

TESIS

**KAJIAN RISIKO PRAKTEK PEMINDAHAN PASIEN TERHADAP
KESELAMATAN PERAWAT DAN PASIEN
RS TNI AU DODY SARDJOTO**

*THE RISK ANALYSIST OF PATIENT TRANSFER PRACTICE EVENTS TO THE
SAFETY OF NURSES AND PATIENTS OF THE TNI AU DODY SARDJOTO
HOSPITAL*



**MUH. NUR AMAL SALI
K032211003**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN DAN KESELAMATAN
KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

TESIS

**KAJIAN RISIKO PRAKTEK PEMINDAHAN PASIEN
TERHADAP KESELAMATAN PERAWAT DAN PASIEN
RS TNI AU DODY SARDJOTO**

***THE RISK ANALYSIST OF PATIENT TRANSFER PRACTICE EVENTS TO THE
SAFETY OF NURSES AND PATIENTS OF THE TNI AU DODY SARDJOTO
HOSPITAL***



**MUH. NUR AMAL SALI
K032211003**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN DAN KESELAMATAN
KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**KAJIAN RISIKO PRAKTEK PEMINDAHAN PASIEN TERHADAP
KESELAMATAN PERAWAT DAN PASIEN
RS TNI AU DODY SARDJOTO**

*THE RISK ANALYSIS OF PATIENT TRANSFER PRACTICE EVENTS TO THE
SAFETY OF NURSES AND PATIENTS OF THE TNI AU DODY SARDJOTO
HOSPITAL*

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Dan Keselamatan Kerja

Disusun dan diajukan oleh:

**MUH. NUR AMAL SALI
K032211003**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN DAN KESELAMATAN
KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**KAJIAN RISIKO KEJADIAN PRAKTEK PEMINDAHAN PASIEN TERHADAP
KESELAMATAN PERAWAT DAN PASIEN
RS TNI AU DODY SARDJOTO**

*THE RISK ANALYSIS OF PATIENT TRANSFER PRACTICE EVENTS TO SAFETY OF
NURSES AND PATIENTS OF THE TNI AU DODY SARDJOTO HOSPITAL*

Disusun dan diajukan oleh

**MUH. NUR AMAL SALI
K032211003**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Kesehatan dan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 13 Juni 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Pembimbing Utama,



dr. M. Furgan Naiem, M.Sc., Ph.D
NIP. 195804041989031001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat


Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes., M.Sc., Ph.D
NIP. 197205292001121001

Menyetujui,

Pembimbing Pendamping,


Dr. dr. Masriytha Muis, MS
NIP. 196909011999032002

Ketua Program Studi S2
Keselamatan dan Kesehatan Kerja


Prof. Dr. dr. Syamsiar S. Rusaeng, MS
NIP. 195912211987022001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muh. Nur Amal Sali
Nim : K032211003
Program studi : Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul :

KAJIAN RISIKO PRAKTEK PEMINDAHAN PASIEN TERHADAP KESELAMATAN PERAWAT DAN PASIEN RS TNI AU DODY SARDJOTO

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan perigambilan alihan tulisan orang lain, bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 06 Mei 2023

Yang menyatakan



Muh. Nur Amal Sali

PRAKATA

Segala puji bagi Allah Subhanahu wa ta'ala, kami memuji-Nya dengan segala keindahan nama naman-Nya, memohon perlindungan dan ampunan kepada-Nya. Kami berlindung dari segala keburukan perbuatan kami, aku bersaksi bahwa tidak ada Allah yang berhak Sembah dengan benar kecuali Allah semata. Tidak lupa megucapkan kalimat tahmid Alhamdulillah memuji kebesaran Allah Subhanahu wa ta'ala, Serta rasa syukur atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat iman, kesehatan dan kekuatan yang tiada henti diberikan kepada hamba-Nya sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis kami yang berjudul "Kajian Risiko Kejadian Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat Dan Pasien Rs Tni Au Dody Sardjoto". Shalawat dan salam semoga tercurahkan kepada baginda Nabi Muhammad shallallahu „alaihi wasalam, hamba Allah yang paling sempurna dan semoga kita senantiasa istiqomah dijalannya.

Perkenankan pula penulis sampaikan rasa terimakasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada Bapak dr. M. Furqan Naiem, M.Sc.,Ph.D selaku ketua komisi penasehat dan Ibu Dr. dr. Masyitha Muis, MS selaku sekertaris penasehat, yang tidak pernah lelah ditengah kesibukannya dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penyempurnaan penyusunan penulisan ini. Rasa hormat dan terimakasih juga penulis sampaikan kepada Bapak Prof. Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS, Bapak Prof. Dr. Atjo Wahyu, SKM,M.Kes, dan Ibu Dr. Erniwati Ibrahim, SKM., M.Kes selaku penguji yang

telah banyak memberikan masukan serta arahan dalam penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.

Dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati penulis juga ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc Selaku Rektor Universitas Hasanuddin,
2. Bapak Prof. Sukri, SKM, .M.Kes., M.Sc., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Ibu Prof. Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS Selaku ketua program studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Seluruh Dosen Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis
5. Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

Teristimewa tesis ini ananda persembahkan kepada kedua orang tua yang terkasih dan tersayang Ayahanda Sappewali dan Ibunda Salwiyah atas segala doa, dukungan, dan semangat yang tak ternilai, begitu juga dengan pendamping hidupku Nur Khaeriyani Chaerul yang selalu berada disetiap tahap pendidikanku. Penulis sadar bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya semoga Allah Subhanahu wa ta'ala

senantiasa melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aaamiin.

Makassar, 8 Mei 2023

Muh. Nur Amal Sali

ABSTRAK

Kajian Risiko Kejadian Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat Dan Pasien Rs Tni Au Dody Sardjoto (dibimbing oleh **M. Furqan Naiem** dan **Masyitha Muis**)

Kecelakaan kerja dapat terjadi karena faktor unsafe action dan unsafe condition. Jenis penelitian ini adalah penelitian kombinasi kualitatif dan kuantitatif (mix method) dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan untuk mengetahui risiko praktek pemindahan pasien terhadap keselamatan perawat dan pasien. Penelitian ini dilakukan di RS TNI AU Dody Sardjoto dengan jumlah sampel sebanyak 51 orang, tehnik pengambilan sampel adalah simple random sampling. Kemudian akan dilakukan wawancara mendalam pada informan kunci, informan biasa dan informan tambahan. Analisis data kuantitatif menggunakan uji chi square dan Regresi linear berganda.

Hasil penelitian diketahui riwayat penyakit ($p=0.010$), aktifitas fisik (0.026), sarana dan prasarana (0.011), SOP ($p=0,000$), dan lingkungan ($p=0,000$) berpengaruh terhadap keselamatan perawat. hasil penelitian juga menunjuka kepatuhan terhadap Sop merupakan variabel paling berpengaruh dengan B sebesar 0.675 . diketahui juga hasil uji path terdapat pengaruh tidak langsung antara keselamatan perawat terhadap keselamatan pasien adalah sebesar $E2=0.887$ atau sebesar 88.7% . diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi referensi untuk mengurangi risiko kejadian praktek pemindahan pasien terhadap keselamatan perawat dan pasien

Kata Kunci : Kecelakaan, Keselamatan kerja, Pemindahan Pasien

ABSTRACT

The risk analyst of patient transfer practice to the safety of nurses and patients in Tni Au Dody Sardjoto Hospital. (Suverpised by M. Furqaan Naiem dan Masyitha Muis)

Work accidents are unwanted and unexpected incidents in the workplace that can result in physical, property, or even death. A high number of work-related accidents in the construction sector are often neglected and considered unimportant.

A combination study (Quantitative and Qualitative) with a phenomenological approach was conducted to determine the risks of patient transfer practices to the safety of nurses and patients. This study was conducted at the TNI AU Dody Sardjoto Hospital with a total sample of 51 people using simple random sampling. Then, in-depth interviews with key informants, regular informants, and additional informants were conducted. Quantitative data analysis using the chi-square test and multiple linear regression

The findings showed that medical history ($p=0.010$), physical activity ($p = 0.026$), facilities and infrastructure ($p = 0.011$), standard operating procedures ($p=0.000$), and environment ($p=0.000$) affected nurse safety. Meanwhile. The findings also show that adherence to Standard Operating Procedures is the most influential variable, with a B-value of 0.675. There was an indirect effect between nurse safety and patient safety, with a value of $E2 = 0.887$ or 88.7%.

Therefore, it is hoped that the results of this study can serve as a reference for reducing the risk of incidents of patient transfer practices that could endanger the safety of nurses and patients.

Keywords: Accident, Occupational Safety, Patient Transfer.

Daftar Singkatan

1. K3 : Keselamatan Dan Kesehatan Kerja
2. RS : Rumah Sakit
3. UU : Undang Undang
4. PAK : Penyakit Akibat Kerja
5. KK : Kecelakaan Kerja
6. KTD : Kejadian Tidak Terduga
7. MSDS: *Musculoskeletal Disorders*
8. TNI : Tentara Nasional Indonesia
9. AU : Angaktan Udara
10. IOM : *Institute of Medicine*
11. KKP : Komite Keseiamatan Pasien
12. KPC : Kondisi Potensi Bahaya
13. PMK : Peraturan Menteri Kesehatan
14. KNC : Kejadian Nyaris Cedera
15. KTC : Kejadian Tidak Cedera
16. KTD : Kejadian Tidak Diharap
17. SOP : *Standar Operasional Prosedur*

Daftar Gambar

1. Gambar2.1 Kerangka Teori.....52
2. Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....53
3. Gambar. 1 Diagram Alur Struktur I Pengaruh Riwayat Penyakit, Aktifitas, Sarana Prasarana, Lingkungan dan SOP terhadap Keselamatan Perawat.....75
4. Gambar 2 Diagram Alur Struktur II Pengaruh Riwayat Penyakit, Aktifitas, Sarana Prasarana, Lingkungan dan SOP terhadap Keselamatan Perawat.....76

Daftar Lampiran

Lampiran 1 : Permohonan Menjadi RespondeN	95
Lampiran 2: Informed Consent	96
Lampiran 3: Pertanyaan Wawancara Mendalam Kajian Risiko pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat Dan Pasien RS TNI AU Dody Sardjoto	97
Lampiran 4 : Kuesioner Perawat	100
Lampiran 5 :Kuesioner Risiko Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat Dan Pasien Rs Tni Au Dody Sardjoto	102

:

Daftar Tabel

Tabel 1. Karakteristik Responden Risiko Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat RS TNI AU Dody.....	70
Tabel 2. Distribusi Analisis Univariate Risiko Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat RS TNI AU Dody Sardjoto.....	72
Tabel 3. Distribusi Analisis Bivariate dengan Uji Chi Square Risiko Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat RS TNI AU Dody Sardjoto.....	73
Tabel 4. Hasil Multivariate Model I Risiko Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keselamatan Perawat RS TNI AU Dody Sardjoto.....	74
Tabel 5 Distribusi Analisis Multivariate Model II Keselamatan perawat terhadap keselamatan pasien RS TNI AU Dody Sardjoto.....	76

DAFTAR ISI

	Hal
amanHALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR SINGKATAN	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR ISI	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. <i>Konsep Keselamatan Pasien</i>	9
B. <i>Konsep Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Di Rumah Sakit (K3rs)</i> ...	25
C. <i>Konsep Kecelakaan Kerja Dalam Perawat Di Rumah Sakit</i>	29
D. <i>Konsep Pemindahan Pasien</i>	31
E. <i>Kerangka Konsep</i>	53
F. <i>Definisi Konsep</i>	54
G. <i>Hipotesis</i>	56
BAB III METODE PENELITIAN	57
A. Jenis Penelitian	57
B. Lokasi dan waktu Penelitian	58
C. populasi dan sampel	59
D. Peran Peneliti	60
E. insrumen penelitian	61
F. jenis dan sumber data	62
G. informan	63
H. Prosedur pengumpulan data	64
I. Tekhnik pengolahan data	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	69
A. Jenis dan hasil penelitian	69
B. Pembahasan	80
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	88
A. Kesimpulan	88
B. Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN	94

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Klinik/Rumah Sakit” atau disingkat “K3RS” adalah setiap dan semua tindakan yang dilakukan untuk menjamin kesejahteraan pasien, sebagaimana dituangkan dalam Pedoman Pelayanan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Klinik/Rumah Sakit. kecelakaan dan penyakit akibat kerja di rumah sakit, melindungi staf rumah sakit, pasien, pengunjung, dan seluruh fasilitas. Mulai tahun 2016, (Permenkes RI). Ranah K3 kesehatan dan keselamatan kerja telah menjadi aspek integral dari perawatan rumah sakit. Dengan mencegah kecelakaan dan penyakit akibat kerja, mengendalikan bahaya di tempat kerja, mempromosikan kesehatan, merawat karyawan, dan merehabilitasi mereka yang terluka dalam pekerjaan, inisiatif kesehatan dan keselamatan kerja dapat membantu memenuhi persyaratan Undang-Undang Asuransi Kesehatan 36 tahun 2009. Ini adalah dicapai dengan menjamin bahwa semua pekerja, dan orang pada umumnya, menikmati kesehatan mental dan fisik yang sempurna (Sucipto, 2014).

Berbagai faktor, termasuk tindakan dan lingkungan yang berbahaya, dapat menyebabkan kecelakaan di tempat kerja. Kecelakaan disebabkan oleh pengelompokan sebab akibat, yang seringkali diawali oleh aktivitas berbahaya. Meskipun sulit dikendalikan dengan pasti, perilaku tidak aman menyebabkan antara 80% dan 95% dari semua kecelakaan kerja

(Cooper, 1999). Banyak kecelakaan di tempat kerja disebabkan oleh karyawan yang ceroboh atau kurangnya kesadaran akan keselamatan, dengan sebagian besar kejadian diawali oleh perilaku pekerja yang berisiko. Perilaku keselamatan pasien yang berbahaya dari perawat medis dipandang sebagai masalah yang menantang karena mempengaruhi keselamatan dan kesehatan pasien. Kecelakaan tersebut dapat mengurangi efisiensi tenaga medis. Kepercayaan pasien terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit dipengaruhi oleh work efficacy yang rendah (Verawati, 2012). Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) telah menjadi kebutuhan bagi seluruh elemen ketenagakerjaan, baik di dalam maupun di luar ruangan, di era globalisasi. Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah suatu upaya karyawan untuk memperoleh jaminan keselamatan dan kesehatan kerja dalam melakukan pekerjaan yang membahayakan baik orang maupun tempat kerja. Pasal 23 UU Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 menyatakan bahwa tindakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) harus dilakukan di semua tempat kerja, terutama yang mengandung risiko kesehatan. Rumah sakit termasuk dalam persyaratan tempat kerja dengan berbagai bahaya peril yang dapat memberikan pengaruh negatif terhadap kesehatan, tidak hanya bagi pekerja, tetapi juga bagi pasien dan pengunjung rumah sakit, sehingga setiap pekerja merasa aman dan nyaman dalam melakukan tugasnya. Sesuai dengan isi pasal sebelumnya, Rumah Sakit (RS) memenuhi persyaratan tempat kerja yang berbahaya, menimbulkan risiko kesehatan tidak hanya bagi staf rumah sakit tetapi juga bagi pasien dan pengunjung.

Akibatnya, manajemen rumah sakit harus menerapkan langkah-langkah K3 (Yuwono & Yuanita, 2015).

Penyakit akibat kerja (PAK) dan kecelakaan kerja (KK) belum terdokumentasi sebagai antisipasi di kalangan tenaga kesehatan maupun non tenaga kesehatan di Indonesia. Hal ini sering disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pekerja, serta kurangnya kualitas dan keterampilan pekerja. Terlepas dari kenyataan bahwa itu dapat diakses, banyak pekerja tidak menggunakan peralatan kesehatan dan keselamatan kerja karena meremehkan risiko yang terkait dengan pekerjaan mereka. Selain penyakit menular, terdapat potensi bahaya lain di lingkungan rumah sakit, seperti kecelakaan (ledakan, kebakaran, kecelakaan instalasi listrik, dan penyebab cedera lainnya). Bahan kimia sintetis yang tidak aman, uap obat penenang, dan masalah psikologis dan ergonomis semuanya terkait dengan radiasi dan sintetis. Semua potensi bahaya yang disebutkan di atas jelas berbahaya dan berbahaya bagi karyawan rumah sakit, personel ruang gawat darurat, pasien, dan pengunjung.

Mengingat masih terus terjadinya Kejadian Tidak Terduga (KTD), keselamatan pasien menjadi perhatian utama sejumlah negara di dunia. Hal ini ditunjukkan oleh fakta bahwa 2,9% pasien di rumah sakit Utah dan Colorado mengalami kejadian tak terduga, dengan 6,6% meninggal sebagai akibatnya. Tingkat kejadian buruk di New York adalah 3,7%, sedangkan tingkat kematian adalah 13,6%. Di Amerika, angka kematian akibat efek samping pada pasien rawat inap meningkat dari 44.000

menjadi 98.000 per tahun menjadi 33,6 juta per tahun. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menerima data kejadian buruk di rumah sakit dari negara tambahan (Amerika Serikat, Inggris, Denmark, dan Australia) pada tahun 2018, dengan cakupan kejadian buruk berkisar antara 3,2% hingga 16,6%. Data ini telah memicu studi dan pengembangan kerangka keselamatan dan kesehatan kerja untuk keselamatan pasien di sejumlah negara (MOH, 2020).

Pemerintah Indonesia sangat ingin mempelajari masalah kesejahteraan klinik darurat. Salah satu contohnya adalah Pedoman Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 1691 Tahun 2011 Menyikapi Keselamatan Pasien di Puskesmas. Pedoman tersebut menekankan adanya enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang harus diupayakan oleh setiap klinik, yaitu: ketepatan identifikasi pasien, perpanjangan surat kuasa, perluasan keamanan obat yang harus diwaspadai, jaminan wilayah yang tepat, metode yang tepat, benar. prosedur medis pasien yang benar, pengurangan risiko kontaminasi yang terkait dengan layanan medis, dan pengurangan risiko pasien jatuh. Memindahkan pasien antar ruangan dan dari mobil, atau sebaliknya, merupakan keterampilan yang harus dimiliki setiap perawat, terutama dalam keadaan darurat; akibatnya, perawat memainkan peran penting dalam transportasi pasien (Krisanty et al., 2009). Hanya profesional kesehatan dan orang yang telah memperoleh pelatihan pemindahan pasien yang diizinkan untuk melakukan pemindahan (Stratis Health, 2014). Pasien sering diangkut oleh petugas non-medis saat mereka

pertama kali tiba di rumah sakit atau saat dipindahkan dari kamar ke kamar. Selanjutnya, transfer pasien sering dilakukan oleh perawat yang tidak mengikuti prosedur operasi standar.

Dewan Kesejahteraan juga memperkirakan bahwa nyeri punggung bawah menyumbang 22% dari 1.700.000 kasus penyakit akibat kerja (Tatilu, 2014). Kecelakaan saat memindahkan pasien antara tempat tidur dan kursi, antara tempat tidur dan brankar, mengubah posisi pasien di tempat tidur, mengubah posisi pasien di kursi roda, dan mencoba untuk tetap dalam posisi duduk adalah yang paling umum, menurut penelitian lain oleh Nelson et al (2003), Royal College of Nursing (2013), dan Waters et al (2007). Dari tahun 1993 hingga 1996, Pusat Klinik Cleveland di 22 Klinik di Ohio mempelajari cedera dan ketegangan yang paling umum di antara perawat medis di Amerika Serikat. Ketidaknyamanan punggung adalah keluhan paling umum yang terkait dengan cedera ini, yang secara tidak proporsional memengaruhi tenaga medis wanita. Mengangkat pasien dan kerja shift merupakan contoh aktivitas otot statis yang berulang (Rizka Selviyanti, 2009).

Petugas medis adalah staf rumah sakit yang memiliki berbagai tugas. Perawat melakukan tugas-tugas yang menuntut fisik di rumah sakit yang berpotensi menyebabkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja, seperti mengangkat, menekan, dan mengangkat, yang membawa pasien lebih dekat ke keadaan non-ergonomis selama perawatan pasien. Menurut penelitian yang dilakukan di Unified Realm oleh (Hayyun Naha Arifah, Daru Iestantyo, dan Baju Widjasena), 12 dari 34 responden

(35,3%) mengeluhkan nyeri leher akibat perawatan fisik pasien. Musculoskeletal Disorders (MSDs) telah muncul sebagai tren gangguan terkait kata saat ini di negara berkembang dan kaya. Musculoskeletal Disorders (MSDs) adalah cedera pada ligamen, otot, tendon, sendi, saraf, ligamen, atau cakram tulang belakang yang menyebabkan iritasi, ketidaknyamanan, kesemutan, dan kehilangan kemampuan. Elemen kerja seperti peregangan otot yang tidak memadai, sikap kerja yang tidak tepat, postur tubuh yang berulang, dan iklim seperti getaran, tekanan, dan iklim mikro semuanya berkontribusi terhadap keluhan (Tarwaka, 2013). Perawat memiliki risiko terbesar masalah muskuloskeletal menjadi kelompok terbesar pegawai kesehatan berbasis rumah sakit.

Upaya tenaga medis dalam memindahkan pasien memiliki pengaruh yang besar. Dari awal hingga akhir shift, pekerjaan ini mencakup berbagai topik, termasuk korespondensi antara orang yang memindahkan pasien dan petugas medis yang akan menerima pasien, metode pemindahan pasien yang paling umum dan status kamar, perencanaan transportasi pasien, dan catatan yang terkait dengan pasien yang bergerak. Picton (2012). Rumah sakit harus menumbuhkan budaya perlindungan karyawan di mana setiap orang sadar dan bertanggung jawab atas keselamatan pasien. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa semua pekerja rumah sakit, klinis dan non-klinis, permanen atau sementara, bertanggung jawab untuk mencegah pasien kolaps selama pemindahan pasien. Manajemen rumah sakit diharapkan dapat memenuhi tujuan yang telah ditentukan. Semua direktur diharuskan memiliki inisiatif dan kemampuan administratif.

Pelopor dipercaya untuk menciptakan visi dan tujuan, mengkomunikasikan perubahan, dan menciptakan mekanisme untuk menjamin setiap komponen organisasi bekerja untuk melindungi keselamatan dan kesehatan anggotanya.

Di antara contoh yang ditemukan dalam tiga bulan sebelumnya adalah lima perawat rawat inap yang memindahkan pasien ke ruang operasi dan mengeluhkan ketidaknyamanan pada tangan dan punggung, serta tiga perawat yang mengeluhkan nyeri leher saat memindahkan pasien. Dody tidak mendeteksi kekhawatiran para perawat saat merelokasi pasien di RS TNI AU; Akibatnya, terjadi kecelakaan pada saat pemindahan pasien yang berdampak pada pasien itu sendiri. Pasien jatuh selama pemindahan pasien sepenuhnya dapat dihindari, menghasilkan lebih sedikit cedera atau cedera akibat jatuh selama pemindahan pasien. Mengurangi risiko cedera pasien selama transfer pasien memerlukan tanggung jawab yang tinggi di sisi administrasi atau manajemen, serta semua karyawan. Variabel seperti beban perawat yang berat, jalur komunikasi yang tidak efektif, dan pemanfaatan sumber daya yang tidak efisien semuanya dapat berkontribusi pada kecerobohan dalam pemberian layanan kesehatan, yang membahayakan keselamatan pasien. 2012 (Nursalam). Kesesuaian korespondensi, kemahiran, kebenaran, dan keselamatan pasien dari petugas transfer pasien merupakan faktor penting dalam transfer pasien. 2011 (Hains, Jejak, Georgiou, dan Westbrook).

Upaya tenaga medis dalam memindahkan pasien memiliki pengaruh yang besar. Dari awal hingga akhir shift, pekerjaan ini mencakup berbagai topik, termasuk korespondensi antara orang yang memindahkan pasien dan petugas medis yang akan menerima pasien, metode pemindahan pasien yang paling umum dan status kamar, perencanaan transportasi pasien, dan catatan yang terkait dengan pasien yang bergerak. Picton (2012). Rumah sakit harus menumbuhkan budaya perlindungan karyawan di mana setiap orang sadar dan bertanggung jawab atas keselamatan pasien. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa semua pekerja rumah sakit, klinis dan non-klinis, permanen atau sementara, bertanggung jawab untuk mencegah pasien kolaps selama pemindahan pasien. Manajemen rumah sakit diharapkan dapat memenuhi tujuan yang telah ditentukan. Semua direktur diharuskan memiliki inisiatif dan kemampuan administratif. Pelopor dipercaya untuk menciptakan visi dan tujuan, mengkomunikasikan perubahan, dan menciptakan mekanisme untuk menjamin setiap komponen organisasi bekerja untuk melindungi keselamatan dan kesehatan anggotanya.

Di antara contoh yang ditemukan dalam tiga bulan sebelumnya adalah lima perawat rawat inap yang memindahkan pasien ke ruang operasi dan mengeluhkan ketidaknyamanan pada tangan dan punggung, serta tiga perawat yang mengeluhkan nyeri leher saat memindahkan pasien. Dody tidak mendeteksi kekhawatiran para perawat saat merelokasi pasien di RS TNI AU; Akibatnya, terjadi kecelakaan pada saat pemindahan pasien yang berdampak pada pasien itu sendiri. Pasien jatuh

selama pemindahan pasien sepenuhnya dapat dihindari, menghasilkan lebih sedikit cedera atau cedera akibat jatuh selama pemindahan pasien. Mengurangi risiko cedera pasien selama transfer pasien memerlukan tanggung jawab yang tinggi di sisi administrasi atau manajemen, serta semua karyawan. Variabel seperti beban perawat yang berat, jalur komunikasi yang tidak efektif, dan pemanfaatan sumber daya yang tidak efisien semuanya dapat berkontribusi pada kecerobohan dalam pemberian layanan kesehatan, yang membahayakan keselamatan pasien. 2012 (Nursalam). Kesesuaian korespondensi, kompetensi, akurasi, dan keselamatan pasien dari petugas transfer pasien merupakan aspek penting dari transfer pasien. Hal inilah yang mendorong para sarjana untuk melakukan penelitian dengan istilah penelitian. "Kajian Risiko Praktek Pemindahan Pasien Terhadap Keseiamatan Perawat Dan Pasien Di Rs Tni Au Dody Sardjoto".

B. RUMUSAN MASALAH

Bahaya yang ditimbulkan oleh praktik pemindahan pasien terhadap keselamatan, kesehatan, dan kesejahteraan pasien dan perawat merupakan perhatian yang signifikan. Praktik pemindahan pasien menimbulkan ancaman terhadap keselamatan perawat dan pasien, yang dapat menurunkan produktivitas perawat. Produktivitas kerja yang rendah pada akhirnya berdampak pada pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit, sehingga diperlukan strategi dan analisis yang baik untuk menghindari resiko praktik pemindahan pasien yang berkepanjangan demi keselamatan perawat dan pasien. Berdasarkan uraian konteks tersebut,

peneliti ingin mengetahui bagaimana penanganan pasien oleh perawat berkaitan dengan risiko praktik pemindahan pasien demi keselamatan perawat dan pasien.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan risiko praktek pemindahan pasien terhadap keselamatan perawat dan pasien di RS TNI AU Dody Sardjoto.

2. Tujuan Khusus

- a. Menentukan ciri-ciri risiko praktik pemindahan pasien dalam rangka melindungi perawat dan pasien di Rumah Sakit TNI Angkatan Udara Dody Sardjoto.
- b. Mengetahui keterkaitan antara Karakteristik individu dengan keselamatan keperawatan di Rumah Sakit TNI AU Dody Sardjoto.
- c. Untuk menyelidiki keterkaitan aktivitas dengan keselamatan perawat di Rumah Sakit Dody Sardjoto TNI AU.
- d. Menentukan hubungan antara sarana dan prasarana rumah sakit dengan keselamatan perawat.
- e. Memahami keterkaitan antara lingkungan dan keselamatan perawat di Rumah Sakit Dody Sardjoto TNI AU.
- f. Dody Sardjoto menyelidiki hubungan antara prosedur operasi standar dan keselamatan perawat di Rumah Sakit Angkatan Udara Indonesia.

- g. Untuk mengetahui pengaruh keselamatan perawat dalam praktek pemindahan pasien terhadap keselamatan pasien di RS TNI AU Dody Sardjoto.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk menentukan strategi tindak lanjut untuk mengatasi atau mengurangi risiko praktek pemindahan pasien terhadap keselamatan perawat dan pasien.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi mengenai ilmu pengetahuan terkhusus pada penanganan kecelakaan dan keselamatan kerja pada perawat yang dapat berdampak pada pasien.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Studi ini dirancang untuk memperluas pemahaman akademisi, khususnya di bidang manajemen sumber daya manusia dan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP KESELAMATAN PASIEN

1. Definisi Keselamatan Pasien

Menurut Institute of Medicine (IOM), keselamatan pasien adalah tidak adanya kerusakan yang tidak disengaja. Sejalan dengan kriteria tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari bahaya bahaya yang seharusnya tidak terjadi atau potensi cedera yang mungkin terjadi akibat kecerobohan tenaga kesehatan, termasuk pasien. ketakpastian. Aturan yang melibatkan beberapa ahli kesehatan tidak diinginkan karena tidak mencapai satu tujuan (Wardhani, 2017).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017, keselamatan pasien adalah kerangka kerja yang membuat evaluasi pasien lebih pasti. Kerangka kerja ini mencakup penilaian risiko, identifikasi risiko pasien dan agen risiko, pengungkapan dan investigasi rutin, dan kemampuan untuk belajar dari kejadian sebelumnya, perkembangan studi, dan menanggapi masalah yang muncul untuk membatasi peluang atau mencegah cedera dari kesalahan pengasuh pasien yang disebabkan oleh tindakan yang selesai atau tidak lengkap.

Menurut Vincent (2008), dirujuk dalam Tutiany et al. (2017: 2), keselamatan pasien didefinisikan sebagai pencegahan, pencegahan, dan perbaikan kejadian yang merugikan atau cedera yang disebabkan oleh perawatan medis. Konsep ini meminta sarana untuk memisahkan kepentingan terbaik pasien dari masalah administrasi umum lainnya yang berkaitan dengan perawatan medis. Menurut pemahaman para ahli, keselamatan pasien dianggap sebagai kerangka kerja untuk menangani pencegahan dan perbaikan malpraktik medis bagi pasien.

2. Standar keselamatan pasien

Metode evaluasi rumah sakit harus dirancang dan digunakan untuk menerapkan dan mengevaluasi prinsip keselamatan pasien di rumah sakit. Pedoman keselamatan pasien rumah sakit dikembangkan menggunakan Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit Komisi Akreditasi Organisasi Kesehatan tahun 2002. Namun kriteria tersebut telah disesuaikan dengan setting dan kondisi yang ditemukan di rumah sakit Indonesia (Kemenkes RI, 2015).

Kementerian Kesehatan RI (2015) mencantumkan tujuh persyaratan keselamatan pasien:

a. Hak pasien

Pasien dan keluarga mereka memiliki pilihan untuk mendapatkan data tentang rencana dan efek samping dari administrasi, termasuk kemungkinan kejadian tak terduga.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mengajarkan pasien dan keluarganya tentang komitmen dan kewajiban pasien dalam melakukan asuhan ke pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit memastikan perkembangan administrasi dan memastikan koordinasi antar staf dan antar unit administrasi.

d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk menilai dan mengembangkan lebih lanjut program keselamatan pasien. Rumah sakit harus merancang siklus baru atau mengerjakan siklus yang ada, menyaring dan menilai kinerja melalui pengumpulan data, penyelidikan serius terhadap kejadian yang tidak menguntungkan, dan membuat perubahan untuk lebih mengembangkan pelaksanaan dalam keselamatan pasien. .

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1. Membangun kepemimpinan dan memastikan bahwa program keselamatan pasien yang terkoordinasi dilaksanakan di dalam asosiasi dengan menerapkan “Tujuh langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
2. Pemimpin memastikan program proaktif yang berkelanjutan untuk mengidentifikasi risiko pasien dan meminimalkan atau menghilangkan kejadian yang tidak terduga.

3. Pemimpin yang melemahkan dan mendorong komunikasi dan koordinasi antar departemen dan individu terkait keselarasan keselamatan pasien
4. Pimpinan berbagi banyak sumber daya untuk menilai, mengevaluasi dan meningkatkan pemahaman tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
5. Manajer menilai dan mengevaluasi komitmen untuk meningkatkan pelaksanaan kinerja keselamatan pasien rumah sakit.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

- 1) Setiap proses pendidikan, pelatihan dan orientasi rumah sakit memiliki kaitan yang jelas dengan keselamatan pasien. Rumah sakit mempromosikan perawatan pasien interprofessional dan memberikan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk mempertahankan dan meningkatkan keterampilan staf. Untuk menjaga pasien tetap aman, staf perlu berkomunikasi. 1) Prosedur manajemen informasi rumah sakit tentang keselamatan pasien direncanakan dan dikembangkan untuk memenuhi permintaan informasi internal dan eksternal. 2) Adalah penting bahwa informasi dan data ditransmisikan dengan benar dan tepat waktu.

3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Sesuai Peraturan Umum keselamatan Pasien rumah sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam melaksanakan norma keselamatan pasien, rumah sakit harus melakukan tujuh tahapan menuju keselamatan

pasien. Tujuh tahapan menuju keamanan pasien adalah sebagai berikut.

a. Bangun Keakraban dengan Nilai Keamanan Pasien Berinisiatif dan budaya yang terbuka dan adil

1.) langkah Eksekusi:

- a. Untuk rumah sakit:
- b. Pastikan rumah sakit memiliki strategi yang menguraikan apa yang harus dilakukan staf setelah insiden, bagaimana informasi harus dikumpulkan, dan bagaimana staf, pasien, dan keluarga harus didukung.
- c. Pastikan fasilitas memiliki rencana yang menjelaskan peran dan tanggung jawab setiap orang jika terjadi kecelakaan.
- d. Menumbuhkan budaya perhatian terhadap detail dan belajar dari semua kejadian di rumah sakit.
- e. Penilaian keselamatan pasien melalui latihan diskresioner

2) Bagi Unit/Tim:

- a) Pastikan kolega Anda merasa nyaman mendiskusikan minat mereka dan melaporkan setiap kejadian.
- b) Jelaskan kepada kelompok Anda prosedur yang digunakan rumah sakit Anda untuk memastikan bahwa semua laporan diserahkan dengan benar, bahwa pembelajaran dilakukan dan tindakan yang tepat diambil.

- c) Upaya dan staf Anda akan menciptakan area akuntabilitas yang memadai dan menekankan penyampaian program kesejahteraan pasien di klinik darurat Anda.

langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

- a) Pastikan bahwa perwakilan atau pemrakarsa otoritas pengawas bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
- b) Membedakan bukti di semua area rumah sakit dan mengidentifikasi individu yang dapat diandalkan untuk menerapkan program keselamatan berkelanjutan.
- c) Memperkenalkan pemahaman keamanan saat merencanakan rapat dewan dan rapat eksekutif/otoritas rumah sakit.
- d) Pastikan bahwa semua program pelatihan untuk dokter medis mempertimbangkan keselamatan pasien dan menghasilkan perkiraan kelangsungan hidup.

2.) Untuk Unit/Tim

- a) Di dalam tim Anda sendiri, pimpin serangkaian "penggerak" kategori untuk memimpin gerakan keselamatan pasien.
- b) Tunjukkan kepada tim Anda pentingnya memahami pentingnya dan manfaat dari gerakan keselamatan pasien.
- c) Menumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pemberitaan peristiwa.

- d) Mempertimbangkan tindakan manajemen risiko Kembangkan metode dan sistem manajemen risiko untuk mengidentifikasi dan menilai potensi masalah.

langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

- a) Untuk memastikan keselamatan pasien dan staf dimasukkan dan diintegrasikan ke dalam struktur dan proses manajemen risiko klinis dan non-klinis yang ada.
- b) Menetapkan tolok ukur sistem manajemen risiko yang dapat dipantau oleh dewan dan/atau manajemen senior rumah sakit.
- c) Untuk meningkatkan perawatan pasien secara proaktif, gunakan data yang akurat dan tidak ambigu dari pelaporan insiden dan sistem penilaian risiko.

2) Untuk Unit/Tim

- a) Membentuk forum untuk membahas masalah keselamatan pasien di dalam fasilitas untuk memberikan umpan balik kepada manajemen yang tepat.
- b) Pastikan bahwa prosedur penilaian risiko rumah sakit mencakup penilaian risiko pasien individual.
- c) Melakukan proses penilaian risiko secara berkala untuk menentukan tingkat penerimaan setiap risiko dan

kemudian mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk memitigasi risiko tersebut.

- d) Memastikan bahwa asesmen risiko disediakan sebagai masukan untuk asesmen risiko rumah sakit dan prosedur pencatatan.

D. Menetapkan Metode Pelaporan langkah Penerapan: Pastikan personel Anda dapat dengan mudah mengungkapkan kejadian/insiden, dan pihak rumah sakit menyusun pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS):

1) Untuk Rumah Sakit

lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KKP-RS.

2) Untuk Unit/Tim

Berikan semangat kepada rekan sekerja Anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

e. libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

- a) Memastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang mendorong komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya selama perawatan.
- b) Pastikan informasi yang akurat dan jelas diberikan kepada pasien dan keluarga ketika insiden terjadi.
- c) Dukung, latih dan dorong staf untuk menjangkau pasien dan keluarga mereka.

2) Untuk Unit/Tim

- a) Pastikan bahwa tim Anda menghargai dan mendukung partisipasi pasien dan keluarga setelah insiden.
- b) Prioritaskan pemberitahuan pasien dan keluarga jika terjadi insiden, dan berikan mereka informasi yang jelas dan akurat sesegera mungkin.
- c) Segera setelah kejadian, tim harus menunjukkan belas kasihan kepada pasien dan keluarganya.

f. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

- a) Pastikan bahwa personel yang tepat dilatih untuk melakukan evaluasi insiden yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.

- b) Menyusun kebijakan yang secara jelas menentukan kriteria untuk menerapkan Root Cause Analysis (RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan melakukan Failure Modes and Effect Analysis (FMEA) untuk proses berisiko tinggi setidaknya sekali dalam setahun.

2) Untuk Unit/Tim

- a) Diskusikan pelajaran dari hasil analisis insiden dengan tim Anda.
- b) Mengidentifikasi entitas atau sektor tambahan yang mungkin terpengaruh di masa depan dan menyebarkan informasi ini secara lebih luas

g. Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

- a) Menentukan solusi lokal dengan menggunakan informasi yang akurat dan sederhana yang diperoleh dari sistem pelaporan, penilaian risiko, evaluasi insiden, audit, dan analisis.
- b) Solusi ini mungkin melibatkan pendefinisian ulang sistem (struktur dan proses), memodifikasi pelatihan staf dan/atau aktivitas klinis, seperti penggunaan instrumen, untuk memastikan keselamatan pasien.

- c) Melakukan penilaian risiko untuk semua modifikasi yang dimaksud.
- d) Mensosialisasikan solusi yang dirancang oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- e) Memberi staf umpan balik tentang tindakan apa pun yang diambil sebagai tanggapan atas insiden yang dilaporkan.

2) Untuk Unit/Tim

- a) libatkan tim Anda dalam pengembangan metode perawatan pasien yang lebih baik dan lebih aman.
- b) Periksa modifikasi yang dilakukan oleh tim Anda dan pastikan penerapannya.
- c) Pastikan tim Anda menerima umpan balik tentang tindak lanjut terkait insiden

4. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien menurut PMK No. 11 Tahun 2017 adalah kejadian dan kondisi yang tidak memberatkan yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien yang dapat dicegah, termasuk kejadian yang tidak dapat diantisipasi, kejadian yang menghindari cedera, non cedera kejadian, dan potensi kejadian cedera. Kategori acara yang ditentukan dalam PMK No. 11 Tahun 2017 adalah sebagai berikut.

- a. Kondisi Potensi Bahaya (KPC) adalah kondisi yang berpotensi menimbulkan kerugian tetapi belum menimbulkan suatu

kejadian. Misalnya, obat IASA (yang terlihat dan terdengar serupa) harus disimpan di dekat Anda.

- b. Near Miss (KNC) adalah kejadian dimana pasien tidak terpapar. Misalnya, obat overdosis yang mematikan akan diberikan kepada seorang pasien, tetapi personel lain akan membatalkan pemberian sebelum obat diberikan.
- c. Non-injury event (KTC) adalah kejadian yang terjadi sebagai akibat dari suatu tindakan (commission) atau kelalaian yang berpotensi merugikan pasien tetapi tidak menimbulkan cedera.:
 - 1) “keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat);
 - 2) “peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dil lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).
- d. Kejadian yang tidak diharapkan (KTD) didefinisikan sebagai suatu kejadian yang menyebabkan kerugian pada pasien sebagai akibat dari suatu tindakan (instruksi) atau kelalaian (omission) yang tidak disebabkan oleh penyakit atau kondisi yang mendasari pasien. Cedera dapat disebabkan oleh kesalahan medis atau hal lain. Seorang pasien yang melaporkan respon pengobatan yang tidak diinginkan setelah mendapatkan dosis obat A yang lebih besar karena kesalahpahaman tentang

jumlah yang dimaksud adalah contoh dari konsekuensi yang tidak menguntungkan.

- e. Peristiwa sentinel adalah kejadian yang tidak diinginkan yang menyebabkan kematian, kerusakan permanen, atau cedera berat yang memerlukan intervensi bedah, baik fisik maupun psikologis, dan tidak terkait dengan perkembangan penyakit atau keadaan pasien. Peristiwa sentinel sering digunakan untuk mendeteksi kejadian yang tidak terduga atau tidak diinginkan, seperti operasi pada area tubuh yang salah. Karena pemilihan kata Sentinel terkait dengan beratnya pelanggaran yang terjadi, seperti: B. salah tempat amputasi, dll. penetapan fakta atas kejadian ini mengungkapkan masalah serius dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

5. Tujuan Keselamatan pasien

Tujuan system keselamatan pasien rumah sakit adalah ;

- a. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit kepada pasien dan masyarakat
- c. Pengurangan kejadian tak terduga (KTD) di rumah sakit
- d. Pelaksanaan program pencegahan untuk memastikan tidak terjadi KTD

Sedangkan tujuan keselamatan pasien internasional adalah:

- a. Menghilangkan kesalahan penempatan, kesalahan identifikasi pasien, dan kesalahan prosedur pembedahan

- b. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- c. Mengurangi resiko cedera pasien akibat jatuh

6. Faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien

Peningkatan fokus sistem pada kinerja dan perilaku manusia akan mengurangi kerusakan, korban jiwa, kerusakan properti, kemewahan, dan kerugian finansial. Moray (2000) menjelaskan evolusi model organisasi dan faktor personal sebagai berikut:

- a. Faktor organisasi/manajer senior
- b. Manajer unit / Budaya tim
- c. Rutinitas/kesalahan karyawan
- d. faktor individu

B. KONSEP KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI RUMAH SAKIT (K3RS)

Rumah sakit termasuk dalam persyaratan tempat kerja dengan berbagai bahaya yang dapat membahayakan kesehatan karyawan rumah sakit, pasien, dan pengunjung. Akibatnya, administrasi rumah sakit bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan dan keselamatan kerja fasilitas. Pasal 7(1) UU Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 mengatur bahwa “rumah sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, personel, farmasi, dan peralatan”, yang salah satunya memuat komponen K3. Rumah sakit yang tidak memenuhi persyaratan ini tidak akan diberikan izin konstruksi, izin operasionalnya akan dibatalkan, atau akan diperpanjang. Menurut Pedoman Menteri Kesehatan Nomor 432 tentang Pedoman Keselamatan dan Kesehatan

Kerja di Rumah Sakit (K3RS), yang mengatur tentang pengertian dan ruang lingkup keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, K3 merupakan upaya untuk menjamin keselamatan dan kesehatan kerja pekerja, seperti seperti melalui pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya akibat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan pemulihan.

Rumah sakit adalah sarana yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat kepada perorangan (Permenkes RI No.66 Tahun 2016). Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah segala tindakan yang menjamin dan menjaga keselamatan dan kesehatan karyawan rumah sakit, pasien, staf pasien, pengunjung, dan lingkungan rumah sakit dengan menghindari kecelakaan dan penyakit akibat kerja. 66 (Permenke RI).

Sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit, disebut juga dengan SMK3 rumah sakit, merupakan bagian dari manajemen rumah sakit secara keseluruhan di bawah kendali risiko guna tercapainya kehidupan sehat, aman, dan sehat di rumah sakit. Staf memiliki lingkungan kerja yang menyenangkan. lingkungan rumah sakit, petugas rumah sakit, pasien, petugas pasien, dan pengunjung (Permenkes RI No. 66 Tahun 2016).

Adapun manfaat K3RS antara lain (Permenkes RI No 66, 2016) :

1. Untuk rumah sakit
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan.
 - b. Mempertahankan kelangsungan operasional rumah sakit.

- c. Meningkatkan citra rumah sakit.
2. Untuk karyawan rumah sakit
 - a. Melindungi karyawan dari Penyakit Akibat Kerja (PAK).
 - b. Mencegah terjadinya Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)
 3. Untuk pasien dan pengunjung
 - a. Mutu layanan yang baik.
 - b. Kepuasan pasien dan pengunjung.

C. KONSEP KECELAKAAN KERJA DALAM PERAWAT DI RUMAH SAKIT

1. Defenisi

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan baik di dalam negeri maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan Pemerintah Republik Indonesia (UU RI No. 38 Tahun 2014). Tentu saja, fungsi perawat sebagai anggota tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan profesional kepada masyarakat disebut dalam definisi tersebut. Perawat adalah tenaga kesehatan yang memiliki kapasitas, kewajiban, dan wewenang untuk merawat dan/atau merawat orang dengan kondisi medis.

Mengangkat, mendorong, menarik, menggenggam, memindahkan barang, dan mengelola pasien semuanya telah diklasifikasikan sebagai aktivitas ergonomis di lingkungan perawatan kesehatan, khususnya rumah sakit tempat perawat bekerja. Karyawan layanan kesehatan,

terutama yang merawat pasien, lebih sensitif terhadap MSD daripada pekerja di industri lain.

Menurut penilaian Dewan Keamanan Nasional tahun 1988, pegawai rumah sakit mengalami 41% lebih banyak kecelakaan kerja daripada pekerja industri. Cedera umum termasuk tusukan jarum, patah tulang, ketidaknyamanan punggung, luka, luka bakar, dan infeksi menular. Lebih dari 8 juta pekerja medis di Amerika Serikat terpapar darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk kontak dengan luka yang disebabkan oleh instrumen tajam yang terkontaminasi seperti jarum dan pisau bedah (82%), kontak dengan selaput lendir mata, hidung, atau mulut (14%), kontak dengan kulit yang rusak atau rusak (3%), dan gigitan manusia (1%).

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah upaya untuk melindungi karyawan dan setiap orang yang memasuki tempat kerja dari bahaya yang disebabkan oleh kecelakaan kerja (Tarwaka, 2012). Tujuan K3 adalah untuk mengurangi bahkan menghilangkan bahaya penyakit dan kecelakaan kerja (KAK) serta meningkatkan kesehatan perawat untuk memaksimalkan produktivitas kerja.

2. Faktor yang Berhubungan dengan Kecelakaan Kerja pada Perawat

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kecelakaan kerja antara lain (International Loss Control Institute (ILCI), (Harrianto, 2011):

a. Faktor Usia

Usia merupakan faktor yang tidak terbantahkan karena berpengaruh terhadap ketangguhan fisik dan mental seseorang. Usia adalah

kelangsungan hidup seseorang. Setelah usia 30 tahun, kondisi fisik seperti penglihatan, penglihatan, dan waktu reaksi menurun. Pekerja yang lebih tua mungkin lebih berhati-hati, dapat dipercaya, dan sadar akan potensi bahaya daripada pekerja yang lebih muda (Harrianto, 2011).

b. Faktor pendidikan

Karakter pekerjaan seseorang sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikannya; tingkat pendidikan yang lebih tinggi mengarah pada kemampuan kerja yang lebih tinggi, karena pendidikan mempromosikan keterampilan intelektual, interpersonal dan profesional. Pernyataan ini dapat mengarah pada fakta bahwa pendidikan dapat mempengaruhi cara orang berpikir dan bertindak aman.

c. Masa kerja

Masa jabatan sering dikaitkan dengan masa jabatan, dan masa jabatan berdampak pada kinerja individu. Semakin lama waktu kerja, semakin baik hasilnya karena semakin banyak waktu untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya, periode kerja sesuai dengan waktu mulai saat ini. Semakin lama seseorang bekerja, semakin banyak pengalaman yang dimilikinya. Lama bekerja berbanding lurus dengan pengalaman kerja. Diyakini bahwa orang yang berpengalaman lebih mampu melakukan pekerjaannya (Tarwaka, 2018).

d. Fisik yang tidak mendukung lemahnya kondisi fisik seseorang berpengaruh pada penurunan tingkat konsentrasi dan motivasi dalam bekerja. Sedangkan kita tahu bahwa konsentrasi dan motivasi sangat dibutuhkan ketika bekerja (Harrianto, 2011).

e. Stress Kerja

Karyawan sering mengalami ketegangan karena pekerjaannya. Kelelahan kerja dan lingkungan kerja yang berbahaya merupakan dua contoh stressor yang dapat mempengaruhi konsentrasi, menurunkan produktivitas kerja, dan meningkatkan resiko kecelakaan kerja. Hasil penelitian Suprpto menunjukkan adanya hubungan stres kerja dengan kecelakaan kerja. Analisis korelasi menegaskan hubungan antara stres kerja dan kecelakaan kerja. Jumlah kecelakaan kerja diukur dengan risiko kecelakaan kerja.

f. Tidak cukup standar-standar kerja

Standar tenaga kerja digunakan untuk menilai kinerja; Ketika standar tenaga kerja tidak ada atau tidak memadai, ulasan kinerja karyawan tidak memadai. Menurut penelitian Riyadi (2017), karyawan tanpa APD 2,2 kali lebih mungkin terlibat dalam kecelakaan kerja dibandingkan karyawan dengan APD.

g. Posisi kerja yang tidak sesuai Untuk mencegah gangguan peredaran darah dan kepekaan pada paha depan, posisi kerja yang tidak tepat, seperti jongkok dan bekerja dengan posisi membungkuk, harus dihindari..

h. lingkungan kerja yang tidak memenuhi standart

Housekeeping, kesalahan desain tempat kerja, penyimpanan bahan baku dan peralatan kerja yang tidak tepat, serta permukaan yang kotor dan tidak stabil adalah beberapa faktor utama di lingkungan kerja yang berkontribusi terhadap kecelakaan kerja. Ventilasi yang tidak memadai menyebabkan kondisi kerja yang berdebu dan lembab. Ruangan gelap dengan pantulan dan tidak ada pencahayaan lokal adalah contoh pencahayaan yang tidak mencukupi. lingkungan kerja yang aman dan nyaman dapat membuat karyawan tidak nyaman, yang dapat berkontribusi pada kecelakaan kerja. Risiko kecelakaan kerja dapat meningkat karena faktor fisik (seperti kebisingan, pencahayaan, suhu), serta faktor kimia dan biologi (Nursalam, 2011).

D. KONSEP PEMINDAHAN PASIEN

1. Definisi Teknik Memindahkan Pasien

Teknik yang dapat digunakan perawat untuk memberikan perawatan bagi pasien yang tidak dapat bergerak. Teknik ini membutuhkan mekanika tubuh yang tepat untuk memungkinkan perawat memindahkan, mengangkat, atau memindahkan klien dengan aman, sekaligus melindungi perawat dari cedera muskuloskeletal.

2. Jenis – Jenis Pemindahan Pasien

Pengangkutan pasien mencakup teknik pemindahan untuk klien, seperti memindahkan pasien dari satu lokasi ke lokasi lain menggunakan sarana transportasi yang berguna untuk keadaan darurat, seperti ambulans dan brankar.

a. Pemindahan klien dari tempat tidur ke brankar

Pasien harus membantu petugas memindahkan mereka dari tempat tidur ke troli. Gunakan katrol atau kain yang ditarik untuk memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankar selama pemindahan. Kereta dorong dan dipan ditempatkan bersebelahan sehingga klien dapat dipindahkan dengan cepat dan hanya menggunakan kain pengangkat. Tiga pembawa diperlukan untuk transfer klien.

b. Pemindahan klien dari tempat tidur ke kursi

Penanggung jawab memberi tahu pasien tentang prosedur sebelum pemasangan. Sandaran kursi harus sejajar dengan bagian atas tempat tidur saat berdiri di samping tempat tidur. Untuk memastikan pemindahan pasien yang aman dari tempat tidur ke kursi roda, pengasuh harus menggunakan mekanisme tubuh yang tepat.

c. Pemindahan pasien ke posisi lateral atau prone di tempat tidur

3. Jenis-Jenis dari Transportasi Pasien

Transportasi pasien pada umumnya terbagi atas dua: Transportasi gawat darurat dan kritis.

Transportasi Gawat Darurat:

Hanya gunakan transfer darurat saat pasien atau pengasuh berada dalam bahaya langsung atau saat pasien memblokir akses ke pasien lain. Tidak ada pra-penilaian (reaksi, pernapasan, dan detak jantung) bahaya dan faktor risiko di TKP diperlukan sebelum

melakukan tindakan ini. Tingkat keparahan cedera pasien dapat ditingkatkan dengan transfer ini, terutama pada pasien dengan cedera tulang belakang (tulang belakang dari leher ke tulang ekor). Setelah pasien diposisikan pada tandu (atau pada papan tulang belakang yang panjang jika diduga patah tulang belakang), dia dapat dibawa ke rumah sakit. Selama perjalanan, pemeriksaan awal dan, jika perlu, dilakukan resusitasi. Tulang terkuat dalam tubuh manusia adalah tulang paha. Selain itu, otot yang bekerja pada tulang adalah yang terkuat. Oleh karena itu, pengangkatan harus dilakukan dengan kekuatan, terutama paha depan, dan bukan dengan punggung yang melengkung; Angkat dengan paha, bukan punggung. Panduan dukungan pasien darurat:

- 1) Kenali diri kita sendiri dengan kemampuan kita sendiri dan orang-orang kolaborator kita.
- 2) Menunjuk secara bersama; jika Anda tidak dapat melakukannya, jangan memaksa.
- 3) Kedua kaki dipisahkan selebar bahu, dengan satu kaki sedikit di depan kaki lainnya.
- 4) Saat mengangkat, jongkok, jangan membungkuk.
- 5) Pegang tangan Anda menghadap ke depan.
- 6) Batang tubuh sedekat mungkin dengan beban yang akan diangkat. 50 centimeter adalah jarak terjauh antara telapak tangan dan tubuh kita saat dipaksa.
- 7) Saat mengangkat, hindari memutar tubuh Anda.

- 8) Aturan tersebut juga berlaku saat menyeret atau menekan pasien



Transportasi Pasien Kritis

Pasien kritis adalah pasien dengan disfungsi atau gagal pada satu atau lebih sistem tubuh, tergantung pada penggunaan peralatan monitoring dan terapi. Transport intra hospital pasien kritis harus mengikuti beberapa aturan, yaitu:

a. Koordinasi sebelum transport

- 1) Informasi yang menunjukkan bahwa daerah tempat pasien akan dipindahkan dipersiapkan untuk menerima pasien dan menyusun rencana perawatan.
- 2) Dokter jaga harus mendampingi pasien, dan harus terjalin komunikasi antara dokter dan perawat mengenai kondisi medis pasien.

- 3) Dokumentasikan kejadian yang terjadi selama transportasi dan kaji kondisi pasien dalam rekam medis.
- b. Profesional beserta dengan pasien: 2 profesional (dokter atau perawat) harus menemani pasien dalam kondisi serius.
- 1) Salah satu profesional adalah perawat yang sedang bertugas dengan pengalaman CPR atau pelatihan transportasi khusus untuk pasien yang sakit kritis.
 - 2) Profesional kedua mungkin seorang dokter atau perawat terdaftar. Seorang dokter harus menemani pasien dengan ketidakstabilan fisiologis dan mereka yang membutuhkan perawatan segera.
- c. Peralatan untuk menunjang pasien
- 1) Pengawasan transportasi
 - 2) Monitor tekanan darah
 - 3) Sumber oksigen dengan kapasitas transportasi prediktif dan cadangan 30 menit
 - 4) Ventilator portabel yang mampu menentukan volume/menit, tekanan FiO₂ 100%, dan PEEP, bersama dengan alarm pemutusan dan tekanan jalan nafas yang berlebihan.
 - 5) Alat hisap dengan kateter
 - 6) Obat penghidupan kembali: adrenalin, lignokain, atropin, dan natrium bikarbonat
 - 7) Cairan intravena dan infus obat dengan injektor atau alat infus yang dioperasikan dengan baterai

8) Pengobatan tambahan sesuai daftar obat resep pasien

4. Monitoring selama transport.

Tingkat monitoring dibagi sebagai berikut: level 1= wajib, level 2= Rekomendasi kuat, level 3= ideal

- a. Monitoring kontinue: EKG, pulse oximetry (level 1)
- b. Monitoring intermiten: Tekanan darah, nadi, respiratory rate (level 1 pada pasien pediatri, level 2 pada pasien lain).

5. Jenis – jenis alat pemindahan pasien :

long spine board

Sebuah backboard, juga dikenal sebagai longboard (ISB), longboard, spineboard, atau papan, terutama digunakan dalam pengaturan pra-rumah sakit untuk melumpuhkan pasien dengan dugaan cedera tulang belakang atau ekstremitas. long Spine Board direkomendasikan dalam situasi trauma di mana personel medis atau penyelamat mencurigai adanya cedera tulang belakang (Nelson & Baptiste, 2004; Nursingtimes, 2012). ISB biasanya berupa prostesis sepanjang 2 meter yang terbuat dari kayu tahan lama atau bahan sintetis yang tidak menyerap darah.



Tandu Sekop (*Scoop Stretcher*)

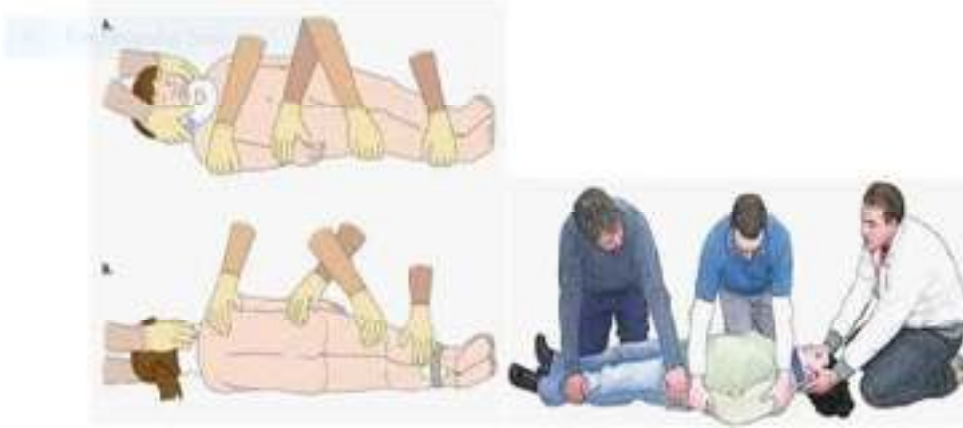
Penggunaan scoop stretcher merupakan alternatif modifikasi teknik log roll untuk pemindahan pasien. Memanfaatkan perangkat ini dengan benar akan mempercepat pemindahan yang aman dari papan tulang belakang panjang ke tempat tidur. Perangkat ini dapat digunakan, misalnya, untuk memindahkan pasien dari satu perangkat transportasi ke perangkat lain atau ke lokasi khusus, seperti meja sinar-x. Setelah memindahkan pasien dari papan belakang ke tempat tidur dan melepas sendok tandu, pasien harus diimobilisasi kembali di tempat tidur/tandu. Scoop stretcher bukanlah alat untuk mengangkat atau mengangkut, tetapi untuk mengangkat dan menggeser. Empat petugas di setiap sisi brankar harus melakukan prosedur pengangkatan.



6. Teknik/prosedur Memindahkan Pasien

- a. Memindahkan pasien dari brankar ke Tempat Tidur /sebaliknya
 - 1) Jelaskan proses transmisi
 - 2) Letakkan brankar/tempat tidur dalam posisi aman.
 - 3) Berdiri di sisi kanan atau kiri pasien.

- 4) Masukkan telapak tangan ke bawah tubuh pasien.
- 5) Silangkan lengan pasien di atas tubuhnya.
- 6) Pasien ditugaskan oleh setidaknya dua sampai tiga perawat (sesuai kebutuhan).
- 7) Tiga perawat ditempatkan di sisi kanan pasien:
 - a) Perawat I (paling tinggi) dan berdiri di bagian kepala sebagai pemberi instruksi).
 - b) Perawat II berdiri di bagian pinggang
 - c) Perawat III berdiri di bagian kaki
- 8) Lengan kiri Perawat I berada di bawah kepala/leher dan pangkal lengan pasien, sedangkan lengan kanan berada di bawah punggung pasien.
- 9) Lengan kiri Perawat II di bawah perut pasien, dan lengan kanan di bawah pantat pasien.
- 10) Perawat III mengangkat seluruh paha pasien dengan kedua lengan.
- 11) Saat pasien sudah siap, perawat memberi aba-aba untuk mengangkat pasien bersama-sama.
- 12) Dengan langkah yang sama, lanjutkan menuju dipan atau brankar yang telah disiapkan.
- 13) Setelah memposisikan pasien di TT/Burney, posisi pasien disesuaikan dan selimut ditempatkan atau dirapikan..



b. Memindahkan pasien dengan tarikan Selimut atau alas

- 1) Tempatkan brankar dalam posisi aman di setiap sisi dan dekatkan dengan tempat tidur, brankar, atau tandu yang akan digunakan selanjutnya.
- 2) Seorang perawat berada di sisi tempat tidur, sedangkan dua perawat lainnya diposisikan di troli.
- 3) Gunakan alas di bawah tubuh klien saat mengangkat media, seperti selimut atau brankar.
- 4) Silangkan lengan pasien di depan tubuhnya untuk menghindari kram.
- 5) Perawat di samping tempat tidur siap untuk mendukung dan memindahkan pasien
- 6) Dua perawat lain yang berdiri di samping brankar secara bersamaan memberi isyarat dan mengangkat/menarik matras di bawah tubuh pasien, memindahkan pasien ke ranjang lain. Jika pasien dalam keadaan luka parah atau patah tulang yang luas, atau jika dia memiliki berat badan yang sedikit berlebihan, disarankan agar setidaknya empat perawat hadir, satu di setiap

kepala pasien, sisi kanan dan kiri, dan kaki. Jauhkan brankar
Baringkan pasien ke kiri atau kanan dan tarik pengalas atau
selimut. Atur posisi pasien hingga merasa nyaman.



c. Memindahkan Pasien Dengan Cara log Roll

log Roll adalah teknik memiringkan klien sambil menjaga tubuh dalam posisi tegak lurus sejajar (seperti batang pohon) setiap saat. Misalnya nasabah yang menderita penyakit tulang belakang. langkah-langkah harus diambil untuk mencegah cedera di masa depan. Metode ini membutuhkan dua sampai lima perawat. Pengasuh perlu menyelaraskan kepala dan leher pasien dengan cedera serviks (Berman, 2019).



Tujuan dari log roll yaitu untuk mempertahankan alignment anatomis yang benar dalam usaha untuk mencegah kemungkinan cedera neurologis lebih lanjut dan mencegah penekanan area cedera.

Prosedur log roll diimplementasikan pada tahapan-tahapan manajemen pasien trauma termasuk:

- a. Sebagai bagian dari primary and secondary survey untuk memeriksa tulang belakang klien.
- b. Sebagai bagian dari proses pemindahan dari dan ke tempat tidur (seperti di radiologi)
- c. Untuk pemberian perawatan collar servikal atau area tertekan
- d. Memfasilitasi fisioterapi dada dan lain-lain.

Sedikitnya empat orang penolong dibutuhkan untuk membantu dalam prosedur log roll dengan tugas sebagai berikut:

- a. Satu penolong untuk menahan kepala klien
- b. Dua penolong untuk menahan dada, abdomen dan lengan bawah.

Tambahan satu orang mungkin juga akan dibutuhkan pada saat melakukan log roll klien trauma yang gemuk, tinggi atau memiliki cedera pada lengan bawah.

c. Satu penolong melakukan prosedur yang dibutuhkan (misalnya pengkajian tulang belakang klien).

langkah-langkah log roll

- a. Jelaskan prosedur kepada pasien, dengan mempertimbangkan tingkat kesadaran pasien, dan minta pasien untuk berbaring dan menunggu bantuan. Pastikan kerah dipasang dengan benar.
- b. Jika memungkinkan, pastikan perangkat seperti kateter indwelling, kateter interkostal, selang ventilator, dll. tersedia untuk mencegah ekstensi berlebihan dan potensi penarikan selama perubahan posisi.
- c. Untuk menghindari mengi, yang dapat menyebabkan ketidaksejajaran anatomis selama prosedur log roll, direkomendasikan agar jalan napas dievakuasi sebelum log roll jika pasien diintubasi atau memakai selang trakeostomi.
- d. Tempat tidur bayi harus ditempatkan sesuai dengan tinggi badan pasien untuk menopang kepala pasien dan pengasuh lainnya.
- e. Klien harus dalam posisi terlentang dan anatomis sejajar selama proses log-roll..
- f. Tungkai proksimal klien harus sedikit diabduksi untuk mencegah peralihan ke peralatan pemantauan seperti kateter intravena perifer. Tangan distal klien harus diperpanjang dengan keselarasan pada dada dan perut, atau ditekuk ke arah dada jika memungkinkan, seperti jika tangan terluka. Harus ada satu guling yang terletak di antara lutut klien.

- g. Helper 1, bantu memegang tubuh bagian atas klien, posisikan satu tangan di atas bahu klien untuk menopang area dada posterior, dan lingkari paha klien dengan tangan lainnya.
- h. Helper 2, bantu menyangga perut bagian bawah dan pergelangan tangan klien, dan gabungkan dengan helper 1 untuk memposisikan satu tangan di bawah punggung klien dan tangan lainnya melingkari betis klien.
- i. Setelah menerima sinyal dari asisten kepala panahan, klien diputar dengan lembut ke dalam penyelarasan anatomis.
- j. Setelah aktivitas selesai, asisten penopang kepala akan meminta klien untuk kembali ke posisi lateral dengan bantal penopang. Klien harus selalu dipertahankan dalam posisi anatomi yang benar.

7. Akibat Kesalahan dalam memindahkan pasien

a. Pasien

Bila penderita dalam waktu lama (kurang lebih 2 jam atau lebih lama lagi) diimobilisasi dalam long spine board, penderita dapat mengalami dekubitus pada oksiput, skapula, sakrum, dan tumit. Oleh karena itu, secepatnya bantalan harus dipasang dibawah daerah ini, dan apabila keadaan penderita mengizinkan secepatnya long spine board dilepas (Krisanty, 2019).

b. Perawat atau Petugas medis

Perawat merupakan sumber daya rumah sakit yang cukup banyak dan berperan penting dalam menentukan mutu pelayanan

yang diberikan oleh suatu rumah sakit. Perawat memiliki banyak tanggung jawab saat merawat pasien termasuk pergerakan, perawatan, dll. Faktor risiko utama nyeri punggung pada perawat adalah mengangkat benda berat dan memindahkan pasien (Roupa, 2018).

Kesalahan teknik yang digunakan untuk menggerakkan pasien saat membungkuk atau mengangkat benda besar dapat meningkatkan kejadian cedera muskuloskeletal pada perawat (Widiyanti et al., 2009). Selain itu, ketidaktepatan teknik pemindahan pasien dapat meningkatkan kemungkinan petugas terpapar cairan tubuh pasien, terutama cairan tubuh di punggung pasien. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di rumah sakit geriatri di Swedia, Dehlin et al. (1976) menemukan prevalensi IBP pada perawat setinggi 47%, Stubbs et al. (1983) di Inggris menunjukkan bahwa selama setahun, 43,1% perawat mengeluhkan IBP, dan Arad et al. (1986) di Rumah Sakit RNH menemukan kejadian IBP pada 1.033 perawat sebesar 87%. Faktor risiko fisik seperti posisi yang tidak biasa, penanganan manual, sering membungkuk dan memutar, dan menekan ke depan dapat berkontribusi pada tingginya prevalensi nyeri punggung bawah. Pada tahun 2005, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menemukan bahwa 40,5% pekerja informal diduga memiliki keluhan terkait pekerjaan, dengan penyakit otot rangka memiliki prevalensi terbesar (16%). Pada tahun 2006, menurut temuan sebuah studi tentang pembiayaan asuransi

kesehatan untuk karyawan di sektor informal, sakit dan nyeri menyumbang 67% keluhan pada bulan sebelumnya.

Hasil sementara survei pendahuluan yang dilakukan di beberapa rumah sakit di Jakarta pada awal tahun 2012 menunjukkan bahwa perawat yang mengangkut pasien terbanyak bekerja di unit pelayanan 24 jam seperti IGD dan ruang rawat inap. Menurut Kepala Tata Usaha Rutan RS Bhayangkara, delapan orang perawat menderita IBP dan sering mangkir. Pada kunjungan Poliklinik RS Tarakan Jakarta tahun 1990 hingga 2012, 18 perawat teridentifikasi HNP, lima diantaranya menjalani laminektomi; di RSS, tidak ada perawat yang melaporkan IBP atau HNP (Kurniawidjaja I. Meily et al., 2014).

Penerapan ergonomi di tempat kerja merupakan upaya pengusaha untuk menjaga kesehatan dan keselamatan kerja. Penerapan ergonomi untuk layanan kesehatan kerja diantisipasi untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan kerja. Ergonomi adalah ilmu yang mempelajari metode penyesuaian kerja, alat kerja, dan lingkungan kerja dengan manusia, dengan memperhatikan kemampuan dan keterbatasan manusia dalam melakukan aktivitas kerja, guna tercapainya keserasian antara manusia dengan kerja yang meningkatkan kenyamanan, keselamatan, dan produktivitas kerja.

Adanya peralatan kerja dan lingkungan fisik yang tidak sesuai dengan kemampuan pekerja akan mengakibatkan hasil kerja yang

kurang optimal, masalah hasil pekerjaan yang dilakukan, kerusakan atau cedera, atau sebagaimana lazimnya terjadi keluhan kesehatan dan penyakit yang tidak diinginkan. akibat aktivitas kerja. (Anies, 2014).

Postur tubuh dan aktivitas kerja tertentu secara signifikan akan mempengaruhi atau berpotensi menimbulkan gangguan atau gangguan kesehatan berupa keluhan atau penyakit. Salah satu faktor yang menyebabkan tenaga kerja mengalami gangguan kesehatan seperti keluhan muskuloskeletal dan rasa tidak nyaman adalah postur tubuh yang kurang baik. Tidak menutup kemungkinan keluhan tersebut akan segera muncul saat aktivitas kerja dilakukan (Anies, 2014). Namun, tidak menutup kemungkinan keluhan tersebut muncul setelah terpapar aktivitas dalam jangka panjang.

Organisasi Perburuhan Internasional (IIO) mengatakan bahwa kecelakaan dan penyakit di tempat kerja menyebabkan 2,3 juta penyakit bahkan kematian setiap tahun. Pada tahun 2013, terdapat 428.844 kasus penyakit persendian dan penyakit lainnya di Indonesia, menurut Kementerian Kesehatan. Organisasi Perburuhan Internasional (IIO) juga mengatakan bahwa kasus penyakit persendian masih meningkat di banyak negara. Misalnya, ada sekitar 4.000 lebih kasus gangguan muskuloskeletal di Republik Korea dalam sembilan tahun terakhir. Di Inggris Raya, gangguan muskuloskeletal merupakan 40% dari semua kasus penyakit di tempat kerja. Penyakit muskuloskeletal adalah masalah pada otot

rangka yang terjadi ketika otot secara konstan dan teratur terpapar beban statis dalam waktu yang lama. Ini menyebabkan nyeri pada persendian, ligamen, dan tendon.

Humantech, yang dikutip Bukhori (2010), mengatakan bahwa masalah persendian menyebabkan nyeri, kelelahan, mati rasa, kesemutan, bengkak, kaku, gemetar, sulit tidur, dan rasa panas, yang membuat sulit untuk bergerak dan mengkoordinasikan tindakan anggota tubuh. atau anggota badan, yang dapat membuat pekerjaan menjadi kurang efektif dan kurang produktif.

Ergonomi kerja dan masalah atau keluhan sendi berjalan beriringan karena ini adalah jenis keluhan paling umum yang dialami orang di tempat kerja dan dalam kehidupan sehari-hari. Sebagian besar waktu, masalah ini berasal dari situasi atau sikap kerja yang salah. Menurut penelitian “Hubungan Sikap Kerja dengan low Back Pain Perawat di RSUD Purbalingga” oleh Fathoni, Handoyo, dan Swasti (2012), ketika perawat melakukan hal seperti mendorong atau mengangkat pasien dapat menyebabkan masalah persendian, terutama punggung bawah. nyeri.

Menurut penelitian pendahuluan yang dilakukan oleh Wijaya, Darwita, dan Bahar (2012) dengan judul *The Relationship between Risk Factors and Musculoskeletal Impairment in Dental Student*, terdapat hubungan antara gerakan saat bekerja dengan keluhan muskuloskeletal khususnya pada leher, bahu, lengan bawah, tangan, dan punggung.

8. Risiko terbesar yang datang dengan mengubah pasien. Hal utama yang membuat orang berisiko terluka saat memindahkan pasien di tempat kerja adalah:
- a. Gerakan tubuh yang tidak normal atau dipaksakan (seperti membungkuk dan berputar ke samping, duduk, berlutut, dll).
 - b. Gerakan yang dilakukan berulang-ulang, seperti meregangkan, menarik, dan banyak memindahkan barang.
 - c. Terlalu banyak pekerjaan, seperti menarik atau memindahkan benda kerja yang terlalu besar.
 - d. Bekerja dalam posisi statis, seperti saat Anda harus diam dalam waktu lama untuk melakukan satu hal.
 - e. Duduk diam untuk waktu yang lama membuat pasien lebih khawatir tentang kemampuan mereka untuk bergerak. Ketika seorang perawat sedang memperbaiki luka, dia biasanya akan membungkuk dan tidak bergerak. Jika hal ini terus dilakukan tanpa memperhitungkan aspek ergonomis, masyarakat akan mudah mengeluh..
 - f. Pasien yang pindah akan mengalami masalah yang berbeda-beda tergantung usianya, karena semakin tua mengubah penampilan orang. Secara teoritis, orang mulai khawatir tentang perpindahan pasien pada dekade kedua, dan keluhan terbanyak terjadi pada dekade kelima. Kekuatan otot maksimum terjadi antara usia 20 dan 29 tahun. Pada usia 60 tahun, kekuatan otot rata-rata turun 20%, dan pandangan yang tidak baik untuk

ergonomi membuat pasien lebih mungkin perlu dipindahkan. Seiring bertambahnya usia, tulang Anda akan mulai rusak, dan ini akan terlihat jelas saat Anda berusia 30 tahun. Seiring bertambahnya usia, tulang Anda akan mulai rusak. Ini akan muncul sebagai kerusakan jaringan, penggantian jaringan yang rusak dengan jaringan parut, dan kehilangan cairan setelah usia 30 tahun. Sehingga akan membuat tulang dan otot kurang stabil.

g. Kesehatan Jasmani

Kesehatan tubuh juga berpengaruh besar terhadap banyaknya masalah otot.

Masalah otot lebih mungkin terjadi jika energi tubuh Anda rendah. Lebih banyak tindakan fisik akan menyebabkan lebih banyak masalah otot. Setiap orang memiliki keterampilan dan kekuatan fisik yang berbeda. Kondisi otot rangka terjadi ketika tugas di tempat kerja terlalu berat untuk kekuatan fisik seseorang. Masalah otot rangka dapat disebabkan oleh hal-hal seperti berat, tinggi, dan massa. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa orang gemuk 2,5 kali lebih mungkin meninggal daripada orang kurus, terutama pria. Orang yang tinggi biasanya mengalami nyeri punggung, tetapi tinggi badan tidak memengaruhi nyeri leher, bahu, atau pergelangan tangan. Karena tulang mereka biasanya tipis dan secara biomekanik peka terhadap beban tekan dan rentang tikungan, mereka cenderung memiliki masalah dengan otot rangka.

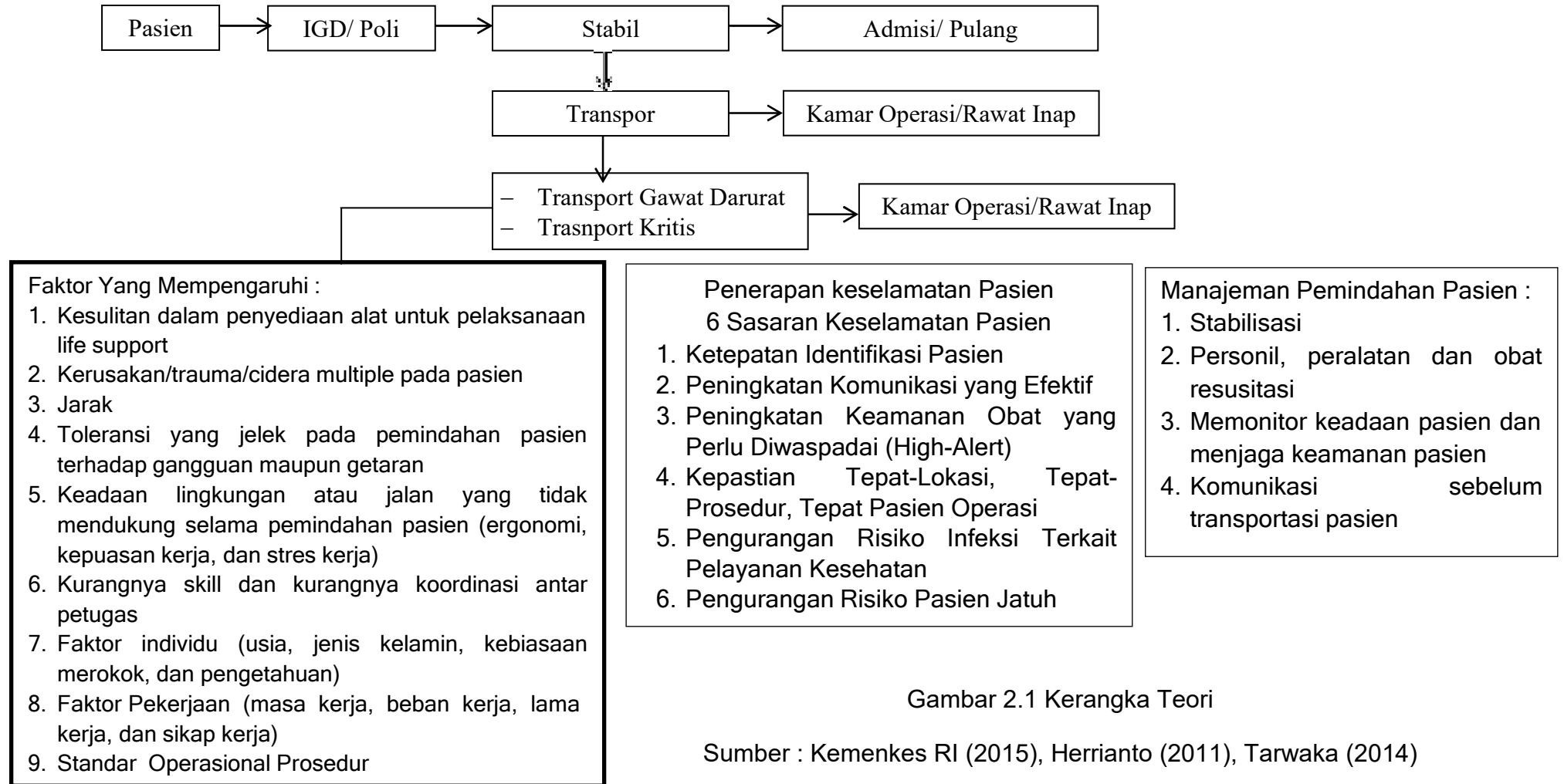
Keluhan otot jarang terjadi pada perawat yang memiliki waktu istirahat yang cukup, namun kerja shift malam memungkinkan perawat mendapatkan istirahat yang tidak cukup. Vitalitas tubuh yang berkurang akan meningkatkan kemungkinan terjadinya keluhan otot.

- h. Aktivitas fisik yang dilakukan cukup banyak, seperti sering memindahkan dan mengangkut pasien, jarang istirahat setelah berobat, banyak berolahraga saat tidak bekerja, dan jarang istirahat. Kesimpulan dari penelitian ini adalah perawat memiliki risiko tinggi dan frekuensi nyeri punggung bawah. Salah satu alasannya adalah mereka melakukan banyak pekerjaan fisik yang berat, seperti mengangkat pasien dengan tangan, dan bekerja terlalu lama. Alasan lain termasuk aktivitas yang mereka lakukan di luar pekerjaan dan di waktu luang mereka. Karena itu, hal itu menyebabkan otot berkedut dan saraf tertekan, yang menyebabkan nyeri di punggung bagian bawah. Aktivitas fisik yang sangat melelahkan, seperti sering mengangkat pasien dengan tangan, dan terlalu banyak jam kerja, terlalu banyak aktivitas di luar pekerjaan, serta sedikitnya waktu luang untuk beristirahat dari aktivitas fisik yang berat dan padat dapat menyebabkan perubahan pada otot rangka, seperti stres dan kelelahan. Saat otot tegang, saraf terjepit, yang menyebabkan rasa sakit.
- i. Jumlah waktu seseorang bekerja dalam sehari juga memengaruhi seberapa sering mereka memiliki masalah tentang pergantian

pasien. Ini biasanya menyebabkan lebih banyak hari sakit dan lebih sedikit pekerjaan yang diselesaikan, yang bisa menjadi masalah.

- j. Keluhan sakit leher di tempat kerja terkait dengan berbagai tingkat respons di pihak pekerja. Studi ini mendukung apa yang ditemukan Handayani, yaitu bahwa jumlah waktu antara pekerjaan dan laporan kebingungan saling terkait. Dalam situasi ini, perawat yang bekerja dengan shift lebih lama akan lebih mudah teralihkannya perhatiannya saat memindahkan pasien.
- k. Ketahanan tubuh: Dari sudut pandang fisik, beberapa orang terlahir dengan otot yang lebih kuat dari yang lain. Jika beban besar diberikan kepada perawat dengan kekuatan otot yang sama, mereka yang memiliki otot lebih lemah lebih mungkin mengalami cedera otot (Tarwaka, 2014)

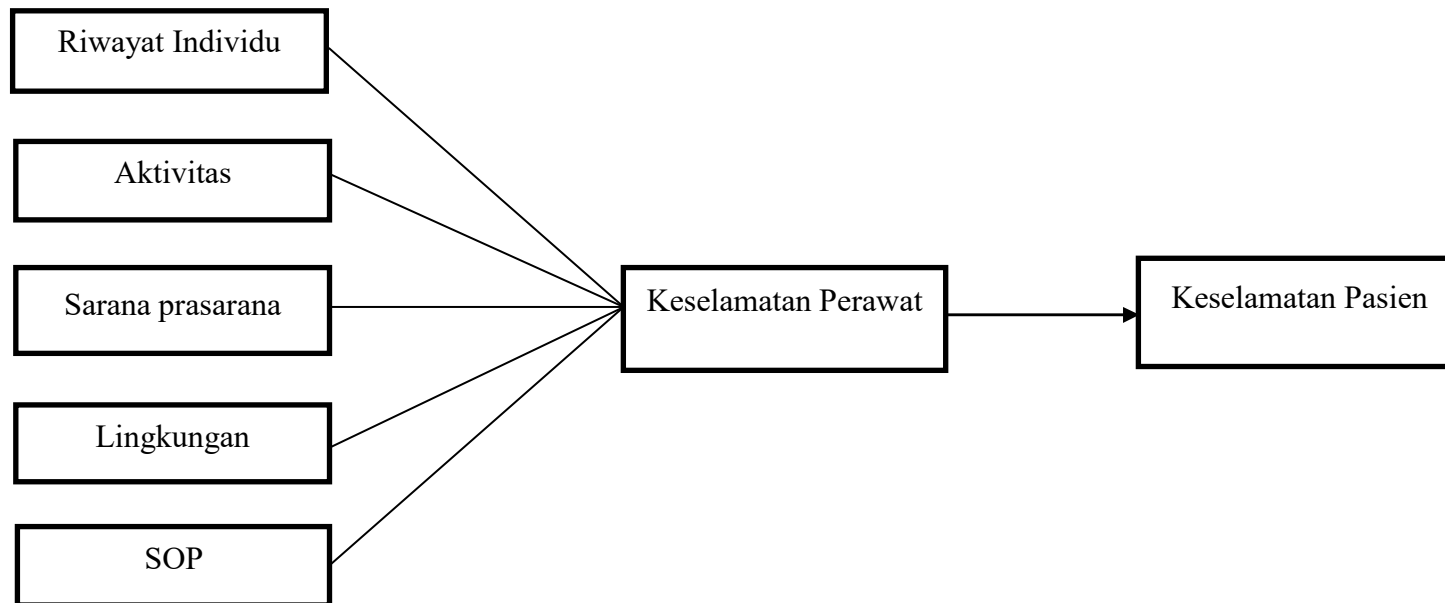
D. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Kemenkes RI (2015), Herrianto (2011), Tarwaka (2014)

E. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

F. DEFENISI KONSEP

No	Variabel	Definisi	Skala	Kategori
1	Riwayat Individu	Riwayat penyakit individu yang pernah dialami sebelumnya	Nominal	1. Ada jika nilai diatas median (5) 2. Tidak Ada jika dibawah median (5)
2	Aktifitas	Aktifitas yang dimaksud adalah seluruh kegiatan transportasi pasien yang mempengaruhi kegiatan sehari-hari	Nominal	1. Aktifitas terganggu jika nilai diatas median (10) 2. Tidak terganggu jika nilai kurang dari median (10)
3	Sarana dan prasarana	Faktor sarana dan prasarana yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana penyediaan alat dan prasarana dalam memindahkan pasien.	Nominal	1. Mendukung jika nilai diatas median (3.5) 2. Tidak mendukung jika nilai dibawah median (3.5)
4	Lingkungan dalam	Faktor lingkungan yang dimaksud penelitian ini adalah ergonomi, aktifitas bekerja dan tempat/lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi keehatan	Nominal	1. Memadai jika nilai diatas median 2. Tidak memadai jika nilai dibawah median
5	SOP	Faktor SOP yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana penatalaksanaan prosedur operasional dalam memindahkan pasien.	Nominal	1. Terlaksana jika nilai diatas median, 2. Tidak terlaksana jika dibawah median

6	Keselamatan Perawatan	Keselamatan Perawat yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana perawat dalam melakukan pencegahan serta perbaikan yang diakibatkan dari kesalahan pelayanan kesehatan terhadap pasien maupun perawat itu sendiri. Dimana penilaian menjadi tidak mengganggu ketika nyeri yang idrasakan tidak mengganggu aktifitas perawat. Menggangu sebagian ketika rasa nyeri menyebabkan perawat tidak optimal melaksanakan pekerjaan. Sangat menggangu ketika nyeri yang dirasakan menyebabkan tidak bekerja	Ordinal	1.Risiko Rendah jika 28-49 2.Risiko Sedang jika 50-70 3.Risiko tinggi jika >70
7	Keselamatan pasien	Cedera yang dirasakan oleh pasien ketika dilakukan pemindahan oleh perawat.	Ordinal	1.Risiko Rendah jika 28-49 2.Risiko Sedang jika 50-70 3.Risiko tinggi jika >70
8	Praktik Pemindahan Pasien	Merupakan tehnik pemindahan pasien baik dari brangkar ke tempat tidur ataupun sebaliknya, atau dari berangkat ke kursi roda dan sebaliknya	Nominal	-

G. HIPOTESIS

1. Terdapat hubungan riwayat individu terhadap keselamatan perawat di RS TNI AU Dody Sardjoto.
2. Terdapat hubungan Aktifitas terhadap keselamatan perawat di RS TNI AU Dody Sardjoto.
3. Terdapat hubungan Sarana dan Prasarana terhadap keselamatan perawat di RS TNI AU Dody Sardjoto.
4. Terdapat hubungan Lingkungan terhadap keselamatan perawat di RS TNI AU Dody Sardjoto.
5. Terdapat hubungan SOP terhadap keselamatan perawat di RS TNI AU Dody Sardjoto
6. Terdapat hubungan pengaruh keselamatan perawat dalam praktek pemindahan pasien terhadap keselamatan pasien di RS TNI AU Dody Sardjoto.