



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI KARYAWAN NON MEDIS TERHADAP
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3) RUMAH
SAKIT PASCA AKREDITASI 12 PELAYANAN DI RUMAH
SAKIT PMI BOGOR TAHUN 2011**

SKRIPSI

**DINAR MAYASARI
NPM : 0806316474**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI KARYAWAN NON MEDIS TERHADAP
KESEHATAN DAN KECELAKAAN KERJA (K3) RUMAH
SAKIT PASCA AKREDITASI 12 PELAYANAN DI RUMAH
SAKIT PMI BOGOR TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**DINAR MAYASARI
0806316474**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DEPOK
JANUARI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Dinar Mayasari

NPM : 0806316474

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Januari 2012



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Dinar Mayasari

NPM : 0806316474

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**PERSEPSI KARYAWAN NON MEDIS TERHADAP
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3) RUMAH
SAKIT PASCA AKREDITASI 12 PELAYANAN DI RUMAH
SAKIT PMI BOGOR TAHUN 2011**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 januari 2012



(Dinar Mayasari)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Dinar Mayasari
NPM : 0806316474
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Persepsi Karyawan Non Medis Terhadap Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) RS Pasca Akreditasi 12 Pelayanan di RS PMI Bogor Tahun 2011.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelas Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S1 Reguler, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr Hendrik M. Taurany, MPH



Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, D.Sc



Penguji : Habib Priyono, SKM, M.Si



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Januari 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dinar Mayasari
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Tulungagung, 20 Februari 1990
Agama : Islam
Alamat : Ds. Podorejo Kecamatan Sumbergempol Kabupaten
Tulungagung, Jawa Timur
Email : dinarmayasari@yahoo.co.id, diinarmayasari@gmail.com

PENDIDIKAN FORMAL

1	FKM UI Peminatan Manajemen Rumah Sakit	2008-2012
2	SMAN 1 Boyolangu	2005-2008
3	SMPN 1 Tulungagung	2002-2005
4	SDN 01 Podorejo	1996-2002
5	TK Brawijaya Podorejo	1995-1996

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Bapak Dr. dr. Hendrik M. Taurany, MPH, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membantu dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (2) Bapak Habib Priyono, SKM, M.Si., selaku pembimbing lapangan yang telah menyumbangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (3) Bapak Prof.dr. Anhari Achadi, SKM, D.Sc., selaku penguji yang telah memberikan masukan yang membangun.
- (4) Bapak Tony, Bapak Ahmad, Bapak Aqib, Ibu Uum, Bapak Yani, Bapak Dikdik, Ibu Atik, dan karyawan RS PMI lainnya yang tidak bida disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
- (5) Bapak (Parito Budi Utomo) dan Ibu (Puji Astuti) tersayang yang telah memberikan dukungan material dan moral serta doa yang tidak mampu terbalaskan;
- (6) Adekku Bagus, Mbah putri, Mbah kakung, Lala poo, Mbak Lina dan seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan semangat dan doa;
- (7) Madam Sahara (Ayu Sahara), terima kasih atas bantuannya menemani saat penyebaran kuesioner dan bolak-balik ke RS PMI Bogor, serta saran-sarannya dalam penyusunan skripsi ini.

- (8) Mbak Dheni, Rara terima kasih atas pinjaman bukunya yang sangat bermanfaat dalam penyusunan skripsi ini, serta Mirda dan Wiyar terima kasih atas pinjaman roknya ketika penyebaran kuesioner.
- (9) Sahabatku anak-anak kosan Putri (Nike, Thea & Enok) & anak-anak kosan Barbie (Lina, Ika, Olivia, Asih, Nanda, dkk) terima kasih atas segala dukungan dan motivasi yang diberikan.
- (10) Sahabat (Na'ila, Agi, Dila, Amy, Imar, Icha, Vina, Uchi, Kak Ayu, Kak Nova, Tya, Dildul, Un-un dan lain-lain yang tidak bisa disebutkan satu persatu) yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini;
- (11) Teman-teman MRS'08 dan teman-teman se-angkatan 2008 yang telah memberikan semangat dan doa;
- (12) Buat seseorang yang sebenarnya tak menyadarinya tapi selama ini kamu adalah orang yang selalu memotivasi aku.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 19 Januari 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dinar Mayasari

NPM :0806316474

Program Studi: S1 Reguler

Departemen : Administrasi Kebijakan dan Kesehatan

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Persepsi Karyawan Non Medis terhadap Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) RS Pasca Akreditasi 12 Pelayanan di RS PMI Bogor Tahun 2011”

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada Tanggal: 19 Januari 2012

Yang menyatakan



(Dinar Mayasari)

ABSTRAK

Nama : Dinar Mayasari

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul : “Persepsi Karyawan Non Medis terhadap Kesehatan dan Keselamatan (K3) RS Pasca Akreditasi 12 Pelayanan di RS PMI Bogor Tahun 2011”

K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS adalah suatu Panitia yang dibentuk untuk menjamin keamanan, kesehatan dan menjaga keselamatan hidup pasien, pegawai dan pengunjung serta lingkungan rumah sakit. Di RS PMI Bogor terjadi kenaikan kecelakaan kerja pada karyawan pada tahun 2009 hingga 2011. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran persepsi karyawan non medis RS PMI mengenai K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan dan faktor-faktor yang berhubungan. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Sebanyak 100 *self administered questionnaires* disebar dan hanya 85 kuesioner lengkap yang kembali. Dalam penelitian ini persepsi karyawan non medis yang baik terhadap K3 RS sebanyak 48,2% dan persepsi karyawan non medis yang kurang baik terhadap K3 RS sebanyak 51,8%. Dari hasil uji *chi square*, variabel pengetahuan, pengalaman dan lingkungan kerja terkait K3 RS berhubungan dengan persepsi karyawan non medis terhadap K3 RS. Peneliti menyarankan diadakan pelatihan K3 RS untuk karyawan non medis agar lebih memahami mengenai K3 RS.

Kata kunci: K3 RS, Kecelakaan Kerja, RS PMI Bogor.

xvii + 86 hlm, 5 gambar; 29 tabel; 3 lamp

Daftar acuan : 33 (1985 – 2011)

ABSTRACT

Name : Dinar Mayasari

Study Program : Public Health Program – Undergraduate Program

Title : Non-Medical Staff Perceptions of Occupational Health and Safety (OHS) in Hospital Post Accreditation 12 Service in PMI Bogor Hospital in 2011.

Occupational Health and Safety (OHS) in hospital is a committee that formed to keep the security, health, and safety life patients, staffs and visitors and hospital environment. In PMI Bogor hospital, work accidents of employee in 2009 to 2011 are increased. The purpose of this study is to describe non medical staff perceptions regarding Occupational Health and Safety (OHS) in PMI Bogor hospital Post Accreditation 12 Service and related factors. This research is descriptive by using cross-sectional design. Total of 100 self-administered questionnaires distributed and only 85 complete questionnaires were returned. In this study the good perception of non-medical staffs of Occupational Health and Safety (OHS) in Hospital are 48,2% and the bad perception of non-medical staffs are 51,8%. From the results of chi square test, the variables of knowledge, experience and work environment related to Occupational Health and Safety (OHS) in hospital associated with non-medical staff's perception of the Occupational Health and Safety (OHS) in hospital. Researcher suggests that Occupational Health and Safety (OHS) in hospital committee in PMI Bogor hospital need to conduct training for non medical staffs to get more understanding about Occupational Health and Safety (OHS) in hospital.

Keywords: Occupational Health and Safety (OHS) in hospital, Work Accident, PMI Bogor Hospital.

xvii + 86 pages, 5 pictures; 29 tables; 3 appendixs

References : 33 (1985 – 2011)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	8
2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Persepsi	9
2.1.1 Pengertian Persepsi	9
2.1.2 Proses Pembentukan Persepsi	10
2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi	12
2.1.4 Tingkatan Pengetahuan dalam Domain Kognitif.....	14
2.2 K3	15
2.2.1 Pengertian K3	15
2.2.2 Tujuan K3	17
2.2.3 Praktik K3	18
2.3 K3 RS	19
2.3.1 Pengertian Upaya K3 di RS	19
2.3.2 Tujuan dan Manfaat K3 RS	19
2.3.2.1 Tujuan	19
2.3.2.2 Manfaat	20
2.3.3 Bahaya Potensial di RS	20
2.3.4 Komitmen dan Kebijakan K3 RS	22
2.3.5 Langkah-langkah Penyelenggaraan K3 RS.....	22
2.3.6 Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit Pedoman Khusus K3.....	23

3. KERANGKAR TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	27
3.1 Kerangka Teori	27
3.2 Kerangka Konsep	28
3.3 Hipotesis	29
3.4 Definisi Operasional	30
4. METODE PENELITIAN	32
4.1 Desain Penelitian	32
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	32
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	32
4.3.1 Populasi.....	32
4.3.2 Sampel.....	32
4.4 Pengumpulan Data	34
4.4.1 Data Primer	34
4.4.2 Data Sekunder	35
4.5 Instrumen Pengumpulan Data	35
4.6 Skala Pengukuran.....	36
4.7 Pengolahan Data	37
4.8 Pengelompokkan Data	38
4.8.1 Data Pengetahuan Karyawan Non Medis	38
4.8.2 Data Pengalaman Karyawan Non Medis	38
4.8.3 Data Lingkungan Kerja Karyawan Non Medis.....	38
4.8.4 Data Persepsi Karyawan Non Medis terhadap K3 RS	38
4.9 Analisis Data	38
4.10 Penyajian Data	40
5. GAMBARAN UMUM	41
5.1 Sejarah RS PMI Bogor	41
5.2 Profil RS PMI Bogor	42
5.3 Visi, Misi, Motto, Tujuan dan Fungsi RS PMI Bogor	43
5.3.1 Visi RS PMI Bogor	43
5.3.2 Misi RS PMI Bogor	43
5.4 Tujuan, Manfaat dan Fungsi RS PMI Bogor	43
5.4.1 Tujuan RS PMI Bogor	43
5.4.2 Manfaat RS PMI Bogor	44
5.4.3 Fungsi RS PMI Bogor.....	44
5.5 Struktur Organisasi RS PMI Bogor	44
5.6 Ketenagaan di RS PMI Bogor.....	46
5.7 Kegiatan Pelayanan RS PMI Bogor.....	50
5.8 Kinerja RS PMI Bogor.....	51
5.9 Unit Kerja Panitia K3 RS PMI Bogor.....	52
5.9.1 Struktur Organisasi Panitia K3	52
5.9.2 Ketenagaan Panitia K3 RS PMI Bogor.....	53
5.9.3 Uraian Tugas	53
5.9.3.1 Ketua/Wakil Panitia K3 RS PMI Bogor	53

5.9.3.2 Sekretaris Panitia K3 RS PMI Bogor.....	54
5.9.3.3 Koordinator bidang I Panitia K3 RS PMI Bogor.....	54
5.9.3.4 Koordinator Bidang II Panitia K3 RS PMI Bogor.....	54
5.9.3.5 Koordinator Bidang III Panitia K3 RS PMI Bogor	55
5.9.3.6 Koordinator Bidang IV Panitia K3 RS PMI Bogor	55
5.9.3.7 Koordinator Bidang V Panitia K3 RS PMI Bogor.....	55
5.9.4 Program Kerja Panitia K3	56
6. HASIL PENELITIAN	58
6.1 Pelaksanaan Penelitian	58
6.2 Penyajian Hasil Penelitian	58
6.2.1 Karakteristik Responden	58
6.2.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia.....	58
6.2.1.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin	59
6.2.1.3 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	59
6.2.1.4 Karakteristik Responden berdasarkan Lama Kerja	60
6.2.2 Hasil Analisis Univariat	60
6.2.2.1 Persepsi terhadap K3 RS	61
6.2.2.2 Pengetahuan.....	62
6.2.2.3 Pengalaman.....	65
6.2.2.4 Lingkungan Kerja.....	67
6.2.3 Hasil Analisis Bivariat	69
6.2.3.1 Hubungan Pengetahuan dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS.....	69
6.2.3.2 Hubungan Pengalaman dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS.....	70
6.2.3.3 Hubungan Pengalaman dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS.....	71
6.2.3.4 Hubungan Pengetahuan, pengalaman dan Lingkungan Kerja dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS	72
7. PEMBAHASAN	73
7.1 Keterbatasan Penelitian	73
7.2 Persepsi	73
7.3 Pengetahuan	75
7.4 Pengalaman	77
7.5 Lingkungan Kerja	79
8. KESIMPULAN DAN SARAN	82
8.1 Kesimpulan	82
8.2 Saran	82
8.2.1.1 Untuk Panitia K3 RS	82
8.2.2 Untuk Peneliti Lain	83
DAFTAR REFERENSI	84
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Proses Terjadinya Persepsi	11
Gambar 2.2	Akar dari Kecelakaan Kerja (Manajemen : Akar Kecelakaan Kerja)	17
Gambar 3.1	Kerangka Teori	27
Gambar 3.2	Kerangka Konsep	28
Gambar 5.1	Struktur Organisasi Panitia K3 RS PMI Bogor	52



DAFTAR TABEL

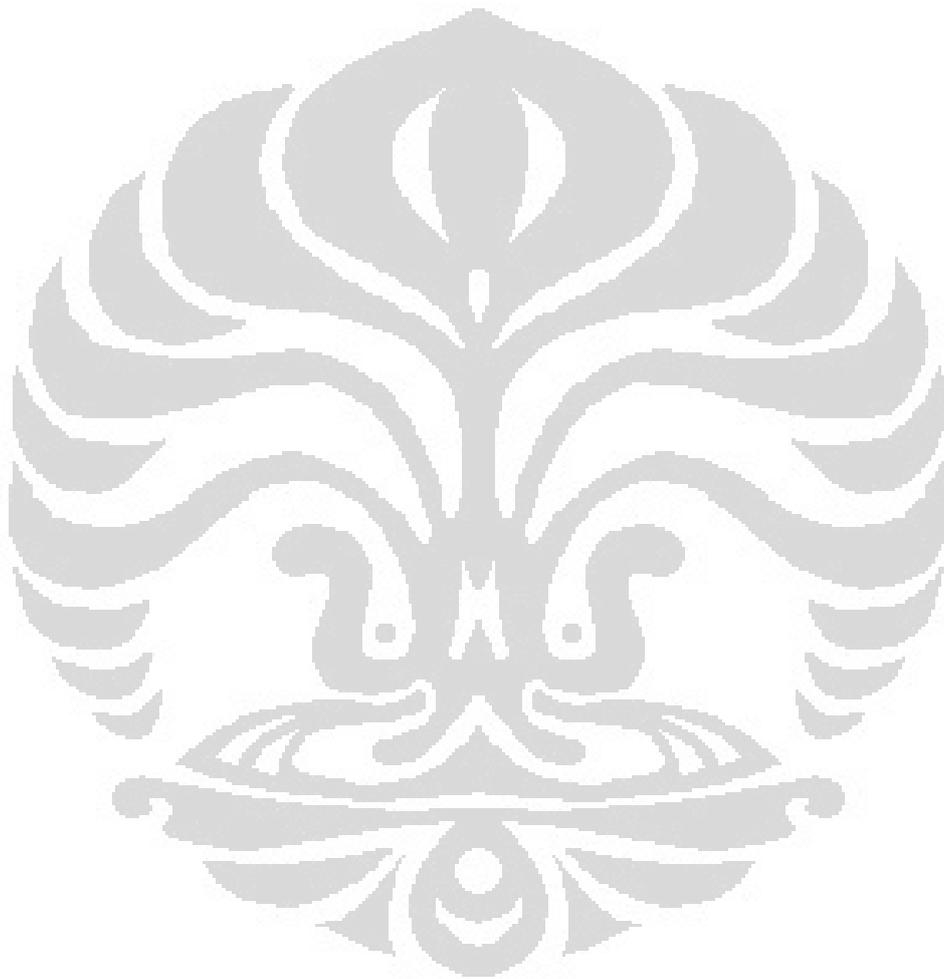
Tabel 2.1	Proses Terbentuknya Persepsi.....	12
Tabel 2.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi.....	13
Tabel 2.3	Langkah-langkah Penyelenggaraan K3 RS.....	23
Tabel 4.1	Proporsi Sampel Berdasarkan Unit Kerja	33
Tabel 4.2	Skor Penilaian Jawaban Kuesioner	34
Tabel 5.1	Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan Status Pegawai RS PMI Bogor Juli 2011	46
Tabel 5.2	Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan Jenis Pekerjaan RS PMI Bogor Juli 2011	46
Tabel 5.3	Jumlah Ketenagaan Medik RS PMI Bogor Juli 2011	47
Tabel 5.4	Jumlah Ketenagaan Pegawai Paramedik RS PMI Bogor Juli 2011 berdasarkan Pendidikan	48
Tabel 5.5	Jumlah Ketenagaan Pegawai Penunjang Medik RS PMI Bogor Juli 2011	48
Tabel 5.6	Jumlah Ketenagaan Pegawai Non Medik RS PMI Bogor Juli 2011	49
Tabel 5.7	Indikator Kinerja RS PMI Bogor Tahun 2006-2010	51
Tabel 5.8	Ketenagaan Panitia K3 RS PMI Bogor	53
Tabel 6.1	Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Usia di RS PMI Bogor 2011	59
Tabel 6.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS PMI Bogor 2011	59
Tabel 6.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di RS PMI Bogor 2011	60
Tabel 6.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja di RS PMI Bogor 2011	60
Tabel 6.5	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Persepsi di RS PMI Bogor Tahun 2011	61
Tabel 6.6	Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Persepsi tentang K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011	62
Tabel 6.7	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Pengetahuan di RS PMI Bogor Tahun 2011	63
Tabel 6.8	Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Pengetahuan tentang K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011	64
Tabel 6.9	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Pengalaman di RS PMI Bogor Tahun 2011	65
Tabel 6.10	Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Pengalaman K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011	66

Tabel 6.11	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Lingkungan Kerja di RS PMI Bogor Tahun 2011	67
Tabel 6.12	Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Lingkungan Kerja terhadap K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011.....	68
Tabel 6.13	Hubungan Pengetahuan dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS di RS PMI Bogor 2011.....	69
Tabel 6.14	Hubungan Pengalaman dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS di RS PMI Bogor 2011.....	70
Tabel 6.15	Hubungan Lingkungan Kerja dengan Persepsi Karyawan tentang K3 RS di RS PMI Bogor 2011.....	71
Tabel 6.16	Hasil Uji Chi-Square antara Pengetahuan, Pengalaman dan Lingkungan Kerja dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS.....	72



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Hasil Uji Validitas
- Lampiran 3 Struktur Organisasi RS PMI Bogor



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan globalisasi yang semakin meningkat dan kompetitif menuntut rumah sakit agar mampu bertahan dan beradaptasi dalam persaingan global. Rumah sakit sebagai salah satu organisasi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan harus mampu berkembang dengan dinamis sesuai dengan lingkungan sekitarnya. Dengan kondisi lingkungan yang seperti saat ini, rumah sakit dituntut untuk selalu peka terhadap kebutuhan pelanggan/pasien. Kebutuhan pasien tidak hanya ingin sembuh dari penyakitnya, tetapi pasien juga menginginkan pelayanan yang berkualitas yang mampu diberikan oleh rumah sakit secara maksimal. Dengan demikian, manajemen di rumah sakit harus mampu memanfaatkan sumber daya yang ada agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas, baik dari segi pelayanan medis maupun pelayanan non medis.

Pelayanan yang berkualitas sangat erat kaitannya dengan mutu rumah sakit karena pelayanan yang berkualitas tentunya akan berdampak positif pada mutu rumah sakit. Menurut Hafizurrachman dalam Modul Kuliah Manajemen Mutu (2011) dijelaskan bahwa definisi mutu adalah upaya organisasi dan manajemen rumah sakit secara terus-menerus dalam meningkatkan pelayanan di rumah sakit berdasarkan *customer needs* dan *expectation*.

Dari pernyataan diatas dapat dilihat bahwa yang menjadi fokus utama dalam peningkatan mutu adalah konsumen. Untuk memberikan pelayanan yang bermutu kepada konsumen dalam hal ini adalah pasien, maka pihak rumah sakit harus mampu menerapkan prinsip mutu yaitu : kepuasan klien, respek terhadap orang, manajemen berdasarkan data (*evidence based management*) dan perbaikan yang berkesinambungan (Hafizurracman, 2011).

Salah satu cara yang dilakukan rumah sakit untuk meningkatkan mutu rumah sakit dan dalam peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit adalah dengan melakukan akreditasi rumah sakit. Dalam Undang-Undang No 44 tentang Rumah

Sakit juga telah disebutkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib melakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali.

Menurut Departemen Kesehatan disebutkan bahwa akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang ditentukan berkesinambungan (Hafizurrachman, 2011). Akreditasi rumah sakit memiliki 3 tahapan, yaitu : akreditasi tahap I (Administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan rekam medis), akreditasi tahap II (akreditasi tahap I dengan tambahan kamar operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, K3 RS, PPI (pencegahan, pengendalian infeksi) dan perinatal) dan akreditasi tahap III (akreditasi tahap II dengan tambahan pelayanan lain seperti, pelayanan anestesi, rehabilitasi medis, dll) (Oktamianti, 2010).

K3 merupakan salah satu bagian yang penting dalam suatu rumah sakit. Dalam undang-undang no 23 tahun 1992 tentang kesehatan juga telah disebutkan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang (Keputusan Menteri Kesehatan. No 432/MENKES/SK/IV/2007). Dari undang-undang di atas maka dapat dilihat bahwa rumah sakit termasuk ke dalam kriteria tempat kerja yang wajib melakukan upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).

Kegiatan rumah sakit berpotensi menimbulkan bahaya fisik (radiasi pengion, radiasi non pengion, bising, suhu/temperatur, pencahayaan dan getaran), kimia (timah, arsenik, silica, bahan pelarut, uap & gas kimia), biologi (debu kapas, dedaunan, bunga dan bulu), ergonomik (salah posisi ketika bekerja) dan psikososial (konflik dan stress yang dialami pekerja) yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan baik terhadap pekerja, pasien, pengunjung maupun masyarakat di lingkungan rumah sakit (Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007). Oleh karena itu, perlu adanya K3 di rumah sakit untuk mengelola dan meminimalisasi terjadinya kecelakaan bagi pasien, karyawan dan pengunjung rumah sakit.

Hasil laporan dari *National Safety Council (NSC)* tahun 1988 menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di RS 41 % lebih besar daripada pekerja industri lain. Kasus yang sering terjadi adalah tertusuk jarum, terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, penyakit infeksi dan lain-lain. sejumlah kasus yang dilaporkan mendapatkan kompensasi pada pekerja RS, yaitu *sprains, strains* : 52 %; *confussion, crushing, bruising* : 11 % ; *cuts, lacerations, punctures*: 10,8 %; *fractures*: 5,6 %; *multiple injures*: 2,1 %; *thermal burns* : 2 %; *scratches, abrasions* : 1,9 %; *infections* : 1,3 %; *dermatitis*: 1,2%; dan lain-lain: 12,4% (*US Department of Laboratorium, Bureau of Laboratorium Statistics, 1983* dalam Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007).

Selain itu, Gun (1983) memberikan catatan bahwa terdapat beberapa kasus penyakit kronis yang diderita petugas RS, yaitu hipertensi, varises, anemia (kebanyakan wanita), penyakit ginjal dan saluran kemih (69% wanita), dermatitis dan urtikaria (57% wanita), serta nyeri tulang belakang dan pergeseran discus intervertebrae. Ditambahkan juga bahwa terdapat beberapa kasus penyakit akut yang diderita petugas rumah sakit lebih besar 1,5 kali dari petugas atau pekerja lain, yaitu penyakit infeksi dan parasit, saluran pernapasan, saluran cerna, dan keluhan lain seperti sakit telinga, sakit kepala, gangguan saluran kemih, masalah kelahiran anak, gangguan pada saat kehamilan, penyakit kulit dan sistem otot dan tulang rangka (Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007).

Oleh karena itu, untuk mengurangi terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) maka perlu upaya untuk mengendalikan dan meminimalisasikan perlu adanya sistem manajemen K3 RS yang terorganisasi dengan baik. Penyakit Akibat Kerja (PAK) adalah penyakit yang diderita karyawan dalam hubungan kerja baik faktor resiko karena kondisi tempat kerja, peralatan kerja, material yang dipakai proses produksi, cara kerja, limbah perusahaan, dan hasil produksi (Irwandi, 2007). Sedangkan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) adalah suatu kejadian yang tidak terencana dan tidak terkendali akibat dari suatu tindakan atau reaksi suatu objek, bahan, orang, atau radiasi yang mengakibatkan cedera atau kemungkinan akibat lainnya (Heinrich,

Universitas Indonesia

dkk, 1980 dalam Mayendra, 2009). Untuk mewujudkan pelaksanaan K3 RS yang baik maka perlu dibentuk komite K3 RS yang berada di bawah direktur dan bertanggung jawab langsung pada direktur rumah sakit.

Karsono (2003) menjelaskan bahwa pada dasarnya faktor penyebab terjadinya kecelakaan kerja yang paling menonjol adalah rendahnya kualitas dan pengetahuan tenaga kerja tentang K3, kondisi lingkungan kerja yang tidak sehat dan aman, kurangnya pembinaan dan pelatihan tentang K3, kurangnya dukungan dari instansi terkait, dan kurang efektifnya badan pengelola K3 di instansi tersebut. Menurut J.W. Heinrich (dalam Karsono 2003) manusia menjadi salah satu faktor penting terjadinya kecelakaan, dalam hal ini perilaku pekerja turut mempengaruhi terjadinya kecelakaan terutama perilaku pekerja yang tidak aman. Perilaku manusia dalam hal ini pekerja merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan. Salah satu gejala kejiwaan tersebut adalah persepsi.

Menurut Robbins (1998), persepsi adalah suatu proses dengan mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberikan makna kepada lingkungan mereka. Persepsi menjadi sangat penting karena perilaku seseorang didasarkan pada persepsi mereka mengenai apa realitas itu sendiri, bukan mengenai realitas itu sendiri. Dunia yang seperti dipersepsikan adalah dunia yang penting dari segi perilaku. Karena persepsi seseorang dapat mengubah perilaku orang tersebut.

Persepsi ini juga yang mempengaruhi seseorang dalam menanggapi bahaya dan risiko yang ada di sekitarnya. Menurut Karsono (2003) berdasarkan persepsi manusia terhadap bahaya pekerjaan ada 4 kaidah yang bertahap : tahap pertama pekerja lebih melihat pekerjaan tersebut dari segi kebutuhan tanpa memperdulikan bahaya dan risiko yang ada bahkan cenderung mengabaikannya, tahap kedua pekerja menaruh perhatian terhadap hal-hal yang sangat berbahaya dan dengan risiko tinggi saja, tahap ketiga pekerja akan menilai semua bahaya yang dapat menjadi resiko walaupun sekecil apapun, tahap keempat pekerja menentukan sikap yang jelas tentang bahaya dan risiko dengan melakukan upaya pencegahan.

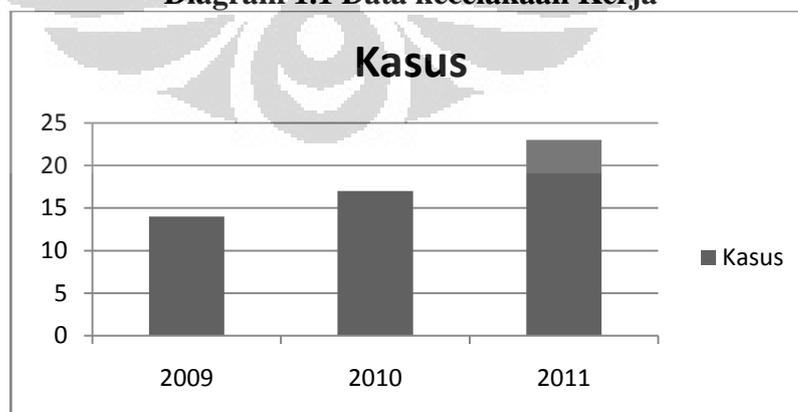
RS PMI Bogor adalah RS swasta yang bertipe B. Sebagai rumah sakit yang berkomitmen dalam meningkatkan mutu dengan memberikan pelayanan yang berkualitas pada konsumennya dalam hal ini adalah pasien, saat di RS PMI Bogor telah terakreditasi 12 pelayanan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kementerian Kesehatan RI. Akreditasi ini dilakukan pada bulan Juli 2011 dan dinyatakan lulus pada bulan September 2011. Salah satu bagian yang diakreditasi pada akreditasi tahap II adalah K3 Rumah Sakit.

K3 RS di RS PMI merupakan salah satu panitia yang baru dibentuk di RS PMI Bogor. Pada mulanya K3 RS adalah sebuah pokja (kelompok kerja) tetapi saat ini berubah menjadi panitia. Ruang kerja komite K3 RS saat ini masih belum ada. Oleh karena itu, rapat K3 RS sering dilakukan di ruangan Kesehatan Lingkungan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007 disebutkan bahwa organisasi K3 berada di bawah direktur dan bukan merupakan kerja rangkap. Tetapi komite K3 RS yang ada di RS PMI semua anggotanya masih melakukan kerja rangkap. Ketua Komite K3 RS merangkap jabatan sebagai Kepala bidang Sumber Daya Manusia. Sedangkan Sekretarisnya juga merangkap jabatan sebagai Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan dan Pertamanan.

Kecelakaan Kerja Pegawai yang terjadi di RS PMI mengalami peningkatan pada tahun 2011. Secara lebih jelas, ditampilkan pada diagram berikut :

Diagram 1.1 Data kecelakaan Kerja



Sumber : *Bidang Sumber Daya Manusia RS PMI Bogor, September 2011*

Berdasarkan diagram di atas jumlah kecelakaan pegawai yang terjadi selama 9 bulan antara bulan Januari sampai September telah berjumlah 23 kasus. Sedangkan pada tahun 2009 jumlah kasus kecelakaan pegawai yang terjadi 14 kasus dan pada tahun 2010 sebanyak 17 kasus.

Jumlah kecelakaan kerja yang dialami oleh pegawai non medis pada tahun 2009 sebanyak 8 kasus (57,14%), tahun 2010 sebanyak 12 kasus (70,59%) dan tahun 2011 antara bulan Januari sampai September 2011 berjumlah 17 kasus (73,91%). Kasus kecelakaan kerja yang terjadi pada karyawan non medis tersebut antara lain terkena ledakan tabung oksigen, tertusuk ranting pohon, tersiram bubur, dan lain-lain.

Dari hasil observasi peneliti selama kegiatan Praktikum Kesehatan Masyarakat beberapa karyawan masih belum mematuhi peraturan-peraturan yang berkaitan dengan K3, seperti tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) bagi pekerja yang berada di tempat yang terpapar oleh bahaya dan risiko.

Berdasarkan penjelasan di atas peneliti tertarik untuk meneliti persepsi karyawan RS PMI Bogor mengenai K3 RS pada tahun 2011. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persepsi karyawan yang ada di RS PMI mengenai K3 RS.

1.2 Rumusan Masalah

Panitia K3 RS RS PMI Bogor saat ini telah terakreditasi oleh tim Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Akan tetapi dalam pelaksanaannya terdapat beberapa masalah yaitu : berdasarkan data yang diperoleh peneliti dari Bidang Sumber Daya Manusia (SDM) terjadi peningkatan kecelakaan pegawai yang terjadi di RS PMI Bogor pada tahun 2011. Pada tahun 2011 mulai bulan Januari sampai September kasus kecelakaan pegawai sebanyak 23 kasus. Pada tahun 2009 kasus kecelakaan pegawai 14 kasus dan pada tahun 2010 sebanyak 17 kasus.

Kemudian dari hasil observasi peneliti selama kegiatan Praktikum Kesehatan Masyarakat beberapa karyawan masih belum mematuhi peraturan-peraturan yang ada di RS PMI Bogor, seperti tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) di tempat yang berisiko.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran persepsi karyawan non medis RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan?
2. Apakah ada hubungan antara pengetahuan karyawan non medis RS PMI Bogor dengan persepsi karyawan non medis RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan ?
3. Apakah ada hubungan antara pengalaman karyawan non medis RS PMI Bogor dengan persepsi karyawan RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan ?
4. Apakah ada hubungan antara kondisi lingkungan kerja dengan persepsi karyawan non medis RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui persepsi karyawan non medis RS PMI mengenai K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan yang telah dilaksanakan di RS PMI Bogor.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran persepsi karyawan non medis RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.
2. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan karyawan non medis RS PMI Bogor dengan persepsi karyawan RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.
3. Untuk mengetahui hubungan antara pengalaman karyawan non medis RS PMI Bogor dengan persepsi karyawan RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.
4. Untuk mengetahui hubungan antara kondisi lingkungan kerja dengan persepsi karyawan non medis RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi terhadap manajemen rumah sakit khususnya bagi Panitia K3 RS yang ada di RS PMI Bogor. Selain itu, hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai indikator keberhasilan organisasi dalam menerapkan program-program K3.

1.5.2 Bagi Peneliti

1. Mendapatkan pengalaman untuk melihat dan menganalisis pelaksanaan K3 RS di RS PMI Bogor.
2. Dapat berpikir secara kritis dan kreatif dalam melihat penyebab permasalahan dalam pelaksanaan K3 RS di RS PMI Bogor dan menyelesaikan masalah tersebut.
3. Dapat mengaplikasikan teori dan metode yang diperoleh dalam perkuliahan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk melihat persepsi karyawan non medis terhadap pelaksanaan K3 RS di RS PMI Bogor pada tahun 2011. Penelitian ini dilakukan dengan metode observasi dan wawancara kepada karyawan non medis RS PMI Bogor. Penelitian ini dilakukan karena peneliti merasa penerapan K3 RS di RS PMI Bogor masih kurang. Hal ini didukung dengan data peningkatan jumlah kecelakaan kerja pada tahun 2011.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persepsi

2.1.1 Pengertian Persepsi

Menurut Prof. Dr. Bimo Walgito (2003) persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses pengindraan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera atau disebut proses sensoris. Proses tersebut tidak berhenti begitu saja tetapi diteruskan dan proses selanjutnya adalah proses persepsi. Oleh karena itu, proses persepsi tidak dapat lepas dari proses pengindraan, dan proses pengindraan merupakan proses pendahulu dari proses persepsi. Menurut Branca, 1964, Woodworth dan Marquis, 1957 (dalam Walgito, 2003) alat indera merupakan penghubung dengan antara individu dengan dunia luarnya.

Davidoff (1981) (dalam Walgito, 2003) stimulus diterima oleh alat indera, yaitu pengindraan kemudian melalui proses pengindraan tersebut stimulus itu menjadi sesuatu yang berarti setelah diorganisasikan dan diinterpretasikan. Dengan persepsi individu akan menyadari tentang keadaan di sekitarnya dan juga keadaan dirinya. Sedangkan, Moskowitz dan Orgel (1969) (dalam Walgito, 2003) menyebutkan bahwa persepsi adalah proses yang integrated dalam diri individu terhadap stimulus yang diterimanya.

Menurut Jalaludin Rahmat, Msc (2001) (dalam Nur'Aini,2007) persepsi adalah pengalaman tentang obyek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Persepsi adalah memberikan makna pada sensor indrawi (sensory stimuli).

Persepsi adalah penelitian bagaimana kita mengintegrasikan sensasi ke dalam percepts objects dan bagaimana kita selanjutnya menggunakan pecepts tersebut untuk mengenali dunia (Atkinson dkk, 1993 dalam Christian, 2007).

Sedangkan menurut Robbins (1998), persepsi adalah suatu proses dengan mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberikan makna kepada lingkungan mereka.

Gibson, dkk (2002) menyebutkan bahwa persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitar. Ciccarelli dan Meyer (2006) menyebutkan *perception is the method by which people take all the sensations they experience at any given moment and interpret them in some meaningful fashions*. Kemudian Carlson dan Buskits (1997) mengatakan bahwa *visual perception is a rapid, automatic, unconscious process. The function of visual perception is to guide our action. This guidance can occur immediately, or it can provide us with memories that we can use much later*.

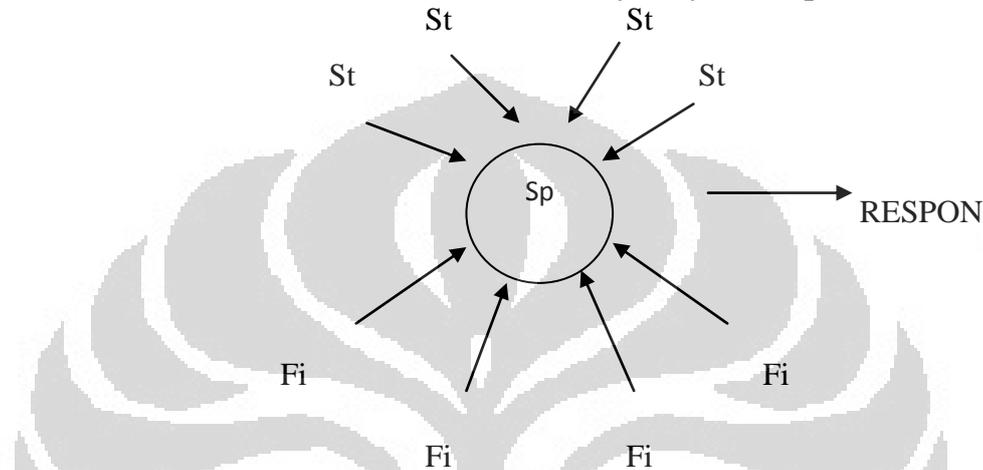
Dari penjelasan beberapa ahli tersebut dapat diketahui bahwa persepsi adalah proses yang dimulai dari penerimaan stimulus oleh alat indera manusia, kemudian alat indera manusia mengorganisasikan, mengintegrasikan dan menginterpretasikan stimulus tersebut untuk mengenali kondisi lingkungan yang ada di sekitarnya.

2.1.2 Proses Pembentukan Persepsi

Walgito (2010) menjelaskan bahwa proses terbentuknya persepsi dimulai dari stimulus yang dihasilkan oleh objek, selanjutnya stimulus tersebut mengenai alat indera atau reseptor. Proses stimulus mengenai alat indera disebut proses kealaman atau proses fisik. Kemudian stimulus tersebut diteruskan oleh alat indera ke syaraf sensoris otak. Proses ini disebut proses fisiologis. Proses selanjutnya berada di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau apa yang didengar, atau yang diraba. Proses yang terjadi di otak ini disebut proses psikologis. Tahap akhir dari persepsi adalah individu menyadari tentang apa yang dilihat, diraba atau didengar, yaitu stimulus yang diterima dari alat inderanya.

Perhatian merupakan langkah persiapan dalam persepsi. Individu dikenai oleh berbagai macam stimulus yang ditimbulkan oleh keadaan sekitarnya. Tidak semua stimulus mendapat respon dari individu untuk dipersepsi. Stimulus yang akan dipersepsi atau direspon tergantung individu yang bersangkutan. Secara skematis sebagai berikut :

Gambar 2.1 Proses Terjadinya Persepsi



Sumber : *Pengantar Psikologi Umum (Walgito, 2010)*

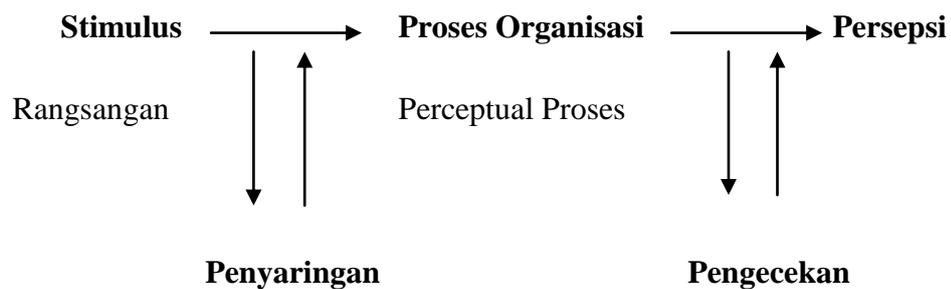
Keterangan :

St : Stimulus (Faktor Luar)

Fi : Faktor Internal (Faktor dalam termasuk perhatian)

Sp : Struktur Pribadi individu

Karsono (2003) menggambarkan proses pembentukan persepsi sebagai berikut :



Universitas Indonesia

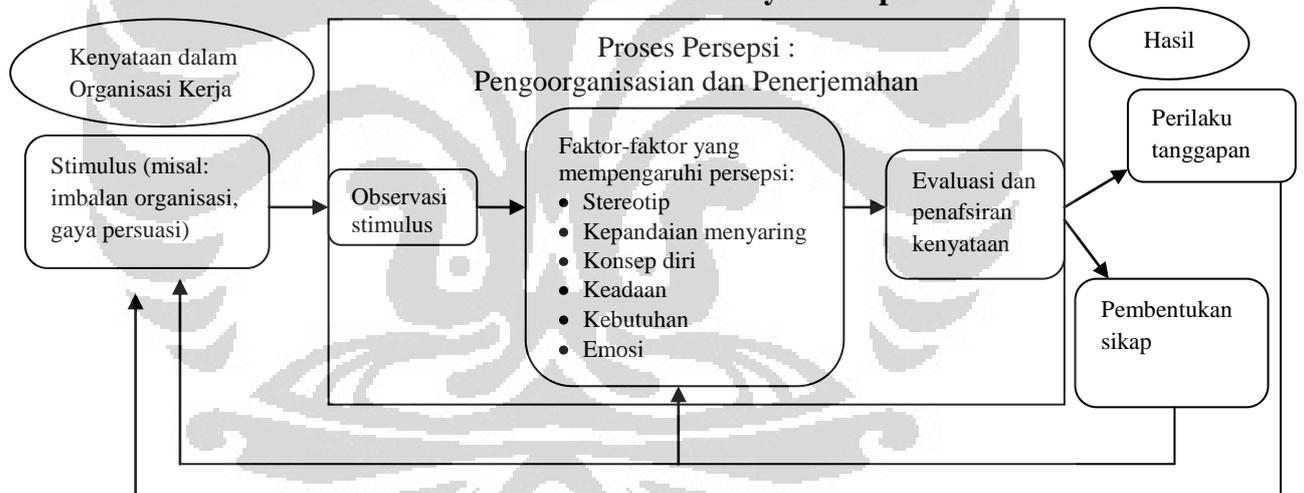
Stimulus atau rangsangan yang diterima panca indera secara selektif masuk dalam perceptual proses dan mengalami penyaringan karena keterbatasan menerima informasi. Setelah mengalami proses pengorganisasian dan penafsiran kemudian digeneralisasikan. Selanjutnya mengalami proses pengambilan ciri-ciri dari masukan stimulus dan membandingkan dengan skema cocok atau tidak. Jika tidak cocok maka stimulus akan mengalami proses generalisasi (Karsono, 2003).

stimulus → Panca indra → Informasi sensory

Transformasi, Elaborasi dan Kombinasi → Persepsi

Gibson, dkk (2002) menggambarkan proses terbentuknya persepsi pada tabel 2.1 :

Tabel 2.1 Proses Terbentuknya Persepsi



Sumber : *Organisasi Jilid 1 (Gibson, dkk, 2002)*

2.1.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Persepsi

Menurut Stephen P. Robbins (1998) terdapat 3 faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu :

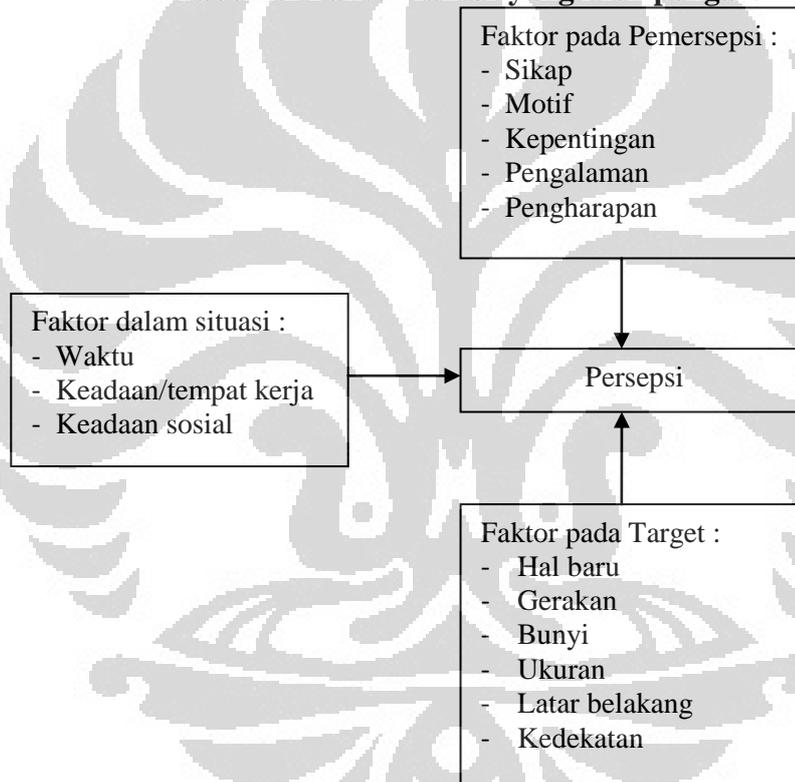
- 1). Pelaku persepsi : seorang individu yang mencoba menafsirkan sesuatu biasanya dipengaruhi oleh karakteristik-karakteristik pribadi dari pelaku persepsi. Karakteristik pribadi yang memengaruhi persepsi

tersebut antara lain, sikap, motif, kepentingan atau minat, pengalaman masa lalu dan pengharapan (ekspektasi).

- 2). Target : karakteristik-karakteristik dalam target yang diamati dapat mempengaruhi apa yang dipersepsikan.
- 3). Situasi : konteks penting dalam mana kita melihat objek-objek atau peristiwa-peristiwa.

Penjelasan yang lebih jelas mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Stephen P. Robbins (1998) dapat dilihat pada tabel 2.2:

Tabel 2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi



Sumber : *Perilaku Organisasi (Robbins, 1998)*

Departemen pendidikan dan Kebudayaan (1985) (dalam Christian,2007) menyebutkan bahwa persepsi terdiri dari 3 komponen yaitu :

- 1). Seleksi
- 2). Interpretasi adalah proses mengorganisasi informasi sehingga mempunyai arti bagi seseorang.

- 3). Reaksi merupakan hasil terjemahan dari seleksi dan interpretasi dalam bentuk tingkah laku.

Prof. Dr. Bimo Walgito (2003) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi antara lain :

- 1). Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari individu. Faktor ini berasal dari 2 sumber, yakni dari segi kejasmanian dan segi psikologis. Segi kejasmanian yang berhubungan dengan fisiologis individu, sedangkan segi psikologis antara lain: pengalaman, perasaan, kemampuan berpikir, kerangka acuan dan motivasi.
- 2). Faktor eksternal terdiri dari stimulus dan lingkungan.

Menurut Davit Krech (1962) (dalam Karsono, 2003), persepsi dipengaruhi oleh :

- 1). *Frame of Reference* ; yaitu kerangka pengetahuan yang dimiliki dan diperoleh dari pendidikan, pengamatan dan bacaan.
- 2). *Frame of Experience*; yaitu pengalaman yang telah dialami yang tidak lepas dari lingkungan sekitar yang kemudian melahirkan suatu konsep.

Menurut Irwin Rosentoch dan Becker (1974) (dalam Karsono, 2003), faktor yang mempengaruhi persepsi, antara lain :

- 1). Variabel *Demografis* : umur, jenis kelamin dan etnis.
- 2). Variabel *Social Psikologis* : kepribadian dan pengalaman
- 3). Variabel *Struktur* : kelas social

2.1.4 Tingkatan Pengetahuan dalam Domain Kognitif

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan :

- 1). Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkatan ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

- 2). Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.
- 3). Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).
- 4). Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5). Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- 6). Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.2 K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)

2.2.1 Pengertian K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)

Definisi tentang K3 adalah yang dirumuskan oleh ILO/WHO Joint safety and Health Committee (dalam Hendra, 2000), yaitu : *Occupational Health and Safety is the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of all occupation; the prevention among workers of departures from health caused by their working conditions; the protection of workers in their employment from risk resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the worker in an occupational environment adapted to his physiological and psychological equipment and to summarize the adaptation of work to man and each man to his job.*

Menurut Hendra bila dicermati definisi K3 di atas maka definisi tersebut dapat dipilah-pilah dalam beberapa kalimat yang menunjukkan bahwa K3 adalah :

1). Promosi dan memelihara derajat tertinggi semua pekerja baik secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial di semua jenis pekerjaan.

2). Untuk mencegah penurunan kesehatan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan mereka.

3). Melindungi pekerja pada setiap pekerjaan dari risiko yang timbul dari faktor-faktor yang dapat mengganggu kesehatan.

4). Penempatan dan memelihara pekerja di lingkungan kerja yang sesuai dengan kondisi fisiologis dan psikologis pekerja dan untuk menciptakan kesesuaian antara pekerjaan dengan pekerja dan setiap orang dengan tugasnya.

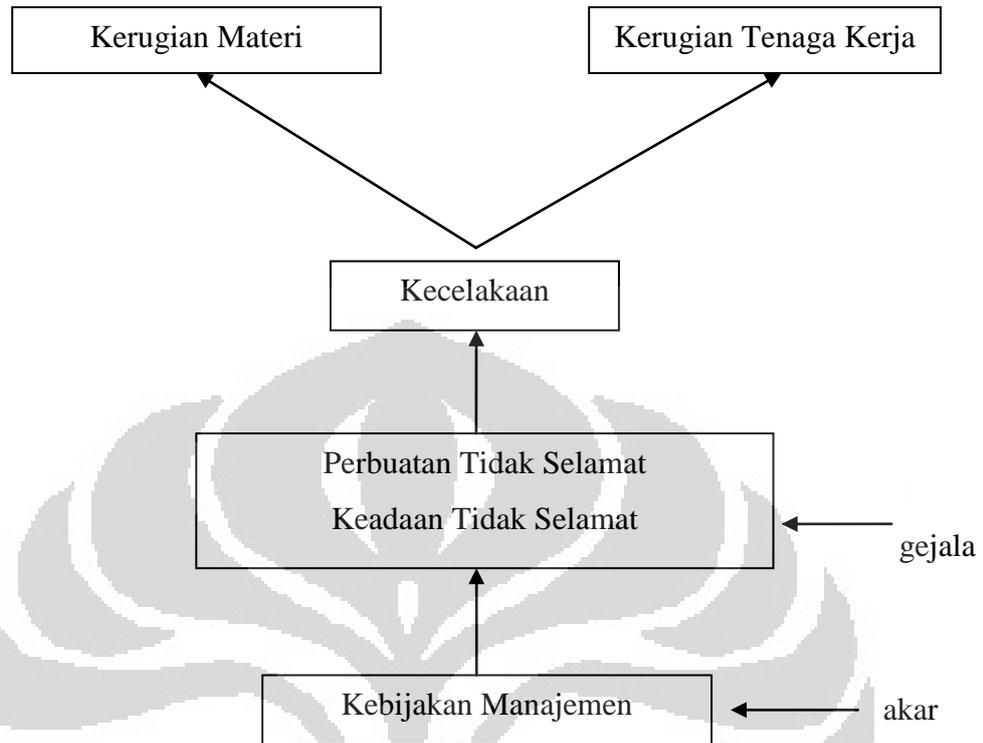
Dari pengertian di atas dapat diambil suatu tujuan dari K3 yaitu untuk menjaga dan meningkatkan status kesehatan pekerja pada tingkat yang tinggi dan terbebas dari faktor-faktor di lingkungan kerja yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan (Hendra, 2000).

Definisi K3 yang dikeluarkan oleh OSHA (dalam Hendra, 2000), yaitu : *Occupational Health and Safety concerns the application of scientific principles in understanding the nature of risk to the safety of people and property in both industrial and non industrial environments. It is multi-disciplinary profession based upon physics, chemistry, biology, and the behavioral sciences with applications in manufacturing, transport, storage, and handling of hazardous materials and domestic and recreational activities.*

Pada definisi yang dikemukakan oleh OSHA, terlihat bahwa K3 merupakan multidisiplin yang dikembangkan dari keilmuan fisika, kimia, biology dan ilmu-ilmu perilaku(Hendra, 2000).

Silalahi dan silalahi (1985) menyebutkan bahwa manajemen sebagai ilmu perilaku yang mencakup aspek sosial dan eksak tidak terlepas dari tanggungjawab keselamatan dan kesehatan kerja, baik dari segi perencanaan, maupun pengambilan keputusan dan organisasi. Penjelasan nya dapat dilihat pada Gambar 2.2 :

Gambar 2.2 Akar dari Kecelakaan Kerja (Manajemen : Akar Kecelakaan Kerja)



Sumber : *Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Silalahi & Silalahi, 1985)*

2.2.2 Tujuan K3 (Keselamatan dan Kesehatan dan Kerja)

Menurut Suma'mur (1989) tujuan dari keselamatan kerja sebagai berikut :

- 1). Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas nasional.
- 2). Menjamin keselamatan setiap orang lain yang berada di tempat kerja.
- 3). Sumber produksi dipelihara dan dipergunakan secara aman dan efisien.

Tujuan K3 menurut DEPNAKER (1994/1995) (dalam Karsono, 2003) adalah :

Tujuan Umum

- 1). Melindungi tenaga kerja di tempat kerja agar selalu terjamin kesehatan dan keselamatannya, sehingga dapat diwujudkan peningkatan produksi dan produktivitas kerja.
- 2). Melindungi setiap orang lain yang berada di tempat kerja sehingga selalu dalam keadaan selamat dan sehat.
- 3). Melindungi bahan dan alat produksi agar dicapai secara aman dan efisien.

Tujuan Khusus

- 1). Mencegah dan atau mengurangi kecelakaan kerja kebakaran, peledakan, dan penyakit akibat kerja.
- 2). Mengamankan mesin, instalasi listrik, pesawat, alat, bahan dan hasil produksi.
- 3). Menciptakan lingkungan kerja dan tempat kerja yang aman, nyaman, sehat dan penyesuaian antara pekerjaan dengan manusia atau antara manusia dengan pekerjaan.

2.2.3 Praktik K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)

Penilaian terhadap praktik K3 dapat dilakukan dengan melihat perilaku karyawan didalam melakukan pekerjaannya. Perilaku K3 dapat dikelompokkan menjadi 3 jenis (Christian, 2007), yaitu :

- 1). Perilaku dalam bentuk pengetahuan akan keselamatan, yakni dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar mengenai keselamatan.
- 2). Perilaku dalam bentuk sikap, yakni tanggapan terhadap keadaan atau rangsangan dari luar. Salah satu contohnya adalah lingkungan sosial budaya yang bersifat non fisik, tetapi memiliki pengaruh yang kuat terhadap pembentukan perilaku manusia. Lingkungan ini adalah berupa keadaan masyarakat dan segala budidaya masyarakat dimana manusia itu lahir dan mengembangkan perilakunya.

- 3). Perilaku dalam bentuk tindakan untuk menjaga diri mereka untuk berperilaku aman yang secara konkrit berupa perbuatan terhadap situasi, kondisi atau rangsangan dari luar.

2.3 K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS

2.3.1 Pengertian Upaya K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) di RS

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007 upaya K3 di RS menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, proses kerja dan lingkungan kerja. Upaya ini meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan. Kinerja setiap petugas kesehatan dan non kesehatan merupakan resultan dari tiga komponen K3 yaitu kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja. Yang dimaksud dengan :

- 1). Kapasitas kerja adalah kemampuan seorang pekerja untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik pada suatu tempat kerja dalam waktu tertentu.
- 2). Beban Kerja adalah suatu kondisi yang membebani pekerja baik secara fisik maupun non fisik dalam menyelesaikan pekerjaannya, kondisi tersebut dapat diperberat oleh kondisi lingkungan yang tidak mendukung secara fisik atau non fisik.
- 3). Lingkungan Kerja adalah kondisi lingkungan tempat kerja yang meliputi faktor fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial yang mempengaruhi pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya.

2.3.2 Tujuan dan Manfaat K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS

2.3.2.1 Tujuan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007 tujuan dari K3 RS adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan RS.

2.3.2.2 Manfaat

Adapun manfaat dari K3 RS dibagi menjadi 3 (Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007) yaitu :

- 1). Bagi RS :
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan
 - b. Mempertahankan kelangsungan operasional RS
 - c. Meningkatkan citra RS.
- 2). Bagi karyawan RS :
 - a. Melindungi karyawan dari Penyakit Akibat Kerja (PAK)
 - b. Mencegah terjadinya Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)
- 3). Bagi pasien dan pengunjung :
 - a. Mutu layanan yang baik
 - b. Kepuasan pasien dan pengunjung

2.3.3 Bahaya Potensial di RS

Bahaya Potensial di RS dapat mengakibatkan Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK). Penyakit Akibat Kerja (PAK) adalah penyakit yang diderita karyawan dalam hubungan kerja baik faktor resiko karena kondisi tempat kerja, peralatan kerja, material yang dipakai proses produksi, cara kerja, limbah perusahaan, dan hasil produksi (Irwandi, 2007). Sedangkan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) adalah suatu kejadian yang tidak terencana dan tidak terkendali akibat dari suatu tindakan atau reaksi suatu objek, bahan, orang, atau radiasi yang mengakibatkan cedera atau kemungkinan akibat lainnya (Heinrich, dkk, 1980 dalam Mayendra, 2009). Bahaya potensial ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor fisik, faktor biologi, faktor kimia, faktor ergonomik dan faktor psikososial (Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007).

Faktor fisik atau hazard fisik ini antara lain: radiasi pengion, radiasi non pengion, bising, suhu/temperatur, pencahayaan dan getaran. Hazard-hazard tersebut dapat mengakibatkan efek negatif bagi kesehatan pekerja, seperti radiasi

non pengion (UV light, infra merah dan gelombang mikro) yang dapat menyebabkan gangguan mata dan kulit, radiasi pengion (sinar X, sinar α dan sinar β) yang dapat menyebabkan efek akut gangguan pencernaan dan efek kronis yang mengakibatkan kerusakan genetik, pencahayaan yang dapat mengakibatkan mata lelah, dan lain-lain (Modjo, 2009).

Faktor biologi adalah faktor potensi bahaya yang disebabkan oleh makhluk hidup. Potensi bahaya ini menyebabkan alergi atau iritasi akibat bahan-bahan biologis seperti, debu kapas, dedaunan, bunga dan bulu). Agen pembawa penyakit yang berasal dari faktor biologi, antara lain: virus, bakteri dan parasit. Cara yang dapat dilakukan untuk menanggulangi bahaya biologi (Modjo, 2009), antara lain:

1. mengenal bahaya-bahaya biologi yang ada di tempat kerja
2. menghindari kontak langsung dengan sumber penular
3. melakukan tindakan aseptis yang benar
4. menjaga kebersihan diri
5. menggunakan alat pelindung diri yang sesuai

Faktor Kimia dibagi menjadi 2 yaitu: inorganik (timah, arsenik, silica) dan organik (bahan pelarut, uap & gas). Efek Kesehatan yang diakibatkan oleh faktor kimia, antara lain: larutan korosif dapat menimbulkan kerusakan kulit dan dermatitis (Modjo, 2009).

Ergonomi adalah ilmu yang mempelajari perilaku manusia dalam kaitannya dengan pekerjaannya. Tujuan dari ergonomi adalah menyesuaikan pekerjaan dengan kondisi tubuh manusia untuk menurunkan risiko yang akan dihadapi. Bahaya ergonomi diakibatkan karena posisi tubuh yang salah ketika sedang bekerja. Manfaat dari penerapan ergonomi yang benar adalah untuk mencegah cedera, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan kualitas kerja dan mengurangi kelelahan serta ketidaknyamanan kerja. upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari bahaya ergonomi dengan menyesuaikan ukuran tempat kerja dengan dimensi tubuh agar tidak melelahkan (Mayarni, 2009).

Faktor Psikologis adalah faktor yang berhubungan dengan bahaya yang diakibatkan oleh beban kerja yang tinggi sehingga dapat mengakibatkan konflik dan stress pada pekerja. Konflik dapat terjadi karena tidak terpenuhinya kebutuhan individu, seperti kebutuhan biologis, psikologis, rasa aman, dimiliki dan memiliki, rasa dihargai dan aktualisasi diri. Sedangkan stress disebabkan oleh beberapa hal, antara lain: bekerja melebihi kapasitas (*overload*), peran tidak jelas atau peran ganda, status tidak jelas, hubungan tidak harmonis di tempat kerja (Mayarni, 2009).

2.3.4 Komitmen dan Kebijakan K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS

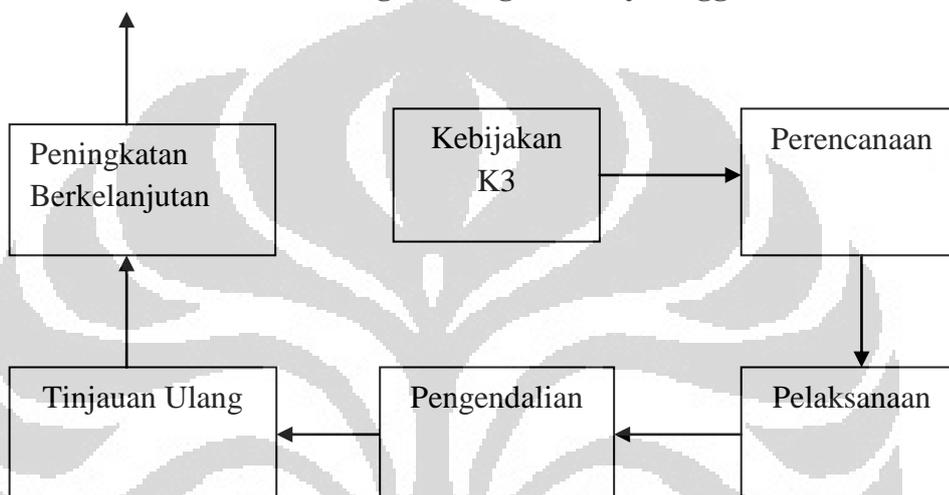
Komitmen diwujudkan dalam bentuk kebijakan (*policy*) tertulis, jelas dan mudah dimengerti serta diketahui oleh seluruh karyawan RS. Manajemen RS mengidentifikasi dan menyediakan semua sumber daya esensial seperti pendanaan, tenaga K3 dan sarana untuk terlaksananya program K3 di RS. Kebijakan K3 di RS diwujudkan dalam bentuk wadah K3RS dalam struktur organisasi RS. Untuk melaksanakan komitmen dan kebijakan K3 RS, perlu disusun strategi (Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007), antara lain :

1. Advokasi sosialisasi program K3 RS.
2. Menetapkan tujuan yang jelas.
3. Organisasi dan penugasan yang jelas.
4. Meningkatkan SDM profesional di bidang K3 RS pada setiap unit kerja di lingkungan RS.
5. Sumberdaya yang harus didukung oleh manajemen puncak
6. Kajian risiko secara kualitatif dan kuantitatif
7. Membuat program kerja K3RS yang mengutamakan upaya peningkatan dan pencegahan.
8. Monitoring dan evaluasi secara internal dan eksternal secara berkala.

2.3.5 Langkah-langkah Penyelenggaraan K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007 disebutkan bahwa untuk mempermudah penyelenggaraan K3 RS, maka perlu langkah-langkah penerapannya. Langkah-langkah tersebut digambarkan pada tabel 2.1.

Tabel 2.3 Langkah-langkah Penyelenggaraan K3 RS



Sumber : *Keputusan Menteri Kesehatan No 432/MENKES/SK/IV/2007*

2.3.6 Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit Pedoman Khusus K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja)

Menurut buku Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit standard dan parameter untuk akreditasi K3 RS, sebagai berikut :

2.3.6.1 Standar 1. Falsafah dan Tujuan

Rumah sakit dibangun, dilengkapi dengan peralatan, dijalankan dan dipelihara sedemikian rupa untuk menjaga keamanan dan mencegah kebakaran serta persiapan menghadapi bencana. Hal ini bertujuan untuk menjamin dan menjaga keselamatan hidup pasien, pegawai dan pengunjung.

S1 (P1) Rumah sakit menetapkan kebijakan tentang keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana (selanjutnya disingkat K3)

2.3.6.2 Standar 2. Administrasi dan Pengelolaan

Ditetapkan seorang pejabat sebagai pimpinan yang bertanggung jawab atas pencegahan dan penanggulangan bahaya kebakaran dan bencana. Ada unit/tim dengan tugas menyusun dan menetapkan program keselamatan kerja.

S2 (P1) Ditetapkan pedoman yang digunakan sebagai acuan melaksanakan program K3.

S2 (P2) Ada ketentuan tertulis tentang pengadaan jasa dan barang berbahaya.

S2 (P3) Ditetapkan ketentuan tentang Kesehatan Kerja, Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja.

2.3.6.3 Standar 3. Staf dan Pimpinan

Pimpinan dan staf dari unit/panitia harus memiliki pengetahuan, ketrampilan, pengalaman dalam menanggulangi K3, upaya menjamin keselamatan kerja serta mencegah dan mengggulangi bahaya kebakaran dan bencana serta mampu melaksanakan pertolongan hidup dasar (basic life support).

S3 (P1) Panitia / Tim K3 RS dipimpin seorang dokter yang memiliki pengetahuan dan pengalaman di bidang K3.

S3 (P2) Tersedianya tenaga staf dan tenaga pendukung yang memadai dan terlatih.

2.3.6.4 Standar 4. Fasilitas dan Peralatan

Tersedia fasilitas dan peralatan yang cukup serta siap pakai terus menerus untuk menunjang program keselamatan kerja, menanggulangi bahaya kebakaran dan bencana.

S4 (P1) Ditetapkan sistem komunikasi untuk memenuhi berbagai kebutuhan.

S4 (P2) Ada sertifikasi dan program pemeliharaan/perbaikan peralatan.

S4 (P3) Tersedia peralatan pelindung diri yang digunakan secara benar disertai prosedur tertulis cara penggunaannya serta dipelihara dalam kondisi layak pakai.

S4 (P4) Semua peralatan harus dilengkapi dengan manual.

S4 (P5) Tersedianya tempat menyimpan bahan berbahaya dan prosedur tertulis cara memperlakukannya.

S4 (P6) Tersedianya alat perlengkapan keamanan pasien.

S4 (P7) Ditetapkannya sistem alarm kebakaran, sistem mendeteksi api/kebakaran dan penyediaan alat pemadam api/kebakaran.

S4 (P8) Tersedia rambu-rambu atau tanda-tanda khusus untuk jalan keluar bagi evakuasi pasien apabila terjadi bencana.

S4 (P9) Tersedia fasilitas sanitasi yang memenuhi persyaratan.

S4 (P10) Tersedia fasilitas untuk menangani limbah padat, cair dan gas.

2.3.6.5 Standar 5. Kebijakan dan Prosedur

Kebijakan, prosedur, peraturan dan pedoman tertulis harus diterapkan di tiap unit kerja dan berlaku bagi setiap orang dalam upaya mencapai keselamatan kerja serta mencegah dan mengulangi bahaya kebakaran dan bencana.

S5 (P1) Di lingkungan rumah sakit ditetapkan dengan jelas tempat-tempat yang dianggap berisiko.

S5 (P2) Ada ketentuan tertulis tentang cara menanggulangi apabila terjadi kontaminasi bahan beracun dan berbahaya (B3)

S5 (P3) Sarana dan prasarana yang ada harus mengikuti ketentuan perijinan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

S5 (P4) Ditetapkan program penyehatan lingkungan rumah sakit.

S5 (P5) Ada ketentuan tertulis tentang larangan merokok dalam lingkungan rumah sakit.

S5 (P6) Ditetapkan Program dan Petunjuk Pelaksanaan (JUKLAK) Pencegahan dan Penanggulangan Bencana (Disaster Program).

2.3.6.6 Standar 6. Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

Adanya program tertulis tentang pendidikan dan pelatihan bagi staf untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam bidang keselamatan kerja, bahaya kebakaran dan bencana.

S6 (P1) Ditetapkan program dan jadwal pelatihan dan atau simulasi untuk semua pegawai rumah sakit di bidang Keselamatan Kerja, Kebakaran, Kewaspadaan Bencana dan Kesehatan Lingkungan.

2.3.6.7 Standar 7. Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Adanya prosedur tertulis tentang pelaksanaan evaluasi dari program keselamatan kerja, kebakaran dan bencana. Tersedia sarana konsultasi antara unit dengan unit yang lain dalam rumah sakit untuk mengembangkan teknik cara-cara baru yang tepat guna.

S7 (P1) Ada evaluasi dari program dan pelaksanaannya yang berkaitan dengan K3.

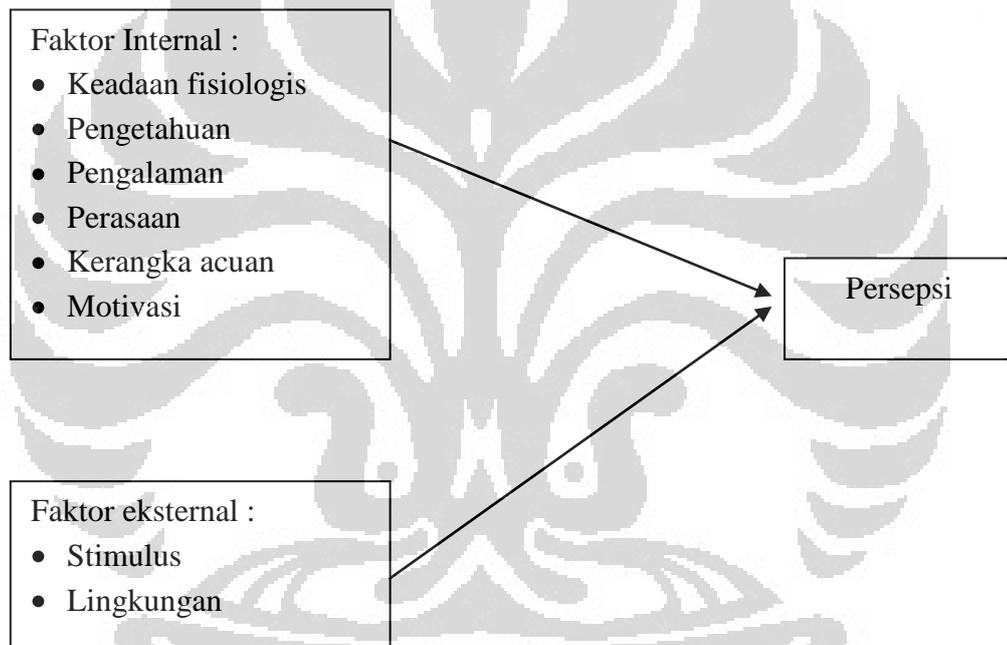
S7 (P2) Ada pencatatan/pelaporan tentang semua kejadian serta penanggulangan kasus akibat kecelakaan penyakit akibat kerja, kebakaran dan bencana.

BAB 3
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI
OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

Kerangka Teori ini dibuat berdasarkan teori Walgito (2003) dan David Krech (1962) (dalam Karsono, 2003), dapat dilihat pada gambar 3.1 :

Gambar 3.1. Kerangka Teori

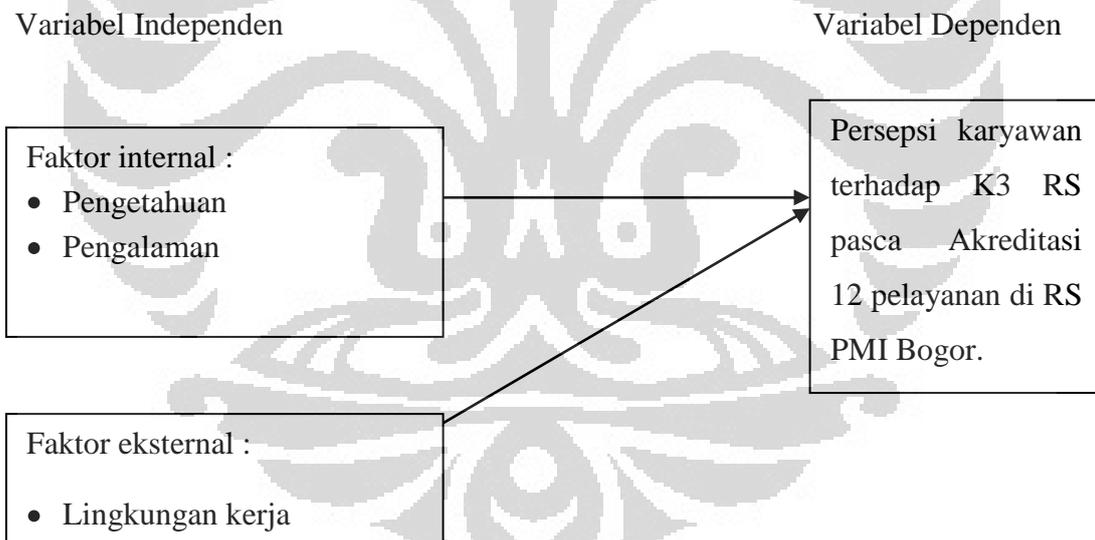


Sumber : *Psikologi Sosial* (Walgito, 2003) dan *Persepsi Karyawan terhadap K3 di PT "X"* (Christian, 2007)

3.2 Kerangka Konsep

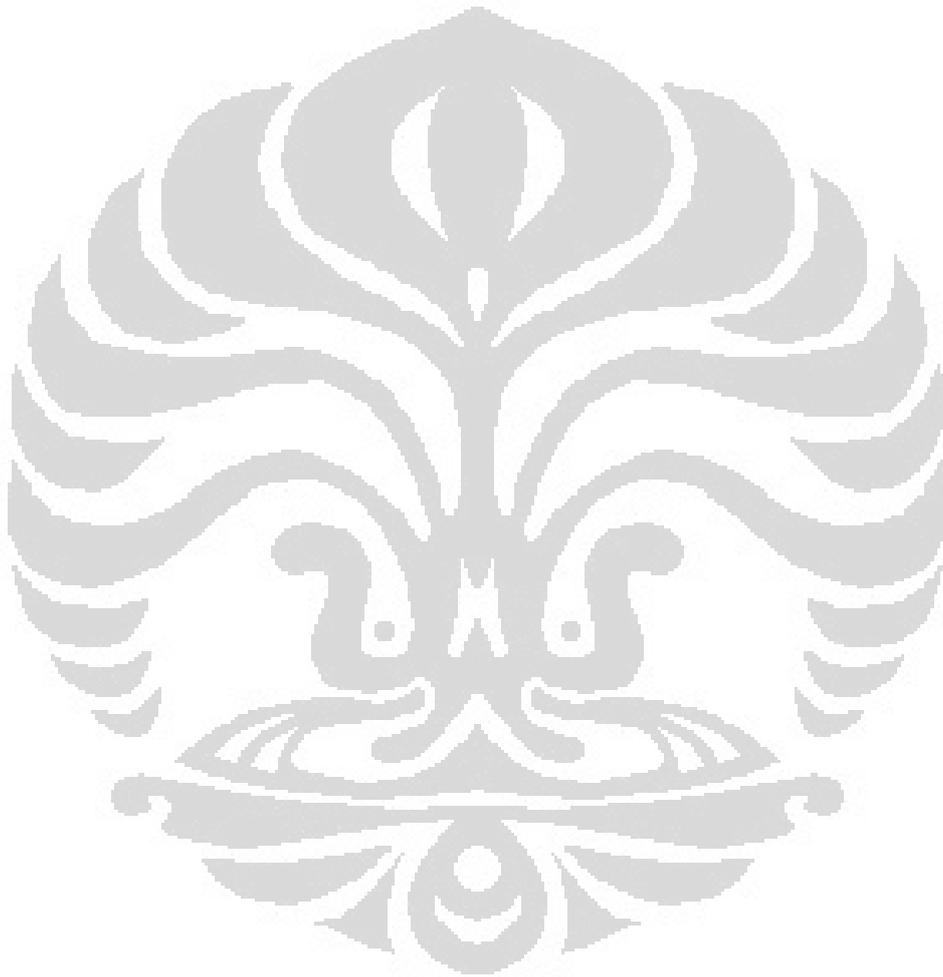
Pada penelitian ini tidak semua variabel pada kerangka teori di atas akan diteliti. Hal ini dikarenakan peneliti ingin lebih fokus dengan variabel pengetahuan, pengalaman, motivasi dan kondisi lingkungan kerja, selain itu variabel tersebut merupakan variabel yang dapat diintervensi. Kerangka konsep dari penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen terdiri dari 2 faktor yaitu faktor pada internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari, pengetahuan, pengalaman dan motivasi karyawan. Sedangkan faktor eksternalnya adalah lingkungan kerja. Kemudian variabel dependennya adalah persepsi karyawan terhadap K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan di RS PMI Bogor. Kerangka konsep dapat dilihat di gambar 3.2.

Gambar 3.2 Kerangka Konsep



3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara pengetahuan karyawan RS PMI Bogor dengan persepsi karyawan RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.
2. Ada hubungan antara pengalaman karyawan RS PMI Bogor dengan persepsi karyawan RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.
3. Ada hubungan antara kondisi lingkungan kerja dengan persepsi karyawan RS PMI Bogor tentang K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.

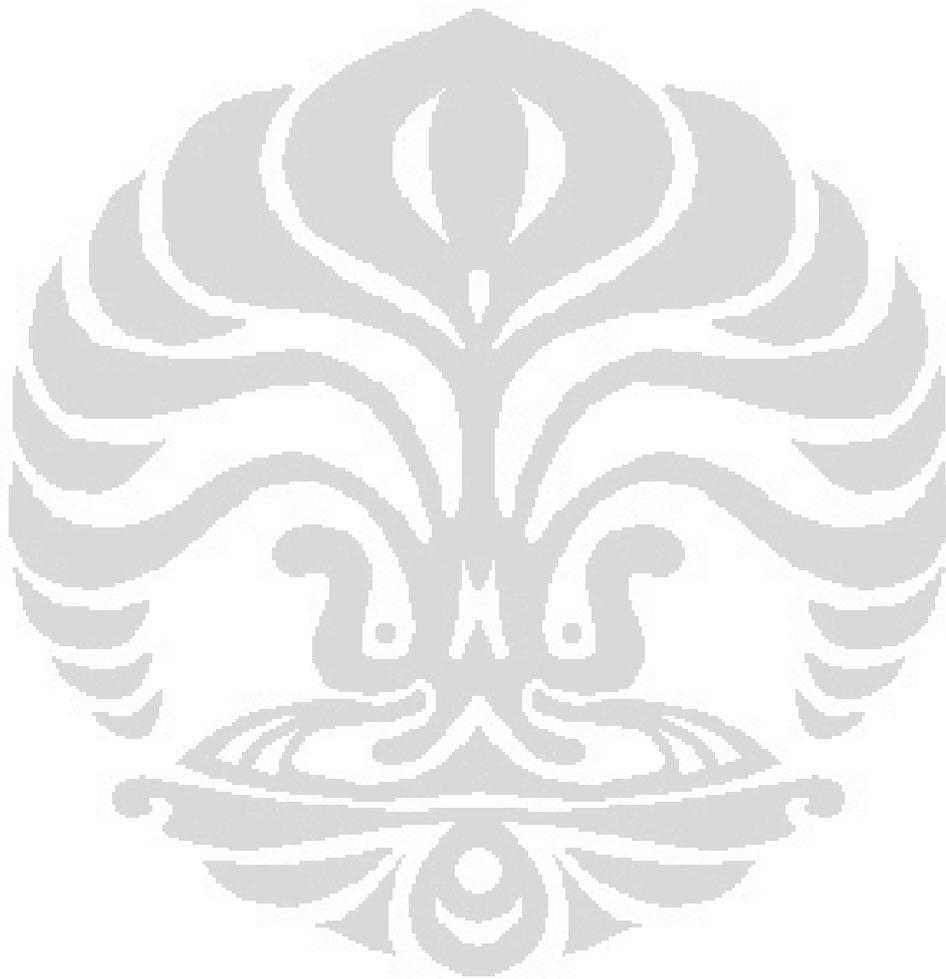


3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Pengetahuan	Pengetahuan yang dimiliki responden mengenai K3 yang ada di RS PMI Bogor	Pertanyaan yang ada di kuesioner berjumlah total 25 pertanyaan. Pertanyaan mengenai pengetahuan berjumlah 7 pertanyaan, Pengukurannya dengan skala likert yang diberi skor yaitu: sangat tidak setuju=1, tidak setuju=2, setuju=3, sangat setuju=4.	Kuesioner	Ordinal	Rentang nilai antara 7 - 28 1. Baik apabila \geq mean, karena distribusi normal 2. Kurang baik apabila $<$ mean, karena distribusi normal
2	Pengalaman	Pengalaman mengenai K3 RS yang dialami responden selama bekerja di RS PMI Bogor.	Pertanyaan yang ada di kuesioner berjumlah total 25 pertanyaan. Pertanyaan mengenai pengalaman 7 pertanyaan. Pengukurannya dengan skala likert yang diberi skor yaitu: sangat tidak setuju=1, tidak setuju=2, setuju=3, sangat setuju=4.	Kuesioner	Ordinal	Rentang nilai antara 7 - 28 1. Baik apabila \geq median, karena distribusi tidak normal 2. Kurang baik apabila $<$ median, karena distribusi tidak normal.
3	Lingkungan Kerja	Kondisi tempat kerja responden dan dukungan dari teman sejawat serta manajemen puncak di RS PMI Bogor	Pertanyaan yang ada di kuesioner berjumlah total 25 pertanyaan. Pertanyaan mengenai lingkungan kerja berjumlah 9 pertanyaan. Pengukurannya dengan skala likert yang diberi skor yaitu : sangat tidak setuju=1, tidak setuju=2, setuju=3, sangat setuju=4.	Kuesioner	Ordinal	Rentang nilai antara 9 - 36 1. Baik apabila \geq median, karena distribusi tidak normal 2. Kurang baik apabila $<$ median, karena distribusi tidak normal

4	Persepsi karyawan terhadap K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan	Pandangan, pemahaman dan pendapat subjektif karyawan mengenai K3 RS setelah RS PMI melakukan akreditasi 12 pelayanan	Pertanyaan yang ada di kuesioner berjumlah total 25 pertanyaan. Pertanyaan mengenai persepsi 2 pertanyaan. Pengukurannya dengan skala likert yang diberi skor yaitu, : sangat tidak setuju=1, tidak setuju=2, setuju=3, sangat setuju=4.	Kuesioner	Ordinal	Rentang nilai antara 2 - 8. 1. Baik apabila \geq mean, karena distribusi normal 2. Kurang baik apabila $<$ mean, karena distribusi normal
---	--	--	--	-----------	---------	---





BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang atau *cross sectional* dan bersifat deskriptif analitik. Desain potong lintang atau *cross sectional* merupakan penelitian dimana pengumpulan data terkait variabel bebas atau independen dan variabel terikat/dependen dilakukan dengan waktu yang bersamaan dengan metode survei, yaitu dengan membagikan kuesioner kepada sampel yang terpilih. Metode ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif untuk melihat persepsi karyawan terhadap K3 RS pasca akreditasi 12 pelayanan.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS PMI Bogor yang berlokasi di Jl. Padjajaran No 80 Bogor. Penelitian dilakukan pada bulan November 2011.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh karyawan non medis di RS PMI Bogor sebanyak 342 orang berdasarkan data dari bagian Sumber Daya Manusia (SDM) di RS PMI Bogor pada bulan Juli 2011.

4.3.2 Sampel

Dalam penelitian ini menggunakan metode pengambilan secara acak (random). Perhitungan jumlah sampel berdasarkan pada populasi yang *eligible* dengan kriteria inklusi sebanyak 340 responden. Penghitungan sampel yang

digunakan adalah perhitungan random sampling dengan rumus (Kothari, 1990 dalam Murti, 2010):

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Keterangan :

n = besarnya sampel yang dibutuhkan

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha$ atau batas kemaknaan α (1,96).

d^2 = limit dari error atau presisi absolut 10% (0,1)

p = proporsi responden yang diperkirakan yaitu 50% (0,5)

N = jumlah total responden

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus di atas, didapatkan jumlah sampel karyawan non medis sebanyak 76 orang. Untuk mencegah kekurangan dan kesalahan dalam pengisian sampel, maka penulis menambahkan jumlah sampel menjadi 100 orang.

a. Metode Sampling

Selanjutnya yang dilakukan adalah membagi jumlah responden di tiap bagian/unit kerja agar jumlah responden sebanyak 100 orang memiliki peluang yang sama. Teknik yang digunakan teknik stratified sampling dengan sifat proporsional. Pembagian tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.1 Proporsi Sampel Berdasarkan Unit Kerja

No	Unit Kerja	Jumlah Pegawai	Jumlah sampel
1	Sekretariat	35	$35/340 \times 100 = 10,3 \approx 10$
2	Pengadaan	3	$3/340 \times 100 = 0,88 \approx 1$
3	Divisi Operasional I	15	$15/340 \times 100 = 4,41 \approx 4$
4	Divisi Operasional II	104	$104/340 \times 100 = 30,58 \approx 31$
5	Rekam Medik	20	$20/340 \times 100 = 5,88 \approx 6$
6	Keuangan	45	$45/340 \times 100 = 13,23 \approx 13$
7	PPSRS	75	$75/340 \times 100 = 22,06 \approx 22$
8	Komite Mutu	2	$2/340 \times 100 = 0,59 \approx 1$
9	Transportasi	11	$11/340 \times 100 = 3,24 \approx 3$
10	Satpam	30	$30/340 \times 100 = 8,82 \approx 9$
Jumlah		340	100

Universitas Indonesia

Pembagian kuesioner dilakukan oleh peneliti dengan random yang secara teknis dengan menitipkan kuesioner kepada penanggung jawab unit kerja di RS PMI Bogor. Kemudian kuesioner diambil lagi oleh peneliti setelah beberapa jam. Teknis pengambilan data ini akan disesuaikan dengan kebijakan/aturan dari bagian diklat RS PMI Bogor.

b. Kriteria Inklusi

Pegawai non medis yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah pegawai non medis yang bekerja dalam unit kerja yang berjumlah lebih dari 1 orang. Hal ini dikarenakan agar dapat melihat pengaruh dari lingkungan kerja terhadap persepsi karyawan terhadap K3 RS, seperti dukungan dari teman sejawat. Selain itu yang menjadi kriteria dalam penelitian ini adalah pegawai non medis yang lama kerja lebih dari 2 tahun.

c. Kriteria Eksklusi

Pegawai non medis yang tidak termasuk dalam kriteria penelitian ini adalah :

Pegawai non medis yang bersifat karyawan kontrak dan magang. Pegawai non medis yang bersifat kontrak tidak dimasukkan ke dalam kriteria inklusi karena pegawai kontrak atau magang belum lama bekerja di RS PMI Bogor, sehingga belum banyak mendapatkan pengetahuan terkait K3 RS di RS PMI Bogor, pengalaman terkait K3 RS di RS PMI Bogor dan belum memahami kondisi lingkungan kerja yang ada di RS PMI Bogor. Selain itu, karyawan yang berstatus kontrak harus melalui beberapa tahapan evaluasi terlebih dahulu sebelum menjadi karyawan tetap.

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini adalah data kuesioner dari variabel independen dan variabel dependen terhadap sampel penelitian serta berdasarkan observasi. Pengolahan data yang telah didapat dengan menggunakan *software*

statistik. Kuesioner yang penulis gunakan dalam penelitian ini adalah adopsi dari kuesioner Christian (2010), Muchamad Rifai (2007) dan Dany Prihardany (2004) dengan modifikasi dan perubahan. Kemudian kuesioner tersebut di uji menggunakan uji reliabilitas untuk mengetahui kekonsistennannya dan uji validitas validitas untuk mengetahui ketepatan kuesioner yang dipakai. Teknik yang digunakan dalam uji ini adalah tehnik *Alpha Cronbach*. Pertanyaan dalam kuesioner dikatakan reliabel apabila koefisien keandalan atau alphanya sama dengan atau lebih besar daripada 0,6. Kemudian nilai r alpha dan nilai r tabel dibandingkan. Apabila $r\ alpha > r\ tabel$, maka pertanyaan reliabel. Sedangkan apabila $r\ alpha < r\ tabel$, maka pertanyaan tidak reliabel. Untuk mengetahui validitas kuesioner dilakukan dengan melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya (Hastono, 2007).

4.4.2 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari dokumen-dokumen terkait dengan data ketenagaan di RS PMI Bogor dan K3 RS di RS PMI Bogor, yaitu berupa nama pegawai non medis dan jumlah pegawai non medis di setiap unit kerja, catatan dan laporan data kecelakaan pada tahun 2009-2011, program-program K3 RS yang dilaksanakan dan evaluasi program K3 yang ada di RS PMI Bogor. Data ketenagaan RS PMI Bogor digunakan untuk melihat populasi dan menghitung besarnya sampel yang digunakan dalam penelitian ini. Catatan dan pelaporan data kecelakaan 2009-2011 digunakan untuk data pendukung dalam latar belakang masalah.

4.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan variabel independen dan dependen diperoleh dari hasil adopsi dan modifikasi pada penelitian sebelumnya, yaitu Christian (2010), Muchamad Rifai (2007) dan Dany Prihardany (2004). Adapun bentuk pertanyaan dalam kuesioner terdiri dari (Hastono, 2007) (dalam Haryono, 2011) :

1. *Close – ended question*, yaitu bentuk pertanyaan dengan beberapa alternative pilihan jawaban dan responden cukup memilih jawaban yang dianggap paling sesuai dengan dirinya atau pendapatnya. Bentuk pertanyaan ini diberikan untuk bagian profil responden, yaitu pada item pertanyaan jenis kelamin, pendidikan terakhir dan status karyawan.
2. *Open question*, yaitu bentuk pertanyaan terbuka atau tidak ada pilihan jawaban. Bentuk pertanyaan ini diberikan untuk bagian profil responden, yaitu pada item pertanyaan usia dan lama kerja.
3. *Scaled response question*, yaitu bentuk pertanyaan yang menggunakan skala untuk mengukur dan mengetahui pendapat dan sikap responden terhadap pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner dengan sebagian besar pertanyaan yang berbentuk *scaled response questions*. Sedangkan bentuk pertanyaan dengan bentuk *close – ended question* untuk pertanyaan pendidikan terakhir responden dan pertanyaan dengan bentuk *open question* untuk pertanyaan umur dan lama kerja.

4.6 Skala Pengukuran

Data pada penelitian ini diperoleh dari kuesioner diberikan skor penilaian pada setiap jawaban pertanyaan berdasarkan skala likert. Skala likert yang digunakan terdiri dari 4 tingkatan, yaitu : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju. Masing-masing jawaban dari responden mempunyai nilai yang berbeda. Pada setiap pertanyaan mempunyai skor sebagai berikut :

Tabel 4.2 Skor Penilaian Jawaban Kuesioner

Jawaban	Skor
Sangat Setuju	4
Setuju	3
Tidak Setuju	2
Sangat Tidak Setuju	1

Dengan kategori skor dikatakan baik atau tinggi apabila melebihi rata-rata (mean) untuk distribusinya normal, jika distribusi tidak normal maka skor dikatakan baik atau tinggi apabila skornya melebihi nilai tengah (median). Sedangkan untuk skor di bawah rata-rata dikatakan kurang atau rendah apabila distribusi normal, jika distribusi tidak normal dikatakan kurang atau rendah apabila skor di bawah nilai tengah atau mean. Mean dipakai sebagai acuan dengan anggapan range tidak terlalu ekstim dan distribusi normal. Sedangkan median dipakai sebagai acuan dengan anggapan range ekstim dan distribusi tidak normal. Penghitungan skor jawaban setiap variabel dengan menggunakan *software* statistik.

4.7 Pengolahan Data

1. Data Editing

Dalam tahap ini peneliti melakukan pengecekan pada data yang terkumpul. Hal ini dilakukan untuk mengetahui kesalahan, kekurangan dan kelengkapan pengisian kuesioner oleh responden. *Editing* dilakukan dengan maksud agar data lebih berkualitas dan menghilangkan keragu-raguan. *Editing* dilakukan dengan melakukan pengecekan isi kuesioner apakah jawaban kuesioner telah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

2. Data Coding

Dalam tahap ini peneliti memberikan skor nilai pada setiap item pertanyaan untuk memudahkan dalam entry data, yaitu :

Pertanyaan :

- a. 1 = sangat tidak setuju
- b. 2 = tidak setuju
- c. 3 = setuju
- d. 4 = sangat setuju

3. Data entry

Tahap yang dilakukan selanjutnya adalah *entry* data. Dalam tahap ini data yang berasal dari kuesioner yang telah dikoding dipindahkan ke komputer untuk melakukan pengolahan data. Program yang digunakan adalah *software* statistik.

4. Data Cleaning

Dalam tahap ini yang dilakukan adalah pengecekan data dengan mengecek ulang data apakah terdapat kesalahan atau tidak dalam pemasukan data. Caranya dengan mengetahui *missing* data dan variasi data. Cara mendeteksi *missing* data dengan melakukan list (distribusi frekuensi) dari variabel yang ada. Sedangkan cara mendeteksi variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel.

4.8 Pengelompokan Data

4.8.1 Data Pengetahuan Karyawan Non Medis

Pertanyaan yang berkaitan dengan pengetahuan karyawan mengenai K3 RS yang ada di RS PMI terdiri dari 7 pertanyaan. Jawabannya diberi nilai 1-4, dengan demikian nilai maksimumnya adalah 28.

4.8.2 Data Pengalaman Karyawan Non Medis

Pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman karyawan selama bekerja di RS PMI Bogor, terdiri dari 7 pertanyaan. Jawabannya diberi nilai 1-4, maka nilai maksimumnya 28.

4.8.3 Data Lingkungan Kerja Karyawan Non Medis

Pertanyaan yang berkaitan dengan lingkungan kerja karyawan di RS PMI Bogor, terdiri dari 9 pertanyaan. Jawabannya diberi nilai 1-4, maka nilai maksimumnya 36.

4.8.4 Data Persepsi Karyawan Non Medis terhadap K3 RS

Pertanyaan persepsi merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan persepsi karyawan mengenai K3 RS, terdiri dari 2 pertanyaan. Jawaban pada pertanyaan ini diberi skor 1-4, maka nilai maksimumnya 8.

4.9 Analisis Data

Analisis data merupakan proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan untuk mencari makna dan implikasi yang lebih luas dari hasil-hasil penelitian. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi (%), yaitu melihat jumlah responden berdasarkan karakteristik demografinya, antara lain usia, pendidikan terakhir, dan lama kerja. Selain itu, distribusi frekuensi juga digunakan untuk melihat jumlah responden berdasarkan pengetahuan, pengalaman, lingkungan kerja dan persepsi karyawan. Setelah menemukan distribusi frekuensinya untuk masing-masing, langkah selanjutnya yang dilakukan adalah memberikan skor untuk setiap pertanyaan, yakni untuk pertanyaan sangat tidak setuju =1, tidak setuju =2, setuju =3, dan sangat setuju =4. Kemudian skor dari masing-masing pertanyaan dijumlahkan. Selanjutnya dengan menggunakan software statistik data tersebut dihitung untuk mendapatkan data hasil analisis univariat yaitu : mean, median, SD, skor min-max, skewness dan standar error untuk masing-masing variabel.

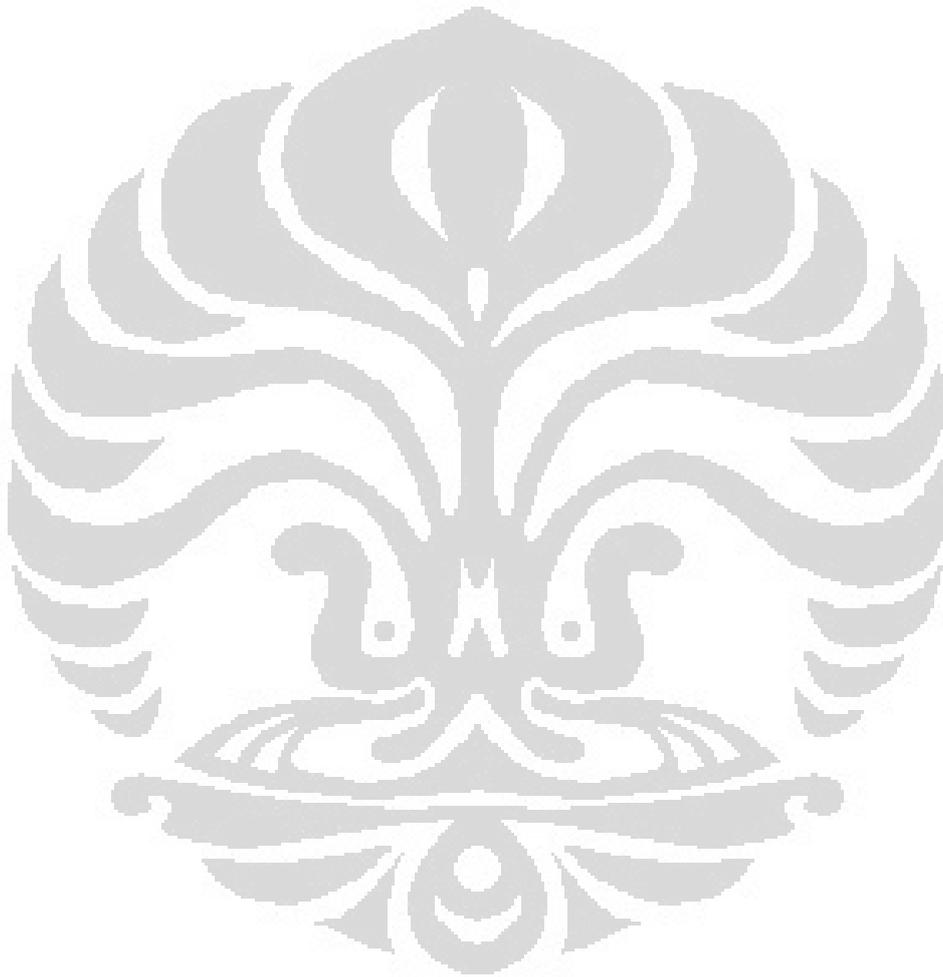
b. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas (independent) dan variabel terikat(dependent). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan uji *chi-square* atau *fisher's exact test* karena skala pada variabel terikat dan variabel bebas adalah kategorik. Pada uji ini tingkat kemaknaan perbedaan nilai dengan nilai $\alpha= 0,05$. Untuk melihat adanya perbedaan nilai antara variabel bebas dengan terikat, maka nilai P_{value} yang diperoleh dibandingkan dengan nilai $\alpha=0,05$. Sehingga akan diperoleh sebagai berikut : apabila $P_{value} < \alpha$ (α), berarti ada perbedaan nilai yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat. Sebaliknya apabila $P_{value} > \alpha$ (α), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat. Dari hasil uji ini dapat diketahui perbedaan nilai yang bermakna antara variabel bebas yaitu :

pengetahuan, pengalaman, motivasi dan lingkungan kerja dengan variabel terikat yaitu : persepsi karyawan tentang K3 RS.

4.10. Penyajian Data

Penyajian data penelitian adalah proses menampilkan data yang lebih mudah untuk dilihat sehingga mudah dipahami. Dalam penelitian ini penyajian data yang digunakan dalam bentuk tabel dan narasi.



BAB 5

GAMBARAN UMUM RS PMI BOGOR

5.1 Sejarah

RS PMI Bogor berdiri pada tahun 1931 di kota Bogor oleh kelompok social orang-orang Belanda. Kemudian pada 1938, RS PMI Bogor dikelola oleh NERKAI (*Nedelansch Role Kruis Afdelling Van Indonesie*). Pada tahun 1942-1945 RS PMI Bogor dikuasai oleh penguasa Jepang karena pada saat itu Jepang berhasil mengambil alih kekuasaan Belanda yang ada di Indonesia. Ketika Jepang kalah dalam Perang Dunia II dan meninggalkan Indonesia, RS PMI Bogor kembali dikuasai oleh NERKAI. Tahun RS PMI Bogor dihibahkan kepada Pengurus Palang Merah yang berada di Bogor dan diberi nama Rumah Sakit Kedung Halang yang dipimpin oleh Dokter Respondek, kemudian diserahkan kepada Markas Besar PMI Bogor pada tahun 1951.

Tahun 1964 dibentuk Yayasan RS PMI Bogor yang diketuai oleh Ibu Hartini Soeharto untuk mengelola RS PMI Bogor dan berinduk pada markas RS PMI. Selanjutnya, pada tahun 1965 RS PMI Bogor bekerjasama dengan RS Cipto Mangunkusumo dengan cara memperbantukan tenaga medis dan paramedis RSCM di RS PMI Bogor.

Yayasan RS PMI Bogor dibubarkan pada tahun 1966, tetapi sebelum dibubarkan Yayasan RS PMI Bogor telah melakukan restorasi bangunan RS PMI Bogor. Pada tahun 1970 RS PMI Bogor mendapatkan status RS tipe C berdasarkan standar dari hasil Workshop Hospital. Semenjak saat itu RS PMI Bogor menjadi lebih maju dan terkenal, seperti pada tahun 1972 poliklinik Kebidanan RS PMI Bogor ditunjuk sebagai Poliklinik Keluarga Berencana Wilayah Bogor dan semenjak tahun 1980 RS PMI Bogor melayani peserta ASKES dengan mengadakan ikatan kerjasama dengan BPDPK (sekarang PT ASKES Indonesia).

Tahun 1988 RS PMI Bogor ditunjuk sebagai RS Pendidikan bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanegara (UNTAR), dan ditahun 1988 juga meraih juara I sebagai RS Swasta Tipe C tingkat Jawa Barat. Pada tahun 1989 RS PMI Bogor ditunjuk sebagai pengelola bank darah dan

sekretariat bank mata. Untuk memajukan kesejahteraan karyawan pada tahun 1990 didirikanlah koperasi karyawan Mitra Melati dan tahun 1991 didirikan Yayasan Dana Pensiun PMI.

RS PMI Bogor sejak tahun 1991 dinyatakan sebagai RS tipe B dan dinyatakan sebagai juara II lomba penampilan RS Swasta tipe B Tingkat Propinsi Jawa Barat. Sejak tahun 1992 RS PMI Bogor sudah memiliki izin tetap tentang penyelenggaraan rumah sakit. Tanggal 1 Juni 1999 dibuka ruang perawatan kelas I & II Mawar di sayap kanan depan menghadap Kebun Raya Bogor dan ditahun 2000 dibuka paviliun Anggrek kelas I & II di gedung eks kamar bedah. Bulan Oktober 1999 RS PMI Bogor berhasil meraih juara II lomba penampilan kerja RS Swasta Tingkat Propinsi Jawa Barat.

Dengan menyadari bahwa RS PMI Bogor merupakan RS yang berpengalaman dengan tenaga medis dokter spesialis yang lengkap ditunjang dengan peralatan diagnostik yang modern dan lengkap untuk wilayah Bogor maka sejak awal tahun 2002 untuk meluaskan pelayanan disemua segmen masyarakat dan menunjang sistem subsidi silang maka telah dilakukan renovasi beberapa gedung antara lain pada bulan Agustus 2002 dilakukan renovasi gedung Unit Gawat Darurat (Emergency) dan pada tanggal 14 Juli 2002 dimulai renovasi eks ruang perawatan paviliun Mawar menjadi Poliklinik Afiat yang beroperasi pada bulan April 2003 dan pemindahan ruang perawatan paviliun Melati (VIP) ke lantai IV dan paviliun Mawar ke lantai III gedung Melati.

5.2 Profil RS PMI Bogor

Nama	: Rumah Sakit Palang Merah Indonesia (RS PMI Bogor)
Berdiri	: 1931
Lokasi	: Jl Padjajaran No 80 Bogor
Telepon	: 0251-8324080 (hunting)
Fax	: 0251-8324709
Email	: rspmibogor@yahoo.com
Homepage	: http://www.rspmibogor.or.id
Pemilik	: Perhimpunan Palang Merah Indonesia

Universitas Indonesia

Tipe	: B (+)/ Swasta Utama Rumah Sakit Rujukan untuk pelayanan medis di Wilayah Bogor dan sekitarnya.
Status	: Swasta
Legalitas	: Kepres RI No.25 Tahun 1950
NPWP	: 01.254.264.3-404.001
No Izin Penyelenggaraan RS	: 02.04.2.2.539
No Akte Tanggal Notaris	: Kepres RI No. 246 Tanggal 29-11-1963

5.3 Visi, Misi dan Motto RS PMI Bogor

5.3.1 Visi RS PMI Bogor

Rumah Sakit PMI Bogor memiliki visi yakni, menjadi Rumah Sakit yang memberikan pelayanan terbaik dengan unggulan dibidang kegawatdaruratan.

5.3.2 Misi RS PMI Bogor

Misi RS PMI Bogor, antara lain :

- Memberikan pelayanan terbaik dengan berorientasi kepada kepuasan pasien
- Mengembangkan layanan unggulan dibidang kegawatdaruratan
- Melakukan upaya menjadi rumah sakit rujukan medis melalui peningkatan sistem rujukan medis di wilayah Bogor.

5.3.3 Motto RS PMI Bogor

Motto RS PMI Bogor yaitu : **“HUMAN” (Hospitality, Universality, Man Power, Activity dan Need)**. Motto tersebut bermakna bahwa memberikan pelayanan dengan keramah tamahan tanpa membedakan status sosial ekonomi pasien, melalui sumber daya yang bermutu dan melaksanakan tugasnya yang sesuai kebutuhan pasien.

5.4 Tujuan, Manfaat dan Fungsi RS PMI Bogor

5.4.1 Tujuan RS PMI Bogor

- a. Mampu memberikan pelayanan yang bermutu dengan kualitas SDM yang profesional dan memegang teguh etika profesi;

- b. Mewujudkan pelayanan unggulan dibidang kegawatdaruratan melalui peningkatan mutu sarana, prasarana, peralatan, dan SDM secara berkelanjutan;
- c. Menjadi rumah sakit rujukan medis di wilayah Bogor melalui sistem rujukan medis sesuai kebutuhan medis pasien.

5.4.2 Fungsi RS PMI Bogor

Fungsi RS PMI Bogor adalah sebagai rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada masyarakat umum dalam bentuk:

- a. Pelayanan medis;
- b. Pelayanan penunjang medis;
- c. Pelayanan asuhan keperawatan;
- d. Pelayanan rujukan medis;
- e. Pelayanan pendidikan dan pelatihan;
- f. Pengelolaan administrasi dan keuangan RS;
- g. Pelayanan non medis untuk mendukung pelayanan RS.

5.5 Struktur Organisasi RS PMI Bogor

Berlandaskan surat Keputusan Direktur Nomor I.0101/KPTS/XI/2009 pada tanggal 3 November 2009 tentang struktur organisasi Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor, RS PMI Bogor berkedudukan sebagai Unit Pelaksana Teknis PMI yang menyelenggarakan pelayanan rumah sakit umum milik badan hukum Perhimpunan Palang Merah Indonesia. Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit dengan sebutan Direktur yang bertanggung jawab kepada Pengurus Pusat PMI melalui Badan Pengawas RS PMI Bogor.

Struktur Organisasi RS PMI Bogor terdiri dari:

1. Badan Pengawas adalah badan yang mewakili Pengurus Pusat PMI dalam pengawasan penyelenggaraan operasional RS PMI Bogor.
2. Direktur adalah pemimpin penyelenggara RS PMI Bogor yang bertanggungjawab langsung kepada Pengurus Pusat PMI melalui Badan Pengawas.
3. Direktur membawahi:
 - a. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan;

Universitas Indonesia

- b. Wakil Direktur Pelayanan Medis;
 - c. Komite Medis;
 - d. Panitia Khusus;
4. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan membawahi:
- a. Bidang Pengadaan Logistik;
 - b. Bidang Sekretariat;
 - c. Bidang Keuangan;
 - d. Bidang Sumber Daya Manusia;
 - e. Bidang Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Peralatan Rumah Sakit.
5. Wakil Direktur Pelayanan Medis:
- a. Bidang Keperawatan;
 - b. Bidang Rekam Medis;
 - c. Divisi Operasional I, membawahi :
 - (1). Instalasi Gawat Darurat;
 - (2). Instalasi Bedah Sentral;
 - (3). Instalasi Perawatan Intensif;
 - (4). Instalasi Radiologi;
 - (5). Instalasi Laboratorium
 - (6). Instalasi Hemodialisa dan Bank Darah;
 - d. Divisi Operasional II, membawahi :
 - (1). Instalasi Rawat Inap;
 - (2). Instalasi Rawat Jalan;
 - (3). Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - (4). Instalasi Farmasi;
 - (5). Instalasi Gizi;
 - (6). Instalasi Forensik;
 - e. Komite Medis merupakan wadah non struktural yang terdiri dari ketua-ketua SMF dan dibentuk dengan Surat Keputusan Direktur dan bertanggungjawab kepada Direktur.
 - f. Panitia Khusus merupakan satuan tugas khusus yang bertanggungjawab langsung kepada Direktur.

5.6 Ketenagaan di RS PMI Bogor

Sumber daya manusia menjadi faktor input yang sangat penting dalam suatu sistem organisasi karena akan menentukan faktor output sistem organisasi itu sendiri sehingga diperlukan pengelolaan sumber daya manusia secara strategis dan profesional. Penampilan kinerja SDM akan berpengaruh dalam nilai produk atau jasa yang dihasilkan rumah sakit.

Di bawah ini adalah jumlah ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan status dan jenis pekerjaan :

Tabel 5.1 Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan Status Pegawai RS PMI Bogor Juli 2011

No	Status Pegawai	Jumlah	Preentase (%)
1	Calon Pegawai	29	3,55
2	Depkes	7	0,86
3	Honorer	18	2
4	Kontrak	36	4,41
5	Tetap	727	88,98
Jumlah		817	

Sumber: *Bidang SDM RS PMI Bogor, Juli 2011*

Berdasarkan tabel di atas, ketenagaan yang paling mendominasi rumah sakit adalah pegawai tetap rumah sakit yang jumlahnya pada tahun 2011 sebanyak 727 orang atau 88,98 %.

Tabel 5.2 Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan Jenis Pekerjaan RS PMI Bogor Juli 2011

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tenaga Medik	62	7,6
2.	Tenaga Paramedik	384	47
3.	Tenaga Penunjang Medik	35	4,3
4.	Tenaga Non Medik	336	41,1
Jumlah keseluruhan		817	

Sumber: *Bidang SDM RS PMI Bogor, Juli 2011*

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar dari ketenagaan di RS PMI Bogor adalah tenaga Paramedis, yaitu 384 orang. Jumlah ini sebanyak 47 % dari seluruh karyawan RS PMI Bogor.

Dari tabel di atas, lebih rinci dijelaskan jumlah ketenagaan masing-masing tenaga medik, tenaga paramedik, tenaga penunjang medik, dan tenaga non medik.

Tabel 5.3 Jumlah Ketenagaan Medik RS PMI Bogor Juli 2011

No.	Status	Jumlah	Persentase (%)
1.	Dokter Umum	14	25,9
2.	Dokter Spesialis Jantung	1	1,9
3.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	4	7,4
4.	Dokter Spesialis Paru	1	1,9
5.	Dokter Spesialis Radiologi	2	3,7
6.	Dokter Spesialis Anak	4	7,4
7.	Dokter Spesialis Obgyn	4	7,4
8.	Dokter Spesialis THT	2	3,7
9.	Dokter Spesialis Mata	2	3,7
10.	Dokter Spesialis Orthopedi	2	3,7
11.	Dokter Spesialis Bedah Umum	3	5,6
12.	Dokter Spesialis Bedah Saraf	1	1,9
13.	Dokter Spesialis Saraf	2	3,7
14.	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1	1,9
15.	Dokter Spesialis Anestesi	2	3,7
16.	Dokter Spesialis Urologi	2	3,7
17.	Dokter Spesialis Bedah Mulut	1	1,9
18.	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	2	3,7
19.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	1,9
20.	Dokter Gigi	3	5,6
Jumlah		54	

Sumber: *Bidang SDM RS PMI Bogor, Juli 2011*

Tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah ketenagaan medis yang paling besar adalah dokter umum, yaitu 14 orang. Dengan jumlah presentase 25,9 %, sedangkan untuk tenaga medis lain dengan jumlah yang relative lebih kecil.

Tabel 5.4 Jumlah Ketenagaan Pegawai Paramedik RS PMI Bogor Juli 2011 berdasarkan Pendidikan

No.	Status	Jumlah	Persentase (%)
1.	Perawat (S1)	2	0,51
2.	Perawat (D3)	276	69,9
3.	Kebidanan (D1)	3	0,76
4.	Kebidanan (D3)	14	3,54
5.	Perawat Gigi (D3)	3	0,8
6.	Anestesi (D3)	1	0,25
7.	Perawat (SPK)	90	22,8
8.	SPR-G	2	0,51
9.	SPR-A	4	1,01
Jumlah		395	

Sumber: *Bidang SDM RS PMI Bogor, Juli 2011*

Berdasarkan tabel sebagian besar tenaga paramedic di RS PMI Bogor adalah perawat dengan pendidikan lulusan D3 sebanyak 69,9%. Sedangkan perawat dengan pendidikan SPK sebanyak 22,8 % dan Perawat lulusan S1 sebanyak 0,51%.

Tabel 5.5 Jumlah Ketenagaan Pegawai Penunjang Medik RS PMI Bogor Juli 2011

No.	Status	Jumlah	Persentase (%)
1.	Radiologi	10	31,3
2.	Fisioterapi	8	25,0
3.	Terapi Wicara	1	3,1
4.	Analisis Kesehatan	11	34,4
5.	SMAK	1	3,1
6.	ATD	1	3,1
Jumlah		32	

Sumber: *Bidang SDM RS PMI Bogor, Juli 2011*

Tabel di atas menunjukkan ketenagaan pegawai penunjang non medis yang paling besar proporsinya adalah analisis kesehatan dengan prosentase 34,4 dan yang paling kecil adalah Terapi Wicara, SMAK dan ATD sebanyak 3,1 %.

Tabel 5.6 Jumlah Ketenagaan Pegawai Non Medik RS PMI Bogor Juli 2011

No.	Status	Jumlah	Persentase (%)
1.	SKM	4	1,2
2.	Apoteker	3	1,4
3.	Farmasi	7	0,9
4.	SMF	15	4,6
5.	Gizi	4	1,2
6.	SMKK	19	5,7
7.	SKKP	2	0,6
8.	Analisis Kimia	1	0,3
9.	Biologi	2	0,6
10.	Kesehatan Lingkungan	1	0,3
11.	Komputer	4	1,19
12.	Hukum	1	0,3
13.	Ekonomi	19	5,66
14.	Perpajakan	1	0,3
15.	Rekam Medik	4	1,2
17.	Manajemen RS	2	0,6
18.	Agrobisnis	1	0,3
19.	ADM Perkantoran	1	0,3
20.	Humas dan periklanan	4	1,2
22.	ABA	1	0,3
23.	Informatika	2	0,6
26.	Perpustakaan	1	0,3
27.	Sekretaris	1	0,3
28.	Perhotelan	1	0,3
29.	SMU	53	15,8
30.	SMEA	18	5,4

Universitas Indonesia

31.	STM	10	3,0
32.	KPAA	1	0,3
33.	SMP	84	25,0
35.	TPP	2	0,6
36.	SD	66	19,6
Jumlah		336	

Sumber: *Bidang SDM RS PMI Bogor, Juli 2011*

5.7 Kegiatan Pelayanan RS PMI Bogor

Kegiatan rumah sakit meliputi kegiatan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, dan pelayanan non medis yang terkait dengan pelayanan rumah sakit dalam bentuk:

1. Pelayanan medis minimal terdiri dari:
 - a. Pelayanan Rawat Jalan
 - b. Pelayanan Rawat Inap
 - c. Pelayanan Gawat Darurat
 - d. Pelayanan Perawatan Intensif
 - e. Pelayanan Persalinan
 - f. Pelayanan Tindakan Medis termasuk Pelayanan Medis Bedah
 - g. *Medical check up*
 - h. Rehabilitasi Medik
2. Pelayanan penunjang medis minimal terdiri dari:
 - a. Pelayanan Radiologi
 - b. Pelayanan Laboratorium
 - c. Pelayanan Elektromedik
 - d. Pelayanan Patologi Anatomi
 - e. Pelayanan Farmasi
 - f. Pelayanan Gizi Klinik
 - g. Evakuasi Medik
 - h. Forensik Kedokteran dan Pemulasaran Jenasah
 - i. Hemodialisa
 - j. Bank Darah

- k. Dan usaha-usaha promosi kesehatan.
3. Pelayanan Non medis lain yang terkait dengan pelayanan rumah sakit.

5.8 Kinerja RS PMI Bogor

Kinerja rumah sakit adalah hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan yang bersifat manajerial maupun operasional dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien selama kurun waktu tertentu. Untuk mengukur hasil kinerja dipergunakan berberapa indikator misalnya BOR, GDR, ALOS, dll.

Berikut adalah rekapitulasi indikator kinerja RS PMI Bogor:

Tabel 5.7 Indikator Kinerja RS PMI Bogor Tahun 2006-2010

No.	Indikator	2006	2007	2008	2009	2010
1.	Jumlah TT	267	283	283	283	247
2.	Gross Death Rate (GDR)	4,69%	4,06%	4,06%	3,83%	3,50%
3.	Net Death rate (NDR)	1,90%	1,83%	2,22%	1,96%	1,82 %
4.	Average Length of Stay (ALOS)	4,21	4,25	4,21	4,11	3,89
5.	Bed Occupancy Rate (BOR)	80,35%	75,58%	69,56%	69%	64,94%
6.	Turn Over Interval (TOI)	0,9	1,25	1,68	1,64	1,93
7.	Bed Turn Over (BTO)	75,11	71,10	66,30	68,5	68,08

Sumber: *Bagian Rekam Medis RS PMI Bogor*

Keterangan :

1. BOR (*Bed Occupancy Rate*) merupakan prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator BOR menunjukkan gambaran tinggi dan rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah 60-85% (Depkes RI, 2005)

2. BTO (*Bed Turn Over*) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam 1 tahun, satu tempat tidur dipakai rata-rata 40-50 kali.
3. AVLOS (*Average Length of Stay*) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dan mutu pelayanan. Nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes, 2005)
4. TOI (*Turn Over Interval*) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari ketika diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur tidak diisi 1-3 hari.

5.9 Unit Kerja Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

5.9.1 Struktur Organisasi Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja)

Struktur organisasi Panitia K3 RS PMI Bogor sebagai berikut :

Gambar 5.1 Struktur Organisasi Panitia K3 RS PMI Bogor



Sumber : *Panitia K3 RS PMI Bogor, Maret 2011*

Jalur wewenang berbentuk vertikal (dari atas ke bawah). Ketua Panitia K3 RS PMI Bogor bertanggung jawab langsung kepada direktur. Kemudian setiap

koordinator dari bidang bertanggung jawab kepada Ketua Panitia K3 RS PMI Bogor. Dalam melaksanakan tugasnya koordinator bidang dibantu oleh seorang anggota. Setiap kepala seksi akan berkoordinasi dalam melaksanakan tugasnya karena setiap aktivitas kerja setiap bagian saling berhubungan satu sama lain.

5.9.2 Ketenagaan Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Jumlah ketenagaan yang ada di Panitia K3 RS PMI Bogor, dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 5.8 Ketenagaan Panitia K3 RS PMI Bogor

No	Jabatan	Jumlah
1	Ketua Panitia K3 RS	1 orang
2	Wakil Ketua Panitia K3 RS	1 orang
3	Sekretaris Panitia K3 RS	1 orang
4	Bidang I (Disaster Program Pencegahan Dan Pengendalian Kebakaran)	3 orang
5	Bidang II (Keamanan Pasien, Pengunjung Dan Petugas Keselamatan Dan Kesehatan Pegawai)	2 orang
6	Bidang III (Pengelolaan Bahan Dan Barang Berbahaya Sertifikasi/Kalibrasi Sarana, Prasarana Dan Peralatan)	3 orang
7	Bidang IV (Kesehatan Lingkungan Kerja Sanitasi Rumah Sakit Pengelolaan Limbah Padat, Cair Dan Gas)	3 orang
8	Bidang V (Diklat K3 Pengumpulan, Pengolahan Dan Pelaporan Data)	2 orang
	Total	16 orang

5.9.3 Uraian Tugas

5.9.3.1 Ketua/Wakil Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Ketua/Wakil Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

1. Memberikan saran dan pertimbangan kepada Direktur mengenai masalah K3.
2. Menghimpun dan mengolah segala data atau permasalahan K3 di tempat kerja Masing-masing bidang/Instalasi.
3. Mendorong ditingkatkannya penyuluhan, pengawasan, pendidikan dan latihan serta penelitian K3.
4. Tercapainya sasaran untuk menurunkan tingkat kecelakaan kerja di rumah sakit.
5. Bertanggungjawab langsung kepada direktur Rumah Sakit.

5.9.3.2 Sekretaris Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Sekretaris Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

- a. Bertanggung jawab kepada Ketua PK3RS
- b. Bertugas mengkoordinir program kerja dan kegiatan program PK3RS.
- c. Bertugas memberikan usulan/saran untuk peningkatan pelaksanaan program PK3RS.

5.9.3.3 Koordinator Bidang I Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Koordinator Bidang I Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

- a. Bertanggungjawab langsung kepada Ketua Panitia K3 RS
- b. Merumuskan kebijakan disaster program (baik internal dan eksternal disaster)
- c. Bertanggungjawab menyusun dan menetapkan program PK3RS sesuai kedudukannya dalam tim
- d. Bertugas melaksanakan program kegiatan : disaster program, pencegahan dan pengendalian kebakaran yang telah disusun
- e. Membuat evaluasi pelaksanaan kegiatan program dan disampaikan kepada ketua PK3RS.

5.9.3.4 Koordinator Bidang II Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Koordinator Bidang II Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

- a. Bertanggungjawab langsung kepada Ketua Panitia K3 RS
- b. Merumuskan kebijakan dan bertanggungjawab menyusun dan menetapkan program (1) Keamanan Pasien, Pengunjung dan Petugas, (2) Keselamatan dan Kesehatan Pegawai
- c. Membuat evaluasi pelaksanaan kegiatan program dan disampaikan kepada ketua PK3RS.

5.9.3.5 Koordinator Bidang III Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Koordinator Bidang III Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

- a. Bertanggungjawab langsung kepada Ketua Panitia K3 RS
- b. Bertanggungjawab menyusun dan menetapkan program : (1) Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya, (2) Sertifikasi/Kalibrasi sarana, prasarana dan peralatan
- c. Membuat evaluasi pelaksanaan kegiatan program dan disampaikan kepada ketua PK3RS.

5.9.3.6 Koordinator Bidang IV Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Koordinator Bidang IV Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

- a. Bertanggungjawab langsung kepada Ketua Panitia K3 RS
- b. Bertanggungjawab menyusun dan menetapkan program : (1) Kesehatan Kerja, (2) Sanitasi Rumah Sakit, (3) Pengelolaan Limbah Padat, Cair dan Gas.

- c. Membuat evaluasi pelaksanaan kegiatan program dan disampaikan kepada ketua PK3RS.

5.9.3.7 Koordinator Bidang V Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS PMI Bogor

Uraian tugas Koordinator Bidang V Panitia K3 RS PMI Bogor antara lain sebagai berikut :

- a. Bertanggungjawab langsung kepada Ketua Panitia K3 RS
- b. Bertanggungjawab menyusun dan menetapkan program : (1) Diklat K3, (2) Pengumpulan, Pengolahan dan Pelaporan Data
- c. Membuat evaluasi pelaksanaan kegiatan program dan disampaikan kepada ketua PK3RS.

5.9.4 Program Kerja Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja)

Program kerja Panitia K3 RS PMI Bogor, antara lain :

- 1). Evakuasi Kebakaran
- 2). Kode Merah
- 3). Penanggulangan Kebakaran
- 4). Kewaspadaan Bencana
- 5). Kelengkapan Peralatan untuk Keamanan Pasien
- 6). Pelaporan Kecelakaan Kerja
- 7). Pemakaian Alat Pelindung Kaki
- 8). Pemakaian Baju Khusus
- 9). Pemakaian Baju Schort
- 10). Pemakaian Celemek
- 11). Pemakaian Film Badge
- 12). Pemakaian Masker
- 13). Pemakaian Sarung Tangan
- 14). Pemakaian Tutup Kepala
- 15). Pembasmian Kecoak
- 16). Pembasmian Nyamuk

- 17). Pembasmian Tikus
- 18). Pemeliharaan Unit Pengolahan Limbah Cair (UPLC)
- 19). Pemeriksaan Air Bersih
- 20). Pemeriksaan Air Limbah
- 21). Pemeriksaan MCU Karyawan
- 22). Pemeriksaan Usap Dubur
- 23). Penanggulangan Bahan Berbahaya dan Beracun
- 24). Penanggulangan Bencana Massal di Luar RS
- 25). Penanggulangan Kebakaran
- 26). Penanggulangan Korban Kecelakaan Radiasi
- 27). Penggunaan Penyimpanan dan Pemeliharaan Alat Pelindung Radiasi
- 28). Pengadaan Bahan Berbahaya dan Beracun
- 29). Pengelolaan Limbah Gas Buangan (Emisi)
- 30). Pengendalian Kucing
- 31). Pengendalian Tikus
- 32). Penyehatan Makanan dan Minuman
- 33). Proteksi Radiasi terhadap Pasien dan Pengantar Pasien
- 34). Proteksi Radiasi terhadap Petugas Radiologi
- 35). Upaya kesehatan dan Keselamatan Kerja Petugas Radiologi
- 36). Upaya Proteksi Radiasi
- 37). Pengamanan Bahan Berbahaya dan Beracun
- 38). Penanganan Limbah Padat Medis
- 39). Penanganan Limbah Padat Non Medis

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian tentang Persepsi Karyawan terhadap K3 RS pasca Akreditasi 12 pelayanan di RS PMI Bogor dilakukan pada tanggal 30 November – 3 Desember 2011 di RS PMI Bogor. Pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh responden yaitu pegawai non medis. Kuesioner yang berhasil dikumpulkan sebanyak 85 kuesioner dari 100 kuesioner yang disebar ke ruangan.

6.2 Penyajian Hasil Penelitian

Hasil dari penelitian kuantitatif ini disajikan dengan menampilkan karakteristik responden, analisis univariat dan analisis bivariat.

6.2.1 Karakteristik Responden

Responden penelitian ini terdiri dari 85 orang. Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama kerja.

6.2.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia

Dari hasil pertanyaan terbuka yang ada di kuesioner penelitian diperoleh informasi bahwa usia responden yang termuda adalah 20 tahun dan yang paling tua berusia 56 tahun. Kemudian hasil tersebut dikelompokkan menjadi 3 kelompok, yaitu: ≤ 24 tahun, 25 – 49 tahun dan ≥ 50 tahun. Sebagian besar responden berusia 25-49 tahun yaitu berjumlah 65 responden (76,5%). Pengelompokan ini berdasarkan dengan pengelompokan usia menurut WHO. Responden yang berusia ≥ 50 tahun berjumlah 17 responden (20,0%). Sedangkan responden yang berusia ≤ 24 tahun berjumlah 3 responden (3,5%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Usia di RS PMI Bogor 2011

Usia	Jumlah	Persentase (%)
≤ 24 tahun	3	3,5
25 – 49 tahun	65	76,5
≥ 50 tahun	17	20,0
Total	85	100

6.2.1.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin responden, sebanyak 40 responden (47,1%) berjenis kelamin laki-laki sedangkan 45 responden (52,9%) berjenis kelamin perempuan. Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS PMI Bogor 2011

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	40	47,1
Perempuan	45	52,9
Total	85	100

6.2.1.3 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan responden, sebagian besar responden berpendidikan SMA/SMU yang berjumlah 34 responden (40%). Responden dengan tingkat pendidikan Diploma berjumlah 20 responden (23,5%). Sedangkan responden dengan tingkat pendidikan SMP berjumlah 16 responden (18,8%). Responden dengan tingkat pendidikan S1 berjumlah 10 responden (11,8%). Kemudian responden dengan tingkat pendidikan SD berjumlah 4 responden (4,7%), dan responden dengan tingkat pendidikan S2 berjumlah 1 responden (1,2%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di RS PMI Bogor 2011

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
SD	4	4,7
SMP/SLTP	16	18,8
SMA/SMU	34	40
Diploma	20	23,5
S1	10	11,8
S2	1	1,2
Total	85	100

6.2.1.4 Karakteristik Responden berdasarkan Lama Kerja

Berdasarkan hasil pertanyaan terbuka yang ada di kuesioner penelitian diperoleh informasi bahwa lama kerja responden baru adalah 2,5 tahun dan yang paling lama adalah 38 tahun. Kemudian hasil tersebut dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu: < 15 tahun dan \geq 15 tahun. Pembagian ini berdasarkan Yuliana (2010).

Berdasarkan lama kerja, responden yang bekerja selama < 15 tahun berjumlah 39 responden (45,9%) dan responden yang bekerja \geq 15 tahun berjumlah 46 responden (54,1%).

Tabel 6.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja di RS PMI Bogor 2011

Lama Kerja	Jumlah	Persentase (%)
< 15 tahun	39	45,9
\geq 15 tahun	46	54,1
Total	85	100

6.2.2 Hasil Analisis Univariat

Analisa Univariat dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi, mean, SD, skor min-max, skewness dan standar error.

Universitas Indonesia

6.2.2.1 Persepsi

Variabel persepsi terdiri dari 2 pernyataan. Gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pernyataan variabel persepsi dapat dilihat pada tabel 6.5 berikut :

Tabel 6.5 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Persepsi di RS PMI Bogor Tahun 2011

No	Pernyataan	SS		S		TS		STS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Menurut saya lingkungan tempat saya bekerja terdapat potensi bahaya dan risiko.	18	21,2	49	57,6	18	21,2	0	0	85	100
2	Menurut saya, saya memiliki peluang untuk mengalami kecelakaan kerja.	11	10,6	29	34,1	36	42,4	9	10,6	85	100

Berdasarkan tabel 6.5 diatas terlihat bahwa mayoritas responden memilih alternatif jawaban setuju dan sangat setuju terhadap setiap pertanyaan pada variabel persepsi. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi yang baik mengenai K3 RS di RS PMI Bogor. Sebanyak 67 responden (78,8%) menyatakan sangat setuju dan setuju terhadap pernyataan no 1. Tetapi, pada pertanyaan no 2 sebanyak 45 responden (53%) menjawab tidak setuju dan sangat tidak setuju.

Analisis yang dilakukan selanjutnya adalah dengan memberikan skor pada tiap item pernyataan, yaitu untuk jawaban sangat setuju nilainya adalah 4, setuju nilainya 3, tidak setuju nilainya 2 dan sangat setuju nilainya 1. Kemudian setiap skor masing-masing pernyataan dijumlahkan. Dari perhitungan statistik yang dilakukan diperoleh data hasil analisis univariat sebagai berikut :

Tabel 6.6 Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Persepsi tentang K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011

Variabel	Persepsi
Mean	5,49
Median	5,00
SD	1,324
Min-Max	3 – 8
Skewness	0,312
Std. Error of Skewness	0,261

Dari tabel 6.6 diatas dapat diketahui bahwa rata-rata skor dari persepsi tentang K3 RS 5,49, nilai tengahnya 5,00 dan standar deviasi 1,324. Rentang nilai yang telah ditetapkan untuk variabel ini adalah 2 untuk skor yang paling rendah dan 8 untuk skor yang paling tinggi. Pada variabel persepsi ini skor responden yang terendah adalah 3 dan yang paling tinggi adalah 8.

Variabel persepsi ini terdistribusi dengan normal, karena dilihat dari skewnessnya yaitu 0,312 yang dibagi dengan standar error sebesar 0,261. Nilainya ≤ 2 , artinya variabel persepsi terdistribusi normal.

Kemudian berdasarkan nilai rata-ratanya responden dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu responden dengan persepsi yang kurang baik dan responden dengan persepsi yang baik. Hasilnya adalah responden dengan persepsi yang kurang baik sebanyak 44 responden (51,8%) dan responden dengan persepsi yang baik sebanyak 41 responden (48,2%).

6.2.2.2 Pengetahuan

Variabel pengetahuan terdiri dari 7 pernyataan. Gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pernyataan variabel pengetahuan dapat dilihat pada tabel 6.7 berikut :

Tabel 6.7 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Pengetahuan di RS PMI Bogor Tahun 2011

No	Pernyataan	SS		S		TS		STS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Rumah sakit tempat saya bekerja harus memiliki komite yang mengelola K3 RS	57	67,1	28	32,9	0	0	0	0	85	100
2	Saya harus mengetahui dan memahami Standar Prosedur Operasional (SPO) dan ketentuan K3 yang berhubungan dengan pekerjaan saya.	43	50,6	42	49,4	0	0	0	0	85	100
3	Penyebab dasar kecelakaan kerja karena kondisi dan tempat kerja yang tidak aman.	31	36,5	50	58,8	4	4,7	0	0	85	100
4	Jika terjadi keadaan darurat (kebakaran, gempa) saya mengetahui prosedur apa yang harus saya lakukan.	27	31,8	57	67,1	1	1,2	0	0	85	100
5	Pada area yang mengandung sumber bahaya perlu diberikan tanda peringatan.	49	57,6	36	42,4	0	0	0	0	85	100
6	Penataan peralatan dan ruangan kerja yang baik dapat mencegah terjadinya kecelakaan	43	50,6	41	48,2	0	0	1	1,2	85	100
7	Tanda bahaya di lingkungan kerja berpengaruh terhadap pencegahan kecelakaan kerja.	35	41,2	50	58,8	0	0	0	0	85	100

Berdasarkan tabel 6.7 di atas terlihat bahwa mayoritas responden memilih alternatif jawaban setuju dan sangat setuju terhadap setiap pertanyaan pada variabel pengetahuan. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai K3 RS di RS PMI Bogor. Seluruh responden sebanyak 85 responden (100%) menyatakan sangat setuju dan setuju terhadap pernyataan no 1, 2, 5, dan 7. Tetapi, pada pertanyaan no 3 sebanyak 4 responden (4,7%) menjawab tidak setuju.

Analisis yang dilakukan selanjutnya adalah dengan memberikan skor pada tiap item pernyataan, yaitu untuk jawaban sangat setuju nilainya adalah 4, setuju nilainya 3, tidak setuju nilainya 2 dan sangat setuju nilainya 1. Kemudian setiap

skor masing-masing pernyataan dijumlahkan. Dari perhitungan statistik yang dilakukan diperoleh data hasil analisis univariat sebagai berikut :

Tabel 6.8 Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Pengetahuan tentang K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011

Variabel	Pengetahuan
Mean	24,27
Median	25,00
SD	2,123
Min-Max	20 – 28
Skewness	-0,128
Std. Error of Skewness	0,261

Dari tabel 6.8 diatas dapat diketahui bahwa rata-rata skor dari pengetahuan tentang K3 RS 24,27, nilai tengahnya 25,00 dan standar deviasi 2,123. Rentang nilai yang telah ditetapkan untuk variabel ini adalah 7 untuk skor yang paling rendah dan 28 untuk skor yang paling tinggi. Pada variabel pengetahuan skor responden yang terendah adalah 20 dan yang paling tinggi adalah 28.

Hastono (2007) menyebutkan bahwa salah satu cara untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal adalah dengan menggunakan nilai Skewness dan standar errornya, bila nilai skewness dibagi standar error menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusinya normal. Oleh karena itu, variabel pengetahuan ini terdistribusi dengan normal, karena dilihat dari skewnessnya yaitu -0,128 (nilai skewness dianggap mutlak) yang dibagi dengan standar error sebesar 0,261. Nilainya ≤ 2 , artinya variabel pengetahuan terdistribusi normal.

Kemudian berdasarkan nilai rata-ratanya responden dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu responden dengan pengetahuan yang kurang baik dan responden dengan pengetahuan yang baik. Hasilnya adalah responden dengan pengetahuan yang kurang baik sebanyak 40 responden (47,1%) dan responden dengan pengetahuan yang baik sebanyak 45 responden (52,9%).

6.2.2.3 Pengalaman

Variabel pengalaman terdiri dari 7 pernyataan. Gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pernyataan variabel pengalaman dapat dilihat pada tabel 6.9 berikut :

Tabel 6.9 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Pengalaman di RS PMI Bogor Tahun 2011

No	Pernyataan	SS		S		TS		STS		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1	Kerugian yang timbul karena adanya kecelakaan di tempat kerja, akan mempengaruhi kegiatan rumah sakit	23	27,1	52	61,2	10	11,8	0	0	85	100
2	Bekerja sesuai dengan SOP dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja.	25	29,4	60	70,6	0	0	1	1,2	85	100
3	Segala hal yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan di area tempat kerja saya bekerja harus saya ketahui dengan baik.	27	31,8	57	67,1	1	1,2	0	0	85	100
4	Dalam memenuhi seluruh fasilitas keselamatan dan kesehatan kerja, pihak manajemen rumah sakit perlu terlibat	32	37,6	53	62,4	0	0	0	0	85	100
5	Program K3 menciptakan suasana kebersamaan untuk menjaga keamanan, kebersihan dan kesejahteraan lingkungan kerja.	28	32,9	56	65,9	0	0	1	1,2	85	100
6	Saya merasa tidak aman apabila bekerja tidak menggunakan alat pelindung diri di lingkungan yang terpapar bahaya dan risiko.	34	40	50	58,8	1	1,2	0	0	85	100
7	Saya merasa lebih nyaman bekerja apabila terhindar dari resiko kecelakaan kerja.	32	37,6	51	60,0	2	2,4	0	0	85	100

Universitas Indonesia

Berdasarkan tabel 6.9 diatas terlihat bahwa mayoritas responden memilih jawaban setuju dan sangat setuju terhadap setiap pertanyaan pada variabel pengalaman. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengalaman yang cukup mengenai K3 RS di RS PMI Bogor. Seluruh responden sebanyak 85 responden (100%) menyatakan sangat setuju dan setuju terhadap pernyataan no 4. Tetapi, pada pertanyaan no 1 sebanyak 10 responden (11,8%) menjawab tidak setuju.

Analisis yang dilakukan selanjutnya adalah dengan memberikan skor pada tiap item pernyataan, yaitu untuk jawaban sangat setuju nilainya adalah 4, setuju nilainya 3, tidak setuju nilainya 2 dan sangat setuju nilainya 1. Kemudian setiap skor masing-masing pernyataan dijumlahkan. Dari perhitungan statistik yang dilakukan diperoleh data hasil analisis univariat sebagai berikut :

Tabel 6.10 Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Pengalaman K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011

Variabel	Pengalaman
Mean	23,18
Median	22,00
SD	2,465
Min-Max	19 – 28
Skewness	0,564
Std. Error of Skewness	0,261

Dari tabel 6.10 diatas dapat diketahui bahwa rata-rata skor dari pengalaman tentang K3 RS 23,18, nilai tengahnya 22,00 dan standar deviasi 2,465. Rentang nilai yang telah ditetapkan untuk variabel ini adalah 7 untuk skor yang paling rendah dan 28 untuk skor yang paling tinggi. Pada variabel pengalaman ini skor responden yang terendah adalah 19 dan yang paling tinggi adalah 28.

Variabel pengalaman ini terdistribusi dengan tidak normal, karena dilihat dari skewnessnya yaitu 0,564 yang dibagi dengan standar error sebesar 0,261. Nilainya > 2 , artinya variabel pengalaman tidak terdistribusi normal.

Kemudian berdasarkan nilai rata-ratanya responden dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu responden dengan pengalaman yang kurang baik dan

responden dengan pengalaman baik. Hasilnya adalah responden dengan pengalaman K3 RS yang kurang sebanyak 35 responden (41,2%) dan responden dengan pengalaman K3 RS yang cukup sebanyak 50 responden (58,8%).

6.2.2.4 Lingkungan Kerja

Variabel lingkungan kerja terdiri dari 9 pernyataan. Gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pernyataan variabel lingkungan kerja dapat dilihat pada tabel 6.11 berikut :

Tabel 6.11 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Pernyataan Variabel Lingkungan Kerja di RS PMI Bogor Tahun 2011

No	Pernyataan	SS		S		TS		STS		Total	
		N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1	Ada seseorang yang berpengaruh yang bertanggung jawab atas keselamatan, kesehatan, lingkungan dan pencegahan kerugian di rumah sakit tempat saya bekerja.	19	22,4	60	70,6	6	7,1	0	0	85	100
2	Di rumah sakit tempat saya bekerja terdapat prosedur kerja yang aman.	28	32,9	45	52,9	12	14,1	0	0	85	100
3	Karyawan memiliki wewenang untuk memberikan masukan/saran kepada pihak manajemen maupun sesama karyawan tentang K3 RS	24	28,2	60	70,6	1	1,2	0	0	85	100
4	Manajemen di rumah sakit saya peduli dan menyediakan waktu dalam menanggapi isu-isu keselamatan.	9	10,6	71	83,5	5	5,9	0	0	85	100
5	Lingkungan kerja yang aman, sehat, dan selamat sangat mendukung produktivitas kerja saya	30	35,3	55	64,7	0	0	0	0	85	100
6	Kegiatan pekerjaan yang dilakukan oleh rumah sakit dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan.	4	4,7	21	24,7	53	62,4	7	8,2	85	100
7	Kondisi lingkungan kerja di ruangan sangat memperhatikan aspek K3 RS	18	21,2	62	72,9	5	5,9	0	0	85	100

8	Rumah sakit telah memiliki jalur evakuasi apabila terjadi kebakaran	24	28,2	61	71,8	0	0	0	0	85	100
9	Rumah sakit menerapkan sistem pengawasan terhadap pelaksanaan prosedur kerja di setiap lingkungan kerja.	14	16,5	67	78,8	4	4,7	0	0	85	100

Berdasarkan tabel 6.11 diatas terlihat bahwa mayoritas responden memilih alternatif jawaban setuju dan sangat setuju terhadap setiap pertanyaan pada variabel lingkungan kerja. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki lingkungan kerja yang mendukung pelaksanaan K3 di RS PMI Bogor. Seluruh responden sebanyak 85 responden (100%) menyatakan sangat setuju dan setuju terhadap pernyataan no 5 dan 8. Tetapi, pada pertanyaan no 6(Kegiatan pekerjaan yang dilakukan oleh rumah sakit dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan.) sebanyak 60 responden (70,6%) menjawab tidak setuju.

Analisis yang dilakukan selanjutnya adalah dengan memberikan skor pada tiap item pernyataan, yaitu untuk jawaban sangat setuju nilainya adalah 4, setuju nilainya 3, tidak setuju nilainya 2 dan sangat setuju nilainya 1. Kemudian setiap skor masing-masing pernyataan dijumlahkan. Dari perhitungan statistik yang dilakukan diperoleh data hasil analisis univariat sebagai berikut :

Tabel 6.12 Mean, SD, Min-Max, Skewness dan Std. Error Variabel Lingkungan Kerja terhadap K3 RS pada Pegawai Non Medis RS PMI Bogor 2011

Variabel	Lingkungan Kerja
Mean	27,82
Median	27,00
SD	2,498
Min-Max	24 – 36
Skewness	1,430
Std. Error of Skewness	0,261

Dari tabel 6.12 diatas dapat diketahui bahwa rata-rata skor dari lingkungan kerja 27,82, nilai tengahnya 27,00 dan standar deviasi 2,498. Rentang nilai yang telah ditetapkan untuk variabel ini adalah 9 untuk skor yang paling

rendah dan 36 untuk skor yang paling tinggi. Pada variabel lingkungan kerja ini skor responden yang terendah adalah 24 dan yang paling tinggi adalah 36.

Variabel lingkungan kerja ini terdistribusi dengan tidak normal, karena dilihat dari skewnessnya yaitu 1,405 yang dibagi dengan standar error sebesar 0,255. Nilainya > 2 artinya, variabel lingkungan kerja terdistribusi tidak normal.

Kemudian berdasarkan nilai tengahnya responden dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu responden dengan lingkungan kerja yang kurang baik dan responden dengan lingkungan kerja yang baik. Hasilnya adalah responden dengan lingkungan kerja yang kurang baik sebanyak 31 responden (36,5%) dan responden dengan lingkungan kerja yang baik sebanyak 54 responden (63,5%).

6.2.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* atau *fisher's exact* untuk melihat apakah ada hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan, pengalaman, dan lingkungan kerja dengan persepsi responden yaitu karyawan non medis RS PMI Bogor.

6.2.3.1 Hubungan Pengetahuan dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS

Hasil uji statistik antara variabel pengetahuan dengan variabel persepsi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.13 Hubungan Pengetahuan dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS di RS PMI Bogor 2011

No	Pengetahuan tentang K3	Persepsi		Total	P value	OR
		Kurang baik	Baik			
1	Kurang Baik	14	26	40	0,007	0,269
		35%	65%	100		
2	Baik	30	15	45		
		66,7%	33,3%	100		
Total		44	41	85		
		51,8%	48,2%	100		

Dari tabel diatas kita dapat mengetahui bahwa responden dengan persepsi terhadap K3 RS yang kurang baik dengan pengetahuan yang kurang baik jumlahnya lebih banyak daripada responden dengan pengetahuan yang baik.

Begitu pula dengan persepsi yang baik dengan pengetahuan yang kurang baik jumlahnya lebih banyak daripada responden dengan pengetahuan yang baik.

Hasil uji Chi-Square menunjukkan nilai P value = 0,007 (ada hubungan antara pengetahuan dengan persepsi tentang K3 RS). Sehingga P value < α (0,05), berarti Ho ditolak. Dari hasil uji statistik juga menunjukkan OR = 0,269. Artinya bahwa pengetahuan yang baik hanya mempunyai peluang 0,269 kali untuk mempunyai persepsi yang baik dibandingkan dengan pengetahuan yang kurang baik.

6.2.3.2 Hubungan Pengalaman dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS

Hasil uji statistik antara variabel pengalaman dengan variabel persepsi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.14 Hubungan Pengalaman dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS di RS PMI Bogor 2011

No	Pengalaman K3 RS	Persepsi		Total	P value	OR
		Kurang baik	Baik			
1	Kurang Baik	25	10	35	0,005	4,076
		71,4%	28,6%	100%		
2	Baik	19	31	50		
		38%	62%	100%		
Total		44	41	85		
		51,8%	48,2%	100%		

Dari tabel diatas kita dapat mengetahui bahwa frekuensi tertinggi yang menggambarkan persepsi terhadap penerapan K3 RS yang kurang baik, ada pada kelompok responden dengan pengalaman K3 RS yang kurang baik. Sedangkan yang menunjukkan persepsi terhadap K3 RS yang baik ada pada responden yang memiliki pengalaman terkait K3 RS yang baik.

Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengalaman responden terkait K3 RS dengan persepsi mengenai K3 RS, karena hasil uji Chi-Square menunjukkan nilai P value = 0,005 (ada hubungan antara pengalaman dengan persepsi). Sehingga P value < α (0,05), berarti Ho ditolak. Hasil statistik menunjukkan OR = 4,076. Artinya pengalaman yang baik mempunyai peluang 4,076 kali untuk mempunyai persepsi terhadap K3

RS di RS PMI Bogor dibandingkan dengan pengalaman yang kurang terkait K3 RS.

6.2.3.3 Hubungan Lingkungan Kerja dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS

Hasil uji statistik antara variabel lingkungan kerja dengan variabel persepsi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.15 Hubungan Lingkungan Kerja dengan Persepsi Karyawan tentang K3 RS di RS PMI Bogor 2011

No	Lingkungan Kerja	Persepsi		Total	P value	OR
		Kurang baik	Baik			
1	Kurang Baik	21	10	31	0,045	2,830
		67,7%	32,3%	100%		
2	Baik	23	31	54		
		42,6%	57,4%	100%		
	Total	44	41	85		
		51,8%	48,2%	100%		

Dari tabel diatas kita dapat mengetahui bahwa frekuensi tertinggi yang menggambarkan persepsi terhadap penerapan K3 RS yang kurang baik, ada pada kelompok responden dengan lingkungan kerja K3 RS yang kurang baik. Sedangkan yang menunjukkan persepsi terhadap K3 RS yang baik ada pada responden yang memiliki lingkungan kerja K3 RS yang baik.

Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara lingkungan kerja responden terkait K3 RS dengan persepsi mengenai K3 RS, karena hasil uji Chi-Square menunjukkan nilai P value = 0,045 (ada hubungan antara lingkungan kerja dengan persepsi terhadap K3 RS). Sehingga P value < α (0,05), berarti H_0 ditolak. Hasil statistik juga menunjukkan bahwa OR = 2,830. Artinya lingkungan kerja yang baik mempunyai peluang 2,830 kali untuk memiliki persepsi yang baik mengenai K3 RS dibandingkan dengan lingkungan yang tidak baik.

6.2.3.4 Rekapitulasi Hubungan antara Pengetahuan dengan Persepsi terhadap K3 RS, Hubungan antara Pengalaman dengan Persepsi terhadap K3 RS dan Lingkungan Kerja dengan Persepsi terhadap K3 RS.

Hasil uji Chi-Square antara pengetahuan, pengalaman dan kondisi lingkungan kerja dengan persepsi karyawan terhadap K3 RS secara ringkas dapat dilihat pada tabel 6.16 :

Tabel 6.16 Hasil Uji Chi-Square antara Pengetahuan, Pengalaman dan Lingkungan Kerja dengan Persepsi Karyawan terhadap K3 RS

Variabel Independen	P Value	OR	Hubungan
Pengetahuan tentang K3 RS	0,007	0,269	Berhubungan
Pengalaman terkait K3 RS	0,005	4,076	Berhubungan
Kondisi Lingkungan Kerja	0,045	2,830	Berhubungan

$\alpha = 0,05$

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Pada pelaksanaan penelitian ini terdapat beberapa hambatan yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini. Keterbatasan tersebut, antara lain :

1. Beberapa kuesioner yang disebar oleh peneliti tidak dapat diambil dari responden dikarenakan responden menghilangkannya dan beberapa pertanyaan di kuesioner tidak diisi oleh responden (*missing*). Peneliti tidak dapat menelusuri kembali karena identitas responden yang tidak dicantumkan. Jumlah kuesioner yang hilang sebanyak 4 kuesioner dan yang tidak diisi sebanyak 7 kuesioner.
2. Sebanyak 4 kuesioner yang disebar oleh peneliti diisi oleh karyawan non medis yang lama kerjanya belum mencapai 2 tahun. Hal ini tidak sesuai dengan kriteria inklusi responden.
3. Waktu yang dibutuhkan untuk penelitian lebih lama dari yang telah ditentukan, yaitu 4 hari. Hal ini dikarenakan kesalahan peneliti dalam prosedur penyebaran kuesioner.

7.2 Persepsi

Berdasarkan hasil analisis persepsi karyawan non medis mengenai K3 RS di RS PMI Bogor, diperoleh bahwa rata-rata karyawan non medis telah memiliki persepsi yang baik mengenai K3 RS. Tetapi hasil tersebut tidak sesuai dengan data kecelakaan pegawai yang menunjukkan adanya peningkatan kecelakaan kerja sampai bulan September 2011.

Menurut pendapat peneliti hal tersebut terjadi karena pada bulan Juli 2011 RS PMI Bogor melakukan akreditasi 12 pelayanan. Hal inilah yang mendorong Panitia K3 RS yang ada di RS PMI Bogor berusaha memberikan pengetahuan dan

memperbaiki lingkungan kerja yang ada di RS PMI Bogor agar sesuai dengan standar dan parameter untuk akreditasi K3RS.

Hal ini sesuai dengan penjelasan dari Walgito (2003) yang menyebutkan bahwa persepsi seseorang dapat terbentuk dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal tersebut terdiri dari pengalaman, perasaan, kemampuan berpikir, kerangka acuan dan motivasi. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari stimulus dan lingkungan. David Krech (1962) (dalam Karsono, 2003) juga menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang terdiri dari *Frame of Reference* yang diperoleh dari pendidikan, pengamatan dan bacaan dan *Frame of Experience* yang diperoleh dari pengalaman yang telah dialami yang tidak lepas dari lingkungan sekitar yang kemudian melahirkan suatu konsep.

Berdasarkan jawaban responden pada pertanyaan yang ada di kuesioner sebagian besar responden menjawab sangat setuju dan setuju pada pertanyaan, menurut saya lingkungan tempat saya bekerja terdapat potensi bahaya dan risiko. Akan tetapi, pada pertanyaan menurut saya, saya memiliki peluang untuk mengalami kecelakaan kerja, responden yang menjawab tidak setuju dan sangat tidak setuju jumlahnya hanya sedikit lebih banyak daripada yang menjawab sangat setuju dan setuju. Jumlah responden yang menjawab sangat setuju dan setuju hampir sama dengan responden yang menjawab sangat tidak setuju dan setuju.

Hasil jawaban tersebut menunjukkan bahwa responden sebenarnya telah mengetahui bahwa terdapat potensi bahaya dan risiko di tempat kerja mereka. Tetapi responden masih ragu-ragu untuk mengakui bahwa mereka memiliki peluang untuk mengalami kecelakaan kerja.

Dari jawaban tersebut dapat dilihat bahwa sebenarnya persepsi mereka tentang K3 benar. Lingkungan mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja, karena di lingkungan kerja terdapat potensi bahaya dan risiko. Tetapi pemahaman mereka tentang persepsi K3 RS bahwa pada lingkungan yang terdapat bahaya dan risiko mereka memiliki peluang untuk terkena bahaya dan risiko masih kurang.

Dengan demikian dapat dilihat bahwa persepsi karyawan non medis terhadap K3 RS tidak dapat hanya dipengaruhi oleh satu faktor saja. Dari pernyataan diatas dapat diketahui bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang. Pernyataan tersebut juga sesuai dengan pernyataan Walgito (2003) bahwa individu dikenai oleh berbagai macam stimulus yang ditimbulkan oleh keadaan sekitarnya. Tidak semua stimulus mendapat respon dari individu untuk dipersepsi. Stimulus yang akan dipersepsi atau direspon tergantung individu yang bersangkutan. Dalam penelitian ini stimulus yang direspon oleh individu tersebut adalah pengetahuan dan lingkungan kerja yang terkait K3 RS.

7.3 Pengetahuan

Hasil analisis pengetahuan pegawai non medis terkait K3 RS yang ada di RS PMI Bogor, memberikan informasi bahwa rata-rata persepsi karyawan non medis terhadap K3 RS yang kurang baik lebih banyak ada pada karyawan non medis yang memiliki pengetahuan yang baik dibandingkan dengan karyawan non medis yang pengetahuan yang kurang baik. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Gibson (2002) yang menyebutkan bahwa persepsi bertautan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang obyek atau kejadian pada saat tertentu. Persepsi juga mencakup kognisi, yaitu pengetahuan.

Dalam Notoatmojo (2003) dijelaskan bahwa tahapan dalam pengetahuan ada 6 tingkatan, yaitu tahu (know), memahami (comprehension), aplikasi (aplication), analisis (analysis), sintesis (synthesis) dan evaluasi (evaluation). Mengacu pada teori tersebut peneliti berpendapat bahwa pengetahuan responden mengenai K3 RS masih berada pada tahap tahu (know). Sehingga hal ini menjadi indikasi penyebab peluang pengetahuan yang baik terkait K3 RS untuk menjadi persepsi tentang K3 RS yang baik menjadi rendah.

Dari data tingkat pendidikan responden juga ditemukan bahwa responden memiliki latar belakang pendidikan yang beragam mulai dari tingkat pendidikan SD sampai S2. Tentu saja hal ini akan memengaruhi cara pemahaman responden

mengenai K3 RS di RS PMI Bogor. Responden dengan latar belakang pendidikan yang tinggi akan lebih mudah mengerti dan memahami penjelasan dari Panitia K3 RS PMI Bogor ketika Panitia K3 RS melakukan sosialisasi K3 RS dibandingkan dengan karyawan non medis dengan pendidikan yang lebih rendah

Dari hasil jawaban responden, beberapa responden tidak mengetahui bahwa penyebab kecelakaan kerja adalah kondisi dan tempat kerja yang tidak aman. Hasil tersebut menunjukkan bahwa beberapa responden belum memahami bahwa kondisi dan tempat kerja yang tidak aman dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan kerja.

Oleh karena itu, agar karyawan non medis dapat memahami mengenai bahaya dan risiko yang ada di tempat kerjanya maka Panitia K3 RS melakukan sosialisasi mengenai kecelakaan kerja yang disebabkan oleh kondisi dan tempat kerja yang tidak aman. Sosialisasi ini tidak hanya dilakukan satu kali saja tetapi beberapa kali secara berkala dan berkesinambungan

Berdasarkan hasil telaah dokumen diketahui bahwa Panitia K3 RS yang ada di RS PMI Bogor dibentuk pada tanggal 1 Maret 2011. Pembentukan Panitia K3 RS yang masih baru menunjukkan bahwa program-program K3 RS yang ada di belum berjalan selama 1 tahun. Agar program tersebut dapat berjalan dengan baik tentunya perlu adanya monitoring pelaksanaan program-program K3 tersebut secara berkala. Kegiatan ini dilakukan untuk melihat perkembangan dan kemajuan program tersebut apakah telah memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan oleh Panitia K3 RS.

Dari hasil observasi peneliti dan wawancara tidak terstruktur dengan anggota panitia K3 RS dapat diketahui bahwa pelaksanaan program-program K3 RS berjalan dengan baik saat pelaksanaan akreditasi 12 pelayanan. Akan tetapi ketika akreditasi 12 pelayanan telah berakhir dan dinyatakan lulus, beberapa standar mulai diabaikan oleh karyawan non medis., seperti pelaksanaan program APD (Alat Pelindung Diri).

Oleh karena itu, peneliti menyarankan agar Panitia K3 RS memberikan pemahaman yang lebih mendalam kepada karyawan non medis. Adapun langkah yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pemahaman karyawan non medis mengenai K3 RS melalui pelatihan karyawan non medis tentang K3 RS. Selain itu peneliti juga menyarankan agar Panitia K3 RS perlu melakukan monitoring, evaluasi dan sosialisasi program-program K3 RS di RS PMI Bogor secara berkala dan teratur agar karyawan non medis tidak mengabaikan dan menjalankan program tersebut.

7.4 Pengalaman

Hasil analisis antara pengalaman dengan persepsi karyawan non medis terhadap K3 RS menunjukkan adanya hubungan. Artinya semakin baik pengalaman karyawan non medis terkait K3, dalam hal ini apabila karyawan non medis tidak pernah mengalami kecelakaan kerja atau pernah mengalami kecelakaan kerja tetapi kejadian tersebut tidak terulang lagi maka persepsi karyawan non medis terhadap K3 RS semakin baik.

Adanya hubungan ini dapat disebabkan karena faktor psikologis dari karyawan dipengaruhi oleh pengalamannya ketika bekerja. Dengan motivasi yang kuat dari karyawan untuk dapat bekerja dengan sehat dan aman, membuat karyawan bekerja dengan lebih berhati-hati. Apabila seorang karyawan pernah mengalami kecelakaan kerja maka karyawan tersebut akan mengalami trauma dan membuat karyawan berusaha untuk tidak mengalami kejadian tersebut untuk kedua kalinya. Hal ini menyebabkan karyawan yang pernah mengalami kecelakaan tersebut berusaha memproteksi dirinya sendiri. Dengan kesadaran yang positif karyawan tersebut akan berubah menjadi lebih baik dengan meningkatkan kewaspadaannya.

Penelitian Sjoberg (2007) menyebutkan bahwa ada hubungan yang konsisten antara reaksi emosional dengan persepsi terhadap risiko. Penelitian ini menyebutkan bahwa emosi yang penting adalah emosi yang dialami sendiri oleh

responden, bukan pengalaman dari orang lain. Hasil dari penelitian ini adalah orang tidak akan ingin dekat dengan bahaya yang mereka anggap harus dikurangi atau dijaui.

Robbins (1998) juga menyebutkan bahwa karakteristik-karakteristik pribadi individu akan mempengaruhi persepsi individualnya. Diantara karakteristik individu yang dapat mempengaruhi persepsi salah satunya adalah pengalaman masa lalu. Walgito (2003) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang dari psikologis adalah pengalaman. Krech (1962) (dalam Karsono, 2003) menjelaskan bahwa persepsi juga dipengaruhi oleh *frame of experience* dalam pengalaman yang telah dialami yang tidak lepas dari lingkungan sekitar yang kemudian melahirkan suatu konsep.

Ciccarelli dan Meyer (2006) menyebutkan *perception is the method by which people take all the sensations they experience at any given moment and interpret them in some meaningful fashions*. Dari pernyataan tersebut dapat dilihat bahwa persepsi adalah metode yang orang gunakan untuk menginterpretasikan pengalaman mereka menjadi sesuatu yang lebih berarti.

Hasil jawaban responden menunjukkan bahwa beberapa responden tidak menyadari bahwa kerugian yang timbul karena adanya kecelakaan di tempat kerja, akan mempengaruhi kegiatan rumah sakit. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa responden belum menyadari bahwa kerugian yang timbul karena adanya kecelakaan di tempat kerja dapat mempengaruhi kegiatan rumah sakit.

Oleh karena itu, perlu adanya sosialisasi kepada karyawan non medis bahwa kecelakaan kerja dapat menimbulkan kerugian dan dapat mempengaruhi kegiatan yang ada di rumah sakit. Dengan demikian makan karyawan non medis akan lebih berhati-hati untuk mengurangi terjadinya kecelakaan kerja.

7.5 Lingkungan Kerja

Menurut hasil penelitian ini lingkungan kerja memiliki hubungan dengan persepsi karyawan non medis terhadap K3 RS. Penelitian ini tidak sejalan dengan temuan Wei et.al. (2009) yang menyatakan bahwa lingkungan kerja tidak mempengaruhi persepsi karyawan, hal ini disebabkan karena manajemen telah membuat kebijakan mengenai promosi kesehatan di lingkungan kerja. Namun karyawan kurang peduli dengan kebijakan tersebut.

Hubungan yang bermakna antara lingkungan kerja dengan persepsi karyawan non medis disebabkan karena lingkungan kerja saat bekerja sangat mempengaruhi persepsi karyawan terhadap K3 RS. Dengan lingkungan kerja yang baik dan mendukung karyawan dalam bekerja dapat meningkatkan kewaspadaan ketika bekerja. Misalnya seorang karyawan akan lebih berhati-hati apabila orang-orang di sekitarnya sering mengingatkan dan adanya tanda-tanda bahaya.

Hasil penelitian Weber & Milliman (1997) menyebutkan bahwa kesadaran seseorang adalah faktor yang mendorong perubahan persepsi seseorang. Berbagai macam prosedur yang ada membantu pihak manajemen untuk membuat berbagai kebijakan dengan tujuan untuk meminimalkan risiko dengan cara membuat peraturan yang berkaitan dengan pencegahan risiko.

Gibson (2002) menyebutkan bahwa persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami lingkungannya. Walgito (2003) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah lingkungan dan situasi khususnya. Robbins(1998) menjelaskan bahwa unsur-unsur dalam lingkungan sekitar akan mempengaruhi persepsi seseorang.

Hasil jawaban responden lebih dari sepuluh responden menjawab tidak setuju dengan pernyataan bahwa di tempat mereka bekerja terdapat prosedur kerja yang aman. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa responden belum mengetahui dan memahami mengenai prosedur kerja yang ada di RS PMI Bogor.

Oleh karena itu, Panitia K3 RS perlu mengadakan sosialisasi mengenai prosedur kerja yang aman di RS PMI Bogor.

Sebagian besar responden menyatakan tidak setuju bahwa kegiatan pekerjaan yang dilakukan oleh rumah sakit dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan yang ada di sekitarnya. Dengan hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memahami bahwa kegiatan rumah sakit dapat menyebabkan kerusakan lingkungan. Dalam hal ini Panitia K3 berperan dalam menyadarkan karyawan non medis bahwa kegiatan rumah sakit dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan.

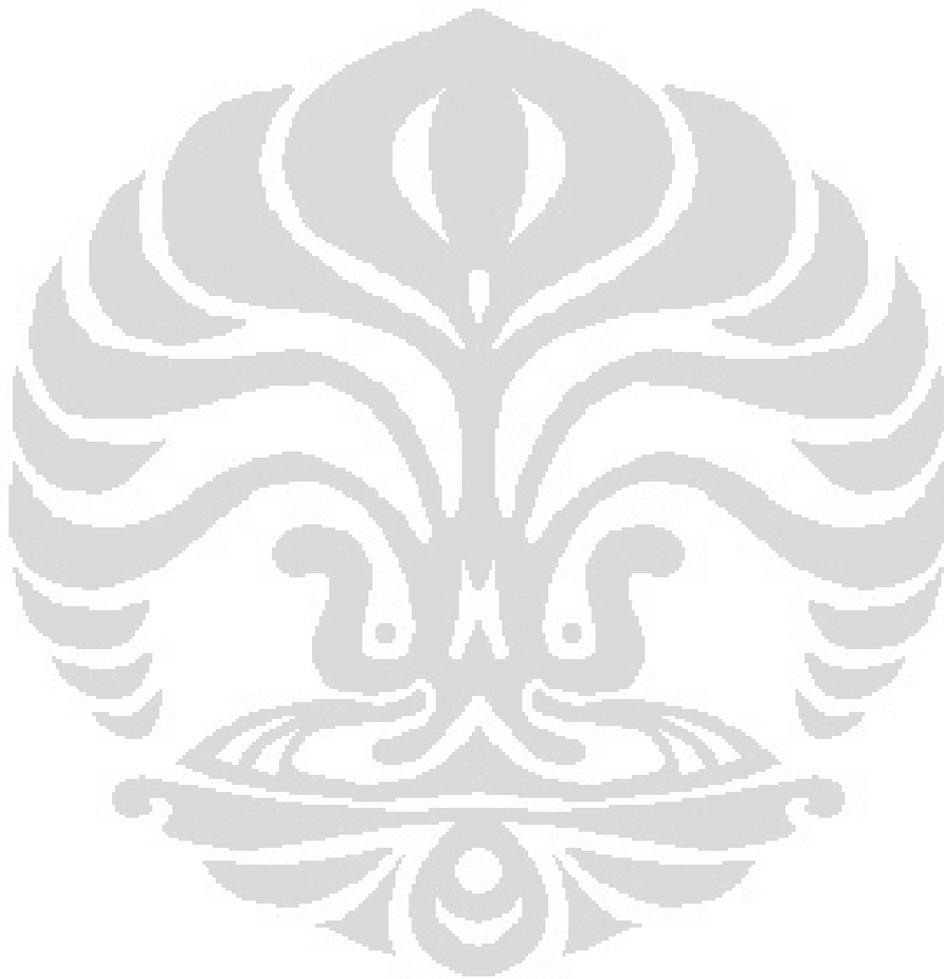
Langkah yang dapat diambil oleh Panitia K3 RS PMI Bogor adalah dengan memberikan pelatihan mengenai pengamanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan penanganan limbah.

Berdasarkan observasi peneliti, lingkungan kerja RS PMI Bogor telah menerapkan pelaksanaan aspek-aspek K3 RS, seperti pemasangan *safety sign*, sanitasi ruangan dan pemeliharaan *hygiene*. Akan tetapi pemakaian Alat Pelindung Diri di RS PMI Bogor masih kurang.

Dari wawancara tidak terstruktur antara peneliti dengan anggota Panitia K3 RS didapatkan informasi bahwa selain karena karyawan non medis merasa tidak nyaman menggunakan Alat Pelindung Diri, pihak manajemen RS PMI Bogor juga belum menyediakan Alat Pelindung Diri untuk karyawan setelah dinyatakan lulus oleh tim Akreditasi Rumah Sakit.

Oleh karena itu, peneliti menyarankan agar dilakukan pengawasan oleh Panitia K3 RS terhadap pemakaian Alat Pelindung Diri oleh karyawan non medis. Dengan adanya pengawasan oleh Panitia K3 RS diharapkan karyawan non medis akan menggunakan Alat pelindung Diri ketika berada di lingkungan yang berisiko seperti tempat pengolahan limbah dan untuk karyawan Bidang PPSRS (Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Peralatan Rumah Sakit) ketika sedang membetulkan peralatan listrik, sehingga karyawan non medis akan menjadi lebih terbiasa menggunakan Alat Pelindung Diri. Kemudian, peneliti juga

menyarankan agar pihak manajemen di RS PMI Bogor agar menyediakan Alat Pelindung Diri bagi karyawan non medis yang memiliki tempat kerja yang berisiko seperti tempat pengolahan limbah dan untuk karyawan Bidang PPSRS (Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Peralatan Rumah Sakit) ketika sedang membetulkan peralatan listrik.



BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- 1) Gambaran persepsi karyawan non medis di RS PMI Bogor adalah baik.
- 2) Terdapat hubungan antara pengetahuan karyawan non medis dengan persepsi terhadap K3 RS di RS PMI Bogor pasca akreditasi 12 pelayanan.
- 3) Ada hubungan antara pengalaman karyawan non medis dengan persepsi terhadap K3 RS di RS PMI Bogor pasca akreditasi 12 pelayanan.
- 4) Terdapat hubungan antara lingkungan kerja karyawan non medis dengan persepsi terhadap K3 RS di RS PMI Bogor pasca akreditasi 12 pelayanan.

8.2 Saran

Adapun saran yang diberikan oleh peneliti terkait dalam peningkatan penerapan K3 RS di RS PMI Bogor, sebagai berikut :

8.2.1 Untuk Panitia K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) RS

- 1) Panitia K3 RS perlu melakukan sosialisasi mengenai kecelakaan kerja yang disebabkan oleh kondisi dan tempat kerja yang tidak aman di RS PMI Bogor secara berkala dan teratur, terutama bagi karyawan non medis dengan latar belakang pendidikan rendah, agar mereka dapat lebih memahami K3 RS sehingga K3 RS dapat berjalan dengan baik .
- 2) Panitia K3 RS melakukan sosialisasi kepada karyawan non medis bahwa kecelakaan kerja dapat menimbulkan kerugian dan dapat mempengaruhi kegiatan yang ada di rumah sakit. Dengan demikian makan karyawan non medis akan lebih berhati-hati untuk mengurangi terjadinya kecelakaan kerja.

- 3) Panitia K3 RS PMI Bogor perlu melakukan sosialisasi mengenai prosedur kerja yang aman. Kegiatan ini dilakukan agar karyawan non medis mengetahui dan memahami mengenai prosedur kerja yang aman di RS PMI Bogor.
- 4) Panitia K3 RS PMI Bogor perlu menyadarkan karyawan non medis bahwa kegiatan rumah sakit dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan dengan cara memberikan pelatihan mengenai pengamanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan penanganan limbah.
- 5) Perlu adanya pengawasan dari panitia K3 RS mengenai penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di bagian pengolahan limbah. Penggunaan APD tidak hanya ketika melakukan kegiatan pembakaran limbah, tetapi ketika berada di lokasi pengolahan limbah tersebut.

8.2.2 Untuk peneliti lain

- 1) Peneliti sebaiknya menemui langsung pegawai non medis yang menjadi responden dan mendampingi responden dalam pengisian kuesioner tersebut. Hal ini dilakukan untuk mengurangi kesalahan dalam pengisian kuesioner.
- 2) Peneliti sebaiknya menggunakan responden tidak hanya pegawai non medis tetapi juga pegawai medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Carlson, Neil R & William Buskist. (1997). *Fifth Edition: Psychology The Science of Behavior*. New Jersey: Ally & Bacon A Viacom Company Needham Heights.
- Christian. (2007). *Gambaran Persepsi Karyawan terhadap penerapan K3 di PT "X" tahun 2010*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Ciccarelli, Sandra K & Glen E. Meyer. (2006). *Psychology*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Komisi Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta, 2002
- Gibson, James L., John M. Ivancevich & James H. Donnelly Jr. (2002). *Edisi Kelima ORGANISASI: Perilaku, Struktur, Proses Jilid 1*(Agus Dharma, Penerjemah). Jakarta: Erlangga.
- Hafizurrachman.(2011). *Manajemen Mutu*. Presentasi Mata Kuliah Manajemen Mutu. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Haryono, Yuritna. (2011). *Hubungan Komponen Kualitas Kehidupan Kerja(Quality of Work Life - QWL) dengan Motivasi Perawat Pelaksana dan Bidan di RS Hermina Depok tahun 2011*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Hastono, Sutanto P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hendra, (2000). *Intro to OHS (K3)*. December 30, 2011. (<http://smkyadika3.sch.id/pembelajaran/IntrotoK3.pdf>)
- Irwandi, Riska Denie. (2007). *Penyakit Akibat Kerja dan Penyakit Terkait Kerja*. Skripsi. Fakultas Teknik Universitas Sumatera Utara.
- Karsono, Tri. (2003). *Persepsi pekerja terhadap Keselamatan & Kesehatan Kerja di PT Bridgestone Tire Indonesia bagian Produksi*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan. No 432/MENKES/SK/IV/2007.
- Mayarni. (2009). *Hazard Ergonomi*. Presentasi Mata Kuliah K3 RS. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Mayarni. (2009). *Hazard Psikososial*. Presentasi Mata Kuliah K3 RS. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Mayendra, Oni.(2009). *Analisis Penyebab Kecelakaan Kerja*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Modjo, Robiana. (2009). *Hazard Fisik dan Kimia*. Presentasi Mata Kuliah K3 RS. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Modjo, Robiana. (2009). *Hazard Biologi*. Presentasi Mata Kuliah K3 RS. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Murti, Bhisma. (2010). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Muchamad Rifai. (2007). *Gambaran Persepsi tentang Keselamatan Kerja pada Pekerja di Bagian Produksi PT Kangar Consolidated Industries (KCI) Jakarta Timur tahun 2007*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nur'aini, R. Myta Dewi. (2007). *Persepsi Pekerja Bagian Tepung Terigu terhadap Budaya K3 di PT Indofood Sukses Makmur Tbk Bogasari Flour Milis Jakarta*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Oktamianti, Puput. (2010). *Manajemen Mutu RS*. Presentasi Mata Kuliah Organisasi & Manajemen RS. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Prihardany, Dany. (2004). *Hubungan antara Motivasi, Pengetahuan dan Keterampilan Karyawan tentang Keselamatan & Kesehatan Kerja (K3) dengan Persepsi terhadap Risiko di PT Indocement Tungal Prakasa, TBK, Citereup, Bogor*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Robbins, Stephen P. (1998). *Perilaku Organisasi: Konsep, Kontroversi, Aplikasi Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta: Prehallindo.
- Silalahi, Bennet N.B & Rumondang B. Silalahi. (1985). *Seri Manajemen No 12 Manajemen Keselamatan & Kesehatan Kerja*. Jakarta: PT Pertja.

- Sjoberg, Lennart. (2007). Emotions and Risk Perception. *Risk Management* 9: 223-237
- Suma'mur P. K. (1989). *Keselamatan Kerja & Pencegahan Kecelakaan*. Jakarta: PT Gunung Agung.
- Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Walgito, Bimo. (2003). *Psikologi Sosial Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Andi
- Walgito, Bimo. (2010). *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Andi
- Weber, Elke U. dan Richard A. Milliman. (1997). Perceived Risk Attitudes: Relating Risk Perception to Risky Choice. *Management Science*. 43: 123-144
- Wei, Shang et al. (2009). Employees' Perception of Workplace Health Promotion Initiatives in Taiwan: A Cross-sectional Survey of 30 Worksites. *Industrial Health* 47: 551-559
- Yuliana, Terry. (2010). *Analisis Pemberian Kompensasi Finansial & Finansial dengan Kinerja Perawat PNS di Instalasi Rawat Inap A, B, C RS Bhayangkara Tk I R. Said Sukanto Kramat Jati tahun 2010*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.



KUESIONER PENELITIAN
PERSEPSI KARYAWAN TERHADAP K3 RS PASCA
AKREDITASI 12 PELAYANAN DI RS PMI BOGOR

Bapak/ Ibu/ Sdr yang terhormat,

Saya Dinar Mayasari, mahasiswi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), saat ini sedang melakukan penelitian sebagai tugas akhir dengan judul “Persepsi Karyawan Terhadap K3 RS Pasca Akreditasi 12 Pelayanan di RS PMI Bogor Tahun 2011”.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, mohon kiranya Bapak/Ibu/Saudara/I membantu saya untuk mengisi kuesioner (sebagaimana terlampir) dengan jujur dan sebenar-benarnya, karena kuesioner ini tanpa identitas dan jawaban responen terjaga kerahasiaannya selain itu kuesioner ini tidak akan memberikan pengaruh apapun terhadap responden karena hanya digunakan untuk keperluan pendidikan.

Demikian atas segala perhatian dan bantuan Bapak/Ibu/Saudara/i saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Dinar Mayasari



KUESIONER PENELITIAN
PERSEPSI KARYAWAN TERHADAP K3 RS PASCA
AKREDITASI 12 PELAYANAN DI RS PMI BOGOR

No Responden :(diisi oleh peneliti)

Data Umum Karyawan :

(Isi/lingkari jawaban yang menurut anda sesuai dengan diri)

1. Umur :Tahun
2. Jenis Kelamin : laki-laki / perempuan
3. Pendidikan Terakhir :
 1. SD
 2. SMP / SLTP
 3. SMA / SMU
 4. Diploma
 5. S1
 6. S2
4. Lama kerja :Tahun

Isilah Tabel Dibawah Ini (V) Dengan Pilihan Jawaban Sebagai Berikut :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS: Sangat Tidak Setuju

A. PENGETAHUAN

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Rumah sakit tempat saya bekerja harus memiliki komite yang mengelola K3 RS				
2	Saya harus mengetahui dan memahami Standar Prosedur Operasional (SPO) dan ketentuan K3 yang berhubungan dengan pekerjaan saya.				
3	Penyebab dasar kecelakaan kerja karena kondisi dan tempat kerja yang tidak aman.				
4	Jika terjadi keadaan darurat (kebakaran, gempa) saya mengetahui prosedur apa yang harus saya lakukan.				
5	Pada area yang mengandung sumber bahaya perlu diberikan tanda peringatan.				
6	Penataan peralatan dan ruangan kerja yang baik dapat mencegah terjadinya kecelakaan				
7	Tanda bahaya di lingkungan kerja berpengaruh terhadap pencegahan kecelakaan kerja.				

B. PENGALAMAN

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Kerugian yang timbul karena adanya kecelakaan di tempat kerja, akan mempengaruhi kegiatan rumah sakit				
2	Bekerja sesuai dengan SOP dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja				

3	Segala hal yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan di area tempat kerja saya bekerja harus saya ketahui dengan baik.				
4	Dalam memenuhi seluruh fasilitas keselamatan dan kesehatan kerja, pihak manajemen rumah sakit perlu terlibat				
5	Program K3 menciptakan suasana kebersamaan untuk menjaga keamanan, kebersihan dan kesejahteraan lingkungan kerja.				
6	Saya merasa tidak aman apabila bekerja tidak menggunakan alat pelindung diri di lingkungan yang terpapar bahaya dan risiko.				
7	Saya merasa lebih nyaman bekerja apabila terhindar dari resiko kecelakaan kerja.				

C. LINGKUNGAN KERJA

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Ada seseorang yang berpengaruh yang bertanggung jawab atas keselamatan, kesehatan, lingkungan dan pencegahan kerugian di rumah sakit tempat saya bekerja.				
2	Di rumah sakit tempat saya bekerja terdapat prosedur kerja yang aman.				
3	Karyawan memiliki wewenang untuk memberikan masukan/saran kepada pihak manajemen maupun sesama karyawan tentang K3 RS				
4	Manajemen di rumah sakit saya peduli dan menyediakan waktu dalam menanggapi isu-isu keselamatan.				
5	Lingkungan kerja yang aman, sehat, dan selamat sangat mendukung produktivitas kerja saya				
6	Kegiatan pekerjaan yang dilakukan oleh rumah sakit dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan.				

7	Kondisi lingkungan kerja di ruangan sangat memperhatikan aspek K3 RS				
8	Rumah sakit telah memiliki jalur evakuasi apabila terjadi kebakaran				
9	Rumah sakit menerapkan sistem pengawasan terhadap pelaksanaan prosedur kerja di setiap lingkungan kerja.				

D. PERSEPSI

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Menurut saya lingkungan tempat saya bekerja terdapat potensi bahaya dan risiko.				
2	Menurut saya, saya memiliki peluang untuk mengalami kecelakaan kerja.				

HASIL UJI RELIABILITAS DAN VALIDITAS

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.842	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	17.90	12.162	-.378	.904
a2	18.50	9.569	.476	.838
a3	19.53	5.775	.823	.796
a4	19.07	7.926	.882	.780
a5	18.20	8.441	.884	.790
a6	18.33	8.920	.718	.811
a7	18.87	6.878	.874	.769

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.769	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	19.57	4.116	.816	.653
b2	19.03	5.620	.606	.726
b3	19.07	5.513	.701	.713
b4	18.67	7.954	-.366	.881
b5	19.10	5.955	.391	.759
b6	19.40	3.766	.803	.656
b7	18.97	5.068	.841	.681

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.632	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c1	23.83	5.316	.422	.578
c2	24.00	6.828	.640	.563
c3	24.03	6.516	.487	.566
c4	24.27	5.582	.733	.490
c5	23.30	6.700	.441	.578
c6	25.17	9.523	-.382	.811
c7	23.93	7.168	.463	.590
c8	23.40	6.731	.396	.585
c9	24.07	6.685	.567	.562

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
d1	2.10	1.266	.924	. ^a
d2	2.27	1.444	.924	. ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Lampiran Surat Keputusan Direktur
 Nomor : I.010/KPTS/XI/2009
 Tanggal : 03 November 2009
 Tentang : STRUKTUR ORGANISASI RS PMI BOGOR

