

Mitigasi Risiko Keamanan Fisik Dan Psikis Bagi Tenaga Kesehatan Di Rumah Tahanan Kelas III B Bangil

¹Ervinda Rivantyas Putri

²A.Rohendi

³Dadang Kusnadi

(Program Pascasarjana Magister Manajemen, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya (ARS University)

Email: ervinda96@gmail.com

Abstract. Tenaga kesehatan (Nakes) yang bekerja di rumah tahanan menghadapi risiko kerja yang lebih kompleks dibandingkan fasilitas kesehatan umum. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi risiko fisik dan psikis yang dihadapi Nakes di Rumah Tahanan Kelas IIB Bangil, menganalisis bentuk mitigasi risiko yang telah dilakukan, serta merumuskan mitigasi risiko yang ideal dan aplikatif. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi interpretatif (Interpretative Phenomenological Analysis/IPA), melalui wawancara mendalam terhadap tenaga kesehatan, petugas keamanan, dan manajemen rutan, observasi langsung, serta data sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Nakes menghadapi risiko fisik dan psikis yang nyata, laten, dan saling berkaitan, terutama dipicu oleh kedekatan intensif dengan warga binaan, ketiadaan pengawalan keamanan, serta minimnya fasilitas pendukung. Mitigasi risiko yang berjalan masih didominasi upaya individual dan prosedur medis dasar, belum komprehensif. Berdasarkan kerangka ISO 31000:2018 dan prinsip Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), penelitian ini merumuskan mitigasi risiko yang preventif dan terintegrasi melalui penguatan SOP keamanan klinik, penyediaan fasilitas pendukung, optimalisasi peran petugas keamanan, serta dukungan psikososial bagi Nakes. Penelitian ini diharapkan menjadi rujukan kebijakan perlindungan tenaga kesehatan di lingkungan pemasyarakatan.

Keywords: Tenaga kesehatan, Mitigasi risiko, Risiko fisik dan psikis, Rumah Tahanan, K3

PENDAHULUAN

Tenaga kesehatan (Nakes), menurut Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, adalah individu profesional di bidang kesehatan yang berperan penting dalam pencapaian Universal Health Coverage (World Health Organization, 2016). Nakes yang bekerja di lingkungan khusus seperti Rumah Tahanan (Rutan) menghadapi tantangan tersendiri akibat kepadatan tinggi, risiko penularan penyakit, fasilitas medis terbatas, dan ancaman keamanan (Rubin, 2020), serta sering menghadapi risiko kekerasan dan tekanan psikologis akibat kurangnya perlindungan struktural (Maruschak, Berfozky, & Unangst, 2015).

Data pra-survei di Rutan Kelas IIB Bangil menunjukkan rasio pelayanan yang timpang, yaitu sekitar 600 Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) yang hanya dilayani oleh 5 tenaga kesehatan (rasio 1:120), berpotensi meningkatkan beban kerja dan paparan risiko keamanan. Data pelanggaran tahun 2021–2025 di lokasi penelitian memperlihatkan berbagai insiden seperti pemukulan, pengeroyokan, dan

penyalahgunaan obat medis, yang berpotensi mengancam keselamatan Nakes yang berinteraksi langsung dengan WBP.

Penelitian terdahulu tentang mitigasi risiko di lingkungan pemasyarakatan sebagian besar berfokus pada bencana alam (Syahfitri & Wibowo, 2022), kebakaran (Syahpurnama & Kurniawan, 2024) dan kepenuhesanan (Wibowo, 2020), sementara kajian yang mengintegrasikan kerangka manajemen risiko ISO 31000 dengan prinsip K3 secara khusus bagi tenaga kesehatan di rumah tahanan masih terbatas. Penelitian tentang mitigasi risiko di lembaga pemasyarakatan selama ini lebih banyak menyoroti aspek keamanan warga binaan, penanggulangan bencana alam, kebakaran, atau kepenuhesanan. Kajian yang secara khusus membahas perlindungan tenaga kesehatan (Nakes) sebagai subjek yang rentan masih sangat terbatas. Nakes bekerja di garda terdepan pelayanan kesehatan, berinteraksi langsung dengan warga binaan, namun perlindungan struktural yang memadai belum tersedia.

Selain itu, sebagian besar penelitian dilakukan di fasilitas kesehatan umum seperti rumah sakit dan puskesmas, yang memiliki karakteristik risiko dan sistem keamanan berbeda dengan lingkungan rumah tahanan. Padahal, rutan memiliki kompleksitas tersendiri: kepadatan tinggi, risiko kekerasan struktural, akses terbatas, serta keterbatasan sumber daya. Temuan di fasilitas kesehatan umum tidak serta-merta dapat diterapkan di rutan karena dinamika sosial, kewenangan, dan potensi ancaman sangat berbeda.

Dari sisi pendekatan, studi terdahulu dominan menggunakan metode kuantitatif atau teknis-administratif, sehingga kurang mampu menangkap pengalaman subjektif Nakes—termasuk ketakutan, kecemasan, dan strategi bertahan hidup yang mereka bangun secara mandiri. Pendekatan kualitatif-fenomenologis dalam penelitian ini memungkinkan tergalinya "suara" Nakes yang selama ini tidak terdokumentasi dalam laporan formal.

Kebaruan penelitian ini terletak pada integrasi tiga kerangka utama yang selama ini berdiri sendiri, yaitu **ISO 31000:2018** (manajemen risiko), **Keselamatan dan Kesehatan Kerja/K3** (perlindungan pekerja), dan **Job Demands-Resources/JD-R** (psikologi kerja), dalam satu kerangka analisis untuk merumuskan mitigasi risiko bagi tenaga kesehatan di rumah tahanan. Integrasi ini memungkinkan analisis risiko tidak hanya bersifat teknis-prosedural, tetapi juga mempertimbangkan aspek psikososial pekerja dan kesiapan sistem organisasi secara holistik. Dengan demikian, penelitian ini tidak sekadar mengidentifikasi risiko dan prosedur mitigasi, tetapi juga menjelaskan mekanisme psikologis yang membuat tenaga kesehatan bertahan di tengah minimnya perlindungan struktural—sebuah aspek yang selama ini terabaikan dalam studi mitigasi risiko di lingkungan pemasyarakatan. Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengidentifikasi risiko fisik dan psikis yang dihadapi Nakes; (2) mengevaluasi bentuk mitigasi risiko yang telah dilakukan; dan (3) merumuskan model mitigasi risiko yang ideal dan aplikatif bagi tenaga kesehatan di Rutan Kelas IIB Bangil.

LANDASAN TEORI

1. Teori Manajemen Risiko

Manajemen risiko berkembang karena dalam kehidupan selalu ada ketidakpastian adalah hal yang tak bisa dihindari. Hal ini mendasari pemikiran manajemen risiko hadir sebagai cara bagi manusia dan organisasi untuk mengantisipasi kemungkinan-kemungkinan yang bisa menghambat pencapaian tujuan. Awalnya, manajemen risiko dikenal sebagai alat untuk mengenali bahaya. Namun seiring waktu, konsep ini berkembang menjadi pendekatan yang lebih menyeluruh—yang tidak hanya fokus pada pencegahan, tetapi juga bagaimana risiko dipahami, dikendalikan, dan dikomunikasikan secara sistematis.

Menurut ISO 31000:2018, manajemen risiko adalah efek dari ketidakpastian terhadap tujuan. Dengan kata lain, ini bukan sekadar soal menghindari bahaya, tapi bagaimana organisasi menyikapi ketidakpastian dengan cara yang terstruktur: mulai dari mengenali risiko, menganalisis dan mengevaluasi dampaknya, merancang strategi penanganan, hingga terus memantau dan memperbaiki langkah-langkah tersebut seiring perubahan yang terjadi. Menurut (Hopkin, 2018) memperluas pemahaman ini yang menyebut bahwa manajemen risiko bukan hanya aktivitas teknis di balik meja, tetapi bagian penting dari strategi organisasi. Dalam pandangannya, manajemen risiko adalah cara berpikir proaktif—bukan cuma untuk menghindari kerugian, tapi juga untuk menciptakan nilai dan meningkatkan ketahanan organisasi dalam jangka panjang.

Manajemen risiko mempunyai tujuan dan fungsi baik dalam individu maupun organisasi secara keseluruhan. Beberapa tujuan dari manajemen risiko dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Menjaga kelangsungan operasi organisasi
2. Memberikan dasar keputusan yang rasional dan berbasis data
3. Mengelola sumber daya dengan lebih efisien
4. Meningkatkan kepercayaan dari berbagai pihak
5. Membangun budaya organisasi yang proaktif

Dengan memahami tujuan utama di atas, manajemen risiko tidak lagi dipahami sebagai tugas administratif yang rumit, tapi sebagai bagian dari budaya organisasi—terutama di lingkungan yang penuh tekanan. Pendekatan ini memungkinkan tenaga kerja dapat bekerja dengan lebih aman, tenang, dan profesional.

2. Konsep Mitigasi Risiko

Mitigasi risiko merupakan bagian dari tahap *risk treatment* dalam siklus manajemen risiko, yang fokus utamanya adalah mengurangi kemungkinan terjadinya suatu risiko dan/atau mengurangi dampak yang ditimbulkan jika risiko tersebut terjadi (ISO, 2018). Dengan kata lain, mitigasi tidak bertujuan menghilangkan risiko sepenuhnya (karena hampir tidak mungkin), tetapi lebih pada meminimalkan efek negatifnya dan meningkatkan kesiapsiagaan organisasi.

Mitigasi risiko bisa dipahami sebagai langkah lanjutan dari tahapan manajemen risiko, yang menitikberatkan pada kesiapan menghadapi dan mengekang dampak dari suatu ancaman. Finn & Downie (2024) menjelaskan bahwa langkah ini adalah strategi utama dalam menghadapi risiko, bukan untuk menghilangkannya, tapi untuk mengurangi dampak negatifnya.

Beberapa tujuan dan fungsi utama dari mitigasi risiko diantaranya berikut ini:

1. Mengurangi kemungkinan risiko terjadi
2. Memperkecil dampak jika risiko tetap terjadi
3. Meningkatkan kesiapan dan daya tanggap organisasi
4. Menjaga kelangsungan operasi dan meningkatkan kepercayaan
5. Menumbuhkan budaya risiko dan pembelajaran berkelanjutan

Mitigasi yang diterapkan dengan baik tak hanya menurunkan risiko, tapi juga membentuk budaya organisasi yang lebih sadar dan tanggap terhadap risiko. Ketika karyawan terbiasa melaporkan masalah, memperhatikan prosedur keselamatan, dan belajar dari kejadian sebelumnya, organisasi akan menjadi lebih adaptif dan cerdas dalam menghadapi perubahan.

3. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Keselamatan dan Kesehatan Kerja, atau yang sering kita kenal dengan istilah K3, bukan hanya soal memakai helm atau sarung tangan di tempat kerja. Lebih dari itu, K3 adalah pendekatan menyeluruh yang bertujuan melindungi setiap orang yang bekerja dari berbagai potensi bahaya—baik bahaya fisik, mental, maupun sosial—sehingga mereka bisa bekerja dengan tenang, aman, dan sehat.

Pandangan ini sejalan dengan pendapat (Suwardi & Daryanto, 2018) yang menyatakan bahwa K3 adalah kondisi kerja yang memberikan perlindungan optimal terhadap risiko kecelakaan dan gangguan kesehatan yang mungkin timbul dalam pelaksanaan pekerjaan.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) bukan sekadar kewajiban legal atau rutinitas prosedural di lingkungan kerja. Lebih dari itu, K3 adalah upaya strategis dan menyeluruh untuk melindungi manusia sebagai aset utama organisasi. Dengan menciptakan tempat kerja yang aman, sehat, dan produktif, organisasi tidak hanya melindungi pekerja, tetapi juga memperkuat fondasi keberlanjutan usahanya sendiri. Berikut adalah tujuan utama dari penerapan sistem K3 yang efektif:

1. Melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja dari berbagai bahaya
2. Mencegah kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja
3. Meningkatkan produktivitas dan kinerja organisasi
4. Menjamin kepatuhan terhadap peraturan dan standar
5. Membangun budaya kerja yang aman dan sadar risiko

Dengan demikian, tujuan K3 tidak hanya sebatas menghindari kecelakaan, tetapi juga menciptakan sistem kerja yang berkelanjutan, efisien, dan berorientasi pada manusia. Penerapan K3 yang menyeluruh akan berdampak langsung pada kualitas kerja, reputasi organisasi, dan keberlangsungan usaha. Oleh karena itu,

investasi dalam K3 bukanlah beban, melainkan fondasi penting dalam membangun organisasi yang sehat, produktif, dan bertanggung jawab.

4. Teori Psikologi Kerja

Psikologi kerja merupakan cabang ilmu psikologi yang mempelajari perilaku individu dalam lingkungan kerja, termasuk faktor-faktor yang memengaruhi kinerja, motivasi, stres kerja, kepuasan kerja, serta kesehatan mental pekerja. Dalam perspektif psikologi kerja, kondisi lingkungan kerja yang penuh tekanan dapat menimbulkan stres kerja (*occupational stress*), yaitu respon fisik dan psikologis yang muncul ketika tuntutan pekerjaan melebihi kemampuan individu untuk mengatasinya.

Teori *Job Demand–Resources* (JD-R) yang dikembangkan oleh Bakker dan Demerouti (2017) menjelaskan bahwa setiap pekerjaan memiliki tuntutan kerja (*job demands*) dan sumber daya kerja (*job resources*). Tuntutan kerja yang tinggi, seperti beban kerja berlebihan, tekanan emosional, dan ancaman keselamatan, dapat menyebabkan kelelahan fisik maupun psikologis apabila tidak diimbangi dengan sumber daya yang memadai. Sebaliknya, ketersediaan dukungan organisasi, sistem keamanan yang baik, pelatihan, serta dukungan sosial dapat membantu pekerja menghadapi tekanan kerja dan mengurangi dampak negatif terhadap kesehatan mental.

5. Keamanan Tenaga Kesehatan di Lingkungan Rumah Tahanan

Keamanan tenaga kesehatan merujuk pada kondisi di mana tenaga kesehatan dapat menjalankan tugasnya tanpa menghadapi risiko atau bahaya yang dapat mengancam kesejahteraan fisik, mental, maupun sosial nakes. Dalam definisi ini, keamanan mencakup perlindungan terhadap ancaman yang bersifat langsung, seperti infeksi atau cedera fisik, serta ancaman tidak langsung, seperti stres kerja atau kelelahan akibat tekanan emosional yang berkepanjangan.

Menurut *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), keamanan kerja dalam layanan kesehatan bertujuan untuk meminimalkan bahaya kerja melalui pengelolaan risiko, penerapan kebijakan keselamatan, dan pemberian pelatihan yang relevan. Keamanan ini sangat penting karena tenaga kesehatan menghadapi berbagai jenis risiko yang unik dibandingkan dengan profesi lain, termasuk kekerasan di tempat kerja, dan beban kerja yang tinggi. Keamanan tenaga kesehatan mencakup langkah-langkah untuk melindungi tenaga kesehatan dari risiko kecelakaan kerja, paparan penyakit menular, serta kekerasan fisik dan psikologis (Nurhadi, 2020). Dalam konteks layanan kesehatan, keamanan tenaga kesehatan tidak hanya penting untuk melindungi individu, tetapi juga memiliki dampak signifikan terhadap keberlanjutan layanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang merasa aman cenderung memberikan pelayanan yang lebih optimal, yang pada akhirnya meningkatkan kepuasan pasien dan hasil klinis.

6. Alat dan Prosedur Keamanan untuk Nakes

Lingkungan kerja tenaga kesehatan di rumah tahanan (Rutan) merupakan wilayah dengan risiko tinggi yang memerlukan sistem keamanan yang ketat. Kondisi ini menuntut tersedianya perangkat dan prosedur keamanan fisik guna melindungi tenaga kesehatan dari potensi ancaman atau tindakan kekerasan yang mungkin muncul selama proses pelayanan medis. Upaya perlindungan ini mencakup penyediaan alat keamanan pribadi serta penerapan prosedur operasional yang terstruktur.

1. Alat Keamanan Pribadi

Perangkat keamanan pribadi dirancang sebagai bentuk pertahanan diri tenaga kesehatan ketika menghadapi potensi kekerasan fisik. Beberapa alat yang relevan meliputi:

- a. Semprotan Gas Air Mata atau Semprotan Merica, digunakan untuk melumpuhkan pelaku agresif secara sementara tanpa menimbulkan cedera serius. Alat ini efektif dalam situasi yang mengancam keselamatan fisik tenaga kesehatan, namun penggunaannya perlu dikontrol agar tidak menimbulkan dampak terhadap pihak lain di sekitar.
- b. Borgol Plastik atau Tali Pengikat, alat ini berfungsi untuk membatasi gerakan individu yang menunjukkan perilaku membahayakan, khususnya dalam konteks pelayanan medis yang memerlukan pengendalian situasi secara cepat dan efisien.
- c. Rompi Pelindung (*Body Armor*), memberikan perlindungan terhadap ancaman fisik seperti pukulan, tusukan, atau lemparan benda keras. Meski demikian, penggunaan rompi pelindung perlu mempertimbangkan kenyamanan dan mobilitas tenaga kesehatan dalam bertugas.
- d. Alat Komunikasi Darurat (*Panic Button* atau *Walkie-Talkie*), perangkat ini memungkinkan tenaga kesehatan mengirimkan sinyal bahaya secara real-time untuk mendapatkan bantuan segera dari petugas keamanan.
- e. Kamera Pengawas (CCTV) dan Kamera Tubuh (*Body Camera*), alat perekam visual ini digunakan sebagai sarana dokumentasi dan pemantauan interaksi dengan warga binaan, sekaligus sebagai bukti dalam evaluasi kejadian kekerasan.

2. Prosedur Pengamanan

Selain perangkat keamanan, pelaksanaan prosedur keamanan yang sistematis sangat penting dalam meminimalisir risiko terhadap tenaga kesehatan. Prosedur-prosedur tersebut mencakup:

- a. Peningkatan Kewaspadaan Situasional, tenaga kesehatan perlu dibekali pelatihan untuk mengenali tanda-tanda awal perilaku agresif, seperti perubahan ekspresi wajah, intonasi suara, dan gerakan tubuh warga binaan. Deteksi dini ini penting untuk mencegah eskalasi situasi.
- b. Pendampingan oleh Petugas Keamanan, setiap kegiatan pelayanan medis, khususnya yang melibatkan kontak langsung dengan warga binaan, harus

- didampingi oleh petugas keamanan guna menjamin keselamatan tenaga kesehatan dan menjaga ketertiban selama proses berlangsung.
- c. Protokol Evakuasi Darurat, fasilitas klinik di rutan wajib memiliki sistem evakuasi darurat yang jelas dan mudah diakses. Protokol ini meliputi pengenalan jalur evakuasi, penggunaan pintu darurat, serta pelatihan rutin dalam bentuk simulasi evakuasi.
 - d. Zona Aman di Klinik, area aman merupakan ruang dalam fasilitas klinik yang dapat digunakan sebagai tempat berlindung sementara oleh tenaga kesehatan saat terjadi insiden darurat. Ruang ini idealnya dilengkapi dengan sistem penguncian otomatis, perangkat komunikasi darurat, dan pengawasan CCTV.
 - e. Pengelolaan Konflik, penggunaan teknik de-eskalasi secara verbal menjadi pendekatan utama dalam mengelola potensi konflik. Tenaga kesehatan perlu menguasai keterampilan komunikasi non-konfrontatif, menjaga postur tubuh yang netral, dan menetapkan batas fisik yang aman dalam interaksi.
 - f. Pelatihan Simulasi, simulasi berbasis skenario darurat merupakan metode pelatihan yang efektif dalam meningkatkan kesiapsiagaan tenaga kesehatan terhadap potensi kekerasan. Melalui pelatihan ini, tenaga kesehatan dilatih untuk merespons secara cepat dan efisien dalam situasi berisiko.
 - g. Prosedur Masuk dan Keluar Klinik, pemeriksaan keamanan terhadap warga binaan yang memasuki ruang klinik harus dilakukan secara ketat untuk memastikan mereka tidak membawa benda berbahaya. Prosedur ini krusial untuk mencegah insiden kekerasan terhadap tenaga kesehatan selama pelayanan berlangsung.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi interpretatif (*Interpretative Phenomenological Analysis/IPA*) sebagaimana dikembangkan oleh (Smith, Flowers, & Larkin, 2009) yang memandang pengalaman informan sebagai hasil interpretasi aktif antara subjek dan peneliti (*double hermeneutic*).

Penelitian dilaksanakan di Klinik Rutan Kelas IIB Bangil, Pasuruan, Jawa Timur. Informan dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Penelitian ini melibatkan 12 informan yang dipilih secara purposive, terdiri atas 6 tenaga kesehatan (2 dokter umum, 2 perawat, 1 petugas administrasi klinik, dan 1 psikolog klinis), 4 petugas keamanan, serta 2 pihak manajemen Rutan (Kepala Rutan dan Kasubsi Pelayanan Tahanan). Seluruh informan telah bekerja di Rutan Kelas IIB Bangil minimal 1 tahun, sehingga memiliki pengalaman langsung dan pemahaman mendalam mengenai dinamika risiko di lingkungan klinik rutan. Pemilihan informan dari tiga kelompok ini bertujuan untuk memperoleh perspektif yang komprehensif dan saling melengkapi mengenai risiko fisik dan psikis yang dihadapi Nakes, serta bentuk mitigasi yang telah dan seharusnya dilakukan.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi langsung di klinik rutan, dan studi dokumen sekunder berupa SOP keamanan, laporan insiden, dan catatan pelatihan. Triangulasi sumber dan metode digunakan untuk meningkatkan validitas data.

Analisis data dilakukan dengan pendekatan *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) melalui lima tahapan: (1) pembacaan berulang transkrip wawancara untuk menangkap makna awal; (2) kategorisasi tema awal (*emergent themes*); (3) kodifikasi dan reduksi data; (4) pemetaan pola antar tema (*pattern mapping*); dan (5) sintesis esensi fenomena. Proses kodifikasi menggunakan kombinasi *in vivo coding* (menangkap istilah asli informan), *descriptive coding*, dan *interpretative coding* untuk memastikan data tetap kontekstual (Miles, Huberman, & Saldaña, 2018).

Untuk menjamin validitas dan keandalan data, penelitian ini menerapkan triangulasi sumber (membandingkan data dari Nakes, petugas keamanan, dan manajemen) dan triangulasi metode (menggabungkan wawancara, observasi, dan studi dokumen). Selain itu, dilakukan *member checking* dengan mengonfirmasi kembali hasil wawancara kepada informan untuk memastikan akurasi interpretasi peneliti, serta *peer debriefing* melalui diskusi dengan dosen pembimbing untuk meminimalkan bias dalam analisis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil

Risiko fisik yang dihadapi Nakes bersifat laten namun konsisten, bersumber utama dari kedekatan fisik intensif dengan WBP selama pemeriksaan medis, tindakan injeksi, perawatan luka, maupun sesi konseling psikologis. Hal ini diungkapkan oleh seorang dokter umum yang menyatakan:

"Yang paling sering itu risiko karena kedekatan fisik dengan WBP. Klinik kecil, jadi jarak kita dengan mereka sangat dekat. Kadang mereka gelisah atau bergerak tiba-tiba, dan karena tidak ada pengawalan, situasinya harus saya kontrol sendiri." (Wawancara Dokter Umum, 2 Desember 2025)

Pengalaman serupa juga disampaikan oleh seorang perawat:

"Risiko fisik paling sering muncul saat saya melakukan tindakan seperti suntikan atau perawatan luka, karena saya harus berada sangat dekat dengan WBP. Dalam kondisi itu, ruang gerak saya terbatas dan tidak ada petugas keamanan yang mendampingi." (Wawancara Perawat, 2 Desember 2025)

Sementara itu, psikolog klinis menambahkan:

"Risiko fisik yang saya hadapi terutama muncul saat sesi konseling. Karena konseling dilakukan dalam ruangan kecil tanpa pendampingan, saya berada dalam posisi yang sangat dekat dengan WBP. Jika mereka tiba-tiba marah, menangis, atau frustrasi, saya tidak punya perlindungan apa pun." (Wawancara Psikolog Klinik, 2 Desember 2025)

Ruang klinik yang sempit membatasi ruang gerak tenaga kesehatan, sehingga ketika WBP menunjukkan perubahan emosi mendadak, risiko fisik meningkat

signifikan. Risiko ini diperburuk oleh ketiadaan pendampingan keamanan langsung dan tidak adanya sistem screening barang bawaan WBP. Seorang dokter umum mengungkapkan:

"Risiko paling besar itu ketiadaan pendampingan keamanan saat pemeriksaan. Tidak ada screening, tidak ada pengecekan barang, dan WBP langsung masuk ke ruang saya. Itu paling krusial." (Wawancara Dokter Umum, 2 Desember 2025)

Hal yang sama disampaikan oleh petugas administrasi klinik:

"Karena tidak ada pengamanan di pintu klinik dan tidak ada pengecekan barang bawaan, kami tidak pernah tahu apakah WBP membawa benda kecil yang bisa membahayakan atau tidak. Itu membuat saya harus selalu waspada." (Wawancara Petugas Admin Klinik, 2 Desember 2025)

Petugas keamanan juga mengonfirmasi:

"Sejujurnya, belum ada prosedur resmi. Tidak ada pengawalan, tidak ada penjagaan dekat ruang medis. Kami hanya berjaga di pos yang jaraknya sekitar 15–20 meter dari klinik. Jadi selama pelayanan berlangsung, nakes menghadapi WBP sepenuhnya sendiri." (Wawancara Petugas Keamanan 1, 3 Desember 2025)

Risiko psikis yang teridentifikasi mencakup kewaspadaan berlebih yang harus dijaga terus-menerus, ketegangan emosional akibat interaksi intens dengan WBP, kelelahan mental akibat beban kerja, serta rasa tidak aman akibat minimnya sistem perlindungan formal seperti SOP keamanan khusus, CCTV, atau *panic button*. Seorang dokter umum menjelaskan:

"Kalau tekanan berat mungkin tidak, tapi kewaspadaan itu selalu ada. Kita selalu harus membaca gesture mereka, nada bicara, dan perubahan emosi. Itu kadang melelahkan secara psikis. Tidak ada intimidasi langsung, tapi situasi tanpa pengamanan membuat mental harus siap setiap saat." (Wawancara Dokter Umum, 2 Desember 2025)

Perawat juga menyampaikan hal serupa:

"Sebenarnya saya tidak merasa tekanan mental yang berat, tapi saya selalu waspada. Karena kami bekerja sendirian berhadapan langsung dengan WBP, rasa waspada itu otomatis muncul setiap kali ada yang nada suaranya naik atau gerakannya mendadak." (Wawancara Perawat, 2 Desember 2025)

Psikolog klinis menambahkan:

"Risiko psikis pasti ada. Saya sering menghadapi WBP dengan emosi yang sangat tinggi atau tidak stabil. Mendengarkan cerita traumatis, kemarahan, atau kecemasan mereka juga bisa mempengaruhi kondisi emosional saya. Dan karena kondisi keamanan minim, rasa waspada itu terus-menerus ada selama sesi konseling." (Wawancara Psikolog Klinik, 2 Desember 2025)

Tabel 1. Mitigasi

No	Jenis Risiko	Sumber Risiko	Dampak	Likelihood	Severity	Tingkat Risiko	Mitigasi Ideal
1	Kedekatan fisik intensif dengan WBP	Ruang klinik sempit, interaksi langsung saat tindakan medis/konseling	Cedera fisik, tertusuk jarum, terpukul, terdorong	Tinggi	Sedang	Tinggi	Penyediaan ruang pemeriksaan lebih luas, pembatas fisik (meja/partisi), pengaturan posisi kerja aman
2	Ketiadaan pendampingan keamanan	Tidak ada petugas keamanan standby di klinik	Nakes menghadapi WBP sendirian, respons lambat saat darurat	Tinggi	Tinggi	Sangat Tinggi	Penempatan minimal 1 petugas keamanan standby di area klinik saat jam pelayanan
3	Tidak ada screening barang bawaan WBP	WBP masuk klinik tanpa pemeriksaan	Potensi membawa benda tajam/berbahaya	Sedang	Tinggi	Tinggi	Penerapan prosedur screening sederhana sebelum WBP memasuki ruang klinik
4	Potensi kekerasan situasional/near miss	WBP dengan emosi tidak stabil, nyeri, atau frustrasi	Cedera fisik akibat serangan mendadak	Sedang	Tinggi	Tinggi	Pelatihan de-eskalasi konflik, komunikasi asertif, prosedur evakuasi darurat
5	Kewaspadaan berlebihan dan ketegangan emosional	Bekerja tanpa perlindungan, harus membaca gestur WBP terus-menerus	Kelelahan mental, stres kronis, burnout	Tinggi	Sedang	Tinggi	Dukungan psikososial, supervisi rutin, forum refleksi berkala
6	Beban emosional akibat interaksi dengan WBP	Mendengar cerita traumatis, menghadapi kemarahan/kecemasan WBP	Emotional exhaustion, kelelahan psikis	Tinggi	Sedang	Tinggi	Konseling rutin bagi Nakes, pelatihan manajemen stres, rotasi tugas

7	Tekanan kerja dan beban layanan tinggi	Rasio Nakes:WBP = 1:120, antrean hingga 30 WBP/hari	Kelelahan fisik dan mental, penurunan kualitas layanan	Tinggi	Sedang	Tinggi	Penambahan tenaga kesehatan, pengaturan jadwal, sistem prioritas pasien
8	Rasa tidak aman akibat minimnya sistem perlindungan	Tidak ada CCTV, panic button, alarm, jalur evakuasi	Kecemasan kronis, perilaku defensif, penurunan kepuasan kerja	Tinggi	Tinggi	Sangat Tinggi	Pemasangan CCTV, panic button, alarm darurat, jalur evakuasi jelas
9	Minimnya SOP keamanan khusus klinik	Belum ada SOP pendampingan, screening, dan penanganan konflik	Ketidakpastian prosedur, mitigasi tidak terstandar	Tinggi	Tinggi	Sangat Tinggi	Penyusunan SOP Keamanan Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi
10	Belum ada pelatihan mitigasi risiko	Nakes belum pernah mendapat pelatihan penanganan WBP agresif	Ketergantungan pada intuisi, kapasitas individual tidak merata	Sedang	Sedang	Sedang	Pelatihan rutin de-eskalasi, manajemen konflik, dan tanggap darurat

Sumber, data diolah 2026

Mitigasi risiko yang berjalan saat ini bersifat parsial dan informal. Mitigasi yang paling dominan adalah mitigasi individual, berupa strategi self-protection seperti menjaga jarak aman, memilih posisi dekat pintu keluar, membaca bahasa tubuh WBP sebagai early warning, serta komunikasi de-eskalasi. Seorang dokter umum menjelaskan strateginya:

"Saya selalu menjaga jarak aman, duduk dekat pintu, dan memastikan posisi tubuh saya tidak terkunci. Komunikasi juga penting—saya pakai nada yang tenang supaya mereka ikut tenang." (Wawancara Dokter Umum, 2 Desember 2025)

Perawat juga menyampaikan:

"Saya selalu berusaha menjaga jarak aman, meskipun itu kadang sulit saat tindakan medis. Saya juga memilih posisi yang dekat dengan pintu keluar. Dan kalau suasana mulai panas, saya pakai komunikasi de-eskalasi dengan nada tenang dan kalimat pendek agar mereka tidak semakin tegang." (Wawancara Perawat, 2 Desember 2025)

Psikolog klinis menambahkan:

"Saya selalu duduk dekat pintu agar mudah keluar bila situasi tidak aman. Saya menjaga jarak sekitar satu meter ketika sesi berlangsung. Komunikasi de-eskalasi sangat penting, jadi saya pastikan suara saya tetap rendah, ritmis, dan tidak memicu emosi mereka." (Wawancara Psikolog Klinik, 2 Desember 2025)

Petugas keamanan mengamati fenomena ini:

"Beberapa kali saya melihat situasi di klinik memanas, tapi nakes mampu menenangkan WBP sendiri tanpa bantuan kami. Itu justru membuat saya merasa nakes menanggung beban keamanan yang seharusnya bukan sepenuhnya tanggung jawab mereka." (Wawancara Petugas Keamanan 2, 3 Desember 2025)

Mitigasi prosedural terbatas pada penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dasar sesuai SOP pelayanan medis, namun belum mencakup SOP keamanan khusus untuk perlindungan Nakes. Seorang dokter umum menyatakan:

"Untuk pelayanan medis, SOP-nya jelas dan kami patuhi. Tapi untuk keamanan... sebenarnya tidak ada SOP khusus, jadi tidak ada standar yang bisa kami pegang." (Wawancara Dokter Umum, 2 Desember 2025)

Psikolog klinis juga mengungkapkan:

"Belum ada SOP keamanan khusus untuk psikolog. Jadi saya bekerja berdasarkan intuisi dan pengalaman pribadi. SOP lebih fokus pada pelayanan medis, bukan pada konseling." (Wawancara Psikolog Klinik, 2 Desember 2025)

Kasubsie Pengamanan Rutan mengakui:

"SOP pengamanan yang ada bersifat umum. Tidak ada SOP khusus pengamanan klinik." (Wawancara Kasubsie Pengamanan Rutan, 4 Desember 2025)

Mitigasi berbasis fasilitas juga masih minim, tanpa dukungan CCTV, panic button, atau alarm darurat.

Tabel 2. Tabel Risiko

No	Jenis Risiko	Kelemahan Kontrol Saat Ini	Tindakan Mitigasi yang Diperlukan	Prioritas
1	Kedekatan fisik intensif dengan WBP	Ruang klinik sempit, tidak ada pembatas fisik, posisi kerja tidak terstandar	Penyediaan ruang pemeriksaan lebih luas, penambahan partisi/meja sebagai pembatas, pelatihan posisi kerja aman (dekat pintu, tidak membelakangi WBP)	Tinggi
2	Ketiadaan pendampingan keamanan	Petugas keamanan hanya berjaga di pos 15-20 meter, tidak ada	Penempatan minimal 1 petugas keamanan standby di area klinik saat jam	Sangat Tinggi

		pendampingan langsung	pelayanan, pengawalan pada tindakan berisiko tinggi	
3	Tidak ada screening barang bawaan WBP	WBP masuk klinik tanpa pemeriksaan, tidak ada deteksi dini benda berbahaya	Penerapan prosedur screening sederhana (pemeriksaan visual/body scanner) sebelum WBP memasuki ruang klinik	Tinggi
4	Potensi kekerasan situasional/near miss	Tidak ada pelatihan de-eskalasi, prosedur evakuasi tidak jelas	Pelatihan rutin komunikasi de-eskalasi, manajemen konflik, dan prosedur evakuasi darurat	Tinggi
5	Kewaspadaan berlebih dan ketegangan emosional	Tidak ada dukungan psikososial, supervisi, atau forum refleksi	Penyediaan dukungan psikososial (konseling, supervisi rutin, forum refleksi berkala)	Sedang
6	Beban emosional akibat interaksi dengan WBP	Tidak ada konseling rutin bagi Nakes, rotasi tugas tidak terstruktur	Konseling rutin bagi Nakes, pelatihan manajemen stres, pengaturan rotasi tugas	Sedang
7	Tekanan kerja dan beban layanan tinggi	Rasio Nakes:WBP = 1:120, antrean 30 WBP/hari	Penambahan tenaga kesehatan, pengaturan jadwal pelayanan, sistem prioritas pasien	Sedang
8	Rasa tidak aman akibat minimnya sistem perlindungan	Tidak ada CCTV, panic button, alarm, jalur evakuasi	Pemasangan CCTV, panic button, alarm darurat, penandaan jalur evakuasi	Sangat Tinggi
9	Minimnya SOP keamanan khusus klinik	Belum ada SOP pendampingan, screening, dan penanganan konflik	Penyusunan SOP Keamanan Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi dengan SOP medis	Sangat Tinggi
10	Belum ada pelatihan mitigasi risiko	Nakes belum pernah mendapat pelatihan penanganan WBP agresif	Pelatihan rutin de-eskalasi, manajemen konflik, tanggap darurat, dan simulasi situasi krisis	Sedang

Sumber: Data diolah 2026

Berdasarkan analisis lintas aktor, penelitian ini merumuskan lima komponen model mitigasi risiko yang ideal dan aplikatif, sebagaimana dirangkum pada Tabel berikut:

Tabel 3. Komponen Model Mitigasi Risiko Ideal dan Aplikatif bagi Nakes di Rutan Kelas IIB Bangil

Komponen Mitigasi	Bentuk Implementasi
Penguatan kebijakan dan SOP keamanan klinik	Penyusunan SOP Keamanan Pelayanan Kesehatan yang mengatur alur registrasi WBP, identifikasi WBP berisiko tinggi, pendampingan keamanan, serta prosedur penanganan kondisi darurat.

Penyediaan fasilitas pendukung keamanan	Pengadaan bertahap dan prioritatif: panic button, alat komunikasi darurat, jalur evakuasi, dan CCTV pada area klinik strategis.
Optimalisasi peran petugas keamanan	Pergeseran peran dari reaktif menjadi preventif melalui penempatan petugas standby, briefing rutin, dan prosedur respons bersama dengan Nakes.
Peningkatan kapasitas dan pelatihan	Pelatihan rutin komunikasi de-eskalasi, pengenalan tanda perilaku agresif, manajemen konflik, dan tanggap darurat.
Dukungan psikososial bagi Nakes	Forum refleksi berkala, akses konsultasi psikologis, dan mekanisme pelaporan internal terkait tekanan kerja.

Sumber: data diolah 2026

2. Pembahasan

Temuan penelitian menunjukkan bahwa risiko fisik dan psikis yang dihadapi Nakes tidak berdiri sendiri, melainkan membentuk pola kausalitas yang saling menguatkan. Kedekatan fisik intensif dengan WBP dan ketiadaan pengawalan keamanan merupakan faktor pemicu (trigger) utama yang memunculkan respons psikologis berupa kewaspadaan kronis dan kecemasan berkelanjutan. Dalam perspektif teori Job Demands-Resources (JD-R), kondisi ini dapat dijelaskan sebagai ketidakseimbangan antara tuntutan kerja (job demands) yang tinggi—berupa ancaman fisik nyata dan beban emosional—dengan sumber daya kerja (job resources) yang minim, seperti tidak adanya dukungan keamanan struktural, SOP yang jelas, maupun fasilitas pendukung (Bakker & Demerouti, 2017).

Ketidakseimbangan ini menciptakan mekanisme coping yang bersifat adaptif namun tidak berkelanjutan. Nakes mengembangkan strategi perlindungan diri berbasis pengalaman personal—seperti pengaturan posisi tubuh, komunikasi de-eskalasi, dan pembacaan gestur WBP—sebagai bentuk "sumber daya cadangan" yang mereka bangun sendiri karena sistem tidak menyediakannya. Namun, strategi ini hanya efektif dalam jangka pendek dan sangat bergantung pada kapasitas individu. Dalam jangka panjang, akumulasi kewaspadaan terus-menerus berpotensi menimbulkan kelelahan emosional (emotional exhaustion) yang dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan dan meningkatkan risiko kesalahan medis (Kurniawati et al., 2023).

Secara teoritis, kondisi ini juga mencerminkan kegagalan penerapan prinsip *human and cultural factors* dalam ISO 31000:2018, yang menekankan bahwa sistem manajemen risiko harus mempertimbangkan persepsi, perilaku, dan budaya organisasi dalam merespons risiko. Di Rutan Kelas IIB Bangil, budaya kerja yang terbentuk justru menormalisasi beban risiko individu—Nakes dianggap "harus mampu" menghadapi situasi berbahaya sendiri—tanpa ada mekanisme perlindungan dari organisasi. Hal ini menciptakan paradoks: semakin kompeten Nakes dalam menangani risiko secara mandiri, semakin besar kecenderungan sistem untuk mengabaikan perlunya perbaikan struktural.

Implikasi dari Minimnya Sistem Perlindungan

Implikasi paling nyata dari minimnya sistem perlindungan adalah perpindahan beban risiko dari institusi ke individu. Dalam kerangka Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), hal ini bertentangan dengan prinsip dasar bahwa perlindungan pekerja merupakan tanggung jawab pemberi kerja, bukan beban individu (Suwardi & Daryanto, 2018). Ketika Nakes harus menggunakan keterampilan komunikasi dan kewaspadaan pribadi sebagai "benteng" utama menghadapi risiko, hal ini menunjukkan bahwa institusi belum menjalankan fungsi perlindungannya secara memadai.

Lebih lanjut, minimnya sistem perlindungan berdampak pada dua level: level individu (terjadi akumulasi stres, kecemasan, dan potensi burnout pada Nakes) dan level organisasi (meningkatnya risiko kesalahan medis, turn-over intention, dan penurunan mutu pelayanan kesehatan bagi WBP). Dengan kata lain, kegagalan melindungi Nakes bukan hanya masalah kesejahteraan pekerja, tetapi juga masalah kualitas layanan publik yang lebih luas. Mengapa Mitigasi Individual Tidak Cukup? Meskipun strategi mitigasi individual yang dikembangkan Nakes—seperti de-eskalasi dan pengaturan posisi—terbukti efektif secara situasional, strategi ini memiliki kelemahan fundamental: ketergantungan pada faktor subjektif seperti pengalaman, intuisi, dan kondisi psikologis sesaat. Dua orang Nakes dengan pelatihan dan pengalaman berbeda akan memiliki kemampuan yang berbeda pula dalam menghadapi situasi yang sama. Hal ini menciptakan ketidakadilan dalam keselamatan kerja—Nakes yang lebih berpengalaman mungkin lebih "aman" dibandingkan Nakes yang baru bertugas, padahal seharusnya sistem memberikan perlindungan yang setara bagi semua.

Dari perspektif manajemen risiko, mitigasi individual termasuk dalam kategori kontrol yang tidak terstandar dan tidak terukur, sehingga sulit untuk dievaluasi efektivitasnya dan tidak dapat diandalkan sebagai strategi utama. ISO 31000:2018 menekankan bahwa pengendalian risiko harus bersifat sistematis, terdokumentasi, dan terintegrasi ke dalam proses organisasi (ISO, 2018). Dengan kata lain, perlindungan Nakes harus dibangun sebagai sistem, bukan keterampilan individu.

Implikasi Model Mitigasi Ideal bagi Sistem

Model mitigasi yang dirumuskan dalam penelitian ini (Tabel 3) memiliki implikasi penting bagi transformasi sistem pengamanan di Rutan Kelas IIB Bangil. Pertama, model ini menegaskan bahwa perlindungan Nakes harus dimulai dari penguatan kebijakan dan SOP, bukan dari pelatihan individu. SOP keamanan klinik berfungsi sebagai dasar hukum dan prosedural yang memungkinkan Nakes dan petugas keamanan memiliki "bahasa risiko" yang sama dan ekspektasi yang jelas terhadap peran masing-masing.

Kedua, model ini menunjukkan bahwa fasilitas pendukung seperti CCTV, panic button, dan alarm darurat bukanlah kemewahan, melainkan kebutuhan dasar untuk menciptakan rasa aman dan memungkinkan respons cepat dalam situasi

krisis. Kehadiran fasilitas ini juga berfungsi sebagai pencegah (deterrent) terhadap potensi kekerasan, karena WBP akan menyadari bahwa tindakan mereka terekam dan dapat dilaporkan.

Ketiga, model ini menekankan bahwa pelatihan dan dukungan psikososial merupakan investasi jangka panjang. Pelatihan de-eskalasi dan manajemen konflik tidak hanya meningkatkan kemampuan teknis Nakes, tetapi juga membangun kepercayaan diri dan rasa aman psikologis yang mengurangi beban mental. Sementara itu, forum refleksi dan konseling rutin berfungsi sebagai sistem penyangga (buffer) terhadap akumulasi stres emosional.

Kontribusi Teoretis Penelitian

Secara teoretis, penelitian ini memberikan kontribusi dengan mengintegrasikan tiga kerangka—ISO 31000:2018, K3, dan JD-R—dalam konteks yang selama ini terabaikan, yaitu perlindungan tenaga kesehatan di rumah tahanan. Integrasi ini memungkinkan analisis risiko tidak hanya dari sisi teknis-prosedural (sebagaimana lazim dalam manajemen risiko), tetapi juga dari sisi psikososial pekerja (JD-R) dan perlindungan hak pekerja (K3). Dengan demikian, penelitian ini menawarkan pendekatan yang lebih holistik dalam memahami dan mengelola risiko kerja di lingkungan masyarakat.

Selain itu, penelitian ini memperluas temuan Nugraheni (2021) dengan menunjukkan bahwa pengabaian kesejahteraan Nakes di lembaga masyarakat bukan semata akibat kurangnya perhatian, tetapi karena belum adanya kerangka mitigasi risiko yang terstruktur. Penelitian ini juga melengkapi studi Maruschak et al. (2015) dan Rahmawati & Rachmawati (2021) dengan tidak hanya mengidentifikasi risiko, tetapi juga merumuskan solusi sistemik yang kontekstual dan aplikatif.

Keterbatasan dan Agenda Penelitian Selanjutnya

Meskipun model mitigasi yang dirumuskan berbasis pada data empiris dan kajian teori yang mendalam, penelitian ini memiliki keterbatasan pada tahap implementasi. Model yang diusulkan masih bersifat konseptual dan belum diuji coba secara langsung di lapangan. Oleh karena itu, agenda penelitian selanjutnya yang paling mendesak adalah melakukan studi implementasi untuk menguji efektivitas model dalam menurunkan tingkat risiko fisik dan psikis, serta mengidentifikasi hambatan-hambatan praktis dalam penerapannya.

Selain itu, penelitian kuantitatif lebih lanjut diperlukan untuk mengukur secara lebih presisi tingkat keparahan risiko dan dampak intervensi terhadap kesejahteraan Nakes, misalnya melalui pengukuran burnout, kepuasan kerja, dan tingkat insiden keamanan sebelum dan sesudah implementasi model.

Dalam perspektif ISO 31000:2018, kondisi ini mencerminkan risiko operasional yang belum dikelola secara terstruktur pada tingkat organisasi, karena sebagian besar risiko masih dikelola secara individual oleh tenaga kesehatan,

bertentangan dengan prinsip *integrated and structured and comprehensive* dalam manajemen risiko modern. Dari perspektif K3, (Suwardi & Daryanto, 2018) menegaskan bahwa keselamatan dan kesehatan kerja merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan, sehingga ancaman terhadap keselamatan fisik berdampak langsung pada kondisi psikologis pekerja. Temuan ini sejalan dengan (Maruschak, Berfozky, & Unangst, 2015) serta (Rahmawati & Rachmawati, 2021) yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan di lingkungan masyarakatan menghadapi risiko kekerasan dan tekanan psikologis yang lebih tinggi akibat keterbatasan sistem keamanan.

Penelitian ini memberikan kontribusi tambahan dengan menunjukkan bahwa risiko psikis tidak selalu termanifestasi sebagai stres berat, melainkan hadir sebagai akumulasi kewaspadaan dan kelelahan emosional ringan yang berulang—memperluas temuan Nugraheni (2021). Sejalan dengan (Kurniawati, Fikaris, Eryani, Rohendi, & Wahyudi, 2023), beban kerja dan burnout berpengaruh negatif terhadap kinerja tenaga kesehatan, sementara (Pujiastuti, Purwadhi, & Widjaja, 2023) menegaskan bahwa profesionalisme dan keterampilan tenaga kesehatan berpengaruh signifikan terhadap mutu pelayanan, sehingga ketahanan profesional terhadap tekanan psikologis menjadi krusial di lingkungan kerja berisiko tinggi.

Mitigasi yang dominan secara individual—seperti pengaturan posisi tubuh dan komunikasi de-eskalasi—dapat dipahami sebagai *risk coping mechanism* akibat keterbatasan sistem. (Hopkin, 2018) menyatakan bahwa mitigasi berbasis individu cenderung tidak berkelanjutan karena bergantung pada pengalaman personal. Dari konsep mitigasi risiko sebagai *controllable risk* (Arifudin, Wahrudin, & Rusmana, 2020) sebagian besar risiko yang dihadapi Nakes sesungguhnya dapat dikendalikan melalui intervensi sistemik berupa SOP keamanan, fasilitas pengaman, dan pelatihan.

Model mitigasi risiko yang ideal pada Tabel 1 menegaskan bahwa risiko keamanan Nakes merupakan risiko organisasi yang memerlukan perhatian manajerial. Sejalan dengan (Widjaja, Maharani, & Setiati, 2025), efektivitas organisasi pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kejelasan struktur, pembagian peran, dan mekanisme koordinasi, termasuk koordinasi antara fungsi pelayanan kesehatan dan fungsi keamanan. Implementasi model ini memerlukan kesiapan sumber daya manusia sebagai pelaksana, sejalan dengan temuan (Fittrani, Rohendi, Sukajie, & Purwadhi, 2025) dan (Purwadhi & Adriani, 2021) bahwa keberhasilan suatu sistem organisasi lebih ditentukan oleh kesiapan dan kapasitas SDM dibandingkan ketersediaan regulasi semata. Penerapan model secara bertahap—dimulai dari intervensi berbiaya rendah namun berdampak besar—juga sejalan dengan temuan (Sandi, Permatasari, Purwadhi, & Widjaya, 2025) mengenai pentingnya budaya organisasi yang suportif dan berorientasi keselamatan dalam membentuk perilaku tenaga kesehatan merespons risiko kerja.

Hasil penelitian dapat disajikan dalam bentuk gambar atau data yang dibuat gambar/grafik/diagram, tabel, dan/atau deskriptif. Dalam bab ini, tidak hanya

sekedar menarasikan isi tabel dan gambar. Analisis dan interpretasi hasil ini diperlukan sebelum dibahas.

Gambar dan tabel diletakkan di tengah. Judul gambar maupun tabel ditulis dari kiri di atas gambar/tabel, semua awal kata ditulis dengan menggunakan huruf kapital kecuali kata sambung. Jarak antar baris dalam tabel menggunakan *single space*.

Pembahasan difokuskan pada mengaitkan data dan hasil analisisnya dengan permasalahan atau tujuan penelitian dan konteks teoretis yang lebih luas. Pembahasan juga dapat membandingkan dengan hasil penelitian terdahulu yang relevan. Pembahasan dapat ditulis melekat dengan data yang dibahas. Atau semua hasil/data dipaparkan terlebih dahulu kemudian baru dibahas kemudian.

KESIMPULAN

Tenaga kesehatan di Rutan Kelas IIB Bangil menghadapi risiko fisik dan psikis yang nyata, laten, dan saling berkaitan, yang dipicu oleh kedekatan intensif dengan WBP, ketiadaan pengawalan keamanan, serta minimnya fasilitas pendukung. Mitigasi risiko yang berjalan saat ini masih didominasi oleh upaya individual dan prosedur medis dasar, belum terintegrasi sebagai sistem manajemen risiko organisasi.

Berdasarkan kerangka ISO 31000:2018 dan prinsip K3, penelitian ini merumuskan model mitigasi risiko yang ideal dan aplikatif, mencakup penguatan kebijakan dan SOP keamanan klinik, penyediaan fasilitas pendukung secara bertahap, optimalisasi peran petugas keamanan dari reaktif menjadi preventif, peningkatan kapasitas dan pelatihan, serta dukungan psikososial bagi Nakes. Disarankan agar manajemen Rutan Kelas IIB Bangil mengimplementasikan model ini secara bertahap sesuai prioritas risiko dan kapasitas anggaran, serta agar penelitian selanjutnya menguji secara empiris efektivitas implementasi model mitigasi yang diusulkan.

DAFTAR PUSTAKA

- (ILO), I. L. (2019). Safety and health at the heart of the future of work. *ILO*, 2-6.
- Arifudin, O., Wahrudin, U., & Rusmana, F. D. (2020). *Manajemen Risiko*. Bandung: Widina Bhakti Persada .
- Fittrani, A., Rohendi, A., Sukajie, B., & Purwadhi, P. (2025). Penguatan SDM dalam Mendukung Transformasi Digital di RSUD Dr. Adjidarmo. *Journal of Knowledge Management*, 55-74.
- Hopkin, P. (2018). Fundamentals of risk management: Understanding, evaluating and implementing effective risk management (5th ed.). *Korean Page*.

- ILO. (2019). Safety and Health at the Heart of the Future of Work: Geneva. *International Labour Organization (ILO)*.
- ISO. (2018). Risk management – Guidelines. *International Organization for Standardization (ISO 31000:2018)*.
- Kurniawati, F., Fikaris, M., Eryani, I., Rohendi, A., & Wahyudi, B. (2023). The effect of workload, burnout, and work motivation on nurse performance. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 915-927.
- Maruschak, L., Berfozky, M., & Unangst, J. (2015). Medical problems of state and federal prisoners and jail inmates. *Bureau of Justice Statistics*.
- Pujiastuti, E., Purwadhi, P., & Widjaja, Y. (2023). Pengaruh profesionalisme dan keterampilan perawat terhadap mutu pelayanan keperawatan rumah sakit. *Journal Healthcare Education*, 18-27.
- Purwadhi, P., & Adriani, R. (2021). Manajemen sumber daya manusia pasca revolusi industri 4.0. *Mujahid Press*, 2-10.
- Rahmawati, R., & Rachmawati, I. (2021). Peran tenaga kesehatan dalam sistem pelayanan kesehatan di lembaga pemasyarakatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 42-50.
- Rubin, R. (2020). As COVID-19 surges, prison populations remain vulnerable. *JAMA*, 1603-1605.
- Sandi, M., Permatasari, U., Purwadhi, P., & Widjaya, Y. (2025). Pengaruh budaya organisasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan: Tinjauan literatur. *GEMILANG: Jurnal Manajemen dan Akuntansi*, 78-93.
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. *Sage Publications*.
- Suwardi, & Daryanto. (2018). Manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. *Gava Media*.
- Syahfitri, K., & Wibowo, P. (2022). Mitigasi kesiapsiagaan petugas pemasyarakatan dalam penanggulangan bencana alam di Rutan. *Jurnal Justitia*, 4.
- Syahrurnama, Z., & Kurniawan, A. (2024). Implementasi mitigasi risiko bencana kebakaran dalam menjaga keamanan dan ketertiban di Lapas Narkotika Kelas IIA Gunung Sindur. *Jurnal Komunikasi Hukum (JKH)*, 353-362.
- Telaumbanua, R. F. (2020). Peran Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Pelayanan Kesehatan WBP Rutan . *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 207-210.
- Undang-undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*. (n.d.).
- Wibowo, P. (2020). Pentingnya mitigasi risiko dampak kepenuhesakan pada Lapas dan Rutan di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Kebijakan Hukum*, 2.
- Widjaja, Y., Maharani, D., & Setiati, P. (2025).). Lingkup teori organisasi pada pelayanan kesehatan. *Jurnal Sosial dan Sains (SOSAINS)*, 1543-1552.
- World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. *WHO*, 5-7.