

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

2.1.1 Definisi

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dapat didefinisikan sebagai sebuah upaya sistematis yang dirancang untuk menjamin kesempurnaan baik jasmani maupun rohani bagi tenaga kerja, melalui pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (Darmayani et al., 2023). Pada prinsipnya, K3 merupakan upaya untuk melindungi tenaga kerja agar selalu dalam keadaan selamat dan sehat selama melakukan pekerjaan di tempat kerja, serta memastikan sumber produksi yang digunakan berjalan secara aman dan efisien (Irawan et al., 2025a). K3 bukan hanya sebuah kepatuhan akan aturan, tetapi juga sebuah sistem manajemen yang terintegrasi untuk mengendalikan risiko yang berkaitan dengan aktivitas kerja (Rahayu & Suyato, 2025). *International Labour Organization (ILO)* dan *World Health Organization (WHO)* juga mendefinisikan K3 sebagai promosi dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental, dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan (ILO, 2014; WHO, 2024). Oleh karena itu, penerapan K3 menuntut pendekatan multidisiplin yang melibatkan berbagai aspek seperti teknis, medis, psikologis, serta manajerial (Mubarak et al., 2025).

2.1.2 Tujuan dan Manfaat

Tujuan utama penerapan K3 adalah untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (PAK) melalui pengendalian potensi bahaya yang ada di lingkungan kerja (Situngkir et al., 2021). Selain perlindungan fisik, K3 bertujuan menciptakan lingkungan kerja yang nyaman dan sehat sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kepuasan kerja (Larassati & Maghfyra, 2024). Bagi institusi pelayanan publik seperti rumah sakit, tujuan K3 meluas mencakup perlindungan keselamatan bagi pasien, pengunjung, dan masyarakat di sekitar lingkungan RS (Widajati & Dwiyantri, 2025). Secara strategis, penerapan K3 yang efektif dapat

memberikan manfaat yang berupa efisiensi biaya operasional dengan meminimalkan kerugian akibat kecelakaan atau kerusakan asset yang dimiliki (Hidayat et al., 2022). Selain itu, budaya K3 yang kuat akan meningkatkan reputasi institusi dan kepercayaan publik terhadap standar keamanan layanan yang diberikan (Ghofur et al., 2024).

2.1.3 Ruang Lingkup dan Penerapan K3 dalam Manajemen Risiko Bencana

Ruang lingkup K3 sangat luas, mencakup aspek keselamatan, kesehatan, dan lingkungan yang saling berkaitan satu sama lain (Irawan et al., 2025). Dalam penerapannya, K3 tidak hanya berfokus pada insiden sehari-hari, tetapi juga memegang peran sentral dalam manajemen risiko bencana (Darmayani et al., 2023). Dalam konteks bencana, peran K3 adalah memastikan adanya kesiapsiagaan sistem, yang meliputi perencanaan jalur evakuasi, penyediaan sarana pemadam kebakaran, dan pelatihan tanggap darurat (Rifdha et al., 2024). Integrasi K3 dalam manajemen risiko bencana memastikan bahwa adanya ketahanan untuk meminimalisir dampak kerugian jiwa dan materi saat terjadi krisis (Khambali, 2024).

2.1.4 Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit

Rumah sakit adalah lingkungan kerja yang kompleks, di mana terdapat interaksi yang terus menerus antara petugas kesehatan, pasien yang rentan, peralatan berteknologi tinggi, dan berbagai bahan berbahaya (Lestari et al., 2024). K3 di Rumah Sakit (K3RS) memiliki tantangan yang jauh lebih berat dibandingkan industri lain karena objek layanannya adalah manusia yang sedang sakit dan memiliki keterbatasan fisik maupun psikologis (Widajati & Dwiyantri, 2025). Risiko di rumah sakit mencakup bahaya biologi seperti infeksi nosokomial, bahaya fisik, bahaya kimia, hingga bahaya ergonomi dan psikososial (Maliga & Lestari, 2022). Oleh karena itu, penerapan K3RS tidak boleh hanya berfokus pada keselamatan staf medis, tetapi juga harus menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama (Ariyanti et al., 2023). Sistem K3RS harus menjamin bahwa proses penyembuhan pasien tidak terganggu oleh insiden keselamatan, seperti kebakaran gedung atau kegagalan fasilitas penunjang (Agil et al., 2025).

2.1.5 Manajemen Bencana dan K3 di Rumah Sakit

Manajemen bencana di rumah sakit merupakan komponen integral dari K3RS yang dirancang untuk memastikan keberlangsungan fungsi pelayanan kesehatan saat terjadi situasi darurat (Lestari et al., 2024). Rumah sakit dituntut untuk tetap beroperasi ketika infrastruktur lain lumpuh, karena perannya sebagai pusat rujukan korban bencana (Rifdha et al., 2024). Hubungan antara K3 dan manajemen bencana dapat dilihat dalam penyusunan *Hospital Disaster Plan (HDP)*, yang mencakup protokol evakuasi, sistem komando insiden, dan manajemen logistik darurat (Nisaa & Modjo, 2024). K3RS bertanggung jawab untuk memastikan bahwa seluruh jalur evakuasi bebas hambatan, titik kumpul aman, dan rambu-rambu keselamatan terpasang dengan jelas (Lestantyo, 2023). Kegagalan dalam mengintegrasikan prinsip K3 ke dalam rencana bencana dapat berakibat fatal, terutama bagi pasien yang tidak bisa berjalan atau mobilitasnya terganggu, yang sepenuhnya bergantung pada kesiapan sistem evakuasi rumah sakit (Milah, 2023).

2.2 Keterbatasan Pasien saat Menghadapi Bencana

Pasien rawat inap dapat dikategorikan sebagai populasi yang sangat rentan dalam konteks kegawatdaruratan bencana di rumah sakit. Kerentanan ini bersumber dari kondisi patologis yang dialami oleh pasien, seperti kelemahan fisik, keterbatasan mobilitas, gangguan sensorik, atau ketergantungan pada alat medis penopang hidup (Masbi et al., 2024). Pasien seringkali tidak memiliki kemampuan fisik untuk merespons alarm bahaya dengan melarikan diri secara mandiri. Selain hambatan fisik, kondisi psikologis pasien yang sedang sakit cenderung lebih labil, dengan tingkat kecemasan yang tinggi dan toleransi stres yang rendah. Dalam situasi krisis, kombinasi antara ketidakberdayaan fisik dan tekanan psikologis ini dapat memicu reaksi kepanikan yang parah, yang justru memperburuk kondisi klinis pasien tersebut (Spytska, 2024).

Tanggung jawab yang diemban rumah sakit terhadap pasien dalam situasi darurat jauh lebih tinggi dibandingkan pada fasilitas umum lainnya. Pasien menyerahkan keselamatannya kepada institusi rumah sakit dengan

asumsi bahwa mereka akan dilindungi sepenuhnya (Redi & Marlina, 2024). Namun, dalam situasi bencana massal, perbandingan skala perawat dengan pasien seringkali tidak memadai untuk mengevakuasi semua pasien secara bersamaan (Kim et al., 2024). Hal ini menciptakan celah keamanan yang berbahaya jika pasien dan keluarganya tidak diberdayakan dengan informasi keselamatan yang memadai (Abdi et al., 2024). Oleh karena itu, memahami psikologi kerentanan pada pasien adalah langkah awal yang krusial dalam merancang sistem evakuasi yang inklusif, yang tidak hanya mengandalkan kekuatan fisik tetapi juga dukungan kognitif dan emosional (H. Wu et al., 2024).

2.3 Perilaku Tanggap Darurat pada Pasien

Perilaku manusia dalam menghadapi bencana sangat dipengaruhi oleh persepsi terhadap ancaman dan ketersediaan informasi di lingkungan sekitarnya (Cai et al., 2023). Respons awal individu seringkali bukan berupa kepanikan massal, melainkan pencarian informasi untuk memvalidasi adanya bahaya, namun ketiadaan informasi dapat memicu kebingungan (Barr et al., 2024). Fenomena ini dijelaskan melalui Teori *Situational Awareness (SA)* dari Mica Endsley, yang menekankan tiga level kesadaran dalam situasi dinamis: Level 1 (persepsi elemen lingkungan), Level 2 (pemahaman makna), dan Level 3 (proyeksi masa depan) (Endsley, 2021). Kegagalan evakuasi di rumah sakit seringkali berakar pada kegagalan Level 1, di mana pasien tidak menyadari lokasi jalur evakuasi (Al-Moteri et al., 2022).

2.4 Konsep Persepsi dalam Keselamatan Pasien

2.4.1 Definisi Persepsi

Persepsi merupakan proses kognitif kompleks di mana individu menyeleksi, mengorganisasikan, dan menginterpretasikan stimulus sensorik yang diterima menjadi gambaran yang bermakna dan logis mengenai lingkungan sekitarnya (Girlando et al., 2021). Proses ini tidak berjalan secara pasif, namun melibatkan aktivitas mental aktif di mana otak membandingkan informasi sensorik baru dengan pengalaman masa lalu, ekspektasi, dan pengetahuan yang tersimpan dalam memori jangka panjang

(Barkasi, 2023). Oleh karena itu, persepsi bukan sekadar apa yang dilihat, melainkan bagaimana makna dibangun dari apa yang dilihat tersebut.

2.4.2 Proses Terbentuknya Persepsi Risiko

Tahapan pembentukan persepsi melibatkan proses yang berurutan. Tahapan-tahapan ini saling berhubungan untuk membangun pengalaman yang dapat disadari dan pemahaman pada diri seseorang (Zacks, 2020). Organ indera (mata, telinga, kulit, hidung, dan lidah) mendeteksi adanya rangsangan mentah dari lingkungan seperti cahaya, suara, atau adanya sentuhan. Kemudian informasi yang diterima tidak dapat diproses semuanya, otak akan memilih rangsangan spesifik untuk difokuskan, mengabaikan yang lain, dipengaruhi oleh intensitas, kebaruan, atau relevansi. Setelah itu, otak akan menyusun data sensorik terpilih menjadi pola atau keseluruhan yang bermakna menggunakan aturan seperti kedekatan, kesamaan, dan penutupan. Sehingga otak akan memberi makna pada rangsangan yang telah terorganisir, dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, kepercayaan, harapan, dan budaya (Proctor & Proctor, 2021; Zacks, 2020).

2.4.2 Faktor-faktor yang Memengaruhi Persepsi

Faktor-faktor yang memengaruhi persepsi terbagi dalam kategori internal, eksternal, dan situasional yang memengaruhi seseorang dalam menafsirkan atau mempersepsikan sesuatu (Banyard et al., 2023).

A) Faktor Internal

1. Sikap: Kecenderungan mental yang menetap untuk bereaksi positif atau negatif terhadap suatu objek.
2. Motif: Kebutuhan yang tidak terpenuhi akan menstimulasi individu dan memberikan pengaruh kuat pada persepsi mereka.
3. Minat: Fokus perhatian seseorang cenderung tertuju pada hal-hal yang sesuai dengan ketertarikan pribadinya; seseorang akan lebih cepat menyadari hal yang disukai dibandingkan yang tidak.
4. Pengalaman masa lalu: Pengalaman bertindak sebagai referensi. Hal-hal yang sudah pernah dialami atau diketahui sebelumnya akan lebih mudah dipersepsikan dibandingkan hal yang asing.

5. Ekspektasi: Individu cenderung melihat apa yang mereka harapkan untuk dilihat, bukan apa yang sebenarnya ada. Ekspektasi dapat mendistorsi persepsi agar sesuai dengan harapan tersebut.

B) Faktor Eksternal

1. Intensitas: Stimulus yang lebih kuat seperti suara yang lebih keras atau cahaya yang lebih terang akan lebih menarik perhatian daripada stimulus yang lemah.
2. Ukuran: Objek yang lebih besar memiliki probabilitas lebih tinggi untuk diperhatikan daripada objek yang kecil.
3. Gerakan: Objek yang bergerak lebih menarik perhatian mata dibandingkan objek yang diam (statis).
4. Kontras dan Kebaruan: Sesuatu yang berbeda secara mencolok dari latar belakang lingkungannya atau hal yang baru dan tidak biasa akan lebih menonjol dalam persepsi.

C) Faktor Situasional

1. Waktu: Waktu kejadian memengaruhi perhatian dan interpretasi seseorang.
2. Lingkungan dan Sosial: Suasana sekitar, pencahayaan, suhu, atau kehadiran orang lain dapat memengaruhi bagaimana seseorang menafsirkan suatu peristiwa pada saat itu.

2.6 Psikologi Pasien saat Situasi Darurat

Rasa aman (*sense of safety*) merupakan kebutuhan dasar manusia dalam hierarki Maslow yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan lain dapat dicapai, termasuk kebutuhan akan kesembuhan fisik (Anggeria et al., 2023). Individu yang merasa tidak aman atau cemas terhadap lingkungan fisiknya akan mengalami peningkatan hormon stres (*kortisol*), yang secara medis dapat menghambat proses pemulihan dan menurunkan respons imun dalam tubuh (Qonita et al., 2025). Oleh karena itu, menciptakan persepsi lingkungan yang aman merupakan bagian yang penting dari asuhan keperawatan yang holistik (Sya'diyah et al., 2023). Keberadaan simbol-simbol keselamatan yang nyata, seperti peta evakuasi yang terlihat jelas, alat pemadam api, dan jalur yang

terang, berkontribusi dalam membangun persepsi positif yang tidak hanya bersifat fisik tetapi juga psikologis (Sulastri, 2023).

2.7 Sistem Penunjuk Arah di Rumah Sakit

Wayfinding adalah proses kognitif dan perilaku untuk menentukan lokasi diri sendiri dan merencanakan rute menuju tujuan yang diinginkan dalam sebuah lingkungan atau ruangan (Atilla et al., 2021). Struktur arsitektur rumah sakit modern seringkali sangat kompleks, dengan lorong-lorong panjang yang identik, banyak persimpangan, dan desain yang repetitif, yang sering disebut menyerupai labirin (Pouyan et al., 2023). Bagi pengguna awam seperti pasien dan pengunjung, kompleksitas ini menyebabkan disorientasi lingkungan yang signifikan, bahkan dalam kondisi normal, apalagi dalam kondisi darurat (Rowe & Knox, 2022). Ketidakmampuan untuk melakukan navigasi (*wayfinding*) dengan cepat saat bencana dapat berkonsekuensi fatal, mengingat evakuasi harus dilaksanakan secara cepat dan tepat (Jamshidi et al., 2025).

Navigasi visual melalui penggunaan rambu dan peta menjadi solusi kritical untuk menjembatani kesenjangan antara kompleksitas gedung dan keterbatasan kognitif pengguna. Prinsip *wayfinding* yang efektif menuntut agar informasi navigasi ditempatkan pada titik-titik pengambilan keputusan strategis, di mana seseorang harus memilih arah. Jika informasi visual tidak tersedia, pasien akan memulai proses evakuasi dengan keraguan dan kebingungan. Oleh karena itu, sistem navigasi visual di rumah sakit tidak boleh hanya bersifat estetik, tetapi harus fungsional, intuitif, dan mampu memandu orang yang sedang berada dalam tekanan psikologis tinggi menuju area aman atau titik kumpul dengan hambatan kognitif seminimal mungkin.

2.8 Peta Evakuasi sebagai Media Edukasi dan Alat Bantu Kognitif

Dalam K3, peta evakuasi memiliki peran penting sebagai media edukasi pasif dan alat bantu kognitif (Sari & Ruhyat, 2024). Keberadaan peta dapat memberikan kesempatan pembelajaran mandiri bagi individu mengenai prosedur keselamatan tanpa memerlukan kehadiran instruktur secara terus-menerus (Aydar et al., 2023). Edukasi pasif ini sangat efektif karena dapat bersifat permanen, yang memungkinkan individu untuk mempelajari rute

evakuasi saat kondisi mereka sedang tenang, sehingga informasi tersebut dapat tersimpan dalam memori jangka pendek mereka (Putranta et al., 2024).

Sebagai alat bantu kognitif, peta berfungsi sebagai memori eksternal yang mengurangi beban otak saat situasi darurat terjadi (Greig et al., 2023). Ketika seseorang panik dan mengalami *memory block* atau lupa arah, keberadaan peta visual memberikan referensi instan yang dapat dipercaya (James, 2025). Desain peta yang baik harus mengadopsi prinsip ergonomi kognitif, seperti penggunaan kode warna yang kontras seperti hijau untuk aman, dan merah untuk bahaya, simbol universal yang mudah dipahami lintas bahasa, dan penanda "Posisi Anda" yang jelas (Mason, 2025). Dengan demikian, peta evakuasi dapat memberdayakan setiap individu untuk mengambil keputusan yang cepat dan tepat, mengurangi ketergantungan total pada petugas atau instruktur, dan meningkatkan peluang keberhasilan evakuasi secara mandiri (White & Ajax, 2025).

