

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Pekerja sebagai sumber daya dalam suatu industri seringkali mengalami kondisi yang merugikan dirinya seperti adanya peningkatan kesakitan umum yang dapat terjadi pada populasi manusia diakibatkan berkaitan dengan pekerjaan, padahal produktivitas pekerja yang tinggi sangat diharapkan oleh pihak perusahaan untuk menjaga kelancaran proses produksi. (1) Oleh karena itu, maka diperlukan suatu upaya di tempat kerja yang menjamin hak pekerja untuk mendapatkan perlindungan atas Keselamatan dan Kesehatan Kerjanya (K3). (2)

Upaya yang menjamin hak pekerja tersebut diterapkan melalui peraturan dan standar K3 baik di dunia internasional maupun nasional. Adapun beberapa peraturan dan standar K3 di dunia internasional saat ini meliputi : konvensi *International Labour Organization* (ILO) Nomor 167 Tahun 1988 tentang *Safety and Health in Construction*, rekomendasi ILO Nomor 175 Tahun 1988 tentang *Safety and Health in Construction*, dan ILO *June* 2001 tentang *Guidelines Occupational Health and Safety Management Systems* (OHSMS). (3)

Di Indonesia sendiri peraturan terkait dengan jaminan keamanan pekerja secara umum telah ditetapkan oleh pemerintah yang dikenal dengan istilah K3, antara lain: Undang-Undang (UU) Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, UU Nomor 13 Tahun 2003 tentang Tenaga Kerja, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sedangkan bagi tenaga kesehatan ada penambahan aturan

melalui Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan juga Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 432/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit, dan lain-lain. (4)

Standar dan peraturan ini merupakan suatu keharusan yang harus dipahami dan dipatuhi oleh setiap perusahaan dan telah lama ditetapkan namun penerapan K3 belum maksimal dan jauh dari konsep *Zero Accident* seperti yang diharapkan. Hal ini dapat diamati dari masih tingginya angka Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) di dunia, khususnya para pekerja tenaga medis di rumah sakit karena para pekerja rumah sakit mempunyai risiko yang lebih tinggi dibanding pekerja industri lain untuk terjadinya KAK dan PAK. (3)

Kajian terkait dengan penerapan K3 dari referensi yang sudah dibuat maka didapati disimpulkan bahwa ada perbedaan antara tempat kerja pada umumnya dengan rumah sakit yang merupakan suatu industri jasa yang padat karya, padat pakar, padat modal dan padat teknologi yang juga berakibat akan terjadinya berbagai potensi bahaya. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu menjamin K3 seluruh petugas, hal ini juga menjadi suatu esensial yang harus ada karena merupakan salah satu persyaratan yang harus dipenuhi dalam memperoleh pengakuan akreditasi rumah sakit. Namun ironisnya, rumah sakit terlalu berfokus pada kegiatan kuratif bukan preventif. Rumah sakit hanya berfokus pada kualitas pelayanan bagi pasien, jumlah tenaga kesehatan di bidang K3 masih terbatas, dan

adanya anggapan bahwa tenaga kesehatan pasti telah melindungi diri dalam bekerja menyebabkan perkembangan K3 Rumah Sakit (K3RS) tertinggal. Sehingga, kasus KAK pada petugas kesehatan di negara Amerika Serikat pada tahun 2011 tercatat sebesar 58.860 kasus dan PAK juga menyebabkan petugas kesehatan tidak bekerja. (3)

Sekitar 5.000 petugas kesehatan di negara tersebut setiap tahunnya terinfeksi *Hepatitis B Virus* (HBV) dan 47 positif *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dengan 600.000–1.000.000 kasus luka tusuk jarum, diperkirakan lebih dari 60% tidak dilaporkan (Kepmenkes RI, 2010). Selain itu, diperkirakan 5,5 juta petugas kesehatan di Amerika Serikat juga berpotensi tinggi terpapar obat-obat berbahaya maupun limbah obat di tempat kerja mereka yang berisiko menyebabkan kanker, gangguan reproduksi, cacat janin, dan penyakit akut lainnya. (5)

Berdasarkan data diatas dapat ditarik kesimpulan masih adanya permasalahan dalam pelaksanaan standart prosedur operasional (SPO) di rumah sakit yang berakibat pada terjadinya penularan infeksi dan kecelakaan kerja.

Budaya K3 terbentuk dari kombinasi aspek psikologis pekerja terhadap K3 (*psychological aspects, what people feel, what is believe*), aspek perilaku K3 pekerja (*behavioral aspects, what people do, what is done*), serta aspek situasi atau organisasi dalam kaitan dengan K3 (*situational aspects, what organizational has, what is said*)³. Berdasarkan pernyataan Cooper (2000) dapat disimpulkan bahwa terjadi kecelakaan kerja bersumber dari tidak diterapkannya budaya K3. Adapun beberapa penelitian lainnya yang juga berkaitan dengan ketiga aspek

tersebut dapat dilihat dibawah ini. Aspek psikologis memengaruhi penerapan K3 pada penelitian Fausiah, dkk di Unit PLTD PT. PLN (Persero) Sektor Tello tahun 2013 menunjukkan bahwa persepsi kontrol perilaku berpengaruh signifikan terhadap intensi karyawan dalam pelaksanaan K3 di perusahaan. (6)

Penelitian lainnya menyatakan bahwa persepsi yang ada pada karyawan terhadap K3 perusahaan akan berpengaruh secara signifikan terhadap prestasi K3 perusahaan. (7) Selain itu, Kurniasih dan Rachmadita (2013) menyatakan bahwa dimensi keyakinan yang berwujud pada tingkat pemahaman tentang penyebab kecelakaan merupakan faktor penting dalam penilaian K3.

Aspek perilaku K3 dapat diketahui dengan mengukur pengetahuan, sikap dan tindakan pekerja terkait pelaksanaan K3. Hal ini diperkuat dari beberapa penelitian K3 sebelumnya, seperti penelitian Dahlawy pada tahun 2008 dengan hasil, ada hubungan antara sikap dengan perilaku K3, ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku K3, tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan perilaku K3, dan tidak ada hubungan antara perilaku K3 dengan tempat kerja. (3)

Untuk aspek organisasi dapat diketahui melalui tatanan organisasi yaitu kebijakan, aturan atau prosedur dan kepemimpinan⁶. Hal ini didukung oleh beberapa penelitian terdahulu seperti penelitian Khoiri pada tahun 2010 yang menunjukkan bahwa komitmen manajemen berupa kebijakan merupakan factor utama dalam memengaruhi penerapan K3 dan penelitian Siregar (2014) yang menyatakan bahwa variabel kepatuhan terhadap prosedur berhubungan dengan kecelakaan ringan pada pekerja produksi *shift* pagi di PT *Aqua Golden Mississippi*

Bekasi. (8) Namun, penelitian terkait tentang kepemimpinan menunjukkan bahwa kepemimpinan tidak dapat memengaruhi iklim keselamatan kerja di PT. KRM. Berdasarkan uraian-uraian diatas, dapat dinyatakan apabila suatu perusahaan yang memiliki budaya K3 yang kuat maka akan mempunyai budaya organisasi kuat juga yang berorientasi pada K3 dalam produksi. Setiap pekerja di perusahaan tentu menjadi memiliki nilai-nilai K3 dan persepsi terhadap bahaya secara benar serta menampilkan perilaku K3 yang diharapkan secara konsisten. Perusahaan juga akan mempunyai organisasi dan manajemen serta sistem manajemen K3 yang tepat. (9)

Sebenarnya telah banyak upaya yang telah dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit untuk mengurangi kejadian KAK dan PAK di RSUS dengan membentuk panitia K3RS, menyusun kebijakan, panduan, SPO dan program terkait K3, menyediakan rambu-rambu K3 di setiap bagian rumah sakit, menyediakan sarana prasarana termasuk Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi sesuai dengan resiko di tempat kerja, melakukan sosialisasi K3 secara berkala, melakukan kalibrasi dan pengukuran bahaya paparan radiasi serta pengelolaan limbah setiap bulannya, melaksanakan orientasi K3RS pada petugas rumah sakit yang baru direkrut, melakukan pengobatan, pemeriksaan kesehatan awal dan berkala, serta vaksinasi untuk petugas-petugas yang berisiko tinggi terinfeksi. Akan tetapi, berbagai upaya tersebut belum optimal.

Tindakan yang tidak memenuhi keselamatan kerja (*unsafe act*) dari pekerja merupakan faktor utama penyebab PAK dan KAK, yaitu sebesar 88%. Hal ini terjadi karena kurangnya kesadaran pekerja dan kualitas serta keterampilan

pekerja yang kurang memadai. Banyak pekerja yang meremehkan risiko kerja, sehingga tidak menggunakan APD walaupun sudah tersedia serta kurangnya motivasi kerja dan tingginya stres kerja yang dialami pekerja rumah sakit. (7)

Rumah Sakit Sultan Abdul Aziz Peureulak yang telah menjalani program serta membuat laporan terkait K3RS. Dari hasil wawancara dengan ketua panitia K3 di rumah sakit tersebut, diperoleh informasi bahwa masih banyak terdapat kasus KAK dan gangguan kesehatan petugas sepanjang tahun 2015.

Data laporan temuan K3 RSUD. Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak menunjukkan sebanyak 28 petugas pelaksana mengalami KAK sepanjang tahun 2016-2017 dengan rincian sebagai berikut : 10 perawat, 1 dokter umum, dan 1 petugas laboratorium mengalami Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) ketika pergi atau pulang bekerja, 1 petugas gizi tersiram air panas, 1 petugas teknisi tertimpa tabung oksigen, 2 petugas *cleaning service* tertimpa tempat tidur, 3 petugas kebersihan dan 4 perawat jatuh karena terpeleset serta 1 petugas rekam medis tertimpa rak data penyimpanan laporan klinis. (10)

Program terkait dengan upaya penanggulangan telah dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit untuk mengurangi kejadian KAK dan PAK di RSUD seperti: membentuk panitia K3RS, menyusun kebijakan, panduan, SPO dan program terkait K3, menyediakan rambu-rambu K3 di setiap bagian rumah sakit, menyediakan sarana prasarana termasuk Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi sesuai dengan resiko di tempat kerja, melakukan sosialisasi K3 secara berkala, melakukan kalibrasi dan pengukuran bahaya paparan radiasi serta pengelolaan limbah setiap bulannya, melaksanakan orientasi K3RS pada petugas

rumah sakit yang baru direkrut, melakukan pengobatan, pemeriksaan kesehatan awal dan berkala, serta vaksinasi untuk petugas-petugas yang berisiko tinggi terinfeksi. Akan tetapi, berbagai upaya tersebut belum optimal.

Sejalan dengan data diatas maka perlu untuk melakukan penelitian untuk melihat tingkat kepatuhan terutama tenaga medis (dokter, perawat, bidan) dalam menerapkan K3 dalam setiap aktivitasnya saat bekerja dengan melihat pemahaman dan keyakinan akan manfaat K3 dan merasa penerapan K3 menjadi beban tambahan dalam pekerjaan sehingga mereka tidak membiasakan diri untuk menerapkan program K3 di rumah sakit. Selain itu, melihat tingkat kepatuhan berperilaku K3 di rumah sakit seperti kebiasaan mereka untuk serius dalam bekerja, mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan pelayanan kesehatan, penggunaan APD seperti sarung tangan, masker, apron, dan lain-lain dan komitmen ketua tim dalam memberikan sanksi. Maka perlu dilakukannya penelitian tentang faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan penerapan pelaksanaan K3 di rumah sakit ini.

1.2. Rumusan Masalah

Permasalahan dalam penelitian ini adalah

1. Apakah ada pengaruh keyakinan terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak
2. Apakah ada pengaruh persepsi terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak

3. Apakah ada pengaruh pengetahuan terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak
4. Apakah ada pengaruh sikap terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak
5. Apakah ada pengaruh tindakan terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak
6. Apakah ada pengaruh kebijakan terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak
7. Apakah ada pengaruh SPO terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak
8. Apakah ada pengaruh kepemimpinan terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, Tindakan, kebijakan, SPO, kepemimpinan terhadap pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Peureulak.

1.4. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Teoritis

1. Sebagai bahan referensi dan perbandingan bagi peneliti lanjutan yang mengkaji topik relevan dengan penelitian ini.

2. Dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan administrasi rumah sakit tentang pelaksanaan K3RS.

b. Manfaat Untuk Rumah Sakit

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi pihak manajemen RSUD. Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak khususnya pimpinan rumah sakit, kepala instalasi/bagian akan pentingnya pelaksanaan K3 oleh seluruh petugas pelaksana secara optimal untuk mencegah PAK dan KAK.

2. Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan dalam bidang penelitian khususnya yang berhubungan dengan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan K3 di ruang rawat inap RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak.

3. Bagi Petugas Pelaksana

Bagi petugas pelaksana agar lebih mengetahui dan menyadari pentingnya pelaksanaan K3RS selama beraktivitas.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi Institut Kesehatan Helvetia Medan Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, sebagai bahan tinjauan keilmuan tentang faktor yang mempengaruhi pelaksanaan K3 di ruang rawat inap RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti terdahulu

1. Penelitian yang dilakukan dengan judul hubungan antara faktor pembentuk budaya keselamatan kerja dengan *Safety Behavior* di PT. DOK dan Perkapalan Surabaya Unit *Hull Construction* didapatkan hasil bahwa komitmen keselamatan, peraturan dan prosedur kerja, keterlibatan pekerja mempunyai hubungan dan pengaruh yang kuat terhadap perilaku untuk melaksanakan K3 di PT. DOK dan perkapalan Surabaya. (11)
2. Penelitian yang dilakukan dengan judul Pengaruh Budaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Terhadap Kinerja Proyek Konstruksi didapatkan hasil bahwa komitmen top management, peraturan dan prosedur kerja, komunikasi, kompetensi pekerja, Keterlibatan pekerja, lingkungan kerja mempunyai pengaruh yang kuat terhadap kinerja pegawai di proyek konstruksi. (6)
3. Penelitian yang dilakukan dengan judul Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja Karyawan Terhadap Kinerja Karyawan didapatkan hasil bahwa penerapan keselamatan dan kesehatan kerja berupa keterlibatan pegawai, komitmen pimpinan, sikap k3 mempengaruhi kinerja karyawan. (12)
4. Penelitian yang dilakukan dengan Pelaksanaan Keselamatan Kesehatan Kerja (K3) Perusahaan Jasa Konstruksi Bangunan Pada PT. Adhi Persada Gedung (Proyek Transmart Carrefour) didapatkan hasil bahwa pelaksanaan K3 dalam perusahaan memberikan dampak peningkatan produktivitas pegawai di PT. Adhi Persada. (13)

5. Penelitian yang dilakukan dengan judul Pengaruh Penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di PT. PLN Pekanbaru didapatkan hasil bahwa faktor kedisiplinan, kesadaran pribadi, teknis lingkungan, pengawasan mempengaruhi pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja pada karyawan PT. PLN di Pekanbaru. (14)
6. Penelitian yang dilakukan dengan judul Hubungan penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja dengan Kinerja Karyawan didapatkan hasil bahwa faktor pengetahuan K3, sikap K3, kebijakan, rasa tanggung jawab mempengaruhi penerapan K3 di bengkel permesinan. (15)
7. Penelitian yang dilakukan dengan judul *Factors Influencing Occupational Health and Safety Practices in The Private Hospitals in Mombasa Island* didapatkan hasil bahwa faktor pelaksanaan K3 seperti penggunaan alat pelindung diri, kebijakan keselamatan, adanya fasilitas tanggap darurat mengurangi angka terjadinya kecelakaan di Rumah Sakit secara Private. (16)
8. Penelitian yang dilakukan dengan judul *Introducing Routine Measurement of Healthcare Worker's as a Leading Indicator Norway* didapatkan hasil bahwa pelaksanaan K3 sangat dibutuhkan untuk mencegah terjadinya resiko kecelakaan melalui penerapan SPO, kebijakan, dan penggunaan Alat pelindung diri. (17)
9. Penelitian yang dilakukan dengan *Evaluation of Occupational Safety and Health Management Systems at Egerton University* didapatkan hasil bahwa pelaksanaan K3 menggunakan sistem OHAS yang di dalamnya terdapat elemen kebijakan, kesadaran karyawan, pelaksanaan APD, dan SPO merupakan salah satu pendukung dalam kelancaran kegiatan. (18)

10. Penelitian yang dilakukan dengan *Factor Influencing adherence to Standard Precautions among Nursing Professionals in Psychiatric Hospital* didapatkan hasil bahwa pelaksanaan K3 dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja di Rumah Sakit. (1)

2.2. Telaah Teori

Perlindungan tenaga kerja memiliki beberapa aspek dan salah satunya yaitu perlindungan keselamatan, perlindungan tersebut bermaksud agar tenaga kerja secara aman dalam melakukan kerja secara aman melakukan kerjanya sehari-hari untuk meningkatkan produktivitas. (19) Keselamatan kerja adalah perlindungan atas keamanan kerja yang dialami pekerja baik fisik maupun mental dalam lingkungan pekerjaan. Manajemen keselamatan kerja meliputi perlindungan karyawan dari kecelakaan di tempat kerja sedangkan kesehatan merujuk kepada kebebasan karyawan dari penyakit secara fisik maupun mental. (20) Terdapat tiga alasan keselamatan kerja merupakan keharusan bagi setiap perusahaan untuk melaksanakannya antara lain alasan moral, hukum, dan ekonomi. Kesehatan kerja menunjukkan pada kondisi yang bebas dari gangguan fisik, mental dan emosi atau rasa sakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja. Resiko kesehatan merupakan faktor-faktor dalam lingkungan kerja yang bekerja melebihi periode waktu yang ditentukan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan kerja adalah keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO dan kepemimpinan dari suatu instansi. (21)

2.3. Landasan Teori

2.3.1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

1. Pengertian K3

Kesehatan kerja adalah pelaksanaan kesehatan masyarakat dalam suatu tempat kerja dan yang menjadi sasaran dari kesehatan kerja adalah masyarakat pekerja dan masyarakat di sekitar perusahaan tersebut. (22) Keselamatan kerja menunjuk pada kondisi yang aman serta selamat dari penderitaan, kerusakan atau kerugian di tempat kerja. Dapat disimpulkan bahwa K3 merupakan upaya memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja dengan cara pencegahan Kecelakaan Akibat Kerja dan Penyakit Akibat Kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi. (23)

2. Tujuan dan Manfaat K3

Tujuan dari K3 adalah agar setiap pegawai mendapat jaminan K3 baik secara fisik, sosial, dan psikologis, setiap perlengkapan dan peralatan kerja digunakan seefektif mungkin, semua hasil produksi dipelihara keamanannya, adanya jaminan atas pemeliharaan dan peningkatan kesehatan gizi pegawai, meningkatkan kegairahan, keserasian kerja, dan partisipasi kerja. (16)

Apabila perusahaan melaksanakan program K3 dengan baik, maka perusahaan dapat memperoleh manfaat diantaranya mampu meningkatkan produktivitas karena menurunnya jumlah hari kerja yang hilang, Menurunnya biaya kesehatan dan asuransi, Meningkatnya efisiensi dan kualitas pekerja yang lebih komitmen, Fleksibilitas dan adaptabilitas yang lebih besar sebagai akibat

dari partisipasi dan ras kepemilikan, Rasio seleksi tenaga kerja yang lebih baik karena meningkatnya citra perusahaan. (7)

Oleh karena hal diatas, maka K3 harus ditanamkan pada masing-masing karyawan dengan penyuluhan dan pembinaan yang baik agar mereka menyadari pentingnya K3 bagi dirinya maupun perusahaan. (24) Apabila di dalam perusahaan banyak terjadi Penyakit Akibat Kerja dan Kecelakaan Akibat Kerja maka banyak karyawan yang menderita, absensi yang meningkat, produksi menurun, dan biaya pengobatan semakin besar. Pada akhirnya akan menimbulkan kerugian bagi karyawan maupun perusahaan bersangkutan, karena karyawan terpaksa berhenti bekerja dan perusahaan kehilangan karyawannya. (25)

2.3.2. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

1. Pengertian dan Standar K3RS

Pelaksanaan K3RS merupakan salah satu upaya untuk memelihara kelancaran proses pelayanan, maka pengelola dan Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit dituntut untuk melaksanakan upaya K3RS. K3RS adalah suatu upaya yang terintegrasi untuk menciptakan lingkungan kerja atau tempat kerja yang sehat, aman, nyaman dan produktif baik bagi seluruh pekerja, pasien, pengunjung/pengantar pasien maupun bagi masyarakat serta lingkungan sekitar rumah sakit. Supaya K3RS dapat dipahami secara utuh, terdapat 3 komponen yang saling berinteraksi yang sekaligus menjadi prinsip dasar K3RS yaitu kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar K3RS, berikut beberapa tujuan khusus penyelenggaraan K3RS yaitu : 1. Meningkatnya

profesionalisme dalam hal K3 bagi manajemen, pelaksana dan pendukung program, 2. Terwujudnya organisasi kerja yang menunjang tercapainya K3RS, 3. program K3RS secara optimal dan menyeluruh. 4. Terlindunginya pekerja dan mencegah terjadinya PAK dan KAK. 5. Terpenuhi syarat-syarat K3 di setiap unit kerja, 6. Peningkatan mutu, citra dan produktivitas rumah sakit. (18)

Selain itu, beberapa standar dalam upaya penyelenggaraan K3RS adalah : 1. Program dan kebijakan pelaksanaan K3RS, 2. Pelayanan K3RS, 3. Perbekalan kesehatan di rumah sakit (sarana, prasarana dan peralatan), 4. Pengelolaan Barang Berbahaya dan Beracun (B3), 5. SDM K3RS, 6. Pembinaan, pengawasan, pencatatan dan pelaporan.

2. Manajemen K3RS

Penyelenggaraan K3RS dapat berjalan lebih efektif, efisien dan terpadu diperlukan manajemen K3RS baik bagi pengelola maupun pekerja rumah sakit. Sistem Manajemen K3RS (SMK3RS) adalah bagian dari sistem manajemen yang meliputi : struktur organisasi, perencanaan, pelaksanaan, prosedur, sumber daya, dan tanggung jawab organisasi. Langkah-langkah penerapan untuk penyelenggaraan K3RS, yaitu :

1) Tahap persiapan

Pada tahap ini pimpinan puncak (top management) menyatakan komitmen dan membuat kebijakan. Komitmen kemudian diwujudkan dalam bentuk kebijakan tertulis, jelas dan mudah dimengerti serta diketahui oleh seluruh karyawan rumah sakit. Manajemen rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan semua sumber daya esensial seperti pendanaan, tenaga K3 dan sarana untuk

terlaksananya program K3RS. Kebijakan K3RS diwujudkan dalam bentuk wadah K3RS dalam struktur organisasi rumah sakit. Untuk melaksanakan komitmen dan kebijakan K3RS, perlu disusun strategi seperti:

- a. Advokasi sosialisasi program K3RS.
- b. Menetapkan tujuan yang jelas.
- c. Organisasi dan penugasan yang jelas.
- d. Meningkatkan SDM profesional di bidang K3RS pada setiap unit kerja di lingkungan rumah sakit.
- e. Sumber daya yang harus didukung oleh top management

2) Tahap perencanaan

Rumah sakit harus membuat perencanaan yang efektif agar tercapai keberhasilan penerapan SMK3 dengan sasaran yang jelas dan dapat diukur. rumah sakit harus melakukan kajian dan identifikasi sumber bahaya, penilaian serta pengendalian faktor risiko. Identifikasi sumber bahaya dapat dilakukan dengan mempertimbangkan : 1) Kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya. 2) Jenis KAK dan PAK yang mungkin dapat terjadi. Sumber bahaya yang ada di rumah sakit dapat menentukan tingkat risiko yang merupakan tolak ukur kemungkinan terjadinya KAK dan PAK. bahaya potensial di rumah sakit sebagai berikut : (4)

- a) Identifikasi sumber bahaya Dapat dilakukan dengan mempertimbangkan:
 - 1) Kondisi dan kejadian yang dapat menimbulkan potensi bahaya.
 - 2) Jenis KAK dan PAK yang mungkin dapat terjadi.

Sumber bahaya yang ada di rumah sakit dapat menentukan tingkat risiko yang merupakan tolak ukur kemungkinan terjadinya KAK dan PAK. Bahaya potensial di rumah sakit sebagai berikut : (4)

Tabel 2.1. Bahaya Potensial di Rumah Sakit

Bahaya Fisik	radiasi pengion, radiasi non-pengion, suhu panas, suhu dingin, bising, getaran, dan pencahayaan.
Bahaya Kimia	Ethylene Oxide, Formaldehyde, Glutaraldehyde, Ether, Halothane, Mercury, Chlorine.
Bahaya Biologi	Virus (misal: Hepatitis B, Hepatitis C, Influenza, HIV), Bakteri (misal: S.saphrophyticus, Bacillus sp., Porionibacterium sp., H.influenzae, S.pneumoniae, N.meningitidis, B.streptococcus, Pseudomonas), Jamur (misal : Candida) dan Parasit (missal : S. scabiei).
Bahaya Ergonomi	posisi kerja statis, angkat angkut pasien, membungkuk, menarik, mendorong
Bahaya Psikososial	kerja shift, stres beban kerja, hubungan kerja, post traumatic
Bahaya Mekanik	terjepit, terpotong, terpukul, tergulung, tersayat, tertusuk benda tajam.
Bahaya Listrik	sengatan listrik, hubungan arus pendek, kebakaran, petir, listrik statis.
Kecelakaan	kecelakaan benda tajam
Limbah rumah	limbah medis (jarum suntik, vial obat, nanah, darah) limbah non medis, limbah cairan tubuh manusia (misal : droplet, liur, sputum).

b) Penilaian faktor risiko

Proses untuk menentukan ada tidaknya risiko dengan jalan melakukan penilaian bahaya potensial yang menimbulkan risiko keselamatan dan kesehatan.

c) Pengendalian faktor risiko

Dilaksanakan melalui 4 tingkatan pengendalian risiko yakni menghilangkan bahaya, menggantikan sumber risiko dengan sarana atau peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah atau tidak ada (engineering), administrasi dan APD.

d) Membuat peraturan

Rumah sakit harus membuat, menetapkan dan melaksanakan SPO sesuai dengan peraturan perundangan dan ketentuan mengenai K3 lainnya yang berlaku. SPO ini harus dievaluasi, diperbaharui dan harus dikomunikasikan serta disosialisasikan pada karyawan dan pihak yang terkait.

e) Tujuan dan sasaran

Rumah sakit harus mempertimbangkan peraturan perundang-undangan, bahaya potensial dan risiko K3 yang bisa diukur, satuan/indikator pengukuran, sasaran pencapaian dan jangka waktu pencapaian.

f) Indikator kinerja

Indikator kinerja harus diukur sebagai dasar penilaian kinerja K3 dan sekaligus merupakan informasi mengenai keberhasilan pencapaian SMK3RS.

g) Program K3

Rumah sakit harus menetapkan dan melaksanakan program K3RS, untuk mencapai sasaran harus ada monitoring, evaluasi dan dicatat serta dilaporkan.

3) Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan K3 di rumah sakit sangat tergantung dari rasa tanggung jawab manajemen dan petugas, terhadap tugas dan kewajiban masing-masing serta kerja sama dalam pelaksanaan K3. Pola pembagian tanggung jawab, penyuluhan kepada semua petugas, bimbingan dan latihan serta penegakkan disiplin. Ketua organisasi atau satuan pelaksana K3RS secara spesifik harus mempersiapkan data dan informasi pelaksanaan K3 di semua tempat kerja, merumuskan permasalahan serta menganalisis penyebab timbulnya masalah bersama unit kerja, kemudian mencari jalan pemecahan dan mengkomunikasikannya ke unit kerja, sehingga dapat dilaksanakan dengan baik. Selanjutnya memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan program untuk menilai keberhasilan program. Jika terdapat kekurangan, maka diidentifikasi penyimpangannya serta dicari pemecahannya.

a) Tugas dan fungsi organisasi atau unit pelaksana K3RS

1) Tugas pokok

- a. Memberi rekomendasi dan pertimbangan kepada direktur rumah sakit mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan K3.
- b. Merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman, petunjuk pelaksanaan dan prosedur.

c. Membuat program K3RS.

2) Fungsi

- a. Mengumpulkan dan mengelolah seluruh data dan informasi serta permasalahan yang berhubungan dengan K3.
- b. Membantu direktur rumah sakit mengadakan dan meningkatkan upaya promosi K3, pelatihan dan penelitian K3 di rumah sakit.
- c. Pengawasan terhadap pelaksanaan program K3.
- d. Memberikan saran dan pertimbangan terkait tindakan korektif.
- e. Koordinasi dengan unit-unit lain yang menjadi anggota K3RS.
- f. Memberi nasehat tentang manajemen K3 di tempat kerja, kontrol bahaya, mengeluarkan peraturan dan inisiatif pencegahan.
- g. Investigasi dan melaporkan kecelakaan, dan merekomendasikan sesuai kegiatannya.

b) Struktur organisasi K3RS

Organisasi K3 berada 1 tingkat di bawah direktur dan bukan merupakan kerja rangkap. Selanjutnya organisasi K3RS yang sudah terbentuk melaksanakan program K3 sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087/Menkes/SK/ VIII/2010 tentang Standar K3RS. Program K3RS yang harus diterapkan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2 Program – Program K3RS

No.	Program
1	Pengembangan kebijakan K3RS a. Pembentukan atau revitalisasi organisasi K3RS; b. Merencanakan program K3RS selama 3 tahun ke depan (setiap 3 tahun dapat direvisi kembali, sesuai dengan kebutuhan)
2	Pembudayaan perilaku K3RS a. Advokasi sosialisasi K3 pada seluruh jajaran rumah sakit, baik bagi SDM, pasien maupun pengantar pasien atau pengunjung rumah sakit; b. Penyebaran media komunikasi dan informasi baik melalui film, leaflet, poster, pamflet dan lain-lain; c. Promosi K3 pada setiap pekerja yang bekerja di setiap unit rumah sakit dan pada para pasien serta para pengantar pasien atau pengunjung rumah sakit.
3	Pengembangan SDM K3RS a. Pelatihan umum K3RS; b. Pelatihan intern rumah sakit, khususnya SDM rumah sakit per unit rumah sakit; c. Pengiriman SDM rumah sakit untuk pendidikan formal, pelatihan lanjutan, seminar dan workshop yang berkaitan dengan K3
4	Pengembangan Pedoman, Petunjuk Teknis dan SPO K3RS a. Penyusunan pedoman praktis ergonomi di rumah sakit; b. Penyusunan pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja; c. Penyusunan pedoman pelaksanaan pelayanan keselamatan kerja; d. Penyusunan pedoman pelaksanaan tanggap darurat di rumah sakit; e. Penyusunan pedoman pelaksanaan pencegahan dan Penanggulangan kebakaran; f. Penyusunan pedoman pengelolaan penyehatan lingkungan rumah sakit; g. Penyusunan pedoman pengelolaan faktor risiko dan Pengelolaan limbah rumah sakit; h. Penyusunan pedoman pengelolaan faktor risiko dan Pengelolaan limbah rumah sakit; i. Penyusunan kontrol terhadap penyakit infeksi; j. Penyusunan SOP angkat angkut pasien di rumah sakit; k. Penyusunan SOP terhadap Bahan Beracun dan Berbahaya (B3); l. Penyusunan SOP kerja dan peralatan di masing-masing unit kerja rumah sakit

5	<p>Pemantauan dan evaluasi kesehatan lingkungan tempat kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mapping lingkungan tempat kerja (area/tempat kerja yang dianggap berisiko dan berbahaya, area/tempat kerja yang belum melaksanakan program K3RS, area/tempat kerja yang sudah melaksanakan program K3RS, area/tempat kerja yang sudah melaksanakan dan mendokumentasikan program K3RS); b. Evaluasi lingkungan tempat kerja (walk through dan observasi, wawancara SDM rumah sakit, survey dan kuesioner, checklist dan evaluasi lingkungan tempat kerja secara rinci).
6	<p>Pelayanan kesehatan kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, pemeriksaan kesehatan berkala dan pemeriksaan kesehatan khusus bagi SDM rumah sakit; b. Memberikan pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi SDM rumah sakit yang menderita sakit; c. Meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental (rohani) dan kemampuan fisik SDM rumah sakit; d. Perlindungan spesifik dengan pemberian imunisasi pada SDM rumah sakit yang bekerja pada area/tempat kerja yang berisiko dan berbahaya; e. Melaksanakan kegiatan surveilans kesehatan kerja.
7	<p>Pelayanan keselamatan kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pembinaan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan di rumah sakit; b. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja di rumah sakit; c. Pengelolaan, pemeliharaan dan sertifikasi sarana, prasarana dan peralatan rumah sakit; d. Pengadaan peralatan K3RS.
8	<p>Pengembangan program pemeliharaan pengelolaan limbah padat, cair dan gas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penyediaan fasilitas untuk penanganan dan pengelolaan limbah padat, cair dan gas; b. Pengelolaan limbah medis dan non medis.
9	<p>Pengelolaan jasa, bahan beracun berbahaya dan barang berbahaya</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Inventarisasi jasa, bahan beracun berbahaya dan barang berbahaya (Permenkes RI No.472 tahun 1996); b. Membuat kebijakan dan prosedur pengadaan, penyimpanan dan penanggulangan bila terjadi kontaminasi dengan acuan lembar Data Keselamatan Bahan (MSDS-Material Safety Data Sheet) atau Lembar Data Pengaman (LDP); lembar informasi dari pabrik tentang sifat khusus (fisik atau kimia) dari bahan, cara penyimpanan, risiko pajanan dan cara penanggulangan bila terjadi kontaminasi.

10	<p>Pengembangan manajemen tanggap darurat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyusun rencana tanggap darurat (survei bahaya, membentuk tim tanggap darurat, menentukan SPO pengendalian, pelatihan, dan lain-lain); b. Pembentukan organisasi atau tim kewaspadaan bencana; c. Pelatihan dan uji coba terhadap kesiapan petugas tanggap darurat; d. Inventarisasi tempat-tempat yang berisiko dan berbahaya serta membuat denahnya (laboratorium, rontgen, farmasi, kamar operasi, genset, kamar isolasi penyakit menular, dan lain-lain); e. Menyiapkan sarana dan prasarana tanggap darurat atau bencana; f. Membuat kebijakan dan prosedur kewaspadaan, upaya pencegahan dan pengendalian bencana pada tempat-tempat yang berisiko tersebut; g. Membuat rambu-rambu atau tanda khusus jalan keluar untuk evakuasi apabila terjadi bencana; i. Memberikan APD pada petugas di tempat-tempat berisiko (masker, apron, kacamata, sarung tangan, dan lain-lain); i. Sosialisasi dan penyuluhan ke seluruh SDM rumah sakit; j. Pembentukan sistem komunikasi internal dan eksternal tanggap darurat rumah sakit; k. Evaluasi sistem tanggap darurat
11	<p>Pengumpulan, pengolahan, dokumen data dan pelaporan kegiatan K3</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyusun prosedur pencatatan dan pelaporan serta penanggulangan kecelakaan kerja, PAK, kebakaran dan bencana (termasuk format pencatatan dan pelaporan yang sesuai dengan kebutuhan); b. Pembuatan sistem pelaporan kejadian dan tindak lanjutnya (alur pelaporan kejadian nyaris celaka dan celaka serta SPO pelaporan, penanganan dan tindak lanjut kejadian nyaris cedera (near miss) dan celaka; c) Pendokumentasian data; <ol style="list-style-type: none"> 1) Data seluruh SDM rumah sakit; 2) Data SDM rumah sakit yang sakit yang dilayani; 3) Data pekerja luar rumah sakit yang dilayani; 4) Data pemeriksaan kesehatan SDM rumah sakit: a) Sebelum bekerja (awal) (orang) b) Berkala (orang) c) Khusus (orang) 5) Cakupan Medical Check-Up (MCU) bagi SDM rumah sakit; 6) Angka absensi SDM rumah sakit; 7) Kasus penyakit umum pada SDM rumah sakit; 8) Kasus penyakit pada (pekerja luar rumah sakit);

	<p>9) Jenis penyakit yang terbanyak di kalangan pekerja rumah sakit;</p> <p>10) Jenis penyakit yang terbanyak di kalangan pekerja luar rumah sakit;</p> <p>11) Kasus penyakit akibat kerja (SDM rumah sakit);</p> <p>12) Kasus penyakit akibat kerja (pekerja luar rumah sakit)</p> <p>13) Kasus diduga penyakit akibat kerja (SDM rumah sakit)</p> <p>14) Kasus diduga penyakit akibat kerja (pekerja luar rumah sakit);</p> <p>15) Kasus Kecelakaan Akibat Kerja (SDM rumah sakit);</p> <p>16) Kasus Kecelakaan Akibat Kerja (pekerja luar rumah sakit);</p> <p>17) Kasus kebakaran/peledakan akibat bahan kimia;</p> <p>18) Data kejadian nyaris celaka (near miss) dan celaka;</p> <p>19) Data sarana, prasarana dan peralatan keselamatan kerja; 20) Data perizinan;</p> <p>21) Data kegiatan pemantauan keselamatan kerja;</p> <p>22) Data pelatihan dan sertifikasi;</p> <p>23) Data pembinaan dan pengawasan terhadap kantin dan pengolahan makanan di rumah sakit (dapur);</p> <p>24) Data promosi keselamatan dan kesehatan kerja bagi SDM rumah sakit, pasien dan pengunjung atau pengantar pasien;</p> <p>25) Data petugas kesehatan rumah sakit yang berpendidikan formal kesehatan kerja, sudah dilatih K3 dan dilatih tentang diagnosis PAK;</p> <p>26) Data kegiatan pemantauan APD (jenis, jumlah, kondisi dan penggunaannya);</p> <p>27) Data kegiatan pemantauan kesehatan lingkungan kerja dan pengendalian bahaya di tempat kerja.</p>
12	<p>Review program tahunan</p> <p>a. Melakukan internal audit K3 dengan menggunakan instrumen self assessment akreditasi rumah sakit;</p> <p>b. Umpan balik SDM rumah sakit melalui wawancara langsung, observasi singkat, survei tertulis dan kuesioner, dan evaluasi ulang;</p> <p>c. Analisis biaya terhadap SDM rumah sakit atas kejadian PAK dan KAK; d. Mengikuti akreditasi rumah sakit.</p>

(Sumber : Kepmenkes RI 2010)

c. Kualifikasi SDM K3RS

Kualifikasi SDM K3RS khususnya rumah sakit umum kelas C, terdiri dari:

- 1) Tenaga kesehatan masyarakat K3 Diploma III dan S1 minimal 1 orang dan mendapatkan pelatihan khusus yang terakreditasi mengenai K3RS;
- 2) Dokter/dokter gigi spesialis dan dokter umum/dokter gigi minimal 1 orang dengan sertifikasi dalam bidang K3 dan mendapatkan pelatihan khusus yang terakreditasi mengenai K3RS;
- 3) Tenaga paramedis yang mendapatkan pelatihan khusus yang terakreditasi mengenai K3RS minimal 1 orang;
- 4) Tenaga teknis lainnya yang mendapatkan pelatihan khusus yang Terakreditasi mengenai K3RS minimal 1 orang.

4. Tahap Pemantauan (*Monitoring*) dan Evaluasi

- a) Pencatatan dan pelaporan K3 terintegrasi ke dalam Sistem Pelaporan Rumah Sakit (SPRS) seperti : pencatatan dan pelaporan K3, kegiatan K3, PAK dan KAK.
- b) Inspeksi dan pengujian
Inspeksi K3RS dilakukan secara berkala, terutama oleh petugas K3RS sehingga kejadian PAK dan KAK dapat dicegah sedini mungkin. Kegiatan lain adalah pengujian baik terhadap lingkungan maupun pemeriksaan terhadap pekerja berisiko seperti pemantauan secara biologis.
- c) Melaksanakan audit K3
Audit K3 yang meliputi falsafah dan tujuan, administrasi dan pengelolaan

karyawan dan pimpinan, fasilitas, dan peralatan, kebijakan dan prosedur, pengembangan karyawan dan program pendidikan, evaluasi dan pengendalian. Tujuan audit K3 adalah :

- 1) Untuk menilai potensi bahaya.
- 2) Memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah sesuai dengan ketentuan.
- 3) Menentukan langkah pengendalian bahaya potensial serta pengembangan mutu.

Perbaikan dan pencegahan didasarkan atas hasil temuan dari audit, identifikasi, penilaian risiko direkomendasikan kepada *top management*. Tinjauan ulang dan peningkatan oleh pihak manajemen secara berkesinambungan untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan K3.

2.3.3. Budaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Dalam rangka menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat kerja, banyak program K3 yang saat ini menggunakan pendekatan perilaku dan budaya, mengingat sebagian besar PAK dan KAK disebabkan oleh faktor perilaku manusia dan juga membudayakan K3. istilah budaya K3 pertama kali tertera dalam laporan yang disusun oleh INSAG pada tahun 1991. Atas dasar itu, *International Atomic Energy Agency (IAEA)* menyusun konsep, model dan metode pengukuran budaya K3 sebagai bagian dari budaya organisasi. Hal ini tampak dari penerapan SMK3RS yang merupakan bagian dari sistem manajemen rumah sakit. (23)

Berbagai model budaya K3 umumnya berkembang dari lingkup ilmu-ilmu perilaku (seperti antropologi, sosiologi dan psikologi). Terutama dalam pendekatan organisasi, manajemen dan psikologi organisasi yang kajiannya khusus mempelajari masalah manusia dalam bidang K3. Perkembangan tersebut banyak menciptakan berbagai model budaya K3 dengan masing-masing indikator yang sebagian besar banyak dipergunakan di berbagai sektor di industri maupun jasa pelayanan. Model penerapan perilaku dan budaya K3 yang komprehensif diperkenalkan oleh seorang ahli psikologi organisasi yang banyak meneliti dan menjadi konsultan dalam mengembangkan perilaku selamat dan budaya keselamatan.

2.3.4. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaksanaan K3

Untuk terselenggaranya K3RS secara optimal, efektif, efisien, dan berkesinambungan, Rumah Sakit membentuk atau menunjuk satu unit kerja fungsional yang mempunyai tanggung jawab dalam menyelenggarakan K3RS. (26) Adapun penerapan K3 di suatu organisasi dapat dilihat dari 3 indikator, yaitu :

1. Aspek psikologis pekerja terhadap K3 (psychological aspects, what people feel, what is believe). Faktor psikologis dalam penelitian ini yang analisis adalah keyakinan dan persepsi.
 - a. Keyakinan

Keyakinan diri merupakan salah satu kemampuan pengaturan diri individu. Keyakinan diri mengacu pada persepsi tentang kemampuan individu untuk

mengorganisasi dan mengimplementasi tindakan untuk menampilkan kecakapan tertentu. (27)

b. Persepsi

Persepsi adalah proses menginterpretasikan rangsang (input), dengan menggunakan alat penerima informasi (sensory information). (28)

2. Aspek perilaku K3 pekerja

Perubahan perilaku yang kurang hati-hati sebagai faktor dominan penyebab kecelakaan kerja menjadi perilaku K3 yang negatif, maka K3 perlu dilaksanakan secara intensif. Perilaku K3 yaitu kegiatan yang dilakukan karyawan terhadap peraturan dan prosedur kerja, penggunaan APD, mengikuti pertemuan-pertemuan mengenai K3, membantu teman mengatasi masalah yang berhubungan dengan K3, dan sebagai berikut:

a. Pengetahuan

Pengetahuan K3 sangat penting bagi karyawan dalam memahami pelaksanaan K3, karena pengetahuan yang diperoleh dapat dijalankan di dalam lingkungan kerja atau saat bekerja. Pengetahuan K3 dipengaruhi oleh pengetahuan karyawan terhadap prosedur K3 yang diberikan atau dijalankan di dalam rumah sakit. Dengan adanya pengetahuan K3, karyawan lebih waspada terhadap kecelakaan kerja.

b. Sikap Karyawan

Sikap dalam melaksanakan K3 merupakan evaluative baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan terhadap Keselamatan kerja. Hal ini mencerminkan bagaimana perasaan seseorang tentang pelaksanaan k3. (15)

c. Tindakan

Tindakan K3 merupakan refleksi kejiwaan seseorang dalam bentuk aktivitas aktif maupun pasif mengenai keselamatan dan kesehatannya dalam kaitannya dengan bekerja, rekan kerja dan lingkungan kerja yang bertujuan untuk pencegahan KAK dan PAK.

3. Aspek situasi atau organisasi dalam kaitan dengan K3 yaitu Faktor organisasi dalam penelitian ini dinilai berdasarkan aspek kebijakan, SPO dan kepemimpinan.

a. Kebijakan

Penyelenggaraan kebijakan dan program K3 dalam kegiatan operasional dan manajerial di suatu perusahaan memberikan dampak positif karena mampu mempertahankan reputasi dan memberi keuntungan bagi perusahaan. Budaya keselamatan kerja (safety culture) merupakan perilaku, kepercayaan, persepsi dan nilai yang disepakati secara bersama yang berkenaan dengan keselamatan kerja.

b. SPO

SPO adalah satu set instruksi tertulis yang mendokumentasikan kegiatan atau proses rutin dalam suatu organisasi. Pengembangan dan penggunaan SPO merupakan salah satu faktor kesuksesan sistem kualitas, dimana SPO menyediakan informasi untuk melakukan suatu pekerjaan dengan benar bagi tiap personil, dan mempermudah dalam menerapkan kekonsistenan dalam kualitas dan integritas suatu produk atau hasil akhir. (9)

c. Kepemimpinan

Pemimpin dengan kepemimpinan K3 adalah pemimpin memprioritaskan K3 dalam bekerja, melakukan motivasi dan promosi K3 dalam setiap pekerjaan.

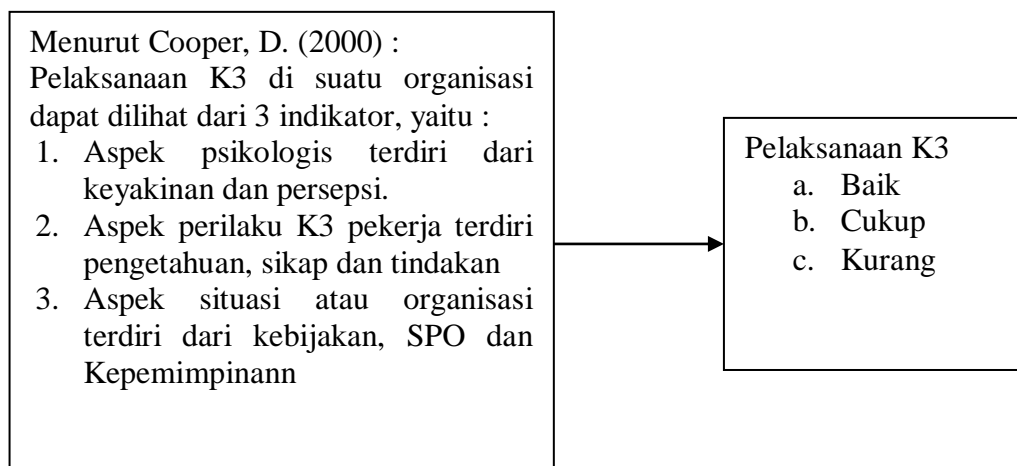
(9)

Budaya K3 di sebuah perusahaan merupakan bagian dari budaya organisasi, yang dapat dilihat dari 3 indikator yaitu : (29)

1. Aspek psikologis pekerja terhadap K3 (*psychological aspects, what people feel, what is believe*).
2. Aspek perilaku K3 pekerja (*behavioral aspects, what people do, what is done*).
3. Aspek situasi atau organisasi dalam kaitan dengan K3 (*situational aspects, what organizational has, what is said*).

Budaya K3 merupakan sebuah kesatuan dari tiga aspek manusia (human being) yaitu aspek internal yang tidak terlihat (*mind*) seperti nilai – nilai K3 dan persepsi K3 dari setiap pekerja; aspek eksternal yang terlihat (behaviour) seperti pengetahuan, sikap dan tindakan; serta aspek organisasi dan manajemen K3 di perusahaan yang hadir dalam suatu konteks sosial (*community*). Ketiga aspek tersebut saling berinteraksi dan berkaitan antara satu dan yang lainnya dan tidak dapat berdiri sendiri (*single indicator*) secara terpisah. Oleh karena itu, budaya K3 perlu dipahami dalam kerangka indikator ganda (*multiple indicators*) yaitu indikator psikologis, indikator perilaku dan indikator organisasi. Tanpa ketiga indikator tersebut sulit untuk memperoleh gambaran suatu budaya keselamatan sebagai bagian dari budaya organisasi di sebuah perusahaan. (6)

Kerangka teori ini berguna sebagai landasan penelitian, karena disusun berdasarkan pada hasil dari konsep dan teori yang telah dikemukakan di landasan teori. Gambaran mengenai fokus utama penelitian ini adalah pengaruh dari keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO, dan kepemimpinan di dalam suatu rumah sakit terhadap kepatuhan petuganya dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit. Secara khusus dapat dicari faktor mana yang paling dominan mempengaruhi petugas kesehatan dalam melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat di skema 3.1 :

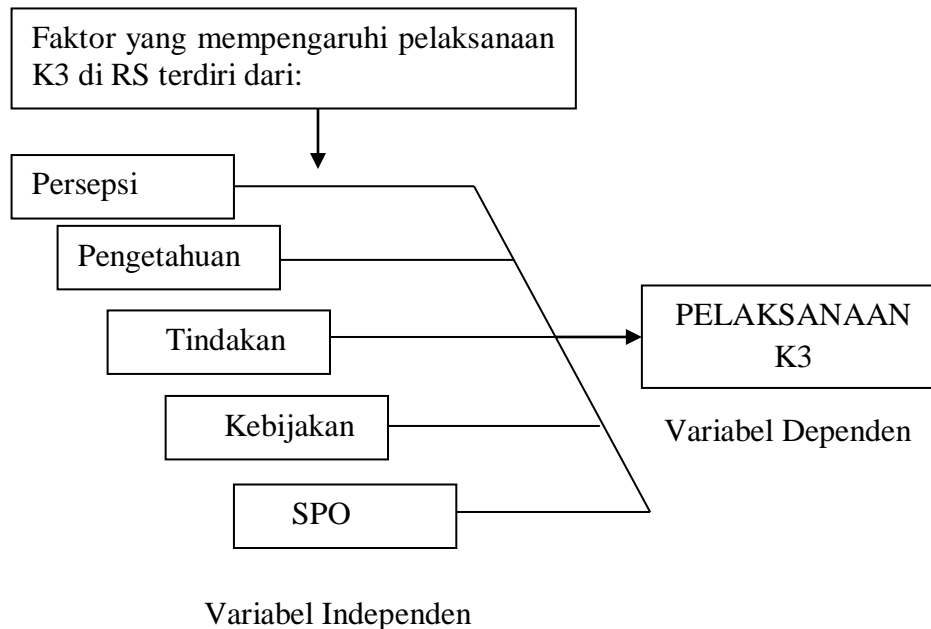


Skema 3.1. Kerangka Teoritis Penelitian

2.4. Kerangka Konsep

Sesuai dengan judul dalam penelitian ini yaitu mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan K3 di RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak, maka variabel yang akan diteliti ada dua, yaitu: variabel independen yaitu: keyakinan,

persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO, dan kepemimpinan dan variabel dependen yaitu pelaksanaan K3 di rumah sakit.



Skema 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

2.5. Hipotesis

Adapun hipotesis penelitian adalah :

1. Ada pengaruh faktor persepsi terhadap pelaksanaan K3 RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak
2. Ada pengaruh faktor pengetahuan terhadap pelaksanaan K3 RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak
3. Ada pengaruh faktor tindakan terhadap pelaksanaan K3 RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak
4. Ada pengaruh faktor kebijakan terhadap pelaksanaan K3 RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak

5. Ada pengaruh faktor SPO terhadap pelaksanaan K3 RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, survei dengan pendekatan *explanatory study* yaitu penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi melalui uji hipotesis. (30)

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Sultan Abdul Aziz Peureulak yang beralamat di jalan Monisa No. 1 yang menjalankan program terkait K3RS.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan dari bulan April sampai Juni 2018.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Sultan Abdul Aziz Peureulak tahun 2018 yaitu 62 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yaitu sebanyak 62 orang. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan Total sampling.

Sampel penelitian ini yaitu seluruh perawat karena profesi ini memiliki potensi bahaya pada masing-masing lingkungan kerjanya yaitu 62 perawat.

3.4. Metode Pengumpulan Data

3.4.1. Jenis Data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari objek yang diteliti, baik dari objek individual (responden) maupun dari suatu instansi yang mengolah data >Riduwan data primer dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh dari responden penelitian. Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung untuk mendapatkan informasi (keterangan) objek yang diteliti, biasanya data tersebut diperoleh dari tangan kedua baik dari objek secara individual (responden) maupun instansi.

Data sekunder diperoleh dari Rumah Sakit Sultan Abdul Aziz Peureulak, yang meliputi : profil rumah sakit, jumlah pekerja, struktur organisasi, laporan K3RS dan data lainnya yang relevan dengan penelitian ini. data sekunder diperoleh dari Rumah Sakit Sultan Abdul Aziz Peureulak, yang meliputi : profil rumah sakit, jumlah pekerja, struktur organisasi, laporan K3RS dan data lainnya yang relevan dengan penelitian ini.

3.4.2. Teknik Pengumpulan Data

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dengan menyebarkan kuesioner kepada responden untuk menilai semua faktor yang memengaruhi pelaksanaan K3. dengan mendahulukan responden untuk mengisi lembar persetujuan untuk menjadi responden atau *informand consent* dan menjelaskan tujuan penelitian dan

menjamin kerahasiaan data pribadi responden selanjutnya peneliti mengarahkan responden untuk melakukan pengisian kuesioner penelitian. (31)

3.4.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrument penelitian berupa kuesioner faktor yang memengaruhi penerapan K3RS. Sebelum digunakan untuk penelitian terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap 30 orang petugas medis di rumah sakit yang memiliki klasifikasi kelas yang sama (kelas C) yaitu RS Zubir Mahmud.

1. Uji Validitas

Sebuah instrumen dikatakan valid, apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Dengan kata lain secara sederhana dapat dikatakan bahwa sebuah instrument dianggap valid jika instrument itu benar-benar dapat dijadikan sebagai alat ukur untuk mengukur apa yang akan diukur. (30) Uji validitas dilakukan secara konten validity kepada ahlinya yaitu dosen K3 Rumah Sakit Uji validitas dilakukan dengan menggunakan Conten validity sehingga diperoleh nilai $r\text{-hitung}$. Dikatakan valid jika $r\text{-hitung} > r\text{-tabel}$ (0,361).

Tabel 3.1. Hasil Uji Validitas Kuesioner Keyakinan

Indikator	No. Soal	<i>r-hitung</i>	<i>r-tabel</i>	Keterangan
Keyakinan	1	0,808	0,361	Valid
	2	0,516	0,361	Valid
	3	0,537	0,361	Valid
	4	0,704	0,361	Valid
	5	0,750	0,361	Valid
	6	0,777	0,361	Valid
	7	0,704	0,361	Valid
	8	0,511	0,361	Valid
	9	0,440	0,361	Valid
	10	0,808	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel keyakinan menunjukkan bahwa 10 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$.

tabel.

Tabel 3.2. Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi

Indikator	No. Soal	<i>r-hitung</i>	<i>r-tabel</i>	Keterangan
Persepsi	1	0,763	0,361	Valid
	2	0,493	0,361	Valid
	3	0,577	0,361	Valid
	4	0,679	0,361	Valid
	5	0,742	0,361	Valid
	6	0,792	0,361	Valid
	7	0,679	0,361	Valid
	8	0,400	0,361	Valid
	9	0,228	0,361	Tidak Valid
	10	0,820	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel persepsi menunjukkan bahwa 9 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan 1 item soal dinyatakan tidak valid karena memiliki nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$.

tabel.

Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

Indikator	No. Soal	<i>r-hitung</i>	<i>r-tabel</i>	Keterangan
Pengetahuan	1	0,764	0,361	Valid
	2	0,493	0,361	Valid
	3	0,577	0,361	Valid
	4	0,676	0,361	Valid
	5	0,155	0,361	Tidak Valid
	6	0,787	0,361	Valid
	7	0,676	0,361	Valid
	8	0,400	0,361	Valid
	9	0,745	0,361	Valid
	10	0,822	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel pengetahuan menunjukkan bahwa 9 item soal dinyatakan valid karena memiliki

nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan 1 item soal dinyatakan tidak valid karena memiliki nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$.

Tabel 3.4. Hasil Uji Validitas Kuesioner Sikap

Indikator	No. Soal	<i>r-hitung</i>	<i>r-tabel</i>	Keterangan
Sikap	1	0,760	0,361	Valid
	2	0,453	0,361	Valid
	3	0,474	0,361	Valid
	4	0,611	0,361	Valid
	5	0,642	0,361	Valid
	6	0,754	0,361	Valid
	7	0,659	0,361	Valid
	8	0,413	0,361	Valid
	9	0,371	0,361	Valid
	10	0,760	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel sikap menunjukkan bahwa 10 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$.

Tabel 3.5. Hasil Uji Validitas Kuesioner Tindakan

Indikator	No. Soal	<i>r-hitung</i>	<i>r-tabel</i>	Keterangan
Tindakan	1	0,752	0,361	Valid
	2	0,068	0,361	Tidak Valid
	3	0,514	0,361	Valid
	4	0,616	0,361	Valid
	5	0,764	0,361	Valid
	6	0,348	0,361	Tidak Valid
	7	0,616	0,361	Valid
	8	0,419	0,361	Valid
	9	0,542	0,361	Valid
	10	0,833	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel tindakan menunjukkan bahwa 8 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan 2 item soal dinyatakan tidak valid karena memiliki nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$.

Tabel 3.6. Hasil Uji Validitas Kuesioner Kebijakan

Indikator	No. Soal	<i>r</i>-hitung	<i>r</i>-tabel	Keterangan
Kebijakan	1	0,736	0,361	Valid
	2	0,399	0,361	Valid
	3	0,499	0,361	Valid
	4	0,611	0,361	Valid
	5	0,642	0,361	Valid
	6	0,729	0,361	Valid
	7	0,635	0,361	Valid
	8	0,532	0,361	Valid
	9	0,371	0,361	Valid
	10	0,760	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel kebijakan menunjukkan bahwa 10 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$.

Tabel 3.7. Hasil Uji Validitas Kuesioner SPO

Indikator	No. Soal	<i>r</i>-hitung	<i>r</i>-tabel	Keterangan
SPO	1	0,646	0,361	Valid
	2	0,539	0,361	Valid
	3	0,399	0,361	Valid
	4	0,653	0,361	Valid
	5	0,539	0,361	Valid
	6	0,681	0,361	Valid
	7	0,625	0,361	Valid
	8	0,437	0,361	Valid
	9	0,601	0,361	Valid
	10	0,112	0,361	Tidak Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel SPO menunjukkan bahwa 9 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan 1 item soal dinyatakan tidak valid karena memiliki nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$.

Tabel 3.8. Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepemimpinan

Indikator	No. Soal	<i>r</i>-hitung	<i>r</i>-tabel	Keterangan
Kepemimpinan	1	0,800	0,361	Valid
	2	0,267	0,361	Tidak Valid
	3	0,444	0,361	Valid
	4	0,525	0,361	Valid
	5	0,792	0,361	Valid
	6	0,612	0,361	Valid
	7	0,451	0,361	Valid
	8	0,244	0,361	Tidak Valid
	9	0,786	0,361	Valid
	10	0,849	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 10 item soal variabel kepemimpinan menunjukkan bahwa 8 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan 2 item soal dinyatakan tidak valid karena memiliki nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$.

Tabel 3.9. Hasil Uji Validitas Kuesioner Pelaksanaan K3

Indikator	No. Soal	<i>r</i>-hitung	<i>r</i>-tabel	Keterangan
Pelaksanaan K3	1	0,811	0,361	Valid
	2	0,412	0,361	Valid
	3	0,537	0,361	Valid
	4	0,677	0,361	Valid
	5	0,770	0,361	Valid
	6	0,801	0,361	Valid
	7	0,677	0,361	Valid
	8	0,471	0,361	Valid
	9	0,340	0,361	Tidak Valid
	10	0,811	0,361	Valid
	11	0,720	0,361	Valid
	12	0,811	0,361	Valid
	13	0,691	0,361	Valid
	14	0,358	0,361	Tidak Valid
	15	0,353	0,361	Tidak Valid
	16	0,677	0,361	Valid
	17	0,471	0,361	Valid
	18	0,340	0,361	Tidak Valid
	19	0,811	0,361	Valid
	20	0,720	0,361	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 20 item soal variabel pelaksanaan K3 menunjukkan bahwa 16 item soal dinyatakan valid karena memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan 4 item soal dinyatakan tidak valid karena memiliki nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$.

2.Uji Reliabilitas

Untuk mengetahui kepercayaan (*reliabilitas*) instrumen akan dilakukan uji reabilitas instrumen sehingga dapat digunakan untuk mengetahui seberapa besar derajat atau kemampuan alat ukur untuk mengukur secara konsisten sasaran yang akan diukur. (31)

Dalam penelitian dilakukan uji reliabilitas pada 30 orang dengan 8 topik pertanyaan masing-masing topik 10 item pertanyaan yang dilakukan pada bulan Juni di RSUD Zubir Mahmud.Idi Aceh Timur. Uji reliabilitas ini menggunakan KR-21 karena memiliki instrumen dengan jumlah pertanyaan genap. Adapun hasil uji reliabilitas yang didapatkan dari hasil pengesanan pada 30 responden dengan menggunakan r_{tabel} yaitu menunjukkan hasil 0,361 dinyatakan reliabel. (32)

Tabel 3.10. Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	<i>r-hitung</i>	<i>r-tabel</i>	Keterangan
Keyakinan	0,761	0,361	Reliabel
Persepsi	0,754	0,361	Reliabel
Pengetahuan	0,752	0,361	Reliabel
Sikap	0,747	0,361	Reliabel
Tindakan	0,733	0,361	Reliabel
Kebijakan	0,747	0,361	Reliabel
SPO	0,724	0,361	Reliabel
Kepemimpinan	0,744	0,361	Reliabel
Pelaksanaan K3	0,753	0,361	Reliabel

Berdasarkan hasil uji reliabilitas instrumen diperoleh hasil bahwa nilai uji reliabilitas diperoleh r_{hitung} dari seluruh variabel lebih besar dari nilai r_{tabel} 0,361, sehingga instrumen penelitian dinyatakan reliabel (handal).

3.5. Variabel dan Definisi Operasional

3.5.1. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini dibagi menjadi variabel terikat dan variabel bebas. Variabel bebas terdiri dari keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO, dan kepemimpinan. Variabel terikat yaitu pelaksanaan K3 di Rumah Sakit Sultan Abdul Aziz Peureulak.

3.5.2. Definisi Operasional

1. Keyakinan adalah tanggapan petugas medis tentang penilaian yang dipercaya dalam melaksanakan K3 di rumah sakit meliputi persiapan/kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi K3.
2. Persepsi adalah tanggapan langsung petugas medis terhadap penerapan K3 di rumah sakit tentang persiapan/kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi K3.
3. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui petugas medis tentang penerapan K3 meliputi pengertian, tujuan, bahaya SPO, pemeriksaan kesehatan, APD, sampah/limbah, kebakaran, pencatatan dan pelaporan data K3.
4. Sikap adalah reaksi atau respons petugas medis terhadap pelaksanaan K3 meliputi kebijakan, pelatihan, sosialisasi, SPO, pengawasan lingkungan

- kerja, fasilitas, pemeriksaan kesehatan, penanganan limbah, evakuasi bencana/ kebakaran, dan pendokumentasian data K3.
5. Tindakan adalah suatu kegiatan petugas medis terhadap penerapan K3 meliputi kebijakan, SPO, safety sign, keselamatan dan kesehatan dalam bekerja, APD, pelaporan, pelatihan/sosialisasi, keamanan lingkungan kerja, limbah dan B3.
 6. Kebijakan adalah pandangan petugas medis terkait tekad yang dimiliki pimpinan rumah sakit untuk tetap konsisten dalam menerapkan K3 terkait pendokumentasian, penyediaan fasilitas termasuk APD, kompetensi petugas, jaminan keselamatan dan kesehatan, penanganan limbah dan B3, bencana dan tanggap darurat, pendidikan dan pelatihan K3.
 7. SPO adalah pandangan petugas medis terhadap SPO dan pedoman tertulis yang digunakan untuk menerapkan K3 yang meliputi unsur kepatuhan, pemahaman, keterlibatan, sosialisasi, ketersediaan dan penilaian atas SPO yang telah disusun.
 8. Kepemimpinan adalah pandangan petugas medis kepada direktur rumah sakit dalam menjalankan tanggung jawab serta memberikan arahan, bimbingan, pengawasan, pendokumentasian, koordinasi, dan bantuan terhadap penerapan K3.
 9. Pelaksanaan K3 adalah upaya-upaya petugas rumah sakit dalam melaksanakan program K3.

3.6. Metode Pengukuran

Metode pengukuran yang digunakan untuk variabel bebas yaitu keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO, dan kepemimpinan adalah menggunakan skala interval. Dalam penyusunan daftar pernyataan untuk variabel tindakan berisi 2 alternatif jawaban yaitu ya dan tidak, sedangkan untuk variabel pengetahuan adalah benar dan salah.

Penyusunan pernyataan pelaksanaan K3 dengan menggunakan alternatif jawaban ya dan tidak. Kemudian jawaban tersebut dikategorikan menjadi baik dan tidak baik.

Tabel.3.11. Aspek Pengukuran Variabel Independen dan Dependen

No	Nama variabel	Alat dan cara ukur	Hasil pengukuran	Jenis skala ukur
1	Keyakinan	10 Kuesioner Skor 1 jika jawaban YA Skor 0 jika jawaban TIDAK	7-10 (Baik) 4-6 (cukup) 0-3 (kurang)	Ordinal
2	Persepsi	9 Kuesioner Skor 1 jika jawaban YA Skor 0 jika jawaban TIDAK	7-9 (Baik) 4-6 (cukup) 0-3 (kurang)	Ordinal
3	Pengetahuan	9 Kuesioner Skor 1 jika jawaban BENAR Skor 0 jika jawaban SALAH	7-9 (Baik) 4-6 (cukup) 0-3 (kurang)	Ordinal
4	Sikap	10 Kuesioner Skor 1 jika jawaban Setuju Skor 0 jika jawaban Tidak Setuju	7-10 (Baik) 4-6 (cukup) 0-3 (kurang)	Ordinal

5	Tindakan	8 Kuesioner Skor 1 jika jawaban YA Skor 0 jika jawaban TIDAK	6-8 (Baik) 3-5 (cukup) 0-2 (kurang)	Ordinal
6	Kebijakan	10 Kuesioner Skor 1 jika jawaban Setuju Skor 0 jika jawaban Tidak Setuju	7-10 (Baik) 4-6 (cukup) 0-3 (kurang)	Ordinal
7	SPO	9 Kuesioner Skor 1 jika jawaban Setuju Skor 0 jika jawaban Tidak Setuju	7-9 (Baik) 4-6 (cukup) 0-3 (kurang)	Ordinal
8	Kepimpinan	10 Kuesioner Skor 1 jika jawaban Setuju Skor 0 jika jawaban Tidak Setuju	6-8 (Baik) 3-5 (cukup) 0-2 (kurang)	Ordinal
9	Pelaksanaan	16 Kuesioner Skor 1 jika jawaban YA Skor 0 jika jawaban TIDAK	11-16 (Baik) 5-10 (cukup) 0-4 (kurang)	Ordinal

3.7. Metode Pengolahan Data

1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner angket maupun observasi

2. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid.

3. *Coding*

Coding adalah pemberian kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka

atau huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang akan dianalisis.

4. *Entering*

Data entry, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam aplikasi SPSS.

5. *Data Processing*

Semua data yang telah di input ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian.

Analisis statistik yang akan digunakan dalam mencari pengaruh faktor psikologis (keyakinan, persepsi), perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan), dan organisasi (kebijakan, SPO, kepemimpinan) memengaruhi pelaksanaan K3 di RS Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak adalah dengan menggunakan metode kuantitatif.

3.8. Analisa Data

3.8.1. Analisis Univariat

Analisis univariat, yaitu menjelaskan setiap variabel penelitian dengan penyajian dalam tabel distribusi frekuensi untuk data demografi dan keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO, kepemimpinan.

3.8.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengukur ada tidaknya hubungan keyakinan, persepsi, pengetahuan, sikap, tindakan, kebijakan, SPO, dan

kepemimpinan terhadap penerapan K3 dengan menggunakan uji korelasi Pearson *Product Moment*.

3.8.3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat bertujuan untuk melihat kemaknaan korelasi antara variabel bebas (*independent variable*) dengan variabel terikat (*dependent variable*) di lokasi penelitian secara simultan dan sekaligus menentukan faktor-faktor yang lebih dominan berpengaruh. Uji statistik yang digunakan untuk analisis multivariat yaitu *Regression Binary Logistic* (Regresi Binari Logistik) pada batas kemaknaan 95% dengan perhitungan statistik $\alpha = 0,05$. Persamaan regresi yang digunakan :

$$\ln \left(\frac{P}{1-P} \right) = B_0 + B_1 X_1$$

Keterangan :

- P = Pelaksanaan K3 (variabel terikat)
- β_0 = Konstanta
- $\beta_1 - \beta_n$ = Koefisien regresi
- X_1 = Keyakinan (variabel bebas pertama)
- X_2 = Persepsi (variabel bebas kedua)
- X_3 = Pengetahuan (variabel bebas ketiga)
- X_4 = Sikap (variabel bebas keempat)
- X_5 = Tindakan (variabel bebas kelima)
- X_6 = Kebijakan (variabel bebas keenam)
- X_7 = SPO (variabel bebas ketujuh)
- X_8 = Kepemimpinan (variabel bebas kedelapan)