10560. Stanhope, Lancaster.(2020). *Keperawatan Komunitas*, diterjemahkan oleh Pakpahan, Hutapea, Siregar, Sitanggang, Manurung dkk. Jakarta: EGC.
- Sucipto, C.D.(2014). *Keselamatan Dan Kesehatan Kerja.* Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sugiono, (2016), [/K3.file///c:/users/ACER/download/d](#)

- ocument/materiK3 bag. 01. pdf* di download tanggal 7 oktober 2018.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani, Kadek. (2020). *Kinerja Sumber Daya Manusia Teori, Aplikasi dan Penelitian*.:NILACAKRA.
- Tarwaka, Bakri SHA.(2016) *Ergonomi untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas*.Surakarta: Uniba Press.
- Tarwaka.(2014). *Keselamatan dan kesehatan kerja manajemen dan implementasi K3di tempat kerja*.Surakarta: Harapan Press.
- Tweedy JT,(2015). *Healthcare Safety for Nursing Personnel*. London: CRC Press.UU Kesehatan No.23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. 1992. Jakarta.
- UU RI No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. 2009. Jakarta.
- Utari,(2018).*Hubungan Mekanika Tubuh dengan Kejadian Lowback Pain PadaPerawat Ruang ICU Dan HCU Rumah Sakit Awal Bros* ,Menara ilmu.
- Way M.(2019), *Job demand, job control, and support: a comparison of three nursing work environments*. [Internet]. *Job Demand, Job Control & Support: A Comparison of Three Nursing Work Environments*. State University of New Yorkat Buffalo; 2008 [cited 2019 Oct 24].
- Yesica,(2018).*Identifikasi Potensi Bahaya Pekerjaan Pada Perawat Instalasi RawatInap Di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibuu*