



GENERAL MARITIME

Edition MFB 82
February 2026

SUBMIT A REPORT

CHIRP always protects the identity of our reporters. All personal details are deleted from our system once a report is completed.

ONLINE

Reports can be submitted easily through our encrypted online form www.chirp.co.uk/maritime-id-2/submit-a-report



Ketika “Rutinitas” Menjadi Berisiko

Contents

- | | | | |
|---|--|----|---|
| 2 | M2621 - Kualitas audit navigasi | 8 | M2692 - Pembaruan jarak jauh pada lemari pendingin memicu dead ship saat manuver |
| 3 | M2628 - Kewenangan keselamatan diabaikan oleh kontraktor | 9 | M2701 - Navigasi malam, tekanan perkiraan waktu kedatangan, dan pengambilan keputusan |
| 5 | M2642 - Nyaris Celaka—Potensi Keracunan Dan Sesak Napas | 10 | M2700 - Tetap berpegang pada prinsip di tengah tekanan dari atasan |
| 6 | M2681 - Pengaturan perpindahan tangga pandu—kekhawatiran keselamatan yang signifikan | | |



Adam Parnell

Tugas-tugas rutin menjadi tema utama dalam edisi ini, dan setiap kasus menunjukkan bahwa praktik yang sudah dianggap biasa dapat menyembunyikan risiko serius. Sebuah audit navigasi yang dinilai sebagai “risiko sedang” menemukan sejumlah lapisan perlindungan yang tidak tersedia. Ketika digabungkan, kekurangan tersebut justru

menunjukkan kerentanan yang jauh lebih besar. Kami juga menampilkan kasus ketika kontraktor mengabaikan saran keselamatan yang tepat, yang menyoroti betapa sulitnya bagi awak junior untuk menentang otoritas, terutama pada saat yang paling krusial.

Seorang pelapor hampir mengalami pingsan setelah uap aseton menggantikan oksigen di ruang terbatas, meskipun ia telah mengikuti Sistem Manajemen Keselamatan (SMS) kapal. Kasus ini menunjukkan bahwa zat yang umum digunakan sekalipun dapat menimbulkan bahaya yang tidak terlihat ketika digunakan di lingkungan yang terbatas.

Kami juga mengulas pengaturan tangga pandu yang menyembunyikan cacat desain yang serius, serta laporan yang tidak biasa, yaitu pembaruan jarak jauh pada lemari pendingin dapur yang memicu gangguan listrik sebagian saat kapal memasuki pelabuhan. Peristiwa ini menunjukkan bahwa kejadian yang tampak tidak saling berkaitan pun dapat berdampak signifikan terhadap keselamatan.

Terakhir, dua laporan menyoroti bagaimana tekanan dapat memengaruhi pengambilan keputusan. Seorang perwira dikritik karena mematuhi COLREGs karena dianggap memengaruhi perkiraan waktu kedatangan (ETA), sementara seorang Petugas Keselamatan menolak tekanan untuk mengizinkan masuk ke tangki bahan bakar yang melanggar aturan ruang terbatas. Dalam kedua kasus tersebut, ketegasan dalam mempertahankan prosedur keselamatan berhasil mencegah terjadinya kondisi berbahaya.

Laporan-laporan ini memberikan pelajaran penting tentang kewaspadaan, keberanian untuk bersuara, serta pentingnya memahami bahwa “rutinitas” tidak selalu berarti “bebas risiko”.

Setiap laporan ini berasal dari pembaca seperti Anda, dan kami sangat berterima kasih kepada mereka yang berani menyampaikan laporan. Kami mendorong Anda untuk melaporkan segala hal yang dapat mengancam keselamatan diri sendiri maupun orang lain, sehingga bersama-sama kita dapat mencegah terjadinya kecelakaan.

Reports

Report No1 - M2621 – Kualitas audit navigasi

Laporan Awal

Pelapor membagikan contoh audit navigasi yang dinilai berada di bawah standar dan dianggap mewakili kualitas yang ditemukan dalam beberapa inspeksi. Temuan yang ditampilkan di bawah ini berkaitan dengan Sistem Manajemen Keselamatan (SMS) perusahaan dan Bridge Procedures Guide, serta menggambarkan bagaimana auditor mencatat hasil pengamatan. Contoh ini disampaikan untuk mendorong refleksi mengenai kualitas audit, konsistensi, serta sejauh mana temuan tersebut benar-benar mendukung keselamatan navigasi dan perbaikan yang bermakna di atas kapal.

Pelapor mengirimkan laporan berikut kepada CHIRP sebagai contoh umum hasil audit navigasi.

Audit navigasi – temuan inspeksi independen

Temuan berikut berkaitan secara khusus dengan SMS perusahaan dan Bridge Procedures Guide.

1. Rencana pelayaran dan buku catatan anjungan menggunakan waktu setempat, sementara VDR menggunakan waktu UTC.
2. Rencana pelayaran tidak diperbarui untuk mencantumkan rencana berlabuh, sehingga menimbulkan ambiguitas.
3. Selama jaga jangkar, tidak terdapat bukti objektif bahwa pemeriksaan berkala dilakukan untuk memastikan kapal tetap berlabuh dengan aman melalui pengambilan baringan terhadap tanda navigasi tetap.
4. Selama berlabuh, tidak terdapat bukti objektif bahwa kedua radar digunakan, sehingga mengurangi kesadaran situasional.
5. Rekaman radar tidak menunjukkan penggunaan parallel indexing, yang kembali mengurangi kesadaran situasional.
6. Rekaman radar tidak menunjukkan penggunaan radar untuk menentukan dan memplot posisi kapal guna memastikan kapal tetap aman saat berlabuh, yang juga menurunkan kesadaran situasional.
7. Selama jaga jangkar, radar X-band dalam kondisi dimatikan.

Komentar CHIRP

Meskipun setiap temuan dicatat sebagai observasi “Risiko Sedang”, jumlah dan konsistensinya menunjukkan adanya penurunan disiplin jaga saat berlabuh secara lebih luas. Tidak terjadi insiden, namun beberapa lapisan perlindungan penting tidak tersedia atau tidak dapat diverifikasi. Beberapa temuan bahkan dinilai berada di atas kategori “Risiko Sedang”. Analisis kami adalah sebagai berikut:

Temuan yang disampaikan memang akurat, tetapi terlalu banyak menggunakan frasa pasif seperti “tidak terdapat bukti objektif”, yang cenderung melunakkan realitas operasional. Dalam operasi yang bersifat kritis terhadap keselamatan, sesuatu yang tidak dapat dibuktikan berarti tidak dapat diandalkan.

Penggunaan standar waktu yang berbeda (UTC dan waktu setempat) melemahkan kesadaran situasional bersama dan mempersulit pengambilan keputusan saat berlabuh, dalam

keadaan darurat, maupun saat peninjauan insiden. Penggunaan standar waktu yang benar merupakan persyaratan mendasar dalam manajemen anjungan, bukan sekadar urusan administratif.

Tidak diperbaruinya rencana berlabuh menunjukkan bahwa operasi tersebut diperlakukan sebagai rutinitas, bukan sebagai bagian dari navigasi yang terencana. Kondisi ini sering mengarah pada praktik jaga yang informal serta menurunnya kewaspadaan setelah jangkar diturunkan.

Dalam beberapa observasi, tidak ditemukan bukti yang dapat diverifikasi terkait pemantauan yang efektif—tidak ada baringan visual, tidak ada posisi yang diplot, penggunaan radar terbatas, bahkan salah satu radar dimatikan. Pada praktiknya, kapal berada dalam kondisi berlabuh tanpa kesadaran posisi yang andal. Jaga jangkar tanpa pemantauan bukanlah jaga, melainkan sekadar asumsi.

Redundansi radar merupakan fitur keselamatan yang dirancang secara sengaja. Mematikan radar berarti menghilangkan atau mengurangi peringatan dini terhadap kemungkinan jangkar seret, lalu lintas kapal, atau pergerakan yang tidak terduga. Oleh karena itu, penggunaan radar saat berlabuh harus dipandang sebagai kebutuhan esensial.

Walaupun setiap permasalahan dinilai sebagai risiko sedang secara terpisah, dampak gabungannya secara signifikan meningkatkan kemungkinan terjadinya jangkar seret yang tidak terdeteksi atau situasi jarak dekat dengan kapal lain. Tidak terjadi kecelakaan, namun lapisan perlindungan normal telah melemah. Pemantauan, dokumentasi, dan penggunaan radar merupakan pengendalian keselamatan utama, bukan tugas opsional. Anggota CHIRP juga menyampaikan kekhawatiran bahwa terdapat penekanan berlebihan pada persyaratan dokumentasi dibandingkan kinerja navigasi yang sebenarnya. Dewan penasihat menekankan perlunya auditor memperoleh pelatihan terkait perilaku di anjungan, kesadaran situasional, serta praktik berlabuh.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Kesadaran Situasional — Berkurangnya verifikasi posisi secara elektronik kemungkinan menghambat pemahaman yang akurat mengenai posisi kapal. Tanpa standar waktu yang seragam, tim anjungan dapat kesulitan memahami situasi secara waktu nyata.

Praktik Lokal — Tidak diperbaruinya rencana berlabuh mencerminkan praktik informal yang menyimpang dari prosedur terdokumentasi.

Kapabilitas — Tidak digunakannya teknik yang tersedia menunjukkan kemampuan pemantauan yang menurun. Radar seharusnya digunakan sebagai bagian dari praktik terbaik;

pengabaian terhadap hal ini dapat mencerminkan adanya kesenjangan kompetensi.

Kepuasan Diri — Keputusan untuk mematikan radar dapat mencerminkan sikap yang terlalu santai terhadap risiko. Perilaku rutin dapat menimbulkan asumsi bahwa rencana tidak perlu diubah atau ditingkatkan.

Komunikasi — Perbedaan acuan waktu menimbulkan kesalahpahaman serta pertukaran informasi yang tidak optimal.

Distraksi — Kegagalan mempertahankan kesadaran situasional secara penuh dapat menunjukkan bahwa perhatian awak teralihkan ke hal lain.

Poin-poin Utama

Pembuat Regulasi – Keselamatan tidak hanya tertulis di atas kertas, tetapi diwujudkan dalam praktik di anjungan. Audit ini menunjukkan bahwa meskipun sistem modern dan prosedur terdokumentasi telah tersedia, faktor manusia dan kepemimpinan tetap sangat memengaruhi hasil. Pengawasan, pedoman, dan audit keselamatan harus mencakup tidak hanya peralatan dan prosedur, tetapi juga perilaku awak, pelatihan, serta budaya organisasi.

Manajer – Kepemimpinan yang kuat, pengawasan yang efektif, dan pembekalan pengetahuan akan membentuk budaya kepatuhan. Temuan ini menegaskan bahwa kepemimpinan, supervisi, dan pelatihan sama pentingnya dengan peralatan. Penerapan prosedur yang konsisten, kompetensi awak yang terjaga, serta budaya keselamatan yang aktif akan mencegah kesalahan kecil berkembang menjadi risiko besar.

Pelaut – Kenali kapal Anda, percayai instrumen yang tersedia, dan jangan berasumsi—pastikan dengan verifikasi. Hasil inspeksi ini menekankan pentingnya kewaspadaan serta disiplin dalam menjalankan prosedur. Selalu periksa posisi, gunakan seluruh instrumen yang tersedia, dan pastikan rencana pelayaran mencerminkan kondisi sebenarnya. Kesadaran dan kepatuhan Anda terhadap prosedur merupakan garis pertahanan pertama dalam mencegah insiden.

Report No2 - M2628 – Kewenangan keselamatan diabaikan oleh kontraktor

Laporan Awal

Pelapor menyampaikan kepada CHIRP bahwa para pekerja perancah menggunakan alat penahan jatuh dengan tali ganda (twin-lanyard fall arrestor) secara tidak benar saat bekerja di ketinggian. Mereka menyambungkan kembali tali cadangan ke

titik penahan beban pada harness, sementara tali kedua digunakan pada titik jangkar eksternal.

Pelapor menyadari praktik tersebut dan berbicara dengan pengawas pekerja perancah, meminta agar tim diberi penjelasan mengenai kesalahan tersebut serta dampaknya terhadap kinerja alat penahan jatuh saat terjadi insiden. Namun, pelapor justru diabaikan oleh pihak kontraktor, yang menyatakan bahwa itulah cara kerja mereka selama ini. Pelapor pun merasa tidak didengarkan dan tidak dihargai.

Komentar CHIRP

Tidak dapat diterima apabila seorang awak kapal merasa diabaikan ketika menyampaikan kekhawatiran terkait keselamatan. Dalam kasus ini, pelapor telah dengan tepat mengangkat masalah penggunaan peralatan penahan jatuh bertali ganda yang tidak sesuai. Ketika suatu masalah keselamatan disampaikan, pekerjaan seharusnya segera dihentikan. Nakhoda harus segera dikonsultasikan, dan pengawas kontraktor diberi penjelasan mengenai standar keselamatan kapal serta kebijakan perusahaan. Kondisi tidak aman harus selalu berujung pada keputusan penghentian pekerjaan (Stop Work) yang jelas dan didukung alasan yang kuat.

Para anggota yang menanggapi laporan ini juga menyoroti permasalahan yang lebih luas, yaitu lemahnya budaya keselamatan, termasuk kekurangan dalam kepemimpinan dan akuntabilitas. Pelatihan saja tidak cukup jika tidak didukung oleh ekspektasi yang jelas serta kepemimpinan yang terlihat nyata. Peningkatan pelatihan bagi awak kapal maupun kontraktor, disertai pemahaman bersama mengenai tanggung jawab, akan membantu mencegah kejadian serupa.

Kejadian jatuh dari ketinggian masih terus terjadi karena pekerja sesaat terlepas dari sistem pengaman saat berpindah posisi. Di lingkungan maritim, tali penahan jatuh bertali ganda harus selalu digunakan untuk memastikan keterikatan yang berkelanjutan. Prinsipnya sederhana: satu sambungan harus selalu tetap terpasang. Sebelum berpindah atau melewati hambatan, kaki tali kedua harus terlebih dahulu dipasang pada titik jangkar yang sesuai, baru kemudian kaki tali pertama dilepaskan. Cara ini mencegah terjadinya momen tanpa perlindungan.

Titik jangkar harus bersifat struktural, memiliki kapasitas beban yang sesuai, serta ditempatkan sedemikian rupa sehingga tersedia ruang bebas yang cukup di bawahnya agar tali dan peredam energi dapat bekerja secara optimal saat terjadi jatuh. Bagian utama tali, termasuk peredam energi, harus dihubungkan ke titik penahan jatuh yang disetujui pada harness, umumnya pada cincin D bagian punggung. Kaki tali tidak boleh dikaitkan kembali ke harness atau sabuk, kecuali pada titik parkir yang disetujui, karena hal ini dapat menghambat kerja peredam energi dan secara signifikan meningkatkan risiko cedera.

Seluruh peralatan penahan jatuh harus diperiksa sebelum digunakan serta dilindungi dari kerusakan akibat tepi tajam maupun kondisi lingkungan laut yang keras. Peralatan hanya boleh digunakan oleh personel yang telah dilatih dan dinyatakan sehat secara medis, serta harus tersedia rencana penyelamatan yang jelas sebelum pekerjaan dimulai.

Perlu juga menjadi bahan refleksi mengenai perbedaan antara budaya keselamatan yang kuat di laut dengan praktik yang terkadang dibawa oleh kontraktor ke atas kapal. Standar keselamatan kapal harus dijelaskan secara jelas dalam rapat perencanaan sebelum pekerjaan dimulai, diperkuat melalui pengawasan, dan diterapkan secara konsisten. Perlindungan berkelanjutan, pelaporan terbuka, serta keberanian untuk menghentikan pekerjaan merupakan kunci dalam mencegah jatuh dari ketinggian. Tantangan ini sering semakin besar saat berhadapan dengan kontraktor, karena sebagian awak kapal merasa tidak nyaman menegur pihak yang dianggap sebagai ahli eksternal atau memiliki pengaruh komersial, terutama ketika awak kurang percaya diri dalam situasi konfrontatif.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Pemberian Peringatan — Ketika seorang awak kapal menyampaikan masalah keselamatan, hal tersebut harus ditanggapi secara serius dan pekerjaan harus dihentikan hingga masalah tersebut ditangani. Dalam kasus ini, kontraktor seharusnya mendengarkan kekhawatiran yang disampaikan dan diberikan penjelasan mengenai cara penggunaan alat penahan jatuh yang benar.

Praktik Lokal — Manajemen kapal memiliki kewajiban hukum untuk melindungi setiap kontraktor yang bekerja di atas kapal, dan kepatuhan terhadap Sistem Manajemen Keselamatan perusahaan bersifat wajib. Jika praktik penggunaan alat penahan jatuh oleh kontraktor dapat dibuktikan sama aman atau lebih aman dibandingkan standar SMS kapal, praktik tersebut dapat dipertimbangkan untuk diterima.

Komunikasi — Sebelum pekerjaan dimulai, harus diadakan rapat perencanaan kerja untuk menjelaskan praktik manajemen keselamatan kapal serta mendengarkan metode kerja kontraktor.

Kepuasan Diri — Kontraktor menunjukkan sikap terlalu percaya diri dan mengabaikan risiko yang terkait dengan pekerjaan di ketinggian menggunakan alat penahan jatuh.

Poin-Poin Utama

Pembuat Regulasi – Kepatuhan bukan pilihan— setiap sambungan menentukan keselamatan. Sistem penahan jatuh hanya efektif jika digunakan sesuai rancangan; penyimpanan dari prosedur dapat menempatkan pekerja pada risiko serius.

Manajer – Dengarkan terlebih dahulu— pencegahan lebih baik daripada investigasi. Mengabaikan kekhawatiran keselamatan serta sikap “kami selalu melakukannya seperti ini” akan merusak kepercayaan dan membahayakan awak.

Pelaut/Awak Kapal – Periksa dua kali keselamatan Anda bergantung pada hal tersebut. Penggunaan sistem pelindung jatuh yang tidak tepat dapat mengubah harness dari alat pelindung menjadi sumber bahaya. Selalu pastikan titik jangkar yang digunakan sudah benar.

Report No3 - M2642 – Nyaris Celaka—Potensi Keracunan Dan Sesak Napas

Laporan Awal

Saya berada di atas kapal yang sedang menjalani proses perbaikan besar (refit) dan bertanggung jawab membersihkan serta mengecat bilga ruang mesin. Bak bilga utama memiliki kedalaman sekitar 6 kaki, cukup untuk bekerja dalam posisi jongkok. Saya berada di dasar bak tersebut, menggunakan aseton untuk menghilangkan minyak sebagai persiapan pengecatan.

Tanpa diketahui oleh siapa pun di awak kapal, aseton dapat mengembang hingga lebih dari 300% dari volume awalnya dan memiliki massa jenis lebih berat daripada udara. Akibatnya, oksigen cepat tergantikan, sementara uap tidak memiliki ruang untuk keluar. Saya mengenakan masker VOC (Volatile Organic Compound) sesuai prosedur operasi perusahaan, sehingga tidak menyadari apa yang sedang terjadi. Tidak ada sistem ventilasi, detektor gas pribadi, maupun pengawas yang berjaga.

Tanda pertama bahaya yang saya rasakan bukanlah pusing atau mual, melainkan sensasi kuat seperti respons “lawan atau lari” di dada. Saya segera keluar dari bak bilga dan berusaha menarik napas, lalu sempat memanggil melalui radio. Beruntung, saya tidak memerlukan perawatan medis, namun kejadiannya bisa saja berakhir jauh lebih buruk. Peristiwa ini menjadi pelajaran penting sepanjang karier saya.

Komentar CHIRP

Bilga termasuk ruang tertutup sebagaimana didefinisikan dalam Code of Safe Working Practices Bagian 15, MGN 659, dan MSC A.1050(27). Kapal seharusnya secara jelas mengidentifikasi dan mencatat kompartemen mana saja yang tergolong ruang tertutup (enclosed space) atau ruang terbatas (confined space), serta memastikan informasi tersebut tercermin dalam Sistem Manajemen Keselamatan (SMS) dan penilaian risiko. Walaupun pelapor telah mengikuti SMS kapal, masker VOC yang digunakan tidak sesuai dengan bahaya yang dihadapi.

Laporan ini menyoroti bahaya kimia yang penting namun sering kurang diperhatikan dalam pekerjaan rutin seperti pembersihan bilga. Plapor bekerja selama periode refit, ketika pengaturan ventilasi dan konfigurasi sistem mungkin berbeda dari operasi normal. Penggunaan aseton dalam geometri bak bilga yang sempit, ditambah ventilasi yang buruk dan tanpa pemantauan atmosfer, menciptakan situasi yang berpotensi mengancam jiwa. Seharusnya digunakan alat ukur oksigen pribadi. Tindakan pelapor yang segera mengenali gejala dan keluar dari ruang tersebut patut diapresiasi karena berhasil mencegah dampak yang lebih serius.

Pelajaran utama dari kejadian ini adalah bahwa banyak pelarut umum menghasilkan uap yang dapat dengan cepat menggantikan oksigen karena memiliki kerapatan uap yang lebih tinggi, terutama di ruang tertutup, sempit, dan berventilasi buruk. Masker VOC hanya melindungi dari penghirupan zat tertentu, tetapi tidak memberikan peringatan jika terjadi kekurangan oksigen. Oleh karena itu, penggunaan peralatan deteksi gas sangat penting, tidak hanya pada ruang yang secara resmi dikategorikan sebagai ruang tertutup atau terbatas, tetapi juga ketika menggunakan bahan kimia yang dapat menggantikan oksigen di area sempit.

Penilaian risiko pekerjaan harus secara eksplisit mempertimbangkan sifat kimia bahan yang digunakan, sebagaimana tercantum dalam Safety Data Sheet (SDS), termasuk perilaku uap, pengaturan ventilasi, serta kebutuhan pemantauan atmosfer. Prosedur standar ruang tertutup, seperti penggunaan detektor gas portabel, ventilasi mekanis yang efektif, dan penunjukan petugas siaga, harus selalu diterapkan. Hal ini menjadi semakin penting selama periode refit atau pemeliharaan, ketika sumber daya dapat berkurang akibat beban kerja tambahan.

Laporan ini juga menegaskan pentingnya akses awak kapal terhadap SDS serta pemahaman isinya dalam bahasa kerja yang sesuai. Perencanaan sebelum pekerjaan harus memastikan bahwa seluruh personel memahami risiko pengembangan uap, perpindahan oksigen, serta keterbatasan alat pelindung diri.

CHIRP sangat merekomendasikan agar pembersih berbasis pelarut, seperti aseton, tidak digunakan untuk membersihkan bilga.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Budaya Keselamatan — Organisasi belum sepenuhnya mengidentifikasi atau mengomunikasikan risiko atmosfer yang terkait dengan pembersihan menggunakan pelarut selama periode refit.

Capability — Pekerjaan ini tidak didukung oleh penilaian khusus yang mempertimbangkan perilaku bahan kimia, karakteristik

ruang terbatas, serta pengendalian yang diperlukan. Pengetahuan tentang perpindahan oksigen akibat pelarut tidak menjadi bagian dari pelatihan rutin atau *toolbox talk*.

Komunikasi — Awak kapal bekerja secara terisolasi dari kru lain, sehingga tidak terjadi komunikasi.

Kerja Tim — Tidak ada petugas siaga yang ditunjuk maupun sistem pemeriksaan dua arah untuk pekerjaan berisiko. Awak bekerja sendiri tanpa dukungan.

Pengendalian desain dan rekayasa — Tidak tersedia sistem ventilasi atau deteksi gas yang terintegrasi untuk kompartemen kecil dan terbatas.

Praktik Lokal — Prosedur yang ada tidak sepenuhnya selaras dengan kondisi nyata di lapangan, serta terlalu bergantung pada alat pelindung diri dibandingkan pengendalian yang lebih efektif.

Poin-poin Utama

Anda tidak dapat mencium oksigen yang hilang—maka, rencanakan pengendalian bahaya yang tidak dapat dirasakan.

Pembuat Regulasi – Laporan ini menegaskan perlunya pedoman yang mengatur masuk ke ruang terbatas dan penggunaan bahan berbahaya secara eksplisit mencakup risiko perpindahan oksigen akibat pelarut umum seperti aseton. Kerangka regulasi mungkin telah mewajibkan pengujian atmosfer dan ventilasi untuk pekerjaan di ruang tertutup, namun insiden ini menunjukkan bahwa pekerjaan pemeliharaan sehari-hari dapat berada di luar definisi formal meskipun memiliki bahaya yang sama. Penegasan standar terkait deteksi gas, penilaian risiko khusus pekerjaan, serta prosedur penanganan pelarut selama periode refit akan membantu menutup celah ini.

Manajer – Perencanaan pekerjaan harus mempertimbangkan lingkungan kerja sekaligus sifat kimia bahan yang digunakan. Prosedur yang hanya mengandalkan alat pelindung diri tanpa ventilasi atau pemantauan atmosfer dapat menciptakan rasa aman yang semu. Pengintegrasian SDS dalam briefing sebelum pekerjaan, penyediaan detektor gas, serta penerapan prosedur ruang terbatas—bahkan di ruang kecil seperti bak bilga—merupakan langkah penting. Periode refit membutuhkan kewaspadaan lebih tinggi karena pekerjaan non-rutin sering melibatkan isolasi peralatan, akses terbatas, dan bahaya kimia yang tidak ditemui dalam operasi harian.

Awak Kapal – Pelajaran utamanya adalah bahwa familiaritas terhadap suatu produk tidak menjamin keselamatan. Pelarut dapat berperilaku tidak terduga di ruang terbatas, dan gejala kekurangan oksigen sering kali tidak terasa hingga mencapai

tingkat berbahaya. Mengandalkan alat pelindung diri saja tidak cukup; ventilasi, pemantauan, serta keberadaan orang lain yang mengetahui pekerjaan tersebut merupakan perlindungan penting. Memercayai insting dan bertindak cepat, seperti yang dilakukan pelapor, dapat mencegah akibat yang lebih serius.

Report No4 - M2681 – Pengaturan perpindahan tangga pandu—kekhawatiran keselamatan yang signifikan

Laporan Awal

Sebuah masalah keselamatan dilaporkan melalui Sistem Manajemen Keselamatan (SMS) perusahaan terkait kapal niaga saat operasi naiknya pandu ke kapal. Pada saat laporan dibuat, kapal memiliki freeboard yang relatif rendah, sekitar 2,5 meter.

Ditemukan bahwa tangga pandu yang telah disetujui sesuai ketentuan SOLAS dipasang tepat di depan tangga tetap yang tersembunyi (recessed) dan terintegrasi pada lambung kapal. Konfigurasi ini menimbulkan bahaya serius selama proses naik ke kapal. Apabila terjadi terpeleset saat berpindah dari kapal pandu, terdapat risiko kaki terperangkap pada celah tangga yang tertanam di lambung. Dengan adanya pergerakan naik-turun antara kapal dan kapal pandu, kondisi tersebut dapat menyebabkan cedera berat, termasuk terjepit atau amputasi.

Karena *freeboard* yang rendah pada saat itu, tangga pandu tidak digunakan, dan proses naik dilakukan dengan melangkah langsung ke kapal. Nakhoda telah diberi tahu mengenai bahaya tersebut dan menyetujui untuk melanjutkan operasi tanpa menggunakan tangga pandu. Bukti foto terkait pengaturan tersebut juga disampaikan.

Meskipun langkah ini menghindari penggunaan tangga dalam jangka pendek, risiko yang mendasarinya tetap ada. Posisi tangga pandu tidak bebas dari hambatan, sehingga tidak sesuai dengan persyaratan SOLAS. Setiap perubahan freeboard atau kondisi operasional dapat segera memunculkan kembali bahaya tersebut. Keberadaan tangga yang tertanam di lambung merupakan risiko yang berkaitan dengan desain, yang berpotensi memengaruhi operasi perpindahan pandu di masa mendatang serta hasil inspeksi otoritas.

Untuk mengatasi permasalahan ini, tangga pandu harus dipindahkan ke posisi yang bebas dari hambatan. Hal tersebut memerlukan modifikasi struktural, termasuk penyediaan bukaan akses tambahan di geladak yang memenuhi persyaratan.

Laporan ini menekankan pentingnya memastikan pengaturan perpindahan pandu aman dalam seluruh kondisi operasi normal, serta tidak bergantung pada solusi sementara atau penyesuaian prosedural. Permasalahan ini akan disampaikan kepada otoritas

terkait untuk mendukung pembelajaran dan mencegah kejadian serupa.

Komentar CHIRP

Laporan ini menyoroti masalah keselamatan yang bersifat struktural dan prosedural, bukan kesalahan individu. Pengaturan perpindahan pandu harus aman dalam seluruh kondisi operasi normal, bukan hanya pada cuaca baik atau ketika sarat kapal berada pada kondisi ideal.

Dalam kasus ini, tangga pandu tidak digunakan karena adanya risiko yang nyata, yang semakin menegaskan kekhawatiran keselamatan—terutama mengingat adanya kejadian fatal yang baru-baru ini terjadi pada proses perpindahan pandu di tempat lain. Hal ini menunjukkan bahwa bahaya tersebut bersifat nyata dan mendasak.

Penggunaan tangga yang tertanam pada lambung merupakan risiko yang berkaitan dengan desain, bukan sekadar pengaturan yang bersifat insidental. Dipahami bahwa lima hingga enam tipe kapal dibangun dengan fitur serupa. Elemen desain yang berpotensi menimbulkan risiko terjepit atau terhimpit harus dinilai secara formal dan, jika diperlukan, diperbaiki. Solusi sementara atau penyesuaian operasional tidak menghilangkan risiko yang mendasari dan kemungkinan tidak akan diterima dalam inspeksi *Port State Control*.

CHIRP juga mempertanyakan bagaimana pengaturan ini dapat disetujui pada tahap desain. Cekungan pada area lambung yang mengalami tegangan tinggi rentan terhadap konsentrasi tegangan (*notch stress*) dan berpotensi mengalami korosi yang lebih cepat pada sambungan las di bagian dalam. Terperangkapnya air laut di ruang tersebut semakin meningkatkan risiko korosi serta potensi kebocoran pada lambung.

Perlu ditegaskan kembali bahwa persyaratan SOLAS tidak bersifat interpretatif; ketentuan tersebut harus dipatuhi sebagaimana tertulis.

Mengingat jumlah kapal yang terdampak serta sifat mendasar dari masalah desain ini, CHIRP sedang mempertimbangkan apakah perlu dibuat laporan terpisah yang secara khusus membahas risiko pada kelas kapal tersebut.

CHIRP akan menyampaikan isu ini kepada otoritas terkait untuk mendukung pembelajaran yang lebih luas serta membantu mencegah kejadian serupa.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Desain — Desain awal menimbulkan kesan bahwa pengaturan tersebut dapat diterima dan aman.

Komunikasi — Tidak adanya pertukaran informasi yang bersifat kritis terhadap keselamatan.

Rasa Terlalu Percaya Diri — Menurunnya kewaspadaan akibat kebiasaan, rutinitas, dan penerimaan sebelumnya menyebabkan kondisi tidak aman ini tidak dipertanyakan oleh berbagai pihak.

Kurangnya Kerja Tim — Koordinasi, pemeriksaan silang, serta kesadaran situasional bersama tidak berjalan dengan baik.

Kurangnya Kesadaran — Kesadaran terhadap bahaya maupun konsekuensinya masih rendah.

Poin-Poin Utama

Pembuat Regulasi – Kasus ini menunjukkan bahwa kepatuhan formal saja tidak selalu menjamin keselamatan.

Peralatan dan pengaturan harus dinilai berdasarkan kinerjanya dalam kondisi operasi nyata, khususnya pada aktivitas dinamis seperti perpindahan pandu. Laporan rahasia dapat menjadi peringatan dini yang berharga terhadap risiko desain dan seharusnya dimanfaatkan untuk pembelajaran yang lebih luas, bukan sekadar penyelesaian lokal.

Manajer dan pimpinan perusahaan – Solusi sementara yang digunakan untuk menjaga keselamatan menunjukkan adanya kelemahan mendasar pada sistem atau desain yang perlu diperbaiki.

Pengaturan akses dan tangga pandu sebaiknya diselesaikan melalui solusi desain dan rekayasa, bukan dengan mengandalkan penghindaran prosedural. Kejadian nyaris celaka yang melibatkan interaksi manusia dan peralatan harus diperlakukan sebagai peluang pembelajaran penting dalam sistem manajemen keselamatan.

Awak kapal – Jika pekerjaan tidak aman dengan pengaturan standar, laporkan—meskipun tidak terjadi insiden.

Apabila suatu tugas hanya dapat dilakukan dengan aman melalui penyesuaian atau penghindaran prosedur standar, kondisi tersebut harus dilaporkan. Konfigurasi yang tidak aman tidak boleh menjadi hal yang dianggap normal hanya karena sudah terbiasa. Pelaporan yang jelas dan faktual membantu melindungi orang lain serta mendukung peningkatan keselamatan dalam jangka panjang.

Report No5 - M2692 – Pembaruan jarak jauh pada lemari pendingin memicu dead ship saat manuver

Laporan Awal

Sebuah superyacht berukuran sangat besar mengalami kehilangan daya sebagian saat melakukan manuver kedatangan ke pelabuhan sempit. Sejumlah sistem penting tidak berfungsi: layar navigasi melakukan *reboot*, layar pemantauan ruang mesin mati, dan kapal sempat kehilangan kesadaran situasional.

Daya darurat berhasil dipulihkan secara terbatas, namun gangguan tersebut menimbulkan kebingungan dan memperlambat proses manuver.

Hasil investigasi oleh tim teknis menunjukkan bahwa kegagalan tersebut dipicu oleh pembaruan perangkat lunak jarak jauh pada unit pendingin dapur (*galley refrigeration*). Pembaruan dilakukan oleh penasak di darat tanpa pemberitahuan kepada kapal. Selma proses pembaruan, terjadi lonjakan beban listrik yang tidak terduga, sehingga sistem manajemen daya secara otomatis memutuskan beberapa sistem dalam urutan yang tidak sepenuhnya dipahami oleh awak kapal.

Komentar CHIRP

Insiden ini menyoroti risiko pembaruan perangkat lunak jarak jauh yang dilakukan tanpa pemberitahuan sebelumnya kepada awak kapal. Dalam kasus ini, superyacht mengalami kehilangan daya saat manuver setelah dilakukan pembaruan pada sistem yang tidak bersifat esensial (pendingin dapur). Karena sistem tersebut terhubung dengan sistem manajemen daya terintegrasi, pembaruan tersebut secara tidak langsung memengaruhi sistem navigasi dan pemantauan yang bersifat penting, sehingga peralatan kritis tidak berfungsi pada saat yang berisiko tinggi.

Melakukan pembaruan pada sistem kendali mesin atau sistem yang terhubung dengan jaringan daya ketika kapal sedang berlayar dan memasuki pelabuhan merupakan risiko yang tidak dapat diterima. Sistem semacam ini seharusnya diisolasi melalui pemutus arus atau pengaman setara, sehingga peralatan non-kritis tidak dapat memicu kegagalan berantai yang berdampak pada layanan esensial.

Insiden ini juga menimbulkan kekhawatiran terkait keamanan siber. Meskipun kejadian ini tampaknya tidak disengaja, dampak serupa dapat terjadi akibat serangan siber yang bersifat jahat. Akses jarak jauh ke sistem kapal, terutama sistem non-esensial, membuka potensi kerentanan apabila pertahanan siber dan pemantauan jaringan tidak memadai. Awak kapal perlu memahami risiko ini dan memastikan langkah perlindungan yang tepat telah diterapkan.

Respons awak kapal juga menunjukkan tantangan dalam menangani kegagalan sistem yang tidak terduga. Meskipun daya darurat sebagian berhasil dipulihkan, urutan pemutusan sistem tidak sepenuhnya dipahami, yang menegaskan perlunya peningkatan familiarisasi dan pelatihan mengenai respons sistem manajemen daya terhadap beban listrik abnormal serta perilaku sistem yang tidak terduga.

Peristiwa ini juga menyoroti isu yang lebih luas terkait manajemen perubahan. Pembaruan perangkat lunak dan modifikasi sistem harus diperlakukan sebagai perubahan formal, dengan prosedur yang jelas, termasuk penilaian risiko, pemberitahuan kepada awak, serta pembatasan operasional jika diperlukan.

CHIRP juga menyoroti kekhawatiran bahwa pengurangan jumlah awak dan peralihan kendali teknis serta pengambilan keputusan ke pihak darat dapat menimbulkan konsekuensi yang tidak diinginkan. Pengalihan tanggung jawab dari pihak yang berada di kapal dapat mengurangi kesadaran situasional serta kemampuan awak untuk mengantisipasi atau mengelola risiko yang berkembang secara waktu nyata.

Pemasok seharusnya mengomunikasikan seluruh pembaruan perangkat lunak terlebih dahulu, sehingga kapal dapat menilai potensi dampak operasional dan menentukan waktu yang aman untuk melaksanakannya. Operator juga perlu meninjau integrasi sistem non-esensial dengan sistem esensial guna mencegah kegagalan tunggal maupun kegagalan berantai. Penguatan pertahanan siber serta pemantauan titik akses jaringan, termasuk pada sistem yang tampak tidak penting, akan membantu mengurangi risiko gangguan baik yang tidak disengaja maupun yang bersifat serangan.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Kesadaran Situasional — Kesadaran situasional awak langsung terganggu ketika sistem-sistem penting tidak berfungsi, sehingga mereka sementara tidak mengetahui posisi dan kondisi kapal. Hilangnya layar navigasi dan pemantauan secara mendadak menimbulkan kebingungan serta meningkatkan beban kognitif, yang berdampak pada pengambilan keputusan saat manuver kritis.

Kepuasan Diri — Ketergantungan berlebihan pada sistem otomatis kemungkinan berperan dalam kejadian ini.

Kapabilitas — Awak kapal tidak sepenuhnya memahami urutan pemutusan sistem saat terjadi lonjakan beban listrik tak terduga, yang menunjukkan perlunya latihan atau prosedur untuk skenario tidak biasa di luar kegagalan standar. Awak berasumsi bahwa seluruh sistem akan beroperasi tanpa memengaruhi sistem kritis, sehingga tidak siap menghadapi kegagalan berantai akibat lonjakan beban.

Komunikasi — Pemasok di darat melakukan pembaruan perangkat lunak tanpa memberi pemberitahuan kepada kapal. Kurangnya komunikasi sebelumnya membatasi kemampuan awak untuk merencanakan dan menjaga kendali operasional.

Tekanan — Tekanan meningkat tajam selama insiden. Meskipun daya darurat sebagian dipulihkan, awak harus menangani beberapa masalah sekaligus dalam kondisi waktu terbatas, dengan pemahaman yang belum lengkap terhadap perilaku sistem manajemen daya. Kondisi ini berpotensi menurunkan kualitas penilaian dan memperlambat respons efektif.

Poin-Poin Utama

Pembaruan kecil sekalipun dapat menimbulkan dampak besar di laut.

Bagi Pembuat Regulasi – Insiden ini menegaskan pentingnya penetapan dan penegakan protokol komunikasi yang jelas antara pemasok peralatan dan kapal. Pembaruan perangkat lunak tanpa pemberitahuan, bahkan pada sistem non-esensial, dapat berdampak pada sistem kapal yang kritis. Pembuat regulasi perlu memastikan bahwa standar dan pedoman mewajibkan pemberitahuan sebelumnya serta penilaian risiko sebelum pembaruan jarak jauh dilakukan.

Bagi Manajer – Manajer perlu meninjau kembali bagaimana sistem non-esensial terintegrasi dengan operasi kapal yang vital. Memahami keterkaitan ini serta menerapkan prosedur ketat terkait perubahan sistem, pemeliharaan, dan pembaruan perangkat lunak sangat penting untuk mencegah kegagalan berantai. Pengawasan dan verifikasi terhadap tindakan pemasok dapat mengurangi risiko gangguan yang tidak diinginkan.

Bagi Awak Kapal – Peristiwa ini menegaskan pentingnya menjaga kesadaran situasional setiap saat serta memahami perilaku sistem manajemen daya kapal. Pelatihan perlu mencakup skenario kegagalan yang tidak biasa atau berantai. Awak harus tetap waspada, terutama pada periode beban kerja tinggi atau manuver yang kompleks. Respons yang cepat dan tepat hanya dapat dicapai melalui pemahaman menyeluruh terhadap teknologi serta faktor manusia yang terlibat.

Report No6 - M2701 – Navigasi malam, tekanan perkiraan waktu kedatangan, dan pengambilan keputusan

Laporan Awal

Pelapor menghubungi CHIRP terkait insiden pelayaran malam melalui area yang sangat padat lalu lintas dalam suatu skema pemisahan lalu lintas (*Traffic Separation Scheme*/TSS). Pelapor

menyampaikan bahwa ia mengurangi kecepatan untuk memberi kesempatan kapal lambat yang sedang menyalip agar terlebih dahulu melintas di depan. Tindakan tersebut memungkinkan kapalnya melakukan penyalipan dengan aman tanpa harus keluar dari TSS. Apabila kedua kapal tersebut langsung disalip pada saat yang sama, kapalnya berisiko terdorong keluar dari skema.

Keesokan paginya, nakhoda mempertanyakan keputusan tersebut dengan alasan bahwa pelapor tidak memiliki kewenangan untuk menyesuaikan kecepatan karena berdampak pada perkiraan waktu kedatangan kapal, serta bahwa perintah malam hari seharusnya dipatuhi. Pelapor menjelaskan bahwa tindakannya dilakukan untuk mematuhi COLREGs dan menjaga keselamatan navigasi di tengah lalu lintas yang padat. Selain itu, tidak ada perintah khusus pada malam hari yang mengatur penyesuaian kecepatan atau kewajiban untuk memanggil nakhoda dalam situasi tersebut.

Komentar CHIRP

Reaksi nakhoda tampaknya dipengaruhi oleh kekhawatiran terhadap dampak pada perkiraan waktu kedatangan serta anggapan bahwa perintah malam telah dilanggar. Hal ini mencerminkan ketegangan yang umum terjadi di atas kapal, yaitu antara tekanan komersial dan kepatuhan terhadap jadwal, dengan realitas pengelolaan lalu lintas yang dinamis pada malam hari.

Dari sudut pandang navigasi, tindakan perwira jaga dapat dinilai wajar dan sesuai dengan ketentuan COLREGs. Perwira jaga tidak hanya diperbolehkan, tetapi juga diwajibkan untuk mengambil tindakan dini dan tegas guna menghindari situasi jarak dekat yang berbahaya. Kewenangan ini tetap berlaku meskipun perintah malam tidak secara khusus mengatur penyesuaian kecepatan. Apabila perwira merasa terhambat untuk bertindak secara tegas karena khawatir akan mendapat kritik, maka margin keselamatan dapat dengan cepat berkurang.

Memanggil nakhoda untuk menjelaskan situasi yang berkembang mungkin dapat menjadi pilihan. Namun, hal ini menimbulkan pertanyaan penting: apakah perwira merasa cukup didukung dan percaya diri untuk melakukannya? Budaya di anjungan yang membuat perwira ragu memanggil nakhoda karena takut mendapat reaksi negatif merupakan faktor risiko tersendiri. Perintah tetap dan perintah malam dari nakhoda seharusnya secara jelas menyatakan bahwa keputusan yang didorong oleh pertimbangan keselamatan diharapkan, didukung, dan terbuka untuk didiskusikan.

Perintah malam dalam kasus ini tidak secara memadai mengatur aspek pengelolaan kecepatan dalam lalu lintas padat, keseimbangan antara kepatuhan jadwal dan keselamatan navigasi, serta kewenangan eksplisit perwira jaga berdasarkan Aturan 2 COLREG dan khususnya prinsip-prinsip dalam Aturan

8. Oleh karena itu, perintah tetap dari nakhoda seharusnya secara tegas merujuk pada aspek-aspek tersebut agar perwira tidak mengalami keraguan dalam menentukan tindakan.

Budaya yang mempertanyakan keputusan keselamatan yang telah sesuai ketentuan berisiko menormalisasi sikap ragu atau penundaan tindakan pada situasi berisiko tinggi di masa depan. Sensitivitas terhadap perkiraan waktu kedatangan mencerminkan tekanan industri yang lebih luas, yang secara tidak langsung dapat memengaruhi perilaku kepemimpinan dan ekspektasi di atas kapal.

Laporan ini menegaskan pentingnya kepercayaan, kejelasan, dan kesamaan prioritas di anjungan. Kepatuhan terhadap COLREGs dan prinsip pelayaran yang baik harus selalu didahulukan dibandingkan target perkiraan waktu kedatangan. Nakhoda memegang peran kunci dalam menegaskan prinsip tersebut sebelum, selama, dan setelah periode jaga.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Komunikasi — Keraguan untuk memanggil nakhoda karena takut dikritik atau dipertanyakan keputusannya. Kurangnya kejelasan mengenai kewenangan perwira jaga untuk mengambil keputusan yang sesuai COLREG secara mandiri.

Tekanan — Tekanan perkiraan waktu kedatangan memengaruhi reaksi nakhoda dan berpotensi membuat perwira menunda keputusan keselamatan. Lalu lintas padat dan tekanan jadwal meningkatkan beban kognitif serta potensi konflik.

Kerja Tim — Ketegangan antara perwira dan nakhoda menunjukkan adanya kesenjangan kepercayaan dan kewenangan.

Praktik Lokal — Kesalahpahaman mengenai kewenangan dalam COLREG dapat menormalisasi sikap ragu pada situasi serupa di masa depan.

Kapabilitas — Sulitnya menyeimbangkan kepatuhan jadwal dan keselamatan navigasi tanpa panduan yang jelas.

Pelatihan — Perintah malam tidak secara eksplisit mengatur penyesuaian kecepatan dalam situasi lalu lintas padat.

Poin-Poin Utama

Pembuat Regulasi: Aturan bukanlah pilihan; tindakan dini yang aman bersifat mutlak. Keselamatan harus selalu diutamakan dibandingkan kepentingan komersial. COLREGs memberikan kewenangan jelas bagi perwira untuk bertindak lebih awal dalam situasi risiko navigasi. Regulasi perlu menegaskan bahwa tekanan jadwal tidak pernah menjadi alasan untuk mengorbankan keselamatan navigasi.

Manajer/Nakhoda: Kepemimpinan yang mengutamakan keselamatan mencegah keraguan menjadi kebiasaan.

Budaya di anjungan lebih menentukan daripada sekadar perintah tertulis. Penegasan bahwa COLREGs dan prinsip pelayaran yang aman harus diutamakan di atas tekanan perkiraan waktu kedatangan akan memberdayakan perwira untuk bertindak tegas. Nakhoda perlu menunjukkan sikap saling percaya, keterbukaan, dan panduan yang jelas dalam skenario navigasi malam untuk mencegah keraguan atau gesekan.

Pelaut/Perwira: Bertindaklah lebih awal, utamakan keselamatan, dan jangan ragu melakukan hal yang benar.

Perwira memiliki kewenangan untuk bertindak tegas sesuai ketentuan COLREG. Pemahaman terhadap kewenangan, kemampuan menyeimbangkan risiko dengan tekanan operasional, serta komunikasi dengan nakhoda bila memungkinkan akan menghasilkan keputusan yang aman, bahkan ketika perintah tidak jelas. Kepercayaan diri dan kejelasan menjadi modal utama dalam situasi bertekanan tinggi.

Report No7 - M2700 – Tetap berpegang pada prinsip di tengah tekanan dari atasan

Laporan Awal

“Nakhoda memerintahkan saya untuk menerbitkan *Permit to Work* (PTW) bagi ETO agar dapat memasuki tangki bahan bakar ketika kapal sedang berlayar, guna memperbaiki lampu bawah air.

Penilaian risiko telah dilakukan dan menunjukkan bahwa bahan bakar tidak dapat sepenuhnya dikeluarkan serta ruang tersebut tidak dapat diventilasi hingga mencapai tingkat yang aman. Berdasarkan hal tersebut, pekerjaan ditolak.

Meskipun demikian, nakhoda tetap bersikeras agar pekerjaan dilanjutkan. Saya menolak menerbitkan PTW karena permintaan tersebut bertentangan dengan COSWP dan pedoman yang berlaku terkait masuk ke ruang tertutup. Nakhoda menyatakan bahwa saya tidak memiliki kewenangan untuk menolak, meskipun saya menjabat sebagai Petugas Keamanan di kapal.

Saya tetap berpegang pada keputusan awal, dan pekerjaan tersebut tidak dilaksanakan.”

Komentar CHIRP

Laporan ini menyoroti situasi pemeliharaan di mana pengaman keselamatan yang telah ditetapkan berfungsi sebagaimana mestinya. Hasil tersebut tidak terjadi secara kebetulan, melainkan berkat tindakan profesional dari Petugas Keamanan Kapal yang secara tepat menerapkan sistem manajemen keselamatan serta menegakkan proses *permit to work* (PTW) di tengah tekanan.

Pekerjaan yang direncanakan melibatkan masuk ke dalam tangki bahan bakar saat kapal sedang berlayar. Petugas Keamanan dengan tepat mengidentifikasi bahwa tangki tidak dapat sepenuhnya dikosongkan maupun diventilasi secara memadai, sehingga kondisi tersebut tidak memenuhi persyaratan COSWP maupun pedoman yang berlaku terkait masuk ke ruang tertutup. Atas dasar itu, *Permit to Work* ditolak dan pekerjaan tidak dilanjutkan. CHIRP menilai keputusan ini sebagai langkah keselamatan yang tepat, proporsional, dan profesional.

Namun demikian, hal yang menjadi perhatian adalah adanya upaya untuk menantang proses PTW serta kewenangan Petugas Keamanan. Sistem PTW dirancang sebagai penghalang keselamatan formal, khususnya untuk kegiatan berisiko tinggi seperti masuk ke ruang tertutup. Efektivitasnya bergantung pada pemahaman bersama bahwa izin dapat ditolak apabila risiko tidak dapat dikendalikan secara memadai, terlepas dari tekanan operasional maupun komersial.

CHIRP mencatat bahwa masuk ke ruang tertutup dalam tangki bahan bakar masih menjadi penyebab utama kecelakaan maritim serius dan korban jiwa. Pedoman industri secara tegas menyatakan bahwa kegiatan tersebut tidak boleh dilakukan kecuali ruang telah dipersiapkan dengan benar, diuji, dan dipastikan aman. Upaya untuk mengabaikan pengendalian ini akan merusak tujuan sistem manajemen keselamatan dan meningkatkan risiko terjadinya konsekuensi yang serius. Pertanyaan yang patut diajukan kepada perancang kapal adalah mengapa perlengkapan lampu harus diakses melalui tangki bahan bakar.

Kasus ini juga menegaskan pentingnya kejelasan peran dan kewenangan di atas kapal. Apabila tanggung jawab Petugas Keamanan tidak dipahami atau didukung sepenuhnya oleh tingkat komando, maka keputusan keselamatan berisiko dianggap sebagai sesuatu yang dapat dinegosiasikan, bukan kewajiban yang harus dipatuhi.

CHIRP sepenuhnya mendukung profesionalisme Petugas Keamanan dalam mempertahankan keputusan tersebut serta melaporkan kejadian ini secara rahasia. Operator kapal dapat memanfaatkan kasus ini untuk meninjau kembali pemahaman mereka terkait persyaratan masuk ke ruang tertutup, kewenangan dan tanggung jawab dalam sistem *Permit to Work*, serta mekanisme penyelesaian perbedaan pendapat terkait keselamatan dalam struktur komando kapal.

Menjaga lingkungan kerja yang memungkinkan kekhawatiran keselamatan disampaikan, didukung, dan dihormati tanpa diperdebatkan merupakan fondasi penting dalam manajemen keselamatan yang efektif. CHIRP akan terus memberikan dukungan bagi pihak yang menghadapi situasi serupa.

Masalah Utama terkait dengan laporan ini

Komunikasi — Situasi ini menunjukkan konflik yang jelas antara otoritas dan tanggung jawab keselamatan. Meskipun Petugas Keamanan telah menyampaikan penolakannya, kejadian ini menegaskan pentingnya sikap tegas dalam menegakkan aturan keselamatan.

Tekanan — Laporan ini secara langsung menunjukkan tantangan dalam menolak instruksi yang tidak aman dari atasan, yang dalam konsep *Deadly Dozen* merupakan faktor yang dapat memicu kecelakaan jika diabaikan.

Praktik Lokal — Nakhoda berupaya mengabaikan prosedur keselamatan yang telah ditetapkan serta pedoman COSWP.

Budaya — Nakhoda tidak menunjukkan budaya keselamatan, sementara Safety Officer justru menegakkan nilai-nilai perusahaan. Ada kemungkinan bahwa pengabaian pengaman keselamatan seperti PTW merupakan praktik yang sering terjadi.

Poin-Poin Utama

“Sistem keselamatan hanya akan efektif apabila kewenangan untuk menghentikan pekerjaan yang tidak aman dipahami, dihormati, dan didukung pada setiap tingkat di atas kapal.”

Bagi Pembuat Regulasi – Laporan ini menunjukkan bahwa kepatuhan tidak dapat diasumsikan hanya karena prosedur telah tersedia. Manajemen keselamatan yang efektif bergantung pada kejelasan kewenangan, peran, serta penguatan budaya keselamatan di atas kapal. Sistem *Permit to Work* harus dipahami sebagai penghalang keselamatan, bukan sekadar alat administrasi. Petugas Keamanan harus diberi kewenangan yang jelas untuk menghentikan pekerjaan yang tidak aman tanpa takut dipertanyakan atau mendapat tekanan.

Bagi Manajer/Pimpinan Perusahaan – Insiden ini menunjukkan kesenjangan antara prosedur yang dirancang dan praktik yang terjadi di lapangan. Kebijakan terkait masuk ke ruang tertutup dan kewenangan PTW harus didukung oleh pesan yang konsisten kepada nakhoda dan perwira senior. Pelatihan perlu secara langsung membahas kesenjangan otoritas dan menegaskan bahwa menolak pekerjaan yang tidak aman merupakan tanggung jawab kepemimpinan, bukan hambatan operasional.

Bagi Awak Kapal – Laporan ini menunjukkan pentingnya bersuara dan mematuhi proses keselamatan yang telah ditetapkan, bahkan ketika berada di bawah tekanan. Menolak pekerjaan yang tidak aman merupakan bagian yang sah dan

penting dari profesionalisme pelaut. Sistem keselamatan hanya dapat melindungi awak kapal apabila individu mempercayainya dan saling mendukung dalam penerapannya.

With grateful thanks to our sponsors and supporters:



CHIRP

167-169 Great Portland Street, London, W1W 5PF, UK
chirp.co.uk | reports@chirp.co.uk | 020 4534 2881