



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PROFIL *SAFETY CLIMATE*
TENAGA KESEHATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2008**

TESIS

**OLEH :
SRI HARYANI
NIM: 0606021792**

**PROGRAM MAGISTER KESELAMATAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PROFIL *SAFETY CLIMATE*
TENAGA KESEHATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA**

**OLEH :
SRI HARYANI
NIM: 0606021792**

**PROGRAM MAGISTER KESELAMATAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PROGRAM MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
Tesis, Juli 2008

Sri Haryani, NPM. 0606021792

**Analisis *Safety Climate* pada Tenaga Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat
RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008**

ix + 108 halaman, 7 tabel, 21 gambar, 10 lampiran

ABSTRAK

Kejadian Kecelakaan kerja di Rumah sakit yang menyebabkan cedera pada petugas ataupun pasien dapat dicegah dengan menerapkan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Salah satu sasaran program K3 adalah perhatian pada faktor manusia (petugas, pasien, penunggu maupun pengunjung rumah sakit), selain pada pihak manajemen, peralatan, design dan tehniknya. Program pengembangan SDM sebagai salah satu program K3 dapat diterapkan dengan melakukan pelatihan, kampanye K3, penyuluhan, termasuk didalamnya adalah pengembangan program budaya K3. Pengembangan dapat dilakukan dengan mengetahui profil *safety climate* pada rumah sakit. Berdasarkan penilaian tersebut maka dapat dikembangkan kegiatan-kegiatan K3 yang bervariasi terhadap *safety climate* agar mendapatkan hasil yang lebih baik selain dilakukan pengawasan serta pengembangannya. Untuk itu perlu diketahui gambaran profil terhadap *safety climate*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil *safety climate* pada tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan responden tenaga profesi kesehatan meliputi tenaga medis (dokter dan residen), paramedis (perawat dan bidan) dan tenaga penunjang (Analis, Apoteker, radiografer, pekarya dan petugas medical record). Metode penelitian yang digunakan adalah dengan kuantitatif dan kualitatif yaitu dengan survey langsung pada tenaga kesehatan dengan pengisian kuesioner, wawancara pada kepala unit kerja dan telaah dokumen . Analisa data dilakukan dengan metoda analisis isi yaitu membandingkan hasil penelitian dengan teori dalam kepustakaan .

Hasil penelitian didapatkan bahwa profil *safety climate* pada tenaga kesehatan di Gedung Emergency RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagian besar lemah. Diantara profesi tenaga kesehatan yang mempunyai profil *safety climate* paling kuat adalah tenaga paramedis. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dan cek list dokumen yaitu : Bahwa kepala Instalasi Gawat Darurat secara rutin memberi informasi K3 kepada seluruh staf IGD yaitu melalui rapat rutin, selalu berkomunikasi dengan penanggung jawab ruangan ataupun staf IGD untuk menginformasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan keselamatan Hubungan atasan dan bawahan terlihat sangat baik demikian juga hubungan antar petugas juga terlihat baik tidak ada konflik. kondisi-kondisi tidak aman ataupun kerusakan selalu dilaporkan kepada atasan. Kerjasama dengan bidang penunjang medis cukup baik walaupun sering terjadi kesalahan komunikasi dan informasi dari petugas dibagian administrasi, laboratorium ataupun radiologi. Misalnya karena ketidakjelasan penulisan nama, waktu pemeriksaan lama, dokumen foto hilang terutama pada sore dan malam hari saat pasien datang dengan jumlah banyak.

Daftar bacaan: 33 bacaan (1988 – 2004)

**POST GRADUATE OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PROGRAM
Thesis, July 2008**

Sri Haryani , NPM. 0606021792

**Analyst Safety Climate Profile On Medical Officer at EmerGENCY Unit of Dr.
Hasan Sadikin Hospital years 2008**

ix + 108 pages, 7 tables, 21 pictures, 10 attachments

ABSTRACT

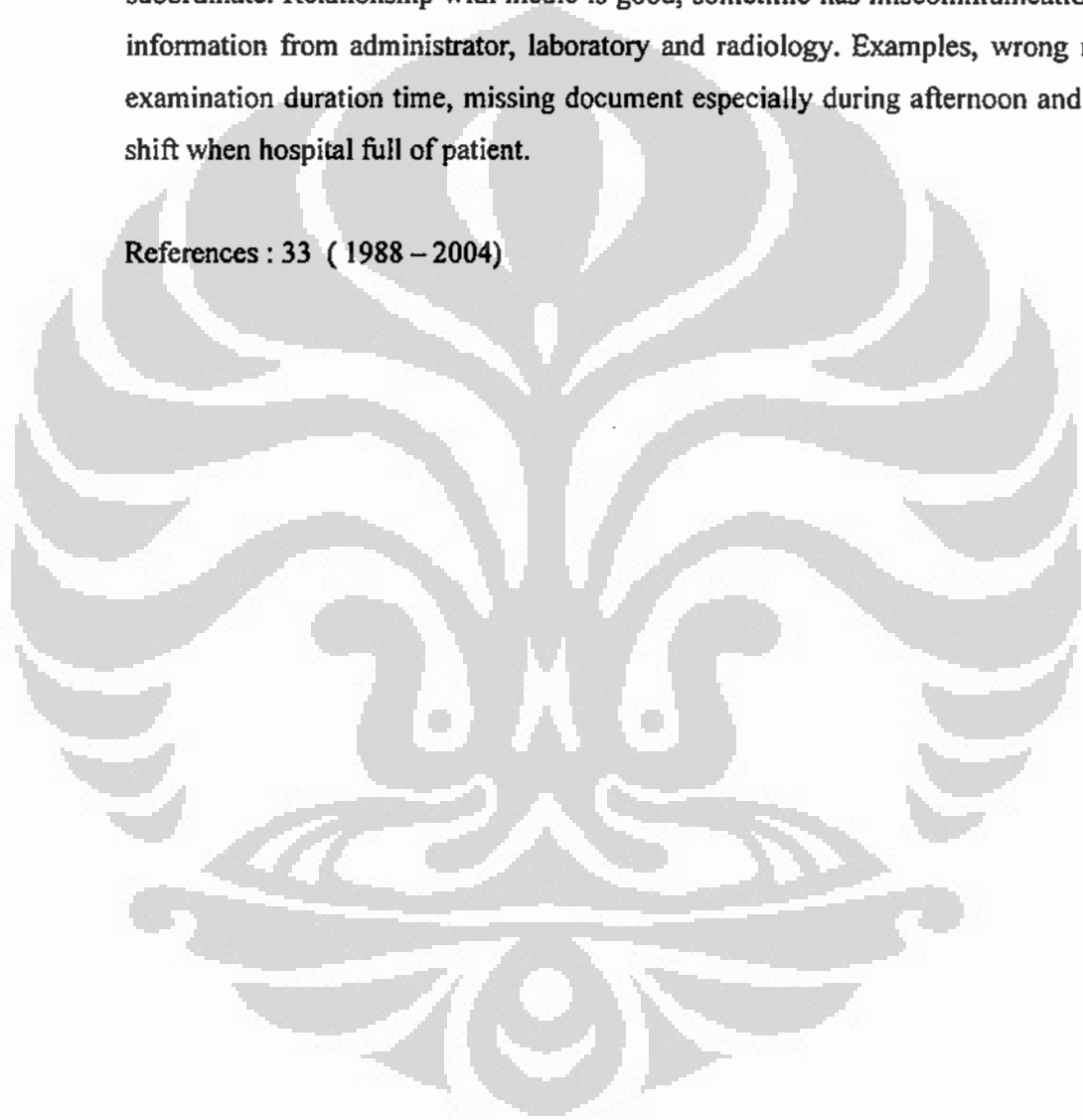
In order to prevent working accident at hospital which cause injury on employee or patient, Occupational Health and Safety Program should be implemented. One of Occupational Health and Safety (OHS) program objective is attention for human factor (officer, patient, family or visitor of hospital), beside management, equipment, design and technique. Human resource development program as part of OHS program can be implemented by conducting training, socialization, dissemination including development of OHS culture program. Developing of OHS program can be performed by understanding safety climate profile of the hospital. Based on this assessment, various OHS activity of safety climate can be developed in order to obtain better result beside supervision and development. Therefore, profil of safety climate should be understood.

The research purpose to understand safety climate profile on medical officer at Emergency Unit of Dr. Hasan Sadikin hospital with respondent from medical officer covering doctor and resident, paramedic (nurse and midwife) and supporting officer (Analyst, pharmacist, radiographer, administrator and medical record officer). Research methodology using quantitative and qualitative with direct survey on medical officer by questionnaire, interview on head of working unit and document assessment. Data analysis is performed using substance analysis by comparing result of research and references.

The result showed that the profile of safety climate of medical officer at Emergency unit Dr. Hasan Sadikin Bandung mostly is weak. Highest safety climate profile among medical officer is paramedic. This is supported by interview and

document check list result i.e. dissemination OHS information regularly to all emergency staff conducting by Chief of Emergency unit on routine meeting and during communication with all emergency staff regarding safety. The relation between subordinate and hierarchy is in harmony. Unsafe conditions has reported to subordinate. Relationship with medic is good, sometime has miscommunication and information from administrator, laboratory and radiology. Examples, wrong name, examination duration time, missing document especially during afternoon and night shift when hospital full of patient.

References : 33 (1988 – 2004)



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**ANALISIS PROFIL *SAFETY CLIMATE*
TENAGA KESEHATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 18 Juli 2008

Pembimbing



(DR. Robiana Modjo, SKM., M.Kes)

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 18 Juli 2008

Ketua

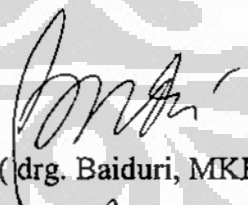


(DR. Robiana Modjo, SKM, M.Kes)

Anggota



(Drs. Ridwan Z. Syaaf, MPH)



(drg. Baiduri, MKKK)



(Mayarni, SKP.,M.Kes)



(Syahrul.Efendi P.SKM, MKKK)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Sri Haryani
NPM : 0606021792
Kekhususan : Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**ANALISIS PROFIL *SAFETY CLIMATE* TENAGA KESEHATAN DI GEDUNG
EMERGENCY UNIT RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2008**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 18 Juli 2008



(Sri Haryani)

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah saya ucapkan ke-Hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Shalawat dan salam semoga dilimpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarganya, sahabatnya serta para pengikutnya yang setia.

Sembah sujud dari hati yang paling dalam sebagai ucapan terimakasih yang tak terhingga saya sampaikan kepada ibunda tercinta ibu **Hj.Djumiati** dan ayahanda terkasih **almarhum M Kusman** yang telah mendidik, mengasuh, mengarahkan dan memberikan kasih sayang yang begitu tulus sepanjang perjalanan hidup saya, sehingga kiranya saya dapat memenuhi segala harapan mereka.

Setelah melalui cobaan dan rintangan yang begitu berat , akhirnya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Saya menyadari bahwa penelitian dan penulisan tesis ini dapat terlaksana berkat bantuan dan bimbingan yang tidak ternilai harganya dari semua pihak. Untuk itu dengan terwujudnya tesis ini, penulis dengan segala kerendahan hati mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

DR. Robiana Modjo, SKM.,Mkes, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan dorongan serta arahan-arahan.

Drs. Ridwan Z. Syaaf, MPH, selaku Ketua Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, atas segala bantuan dan dorongan yang diberikan.

Bapak dan Ibu Dosen Program Pascasarjana Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya yang amat berguna dan membimbing penulis selama mengikuti pendidikan.

Semua teman-teman angkatan 2006 khususnya **dr. Trisnajaya, dr.Sukmawati , mba Ika, m'heni, M Dian, Sindi, Weni, Om Chan, Doni** dan semua teman yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu disini, yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan kepada penulis.

Kepada seluruh tim penguji yang terdiri atas **DR. Robiana Modjo.,SKM.,M.Kes, Drs.Ridwan Z.Syaaf.,MPH, drg.Baiduri,MKMK, Mayarni,SKP.,Mkes, Syahrul Efendi P, SKM.,MKMK**, saya mengucapkan

terimakasih yang sedalam-dalamnya atas kesediaannya menguji dan atas asupan yang sangat berharga demi kesempurnaan tesis ini.

Ketua dan Wakil Ketua Komite Mutu-K3RS RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung dr. Soehartinah Kramadibarta, Sp.Rad dan Ir, Dra. Sri Sulastri, Mpd serta teman-teman di Komite Mutu-K3RS Dra. Lilis Mardiah, Apt.,MM , Erina Pertiana, yang sudah penuh pengertian memahami ketidakoptimalan saya bekerja karena harus berkonsentrasi dengan pendidikan Magister ini, saya mengucapkan terimakasih.

Sahabatku tersayang Dra.Martin Takarini (M'Puut), Irna Kurniawati,ST(Irna), Maudy Dirgahayu H,SKM (K'ade), Fahmi Afriansyah,SKM(Fahmi) terima kasih untuk semua dukungan, semangat, motivasi dan kebersamaan yang menyenangkan selama ini.

Suamiku tercinta Ir. Susinaryo terimakasih atas pengertian, kesabaran, bantuan dan doa-doanya memberikan semangat selama pendidikan. Kepada anak-anakku tersayang Haryo Aji Wibowo (aji), Haning Pratiwi Rigati (Haning) dan Hugo di Tri Wibowo (Hugo) yang penuh kasih sayang, pengertian dan kesabaran terus memberi semangat dan *spirit*. Semoga kalian menjadi anak-anak yang sholeh, menjadi idaman dan penyejuk hati, baik untuk keluarga maupun masyarakat. Semoga Allah SWT selalu menuntun kalian dalam menjalani pendidikan dan kehidupan didunia ini.

Kakanda tersayang Ir. Purwadi (M' Pur) dan Ir. Budi Pudjianto (M' Budi) yang telah memberikan bantuan, dorongan dan semangat. Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala bantuan yang diberikan.

Akhir kata dengan segala kerendahan hati saya sampaikan rasa terimakasih kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam proses penyelesaian tesis ini

Hanya Allah SWT yang mampu memberikan imbalan dan melimpahkan karuniaNya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendoakan saya. Semoga Allah SWT senantiasa menuntun kita semua dalam mempelajari dan mengamalkan semua ilmu pengetahuan untuk kepentingan umat manusia. Amin

(Sri Haryani)

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan masalah	7
1.3. Pertanyaan Penelitian	7
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja	
2.1.1. Definisi Keselamatan Kerja	11
2.1.2. Konsep Keselamatan dan Kesehatan Kerja	14
2.2. Budaya Organisasi	
2.2.1. Definisi Budaya Organisasi	16
2.2.2. Tatanan Budaya Organisasi	18
	iii

2.2.3. Karakteristik budaya organisasi	17
2.2.4. Fungsi dan Peran Budaya Organisasi	18
2.2.5. Faktor-faktor yan mempengaruhi budaya organisasi	19
2.2.6. Hubungan budaya organisasi dan iklim organisasi	19
2.3. Budaya Keselamatan	
2.3.1. Definisi Budaya K3	25
2.3.2. Budaya Keselamatan menurut Dominic Cooper	29
2.4. Metode Pengukuran Budaya K3	30
2.5. Penilaian Budaya K3.....	31
2.6. Profil budaya K3	32
2.7. <i>Safety Climate</i> dan <i>Safety Culture</i>	34
2.8. Pendekatan untuk menilai <i>safety climate</i>	36
2.9. Ukuran dan Indikator <i>Safety climate</i>	
2.9.1. Ukuran <i>Safety Climate</i>	38
2.9.2. Indikator-indikator <i>Safety Climate</i>	39
2.10. Pengukuran <i>safetu climate</i> di sarana kesehatan	47
BAB III. KERANGKA KONSEP	
3.1. Kerangka Teori	50
3.2. Kerangka Konsep.....	52
3.3. Definisi Operasional.....	53
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN	
4.1. Disain Penelitian	58
4.2. Waktu dan lokasi Penelitian.....	58
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	58
4.4. Pengumpulan Data	
4.1. Data Primer.....	59
4.2. Data Skunder.....	60

4.5. Cara Pengukuran	61
4.6. Pengolahan dan Penyajian Data	59
4.6.1. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	61
4.6.2. Analisa data	61
4.7. Teknik Analisis dan Penyajian data.....	62
BAB V. GAMBARAN UMUM	
5.1. Gambaran Umum RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung.....	63
5.2. Instalasi Gawat Darurat di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung	64
BAB VI. HASIL PENELITIAN	
6.1. Karakteristik Responden	70
6.2. Analisis Profil <i>Safety Climate</i>	71
6.2.1. Persepsi komitmen manajemen, Kebijakan K3 dan pimpinan	72
6.2.2. Persepsi Sistem Informasi K3, Prosedur Keselamatan dan Sistem Pelaporan.....	73
6.2.3. Persepsi Aspek Lingkungan Kerja, Nilai Keselamatan dan Persepsi Bahaya.....	74
6.2.4. Kerjasama /Tanggung Jawab dan Perilaku Selamat	75
BAB VII PEMBAHASAN	
7.1. Analisa Univariat (Karakteristik Responden)	
7.1.1. Jenis Kelamin.....	79
7.1.2. Usia Petugas	79
7.1.3. Profesi Tenaga Kesehatan	80
7.1.4. Lama Bekerja	80
7.1.5. Jumlah Jam kerja	80
7.2. Analisa Variabel –variabel <i>Safety Climate</i>	
7.2.1. Komitmen Manajemen	81

7.2.2. Kebijakan K3	83
7.2.3. Pimpinan	84
7.2.4. Sistem Informasi K3	85
7.2.5. Prosedur Keselamatan	86
7.2.6. Sistem Pelaporan Insiden	87
7.2.7. Lingkungan Kerja	87
7.3. Aspek Person	88
7.4. Aspek Behavior	89
7.5. Analisa Profil <i>Safety Climate</i>	
7.5.1. Profil <i>Safety Climate</i> Tenaga Kesehatan	89
7.5.2. Profil <i>Safety Climate</i> Tenaga Medis	92
7.5.3. Profil <i>Safety Climate</i> Tenaga Paramedis.....	97
BAB VIII . KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1. Kesimpulan	99
8.2. Saran-saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Tabel	Halaman
2.1.	Pendapat tentang Budaya Organisasi dan Iklim Organisasi	23
6.1.	Distribusi Frekuensi Indentitas Tenaga Kesehatan di Gedung Emergency Unit RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Th.2008	70
6.2.	Hasil Persepsi Safety Climates Pada Tenaga Kesehatan di Gedung Emergency Unit RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Th.2008	71
6.3.	Karakteristik dan hasil wawancara dengan Kepala Unit Kerja	76
6.4.	Hasil Chekt List Dokumen	77
6.5.	Hasil Cek Fasilitas Keselamatan dan Kesehatan Kerja	78
6.6.	Hasil Observasi Perilaku Tenaga Kesehatan	78

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Gambar	Halaman
2.1.	<i>Total Safety Culture</i>	25
2.2.	<i>Konsef Safety Culture (Cooper)</i>	26
2.3.	<i>Safety Culture Model (Cooper)</i>	31
2.4.	Intisari dari Model Budaya	36
2.5.	Beberapa perspektif model penilaian Budaya	38
2.6.	Matriks <i>Safety Climate</i>	39
2.7.	Plot radar untuk membandingkan <i>safety climate</i>	50
3.1.	<i>Resiprocal safety culture model</i>	51
3.1	Kerangka Teori	51
3.2.	Kerangka Konsep	52
5.1	Struktur organisasi K3RS di RSHS Bandung	65
6.1.	Grafik <i>Safety Climate</i> pada tenaga kesehatan di Gedung Emergency RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Th.2008	72
6.2.	Grafik Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Komitmen manajemen, Kebijakan K3 dan pimpinan	72
6.3.	Grafik Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap informasi K3, Prosedur Keselamatan dan Sistem Pelaporan	73
6.4.	Grafik Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Lingkungan Kerja, Nilai Keselamatan dan persepsi bahaya	74
6.5.	Grafik Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Kerjasama/Tanggung Jawab dan Perilaku selamat	75
7.1.	Grafik tenaga kesehatan terhadap Komitmen manajemen	81
7.2	Grafik Radar Pada Tenaga Kesehatan	90
7.2.	Grafik Radar Pada Tenaga Medis	93
7.3.	Grafik Radar Pada Tenaga Paramedis	94
7.4.	Grafik Padar Rada Tenaga Penunjang Medis	96

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Kuesioner penelitian : Analisis Profil *Safety Climate* pada tenaga kesehatan di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
2. Panduan Wawancara pada Kepala Unit Kerja
3. Lembar Cek list Dokumen
4. Lembar Cek List Fasilitas
5. Hasil Perhitungan Persepsi *Safety Climate* pada tenaga kesehatan di Gedung *Emergency Unit* RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung.
6. Hasil Perhitungan persentase skor
7. Hasil uji validitas dan uji reliabilitas variabel kuesioner penelitian Hasil Analisis Profil *Safety Climate* pada tenaga kesehatan di Gedung *Emergency Unit* RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008
8. Struktur Organisasi RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
9. *Company Profile* RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008
10. Hasil uji validitas dan uji reliabilitas variabel kuesioner penelitian Hasil Analisis Profil *Safety Climate* pada tenaga kesehatan di Gedung *Emergency Unit* RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008

BAB I.

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit dalam upaya pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik tersendiri. Rumah sakit merupakan bentuk organisasi yang unik dan kompleks, padat modal, karena membutuhkan modal yang besar, padat teknologi karena banyak alat-alat yang canggih ada di rumah sakit, padat karya karena banyak membutuhkan tenaga yang memiliki berbagai keahlian dan ketrampilan.

Rumah Sakit juga sebagai tempat berkumpulnya para penderita dengan berbagai macam penyakit dan sebagian diantaranya merupakan penyakit yang berhubungan dengan kuman pathogen. Dengan kata lain, rumah sakit menjadi tempat penampungan pasien yang mengandung kuman pathogen, dan membuka peluang terjadinya infeksi silang antara pasien dengan petugas kesehatan.

Kelompok tenaga kerja Rumah Sakit mempunyai masalah spesifik yaitu menderita penyakit akibat hubungan kerja yang dapat mengakibatkan kematian, cacat dan menderita sakit dalam jangka waktu lama, yang akan mengakibatkan kehilangan penghasilan baik untuk dirinya maupun untuk keluarganya. Penyebab kecelakaan dan penyakit akibat hubungan kerja antara lain karena kondisi yang tidak aman, kekurangan pengetahuan dan ketrampilan, keletihan dan kelesuan, sikap kerja yang salah (Nawas, 1996)

Menurut WHO, tenaga keperawatan, medik dan laboratorium berisiko terhadap tertular parasit dan penyakit infeksi seperti Hepatitis dan penyakit menular

lain sebagai akibat kerja (WHO,1993) dan menurut Sulaiman dan Julitasari, kelompok yang berisiko tinggi untuk tertular penyakit hepatitis adalah pekerja kesehatan, pedagang makanan, Pekerja sanitasi, penyalah guna obat, mereka yang pergi dari daerah dengan endemisitas rendah ke tinggi, kelompok bayi yang dititipkan serta kumpulan manusia yang berada di instansi kejiwaan (sulaiman dan Julitasari, 1995)

Dokter, dokter gigi, perawat dan petugas laboratorium mempunyai risiko mendapat penyakit infeksi dan parasit seperti virus HIV/AIDS, virus hepatitis, tuberculosis, dan infeksi menular lainnya akibat dari pekerjaannya (WHO, 1993)

Tenaga kesehatan medis banyak berhubungan dengan darah dan cairan tubuh yang berpotensi untuk dapat menularkan virus AIDS (HIV). Penularan HIV dapat terjadi pada petugas melalui jarum suntik bekas pakai, kontak darah dan cairan tubuh lain dari pasien dengan luka pada petugas dan cara lainnya. Mengingat semakin banyaknya insiden kasus HIV/AIDS yang dirawat dirumah sakit, maka kontak petugas medis terhadap HIV/AIDS akan semakin meningkat, begitu juga risiko tertularnya akan semakin tinggi. Di Amerika serikat sampai tahun 1990 diketahui bahwa sebanyak 27 orang tenaga medis tertular HIV/AIDS yang berhubungan dengan pekerjaannya (Heman , 1990)

Petugas Pelayanan Kesehatan termasuk staf penunjang (misalnya petugas rumah tangga, peralatan, laundry dan laboratorium), yang bekerja di Rumah Sakit berisiko terpapar pada infeksi yang secara potensial membahayakan kesehatan. Misalnya di Amerika Serikat lebih dari 800.000 luka karena luka tertusuk jarum suntik terjadi setiap tahun walaupun telah dilakukan pendidikan berkelanjutan dan upaya pencegahan kecelakaan tersebut (Rogers, 1977), termasuk :

- Mengurangi suntikan yang tidak perlu dan tidak aman
- Melatih semua staf untuk segera membuang jarum suntik dan semprit kedalam kontainer tanpa menutup penutup jarum karena tindakan ini menyebabkan sepertiga dari penyebab perlukaan jarum suntik (Jagger, dkk)
- Sedapat-dapatnya meletakkan kontainer barang-barang tajam dalam jangkauan tangan ; dan
- Meningkatkan pemakaian sistem suntikan *needleless* dan *shielded syringer*

WHO (2003) melaporkan angka epidemic terkini AIDS dalam tahun 2003 adalah 5 juta penduduk dunia terkena infeksi HIV dan 3 juta lainnya meninggal karena AIDS. Sejauh ini tercatat sekitar 75 kejadian tertusuk jarum di Rumah Sakit baik yang dialami oleh perawat, petugas laboratorium, dokter maupun petugas kebersihan. Resiko tertusuk jarum menurut statistic 3 dari 1000. Jadi sebenarnya resiko kecil namun tentu semua pihak harus berhati-hati agar tidak terjadi kecelakaan.

Penelitian di Amerika menunjukkan bahwa risiko penyakit setelah terpajan HBC dari luka tusuk jarum satu kali berkisar antara 27 – 37%, sedangkan risiko setelah pemaparan 1 kali tusuk jarum untuk HIV lebih rendah yaitu 0,2 – 0,4% (Gerbeding, 1990, Gershan, dkk 1995), 3 – 10 % untuk HCV (Canphenn,94)

Juni 1997, CDC melaporkan 52 kasus petugas kesehatan tertular HIV akibat kecelakaan kerja, 114 orang diduga tertinveksi, 52 orang terpajan darah, 3 orang terpajan langsung dengan virus di laboratorium, 1 orang tidak jelas, 50 orang melalui luka tusuk, 5 orang terpajan percikan darah/cairan tubuh yang tercemar melalui selaput lendir dan satu orang terpajan melalui tusukan maupun percikan.

Angka kejadian penyakit yang ditularkan melalui darah (*blood-borne diseases*), seperti Hepatitis Virus B, C dan *HIV* akhir-akhir ini cenderung meningkat terutama di negara-negara berkembang. Pada fase awal, penyakit-penyakit tersebut umumnya tidak menunjukkan gejala yang spesifik dan tidak mudah dideteksi. Ketika para pengidap penyakit tersebut datang kerumah sakit untuk berobat atau mendapat perawatan, maka petugas kesehatan merupakan kelompok yang sangat berisiko untuk mendapatkan penularan penyakit-penyakit tersebut.

Berdasarkan Hasil Survey Komite Mutu-K3RS RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung pada bulan September 2006 menemukan bahwa dari 400 tenaga kesehatan di RSUP.dr. Hasan Sadikin Bandung diambil secara proposional melaporkan pernah mengalami kejadian kecelakaan tertusuk jarum sebanyak 54,6 %, terpeleset sebanyak 14%, tergilas roda brankard 9 %, tergilas tabung oksigen sebanyak 7%, terjatuh 5%, tersengat listrik 4% dan kecelakaan lain-lain seperti terjepit, terkena pecahan ampul, kena percikan api sebanyak 6,4% (Komite Mutu-K3RS RSHS, 2006). Poli pegawai Tahun 2007 melaporkan bahwa dua orang petugas IGD menderita Tuberculosis yang diduga karena Penyakit Akibar Kerja. Perawat banyak yang berobat karena Low Back Pain. Laporan penelitian Komite Mutu-K3RS tahun 2007 pada tenaga kesehatan di bagian kebidanan memperlihatkan bahwa : dari 377 petugas kesehatan yang menjadi responden penelitian pernah mengalami kejadian kecelakaan karena tertusuk jarum sebanyak 59,8% dan 48% terkena terpapar cairan tubuh pasien. Tingkat pengetahuan petugas mencapai 71,8%. Dilihat dari sikap yang cenderung positif mencapai 338 orang (89,7%) dan yang cenderung negatif (tidak patuh) sebanyak 39 orang (10,3%).

Banyaknya penelitian yang dilakukan mengenai kecelakaan, telah merubah paradigma para profesional mengenai faktor penyebab kecelakaan. Faktor teknis sebagai penyebab terbesar dari kecelakaan berubah menjadi faktor manusia sebagai faktor penyebab utama dalam timbulnya kecelakaan. Para ahli bidang keselamatan memperkirakan bahwa 80 – 90% kecelakaan yang terjadi diberbagai industri disebabkan oleh faktor manusia (*human factor*). (nuclerasafetyculture. freeyellow.com/Nsafetycultur-pdf).

Kecelakaan kerja di Rumah sakit yang berakibat pada petugas rumah sakit ataupun pasien dapat dicegah dengan menerapkan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Salah satu sasaran program K3 adalah perhatian pada faktor manusia (petugas, pasien, penunggu maupun pengunjung rumah sakit), selain dari pihak manajemen maupun dari peralatan, design dan tehniknya. Program pengembangan SDM sebagai salah satu program K3 dapat diterapkan dengan melakukan pelatihan, kampanye K3, penyuluhan, dll. Termasuk didalamnya adalah pengembangan budaya K3 "*safety culture dan safety climate*" Pengembangan dapat dilakukan dengan mengetahui profil *safety culture dan safety climate* pada rumah sakit. Berdasarkan penilaian tersebut baru dapat dikembangkan kegiatan-kegiatan K3 yang bervariasi terhadap *safety climate* agar mendapatkan hasil yang lebih baik selain dilakukan pengawasan serta pengembangannya. Untuk itu perlu diketahui gambaran profil terhadap *safety climate*.

Menurut Cooper, terdapat 3 aspek yang saling mempengaruhi didalam budaya keselamatan yaitu aspek psikologi, aspek perilaku dan aspek situasi. Aspek psikologi dalam budaya keselamatan digambarkan sebagai *safety climate*, aspek ini merupakan aspek mendasar yang mempengaruhi kedua aspek lainnya.

Didalam aspek psikologi tersebut terkandung nilai-nilai kepercayaan maupun persepsi yang dimiliki oleh individu maupun kelompok dalam suatu perusahaan sehingga akan terbentuk suatu perilaku maupun suatu sistem yang mengatur sebuah organisasi.

Umumnya pengembangan budaya keselamatan kerja yang sesuai dalam bidang industri difokuskan pada empat area yaitu :

1. Sifat dari *culture* dan *safety climate* yang merupakan konsep utama dan karakteristik pendukung
2. Potensi penilaian *safety climate* untuk mengembangkan keselamatan dan kesehatan kerja berkelanjutan
3. Perkembangan dari indikator dan alat ukur *safety climate* yang sesuai : dan
4. Aplikasi metodologi –metodologi dalam melakukan penilaian / pengukuran *safety climate* (pada industri spesifik) misalnya : dalam *benchmarking* dan pengawasan

Penilaian terhadap *safety climate* sangat penting dilakukan oleh setiap perusahaan. *Safety climate* sangat erat hubungannya dengan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja karena *safety climate* merupakan bagian dari budaya keselamatan kerja (*safety culture*), dimana budaya keselamatan merupakan bagian dari budaya organisasi . Beberapa indikator yang digunakan dalam penilaian *safety climate* merupakan langkah yang ada pada penerapan SMK3 dan kriteria audit K3. Indikator untuk menilai *safety climate* berkaitan dengan perilaku pekerja yang meliputi persepsi, sikap dan keyakinan pekerja terhadap aspek-aspek keselamatan. *Safety culture* (budaya keselamatan)

diartikan sebagai nilai dan keyakinan yang dapat memberikan karakter tentang keselamatan kerja pada perusahaan.

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas, maka peneliti mencoba mengangkat salah satu industri jasa pelayanan kesehatan yaitu RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung khususnya di Instalasi Gawat Darurat. Pada bagian Instalasi Gawat Darurat ini akan dilakukan analisis terhadap *safety climate* pada tenaga kesehatan dengan pertimbangan bahwa Instalasi Gawat Darurat sebagai salah satu tempat pelayanan kesehatan di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung telah berhasil mengikuti pelaksanaan penilaian Akreditasi tahap ke 4 yaitu tanggal 14 s/d 17 Juli 2008. Selain itu, Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu pintu gerbang pelayanan pasien di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung membutuhkan tenaga kesehatan yang sehat, lingkungan yang aman dan nyaman sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal.

1.2. Perumusan masalah

Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti mencoba menganalisis masalah keselamatan dan kesehatan kerja yang berhubungan dengan keselamatan petugas dengan cara menganalisis profil *safety climate* pada tenaga kesehatan meliputi tenaga medis, paramedis dan penunjang medis di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Diharapkan dari analisis *safety climate* di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung dapat dimanfaatkan sebagai salah satu alat untuk memperbaiki dan meningkatkan standar mutu pelayanan medik maupun pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana profil *safety climate* pada profesi kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui profil *safety climate* pada profesi kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik responden pada tiap-tiap profesi kesehatan yang ada di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
- b. Untuk mengetahui profil *safety climate* pada tenaga medis di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
- c. Untuk mengetahui profil *safety climate* pada tenaga paramedis (perawat dan bidan) di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
- d. Untuk mengetahui profil *safety climate* pada penunjang medis (Analis, radiografer, apoteker, pekarya kesehatan, administrasi) di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

- Dapat mengetahui secara detail mengenai *safety climate* pada tenaga kesehatan (tenaga medis, paramedis perawatan dan tenaga penunjang medis) di lingkungan rumah sakit

- Sebagai pengalaman secara ilmiah yang berharga dalam keilmuan Keselamatan dan Kesehatan Kerja khususnya dalam ilmu K3 Rumah Sakit sehingga dapat diterapkan baik di tempat kerja maupun masyarakat luas.
- Dapat memperdalam pemahaman tehnik pengukuran profil budaya K3 di Rumah sakit dan aspek-aspek didalamnya termasuk *safety climate*

1.4.2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit dalam membantu:

1. Menetapkan kebijakan dan strategi intervensi untuk mengembangkan budaya keselamatan yang kuat di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung .
2. Dapat membantu pihak manajemen RSHS dalam menyusun dan menentukan prioritas program Keselamatan dan Kesehatan Kerja dalam upaya mencegah kejadian kecelakaan kerja pada petugas ataupun kejadian yang tidak diharapkan pada pasien

1.4.3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi bagi peneliti lain dalam bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja, khususnya dalam bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin pada bulan Juni 2008 melalui pengumpulan data primer dan skunder. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui gambaran *safety climate* tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung, karena diketahui *safety climate* merupakan salah satu aspek dalam budaya keselamatan memegang peranan penting dalam pencegahan terjadinya kecelakaan

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode wawancara, observasi dan penyebaran kuesioner pada petugas kesehatan di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung. Data primer dilakukan dengan cara survey langsung pada tenaga medis (dokter dan residen), paramedis (perawat dan bidan) dan tenaga penunjang medis seperti analis, radiografer, petugas obat dan petugas pendukung lainnya seperti petugas administrasi di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

2.1.1. Definisi Keselamatan Kerja

Keselamatan adalah suatu kondisi yang bebas dari risiko kecelakaan. Keselamatan Kerja adalah suatu kondisi yang bebas dari risiko kerusakan atau dengan risiko yang relatif sangat kecil dibawah tingkat tertentu (P.J. Simanjuntak, 1994). Menurut LaDou, keselamatan kerja pada prinsipnya menitikberatkan pada ada atau tidak adanya kesalahan pada sistem (*system failure*) dan kesalahan pada manusia (*human error*), dengan memperhatikan antara lain hal-hal sebagai berikut : (LaDou, 1994)

1. Seberapa sering inspeksi keselamatan dilaksanakan dan oleh siapa?
2. Bagaimana Hazard dapat teridentifikasi?
3. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kondisi tidak aman (*unsafe conditions*)?
4. Pendekatan apa yang harus dilakukan terhadap pekerja yang berisiko untuk terjadi kecelakaan?
5. Bagaimana sebaiknya pekerja baru diberikan pelatihan-pelatihan yang berhubungan dengan keselamatan dalam bekerja?

Dalam *Intercollegiate Dictionary*, Keselamatan mempunyai pengertian bebas interaksi antara manusia-mesin-media yang berakibat pada kerusakan sistem, degradasi dari misi sukses, hilangnya jam kerja, atau luka pada

pekerja. Sedangkan gagalnya upaya keselamatan umumnya disebabkan oleh hubungan sistem kerja antara manusia , alat, bahan , komponen lingkungan yang menghasilkan masalah besar sebagai akibat dari kurang bagusnya pengawasan di Industri. (Frank F.Bird, 1983).

Keselamatan kerja sebagai sarana utama untuk pencegahan kecelakaan, cacat dan kematian mencakup pencegahan kecelakaan dan perlindungan terhadap tenaga kerja dan kemungkinan terjadinya kecelakaan sebagai akibat kondisi kerja yang tidak aman dan tidak sehat (B. Soewartoyo, 1990)

ILO/WHO mendefinisikan keselamatan kerja sebagai promosi dan pemeliharaan terhadap faktor fisik, mental dan sosial pada semua pekerja yang terdapat disemua tempat kerja, mencegah gangguan kesehatan yang disebabkan kondisi kerja, melindungi pekerja dan semua orang dari hasil risiko dan faktor yang dapat mengganggu kesehatan, menempatkan dan menjaga pekerja pada lingkungan kerja yang dapat beradaptasi terhadap fisiologi dan psikologi dan dapat menyesuaikan antara pekerjaan dengan manusia dan manusia lain sesuai dengan jenis pekerjaannya..

Dalam resolusinya ILO menyatakan bahwa terdapat tiga prinsip dasar mengenai keselamatan dan kesehatan kerja, yaitu :

1. Pekerjaan harus ada pada lingkungan kerja yang aman, sehat dan selamat
2. Kondisi pekerjaan harus sesuai dengan pekerja
3. Pekerjaan haruslah sesuatu yang nyata sebagai prestasi individu, pemenuhan secara pribadi dan untuk pelayanan masyarakat umum.

Menurut *Occupational Safety and Health Administration (OSHA)*, USA yaitu Keselamatan dan Kesehatan Kerja merupakan aplikasi dari prinsip-prinsip keilmuan. Dalam keilmuan dasarnya adalah risiko terhadap keselamatan pada masyarakat umum dan properti, baik yang terdapat pada industri maupun di luar industri. Jadi Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah suatu profesi dari multi disiplin keilmuan yang diambil dari ilmu-ilmu dasarnya, yaitu fisika, kimia, biologi dan ilmu perilaku dengan aplikasi pada manufaktur, transportasi, gudang dan penanganan bahan berbahaya dan pada aktivitas domestik maupun aktivitas pada tempat-tempat rekreasi.

Keselamatan Kerja mempunyai tujuan sebagai berikut :

1. Mengamankan suatu sistem kegiatan atau pekerjaan mulai dari *input*, proses maupun *output* . Kegiatan yang dimaksud dapat berupa kegiatan produksi didalam industri maupun diluar industri.
2. Menerapkan program *safety* untuk meningkatkan kesejahteraan
3. Menghilangkan atau mengurangi risiko terjadinya kecelakaan dan penyakit yang timbul akibat pekerjaan
4. Menciptakan efisiensi dan menekan biaya
5. Dengan program K3, maka dapat meningkatkan jumlah konsumen dan omset penjualan , serta meningkatkan jaminan perlindungan bagi pekerja.

Dalam rangka mencapai tujuan tersebut diatas,maka perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Karakteristik pekerjaan atau kegiatan yang terdiri dari jenis , ruang lingkup, lamanya kegiatan dilaksanakan, maupun level kegiatan.
2. Pengorganisasian dan manajemen pekerjaan

3. Bahan dan alat yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan
4. Karakteristik manusia yang melaksanakan kegiatan

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas, didapat kesimpulan bahwa keselamatan kerja merupakan faktor pencegahan kecelakaan yang harus diterapkan pada sistem kerja secara keseluruhan baik dari faktor bahan, lingkungan, tenaga kerja dan peralatan yang berperan dalam proses suatu industri mulai dari *input*, proses hingga *output*.

2.1.2. Konsep Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Keselamatan dan Kesehatan Kerja merupakan upaya mengendalikan risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif.

Sasaran utama dari keselamatan dan kesehatan kerja adalah pekerja, yaitu melalui upaya pencegahan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Dengan memberikan perlindungan atas keselamatan pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya, diharapkan pekerja dapat bekerja dengan aman, sehat dan produktif.

Menurut Undang-undang No 1 Tahun 1970 disebutkan bahwa keselamatan kerja merupakan suatu upaya memberikan perlindungan kepada pekerja dari hal-hal yang dapat mencelakakan pekerja yang berasal dari :

1. Mesin-mesin, pesawat, alat kerja dan bahan-bahan serta energi
2. Lingkungan kerja
3. Sifat pekerjaan
4. Cara kerja

5. Proses produksi

Berdasarkan Undang-undang tersebut, maka pengertian keselamatan kesehatan kerja adalah :

- a. Secara filosofi, didefinisikan sebagai upaya dan pemikiran dalam menjamin keutuhan dan kesempurnaan jasmani ataupun rohaniah manusia pada umumnya dan tenaga kerja pada khususnya serta hasil karya dan budaya dalam rangka menuju masyarakat adil dan makmur
- b. Secara keilmuan, keselamatan dan Kesehatan Kerja didefinisikan sebagai ilmu dan penerapan teknologi pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (PAK)

Terdapat beberapa aspek yang menjadi dasar terhadap penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja yaitu :

1. Aspek filosofi, dimana Hak Asasi Manusia (HAM) merupakan dasar pemikiran pentingnya Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Manusia memiliki hak yang sama untuk hidup, demikian juga dengan keselamatan dan kesehatannya
2. Aspek legal, dimana Keselamatan dan Kesehatan Kerja tidak dapat diterapkan secara nyata tanpa adanya aturan-aturan yang dipakai, untuk itulah muncul undang-undang yang mengatur tentang keselamatan dan Kesehatan Kerja, peraturan-peraturan yang setingkat Menteri hingga peraturan daerah maupun peraturan-peraturan di tingkat perusahaan atau tempat kerja mengenai keselamatan dan kesehatan kerja. Ditingkat Internasional pun muncul konvensi-konvensi yang mengatur mengenai keselamatan dan Kesehatan Kerja sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan

teknologi baik yang dikeluarkan oleh organisasi dunia seperti ILO, WHO maupun tingkat regional

3. Aspek ekonomis, bahwa dengan menerapkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja, maka tingkat kecelakaan akan menurun sehingga kompensasi terhadap kecelakaan juga menurun. Selain itu dengan meningkatkan produktivitas kerja sehingga dapat meningkatkan hasil produksi.

2.2. Budaya Organisasi (*organizational culture*)

2.2.1. Definisi Budaya organisasi

Schermeshorn John R,dkk (1994) dalam bukunya "*Managing organizational Behavior*" mendefinisikan budaya organisasi adalah system yang merupakan bagian dari keyakinan dan nilai pada pengembangan organisasi atau sub unitnya yang menjadi panduan perilaku yang akan diikuti.

Pascale dan Athas (1981) berpendapat bahwa budaya organisasi atau perusahaan adalah serangkaian filosofi yang menjadi petunjuk bagaimana organisasi membuat kebijakan dalam menghadapi pekerja dan pelanggaran.

Menurut Miller (dalam Johannes Basuki, 1997), Budaya organisasi adalah nilai dan semangat yang mendasar dalam cara mengelola serta mengorganisasinya. Nilai-nilai itu berupa keyakinan yang dipegang teguh dan kadang-kadang tidak terungkap. Nilai-nilai dan semangat ini akan mendasari sifat organisasi dalam usaha menjawab tantangan.

Budaya organisasi adalah suatu persepsi bersama yang dianut oleh anggota-anggota organisasi/perusahaan, suatu system dari makna bersama (Perilaku Organisasi, Stephen P.Robbins, Jilid 2, 1998). Budaya organisasi

mengacu kesuatu system makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota yang membedakan organisasi /perusahaan itu dari organisasi-organisasi / perusahaan yang lain.

Stephen Robin (2003) mengemukakan bahwa budaya organisasi terbentuk melalui variabel tingkat individual atau variabel individu terdiri dari persepsi, pengambil keputusan pribadi, pembelajaran dan motivasi. Variabel individu akan mempengaruhi variabel tingkat kelompok dan variabel tingkat kelompok akan mempengaruhi variabel tingkat organisasi. Variabel tingkat organisasi akan mencakup budaya organisasi, struktur dan desain organisasi.

Secara umum konsep Budaya Organisasi dapat digambarkan sebagai sebuah teori (beberapa mengatakan sebagai paradigma) tentang sebuah sistem *shared value*, gagasan-gagasan yang mengarahkan perilaku didalam sebuah organisasi sesuai dengan tujuan-tujuan. Selain sendiri mengembangkan *shared value* dan gagasan tersebut meliputi *the nature of realitiy, truth time, human nature, human activity* dan *human realation* (Tracey, 2000 : hal 28).

Edgar Schein mengemukakan bahwa budaya organisasi memiliki pengaruh pada strategi organisasi, bahwa budaya organisasi juga mempengaruhi pola perilaku kelompok, pola bagaimana penyelesaian konflik dalam suatu kelompok dijalankan, pola komunikasi organisasi, maupun produktivitas organisasi. Dengan kata lain budaya organisasi mempengaruhi efektifitas organisasi.

2.2.2. Tataran Budaya Organisasi

Ahli psikologi organisasi *Edgar Schein* mengemukakan suatu model tentang budaya di organisasi. Menurutnya budaya tampil dalam gejala yang bisa diamati secara jelas, sampai pada gejala yang tidak terucapkan dan tidak dapat diamati. Hal yang dapat langsung teramati disebut sebagai artifak dan perilaku. Sedangkan yang tidak teramati tapi dapat diketahui dan dijabarkan adalah tata nilai, dan yang terakhir adalah asumsi dasar.

1. Tingkatan pertama, yaitu artifak dan perilaku

Merupakan suatu yang mudah terlihat, didengar dan langsung dapat dirasakan bilamana memperhatikan suatu organisasi atau perusahaan. Artifak yang paling jelas yaitu rancang bangun suatu organisasi, sedangkan perilaku mencerminkan budaya kerja.

Budaya kerja adalah sikap dan perilaku pekerja dalam melaksanakan tugas sehari-hari untuk menunjang keberhasilan usaha. Sikap dan perilaku ini digali dari asumsi-asumsi, nilai-nilai, dan norma-norma yang selama ini merupakan pedoman dalam mencapai keberhasilan. Sikap dan perilaku tersebut antara lain meliputi :

- a) Sikap dan perilaku terhadap tugas dan pekerjaan
- b) Sikap dan perilaku terhadap hubungan dengan atasan
- c) Sikap dan perilaku terhadap hubungan dengan bawahan
- d) Sikap dan perilaku terhadap hubungan dengan rekan sekerja
- e) Sikap dan perilaku terhadap dengan konsumen atau pihak luar

2. Tingkatan kedua yaitu tata nilai

Tata nilai adalah nilai-nilai yang diadopsi atau didukung oleh seseorang maupun organisasi itu sendiri. Tingkatan ini tidak dapat dilihat namun terungkap melalui pola-pola perilaku. Nilai-nilai yang diadopsi atau yang didukung oleh seseorang atau suatu perusahaan sering dinyatakan secara lisan maupun tulisan.

3. Tingkatan ketiga yaitu asumsi dasar

Asumsi dasar merupakan aspek terdalam dalam suatu budaya yang merupakan keyakinan-keyakinan yang sangat fundamental atau mengukir dalam diri seseorang atau sekelompok orang tanpa disadari

2.2.3. Karakteristik Budaya Organisasi

Karakteristik dan budaya organisasi terdiri dari tujuh hal yaitu :

1. Inovasi dan pengambilan risiko, sejauh mana karyawan didorong untuk inovatif dan mengambil risiko
2. Perhatian ke rincian, sejauh mana para karyawan diharapkan memperhatikan presisi (kecermatan), analisis dan perhatian kepada rincian
3. Orientasi hasil, sejauh mana manajemen lebih fokus pada hasil bukannya pada tehnik dan proses yang digunakan untuk mencapai hasil
4. Orientasi orang, sejauh mana keputusan manajemen memperhitungkan efek hasil pada orang-orang didalam organisasi
5. Organisasi kelompok, sejauh mana kegiatan kerja diorganisasikan sekitar kelompok-kelompok bukannya individu-individu

6. Keagresifan, sejauh mana orang-orang agresif dan kompetitif bukannya santai-santai
7. Kemantapan, sejauh mana kegiatan organisasi menekankan dipertahankannya status quo sebagai kontras dari pertumbuhan.

2.2.4. Fungsi dan Peran Budaya Organisasi

Fungsi budaya organisasi yaitu :

1. Berperan menetapkan tapal batas, dalam hal ini budaya menciptakan perbedaan yang jelas antara satu organisasi dengan organisasi yang lain
2. Memberikan rasa identitas ke anggota-anggota organisasi
3. Mempermudah timbulnya komitmen pada sistem yang lebih luas daripada kepentingan pribadi
4. Meningkatkan kemantapan sistem sosial. Budaya merupakan perekat sosial yang mempersatukan organisasi tersebut dengan memberikan standar-standar yang tepat mengenai apa yang harus dikatakan dan dilakukan oleh karyawan
5. Sebagai mekanisme pembuat makna dan mekanisme pengendali yang memandu dan membentuk sikap serta perilaku para karyawan

2.2.5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Budaya Organisasi

Budaya organisasi dapat berubah karena dalam kenyataannya terdapat organisasi yang mengalami perubahan budaya yang besar atau drastis, waktunya proses perubahan yang harus dilalui bukanlah proses yang cepat dan mudah.

Terdapat beberapa kondisi yang umumnya menimbulkan kebutuhan akan perubahan budaya pada organisasi adalah :

1. Adanya perubahan mendasar dalam visi dan misi organisasi
2. Adanya deregulasi dan kompetisi yang sangat kuat
3. Adanya perubahan teknologi yang sangat besar
4. Adanya perubahan pasar yang besar
5. Adanya perubahan besar di lingkungan sosial
6. Pertumbuhan organisasi yang pesat, ditandai dengan adanya organisasi domestik yang ekspansi ke luar negeri

2.2.6. Hubungan antara Budaya Organisasi dan Iklim Organisasi

Konsep budaya organisasi dan iklim organisasi secara umum membicarakan fenomena yang sama. Kepentingan untuk membicarakan kedua konsep dan hubungannya satu dengan yang lain terutama dalam konteks sebuah konstruksi.

Menurut Denison (1990) yang mengutip pendapat Evan (1968), bahwa iklim organisasi adalah suatu fenomena konkret yang merefleksikan suatu realitas psikologi sosial, yang dialami bersama oleh orang-orang dalam organisasi dan memberi dampaknya kepada perilaku organisasi.

Ekval mengatakan bahwa konsep iklim organisasi lebih memfokuskan diri kepada keyakinan atau nilai-nilai tentang orang, pekerja dan organisasi (Guldenmund, 2000: 220). Hubungan kerja antara manajemen terhadap pekerja dan sebaliknya bukan menjadi fokus kajian dari iklim organisasi dan budaya organisasi karena sudah diatur secara formalistik dalam prosedur dan hirarki.

Cara lain untuk membedakan antara budaya organisasi dengan iklim organisasi adalah dengan menilai pendekatan atau metodologi yang digunakannya

seperti yang telah dibahas sebelumnya. Pendekatan kuantitatif dianggap cenderung untuk digunakan untuk mendeteksi faktor-faktor iklim karena hanya dapat mendeteksi faktor-faktor yang berkaitan dengan psikologi sosial, sementara pendekatan kuantitatif lebih cocok untuk konsep budaya karena memfokuskan diri pada proses dinamik didalam organisasi (Flin, et al, 2000).

Dari berbagai penelitian tentang konsep-konsep Budaya dan iklim Organisasi, Guldenmund menyimpulkan bahwa terjadi perluasan makna dari iklim organisasi. Ia mengatakan bahwa pada awalnya, iklim organisasi memang merujuk kepada faktor-faktor atau dimensi yang global, memfokuskan kepada kejadian-kejadian atau proses-proses yang saling terkait didalam organisasi namun posisi ini kemudian digantikan oleh konsep budaya yang mengembangkan unsur *shared value, beliefs dan behavior*. Semenjak itu konsep iklim organisasi hanya terfokus pada aspek-aspek psikologis dari organisasi dan individu yang biasanya dilakukan melalui survey.

Dalam penelitian tentang konsep-konsep seperti yang dapat dilihat pada Tabel 2.1, Guldenmund menyimpulkan bahwa terjadi perluasan makna dari iklim organisasi. Ia mengatakan bahwa pada awalnya, iklim organisasi memang merujuk kepada factor-faktor atau dimensi yang global, memfokuskan kepada kejadian-kejadian atau proses-proses yang saling terkait didalam organisasi namun posisi ini kemudian digantikan oleh konsep budaya yang mengembangkan unsure *shared values, beliefs dan behavior*. Semenjak itu konsep iklim organisasi hanya terfokus kepada aspek-aspek psikologis dari organisasi dan individu yang biasanya dilakukan melalui survey.

Tabel 2.1. adalah ringkasan pendapat yang dibangun oleh Guldenmund dari peneliti-peneliti yang mencoba membedakan antara budaya organisasi dan iklim organisasi.

Tabel 2.1.
Pendapat tentang Budaya Organisasi dan Iklim Organisasi

	Pembeda	Iklim Organisasi	Budaya Organisasi
Ekval	Sistem Sosial Organisasi	Karakteristi-karakteristik umum dari perilaku dan ekspresi-ekspresi perasaan para anggota	Keyakinan atau nilai-nilai tentang orang, pekerja dan organisasi
Glick	Metodologi	Menggunakan pendekatan kuantitatif dan cenderung psikologis	Menggunakan pendekatan kualitatif dan cenderung antropologis
Van Hoewjik		Pandangan-pandangan yang berhubungan , kebiasaan dan lingkungan	Tidak mendefinisikan secara khusus
Hofstode	Struktural	Berkaitan dengan kepuasan kerja dan berhubungan struktur di tingkat bawah (pekerja, operator)	Berkaitan dengan tujuan besar organisasi dan berhubungan dengan struktur (managemen)
De Cock	Kesatuan sejumlah proses	Persepsi para anggota tentang kesatuan sejumlah proses tersebut	Arti atau makna yang mendasari kesatuan proses tersebut
Schela	Keterkaitan diantara keduanya	<i>Climate is culture in the making</i>	Comeys broader on more profound meaning

Peneliti budaya organisasi lain lebih memfokuskan untuk melakukan eksplorasi nilai-nilai yang paling dalam organisasi dan dilakukan dengan cara fenomenologis yaitu dengan melalui pengamatan-pengamatan dari *interview*, melalui *trial* dan *error*, perbandingan dan sebagainya. Beberapa pengukuran biasanya dilakukan secara kualitatif dan kemudian di kuantif.

2.3. Budaya Keselamatan (*Safety Culture*)

Istilah "budaya" mengacu pada nilai dan keyakinan bersama yang terlihat untuk memberi karakter pada suatu perusahaan. Seringkali diwujudkan dalam bentuk kebijakan-kebijakan dan pernyataan-pernyataan mengenai visi perusahaan. Beberapa ahli dalam bidang budaya perusahaan, menjelaskan bagaimana orang memperoleh 'mental program' yang menciptakan pola pikir, perasaan dan tindakan. Pola-pola perilaku ini adalah unit bagi perusahaan dan sering membedakan sekelompok orang dari kelompok orang yang lain.

Budaya keselamatan kerja dapat dipandang sebagai salah satu bagian dari keseluruhan budaya organisasi atau perusahaan. Budaya keselamatan dapat juga diartikan sebagai nilai dan keyakinan bersama yang memberikan karakter bagi keselamatan kerja pada perusahaan.

Terminologi budaya keselamatan muncul pertama kali pada laporan awal *International Atomic Energy Agency (IAEA)* menyusul setelah peristiwa Chernobyl tahun 1986. Sejak itu, penyelidikan kecelakaan-kecelakaan besar seperti kebakaran pada *King'Cross*, *Piper alpha*, dan *Harold of Free Enterprise* menemukan kesalahan pada struktur organisasi dan sistem manajemen keselamatan, dan memuat budaya keselamatan menjadi sorotan. Dimana

kesalahan (*error*) dan pelanggaran (*violation*) pada prosedur operasional berkontribusi terhadap kecelakaan dilihat sebagai lemahnya budaya keselamatan.

Secara praktis, keselamatan adalah suatu bentuk pengendalian terhadap terjadinya kerugian yang tidak diinginkan, baik berupa cedera, sakit, kerusakan maupun kerugian lain. Hal ini termasuk berbagai usaha dan tindakan dalam mencegah terjadinya kecelakaan kerja. Oleh sebab itu, keselamatan kerja dapat pula diartikan sebagai suatu ilmu terapan atau metode yang berguna untuk mengurangi atau menghilangkan Potensi terjadinya suatu kecelakaan ditempat kerja

2.3.1. Definisi dan Budaya Keselamatan

The International Nuclear Safety Authority Group (INSAG) menciptakan istilah ini pada tahun 1986 sehubungan dengan respon terhadap kecelakaan di Chernobyl, bahwa budaya keselamatan didefinisikan sebagai yang mempertemukan karakteristik dan perilaku organisasi dan pada individu yang berkembang sebagai prioritas sampingan, isu keselamatan nuklir menerima perhatian yang dapat terjamin dari signifikannya.

Dari berbagai macam definisi-definisi tentang budaya keselamatan, terdapat beberapa persamaan inti dari budaya keselamatan yaitu :

1. Budaya keselamatan merupakan konsep yang didefinisikan pada suatu tingkat kelompok ataupun lebih tinggi, dimana terdapat persamaan nilai yang dianut oleh seluruh anggotanya.

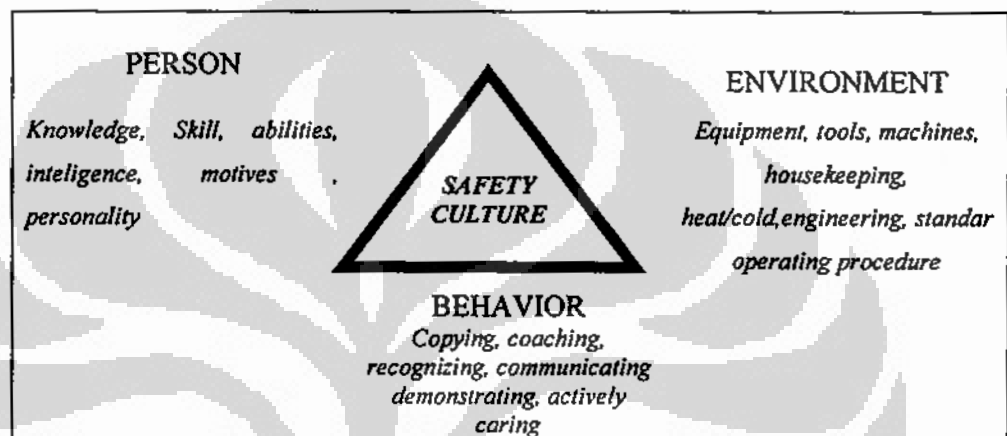
2. Budaya keselamatan memperhatikan masalah-masalah keselamatan yang terdapat pada organisasi dan berkaitan erat namun tidak terbatas pada sistem manajemen dan pengawasan
3. Budaya keselamatan berkembang dari kontribusi seluruh orang pada tiap tingkat organisasi
4. Budaya keselamatan suatu organisasi memiliki pengaruh terhadap perilaku anggota-anggotanya ketika bekerja
5. Budaya keselamatan biasanya merefleksikan kemungkinan antara sistem penghargaan dengan performa keselamatan
6. Budaya keselamatan merefleksikan keinginan organisasi untuk berkembang dan belajar dari kesalahan, insiden dan kecelakaan.
7. Budaya keselamatan relatif abadi, stabil dan tahan terhadap perubahan

(Douglas A. Wiegmann, 2002)

Kesamaan yang mendasar dari definisi-definisi diatas yaitu kesemuanya dapat dikelompokkan kedalam suatu perspektif yang memiliki fokus utama pada aspek keyakinan normatif (*normative belief*) yang dimiliki seseorang atau bagaimana seseorang berpikir dan bertindak dalam hubungannya dengan masalah keselamatan.

Dalam perkembangannya banyak model dan konsep budaya keselamatan yang diajukan oleh para ahli dengan berbagai penerapannya di berbagai bidang dan industri. Salah seorang ahli perilaku psikologi keselamatan, Scoot Geller yang dikenal banyak memberikan kontribusi dalam pengembangan program *Behavior Based Safety (BBS)* mengajukan konsep yang disebut dengan *Total Safety Culture*. Menurutnya budaya keselamatan merupakan hasil interaksi dari tiga komponen yaitu

pribadi (*person*), perilaku (*behavior*) dan lingkungan (*environment*). Tiga faktor tersebut dinamis dan interaktif, dalam arti perubahan pada satu faktor akan berpengaruh pada kedua faktor lainnya.



Gambar 2.1.

Total Safety Culture

Sumber : Scott Geller, *The Psychology of Safety Handbook*, 2001

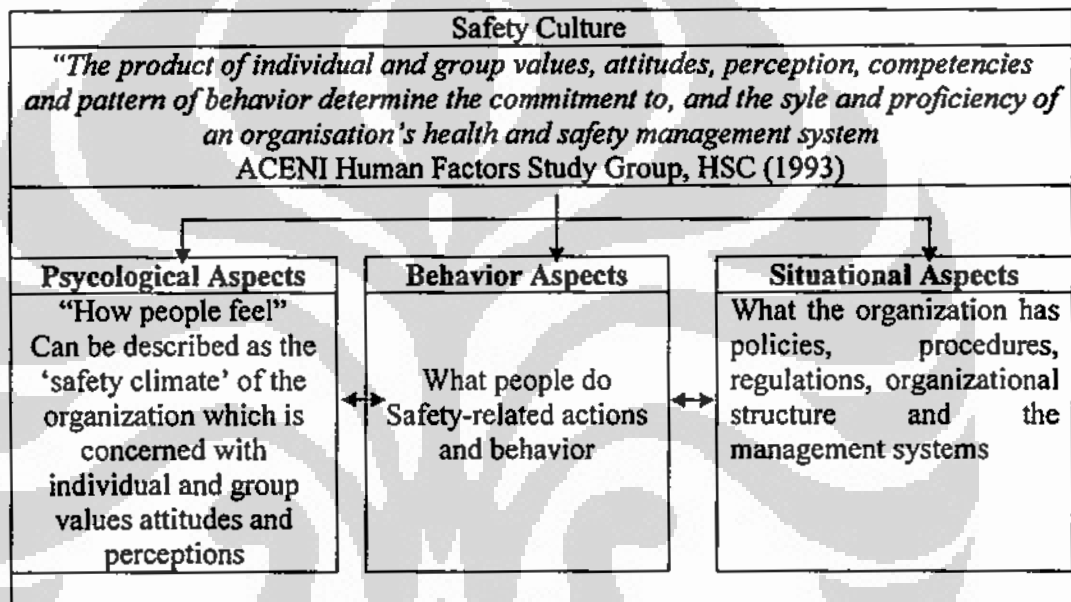
Seorang ahli lain bernama Dominic Cooper mengemukakan bahwa terdapat tiga aspek yang saling mempengaruhi dalam suatu budaya keselamatan , yaitu :

1. Aspek Psikologi

Aspek ini merujuk pada 'how people feel' atau apa yang orang rasakan terhadap system manajemen keselamatan yang ada diperusahaan mereka. N Hal ini meliputi keyakinan, sikap, nilai dan persepsi individu maupun kelompok pada seluruh tingkat organisasi, yang dikenal dengan konsep ' *safety climate* ' suatu organisasi. Aspek ini dapat diukur melalui kuesioner *safety climate* untuk mengungkap sikap serta persepsi lingkungan kerja

2. Aspek Perilaku

Aspek ini fokus kepada '*what people do*' atau apa yang orang lakukan didalam suatu organisasi, dimana termasuk aktivitas, tindakan dan perilaku pekerja yang dilarang, yang berhubungan dengan aspek keselamatan. Aspek ini juga dapat digambarkan sebagai faktor organisasi.



Gambar 2.2.

Konsep *Safety culture* dari Dominic Cooper

Sumber : *Health and Safety Executive, 2005*

3. Aspek Situasi

Aspek ini menggambarkan "*what organization has*" atau apa yang organisasi miliki. Hal ini merefleksikan kebijakan organisasi, prosedur kerja, system manajemen, system pengendalian, system alur komunikasi dan alur kerja. Aspek ini juga dapat menggambarkan factor perusahaan (*corporate factors*).

2.3.2. Budaya Keselamatan menurut Dominic Cooper

Budaya keselamatan adalah sekumpulan norma, sikap, peran dan sosial serta praktek-praktek teknologi yang memperhatikan bagaimana meminimalkan paparan bahaya/kecelakaan terhadap kondisi pekerja, manajer, konsumen dan masyarakat.

Dalam pendekatan sistem, budaya keselamatan total dapat dicapai dengan pendekatan sistem, termasuk perhatian yang berimbang dalam semua aspek tujuan dari Budaya Keselamatan.

Beberapa tujuan terciptanya Budaya Keselamatan menurut Cooper (2002) antara lain:

1. Mengurangi kecelakaan dan cedera
2. Memastikan isu-isu keselamatan mendapatkan perhatian yang tepat
3. memastikan bahwa anggota organisasi memiliki ide dan kepercayaan yang sama tentang kecelakaan dan kesehatan kerja
4. Meningkatkan komitmen seseorang tentang keselamatan
5. Menentukan tipe dan kecakapan dan program keselamatan

Setiap tujuan diatas dapat dilihat sebagai bagian dari pencapaian tujuan yang lebih besar, yaitu menciptakan budaya keselamatan

Elemen-elemen budaya keselamatan menurut Cooper (2002) adalah :

1. *People (Psychological)*, yaitu Aspek Psikologi yang mencakup sikap dan persepi dan faktor psikologi lainnya
2. *Job (Bahavior)* mencakup pekerjaan atau perilaku keselamatan
3. *.Organization (Situasional)*

Deming dalam *Geller* (2001) menekankan bahwa kualitas total hanya dapat diperoleh melalui pendekatan sistem, begitu juga yang berlaku dengan keselamatan. Budaya Keselamatan Total dipengaruhi oleh person/human, behavior dan Environment yaitu :

1. Komponen Manusia/Person : unsur pimpinan dan karyawan termasuk psikososialnya
2. Perilaku : kepatuhan pada prosedur, sikap mau membantu, berkomunikasi, memberi penghargaan dan perhatian
3. Lingkungan : peralatan, perlengkapan, standar, prosedur, sarana, manajemen, sistem manajemen termasuk komitmen pimpinan.

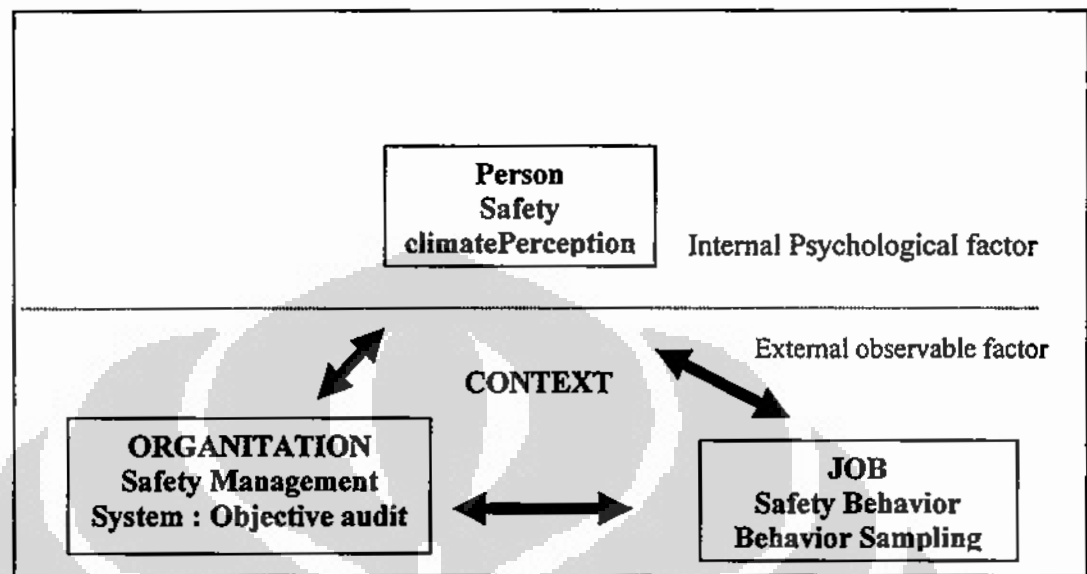
2.4. Metode Pengukuran Budaya K3

Cooper (2003) mengembangkan budaya K3 dengan menggunakan adaptasi dari model perilaku dari Bandura mengenai "*reciprocal determinism*", untuk merefleksikan konsep dari budaya K3 yang memiliki tiga elemen penting yaitu :

- faktor psikologis
- Perilaku K3 saat ini yang terukur
- Hal-hal situasional yang objektif

Ketiga hal tersebut diatas dapat diukur /assestmen dengan metoda pengukuran yang berlainan (Cooper, 2000) yaitu :

- kuesioner iklim kerja, untuk faktor psikologis internal yang subyektif
- Behavior Checklist untuk perilaku K3
- Audit sistem manajemen keselamatan, untuk hal-hal yang objektif



Gambar 2.3 : Safety culture model (Coper , 1997)

Bandura's mengemukakan bahwa elemen pengukuran budaya keselamatan meliputi :

1. Faktor individu : komitmen pribadi, persepsi terhadap risiko, kenyamanan kerja, wewenang, pengetahuan terhadap keselamatan, kepuasan kerja, kemampuan , factor organisasi dna komitmen manajemen
2. Program Kerja : Komunikasi, penerapan sumber daya *safety personil*
3. Faktor karyawan : kebutuhan tempat kerja, SOP, keterlibatan karyawan, lingkungan kerja

2.5. Penilaian Budaya Keselamatan

Teori-teori yang menggambarkan budaya keselamatan, secara garis besar merupakan hasil dari penelitian didalam melakukan penilaian budaya keselamatan. Penilaian terhadap budaya keselamatan seperti yang telah diungkapkan sebelumnya oleh Cooper, dan Geller bahwasanya budaya keselamatan dapat dilakukan dengan

melihat, terhadap persepsi seseorang terhadap keselamatan (aspek psikologis/person), praktik (perilaku/behavior) dan organisasi (lingungan/situasional) terhadap keselamatan dan kesehatan kerja

Gale dan Christie (1987) didalam penelitiannya menemukan suatu penerapan yang dinamakan CAFE OF EVE (Controller Adaptive and Flexible Experimental Office), yang merupakan suatu proyek untuk melakukan investigasi terhadap perilaku seseorang, yang kemudian dipergunakan untuk melakukan investigasi terhadap budaya keselamatan di perusahaan. Jadi menurut penelitian mereka bahwa budaya keselamatan dapat dilihat melalui praktik dengan melihat dari aktifitas manusia (karyawan di perusahaan tersebut)

Warin dan Glendon (1998), melihat bahwa budaya dapat dilihat dari bagaimana organisasi tersebut bekerja, dan bagaimana mereka memberikan tanggapan, dan peneliti berpendapat bahwa suatu budaya dapat dilihat dari organisasi tersebut dalam menanggapi keselamatan, dan berbagai aspek hidupnya organisasi tersebut.

2.6. Profil Budaya K3

Profil budaya K3 merupakan hasil dari pengukuran iklim K3 (*Safety climate measurement*) yang mempunyai beberapa karakteristik yang menjadi pembeda bagi setiap organisasi.

Stephen P. Robbins (1990) mengemukakan sepuluh karakteristik utama yang dapat membedakan pada budaya organisasi, antara lain adalah :

- Inisiatif individu : tingkat tanggung jawab, kebebasan dan independensi yang dimiliki oleh individu

- Toleransi terhadap tindakan berisiko : sejauh mana organisasi tersebut menciptakan dengan jelas sasaran dan harapan mengenai prestasi
- Pengarahan : sejauh mana organisasi tersebut menciptakan dengan jelas sasaran dan harapan mengenai prestasi
- Integrasi : tingkat sejauh mana unit-unit dalam organisasi didorong untuk bekerja dengan cara yang terkoordinasi
- dukungan dari manajemen : Tingkat sejauh mana para manajer atau pimpinan organisasi memberi komunikasi yang jelas, bantuan, serta dukungan terhadap bawahan mereka
- pengawasan : jumlah peraturan dan pengawasan langsung yang digunakan untuk mengawasi dan mengendalikan perilaku organisasi
- identitas : tingkat sejauh mana para anggota organisasi mengidentifikasi dirinya secara keseluruhan dengan organisasinya berimbang dengan kelompok kerja tertentu atau dengan bidang keahlian profesional
- sistem imbalan ; sejauh mana alokasi imbalan (misalnya gaji atau promosi) didasarkan atas kriteria prestasi pegawai sebagai kebaikan dari senioritas, sikap pilih kasih kasih
- toleransi terhadap konflik : tingkat sejauh mana para pegawai didorong mengemukakan konflik dan kritik secara terbuka
- pola-pola komunikasi : tingkat sejauh mana komunikasi organisasi dibatasi konflik dan kritik kewenangan yang format.

2.7. Safety Climate dan safety culture

Istilah " *culture* " mengacu pada " nilai dan keyakinan bersama " yang terlihat serta memberi karakter pada perusahaan. Seringkali diwujudkan dalam kebijakan-kebijakan dan pernyataan-pernyataan tentang visi perusahaan. Beberapa ahli budaya organisasi, menjelaskan bagaimana manusia memperoleh "program mental atau pola pikir " yang menciptakan pola pikir, perasaan dan tindakan. Pola-pola perilaku ini unik bagi perusahaan dan sering membedakan satu kelompok dengan kelompok lainnya

Budaya keselamatan kerja dapat dipandang sebagai bagian dari budaya organisasi dan sejalan dengan hal tersebut, maka *safety climate* dapat digambarkan sebagai " persepsi " dan interpretasi para pekerja tentang sistem manajemen keselamatan kerja, kebijakan K3, dan prosedur K3 (konteks organisasi), serta praktik-praktik K3 di perusahaan (konteks kelompok kerja) yang mendasari perilaku, serta pola pikir mereka tentang pokok-pokok keselamatan kerja (konteks individual).

Safety climate didefinisikan oleh Komite Penasehat Keselamatan Instalasi Nuklir (ACSNI) sebagai hasil dari nilai, sikap dan keyakinan kelompok dari masing-masing orang, kemampuan dan pola tingkah laku yang menetapkan komitmen dan gaya serta kecakapan yang merupakan bagian dari manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di perusahaan.

Istilah *safety culture* dan *safety climate* keduanya digunakan untuk menjelaskan cara-cara dimana setiap anggota perusahaan dapat mengerti secara keseluruhan perihal keselamatan atau keamanan lingkungan kerja mereka. Bagaimapun istilah *safety culture* hadir pada tingkat yang lebih tinggi, sebagian

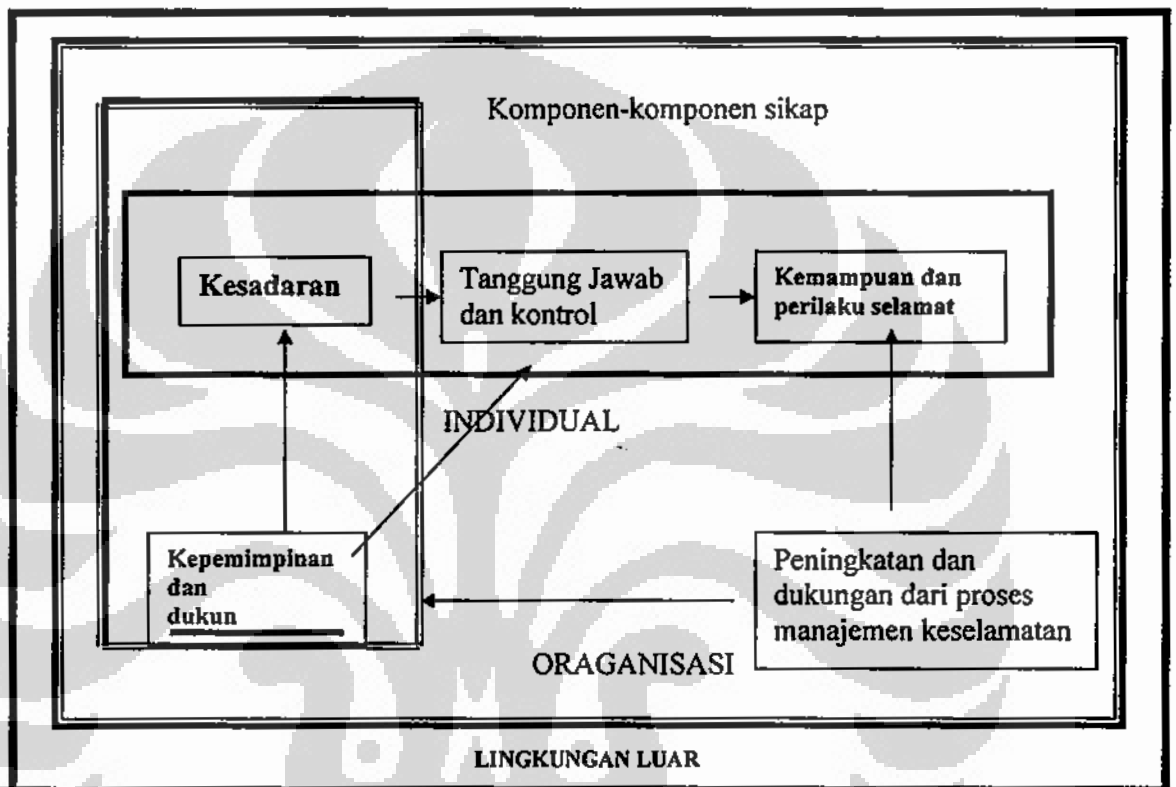
berhubungan dengan kebijakan dan tujuan. Sedangkan *safety climate* di perusahaan ada pada level yang sudah lebih dibatasi misalnya bagaimana orang merasa harus menjelaskan pentingnya keselamatan pada perusahaan pada waktu tertentu, dan bagaimana rencana untuk dapat merefleksikan hal tersebut, dengan demikian *safety climate* dapat memberikan fokus yang nyata untuk menilai beberapa aspek *safety culture* (budaya keselamatan)

Faktanya iklim dalam suatu perusahaan, telah digambarkan sebagai “cara untuk melakukan berbagai hal disekitar kita sekarang” atau persepsi tentang kebijakan, praktek dan prosesur-prosedur. *Safety climate* menggambarkan suatu aspek dari organisasi yang dipengaruhi oleh perilaku manusia, bagaimana pola pikir dan perasaan manusia terhadap isu-isu keselamatan.

Gambar 2.4. menggambarkan intisari dari sebuah sistem berdasarkan model budaya. Gambar tersebut menunjukkan bagaimana setiap individu dapat mengembangkan promosi kepedulian keselamatan dalam satu kelompok. Kepedulian ini dan sub budaya kelompok kerja akan membentuk sikap, keyakinan dan persepsi mengenai tanggung jawab dan kontrol masing-masing individu. Hal ini kan mengarahkan perilaku masing-masing individu, apakah akan diberi sangsi atau dukungan oleh proses manajemen keselamatan.

Pada sebuah budaya yang mendukung kewenangan kelompok, peranan utama proses sistem manajemen keselamatan kerja akan digunakan untuk mendidik dan mendukung kepemimpinan dan kepedulian keselamatan pada level kelompok kerja, sementara pemberian sangsi dilakukan untuk perilaku yang tidak sesuai pada para pekerja. Persamaan diantara kelompok kerja, sikap masing-

masing individu dipengaruhi oleh ” *penghargaan keselamatan*” dan komitmen dari pimpinan puncak dan manajer senior tentang keselamatan.



Gambar 2.4. Intisari dari Model Budaya

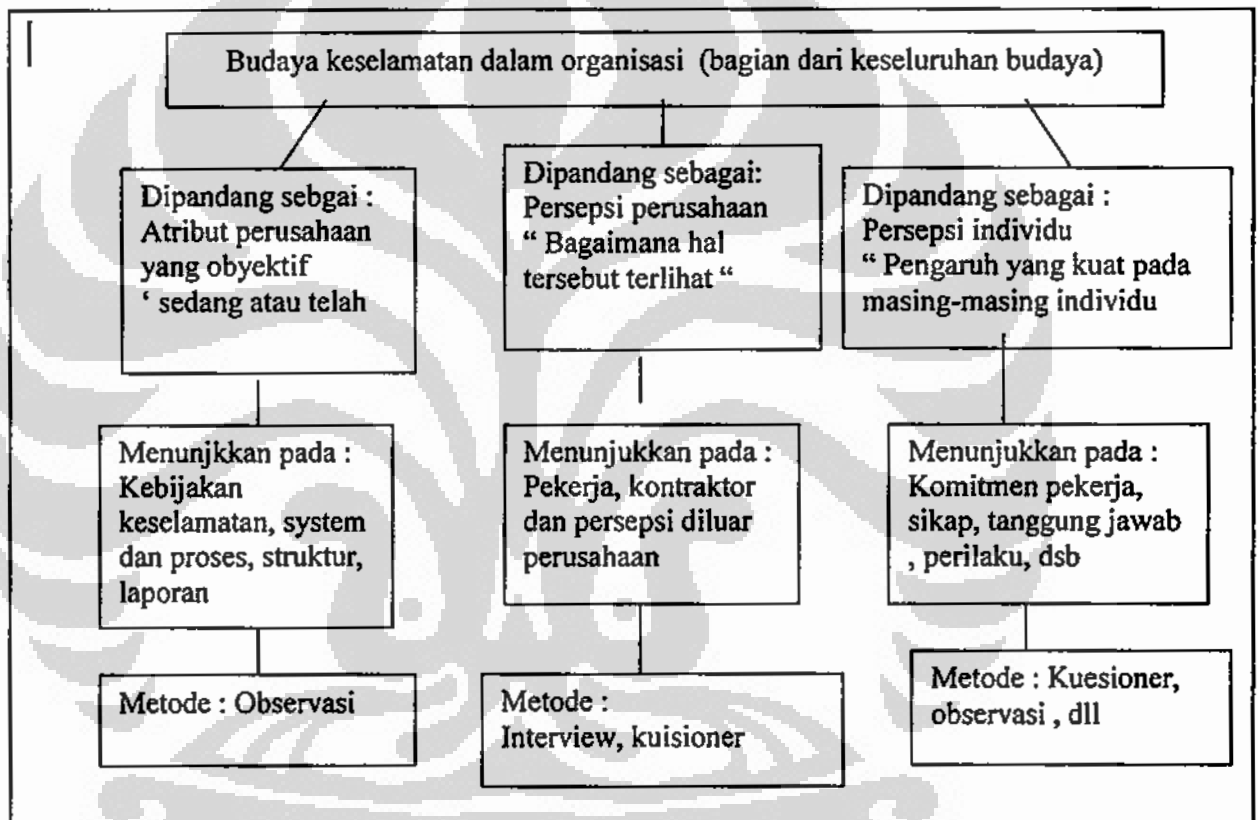
Sumber : Offshore safety Division of the HSE, McNational Gobelico, 2000

2.8. Pendekatan-pendekatan umum untuk menilai *Safety Climate*

Metoda-metoda umum yang dapat digunakan untuk mendapatkan gambaran, informasi tentang *safety climate* secara spesifik yaitu :

1. Memberikan pertanyaan pada masing-masing individu untuk menilai sikap dan persepsi mereka

2. Mengobservasi orang-orang, fasilitas dan menilai perilaku orang dan kondisi kerja
3. Memeriksa dokumen-dokumen yang digunakan oleh perusahaan misalnya pemeriksaan prosedur keselamatan, catatan-catatan kejadian dan data awal kecelakaan kerja / *accident*



Gambar 2.5.

Beberapa perspektif model Penilaian

Sumber : *Offshore safety Division of the HSE, McNational Gobelico, 2000*

Peralatan untuk menggali variasi pendekatan-pendekatan dan metode-metode ini dapat memberikan gambaran yang lengkap tentang cara-cara sebagai berikut :

1. Survei sikap dan skala rate
2. Diskusi informal secara mendalam dengan masing-masing individu
3. Memusatkan pertemuan kelompok

4. Pemeriksaan catatan-catatan tertulis dan data-data
5. Analisa dokumen

Tehnik pendekatan ini dikenal sebagai tehnik segitiga (*Triangulation*) penggunaan beberapa metode untuk mengembangkan keefektifan penyelidikan secara khusus yaitu *safety climate*.

Perpaduan pendekatan-pendekatan yang berbeda dalam penilaian memberikan suatu pandangan mengenai keseluruhan perusahaan yang dijelaskan pada gambar 2.5. Model dengan banyak perspektif ini menjelaskan bagaimana tiga perspektif yang berbeda dapat dibangun untuk memberikan metode-metode pelengkap dalam menilai tiga aspek yang berbeda dari budaya keselamatan pada perusahaan.

2.9. Ukuran dan indikator Safety Climate

2.9.1. Ukuran Safety Climate

Sistem merupakan model budaya safety, digambarkan dalam gambar 2.6 dapat dibangun sebagai indikator dan pengukur kondisi yang tepat bagi perusahaan, termasuk bagaimana individu melihat proses manajemen keselamatan kerja atau bagaimana perusahaan mematuhi kebijakan objektifnya. Penilaian *safety climate* dapat dibangun dari model ini menggunakan bermacam-macam metode yang tepat. Pengukuran yang dihasilkan termasuk : Persepsi dan sikap masing-masing individu mengenai keselamatan, tingkah laku individu dan perusahaan (termasuk pemenuhan sistem manajemen keselamatan kerja). Pengukuran dapat dimasukkan kedalam matriks penilaian yang menghubungkan pengukuran tersebut kedalam metode yang digunakan, dan kedalam titik interaksi antara sistem utama.

Systems Interfaces

M E T O D A		Perusahaan / Lingkungan	Sistem kelompok kerja /	Sistem individu/kelompok perusahaan
	Kuesioner mengenai	Komitmen Manajemen (+) Lingkungan Kerja (+)	Lingkungan yang mendukung (-) keterlibatan	Apresiasi dari resiko (-) prioritas personal (+)
	Fokus Kelompok/	Gaya manajemen (-)	Kerjasama (+)	Saran-saran Bernilai (-)
	Observasi langsung /	Pemenuhan system keselamatan (+)	Perilaku selamat (-)	Perilaku selamat (+)

Gambar 2.6

Contoh Matriks *Safety climate*Sumber : *Offshore safety Division of the HSE, McNational Gobelico , 2000*

Hubungan antara bermacam-macam titik-titik interaksi sistem merupakan target proses penilaian. Metode-metode yang digunakan dan hasil pengukuran (atau) indikator iklim dapat direncanakan pada sebuah matriks iklim. Sebagai contoh dari tipe alat pencatat ini ditunjukkan pada gambar 2.6. Perlu dicatat bahwa beberapa ukuran –ukuran pelengkap dapat dimasukkan kedalam setiap sel pada semua matriks, sedangkan yang ditunjukkan pada gambar 2.6 hanya contoh-contoh dan kemungkinan . Indikator iklim yang ditunjukkan dalam gambar 2.6 diambil dari tiap metode yang tiga

2.9.2. Indikator-indikator *Safety climate*

Indikator-indikator tersebut diatas dapat dijelaskan satu persatu sebagai berikut :

a). **Komitmen Manajemen (*Management Commitment*)**

Didefinisikan sebagai persepsi dari komitmen manajemen terhadap isu-isu yang berkaitan dengan K3 dan Kebijakan K3, indikator ini dapat diukur dengan beberapa item pengukuran antara lain :

- Manajemen bertindak meyakinkan pekerja dalam hal-hal yang berguna untuk meningkatkan K3 secara berkelanjutan, hal ini dapat ditunjukkan dengan hal-hal yang mendukung, salah satunya adalah terdapatnya kebijakan K3 yang jelas pada organisasi.
- Manajemen terbuka dalam membahas masalah-masalah K3 baik isu-isu yang berkembang didalam organisasi maupun diluar organisasi, dapat ditunjukkan dengan adanya rapat-rapat K3 yang rutin, dan lain sebagainya.
- Evaluasi dan investigasi segera dilakukan apabila terdapat masalah-masalah K3 atau terjadi kondisi yang tidak diinginkan terhadap keselamatan pekerja
- Adanya pendapat bahwa pencegahan kecelakaan lebih baik dari pada bertindak setelah kecelakaan terjadi, koreksi harus dilakukan secara terus menerus.
- Para manajer dan supervisor harus mempunyai tanggung jawab terhadap semua karyawan dalam hal keselamatannya
- Manajemen dapat mengantisipasi hal-hal yang dapat menyebabkan kecelakaan dengan usaha-usaha antara lain dengan membuat prosedur kerja yang jelas dan dapat dilaksanakan oleh semua pekerja.

b) Lingkungan Kerja (*Work Environment*)

Didefinisikan sebagai persepsi dari semua orang yang ada di suatu organisasi tentang kondisi lingkungan fisik yang ada, indikator ini dapat diukur dengan beberapa item pengukuran antara lain :

- Perhatian terhadap keselamatan adalah sangat penting dilakukan oleh manajemen, walaupun target operasional perusahaan tinggi. Pekerja harus diberikan waktu yang cukup untuk bekerja dengan aman.
- Manajemen harus dapat meyakinkan kepada pekerjanya bahwa tempat tersebut adalah aman, walaupun potensi bahayanya besar, namun dengan program-program yang ada bahaya tersebut dapat dikendalikan.
- Keadaan apapun yang terjadi di perusahaan keselamatan harus tetap diperhatikan.
- Manajemen harus selalu mementingkan keselamatan pekerja selain target-target operasional
- Manajem harus menyediakan peralatan yang cukup untuk semua pekerja sehingga dapat senantiasa bekerja secara aman

c) Gaya Manajemen (*Management Style*)

Didefinisikan sebagai persepsi dari semua orang tentang adanya akses informasi tentang K3 dari pihak manajemen, indikator ini dapat diukur dengan beberapa item pengukuran antara lain :

- Manajer sangat terbuka dalam menerima kritik, saran dan masukan dari semua orang tentang masalah-masalah K3
- Manajer aktif dalam memberi kesempatan kepada pekerja untuk memberitahukan apa yang harus dikerjakan bawahannya.
- Manajer memberi contoh yang baik tentang K3 kepada bawahannya
- Manajer selalu memberikan informasi-informasi yang berkaitan dengan K3 pada semua orang

d) Pemenuhan Sistem Keselamatan (*Safety System Compliance*)

Keberadaan system yang berfungsi dalam menangani masalah-masalah K3, dipengaruhi oleh dimensi-dimensi komunikasi, adanya prosedur keselamatan dan prioritas keselamatan, indikator ini dapat diukur dengan beberapa item pengukur anantara lain :

- Komunikasi, ditunjukkan dengan adanya keterbukaan manajemen dalam penerapan kebijakan K3, terdapat komunikasi yang baik antar pekerja dengan manajemen, perhatian dari pihak manajemen terhadap pekerja berupa penghargaan, penyampaian informasi dari manajemen terhadap K3.
- Prosedur Keselamatan, ditunjukkan dengan adanya prosedur dan peraturan-peraturan keselamatan dan dapat dilaksanakan oleh semua pekerja dengan baik, prosedur-prosedur tersebut mudah dimengerti oleh semua pengguna, pekerja merasa bahwa prosedur keselamatan sangat penting dilaksanakan walaupun target-target produksi sangat banyak
- Prioritas keselamatan ditunjukkan dengan dilaksanakannya prosedur dan peraturan keselamatan secara sungguh-sungguh, manajemen menganggap keselamatan pekerja adalah sangat penting dengan hasil produksi, dan merupakan prioritas utama.

e) Lingkungan Pendukung (*Supportive Environment*)

Didefinisikan sebagai kondisi lingkungan sosial pada tempat kerja dan dukungan K3 yang terdapat diperusahaan, indikator ini dapat diukur dengan beberapa item pengukuran antara lain :

- Hubungan yang baik antar individu dalam organisasi yang senantiasa memberikan masukan-masukan positif tentang cara bekerja dengan selamat terhadap teman sekerja.
- Laporan kepada pihak manajemen tentang kondisi-kondisi yang tidak aman segera dilakukan oleh siapa saja yang menemukan hal tersebut.
- Setiap orang yang ada di perusahaan selalu menginginkan adanya peningkatan K3
- Semua orang merasa mempunyai kepentingan dalam masalah K3
- Pendekatan-pendekatan yang baik dilakukan untuk memotivasi agar semua orang dapat bekerja dengan aman.

f) Keterlibatan (*Involvement*)

Suatu keadaan dimana semua orang yang terlibat di dalam organisasi mempunyai perhatian terhadap K3, ditunjukkan dengan keterlibatan semua orang dalam menyampaikan semua informasi tentang K3, maupun pelaporan – pelaporan baik mengenai kecelakaan, kondisi yang tidak aman, dll.

g) Kerjasama (*Cooperation*)

Keterlibatan semua orang dalam bekerja bersama – sama, indikator ini dapat diukur dengan beberapa item pengukuran antara lain:

- a. Partisipasi manajer dalam rapat – rapat K3.
- b. Keikutsertaan pekerja dalam merancang peraturan – peraturan K3 dan pelaporan kecelakaan kerja.
- c. Pelaksanaan inspeksi K3 secara berkala dari pihak manajemen.
- d. Pihak manajemen memberikan kesempatan semua orang berpartisipasi dalam masalah – masalah K3.

- e. Manajemen sangat terbuka dalam menerima saran – saran dan masukan tentang K3.

h) Prioritas Pribadi dan Kebutuhan akan Keselamatan (*Personal Prioritis*)

Didefinisikan sebagai pandangan individu tentang keselamatan dirinya serta kebutuhan keselamatannya, indikator ini dapat di ukur dengan beberapa item pengukuran antara lain:

- Semua individu yang ada mempunyai pendapat bahwa keselamatan sangat penting dalam melakukan aktivitas pekerjaan apa saja.
- Semua individu mengerti tentang semua peraturan K3 yang terkait dengan pekerjaannya.
- Semua orang mempunyai pendapat bahwa peningkatanK3 secara terus menerus adalah sangat penting dilakukan.
- Semua orang berpendapat tentang pentingnya suatu tempat bekerja yang aman.

i) Tanggapan Pribadi terhadap risiko (*Appreciation of Risk*)

Didefinisikan sebagai persepsi dari semua orang tentang cara memandang resiko.

Indikator ini dapat ditunjukkan dengan adanya keyakinan semua orang tentang kemungkinan seseorang mengalami kecelakaan, ditemui mulai dari yang khawatir sekali terhadap adanya kecelakaan sampai yang yakin tidak akan terjadi kecelakaan.

j) Nilai-nilai yang ada (*Shared Value*)

Nilai menyatakan keyakinan- keyakinan dasar bahwa suatu modus perilaku atau keadaan akhir eksistensi yang khas lebih disukai secara pribadi atau sosial dibandingkan modus prilaku. Hubunganya dengan K3 nilai didefinisikan sebagai

pemikiran dan pandangan dari setiap orang yang dianggap penting tentang keselamatan kerja, baik secara individu, kelompok maupun semua orang yang ada dalam organisasi.

k) Perilaku Selamat (*Safe Behaviors*)

Perilaku selamat adalah sesuatu yang dikerjakan atau pola, cara, gaya yang secara otomatis diikuti di dalam upaya pencegahan terjadinya kecelakaan, insiden yang akan terjadi dalam perusahaan misalnya perilaku menggunakan pelindung mata ketika bekerja dengan bahan berbahaya. Hal - hal yang berhubungan dengan perilaku selamat antara lain sebagai berikut:

1. Peralatan pelindung diri (PPE) – fungsinya dalam pekerjaan, kondisi kenyamanannya
2. postur duduk/berdiri
3. Gerakan tubuh, mengangkat, meaih
4. Peralatan/ perkakas, kondisinya, kegunaannya
5. Periode istirahat / cuti, bekerja berulang – ulang
6. Pemeliharaan

Hubungannya dengan K3 dikenal dengan perilaku selamat merupakan kondisi mental yang dipengaruhi respon individu maupun kelompok terhadap objek-objek atau kondisi keselamatan kerja antara lain:

- Jumlah kecelakaan yang terjadi di perusahaan menurut pendapat individu maupun dari data-data sekunder
- Adanya pelatihan – pelatihan K3 yang ada di perusahaan terutama terhadap pekerjaan yang potensi bahayanya sangat tinggi.

- Rencana tanggap darurat yang ada di perusahaan serta kesiapannya apabila terjadi kecelakaan.
- Adanya data- data tentang masukan atau saran yang diterima karyawan kepada pihak manajemen.
- Kunjungan yang dilakukan pimpinan terhadap semua tempat-tempat yang terkait dengan pekerjaan dalam perusahaan.
- Terdapatnya komite K3 dan berfungsi dengan baik mengikuti perkembangan jaman serta sesuai dengan perusahaan.

2.9.2. Mengukur perubahan

Perencanaan dan pengawasan *safety climate* menggunakan indikator dan / atau matriks yang digambarkan diatas, memberikan sebuah potret *safety climate* pada perusahaan pada waktu tertentu. Ukuran diambil harus diulang setelah suatu periode waktu dengan matriks baru dibuat untuk menjelaskan perubahan – perubahan yang terjadi di dalam perusahaan. Pengulangan proses penilaian dipakai untuk mengawasi dan menilai semua program pengembangan yang sudah dilaksanakan sebagai hasil dari penilaian pertama, sebaiknya pengecekan hasil dilakukan pada tempat- tempat dengan penjagaan lebih ketat. Pengulangan penilaian budaya *safety* secara penuh dalam satu tahun tidak akan berguna, karena ada beberapa waktu untuk melengkapi perubahan yakni sekitar 12 sampai 18 bulan sebelum pengulangan.

2.10. Pengukuran Safety climate pada sarana kesehatan

Dalam merespon perkembangan pentingnya keselamatan pasien, Departemen Kesehatan di Amerika Serikat mengadopsi sistem keselamatan pada industri-industri dengan risiko tinggi. Pada setiap bagian-bagian kajian dari *Safety Climate Assessment Toolkit*, beberapa ukuran dihasilkan menggunakan metoda pengkajian berbeda, dan satu skor dihitung untuk setiap ukuran ini (membuat angka lebih).

Survey tentang *Safety Climate* pada sarana kesehatan telah dilakukan oleh peneliti-peneliti yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan. Didunia industri, persepsi petugas mengenai komitmen organisasi untuk keselamatan (*Safety climate*) diperlihatkan pada kedua bagian yang berhubungan yaitu : Adopsi dan pemeliharaan, cara kerja aman dan rata-rata kejadian kecelakaan kerja di lingkungan kerja. Pengukuran *safety climate* di Rumah Sakit masih jarang di evaluasi. Beberapa penelitian telah dirancang untuk mengembangkan instrument singkat dan efektif untuk mengukur *safety climate* yang berkaitan dengan program manajemen risiko di rumah sakit seperti risiko bahaya "*Bood Borne Pathogen*" dan hubungan *safety climate* dengan praktek cara kerja aman dan angka kejadian kecelakaan akibat pajanan darah.

Survey *Safety climate* membahas 6 dimensi organisasi meliputi :

- a. Dukungan manajemen terhadap program K3
- b. Tidak adanya penghalang untuk bekerja secara aman bagi petugas
- c. Kebersihan dan ketertiban lokasi pekerjaan
- d. Kejadian konflik sangat sedikit dan komunikasi berjalan dengan baik diantara petugas

- e. Adanya umpan balik dan pelatihan
- f. Tersedianya Alat Pelindung Diri dan Pengawasan teknis

Penelitian *safety climate* yang dilaksanakan oleh Fakultas Kedokteran Angkatan Darat di Amerika Serikat bertujuan agar program keselamatan pasien dapat berjalan optimal dan menghilangkan budaya saling menyalahkan.

Kuesioner yang dikembangkan adalah :

- a. Kesiediaan melapor terjadinya error
- b. Proses pemecahan masalah yang berkaitan dengan keselamatan
- c. Persepsi petugas kesehatan terhadap pimpinan / manajemen.

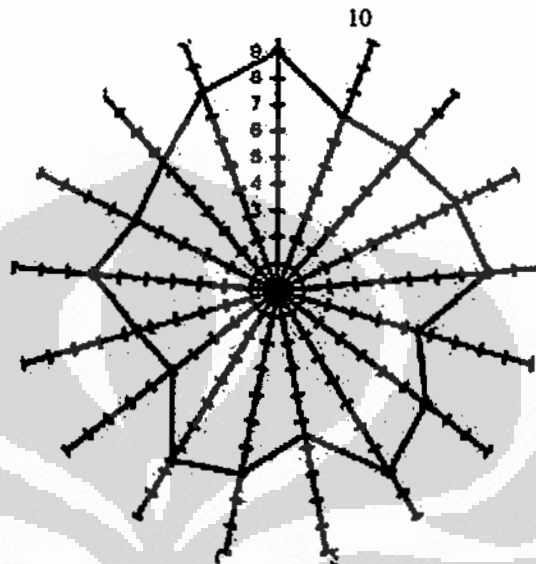
Beberapa literatur telah meyakinkan organisasi pelayanan kesehatan akan mendapat manfaat yang besar dari pengembangan sistem pemodelan pelaporan.

Survey *safety climate* yang lain adalah :

- a. Meningkatkan sistem komunikasi,
- b. kerjasama kelompok dan
- c. cara pengambilan keputusan bersama

Komponen inti pada keselamatan yang positif adalah pada peningkatan pelayanan medis. Sebuah organisasi mempunyai budaya keselamatan yang kuat bila ada keterlibatan penuh dari pimpinan puncak, para pejabat struktural dan fungsional dalam :

- a. mengembangkan program pelatihan keselamatan,
- b. proses komunikasi yang baik
- c. penekanan pada prosedur cara kerja yang aman
- d. *Reward* dan *punishment*



Gambar 2.7.

(Plot radar) dapat digunakan untuk membandingkan *safety climate*

Keterangan Gambar 2.7 :

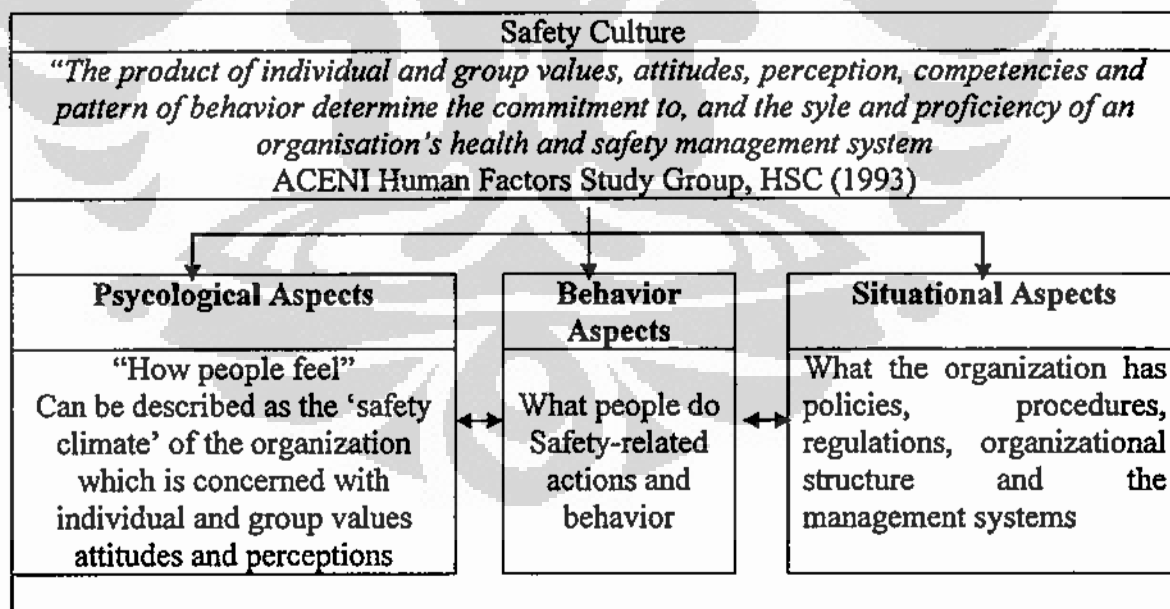
- | | |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. Nilai-nilai | 6. Supportive Environtment |
| 2. Aprecion of risk | 7. Pemenuhan sistem keselamatan |
| 3. Personal Proritis | 8. Gaya manajemen |
| 4. Kerjasama | 9. Lingkungan Kerja |
| 5. Involvement | 10. Komitemen Manajemen |

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

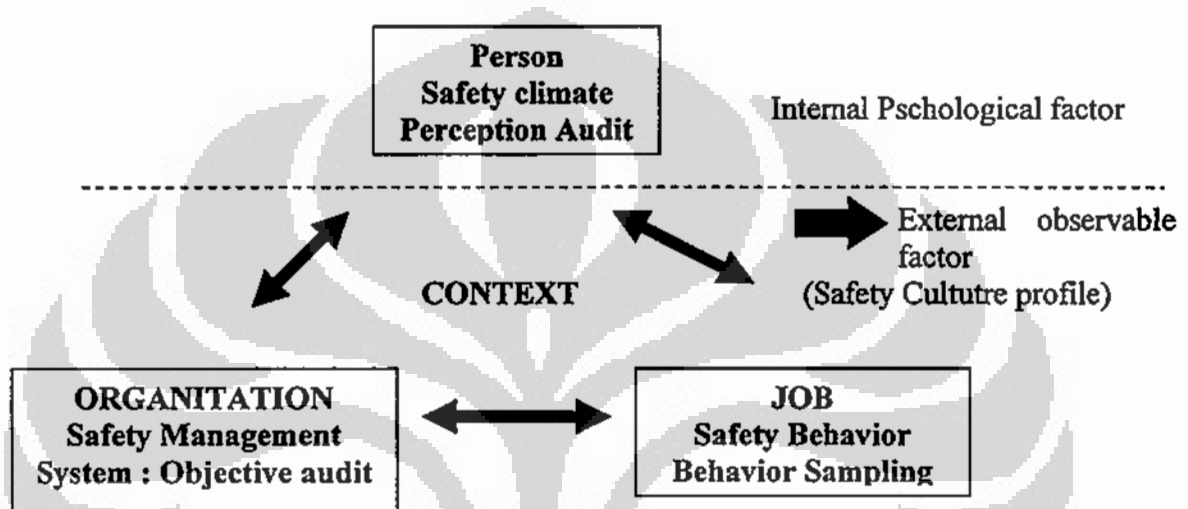
Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dibahas pada bagian sebelumnya, maka peneliti mengemukakan kerangka teori yang disajikan dalam bentuk diagram. Berkembangnya sebuah budaya keselamatan dalam sebuah organisasi dipengaruhi oleh tiga aspek yaitu aspek psikologi (*psychological*), aspek perilaku (*behavior*), dan aspek situasi (*situasional*). Masing-masing aspek tersebut saling mempengaruhi satu sama lain. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Dominic Cooper (2000) mengenai konsep *safety culture*, yaitu :



Gambar 2.2.

Konsep *Safety culture* dari Dominic Cooper
Sumber : *Health and Safety Executive, 2005*

Berikut ini adalah gambar budaya organisasi menurut Cooper (1997)



Gambar 2 :
Reciprocal Safety culture model (Coper , 1997, Bandura 1986)

Dari kerangka teori tersebut, maka diketahui *safety climate* merupakan aspek psikologi sari suatu *safety culture*. Dan didalam persepsi *safety climate* melihat tiga aspek yaitu aspek *person*, aspek *behavior* dan aspek *organizational*.

3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka diketahui *safety climate* merupakan aspek psikologi dari suatu *safety culture*. Dalam penelitian ini, penulis melihat *safety climate* suatu perusahaan dalam hal ini rumah sakit dengan melihat persepsi petugas kesehatan mengenai aspek K3 secara umum (Person) maupun persepsi pekerja mengenai aspek K3 yang terdapat dalam organisasi perusahaan (Organizational), serta penulis juga melihat aspek perilaku selamat (Behavior) pada petugas kesehatan untuk melihat sejauh mana persepsi mengenai K3 yang mereka terima diaplikasikan kedalam bentuk perilaku sehari-hari

Safety climate

A. Organisasi :

1. Komitmen manajemen
 2. Kebijakan
 3. Pimpinan
 4. Inspeksi K3
 5. Prosedur / SOP
 6. Sistem Komunikasi
 7. Lingkungan Kerja
- ##### B. Aspek Individu
8. Keterlibatan & Kerjasama
 9. Pentingnya keselamatan
 10. Bahaya
- ##### C. Behavior
11. Perilaku aman / selamat

Profil *safety climate*
Tenaga kesehatan di
IGD RSUP. Dr. Hasan
Sadikin Bandung

DEFINISI OPERASIONAL

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
A. ORGANIZATIONAL (Persepsi petugas terhadap aspek K3 pada organisasi)						
1	<i>Safety Climate</i>	Merupakan gabungan dari beberapa indikator yang terdiri dari aspek organisasi, individu dan behavior	Kuesioner	angket	Skala likert Skala : 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal
2	Persepsi petugas terhadap komitmen manajemen	Yaitu penilaian petugas terhadap komitmen pimpinan rumah sakit yang mendukung program K3 Semakin tinggi komitmen manajemen terhadap program K3 maka diartikan bahwa budaya K3 semakin kuat yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, dan persepsi petugas lemah jika total skor ≤ 50	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal

3	Persepsi petugas terhadap Kebijakan K3	Yaitu penilaian petugas terhadap kebijakan K3 yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah, jika total skor \leq 50 Sakit	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal
4	Persepsi petugas terhadap Gaya kepemimpinan	Yaitu penilaian petugas terhadap Gaya kepemimpinan terhadap Keselamatan yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah, jika total skor \leq 50 Sakit	Kuesioner	angket	Skala likert 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal
5	Persepsi petugas terhadap Inspeksi K3	Yaitu penilaian petugas terhadap kegiatan pemeriksaan dan pengecekan rutin terhadap kondisi lingkungan, cara kerja yang aman yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah jika total skor \leq 50	Kuesioner	angket	Skala likert STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal

6	Persepsi petugas terhadap SOP & Peraturan	Yaitu penilaian petugas terhadap kemudahan prosedur dan peraturan K3 untuk diterapkan serta manfaatnya untuk menjamin bekerja dengan aman yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah jika total skor \leq 50	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal
7	Persepsi petugas terhadap sistem komunikasi dan pelaporan	Yaitu penilaian petugas terhadap sistem komunikasi dan pelaporan kecelakaan pasien yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah jika total skor \leq 50	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal
8	Persepsi petugas terhadap kondisi lingkungan kerja	Yaitu penilaian petugas terhadap kondisi lingkungan kerja yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah jika total skor \leq 50	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Ordinal

ASPEK PERSON					
			Kuesioner	angket	Ordinal
9	Persepsi petugas terhadap pentingnya keselamatan	Pemahaman petugas terhadap keselamatan dalam melaksanakan pekerjaan yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah jika total skor ≤ 50			Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4
10	Persepsi petugas mengenai bahaya keselamatan	Penerimaan atau anggapan petugas mengenai suatu bahaya di tempat kerja yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, Persepsi petugas lemah jika total skor ≤ 50 .	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4
11	Persepsi petugas terhadap kerjasama	Yaitu penilaian petugas terhadap kerjasama di unit kerja baik dengan atasan, teman sekerja dan unit kerja lain yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, persepsi petugas lemah jika total skor ≤ 50 .	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4

12	Perilaku selamat / aman	Perilaku bekerja selamat yang ditunjukkan oleh petugas dalam rangka pencegahan kecelakaan kerja baik pada pasien maupun pada petugas yang dikategorikan persepsi petugas kuat jika total skor > 50, Persepsi petugas lemah jika total skor ≤ 50.	Kuesioner	angket	Skala likert Skala 1 s/d 4 STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4	Rasio
----	-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--------	-----------------------------------------------------------------------	-------

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Disain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian berdasarkan pendekatan kuantitatif menggunakan metode pengumpulan data *cross sectional survey* dimana informasi data yang akan dikumpulkan hanya pada suatu saat tertentu dengan menggunakan kuesioner

4.2. Waktu dan Tempat Pengambilan Data

Penyebaran Kuesioner kepada responden pada bulan Juni 2008. Tempat penyebaran kuesioner adalah Instalasi Gawat Darurat di RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung.

4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1. Populasi

Populasi untuk penelitian ini adalah seluruh petugas kesehatan yang bekerja di area Instalasi Gawat Darurat meliputi Tenaga medis (dokter dan residen), Paramedis (perawat dan bidan) dan Tenaga penunjang medis (Analis, Apoteker/asisten apoteker, radiografer, pekarya kesehatan dan petugas administrasi medical record) di RSUP. Dr. Hasan Sadikin berjumlah 305 orang .

4.3.2. Sampel

Sampel yang diambil merupakan bagian dari populasi yang diambil secara *stratified sampling* sebanyak 166 orang meliputi : Tenaga medis 31 orang, perawat 69 orang dan tenaga penunjang medis 67 orang. Penentuan jumlah sampel menurut Cochran (1991) menggunakan rumus :

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

Dimana :

n = Jumlah sampel

Z = Stándar Deviasi normal, dengan tingkat kepercayaan 95 %

P = Proporsi untuk sifat tertentu yang diperkirakan akan terjadi pada populasi.

Apabila tidak diketahui proporsi atau sifat tertentu , maka P = 0,50

d = Penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketepatan yang diinginkan dalam penelitian ini diambil d = 0,10

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Data Primer

Peneliti mengumpulkan data primer melalui tiga tahapan yaitu :

1. Survei langsung ke petugas dengan menggunakan lembar kuesioner dengan cara :
 - Peneliti langsung mendatangi unit kerja dan responden langsung mengisi lembar kuesioner di tempat kerja
 - Peneliti mengundang responden keruang pertemuan setelah berkoordinasi dengan kepala unit kerja terkait
2. Peneliti melakukan wawancara dengan kepala unit terkait

3. Peneliti melakukan pengamatan dan observasi pada responden yang dijadikan objek penelitian secara sampling pada masing-masing profesi tenaga kesehatan

4.4.2. Data Sekunder

Data skunder diperoleh dari Komite Mutu-K3RS RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung berupa laporan kecelakaan kerja pada petugas, data umum RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung diperoleh dari Bagian Perencanaan dan Evaluasi, data karyawan dari bidang SDM dan data mengenai mengenai pelayanan Gawat Darurat diperoleh dari Instalasi Gawat Darurat.

4.5. Cara Pengukuran

Variabel yang terdapat dalam penelitian ini diukur berdasarkan skor jawaban kuesioner yang diberikan oleh masing-masing petugas. Skala pengukuran menggunakan skala likert yaitu :

Sangat Tidak Setuju = 1

Tidak Setuju = 2

Setuju = 3

Sangat Setuju = 4

Cara perhitungan :

Rumus yang digunakan adalah : $\frac{\text{Jumlah skor total}}{\text{Skor Maks.} - \text{Skor min}} \times 100\%$

Setiap variabel dijumlahkan skor totalnya lalu dikurangi selisih dari skor maksimum dan skor minimum dikalikan 100%

Apabila skor hasil penilaian kurang dari 50 %, maka persepsi responden lemah. Bila skor lebih dari 50% maka persepsi responden kuat.

4.6. Pengolahan Data

4.6.1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas pada rancangan kuesioner yang dibuat sebelum digunakan untuk pengumpulan data primer. Untuk pengujian ini peneliti menyebarkan kuesioner kepada 20 orang responden meliputi : 6 orang tenaga medis, 6 orang perawat, dan 8 orang tenaga penunjang medis yaitu radiografer, analis, apoteker, pekary dan petugas administrasi medical record masing-masing 2 orang. Validitas dilihat dari nilai korelasi ($r > 0.442$). Uji reabilitas dilakukan setelah data diperoleh dari kuesioner yang sudah valid. Kuesioner dikatakan sudah reliabel jika nilai *Alpha Cronbach* > 0.5 . (Data Uji validitas dan reliabilitas terlampir)

4.6.2. Analisa data

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan secara bertahap dengan proses sebagai berikut :

a. *Editing*

Data primer yang sudah terkumpul diperiksa dan dicek mengenai kelengkapan jawaban dari responden, lembar kuesioner yang jawabannya tidak lengkap oleh peneliti tidak diolah. Data sekunder dilakukan seleksi dan dipilih sesuai dengan kebutuhan dari penelitian.

b. *Coding*

Pengkodean data dilakukan untuk mempermudah pada saat analisa data juga mempercepat proses pada saat entri data

c. *Processing*

Setelah dilakukan pengkodean dan skoring selanjutnya data diproses dengan menggunakan program komputer .

d. *Cleaning*

Data yang telah diproses lalu dilakukan pembersihan data yaitu pengecekan kembali apakah ada kesalahan atau tidak dalam *entri* data ke komputer. Hasil dari pengolahan data akan dianalisa dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

4.7. Teknik Analisis dan Penyajian Data

Setelah dilakukan pengolahan data, maka dilakukan analisa data secara univariat dan deskriptip

a. Analisis univariat

Analisa univariat untuk mendapatkan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi dari masing-masing variabel yang ditampilkan dengan menggunakan tabel

b. Analisis Deskriptip

- Analisa deskriptip terhadap hasil radar chart dari pengukuran dimensi profil *safety climate* secara umum .
- Analisa deskriptip digambarkan dengan grafik histogram untuk pengukuran dimensi profil *safety climate* menurut kelompok jenis pekerjaan / profesi responden.

BAB V

GAMBARAN UMUM

5.1. Gambaran Umum

RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung merupakan Rumah Sakit Type A sebagai pusat rujukan terbesar se-Jawa Barat dengan tingkat hunian pasien rata-rata 90% (Jumlah Tempat Tidur 1100 TT) . Berdiri diatas areal tanah seluas 90.000 m2 terdiri dari bangunan bertingkat dan tidak bertingkat.

Jumlah karyawan RSHS mencapai 3500 karyawan dengan berbagai macam profesi, jumlah terbesar tenaga kesehatan di RSHS adalah perawat dan dokter.

Untuk melaksanakan semua kegiatan tersebut RSUP. dr. Hasan Sadikin ditunjang oleh fasilitas-fasilitas sebagai berikut :

Fasilitas Pelayanan Medis.

- 1) Fasilitas Pelayana Rawat Jalan :Instalasi Gawat Darurat, Poliklinik Spesialis umum, Klinik Konsultasi Spesialis, Medical Check Up, Poliklinik umum.
- 2) Fasilitas Pelayanan Rawat Inap :
 - Intalasi Rawat Inap Khusus Paviliun Parahyangan.
 - Instalasi Rawat Inap Paviliun Anggrek.
 - Kebidanan dan Maternal Perinatal.
 - Ruang Rawat Intensif Unit.
 - Ruang Rawat Intensif Jantung.
 - Ruang Rawat Intensif Bayi.
 - Ruang Unit Stroke dan HCU.
 - Cardiac Centre.

- Pelayanan Bedah Sentral.

2. Fasilitas Pelayanan Penunjang :

- 1) Laboratorium Patologi Klinik.
- 2) Laboratorium Patologi Anatomi.
- 3) Bagian Kedokteran Forensik dan Rehabilitasi.
- 4) Radiologi.
- 5) Konsultasi Gizi.
- 6) EEG, Dencitometri DEXA.
- 7) Hemodialisa, CT Scanner dll

5.2. Instalasi Gawat Darurat

5.2.1. Susunan Organisasi dan Tata Kerja

Instalasi Gawat Darurat RSUP.dr. Hasan Sadikin Bandung adalah Unit Gawat Darurat kelas A Pendidikan. sesuai dengan keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI No. HK.00.06.3.4.1620 tanggal 1 April 1999.

1. Susunan Organisasi

Unit Gawat Darurat mempunyai susunan organisasi dan tata kerja yang dibuat berdasarkan fungsi-fungsi yang ada di UGD yaitu :

- a. Penyelenggaraan Pelayanan Medis Gawat Darurat, Darurat Tidak Gawat dan Tidak Gawat Tidak Darurat yang meliputi : *Surgical, Medical, Obstetric Gynecology dan Pediatric.*
- b. Monitoring supervisi Pelayanan Medis dan Keperawatan
- c. Monitoring supervisi *complain* pasien/*customer* lain

- d. Monitoring supervisi Audit Pelayanan
 - e. Monitoring supervisi Ambulans
2. Pengelolaan Unit Administrasi Umum dan Pengaturan SDM yang meliputi:
- a. Perencanaan
 - b. Pengawasan Rekam medik
 - c. Penyelenggaraan kesekretariatan
 - d. Akreditasi
 - e. Pencatatan, pelaporan dan pengolahan data
 - f. Pengaturan SDM
3. Pelayanan Pendukung
- a. Pengelolaan peralatan medis dan non medis
 - b. Pengawasan *Cleaning Service*
 - c. Pengawasan Depo Farmasi
 - d. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan gawat darurat
4. Penyelenggaraan Pelayanan Khusus
- a. Pelayanan penanggulangan gawat darurat bencana (SPGDB)
 - b. Pelayanan pusat pengobatan keracunan tingkat propinsi jawa barat
 - c. Pelayanan siaga Presiden dan Wakil Presiden
 - d. Pelayanan Komunikasi dan Informasi
 - e. Pengelolaan kamar jenazah dan rumah duka

5.2.2. Fasilitas (Sarana dan Prasarana)

1. Profil bangunan

Unit Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung berada dibangunan gedung baru yang berdiri tahun 2000, berada disebelah selatan dari seluruh bangunan RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung terletak pada bangunan berlantai 4.

a. Lantai I : Merupakan lantai utama dari UGD

- Ruang Stretcher bay
- Ruang Nurse station
- Ruang Triage
- Ruang Tunggu pasien
- Ruang Emergency Bedah Anak dan Penyakit Dalam
- Ruang Resusitasi
- Ruang penata jasa
- Ruang Rekam medis
- Ruang Poli 24 jam –isolasi dan Ruang poli spesialis
- Ruang pemeriksaan penunjang meliputi : Ruang CT-Scan dan Ruang Radiologi
- Apotik Emergency
- Laboratorium Emergency

b. Lantai II : merupakan lantai ruang perawatan

- Ruang perawatan RGB
- Ruang VK
- Ruang Intensive Care (CICU, PICU, NICU)
- Ruang kantor Kepala ICU

c. Lantai III : merupakan ruang staf administrasi UGD dan Operasi

- Ruang Operasi Emergency
- Ruang Kepala OK emergency
- Ruang staf OK Emergency
- Ruang Kepala UGD
- Ruang Staf UGD

2. Ambulans

UGD RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung memiliki 2 unit mobil ambulans gawat darurat dengan perlengkapan yang memungkinkan dilakukan resusitasi didalamnya. Dalam kasus-kasus gawat darurat petugas ambulans UGD RSHS dilengkapi dengan perawat yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan kegawatdaruratan. Pada pemanfaatannya hanya dapat digunakan 1 (satu) unit ambulans gawat darurat yang bergerak (*mobile*) dan 1 unit ambulans gawat darurat siap di tempat (*stand by*)

3. Alat Komunikasi

UGD RSHS memiliki peralatan komunikasi berupa :

- 2 line telpon langsung
- 1 line fax
- UGD RSHS bekerjasama dengan ORARI menggunakan radio komunikasi dengan call sign YCIZHA di frekwensi 14.750Hz dan tersedia 7 unit HT
- Komunikasi intra RS

4. Peralatan

Peralatan yang ada di UGD saat ini ada di lantai 1, 2 maupun *supplement wing* terdiri dari :

- Connector Oksigen
- Manometer oksigen
- Tabung oksigen
- Konek suction
- Suction dinding
- Suction kontak
- Standar infus
- Emergency trolley
- Ambu bag dewasa anak dan dewasa
- Laringoskop dewasa dan anak
- Defibrillator
- Tensimeter standar

5. Profil Tenaga (SDM)

- Tenaga dokter

Jumlah dokter jaga on site di ruang tindakan dan ruang resusitasi UGD pershift jaga berjumlah 34 orang dapat menangani sampai 50 orang pasien yang datang pada waktu yang bersamaan, misalnya dalam keadaan musibah masal.

- Tenaga perawat

Jumlah tenaga perawat yang jaga berjumlah 14 orang untuk shift pagi di lantai I, 2 orang di lantai 2 dan 2 orang di supplement wing. Pada sore dan malam hari perawat jaga masing-masing 9 orang di lantai 1, dilantai 2 : 4 orang dan lantai supplement wing 2 orang.

Bila diperlukan 1 orang perawat untuk menangani dua orang pasien, maka jumlah tenaga perawat yang ada di lantai 1 (ruang tindakan dan ruang resusitasi UGD RSHS) untuk shift pagi mampu menangani sampai 30 orang pasien serentak pada waktu bersamaan dan untuk shift sore dan malam hanya mampu menangani 20 orang pasien yang datang pada waktu bersamaan.

- **Tenaga tata usaha**

Jumlah tenaga tata usaha pershift jaga adalah satu orang, Jumlah ini dinilai cukup untuk menangani penambahan jumlah pasien dalam keadaan musibah masal.

- **Jumlah supir ambulans**

Supir ambulans yang ada di UGD berjumlah 2 orang yang bertugas pershift jaga mulai jam 06.00 sampai dengan jam 18.00 untuk dua ambulans.

- **Jumlah pekarya**

Jumlah pekarya di UGD pershift masih satu orang masih dinilai kurang untuk keadaan sehari-hari di UGD, terlebih lagi dalam keadaan musibah massal akan memerlukan tenaga pekarya yang lebih besar.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan dari tanggal 1 s/d 30 Juni 2008. Data primer diperoleh dengan cara membagikan kuesioner pada 166 orang responden yang bekerja di area Gedung Emergency Unit RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung. Pengumpulan data dilakukan secara survey langsung dengan penyebaran kuesioner, wawancara dan observasi

Sebelum dilakukan penyebaran kuesioner final, peneliti melakukan uji coba kuesioner pada 20 orang petugas meliputi : 6 orang tenaga medis, 6 orang perawat , dan 8 orang tenaga penunjang meliputi : radiografer, analis, apoteker, pekarya, dan petugas administrasi medical record masing-masing 2 orang . Validitas dilihat dari nilai korelasi ($r > 0.442$). Uji reabilitas dilakukan setelah data diperoleh dari kuesioner yang sudah valid. Kuesioner dikatakan sudah reliabel jika nilai *Alpha Cronbach* > 0.5 . (Data Uji validitas dan reliabilitas terlampir)

Didalam penelitian ini dilakukan analisis dari hasil pengumpulan kuesioner kemudian membandingkan hasil penelitian ini dengan teori kepustakaan, hasil wawancara dan Observasi.

Hasil penelitian ini disajikan dalam 4 (empat) tahap yaitu analisis terhadap profil *safety climate* dari seluruh responden, analisis terhadap profil responden tenaga medis, paramedis dan penunjang medis.

6.1. Karakteristik Responden

Tabel 6.1.
Distribusi Frekuensi Identitas Tenaga kesehatan di IGD
RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008

Identitas Petugas	Frekuensi	Presentasi (%)
1. Umur / Usia		
< 25 tahun	35	21,1
26 – 30 tahun	59	35,5
31 – 35 tahun	41	24,7
36 – 40 tahun	11	6,6
> 40 tahun	20	12,0
Total	166	100
2. Jenis Kelamin		
Pria	52	31,3,0
Wanita	114	68,7,0
Total	166	100
3. Profesi		
Tenaga Medis	31	18,7
Paramedis	68	41,6
Tenaga Penunjang medis (Analis, Apoteker, medrec)	67	39,7
Total	166	100
4. Pendidikan		
SD	1	0,6
SMP	3	1,8
SLTA	29	17,5
Diploma	96	57,8
Sarjana	31	18,7
Pascasarjana	6	3,6
Total	166	100
5. Lama Bekerja		
< 5 tahun	77	46,4
5 – 10 tahun	59	35,5
11 – 15 tahun	10	6,0
16 – 20 tahun	12	7,2
> 21 tahun	8	4,8
Total	166	100
6. Jumlah jam kerja /minggu		
< 39	21	12,7
40 – 45 jam	134	80,7
46 – 50 jam	11	6,6
Total	166	100

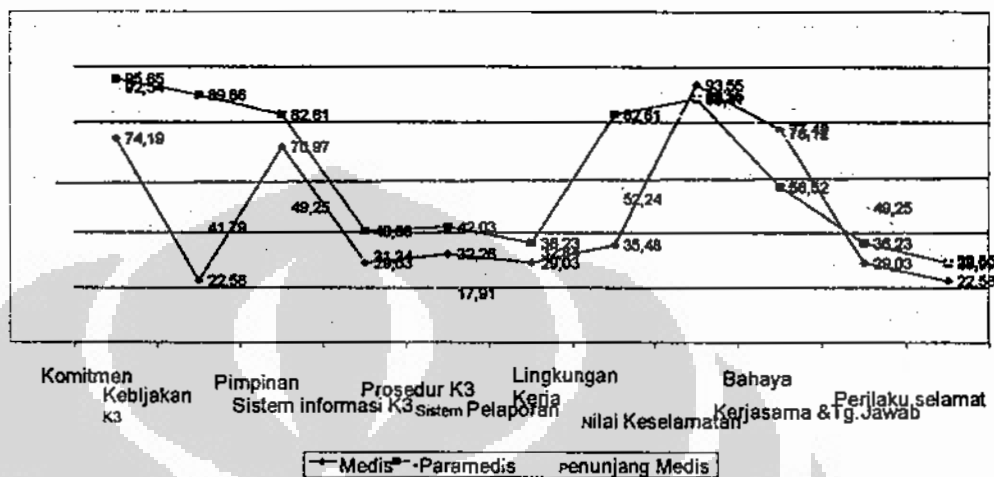
6.2. ANALISIS PROFIL *SAFETY CLIMATE*

Tabel 6.2
Hasil persepsi *safety climate* pada profesi kesehatan
Di Gedung Emergency RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

NO	Item <i>safety Climate</i>	Medis	Paramedis	Penunjang medis
1	Komitmen Manajemen	Kuat	Kuat	Kuat
2	Kebijakan K3	Lemah	Kuat	Lemah
3	Pimpinan	Lemah	Kuat	Lemah
4	Sistem Informasi K3	Lemah	Kuat	Lemah
5	Prosedur/SOP keselamatan	Lemah	Kuat	Lemah
6	Sistem Pelaporan	Lemah	Lemah	Lemah
7	Lingkungan Kerja	Kuat	lemah	Lemah
8	Personal Prioritis	Lemah	Kuat	Lemah
9	Tanggapan terhadap risiko	Kuat	Kuat	Lemah
10	Nilai-nilai yang ada	Lemah	Lemah	Kuat
11	Perilaku Selamat	Kuat	lemah	Kuat

Pada tabel diatas terlihat bahwa persepsi *safety climate* pada tenaga paramedis sebagian besar kuat. Terdapat 7 aspek yang mempunyai nilai kuat, hal ini menunjukkan bahwa persepsi *safety climate* pada profesi paramedis paling kuat dibandingkan dengan profesi lain yaitu medis dan penunjang medis.

Grafik 1
Grafik Safety Climate Pada Tenaga Kesehatan
di Gd. Emergenc RSUP. dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008

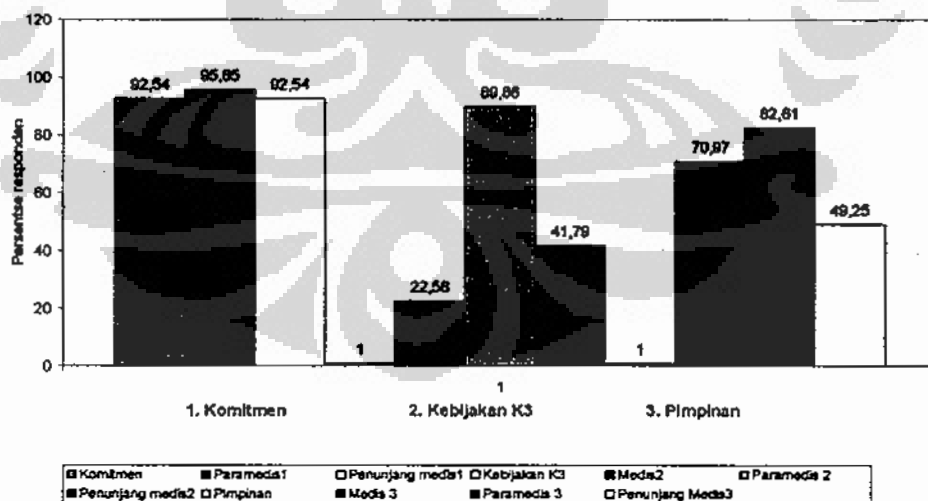


Grafik 6.1.
Safety Climate pada tenaga kesehatan

6.2.1. Persepsi Komitmen Manajemen, Kebijakan K3 dan Pimpinan

Persepsi Komitmen manajemen, kebijakan K3 dan pimpinan dibagi kedalam 3 kelompok bagian yaitu responden tenaga medis, paramedis dan Penunjang medis. Persepsi diatas dapat dijelaskan pada grafik dibawah ini.

Grafik Persepsi Nakes Terhadap
Komitmen, Kebijakan K3 dan Pimpinan di GD.EMG RSHS Bandung Tahun 2008



Grafik 6.2.

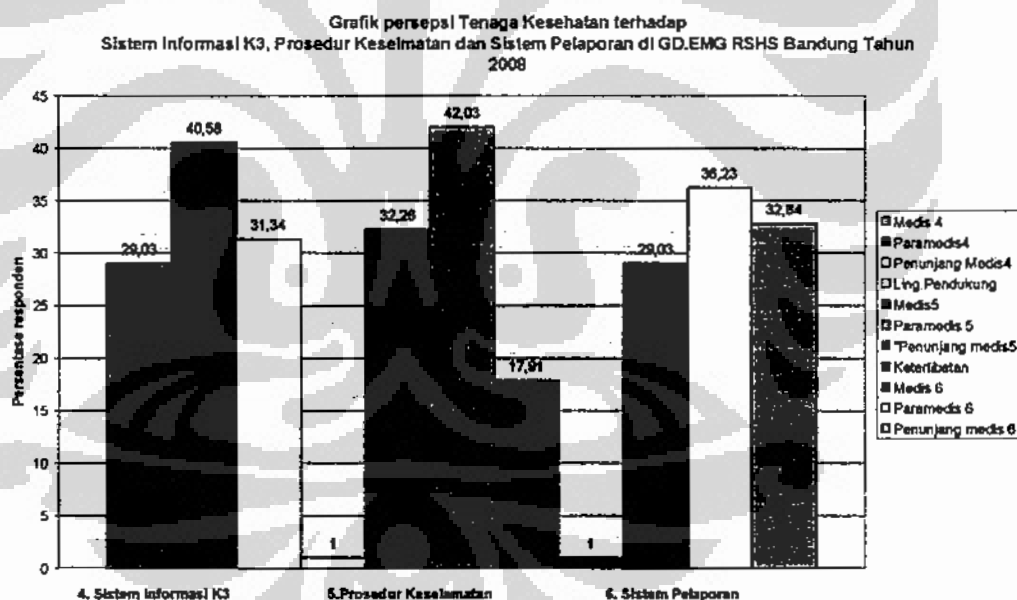
Persepsi tenaga kesehatan terhadap komitmen manajemen, kebijakan K 3 dan Pimpinan

Dari grafik dapat dilihat bahwa persepsi responden tentang Komitmen manajemen, kebijakan K3, dan pimpinan mempunyai nilai paling kuat pada profesi paramedis .

Pada aspek Kebijakan K3, persepsi mengenai Kebijakan terkuat pada profesi paramedis (89,09%) dan yang paling lemah adalah profesi medis yaitu 22,58%

Pada aspek Pimpinan, persepsi mengenai pimpinan terkuat pada profesi paramedis (82,61%) dan yang paling lemah adalah profesi penunjang medis yaitu 49,25%

6.2.4. Aspek Sistem Informasi K3, Prosedur Keselamatan dan Sistem Pelaporan



Grafik 6.3.

Persepsi tenaga kesehatan terhadap Sistem Informasi K3, Prosedur Keselamatan dan Pelaporan

Pada aspek Sistem Informasi persepsi paling kuat pada profesi paramedis (40,58%) dan yang paling lemah profesi medis yaitu 29,03% .

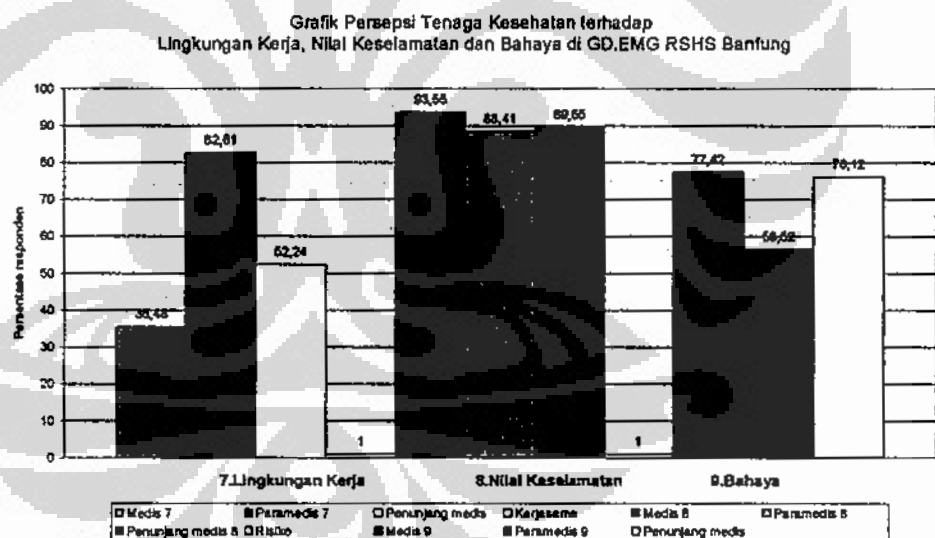
Pada aspek Prosedur keselamatan, persepsi terkuat terdapat pada profesi paramedis (40,03%) dan yang paling lemah terdapat pada profesi penunjang medis yaitu 17,9%

Pada aspek sistem palaporan, persepsi terkuat terdapat pada profesi paramedis (36,23%) dan yang paling rendah adalah profesi medis yaitu 29,03%

6.2.7. Aspek Lingkungan Kerja, Nilai Keselamatan dan Persepsi Bahaya

Pada aspek Lingkungan Kerja , persepsi terkuat terdapat pada profesi paramedis (82,61%) dan yang paling lemah adalah profesi medis yaitu 38,48%

Pada aspek Persepsi nilai keselamatan , persepsi terkuat terdapat pada profesi medis (93,55%) dan yang paling lemah adalah profesi paramedis yaitu 88,41%

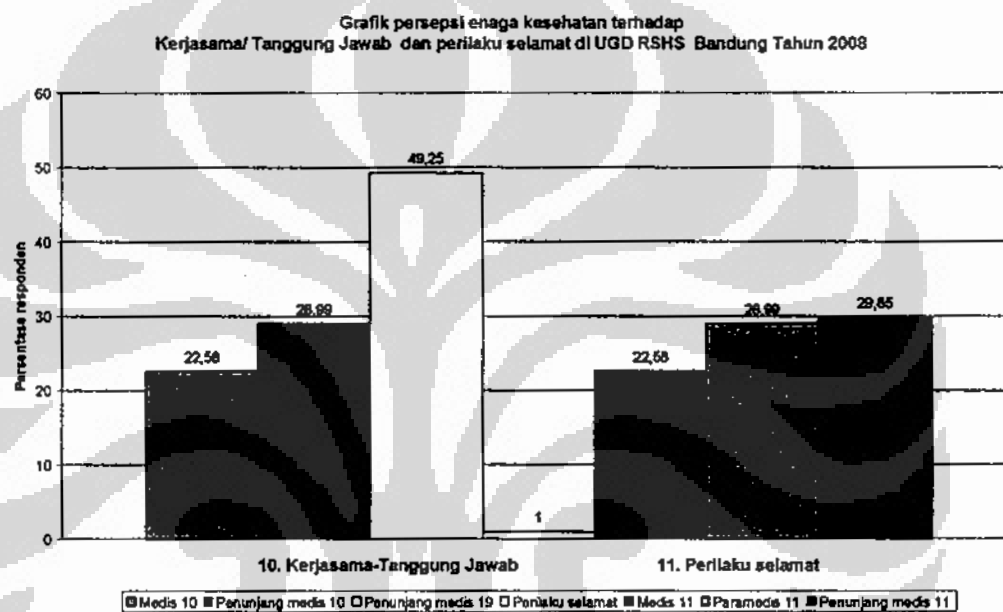


Grafik 6.3.

Persepsi tenaga kesehatan terhadap lingkungan kerja, nilai keselamatan dan Bahaya

Pada aspek tanggapan terhadap bahaya , persepsi terkuat terdapat pada profesi medis (77,42%) dan yang paling lemah adalah profesi paramedis yaitu 56,92%

6.2.10. Kerjasama /Tanggung Jawab dan Perilaku selamat



Grafik 6.3.
Persepsi tenaga kesehatan terhadap Kerjasama-Tanggung Jawab dan Perilaku selamat

Pada aspek Kerjasama –Tanggung Jawab, persepsi terkuat terdapat pada profesi penunjang medis (49,25%) dan yang paling lemah adalah profesi medis yaitu 22,58%

Pada aspek Perilaku selamat, persepsi terkuat terdapat pada profesi penunjang medis(29,85%) dan yang paling lemah adalah profesi medis yaitu 22,58%.

6.3. Hasil Wawancara dengan Kepala Unit Verja

Tabel 6. 3
Karakteristik & Hasil Wawancara

	Kepala Instalasi Farmasi	Kepala Medical Record	Kepala Lab.24 jam	Kepala Radiologi UGD	Kepala ruang RGB
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Perempuan	Perempuan
Usia	49 Tahun	52 Tahun	45 Tahun	43 Tahun	46 Tahun
Pendidikan	S2	S1	S1	S2	S1
Masa Kerja	24 tahun	26 Tahun	21 Tahun	19 Tahun	22 Tahun
Kebijakan K3	Ada	Tidak ada	Ada	Ada	Ada
Sosialisasi Kebijakan K3	Tidak ada	Tidak ada	ada	Tidak ada	Ada
Cara sosialisasi	-	-	Rapat rutin	-	Rapat rutin
Memberi informasi K3 ke staf di unit kerja	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Ya
Melaporkan kondisi berbahaya/tidak aman	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Ya
Laporan ditindaklanjuti oleh manajemen	-	-	Ya	Tidal	Tidak
Petugas sering mengeluh dan melaporkan kondisi tidak nyaman	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Petugas sering absen sakit	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Ya
SOP dibuat dengan melibatkan petugas	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Petugas di unit kerja bekerjasama dengan baik	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Sering memberi contoh bekerja aman	Tidak	Tidal	Tidak	Tidak	Ya
Komunikasi berjalan baik dengan karyawan	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya
Prosedur yang ada dilaksanakan oleh petugas	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Setiap petugas di unit kerja sangat membutuhkan lingkungan selamat	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya

6.4. Check List Dokumen

Tabel 6.4
Daftar kelengkapan dokumen keselamatan

NO	DOKUMEN	Farmasi	Medrec	Lab.	Radiologi	UGD
1	Kebijakan K3 yang tertulis	Ada	Ada	Ada	ada	Ada
2	Pedoman K3	Ada	ada	Ada	ada	Ada
3	Program K3	Ada	ada	Ada	ada	Ada
4	Struktur Organisasi K3	Ada	ada	Ada	ada	Ada
5	Uraian Tugas	Ada	ada	Ada	ada	Ada
6	SOP / Peraturan K3	Tidak	Tidak	Ada	ada	Ada
7	SOP Cuci tangan petugas	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
8	SOP Penggunaan sarung tangan	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
9	SOP Penggunaan Tutup kepala	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
10	SOP penggunaan alas kaki	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
11	SOP penggunaan masker	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
12	SOP penggunaan kaca mata khusus	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
13	SOP Pengelolaan benda tajam bekas pakai	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
14	SOP pengelolaan jarum suntik bekas pakai	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
15	SOP Pengelolaan sampah	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
16	SOP Pengambilan Spesimen untuk pemeriksaan darah	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
17	SOP tata tertib diarea steril	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
18	SOP Pencucian anggota tubuh yang terkena cairan darah atau cairan tubuh lainnya	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
19	SOP Pencucian peralatan yang tercemar	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
20	SOP Desinfeksi	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
21	SOP Sterilisasi	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
22	SOP pelaporan kecelakaan verja	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada
23	SOP Komunikasi K3	Tidak	Tidak	Ada	Tidak	Ada

6.5. Fasilitas Keselamatan

Tabel 6.5.
Daftar kelengkapan Fasilitas Keselamatan

Fasilitas	Farmasi	Medrec	Lab.	Radiologi	UGD
1. Wastafel cuci tangan	Ada, jumlah terbatas tidak sebanding dengan jumlah petugas, Kondisi kurang terpelihara	Tidak ada	Ada Mencukupi Terpelihara	Ada Jumlah terbatas Tidak terpelihara	Ada Jumlah terbatas Terpelihara
2. Alat Pelindung Diri	Tidak ada	Tidak ada	Ada, jumlah mencukupi dan lengkap (sarung tangan, master, baju lab)	Ada Terbatas Tidak lengkap (Apron terbatas, tidak ada sarung tangan dan tidak ada master)	Ada Jumlah terbatas Tidak lengkap (sarung tangan, masker terbatas)

6.5. Perilaku petugas terhadap Keselamatan

Uraian	Farmasi	Medrec	Lab.	Radiologi	UGD
1. Cuci Tangan sebelum bekerja	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
2. Cuci tangan setelah bekerja	Tidak	Tidak	Ya	Kadang-kadang	Ya
3. Menggunakan masker	Tidak	Tidak	Sebagian besar petugas	Tidak	Sebagian kecil petugas pakai
4. Menggunakan sarung tangan	Tidak	Tidak	Ya. sebagian besar petugas pakai	Tidak	Sebagian kecil petugas
5. Baju Pelindung	Tidak	Tidak	Ya. sebagian besar petugas pakai	Tidak	Sebagian kecil petugas pakai

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. Analisa Univariat

7.1.1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan karakteristik dasar manusia yang berpengaruh terhadap perilaku. Namun beberapa penelitian menunjukkan tidak terdapatnya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa jumlah responden yang berjenis kelamin wanita lebih banyak yaitu 114 orang (68,7 %) jauh lebih banyak dibandingkan dengan yang berjenis kelamin laki-laki yaitu 52 orang (31,3%). Hal ini dikarenakan responden yang dijadikan sampel berasal dari bidang pekerjaan pelayanan medis yang banyak ditekuni perempuan. Dari data SDM juga memperlihatkan bahwa proporsi pekerja yang berjenis kelamin wanita lebih banyak dari petugas laki-laki.

7.1.2. Usia petugas

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa proporsi usia responden terbanyak yaitu pada kisaran usia antara 26 – 30 tahun sebanyak 35,5 % sebanyak 59 orang. Hal tersebut menunjukkan bahwa petugas yang bekerja di area Instalasi Gawat Darurat yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki usia yang cukup matang dan masuk golongan dewasa muda, yaitu sebagian besar berusia kurang dari 30 tahun.

Menurut Gunarsa, Singgih (1991) seluruh perkembangan manusia dibagi dalam tujuh tahap; prasekolah (0-6 tahun), masa sekolah (6-12 tahun), masa remaja (12 – 18 tahun), masa dewasa muda (21 – 40 tahun), masa dewasa madya (40 – 60 tahun), dan masa usia lanjut (> 60 tahun).

Faktor usia mempunyai hubungan langsung dengan logika berpikir dan pengetahuan seseorang. Semakin matang usia seseorang biasanya cenderung bertambah pengetahuan dan tingkat kedewasaannya. Kemampuan mengendalikan emosi pikirannya dapat mengurangi terjadinya kecelakaan.

Menurut Hurlock (1994), semakin tua usia seseorang akan mengalami penurunan fungsi fisiologis, fungsi batin dan fisik sehingga kemampuan untuk menyerap ilmu juga menurun jika dibandingkan dengan usia muda. Potensi terjadinya kecelakaan fatal dapat terjadi pada usia ini. Kesalahan kerja yang menyebabkan terjadinya kecelakaan kerja biasanya jauh lebih fatal pengaruhnya jikalau pekerja termasuk usia lanjut (Depnaker, 1995)

7.1.3. Profesi

Proporsi responden berdasarkan jenis pekerjaan yang terbanyak adalah paramedis (perawat) sebanyak 68 orang (41,6 %), kemudian tenaga penunjang medis sebanyak 67 orang (39,7 %) dan yang paling sedikit adalah tenaga medis sebanyak 31 orang (18,7%)

7.1.4. Lama Kerja

Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden telah bekerja di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin kurang dari 5 tahun yaitu

sebanyak 77 orang (46,4%) dan yang paling sedikit yaitu responden dengan masa kerja lebih dari 21 tahun sebanyak 8 orang (4,8%).

Lama kerja seseorang dapat dikaitkan dengan pengalaman. Semakin lama masa kerja seseorang maka semakin banyak pengalamannya. Berdasarkan pengalamannya, seseorang akan mendapat pelajaran bagaimana ia dapat bekerja secara aman. ILO (1995) menyatakan bahwa kecelakaan kerja dapat juga disebabkan oleh pekerja yang baru masuk dan masih kurang pengalaman.

Menurut Bird & Germain (1985) karyawan baru memerlukan perhatian lebih, pelatihan, pengawasan dan bimbingan daripada karyawan lama yang memiliki pengalaman. Segala sesuatu baru bagi mereka seperti teman sekerja, alat-alat, fasilitas kerja, prosedur kerja, kebiasaan dan peraturan-peraturan yang berlaku di perusahaan serta lingkungan tempat kerja mereka. Mereka berusaha memberi kesan yang baik pada perusahaan dan supervisor dengan melakukan pekerjaan dengan baik.

7.1.5. Jumlah jam kerja

Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden bekerja rata-rata 40 – 59 jam per minggu yaitu sebesar 139 orang (83,7%). Hal ini menunjukkan bahwa mereka rata-rata bekerja perhari 8 – 12 jam perhari dalam melayani pasien melebihi jam kerja mereka. Jumlah jam kerja yang panjang akan mengakibatkan kelelahan dan tidak konsentrasi petugas pada pekerjaan. Hal ini tentunya akan menyebabkan terjadinya perilaku tidak aman pada petugas yang dengan sendirinya dapat mengakibatkan terjadinya kecelakaan. Ini menunjukkan kebijakan manajemen yang lemah terutama dalam pengaturan waktu kerja.

7.2. Analisa Variabel-variabel *Safety Climate*

7.2.1. Aspek Organisasi

7.2.1.1. Komitmen Manajemen

Dari hasil penelitian diketahui bahwa persepsi semua profesi kesehatan baik tenaga medis, paramedis dan penunjang medis pada komitmen manajemen adalah kuat .

Pada Grafik 6.1 dan 6.2 terlihat bahwa nilai tentang komitmen manajemen terlihat paling kuat terdapat pada responden paramedis sedangkan persepsi paling lemah ada pada profesi medis. Hal ini disebabkan karena pihak manajemen rumah sakit melalui kepala Instalasi Gawat Darurat rutin mengadakan sosialisasi komitmen manajemen K3 terhadap petugas paramedis. Hal ini menunjukkan bahwa bahwa pihak manajemen rumah sakit telah berhasil meyakinkan petugas paramedis yang bekerja di area Instalasi Gawat Darurat .

Komitmen manajemen terhadap K3 didefinisikan sebagai persepsi responden tentang komitmen manajemen terhadap isu-isu yang berkaitan dengan K3 misalnya :

1. Manajemen bertindak meyakinkan petugas dalam hal-hal yang berguna untuk meningkatkan K3 secara berkelanjutan, hal ini dapat ditunjukkan dengan hal yang mendukung salah satunya adalah dengan menyediakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman .
2. Pihak manajemen rumah sakit terbuka dalam membahas masalah-masalah K3 baik isu-isu yang berkembang didalam organisasi maupun diluar organisasi. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya rapat-rapat K3 rutin yang membahas semua hal yang berhubungan dengan keselamatan petugas maupun pasien termasuk aset rumah sakit

3. Evaluasi dan investigasi segera dilakukan apabila terdapat masalah-masalah K3 atau terjadi kondisi yang tidak diinginkan terhadap keselamatan pasien maupun petugas.
4. Adanya pendapat bahwa pencegahan kecelakaan lebih baik daripada bertindak setelah kecelakaan terjadi, koreksi harus dilakukan secara terus menerus .
5. Para manajer dan supervisor harus mempunyai tanggung jawab terhadap semua petugas dalam hal keselamatannya.
6. Manajemen dapat mengantisipasi hal-hal yang dapat menyebabkan kecelakaan dengan usaha-usaha antara lain dengan membuat prosedur kerja yang jelas dan dapat dilaksanakan oleh semua pekerja.

Komitmen Manajemen RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung dapat terlihat dengan dibentuknya organisasi K3 Rumah Sakit yang langsung dibawah Direktur Utama. Selain organisasi non struktural juga dibentuk organisasi lain untuk melindungi pasien dan petugas seperti adanya Tim Keselamatan pasien, Panitia Pencegahan Infeksi, Tim penanggulangan AIDS. Selain itu telah tersedia prosedur-prosedur K3 yang dibuat oleh Komite Mutu-K3RS.

Komitmen Manajemen merupakan faktor penting dalam usaha penanggulangan kecelakaan, karena pada posisi manajemen tersebut sebagai penentu pengaturan pelayanan. Dalam kaitannya dengan manajemen, perlu digarisbawahi bahwa pelayanan/kegiatan operasional rumah sakit dapat berjalan dengan baik jika keselamatan kerja dipadukan dalam prosedur yang ada dalam unit pelayanan .

Diidalam pemeliharaan dan peningkatan budaya K3, manajemen K3 sebagai bagian dari organisasi K3 turut memberikan kontribusi sebagai berikut :

- a. Menciptakan komitmen K3 dari puncak pimpinan tertinggi sampai level pelaksana
- b. Menciptakan suasana kerja yang saling bekerjasama dengan menciptakan budaya K3 melalui pemberian perhatian pada kesejahteraan karyawan, saling terbuka, komunikasi yang baik, mendengarkan masalah yang dihadapi karyawan
- c. Komitmen organisasi untuk melakukan K3 dengan memberikan pelatihan rutin untuk semua level.

7.2.2. Persepsi petugas kesehatan mengenai Kebijakan K3

Dari hasil penelitian terlihat bahwa persepsi mengenai kebijakan K3 dengan nilai terkuat ada pada profesi paramedis (89,86%), pada profesi medis dan penunjang medis keduanya menunjukkan persepsi lemah. Hal ini disebabkan bahwa paramedis merupakan tenaga tetap yang rutin dikutsertakan dalam program pelatihan K3. Pada profesi penunjang karena umumnya mereka adalah tenaga kontrak dan selalu dinas sore/malam mereka kurang mendapat informasi mengenai K3. Sedangkan pada tenaga medis, mereka umumnya dokter yang sedang melaksanakan pendidikan spesialis dan mendapat pengenalan tentang RSHS hanya pada awal mereka masuk sebagai calon dokter spesialis.

Dari hasil observasi lapangan terlihat bahwa Kebijakan K3 belum diketahui oleh semua petugas karena Kebijakan tertulis K3 yang ada masih tersimpan didalam dokumen akreditasi.

Menurut Permenaker 05/Men/1996, disebutkan bahwa kebijakan K3 adalah suatu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh pengusaha dan atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tujuan perusahaan, komitmen dan tekad

melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum dan atau operasional.

Dari hasil cek dokumen Kebijakan didapat hasil bahwa RSHS sebetulnya sudah mempunyai kebijakan K3 yang jelas dan tertulis, sudah terdokumentasi dengan baik dan sudah disosialisasikan ke sebagian petugas khususnya petugas paramedis . Sosialisasi pada petugas medis baru pada level pimpinan yaitu kepala UPF/Bagian, sedangkan sosialisasi pada tenaga penunjang medis belum ada. Oleh karena itu dari hasil penelitian pada petugas medis dan paramedis mempunyai persepsi yang lemah.

7.2.3. Persepsi petugas kesehatan mengenai pimpinan

Pada aspek pimpinan petugas kesehatan yang mempunyai persepsi kuat adalah paramedis dan medis . Pada aspek ini pimpinan dalam hal ini kepala Instalasi Gawat Darurat sangat terbuka menerima saran dan kritik serta masukan tentang masalah K3, aktif memberikan informasi tentang tugas-tugas yang harus dikerjakan pada petugas serta selalu memberikan informasi dan pelatihan kepada stafnya yang berkaitan dengan masalah K3.

Pada tenaga penunjang medis 50,75 % mempunyai persepsi negatif. Hal tersebut disebabkan pada tenaga penunjang medis terdiri dari berbagai pelayanan yaitu analis, apoteker, radiografer, petugas medical record dan penata jasa kasir mempunyai berbagai macam gaya kepemimpinan sehingga tidak semuanya mempunyai persepsi lemah.

7.2.4. Persepsi petugas kesehatan mengenai Sistem Informasi K3

Dari hasil penelitian terlihat bahwa persepsi petugas kesehatan mengenai sistem informasi K3 semuanya lemah baik menurut tenaga medis, paramedis maupun penunjang.

Dari aspek organisasi yang mempunyai nilai paling lemah menurut persepsi tenaga medis adalah sistem pelaporan dan sistem informasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga medis belum mengetahui tentang K3 di rumah sakit, bagaimana sistem pelaporan jika terjadi insiden pada pasien ataupun petugas. 22 orang responden dari 31 responden tidak mengetahui adanya sistem pelaporan dan sistem informasi. Dari hasil pengecekan dokumen tentang SOP pelaporan kecelakaan kerja pada pasien maupun petugas, SOP tersebut masih dalam proses penyusunan dan belum disosialisasikan kesemua petugas.

Selain itu, sebagian besar responden adalah dokter yang sedang melaksanakan pendidikan spesialis mereka tidak mendapatkan informasi tentang hal tersebut. Berdasarkan pengecekan kepada bidang diklat pada materi pelatihan PPDS yang diselenggarakan oleh Bidang Diklat, peneliti mendapatkan bahwa mereka tidak mendapatkan materi mengenai sistem pelaporan insiden ataupun informasi tentang K3 Rumah sakit. Bila terjadi kecelakaan kerja selama ini mereka langsung diobati dan tidak melaporkan kejadian kecelakaan tersebut sehingga data kecelakaan tidak tercatat.

Sosialisasi K3 terhadap petugas medis khususnya residen belum mencakup semua aspek khususnya aspek K3, sehingga petugas medis belum semuanya mengetahui adanya organisasi K3 di RSHS.

7.2.5. Persepsi petugas mengenai Prosedur / SOP keselamatan

Dari hasil penelitian terlihat bahwa persepsi petugas mengenai Prosedur Keselamatan mempunyai nilai lemah pada semua profesi baik medis, paramedis dan penunjang medis. Umumnya mereka bekerja tanpa melihat prosedur keselamatan khususnya untuk keselamatan diri petugas.

Untuk prosedur kesehatan kerja petugas telah mengikuti prosedur yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, namun prosedur untuk keselamatan diri petugas mereka kurang mempedulikan.

Dari hasil pengecekan dokumen prosedur, prosedur kerja maupun prosedur keselamatan sudah ada, sudah ditandatangani pimpinan namun karena penyimpanan dokumen tidak diketahui oleh setiap petugas, maka petugas tidak mengetahui adanya prosedur keselamatan tersebut.

7.2.6. Persepsi petugas mengenai Prosedur Sistem Pelaporan Insiden

Dari hasil penelitian terlihat bahwa persepsi petugas mengenai Sistem pelaporan insiden mempunyai nilai lemah pada semua profesi baik medis, paramedis dan penunjang medis. Umumnya mereka tidak mengetahui sistem pelaporan kecelakaan kerja baik terhadap pasien maupun petugas.

Dari hasil pengecekan dokumen sistem pelaporan insiden, prosedur pelaporan insiden sudah tersedia dan sudah disosialisasikan pada sebagian kecil petugas dan sudah ditandatangani pimpinan. Sosialisasi sistem pelaporan baru dilaksanakan selama dua bulan pada 90 (sembilan puluh) orang petugas.

7.2.7. Persepsi petugas mengenai Lingkungan Kerja

Dari hasil penelitian terlihat bahwa persepsi petugas mengenai Lingkungan Kerja pada petugas paramedis dan penunjang mempunyai persepsi yang kuat. Sedangkan pada tenaga medis mempunyai persepsi lemah.

Hal tersebut menunjukkan bahwa tenaga medis mempunyai kekhawatiran selama bekerja di Instalasi Gawat Darurat karena ditempat ini potensi bahaya cukup tinggi. Sewaktu-waktu mereka bisa celaka dan terkena penyakit akibat kerja.

Dari hasil observasi lapangan untuk lingkungan fisik terlihat bahwa kondisi lingkungan di Instalasi Gawat Darurat pada sore dan malam hari sangat ramai dan penuh. Ini tentunya membuat petugas medis sering kewalahan, bekerja dengan ekstra dan harus cepat. Selain itu jumlah petugas yang terbatas serta keluarga pasien yang seringkali datang dalam kondisi panik membuat petugas bekerja ekstra.

Kondisi lingkungan kebersihan pada sore dan malam hari seringkali kotor. Sampah medis pada tempat-tempat sampah cepat penuh karena jumlah pasien yang datang jauh lebih banyak dibandingkan pagi hari. Selain itu fasilitas Toilet pasien yang rusak dan jumlah wastafel yang terbatas membuat persepsi tenaga medis terhadap lingkungan kerja menjadi lemah.

7.3. Aspek Person

Dari hasil penelitian terlihat bahwa petugas kesehatan baik medis, paramedis maupun penunjang medis mempunyai persepsi kuat terhadap pentingnya keselamatan dan persepsi bahaya. Namun pada aspek tanggung jawab keselamatan semuanya mempunyai nilai lemah.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar petugas kesehatan sudah menyadari betapa pentingnya masalah keselamatan dalam bekerja namun belum menyadari tanggung jawab masing-masing terhadap aspek keselamatan. Masalah keselamatan diserahkan ke unit K3 yaitu Komite Mutu-K3.

Meskipun di RSHS mempunyai unit K3 tersendiri yang bertanggung jawab akan keselamatan rumah sakit, bukan berarti tanggung jawab tersebut sepenuhnya menjadi tanggung jawab unit K3 tersebut. Terlebih lagi Komite K3 tidak setiap waktu dapat mengawasi dan mengendalikan aspek keselamatan tiap individu. Sehingga masing-masing individu petugas juga memiliki tanggung jawab akan aspek keselamatan dirinya sendiri, orang lain dan perusahaan secara umum.

Guest (1994) mengindikasikan rendahnya tanggung jawab individu terhadap aspek keselamatan pada suatu budaya keselamatan yang bermasalah, tanggung jawab keselamatan diserahkan semua kepada unit khususnya ataupun kepada para ahlinya. Sehingga Arthur D.Little menyarankan sebaiknya tiap individu diberikan tanggung jawab masing-masing oleh manajemen perusahaan untuk menyelesaikan masalah-masalah tersebut kepada ahlinya. Dengan demikian pekerja akan terbiasa untuk bertanggung jawab sendiri mengenai masalah keselamatan tersebut, dan lama-lama akan terbentuk rasa tanggung jawab terhadap keselamatan perusahaan

7.4. Aspek Behavior

Dari hasil penelitian diketahui bahwa jumlah responden yang bekerja dengan perilaku aman (*safe behavior*) yang memiliki persepsi kuat adalah 47 orang (28,3%) lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah responden yang memiliki perilaku persepsi lemah yaitu 119 orang (71,69%).

Melihat perbandingan persentase petugas yang mempunyai perilaku kuat maupun lemah sangat jauh perbedaannya. Hal ini menunjukkan bahwa banyak petugas di Instalasi Gawat Darurat yang belum berperilaku aman ketika bekerja khususnya aman untuk petugas maupun pasien.

Hal tersebut sejalan dengan aspek yang sebelumnya telah dijelaskan yaitu aspek organisasi, dimana pada aspek organisasi diketahui bahwa persepsi pekerja pada aspek prosedur, sistem informasi dan pelaporan termasuk lingkungan kerja masih lemah. Hal ini tercermin dari perilaku petugas saat bekerja yang kurang baik. Karena diketahui bahwa persepsi merupakan salah satu faktor internal yang mempengaruhi perilaku seseorang.

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi perilaku yang tampak dari seseorang, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu yang berkaitan dengan diri pribadi seperti kebutuhan, motivasi, kepribadian, harapan, pengetahuan, persepsi, dan lain-lain. Sedangkan faktor eksternal berasal dari luar diri seseorang seperti kelompok, lingkungan, keluarga, perusahaan, masyarakat dan lain sebagainya.

Perilaku atau tindakan tidak aman dan *unsafe condition* tidak dengan sendirinya menghasilkan kecelakaan, kendati tidak cukup, ketiadaan pengetahuan, penilaian yang tidak baik terhadap risiko (Heinrich, 1980).

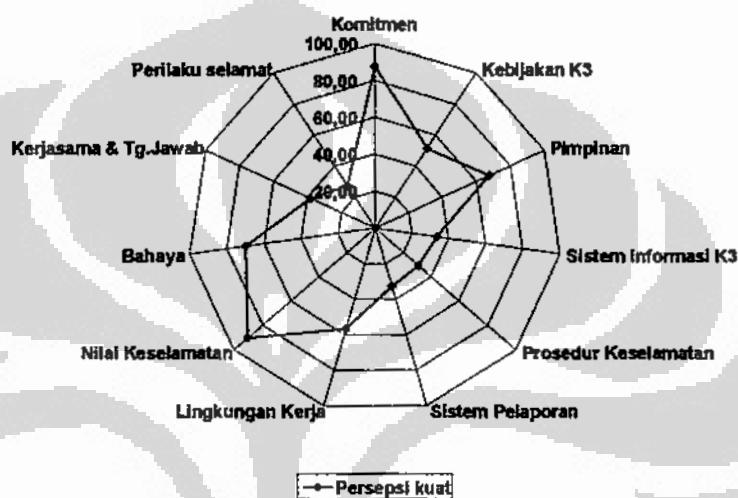
7.3. Analisa Profil *Safety Climate* Tenaga Kesehatan

7.2.1. Profil tenaga kesehatan keseluruhan

Profil *safety climate* seperti terlihat pada grafik radar 1. Pada grafik tersebut terlihat bahwa variabel yang paling kuat adalah variabel Prioritas pribadi dan

kebutuhan akan keselamatan (*Personal Prioritis*) sedangkan variabel paling rendah adalah variabel persepsi mengenai perilaku aman dalam bekerja.

Grafik 7.2.
Persepsi Safety Climate pada tenaga kesehatan
di Instalasi Gawat Darurat RSUP. dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008



Berdasarkan hasil analisis, maka terlihat bahwa tenaga paramedis mempunyai Profil *safety Climate* yang paling kuat dibandingkan dengan profesi medis dan penunjang medis. Hal ini ditunjukkan dengan adanya 7 (tujuh) variabel dari item *safety climate* yang positif yaitu meliputi aspek komitmen manajemen, lingkungan kerja, gaya manajemen atau pimpinan, pemenuhan sistem keselamatan, lingkungan pendukung, keterlibatan dan aspek *Personal prioritis*.

Selain itu, Profil *safety climate* paramedis positif atau lebih baik dari profesi lain diperkuat dengan hasil wawancara kepada kepala Instalasi Gawat Darurat dan cek list dokumen yaitu :

- Bahwa kepala IGD secara rutin memberi informasi K3 kepada staf IGD melalui rapat rutin dan briefing sebelum bekerja.

- Kepala IGD selalu berkomunikasi dengan Kepala ruangan ataupun staf IGD untuk menginformasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan keselamatan.
- Hubungan atasan dan bawahan terlihat sangat baik, hubungan antar petugas juga terlihat baik tidak ada konflik.
- Kondisi-kondisi tidak aman selalu dilaporkan kepada atasan, namun tindak lanjut dari pelaporan yang lama. Sehingga untuk pemeliharaan / perbaikan IGD sering meneluarkan biaya sendiri
- Kerjasama antar petugas di unit IGD sangat baik, namun kerjasama dengan bidang penunjang medis sering mengalami hambatan khususnya dengan bagian administrasi, laboratorium ataupun radiologi. Misalnya Waktu pemeriksaan lama, dokumen foto hilang, dll .
- Dari hasil pemeriksaan dokumen SOP, ketersediaan SOP di D sudah cukup lengkap demikian juga untuk fasilitas pendukungnya.
- Namun dari aspek perilaku , petugas kurang *safety* karena ketersediaan jumlah Alat Pelindung Diri yang masih terbatas.

Seperti yang dijelaskan oleh the HSE pada *Offshore Safety Division* bahwa *safety climate* diperusahaan dipandang sebagai berikut :

- Sebagai atribut organisasi yang obyektif
- Ditunjukkan oleh adanya kebijakan keselamatan, sistem dan proses, struktur serta laporan. Hal ini dapat dihasilkan dari observasi yang telah dilakukan sebagai persepsi organisasi/kelompok.
- Ditunjukkan dengan adanya persepsi dari pekerja, kontraktor, dll tentang keberadaan kebijakan K3 tertulis yang diketahui oleh semua petugas, hal tersebut diperoleh dari hasil wawancara dan kuesioner yang dikumpulkan .

- Sebagai persepsi individu, ditunjukkan adanya komitmen pekerja, sikap, tanggung jawab dan perilaku sebagian besar dinyatakan baik.

7.3. Analisis Profil Safet Climate Pada Profesi Medis

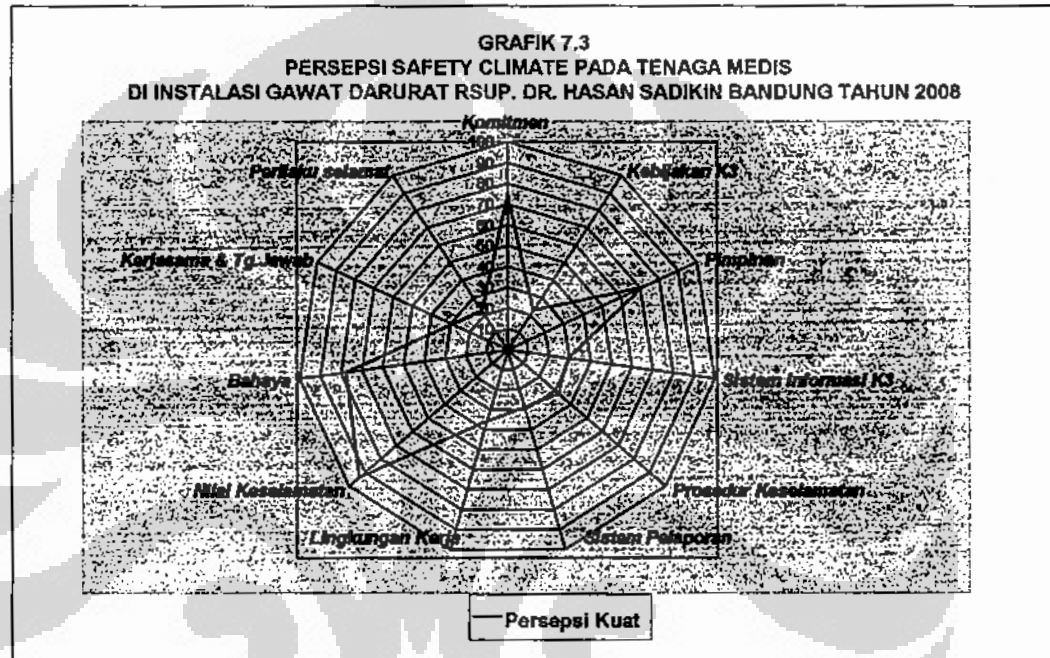
Profil Safety Climate pada responden dengan profesi medis dapat terlihat pada gambar 2. Pada gambar terlihat bahwa variabel yang paling kuat adalah variabel no.8 yaitu *Personal prioritis*. Variabel tersebut berada paling luar grafik, sedangkan variabel yang paling lemah adalah No.11 yaitu aspek perilaku selamat.

Prioritas Pribadi dan kebutuhan akan keselamatan (*Personal Priority*) dalam penelitian ini didefinisikan sebagai pandangan individu tentang keselamatan dari petugas tentang cara memandang risiko bahaya, indikator ini dapat ditunjukkan dengan adanya keyakinan semua petugas tentang kemungkinan seseorang mengalami kecelakaan setiap waktu.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di lapangan, banyak faktor yang menyebabkan persepsi petugas terhadap perilaku selamat berada paling rendah yaitu:

- Jumlah kecelakaan petugas yang terjadi di Instalasi Gawat Darurat khususnya kecelakaan tertusuk jarum yang sering terjadi. penelitian Komie Mutu-K3RS tahun 2007, diketahui bahwa data kecelakaan kerja yang berhubungan dengan darah mencapai 59,6 % lebih tinggi dari kecelakaan kerja yang terjadi tahun 2006.
- Ketersediaan Alat Pelindung Diri yang sangat terbatas tidak sebanding dengan jumlah petugas yang menangani pasien seperti : masker, sarung tangan dan baju pelindung petugas.

- Fasilitas cuci tangan yang terbatas dan tidak lengkap seperti tidak adanya sabun, desinfectan dan pengering
- Kondisi lingkungan kerja yang menuntut petugas bekerja maksimal sehingga periode istirahat petugas sangat kurang.



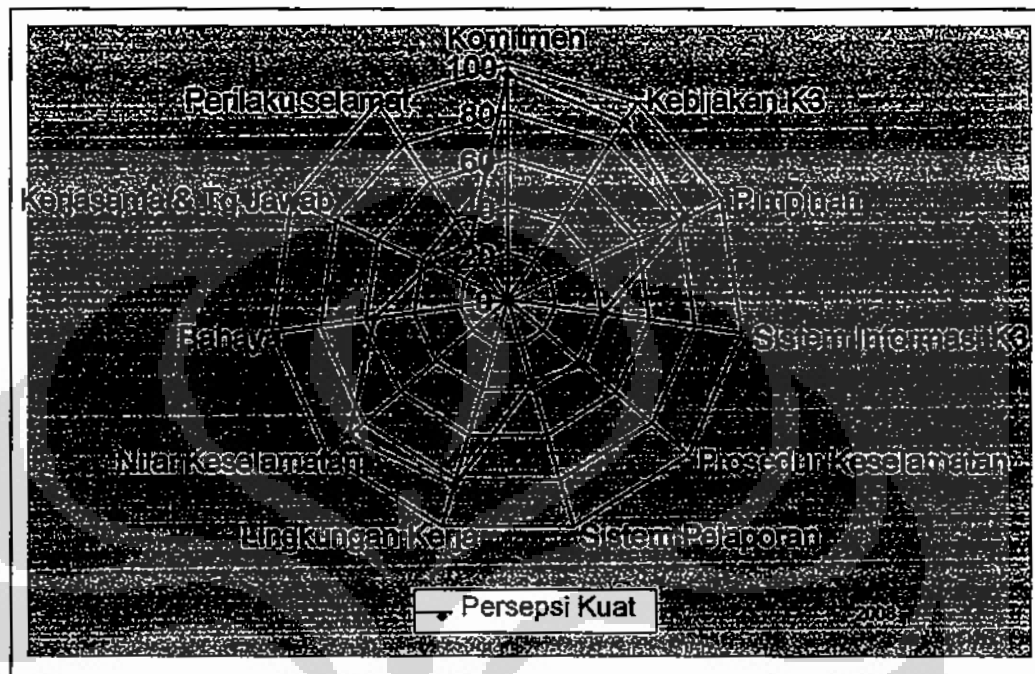
7.4. Tenaga Paramedis

Profil Safety climate pada tenaga paramedis terlihat pada gambar 3. Pada gambar terlihat bahwa variable yang paling kuat adalah variable no.1 yaitu komitmen manajemen yang berada paling luar dari grafik. Sedangkan variable yang paling lemah adalah variable no 11. yaitu perilaku aman yang berada paling dalam grafik.

Penilaian yang besar terhadap variable nilai-nilai yang ada menunjukkan bahwa nilai-nilai yang ditunjukkan adanya komitmen manajemen terhadap K3 yang kuat dari rumah sakit membuat persepsi petugas paramedis makin kuat. Hal ini juga sesuai dengan hasil wawancara dan observasi di lapangan.

GRAFIK 7.4

PERSEPSI SAFETY CLIMATE TENAGA PARAMEDIS
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN



Komitmen manajemen terhadap K3 didefinisikan sebagai persepsi responden tentang komitmen manajemen terhadap isu-isu yang berkaitan dengan K3 misalnya :

7. Manajemen bertindak meyakinkan petugas dalam hal-hal yang berguna untuk meningkatkan K3 secara berkelanjutan, hal ini dapat ditunjukkan dengan hal yang mendukung salah satunya adalah dengan menyediakan organisasi K3 yang langsung dibawah direktur selain itu terdapatnya kebijakan K3 yang jelas pada organisasi
8. Pihak manajemen rumah sakit terbuka dalam membahas masalah-masalah K3 baik isu-isu yang berkembang didalam organisasi maupun diluar organisasi. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya rapat-rapat K3 rutin yang membahas semua hal yang berhubungan dengan keselamatan petugas maupun pasien termasuk aset rumah sakit

9. Evaluasi dan investigasi segera dilakukan apabila terdapat masalah-masalah K3 atau terjadi kondisi yang tidak diinginkan terhadap keselamatan pasien maupun petugas.
10. Adanya pendapat bahwa pencegahan kecelakaan lebih baik daripada bertindak setelah kecelakaan terjadi, koreksi harus dilakukan secara terus menerus .
11. Para manajer dan supervisor harus mempunyai tanggung jawab terhadap semua petugas dalam hal keselamatannya.
12. Manajemen dapat mengantisipasi hal-hal yang dapat menyebabkan kecelakaan dengan usaha-usaha antara lain dengan membuat prosedur kerja yang jelas dan dapat dilaksanakan oleh semua pekerja.

Komitmen Manajemen RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung dapat terlihat dengan dibentuknya organisasi K3 Rumah Sakit yang langsung dibawah direksi . Selain organisasi non structural juga dibentuk organisasi lain untuk melindungi pasien dan petugas seperti adanya Tim Keselamatan pasien, Panitia Pencegahan Infeksi, Tim penanggulangan AIDS. Selain itu telah tersedia prosedur-prosedur K3 yang dibuat oleh Komite Mutu-K3RS .

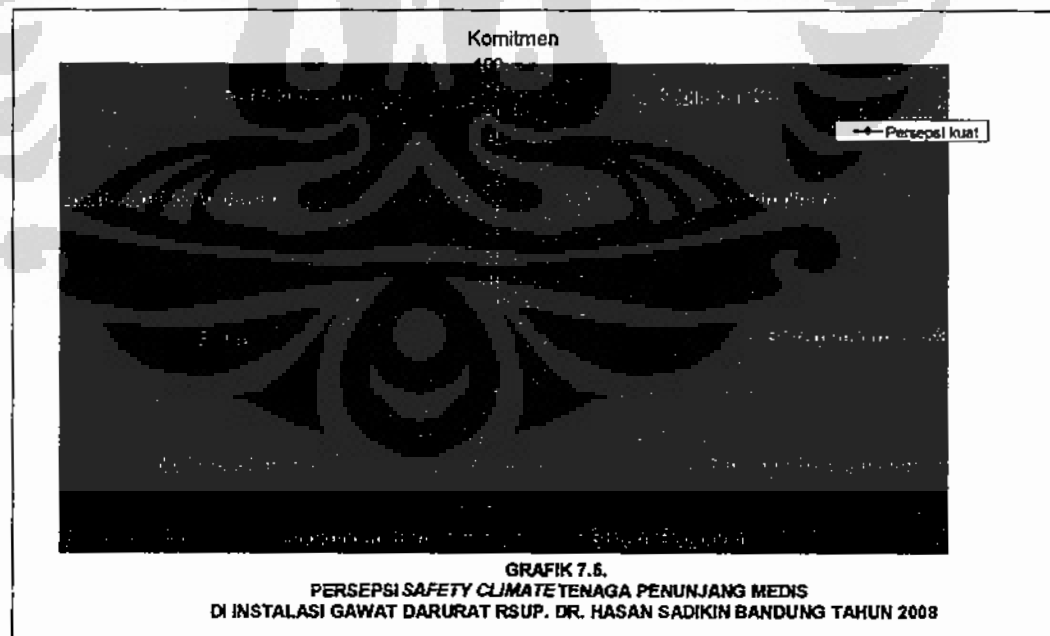
Komitmen Manajemen merupakan faktor penting dalam usaha penanggulangan kecelakaan, karena pada posisi manajemen tersebut sebagai penentu pengaturan pelayanan. Dalam kaitannya dengan manajemen, perlu digarisbawahi bahwa pelayanan /kegiatan operasional rumah sakit dapat berjalan dengan baik jika keselamatan kerja dipadukan dalam prosedur yang ada dalam unit pelayanan .

Diidalam pemeliharaan dan peningkatan budaya K3, manajemen K3 sebagai bagian dari organisasi K3 turut memberikan kontribusi sebagai berikut :

- d. Menciptakan komitmen K3 dari puncak pimpinan tertinggi sampai level pelaksana
- e. Menciptakan suasana kerja yang saling bekerjasama dengan menciptakan budaya K3 melalui pemberian perhatian pada kesejahteraan karyawan, saling terbuka, komunikasi yang baik, mendengarkan masalah yang dihadapi karyawan
- f. Komitmen organisasi untuk melakukan K3 dengan memberikan pelatihan rutin untuk semua level.

6.3.3. Tenaga Penunjang

Profil Safety Climate pada responden penunjang terlihat pada gambar 4. Pada gambar 4 terlihat bahwa variable yang paling kuat adalah variable no.1 yaitu komitmen manajemen dan yang paling lemah adalah variable no.11 yaitu aspek perilaku selamat.



Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala unit kerja umumnya tenaga penunjang tidak mendapatkan informasi K3 baik dari atasan ataupun dari management rumah sakit. Umumnya petugas penunjang adalah tenaga kontrak sehingga sering tidak diikutsertakan untuk mengikuti pelatihan. Atasan di bagian penunjang juga tidak pernah melengkapi dengan APD ataupun SOP keselamatan , sehingga wajar bila banyak petugas penunjang yang berpersepsi negative.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

7. 1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis *safety climate* tenaga kesehatan di Instalalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Profil *Safety Climate* petugas kesehatan di Instalalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin dapat dikatakan lemah dengan kata lain penerapan aspek *safety* di Instalalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung masih kurang baik. Hal ini dapat dilihat dari aspek-aspek berikut :

A. Aspek *Person*

- a. Persepsi petugas kesehatan mengenai pentingnya *safety* mempunyai persepsi kuat dan dapat dikatakan bahwa kesadaran petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung mengenai pentingnya aspek *safety* sudah baik.
- b. Persepsi petugas kesehatan mengenai tanggung jawab keselamatan sebagian besar masih lemah dan dapat dikatakan petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung Belum menyadari tanggung jawabnya msing-masing mengenai aspek *safety*.
- c. Persepsi petugas kesehatan mengenai Prosedur Keselamatan sebagian besar lemah dan dapat dikatakan kesadaran petugas kesehatan di Instalasi Gawat

Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung akan pentingnya mengikuti prosedur/SOP ketika bekerja masih kurang.

B. Aspek *Behavior*

Gambaran aspek *Behavior* petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung juga dapat dikatakan masih lemah. Sebagian besar petugas ketika bekerja masih banyak yang berperilaku tidak aman, yaitu sekitar 121 orang (72,86%) dari total petugas yang menjadi responden dalam penelitian ini.

C. Aspek Organisasi

Gambaran aspek organisasi di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung pada aspek komitmen manajemen, kebijakan K3 dan Lingkungan Kerja dapat dikatakan sudah kuat, dengan kata lain penerapan aspek keselamatan pada ketiga aspek tadi sudah baik. Hal ini dapat ditunjukkan melalui ketiga variabel yang telah diukur yaitu :

- a. Persepsi petugas kesehatan mengenai komitmen manajemen terhadap aspek *safety* lebih banyak yang kuat dan dapat dikatakan sebagian besar petugas berpersepsi baik terhadap komitmen manajemen yaitu sebanyak 145 orang (87,46%).
- b. Persepsi Persepsi petugas kesehatan mengenai kebijakan K3 lebih banyak yang kuat yaitu 85 orang (51,41%) dan dapat dikatakan komitmen manajemen terhadap aspek *safety* sudah baik.

- c. Persepsi petugas kesehatan mengenai Lingkungan Kerja lebih banyak yang kuat yaitu sebanyak 94 orang (56,78%) dan dapat dikatakan komitmen manajemen terhadap aspek *safety* sudah baik.

Pada aspek sistem informasi K3, Prosedur dan sistem pelaporan yang menyangkut aspek *safety* masih lemah yaitu :

- a. Persepsi petugas kesehatan mengenai sistem informasi K3 lebih banyak yang lemah yaitu sebanyak 56 orang (33,65%) dan dapat dikatakan sistem informasi K3 di Instalasi Gawat Darurat RSUP.dr. Hasan Sadikin Bandung masih Belum baik
- b. Persepsi petugas kesehatan mengenai prosedur lebih banyak yang lemah yaitu sebanyak 51 orang (30,73%) dan dapat dikatakan prosedur keselamatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung masih kurang baik
- c. Persepsi petugas kesehatan mengenai sistem pelaporan kecelakaan lebih banyak yang lemah yaitu sebanyak 54 orang (32,70%) dan dapat dikatakan sistem pelaporan kecelakaan kerja di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung masih kurang baik

2. Gambaran Karakteristik responden

- a. Jumlah responden yang berjenis kelamin wanita yaitu sebanyak 114 orang (68,7 %) lebih banyak dibanding responden laki-laki dengan jumlah 52 orang (31,3%)
- b. Usia responden terbanyak yaitu pada kisaran usia antara 26 – 30 tahun sebanyak 59 orang (35,5%)
- c. Profesi yang terbanyak adalah paramedis (perawat) sebanyak 68 orang (41,6 %)

- d. Sebagian besar responden bekerja di RSUP. Dr. Hasan Sadikin kurang dari 5 yaitu sebanyak 77 orang (46,4%)
 - e. Sebagian besar responden bekerja rata-rata 40 – 59 jam per minggu yaitu sebesar 134 orang (80,7%).
 - f. Latar belakang pendidikan terbanyak adalah Diploma sebanyak 96 orang (57,8%)
3. Profil *safety climate* pada tenaga medis dapat dikatakan lemah dengan kata lain penerapan aspek *safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung masih kurang baik Hal tersebut dapat dilihat dari persepsi terhadap item *safety climate* pada aspek person, aspek organisasi maupun aspek perilaku yaitu :
- a. *Aspek person*

Pada aspek *person* sebagian besar tenaga medis berpersepsi lemah terhadap nilai-nilai keselamatan. Hal ini dapat dikatakan bahwa petugas medis belum menyadari pentingnya aspek *safety* selama bekerja
 - b. *Aspek Organisasi*

Pada aspek organisasi sebagian besar tenaga medis berpersepsi lemah pada kebijakan K3, prosedur keselamatan, sistem pelaporan dan lingkungan kerja. Hal ini dapat dikatakan bahwa persepsi tenaga medis terhadap empat variabel diatas kurang baik.
 - c. *Aspek Behavior*

Gambaran aspek *Behavior* tenaga medis di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung juga dapat dikatakan masih lemah. Sebagian besar tenaga medis ketika bekerja masih banyak yang berperilaku tidak aman, yaitu

sekitar orang 24 orang (77,42%) dari total tenaga medis yang menjadi responden dalam penelitian ini.

4. Gambaran *Safety climate* pada tenaga paramedis dapat dikatakan kuat dengan kata lain penerapan aspek *safety* tenaga paramedis di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung sudah baik. Hal tersebut dapat dilihat dari persepsi terhadap item *safety climate* yang umumnya mempunyai persepsi kuat yaitu :

- a. Aspek *person*

Pada aspek *person* sebagian besar tenaga paramedis berpersepsi kuat pada item nilai keselamatan dan bahaya. Hal ini dapat dikatakan bahwa petugas paramedis sudah menyadari pentingnya aspek *safety* selama bekerja.

Pada item kerjasama dan tanggung jawab, persepsi petugas paramedis lemah.

- b. Aspek Organisasi

Pada aspek organisasi sebagian besar tenaga paramedis berpersepsi kuat pada item komitmen manajemen, kebijakan K3, pimpinan dan lingkungan kerja. Hal ini dapat dikatakan bahwa persepsi tenaga paramedis terhadap empat variabel diatas sudah baik.

Pada item sistem informasi K3, prosedur keselamatan dan sistem pelaporan mempunyai persepsi yang lemah.

- c. Aspek *Behavior*

Gambaran aspek *Behavior* tenaga paramedis di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung juga dapat dikatakan masih lemah. Sebagian besar tenaga paramedis ketika bekerja masih banyak yang berperilaku tidak aman,

yaitu sekitar orang 49 orang (71,01%) dari total tenaga paramedis yang menjadi responden dalam penelitian ini.

7.2.Saran-saran

Melihat kesimpulan diatas, maka saran yang dapat diberikan adalah

1. Menyediakan Pelatihan /sosialisasi K3RS

- Bagi dokter yang bekerja di lingkungan RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung disarankan wajib mengikuti pelatihan K3RS. Kewajiban ini tercantum dalam peraturan rumah sakit yang disertai sanksi bagi yang tidak mengikuti, sehingga jelas dasar hukumnya.
- Pelatihan mengenai K3RS juga diwajibkan untuk seluruh residen dan Co-as. Dan kewajiban ini dicantumkan didalam MOU (nota kesepahaman) antara RSUP. Dr. Hasan Sadikin dengan Fakultas Kedokteran/Institusi pendidikan
- Petugas paramedis (perawat dan bidan) termasuk penunjang medis disarankan diikutsertakan dalam pelatihan K3

Pelatihan yang diberikan dengan maksud untuk :

- Meningkatkan pengetahuan dokter, residen, co-ass, paramedis dan penunjang medis mengenai aspek-aspek keselamatan di rumah sakit , mengenai konsep budaya keselamatan dan risiko bahaya bekerja di rumah sakit.

- Meningkatkan kesadaran petugas akan pentingnya aspek keselamatan terutama ketika mereka bekerja.
- Meningkatkan perilaku aman ketika bekerja

Narasumber pelatihan dapat dilakukan oleh intern rumah sakit dari unsur Komite Mutu-K3RS, Tim Keselamatan pasien, Tim HIV-AIDS, Panitia Pencegahan Infeksi Rumah sakit .

Bila mendatangkan dari luar disarankan mendatangkan ahli-ahli keselamatan dari unsur akademisi (MK3UI), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), Direktorat Pusat Kesehatan Kerja Depkes dan Depnaker.

Selain para ahli keselamatan disarankan juga mengundang ahli psikologi K3.

Hal ini penting untuk menanamkan kesadaran mengenai pentingnya keselamatan khususnya pada tenaga medis (dokter, residen dan co-ass) yang memerlukan metoda dan penanganan tersendiri.

Waktu yang disarankan untuk tenaga medis :

- Para dokter biasanya pada pagi hari sibuk melayani pasien, untuk para dokter informasi K3 disampaikan pada waktu rapat bagian atau dengan direksi
- Residen dan Co-as disarankan saat pertama kali mereka masuk rumah sakit sebelum masuk kebagian-bagian mendapatkan pembekalan mengenai K3RS yang mencakup konsep budaya K3RS, prosedur pelaporan kecelakaan kerja, prosedur kerja aman, sistem informasi K3.

- Paramedis dan Penunjang disarankan mendapatkan informasi tentang K3 tidak hanya melalui pelatihan yang diadakan Bidang Diklat tapi juga setiap sebelum bekerja mendapat briefing dan informasi K3 dari kepala unit kerjanya.
2. Memasang tanda-tanda keselamatan /gambar-gambar, hal ini akan berperan dalam merubah sikap kerja.
- Tanda keselamatan/gambar/poster yang dipasang disesuaikan dengan kondisi tempat kerja misalnya :
- Gambar pemakaian Masker, sarung tangan, dll
 - Poster : Pemakaian jarum suntik yang aman
 - Tulisan : Safety Box untuk jarum suntik bekas
3. Dari aspek organisasi sebaiknya pihak manajemen :
- Sering melakukan kunjungan /inspeksi K3 ke unit-unit kerja
 - Turut aktif dalam kegiatan investigasi kecelakaan , insiden dan penyakit akibat kerja
 - Turut serta aktif dalam rapat-rapat yang diselenggarakan unit kerja sehingga manajemen mengetahui permasalahan-permasalahan yang dihadapi unit kerja
4. Menyediakan prosedur kerja yang jelas dan mudah dipahami dan mudah diimplementasikan, sebaiknya dalam proses pembuatan prosedur melibatkan petugas yang nantinya akan menggunakan prosedur kerja tersebut

5. Menyediakan sarana keselamatan yang memadai misalnya sarung tangan, masker dan baju pelindung yang cukup untuk semua petugas yang bekerja di daerah risikp tinggi
6. Membuat peraturan yang lebih tegas untuk semua petugas, tanpa memandang profesi petugas apakah dokter, perawat atau tenaga penunjang. Bagi petugas yang melanggar peraturan tersebut segera diberi tindakan berupa sangsi tanpa kompromi. Sebaiknya sangsi yang ada tidak terlalu ringan sehingga petugas tidak menyepelekan aturan tersebut dan tidak terlalu memberatkan petugas sehingga petugas merasa terbebani dengan adanya aturan tersebut.
7. Membuat sistem penghargaan agar petugas lebih termotivasi dalam bekerja. Sistem penghargaan ini harus disosialisasikan kepada seluruh petugas yang dapat dituangkan kedalam bentuk poster yang dipasang di setiap unit kerja.
8. Rumah sakit secara rutin mendatangkan ahli keselamatan dan kesehatan kerja, ahli keselamatan pasien setiap bulan atau tiga bulan sebagai konsultan rumah sakit mengenai aspek keselamatan

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah Nasrun (Eds), 1988, Naskah lengkap simposium –Lokakarya nasional *Pengendalian Infeksi Nasional*, RSUD.Dr. Soetomo-FK Unair, Surabaya
- Benenson,As (ed), 1990, *Control of Communicable Diseases in Man: The Amer.Publ, Health ASS, Washington.*
- Bird,F,E.,& Germain, G.L., 1992., *Practical Loss Control Leadership*, 2nd rev ed, Georgia USA : Institute Publishing
- Cermino, Annick, 1998, *Management of Safety, Safety culture and Self Assessment*, Director Division of Nuclear Installation Safety International Atomic Energy Agency
- Ciavarelli, A., Jr & Figlock., R. 1996, *Organizational Factors in Aviation Accident*, Proceedings of The Ninth International Symposium on Aviation Psychology. Columbus, OH : Departement of Aviation.
- Colling, David A. (1990), *Industrial Safety, Managemant and Technologi*, New Jersey : Practice Hall
- Cooper, M.D & Phillips, R.A., 2004. *Explaratory Analysis of The Safety Climate and Safety Behavior Relationship*. Journal of Safety Research, Vol. 35
- Cooper Dominic, 2000 *Towards a Model of Safety Culture.*, Safety Science . Vol 36
- Cooper, Dominic., 1995 ., *Measurement of Safety Culture : A component Analysis* Institut of Occupational Safety and Health Meening.

Dedobbeleer, N & Beland, F, 1991. A Safety Climate Measure for Construction Sites ,
Journal Safety Science. Vol. 22

Denison, Daniel R., 1990 Corporate Culture and Organizational Effectiveness. New York
:: John Wiley & Sons Publisher

Douglas, M.D. and Robertson I.T., *The Psychology of Personal Selection: A Quality
Approach*, London .1992

Dep.Kes.RI, 1997, Dirjen.Pelayanan Medik, 1993, *Petunjuk Penyusunan Pedoman
Pengendalian Infeksi Nosokomial RS*, Jakarta

Drs.Syaifuddin Azwar, MA (2004)
Reliabilitas dan Validitas, Penerbit Pustaka Pelajar, Yogyakarta, Cetakan V

Eiff, G. 1999, Organizational Safety Culture. Proceeding of The Tenth International
Symposium on Aviation Psychology. Columbus , OH : Department of
Aviation.

Feyer, Anne-Marie & Williamson Anne. 1998. *Occupational injury. Risk Preventive and
intervention*, London : Taylor & Francis

J. Supranto, MA (2000)
Teknik Sampling untuk Survei dan Eksperimen, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta Cetakan
Pertama

Feyer, Anne-Marei & Williamson, Anne, 1998, *Occupational injury : Risk Prevention and intervension, London: Taylor & Francis*

Fleming, Mark & Lardner, Ronny, 1999, *Safety culture – The way forward* The Keik Centre, Chartered Psychologist, yang diakses dari WWW.Keilcentre.co.uk/downloads/Culture.pdf

Geller, Scot E, 2000. *The Psychology of Safety Handbook*. Boca Ramon, US: Lewis Publisher

Gendon, A.I & Stantin, N.A., 2000 *Perspective on Budaya K3, Safety Science* Vol.34

Guldenmund, F.W, 2000. *The Nature of Safety Culture : A Revire of Theory and Research Safety Science*. Vol. 34, No.1 – 3

Health & Safety Group Thames Water, 2003
Health and safety Management System, Thames Water, Reading UK

Heinrich H.W., & Peterson, 1980
Industrial Accident Prevention, 5th ed., McGraw Hill, USA

ILO-OSH 2001
Guidelines on Occupational Safety and Health Management System, ILO Geneva

Kountour, Ronny, D.M.S, Ph.D (2004)
Metoda Penelitian untuk Penulisan skripsi dam Thesis, Jakarta. Penerbit PPM.

Luthans, Fred. *Organizational Behavior*, McGraw-Hill International Edition, Singapore, 1995

Matsu, Health & Safety Executive, 2001

Summary Guide to Safety Climate Tools, Oxfordshire OXII ORA.

Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS), 18001

Guidelines for The implementation of OHSAS

Offshore Safety Division of the HSE, 2000

The Safety Climate Assessment Process and The Safety Climate Assessment Tool Kit Chevron UK, Chevron Gulf of Mexico, Mobil North Sea and Oryx UK (2004)

Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor Per.05/MEN/1996

Tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Robbins P Stephen, *Perilaku Organisasi Jilid I*, PT Index Kelompok Gramedia, Jakarta, 2003

Rogers B, 1997. *Health hazards in nursing and Health care:an overview. Am J infect Control* 25 (3) : 248 -261

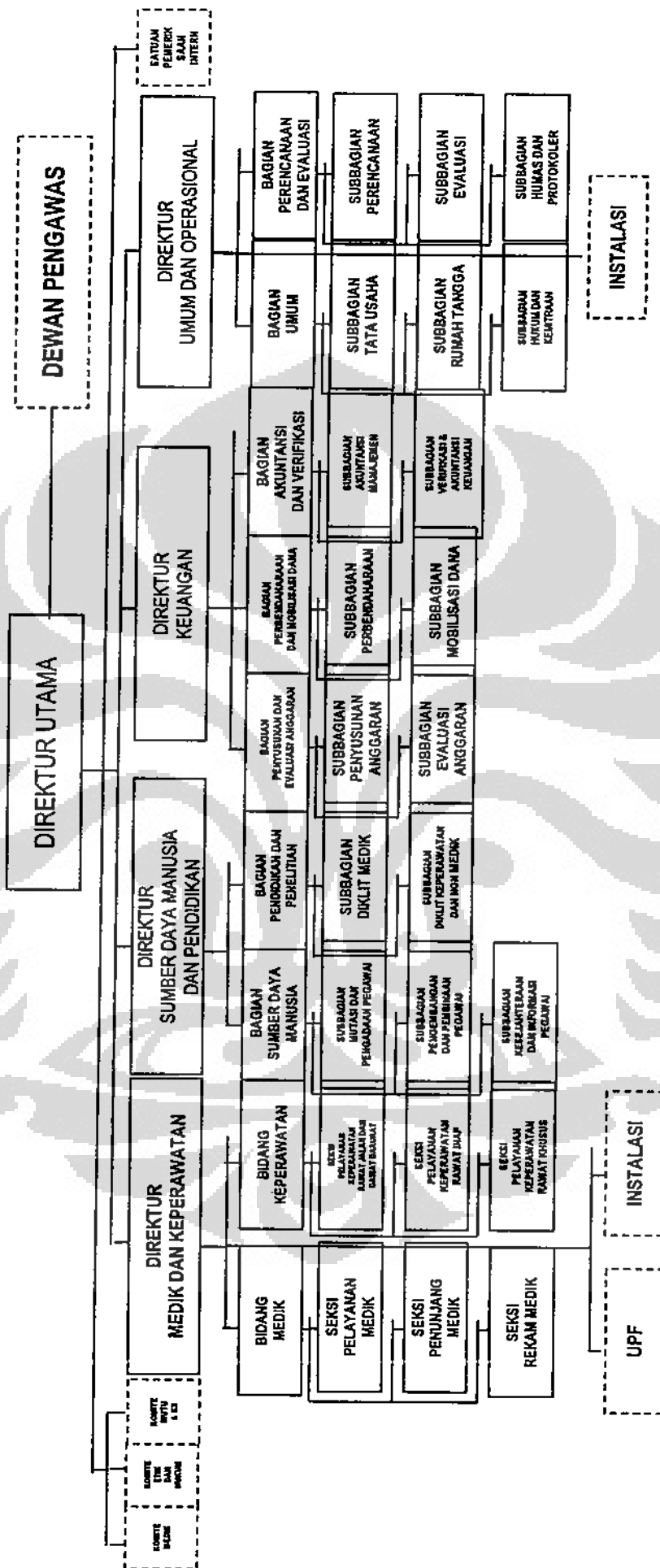
Safety Culture. INSAG Report 75-INSAG-4-International Atomic Energy Agency, Vienna, 1991

Schein, Edgar, 1992. *Organization Culture and Leadership*. 2nd Edition. San Fransisco:Jessey. Bass Publishers

Yayasan Bina Pustaka - JHPIEG, 2004, *Panduan Pencegahan Infeksi untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Data Terbatas*, Jakarta.

LAMPIRAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN
 NOMOR : 1673/Menkes/Per/XII/2005
 TANGGAL : 27 Desember 2005

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)





PELAYANAN AMBULANCE

INSTALASI GAWAT DARURAT



KAMAR RESUSITASI

KAMAR TINDAKAN

Sidang Tesis Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja – Universitas Indonesia

Depok 18 JULI 2008





PELAYANAN INFORMASI
(Public Address)



PUSAT LAYANAN RAWAT INAP
(Admission Center)



RUANG TUNGGU
LANTAI 2



LABORATORIUM



APOTIK



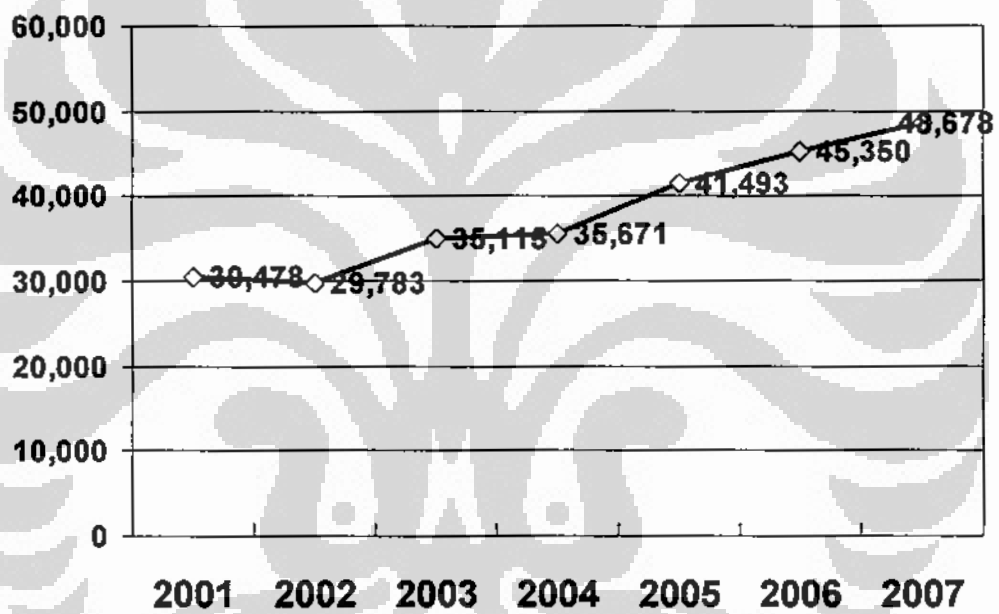
RADIOLOGI

Sidang Tesis Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja – Universitas Indonesia

Depok 18 JULI 2008



Jumlah Kunjungan Instalasi Gawat Darurat Tahun 2001-2007



Kode Ruangan:

No. Kuesioner: _____

KUESIONER
ANALISIS PROFIL SAFETY CLIMATE PADA TENAGA KESEHATAN
DI RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUN

Kepada Yth.
Bapak/Ibu/Sdr/i

Dalam rangka penyusunan thesis sebagai syarat mengikuti ujian sidang Magister pada Program studi Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, maka bersama ini saya mohon kesediaan bapak/ibu/sdr/i untuk memberikan tanggapan atas pernyataan dalam kuesioner terlampir.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui factor-faktor yang menjadi kendala dalam program K3 dan bagaimana persepsi dan sikap tenaga kesehatan terhadap *Safety climate* yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan petugas di lingkungan RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

Partisipasi anda akan sangat membantu kelancaran tesis ini dan juga dapat digunakan sebagai masukan bagi RSUP dr. Hasan Sadikin untuk lebih mengembangkan program K3 dan meningkatkan keselamatan terhadap pasien maupun petugas. Jawaban yang anda berikan merupakan pendapat dan pandangan pribadi serta tidak akan mempengaruhi penilaian perusahaan /kondite.

Agar kuesioner ini dapat diolah dengan tepat kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk mengisi kuesioner ini dengan lengkap dan kondisi yang ada / sebenarnya . Kami akan menjamin kerahasiaan identitas, keterangan dan jawaban Bapak/Ibu/Saudara sekalian hanya untuk kepentingan ilmiah, sehingga diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna dalam meningkatkan mutu pelayanan pasien maupun K3 di RSHS.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

HORMAT KAMI,

Sri Haryani

DENGAN INI SAYA MENYATAKAN MENYETUJUI UNTUK MENGISI KUESIONER PENELITIAN INI.

Tanda tangan (tanpa nama) _____

Halaman 1-6

Kode Ruangan:

No. Kuesioner: _____

KUESIONER
ANALIS SAFETY CLIMATE PADA TENAGA KESEHATAN
DI RSUP. DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Umur : _____ tahun
2. Jenis kelamin : () 1. Perempuan () 2. Laki-laki
3. Latar belakang pekerjaan:
 - () 1. Dokter : _____
 - () 2. Dokter PPDS, bidang ilmu : _____
 - () 3. Perawat / Bidan
 - () 4. Teknisi
 - () 5. Analis
 - () 6. Radiografer
 - () 7. Apoteker/ Asisten apoteker
 - () 8. Pegawai kesehatan
 - () 9. Lain -lain : Petugas Gizi, Keamanan, Medrec
4. Latar belakang pendidikan terakhir :

() 1. SD	() 4. Diploma
() 2. SMP	() 5. Sarjana/profesi umum
() 3. SMA	() 6. Pasca sarjana/ Spesialis
5. Sudah berapa lama anda bekerja di rumah sakit ini ? _____ tahun
6. Sudah berapa lama Anda bekerja di unit kerja (bagian) ini? _____ tahun
7. Secara tipikal, berapa jam setiap minggunya anda bekerja di RSHS ?
 - a. < 20 jam perminggu
 - b. 20 – 39 jam perminggu
 - c. 40 – 59 jam perminggu
 - d. 60 – 79 jam perminggu
 - e. 80 – 99 jam perminggu
 - f. 100 jam atau lebih perminggu

Kode Ruangan:

No. Kuesioner: _____

INSTRUKSI:

Berikut dibawah ini adalah beberapa pernyataan yang harus diisi, mohon kuesioner ini sesuai dengan pendapat pribadi anda dengan memberikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih.

Keterangan :

STS = Sangat Tidak Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

SS = Sangat Setuju

I. ASPEK ORGANISASI

NO	PERNYATAAN (SCORE)	STS	TS	S	SS
A	Komitmen Manajemen dan Kebijakan				
1.	Pihak manajemen rumah sakit memberi dukungan penuh terhadap Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja				
2.	Manajemen Rumah sakit memberi perhatian terhadap masalah Keselamatan pasien				
3.	Manajemen rumah sakit memberi perhatian terhadap masalah keselamatan petugas				
4.	Manajemen Rumah Sakit terbuka dalam menerima saran, kritik dan masukan tentang masalah-masalah kesehatan dan Keselamatan Kerja baik yang menyangkut keselamatan pasien maupun petugas				
5.	Manajemen Rumah sakit menyediakan prosedur kerja yang jelas dan dapat dilaksanakan oleh semua petugas				
6.	Kebijakan mengenai aspek K3 tersedia dalam bentuk tertulis				
7.	Kebijakan K3 yang ada menyatakan dengan jelas mengenai pentingnya aspek keselamatan				
8.	Kebijakan K3 tersebut disosialisasikan kesemua petugas				
9.	Tempat kerja saya selalu diinspeksi (diperiksa) mengenai aspek-aspek keselamatannya				
10.	Temuan saat inspeksi selalu ditindaklanjuti oleh rumah sakit				
11.	Sebelum mulai bekerja dan setiap ada penggantian shift kerja, atasan saya selalu mengadakan "briefing" pada petugas menyangkut keselamatan dalam bekerja				
12.	Atasan saya sangat peduli terhadap keselamatan petugas				
13.	Atasan saya selalu memberikan contoh / teladan mengenai bekerja secara aman				
14.	Atasan saya sangat memperhatikan terhadap masalah keselamatan dan kesehatan petugas				

Halaman 7-8

Kode Ruangan:

No. Kuesioner: _____

	STS	TS	S	SS
15. Atasan saya selalu mengadakan rapat pertemuan untuk membahas masalah keselamatan pasien ataupun petugas				
16. Seluruh petugas di unit kerja saya selalu melaporkan insiden ataupun kecelakaan yang terjadi pada atasan				
17. Pelaporan tersebut untuk mencegah terjadinya kejadian yang sama terulang kembali				
18. Informasi mengenai insiden atau kecelakaan dikomunikasikan kepada pekerja yang bertanggung jawab				
19. Manajemen rumah sakit hanya bertindak saat insiden atau kecelakaan sudah terjadi				
20. Prosedur kerja tertulis dalam bahasa jelas dan tidak membingungkan bagi petugas yang membutuhkan				
21. Prosedur kerja yang ada terlalu kompleks untuk diikuti				
22. Prosedur keselamatan kerja membuat pekerjaan saya lambat dan saya abaikan				
23. Menurut pendapat saya banyak petugas yang tidak peduli dan tidak patuh pada prosedur keselamatan dalam menjalankan tugasnya				
24. Saya selalu patuh pada prosedur keselamatan kerja				
25. Sosialisasi keselamatan pasien sering diberikan oleh manajemen rumah sakit melalui tim keselamatan pasien dan bagian K3				
26. Diunit kerja saya tersedia jumlah SDM yang memadai untuk melayani pasien				
27. Manajemen menyediakan Alat Pelindung Diri yang memadai				
28. Manajemen Rumah Sakit menyediakan fasilitas dan peralatan yang lengkap untuk keselamatan pasien dan petugas				
29. Fasilitas dan peralatan dipelihara secara rutin				
30. Manajemen memberikan reward / penghargaan kepada petugas yang bekerja sesuai prosedur keselamatan				
C. PERSON				
31. Aspek <i>Safety</i> (keselamatan) sangat penting dalam melaksanakan pekerjaan				
32. <i>Safety</i> (keselamatan) merupakan prioritas utama dalam pikiran saya ketika menyelesaikan pekerjaan				
33. Buat saya pribadi masalah keselamatan bukan merupakan aspek terpenting dalam melaksanakan pekerjaan saya				
34. Saya yakin bahwa masalah keselamatan tidak perlu ditempatkan pada prioritas utama				
35. Tempat kerja yang aman sangat penting dan berarti bagi saya				
36. Masalah <i>safety</i> (keselamatan) merupakan tanggung jawab pimpinan dan saya sebagai pekerja				

Kode Ruangan:

No. Kuesioner: _____

	STS	TS	S	SS
37. Dimanapun saya berada termasuk ditempat kerja saya pasti terdapat sesuatu yang dapat membahayakan diri saya				
38. Perilaku teman kerja saya yang tidak aman, dapat membahayakan diri saya				
39. Bahaya di tempat kerja dapat dihindari atau dicegah				
40. Tindakan saya maupun rekan kerja saya yang tidak aman dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kecelakaan				
41. Pada unit kerja saya kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja cukup besar				
42. Saya sering khawatir dan was-was akan terluka ataupun terkena penyakit akibat kerja ketika bekerja di unit kerja saya				
43. Saya merasa aman bekerja di unit kerja saya karena semua yang dikerjakan sesuai dengan prosedur kerja aman.				
44. Prosedur kerja di unit kerja saya mudah dipahami dan dilaksanakan oleh petugas				
45. Saya mengikuti prosedur keselamatan kerja yang benar dalam menyelesaikan pekerjaan saya				
46. Saya berusaha bekerja aman pada saat menyelesaikan pekerjaan saya dengan menggunakan Alat pelindung diri yang lengkap				
47. Saya mendukung program keselamatan kesehatan kerja di unit kerja saya				
48. Prosedur atau petunjuk kerja dibuat terkait dengan efisiensi waktu (dengan mengikuti prosedur kerja maka pelaksanaan pekerjaan dapat lebih cepat)				
49. Prosedur atau petunjuk kerja yang dibuat tidak ada kaitannya dengan aspek <i>safety</i> (keselamatan)				
50. Saya sering mengabaikan peraturan atau prosedur kerja agar dapat menyelesaikan pekerjaan dengan cepat				
51. Setiap petugas di unit kerja kami, diberi kebebasan untuk mengemukakan pendapat / berbicara jika melihat pelayanan yang berakibat buruk pada pasien				
52. Kami selalu melaporkan dan menginformasikan segala kesalahan / kejadian yang terjadi di unit kerja kami pada atasan				
52. Pada unit kerja kami, kami mendiskusikan segala sesuatu untuk mencegah terjadinya error / kesalahan pada pasien				
54. Petugas takut bertanya dan melapor, ketika melihat sesuatu yang tidak benar yang dilakukan oleh petugas / teman lain				
55. saya merasa komunikasi antar teman sekerja saya cukup baik sehingga masalah-masalah yang berhubungan dengan keselamatan dapat teratasi				
56. ketersediaan petugas di unit kerja saya yang cukup memadai				
57. Ditempat kerja saya, setiap petugas saling peduli dan bekerjasama dalam menyelesaikan pekerjaan				
58. Pekerjaan di unit kami selalu banyak sehingga kami sering pulang melebihi waktu kerja				

Kode Ruangan:

No. Kuesioner: _____

	STS	TS	S	SS
59. Di Unit kerja kami, kami selalu bekerja sama dalam menyelesaikan pekerjaan				
60. Diunit kerja saya, kami saling memberi saran dan masukan kepada teman agar bekerja aman dan selamat				
61. Sistem dan prosedur kerja di unit kerja saya sangat baik sehingga kejadian medical error jarang terjadi				
62. Dilingkungan kerja saya, potensi bahaya cukup banyak sehingga kemungkinan terjadinya kecelakaan pada petugas cukup besar.				
63. Kerjasama unit kerja kami dengan unit kerja lain cukup baik sehingga saya merasa nyaman				
64. Saya selalu melaporkan adanya peralatan atau kondisi-kondisi tidak aman yang dapat membahayakan keselamatan pasien ataupun petugas				
65. Saya malas menegur petugas yang tidak mematuhi prosedur kerja aman karena itu bukan urusan saya				
66. Di unit kerja saya tersedia informasi yang jelas ketika harus mengambil keputusan penting				
67. Sering terjadi miskomunikasi di unit kerja saya karena instruksi yang tidak jelas				
C. BEHAVIOR				
68. Saya menjalankan tugas sesuai dengan wewenang dan tugas saya				
69. Saya menjalankan tugas tanpa wewenang				
70. Saya bekerja tanpa menggunakan Alat Pelindung diri : sarung tangan, masker, apron				
71. Saya mengabaikan peringatan atau melakukan tindakan diluar ketentuan (SOP)				
72. Saya bercanda dan bersenda gurau saat bertugas				
73. Saya mencuci tangan sebelum sebelum memakai sarung tangan				
74. Saya memakai masker ketika memeriksa, mengobati atau memberikan tindakan pada pasien				
75. Saya mencuci tangan setelah memeriksa pasien / menangani pasien				
76. Saya memakai baju pelindung / apron saat bekerja				
77. Saya membersihkan peralatan medis bekas pakai memakai sarung tangan				
78. Saya membuang sampah medis ditempat sampah khusus sampah medis				
79. Saya memasukan langsung spuit bekas pakai ditempat khusus (safety box)				
80. Saya merokok ditempat kerja				

DATA UMUM RUMAH SAKIT

- A. NAMA RS** : RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
B. KODE RS : 3273015
C. KELAS, RS : A
D. STATUS AKREDITASI / TAHUN : Penuh tingkat lengkap (16 pelayanan) 2005
E. ALAMAT : Jalan Pasteur Nomor 38 Bandung 40161
F. TELEPON : (022) 2034953 s.d 2034955, 2032216, 2032533
G. FAXIMILE : (022) 2032216, 2032533
H. JUMLAH TEMPAT TIDUR : 1.100 TT
I. LUAS LAHAN : 87.200 M2
J. LUAS BANGUNAN : 126.518 M2
K. PEMILIK / PENGELOLA : Departemen Kesehatan RI / RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
L. COST RECOVERY RATE (CRR) : 82,96 %
M. PEMANFAATAN RUMAH SAKIT (DATA 3 TAHUN TERAKHIR)

Pemanfaatan RS	THN. 2005	THN. 2006	THN. 2007	Ket.
BOR	75.33%	80.05%	74,44%	
LOS	8	8	8	
% pasien keluar mati < 48 Jam	1,72%	0,71%	0,90 %	
Rata - rata Rawat Jalan sehari	1.226	1.344	1.700	
Rata - rata Rawat Inap sehari	603	728	765	

N. KENDARAAN DINAS

- a. *Ambulance* : 8 Unit
b. Mobil Jenazah : 3 Unit
c. Mobil Operasional : 15 Unit
d. Motor Operasional : 4 Unit
e. Waktu pelayanan *ambulance* / kereta jenazah : 24 jam
f. Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance*/kereta jenazah di RS: 10 menit

O. SUMBER AIR BERSIH

- a. PAM : 3 titik
b. Sumur Bor : Artesis 1 titik
c. Pengelolaan Air Bersih dengan *Reverse Osmosis* : Di ruang Hemodialisis Kap 7,5/ mnt
d. Lain-lain : Sumur dangkal 4 titik

P. SUMBER DAYA LISTRIK

- a. PLN : 2.800 KVA
b. *Genset* : 6 unit (total 2.950 KVA)
c. *Uninterrupted Power Supply* : 1 Buah (200 KVA)
d. *Capasitor Bank* : 4 unit

Q. CARA PEMBUANGAN LIMBAH

- a. *Incenerator* : Ya (diluar RS, milik PT Rekayasa Hijau)
b. *Incenerator* dengan *Carbonizer* : -
c. Tempat Pembuangan Sampah Sementara : 2 buah (pengangkutan ke TPA setiap 1 s.d 2 hari, bekerja sama dengan PD Kebersihan untuk dibuang ke TPA)
d. IPAL : Ada (720 m³/hari, metode biologis)
e. Lain - lain (Sebutkan) :-

R. REKAM MEDIK

- a. Waktu penyediaan dokumen rekam medik di rawat jalan : 3 menit
b. Waktu penyediaan dokumen rekam medik di rawat inap : 2,5 menit

S. ADMINISTRASI & MANAJEMEN

1.	Visi dan Misi	Ada	Tidak
2.	Renstra RS	Ada	Tidak
3.	Struktur Organisasi, Tupoksi dan Uraian Jabatan	Ada	Tidak
4.	Master Plan	Ada	Tidak
5.	Bisnis Plan	Ada	Tidak
6.	Hospital Disaster Plan Internal dan Eksternal	Ada	Tidak
7.	Tim Gerak Cepat untuk Bencana (BSB)	Ada	Tidak
8.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Ada	Tidak
9.	a. Komite dan Tim PPI (Pencegahan & Pengendalian infeksi) RS	Ada	Tidak
8.	b. Angka Infeksi Nosokomial (Total)	Ada	Tidak
	• ILO	1,4%	
	• IASK	0,06%	
	• IADP	4,2%	
	• Pneumonia	0,03%	

	• Infeksi saluran napas lain	-	
	• Infeksi lain (dekubitus)	0,6%	
	<i>c. Central Sterile Supply Department</i>	Ada	Tidak
10.	Tim PONEK RS	Ada	Tidak
11.	Sistem Informasi RS	Ada	Tidak
12.	Standar Pelayanan RS/SOP pelayanan	Ada	Tidak
13.	<i>a. Hospital by Laws</i>	Ada	Tidak
14.	<i>b. Medical Staff by Laws</i>	Ada	Tidak
15.	Pertemuan rutin direksi dan komite medik	Ada	Tidak
16.	Ketersediaan laporan akuntabilitas kinerja	Ada	Tidak
17.	Ketersediaan laporan keuangan	Ada	Tidak
18.	<i>Billing system</i>	Ada	Tidak
19.	Pelatihan karyawan rata-rata dalam 1 tahun (tidak termasuk pendidikan formal)	< 20 jam	> 20 jam
	Pelatihan karyawan rata-rata dalam 1 tahun (termasuk pendidikan formal)	< 20 jam	> 20 jam
20.	Sarana pengaduan keluhan konsumen	Ada	Tidak
	• Tersedia kotak pengaduan keluhan konsumen	Ada	Tidak
	• Tindak lanjut penyelesaian keluhan konsumen	Ada	Tidak
21.	Ketersediaan informasi pelayanan yang dapat diketahui masyarakat (papan informasi/leaflet)	Ada	Tidak
22.	Kegiatan pengabdian masyarakat (termasuk bantuan bencana alam)	Local	Regional

PELAYANAN

1. PELAYANAN MEDIK

1.1. PELAYANAN RAWAT JALAN

- a Jam buka pelayanan : 07.15 – 12.00 Buka
12.00 – 13.00 Istirahat
13.00 – 15.30 Buka
- b Waktu tunggu di Rawat Jalan : ± 30-45 menit
- c Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan : 84%
- d Kemudahan akses ke tempat pelayanan:
- Penunjuk arah yang jelas : Ada / ~~Tidak~~
 - Kemudahan akses untuk pasien cacat : Ada / ~~Tidak~~
 - Petunjuk pelayanan ASKESKIN : Ada / ~~Tidak~~

e. Pelayanan Umum :

a	Klinik Umum	Ada	Tidak
b	Klinik Pegawai	Ada	Tidak
c	Klinik KIA dan KB	Ada	Tidak
d	Klinik Gigi dan Mulut	Ada	Tidak
e	Lainnya: Klinik Metadon	Ada	Tidak

f. Pelayanan Spesialistik Dasar yang ada :

a.	Pelayanan Kandungan dan Kebidanan	Ada	Tidak
b.	Pelayanan Kesehatan Anak	Ada	Tidak
c.	Pelayanan Penyakit Dalam	Ada	Tidak
d.	Pelayanan Bedah	Ada	Tidak

g. Pelayanan Spesialistik Penunjang

a.	Anestesi	Ada	Tidak
b.	Radiologi	Ada	Tidak
c.	Patotogi Klinik (Laboratorium)	Ada	Tidak
d.	Patologi Anatomi	Ada	Tidak
e.	Rehabilitasi Medik	Ada	Tidak
f.	Penunjang Medik lainnya, Gizi	Ada	Tidak

h. Pelayanan Spesialistik lainnya yang ada :

a.	Klinik Mata	Ada	Tidak
b.	Klinik Syaraf	Ada	Tidak
c.	Klinik Jantung	Ada	Tidak
d.	Klinik Paru	Ada	Tidak
e.	Klinik THT	Ada	Tidak
f.	Klinik Kulit & Kelamin	Ada	Tidak
g.	Klinik Orthopedi	Ada	Tidak
h.	Klinik Bedah Syaraf	Ada	Tidak
i.	Klinik Kesehatan Jiwa	Ada	Tidak
j.	Klinik Urologi	Ada	Tidak
k.	Klinik Spesialis lainnya:		

i. Pelayanan Sub Spesialistik

Pelayanan sub spesialistik yang ada berdasarkan pelayanan spesialistiknya adalah:

<p>1. Penyakit Dalam</p> <ul style="list-style-type: none">• Kardiovaskuler• Ginjal & Hipertensi• Endokrinologi• Gastroenterologi & Hepatologi• Paru & Asma• Onkologi• Hematologi• Rheumatologi• Lansia <p>2. Kebidanan & Kandungan</p> <ul style="list-style-type: none">• Kebidanan• Ginekologi• Keluarga Berencana• Infertilitas• Onkologi• Tropoblast• Endokrinologi <p>3. Kesehatan Anak</p> <ul style="list-style-type: none">• Pulmonologi• Ginjal• Kardiovaskuler• Hematologi• Infeksi• Gastroenterologi• Neonatologi• Neurologi Anak• Gizi Anak• Tumbuh Kembang Anak• Endokrinologi• Imunologi <p>4. Bedah Umum</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedah Onkologi• Bedah Digestif• Bedah Urologi• Bedah Anak• Bedah Plastik• Bedah Toraks Jantung• Bedah Vaskuler <p>5. Bedah Ortopedi & Traumatologi</p> <ul style="list-style-type: none">• Tulang Belakang• Tangan & Bedah Mikro• Rekonstruksi Dewasa• Ortopedi Anak• Ortopedi Onkolog• Cedera Olah Raga	<p>6. Bedah Saraf</p> <ul style="list-style-type: none">• Traumatologi• Vaskuler• Tumor• Degeneratif• Kongenital• Saraf Tulang Belakang• Infeksi• Bedah Saraf Fungsional <p>7. Bedah Mulut & Maksilofasial</p> <ul style="list-style-type: none">• Infeksi Oromaksilofasial• Dentoalveolar• Neoplasma Oromaksilofasial• Trauma Oromaksilofasial• Kongenital Oromaksilofasial• Bedah Ortognati• Saraf Oromaksilofasial• Kelenjar Ludah• Sendi Temporomandibular• Implan Oromaksilofasial• Kiste Oromaksilofasial• Penanganan Khusus Oromaksilofasial <p>8. Gigi</p> <ul style="list-style-type: none">• Gigi Umum• Periodonsia• Eksodonsia• Orthodonsia• Pedodonsia• Prosthodontia <p>9. Telinga, Hidung & Tenggorokan dan Kepala & Leher</p> <ul style="list-style-type: none">• Otologi• Audiologi• Onko.Kepala & Leher• Rekonstruksi Plastik Maksilofasial• Alergi & Imunologi• Bronkhoesofagologi• Laringofaringologi <p>10. Kulit & Kelamin</p> <ul style="list-style-type: none">• Penyakit Kulit Umum• Infeksi Menular Seksual• Infeksi Jamur• Kosmetik Medik• Alergi & Imunologi• Penyakit Kusta• Penyakit Kulit Anak• Tumor Kulit
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>11. Penyakit Saraf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelainan Saraf Tepi • Nyeri & Nyeri Kepala • Saraf Mata & Telinga • Epilepsi/Epilepsy • Gangguan Gerak • Stroke • Memori • Saraf Anak/ • Infeksi Susunan Saraf Pusat <p>12. Kesehatan Jiwa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psikiatri Anak dan Remaja • Psikiatri Dewasa dan Lanjut Usia • Psikometrik • Psikiatri Kehakiman • Ketergantungan Obat 	<p>13. Kedokteran Fisik & Rehabilitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reh. Muskuloskeletal • Reh. Neuromuskuler • Reh. Pediatrik • Reh. Geriatri • Reh. Kardiopulmonal <p>14. Lain-lain/Pelayanan Khusus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tim Penguji Kesehatan Pegawai • Klinik Konsultasi Gizi • Unit Pemeriksaan Kesehatan (MCU) • Klinik Pegawai RSHS • Klinik HIV/AIDS • Klinik Lupus • Unit Hemodialisis • Unit Kemoterapi Terpadu • Klinik Anestesi • Klinik Osteoporosis • Klinik DOTS • SP3T • Klinik Thalasemia
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.2. PELAYANAN RAWAT INAP

- a. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap : Ada / ~~Tidak~~
- b. Jam visite dokter spesialis : ada
- c. Kejadian infeksi pasca operasi : 1,4 %
- d. Angka kejadian infeksi nosokomial : 3,85 %
- e. Kematian pasien > 48 jam : 4,82%
- f. Kejadian pulang paksa : 6,1%
- g. R. Perawatan untuk pasien miskin : 650 TT
- h. R. Tunggu bagi keluarga pasien : Ada / ~~Tidak~~
- i. Kartu tunggu jaga bagi keluarga pasien : Ada / ~~Tidak~~
- j. Kepuasan pelanggan rawat inap : 84,2%

1.3. PELAYANAN GAWAT DARURAT

- a Jam buka pelayanan gawat darurat : 24 jam / ~~tidak~~
- b Tim penanggulangan bencana : Ada/~~Tidak~~
- c Waktu tanggap Pelayanan Dokter di IGD : < 5 menit
- d Jadwal dokter jaga dokter spesialis : Ada/~~Tidak~~
- e Jadwal dokter jaga dokter umum : Ada/~~Tidak~~
- f Keharusan untuk membayar uang muka : Ya / Tidak
- g Jangkauan komunikasi medik : Nasional/Regional/Wilayah
dengan *back up* dari ORARI

h Kepuasan pelanggan : 90%

1.4. TINDAKAN OPERASI

- a Waktu tunggu operasi elektif : 6 (enam) hari
b Kejadian kematian di meja operasi : 3 dari 14.459 (0,02%)

1.	Elektif	Ada	Tidak
2.	<i>One Day Surgery (ODS)</i>	Ada	Tidak

1.5. JENIS PERAWATAN INTENSIF YANG ADA

Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam : 0,9%

Perawatan Intensif			
1.	ICU	Ada	Tidak
2.	NICU	Ada	Tidak
3.	PICU	Ada	Tidak
4.	CICU	Ada	Tidak
5.	Flu Burung	Ada	Tidak
High Care Unit/Intermediate Ward			
1.	HCU Neurologi (Stroke Unit)	Ada	Tidak
2.	HCU Bedah Saraf	Ada	Tidak
3.	HCU Penyakit Dalam	Ada	Tidak
4.	HCU Jantung	Ada	Tidak
5.	HCU Pediatrik dan Neonatal	Ada	Tidak
6.	HCU Luka Bakar	Ada	Tidak

2. JENIS PELAYANAN PENUNJANG MEDIK

2.1. JENIS PELAYANAN RADIOLOGI

a Waktu tunggu hasil pelayanan toraks foto :

- Cito : langsung
- Biasa : 24 jam

b Kejadian kegagalan pelayanan roentgen : 1,5%

c Kepuasan pelanggan : 85%

d Radio Diagnostik (*Imaging*) : Ada/tidak

1.	X-Ray tanpa kontras	Ada	Tidak
2.	X-Ray dengan kontras	Ada	Tidak
3.	USG	Ada	Tidak
4.	Mammografi	Ada	Tidak
5.	CT Scan	Ada	Tidak
6.	Kedokteran Nuklir	Ada	Tidak
7.	Radioterapi	Ada	Tidak
8.	Pelayanan Diagnostik Imaging lainnya	Ada	Tidak

2.2. JENIS PELAYANAN DIAGNOSTIK MEDIK LAINNYA

1.	EMG	Ada	Tidak
2.	EEG	Ada	Tidak
3.	ECHO CARDIOGRAPHY	Ada	Tidak
4.	TREADMILL	Ada	Tidak
5.	BERA TEST	Ada	Tidak
6.	Audiometri	Ada	Tidak
7.	ESWL	Ada	Tidak
8.	Lain-lain: Densitometer untuk osteoporosis, Cath. Lab (Jantung), Gamma Camera, MRI, MSCT, Holter Monitoring.	Ada	Tidak

2.3. JENIS PELAYANAN LABORATORIUM KLINIK

a Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium: tergantung jenis pemeriksaan:

- 1) Hematologi.....: 20 s.d. 130 menit
- 2) Urinalisis.....: 20 menit s.d. 24 jam
- 3) Kimia Klinik.....: 30 menit s.d. 50 menit
- 4) Serologi.....: 45 menit s.d. 3 jam
- 5) Mikrobiologi.....: 60 menit s.d. 7 hari

b Kepuasan pelanggan.....: 85%

2.3.1. Patologi Klinik

1.	Hematologi	Ada	Tidak
2.	Urinalisis	Ada	Tidak
3.	Kimia Klinik	Ada	Tidak
4.	Sero Immunologi	Ada	Tidak
5.	Mikrobiologi	Ada	Tidak
6.	Lainnya,	Ada	Tidak

2.3.2. Bank Darah

a Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi :

Ya / ~~Tidak~~

b Kejadian reaksi transfusi: 0%

	Pelayanan Darah	Ada	Tidak
--	-----------------	-----	------------------

2.3.3. JENIS PELAYANAN PATOLOGI ANATOMI

1.	V.C	Ada	Tidak
2.	Citologi	Ada	Tidak

2.4. JENIS PELAYANAN ANESTESI

1.	Umum	Ada	Tidak
2.	Regional	Ada	Tidak

2.5. JENIS PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

a Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan : 5,1%

b Kepuasan pelanggan : 82 %

1.	Fisioterapi	Ada	Tidak
2.	Pelayanan Pekerja Sosial Masyarakat (PSM)	Ada	Tidak
3.	Terapi Wicara	Ada	Tidak
4.	Terapi Okupasi	Ada	Tidak
5.	Psikologi	Ada	Tidak
6.	Ortotikprostetik	Ada	Tidak

3. JENIS PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIK

3.1. JENIS PELAYANAN FARMASI

a Waktu tunggu pelayanan obat jadi : 5 – 30 menit

b Waktu tunggu pelayanan obat racikan : 10 - 40 menit

c Kepuasan pelanggan: 82%

1.	Peracikan dan Pendistribusian Obat	Ada	Tidak
2.	Informasi dan Pelayanan Obat	Ada	Tidak
3.	Penyimpanan Obat	Ada	Tidak
4.	Formularium Obat RS	Ada	Tidak
5.	Pelayanan Unit Dosis	Ada	Tidak

3.2. JENIS PELAYANAN STERILISASI SENTRAL

1.	Sterilisasi Kering	Ada	Tidak
2.	Sterilisasi Basah	Ada	Tidak
3.	Sterilisasi Kimia	Ada	Tidak
4.	Packing Peralatan	Ada	Tidak

3.3. JENIS PELAYANAN GIZI

a Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien: 88,9%

b Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien : 27,9%

1.	Pengolahan dan penyajian	Ada	Tidak
2.	Penyuluhan konsultasi gizi	Ada	Tidak
3.	Penyelenggaraan Gizi Klinik	Ada	Tidak

3.4 JENIS PELAYANAN BINATU

1.	Binatu (<i>Laundry</i>)	Ada	Tidak
2.	Unit Produksi	Ada	Tidak

3.5 JENIS PELAYANAN PEMELIHARAAN FASILITAS SARANA PRASARANA PERALATAN (INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA / IPS) RS

1.	Pelayanan Pemeliharaan Reguler dan berkala Fasilitas RS	Ada	Tidak
----	---------------------------------------------------------	-----	------------------

2.	Pelayanan Pemeliharaan Darurat (CITO) 24 Jam Non Stop Fasilitas RS	Ada	Fidak
3.	Pelayanan Bengkel Kerja Mekanikal dan Elektrikal bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
4.	Pelayanan Bengkel Elektromedik bagi fasilitas RS	Ada	Fidak
5.	Pelayanan Bengkel Kerja Bangunan bagi fasilitas RS	Ada	Fidak
6.	Pelayanan <i>Genset</i> bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
7.	Pelayanan <i>Uninterrupted Power Supply (UPS)</i> bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
8.	Pelayanan Sentral Air Bersih & <i>Reservoir</i> Utama bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
9.	Pelayanan Hidran & Pencegahan Kebakaran bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
10.	Pelayanan Sentral Uap & <i>Boiler</i> bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
11.	Pelayanan Sentral komunikasi/PABX/IP-LAN bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
12.	Pelayanan Pengkondisian Udara bagi Fasilitas RS	Ada	Fidak
13.	Pelayanan petugas jaga/operator 24 Jam Fasilitas, Sarana, Prasarana dan Peralatan Penunjang Operasional Vital RS	Ada	Fidak
14.	Kalibrasi Berkala Fasilitas Peralatan RS	Ada	Fidak
15.	Sertifikasi Berkala yang dikeluarkan oleh Lembaga Negara/Swasta yang berwenang dan diakui di RI bagi Fasilitas Peralatan RS, tertentu (sesuai Peraturan Perundang-undangan yang berlaku)	Ada	Fidak

3.6. JENIS PEMELIHARAAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI (INSTALASI PEMELIHARAAN LINGKUNGAN / IPL) RS

1.	Pelayanan Laboratorium Lingkungan	Ada	Fidak
2.	Pengolahan Air Limbah (IPAL) RS,	Ada	Fidak
3.	Pengelolaan Sentral Tempat Pembuangan Sampah Sementara (TPSS) RS	Ada	Fidak
4.	Pengelolaan Sampah Medis dan Infeksius; RS,	Ada	Fidak
5.	Pengelolaan Kebersihan (<i>Cleaning Service</i>) RS	Ada	Fidak
6.	Pengelolaan pemeriksaan penjamah makanan	Ada	Fidak

3.7. JENIS PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1.	Ruang penitipan jenazah sementara	Ada	Fidak
2.	Pemulasaraan Jenazah	Ada	Fidak
3.	Pelayanan Kendaraan Jenazah	Ada	Fidak
4.	Lemari Pendingin	Ada	Fidak
5.	Pengawetan jenazah	Ada	Fidak

KETENAGAAN

1. JENIS DAN JUMLAH TENAGA DI INSTALASI RAWAT JALAN 1.1.

RAWAT JALAN UMUM

1. KLINIK UMUM / PEGAWAI

1.	Dokter	13 Org
2.	Perawat	85 Org

2. KLINIK KESEHATAN IBU ANAK (KIA) DAN KB

1.	Dokter Terlatih: * Kesehatan Anak (Dr. Spesialis Anak) * Kesehatan Ibu & KB (Dr. Spesialis Kebidanan dan kandungan)	3 Org 3 Org
2.	Dokter (residen)	10 Org
3.	Bidan	8 Org
4.	Perawat	5 Org

3. KLINIK GIGI

1.	Dokter Gigi	25 org
2.	Perawat Gigi	10 org

1.2. RAWAT JALAN SPESIALIS

1. DOKTER SPESIALIS DASAR DAN PENUNJANG YANG ADA

1.	Dokter Spesialis Kesehatan Anak	32 org
2.	Dokter Spesialis Kebidanan dan Penyakit Kandungan	22 org
3.	Dokter Spesialis Anestesi	16 org
4.	Dokter Spesialis Radiologi	14 org
5.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	16 org

2. DOKTER SPESIALIS LAIN YANG ADA

1.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	38 Org
2.	Dokter Spesialis Anak	32 Org
3.	Dokter Spesialis Mata (dari RS. Mata Cicendo)	1 Org
4.	Dokter Spesialis Syaraf	14 Org
5.	Dokter Spesialis Jantung	7 org
6.	Dokter Spesialis Paru	2 org
7.	Dokter Spesialis THT	16 org
8.	Dokter Spesialis Orthopedi	10 org
9.	Dokter Spesialis Bedah Syaraf	5 org

10.	Dokter Spesialis Jiwa	11 org
11.	Dokter Spesialis Urologi	5 org
12.	Dokter Spesialis Prostodonti	2 org
13.	Dokter Spesialis Bedah Mulut	8 org
14.	Dokter Spesialis Orthodonti	4 org
15.	Dokter Spesialis lainnya	-
16.	Dokter Sub Spesialis lainnya	-

2. JUMLAH TENAGA KEPERAWATAN DAN JENIS TENAGA KESEHATAN DI RS

2.1. JUMLAH TENAGA KEPERAWATAN

1.	Perbandingan Tempat Tidur dengan Tenaga Perawat di Ruang Rawat Inap	1 : 1,2
2.	Perbandingan Tempat Tidur dengan Tenaga Perawat di Ruang Rawat Intensif	1 : 4
3.	Perbandingan Jumlah Pasien dengan Tenaga Perawat di Ruang Rawat Gawat Darurat per-Shift (Waktu Jaga)	14 : 1
4.	Perbandingan jumlah Pasien dengan Tenaga Keperawatan di Ruang Rawat Jalan	17 : 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,172	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q20	3,05	,224	20
Q21	2,75	,786	20
Q23	2,85	,366	20
Q22	2,60	,503	20
Q24	2,80	,410	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q20	11,00	1,263	,209	,094
Q21	11,30	,537	,228	-,170 ^a
Q23	11,20	1,537	-,278	,388
Q22	11,45	,892	,288	-,118 ^a
Q24	11,25	1,250	,000	,208

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.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14,05	1,418	1,191	5

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q26	2,60	,681	20
Q29	2,80	,410	20
Q30	2,70	,733	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q26	5,50	,895	,409	,424
Q29	5,30	1,379	,349	,550
Q30	5,40	,779	,440	,378

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,10	1,884	1,373	3

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,550	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q26	2,60	,681	20
Q30	2,70	,733	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q26	2,70	,537	,380	.a
Q30	2,60	,463	,380	.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.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
5,30	1,379	1,174	2

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,620	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q31	3,35	,489	20
Q32	3,20	,523	20
Q33	2,95	,394	20
Q34	2,50	,607	20
Q35	3,50	,513	20

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10,05	1,629	1,276	3

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,351	8

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q36	3,05	,686	20
Q37	3,10	,447	20
Q38	2,85	,671	20
Q39	3,00	,459	20
Q40	3,10	,447	20
Q41	2,95	,510	20
Q42	3,05	,605	20
Q43	2,80	,410	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q36	20,85	3,292	-,163	,509
Q37	20,80	2,695	,315	,246
Q38	21,05	2,050	,447	,099
Q39	20,90	2,726	,278	,261
Q40	20,80	2,379	,565	,124
Q41	20,95	2,261	,545	,101
Q42	20,85	3,397	-,182	,493
Q43	21,10	3,674	-,308	,481

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
23,90	3,358	1,832	8

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,775	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q38	2,85	,671	20
Q40	3,10	,447	20
Q41	2,95	,510	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q38	6,05	,787	,544	,829
Q40	5,80	1,116	,602	,726
Q41	5,95	,892	,759	,543

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,90	1,884	1,373	3

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,836	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q44	3,10	,447	20
Q45	3,05	,224	20
Q46	3,05	,394	20
Q47	3,25	,444	20
Q48	3,10	,308	20
Q49	3,20	,410	20
Q50	3,15	,366	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q44	18,80	1,958	,034	,710
Q45	18,85	1,713	,746	,535
Q46	18,85	1,818	,213	,643
Q47	18,65	1,397	,576	,511
Q48	18,80	1,537	,745	,493
Q49	18,70	1,800	,210	,646
Q50	18,75	1,776	,296	,615

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
21,90	2,200	1,483	7

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,738	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q45	3,05	,224	20
Q47	3,25	,444	20
Q48	3,10	,308	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q45	6,35	,450	,579	,702
Q47	6,15	,239	,545	,791
Q48	6,30	,326	,718	,484

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,40	,674	,821	3

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,887	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q16	3,35	,489	20
Q17	3,20	,410	20
Q18	3,20	,523	20
Q25	3,25	,444	20
Q51	3,10	,447	20
Q52	3,15	,366	20
Q53	3,05	,394	20
Q54	3,25	,444	20
Q55	3,25	,444	20
Q66	3,20	,410	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q16	28,65	8,239	,392	,894
Q17	28,80	8,168	,529	,882
Q18	28,80	7,642	,575	,881
Q25	28,75	7,671	,695	,871
Q51	28,90	7,463	,784	,864
Q52	28,85	7,713	,851	,863
Q53	28,95	7,945	,666	,873
Q54	28,75	7,987	,555	,881
Q55	28,75	7,987	,555	,881
Q66	28,80	7,747	,728	,869

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,00	9,579	3,095	10

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,871	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q57	3,05	,510	20
Q59	2,95	,394	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q57	2,95	,155	,798	^a
Q59	3,05	,261	,798	^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.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6,00	,737	,858	2

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q60	3,15	,366	20
Q62	3,15	,489	20
Q63	3,15	,366	20
Q64	3,25	,444	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q60	9,55	1,103	,732	,723
Q62	9,55	,997	,576	,799
Q63	9,55	1,208	,569	,791
Q64	9,45	,997	,682	,736

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12,70	1,800	1,342	4

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,827	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q73	2,85	,489	20
Q74	2,85	,489	20
Q75	3,00	,562	20
Q76	2,40	,598	20
Q77	3,10	,641	20
Q78	3,15	,587	20
Q79	3,15	,587	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q73	17,65	6,239	,515	,813
Q74	17,65	6,239	,515	,813
Q75	17,50	5,842	,581	,802
Q76	18,10	7,147	,072	,882
Q77	17,40	5,095	,772	,766
Q78	17,35	5,187	,825	,759
Q79	17,35	5,187	,825	,759

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20,50	7,737	2,782	7

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,882	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q73	2,85	,489	20
Q74	2,85	,489	20
Q75	3,00	,562	20
Q77	3,10	,641	20
Q78	3,15	,587	20
Q79	3,15	,587	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q73	15,25	5,882	,432	,898
Q74	15,25	5,671	,531	,885
Q75	15,10	5,253	,613	,874
Q77	15,00	4,526	,811	,840
Q78	14,95	4,576	,886	,827
Q79	14,95	4,576	,886	,827

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
18,10	7,147	2,673	6