

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT (Studi di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo)

FKM 83/06

Nar
h

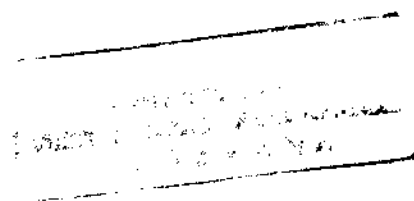


Oleh :

MARETA DWI NARINDRI

NIM. 100431366

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2006**



PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
dan diterima untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
pada tanggal 17 Juli 2006

Mengesahkan
Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. H. Pipto Suwandi, dr., M.OH., SpOk
NIP. 130517177

Tim Penguji :

1. Mahmudah, Ir., M.Kes
2. Erwin Dyah Nawawinetu, dr., M.Kes
3. Winarko, S.KM., M.Kes

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Bagian Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga**

Oleh :

MARETA DWI NARINDRI

NIM. 100431366



Surabaya, Juli 2006

Mengetahui,

**Ketua Bagian
Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

**Dr. Hj. Tri Martiana, dr., M.S
NIP. 131653738**

Menyetujui,

Pembimbing,

**Erwin Dyah Nawawinetu, dr., M.Kes
NIP. 131837436**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberi rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT (Studi di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo)”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana hubungan karakteristik individu dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS, sehingga pengetahuan serta pemahaman tentang konsep K3RS dapat ditingkatkan dan digunakan dalam upaya pencrapan K3 di rumah sakit. Maka perlu disosialisasikan pada setiap petugas di rumah sakit tentang konsep K3 yang mencakup pada pengertian, ruang lingkup program dan strategi pelaksanaan K3RS.

Berhasilnya penyusunan skripsi ini tidak lepas dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Erwin Dyah Nawawinetu, dr., M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Selain itu, penulis sampaikan pula rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., SpOk.. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Hj. Tri Martiana, dr., M.S.. selaku Ketua Bagian Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. H. Yuni Suryadi, dr., M.Kes., (MMR), selaku Direktur RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo yang telah memberikan ijin untuk penelitian.
4. Seluruh karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, khususnya bagian Umum dan IPS/HS yang telah memberikan bantuan selama penelitian.
5. Papa Nardiyanto, Mama Suwuh Surini, Kakak Dandy Prima Nofrianto, yang senantiasa memberikan doa, cinta, semangat, motivasi dan kasih sayang.

6. Mas Gugi Alifrianto Wicaksono, yang selama ini selalu memberikan doa, cinta, semangat, dan motivasi.
7. Mas Agoenk, terima kasih atas pinjaman komputernya selama ini.
8. *My lovely friends are* Noc, Mer, Icha, Deci dan Dhin, terima kasih atas persahabatan, kebersamaan, kerjasama dan bantuannya selama ini.
9. Semua teman kos Mulyorejo Tengah 18C atas kebersamaan, bantuan, saran dan motivasi yang diberikan.
10. Seluruh teman Program Studi Kesehatan Masyarakat Non Reguler Umum Sore 2004, yang telah berjuang bersama-sama selama ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu kelancaran dalam penulisan skripsi ini.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan pahala atas segala amal yang telah diberikan, dan semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.



Surabaya, Juli 2006

Penulis

ABSTRACT

Hospital represent one of place to get the health service by various facility and its health equipments. Occupational safety and health in the hospital represent an effort to prevent of work accident and occupational disease in the hospital, so the worker's knowledge about the implementation of occupational safety and health in the hospital is needed.

The purpose of this study were to know the difference of knowledge level about occupational safety and health in the hospital between employees and Committee of occupational safety and health in the hospital, and also to know the relation between individual characteristic with the knowledge level about occupational safety and health in the hospital at employees and Committee of occupational safety and health in the hospital in "RSUD Dr. Harjono Ponorogo".

This was an observasional analytic study. The data was taken cross sectionally. Interviews by questionnaire were conducted to 57 employees of RSUD Dr. Harjono Ponorogo to get the primary data. Subjects were selected by using a stratified random sampling.

The Chi-Square test showed that there was no difference of knowledge level about occupational safety and health in the hospital between employees and Committee of occupational safety and health in the hospital ($p=0,675$), there were no relation between age ($p=0,531$), education level ($p=0,247$) and period of work ($p=0,299$) with the knowledge level about occupational safety and health in the hospital, but there was relation with join training of occupational safety and health in the hospital ($p=0,001$).

It is suggested to the hospital manajemnt to be more improving of knowledge and understanding of employees about occupational safety and health in the hospital by routinely hold training program of occupational safety and health. Commitment of the top level manager about occupational safety and health in the hospital implementation is also important to build.

Keyword : occupational safety and health in the hospital, knowledge level

ABSTRAK

Rumah sakit merupakan salah satu tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan berbagai fasilitas dan peralatan kesehatannya. Keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit merupakan suatu upaya untuk menekan atau mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja di rumah sakit, sehingga diperlukan pengetahuan petugas kesehatan tentang pelaksanaan K3RS tersebut.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan tentang K3RS antara karyawan dan Panitia K3RS, serta mengetahui hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS di "RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo".

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik, yang datanya diambil secara cross sectional. Wawancara dengan kuisioner dilaksanakan pada 57 karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo untuk mendapatkan data primer. Subjek ditarik dari populasi dengan cara *stratified random sampling*.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS ($p=0,675$), tidak ada hubungan antara umur ($p=0,531$), tingkat pendidikan ($p=0,247$) dan masa kerja ($p=0,299$) dengan tingkat pengetahuan K3RS, namun terdapat hubungan dengan keikutsertaan pelatihan K3 ($p=0,001$).

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disarankan kepada manajemen rumah sakit agar lebih meningkatkan pengetahuan dan pemahaman karyawan tentang K3RS melalui pelatihan K3 secara rutin, serta perlu adanya komitmen pimpinan tentang pelaksanaan K3.

Kata kunci : keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit, tingkat pengetahuan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang Masalah	1
I.2 Identifikasi Masalah	5
I.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah	7
BAB II TUJUAN DAN MANFAAT	8
II.1 Tujuan Umum	8
II.2 Tujuan Khusus	8
II.3 Manfaat Penelitian	9
BAB III TINJAUAN PUSTAKA	10
III.1 Pengetahuan	10
III.2 Keselamatan Kerja	13
III.3 Kesehatan Kerja	15
III.4 Rumah Sakit	16
III.5 Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit	17
BAB IV KERANGKA KONSEPTUAL	27
IV.1 Kerangka Konsep	27
IV.2 Hipotesis Penelitian	28
BAB V METODE PENELITIAN	30
V.1 Jenis Penelitian	30
V.2 Populasi Penelitian	30
V.3 Sampel, Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel	30
V.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	32
V.5 Variabel, Cara Pengukuran dan Definisi Operasional	32
V.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	34
V.7 Teknik Analisis Data	34

BAB VI	HASIL PENELITIAN	35
VI.1	Gambaran Umum RSUD Dr. Harjono Ponorogo	35
VI.2	Karakteristik Responden	46
VI.3	Tingkat Pengetahuan K3RS Antara Karyawan dengan Panitia K3RS	48
VI.4	Hubungan Antar Variabel	49
BAB VII	PEMBAHASAN	54
VII.1	Karakteristik Responden	54
VII.2	Tingkat Pengetahuan K3RS Antara Karyawan dengan Panitia K3RS	55
VII.3	Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan Tingkat Pengetahuan tentang K3RS	63
BAB VIII	KESIMPULAN DAN SARAN	69
VIII.1	Kesimpulan	69
VIII.2	Saran	70
	DAFTAR PUSTAKA	71
	DAFTAR LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
VI.1	Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Umur di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	46
VI.2	Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Tingkat Pendidikan di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	47
VI.3	Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Masa Kerja di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	47
VI.4	Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Pelatihan K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	48
VI.5	Distribusi Karyawan dengan Panitia K3RS Menurut Tingkat Pengetahuan K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	48
VI.6	Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Umur Responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	49
VI.7	Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Tingkat Pendidikan Responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	50
VI.8	Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Masa Kerja Responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	51
VI.9	Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Pelatihan K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006	52

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
IV 1	Kerangka Konseptual	27



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1.	Lembar Pedoman Wawancara dengan Karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo	
2.	Struktur Organisasi RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo	
3.	Denah Lokasi RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo	
4.	Keputusan Direktur RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo No. 70 Tahun 2002	
5.	Surat Permohonan Ijin Penelitian	
6.	Surat Keterangan Penelitian	
7.	Lembar Analisis Statistik	



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

/	: Atau
&	: Dan
<	: Kurang dari
≤	: Kurang dari sama dengan
>	: Lebih dari
≥	: Lebih dari sama dengan
=	: Sama dengan
-	: Sampai dengan

Daftar Singkatan

APAR	: Alat Pemadam Api Ringan
APD	: Alat Pelindung Diri
Depkes	: Departemen Kesehatan
Depnaker	: Departemen Tenaga Kerja
K3	: Keselamatan dan Kesehatan Kerja
K3RS	: Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
No.	: Nomor
Pusdiklatkes	: Pusat Pendidikan dan Latihan Kesehatan
PAK	: Penyakit Akibat Kerja
P2K3	: Panitia Pembina Kesehatan dan Keselamatan Kerja
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
UU	: Undang-Undang

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Di dalam Undang-undang RI No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan disebutkan bahwa pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional yang diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, sehingga memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Depkes RI, 1992).

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan (Notoatmodjo, 2003). Untuk mewujudkan derajat kesehatan tersebut diselenggarakan upaya kesehatan menyangkut upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan yang dilaksanakan bersama antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta (Depkes RI, 1992). Hal ini merupakan tanggung jawab bersama untuk dapat mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan dengan mengupayakan kondisi di atas terhadap seluruh lapisan masyarakat termasuk masyarakat pekerja.

Berbeda dengan kesehatan masyarakat pada umumnya, kesehatan kerja diselenggarakan agar setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan diri sendiri dan masyarakat sekelilingnya supaya diperoleh produktivitas kerja yang optimal.

Lawrence W. Green, 1980 (dalam Sarwono, 1997) mengatakan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku. Disimpulkan bahwa perilaku individu/masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, kepercayaan, sikap, tradisi dan sebagainya dari orang tersebut, tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, serta sikap dan perilaku petugas kesehatan.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Agar rumah sakit mampu menghadapi persaingan global, diperlukan peningkatan mutu pelayanan dan produk jasa yang berkualitas yang dapat memenuhi harapan dan tuntutan masyarakat. Produk jasa rumah sakit akan mampu bersaing apabila dikelola oleh tenaga kerja yang sehat, terampil dan memiliki produktivitas kerja tinggi. Tenaga kerja yang sehat dan produktif berarti bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Hal ini dapat dicapai dengan salah satu diantaranya melalui pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit.

Keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit merupakan suatu upaya untuk menekan atau mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja di rumah sakit. Pelaksanaan K3RS ini bertujuan untuk mencegah timbulnya dan menanggulangi masalah kesehatan kerja dan faktor-faktor risiko yang terjadi pada pekerja rumah sakit guna mencapai derajat kesehatan yang optimal serta meningkatkan kualitas dan produktivitas pekerja tersebut dalam melaksanakan tugas dan fungsi rumah sakit (RS. Persahabatan, 2002).

Kecelakaan kerja yang terjadi pada karyawan di Instalasi Sanitasi Rumah Sakit Haji Surabaya menunjukkan angka yang cukup tinggi yaitu 44,4 % dan yang tidak mengalami kecelakaan 55,6 %. Hal ini menunjukkan bahwa di instalasi

tersebut masih rawan terjadi kecelakaan. Belum lagi instalasi lain yang berada di lingkungan Rumah Sakit Haji Surabaya yang belum sempat diteliti akibat program kegiatan K3 belum atau kurang berjalan maksimal (Roji, 2004).

Keberadaan program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, yang masih tergolong baru, saat ini sangat diperlukan sebagai salah satu kegiatan yang harus diterapkan, yaitu selain untuk mencegah kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja, juga menjadi sasaran penilaian untuk akreditasi rumah sakit. Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar, mulai tahun 1999 akan mencakup pula untuk pelayanan K3. Dengan dilakukan akreditasi pelayanan K3 diharapkan dapat memperjelas arah pelaksanaan K3 di rumah sakit (RS Persahabatan, 2002).

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain pendidikan, pelatihan, pekerjaan dan umur. Menurut studi yang telah dilakukan oleh John Miner Brewer, 1976 (dalam Kusmahanani, 1999), kecelakaan kerja banyak ditemui pada usia 17 sampai 28 tahun, dan akan menurun pada usia karyawan yang menginjak usia 50 sampai 60 tahun. Karena semakin lanjut umur seseorang, kemungkinan untuk menyelidiki suatu hal lebih banyak, maka hasil tahunya lebih banyak pula, bahkan lebih mendalam (Poedjawijatna, 2004). Demikian juga dalam kaitannya dengan masa kerja, bahwa makin lama masa kerja yang dimiliki oleh karyawan akan makin banyak pengalaman yang dialami. Begitu pula dengan tingkat pendidikan, makin tinggi tingkat pendidikan karyawan, makin banyak pula pengetahuan dan pengalamannya mengenai sesuatu hal yang berkaitan dengan pekerjaannya.

Untuk meningkatkan pengetahuan tentang pelaksanaan K3RS, karyawan harus memperhatikan beberapa keadaan yang dapat mempengaruhi keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit antara lain debu dan asap di udara interior dapat mengganggu inhalasi petugas dan penderita, bahan kimia berbahaya dapat mengganggu kesehatan pekerja ataupun kecelakaan baik melalui inhalasi, pencernaan, maupun kontak dengan kulit, kebisingan berlebihan berpotensi mengganggu daya pendengaran pekerja, infeksi yang mungkin didapat oleh pekerja adalah infeksi silang atau infeksi sendiri akibat kerentanan fisiknya, energi pancaran, radiasi pengion dan non pengion akan memberikan pengaruh yang cukup berat bagi pekerja, getaran menimbulkan kelemahan pada pendengaran dan sistem syaraf, abnormalitas tekanan udara, suhu dan kelembapan menurunkan akurasi pelayanan dan kenyamanan kerja, dan keadaan ini mengganggu daya konsentrasi (Nefawan, 1993).

Sedangkan manajemen harus menetapkan standar-standar yang harus dipenuhi yaitu falsafah dan tujuan untuk menjamin keselamatan hidup pasien, pegawai dan pengunjung serta sarana rumah sakit, staf dan pimpinan harus berpendidikan dan berpengalaman dalam keselamatan kerja, bahaya kebakaran dan bencana, fasilitas dan peralatan yang cukup serta siap pakai terus menerus untuk menunjang program keselamatan kerja, menanggulangi bahaya kebakaran dan bencana, kebijakan dan prosedur harus ditetapkan di tiap unit kerja dan berlaku bagi setiap orang, pengembangan staf dan program pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam bidang keselamatan kerja, bahaya kebakaran dan bencana, evaluasi dan pengendalian mutu dari program keselamatan kerja, kebakaran dan bencana (Depkes RI, 1992).

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, rumah sakit menggunakan peralatan dengan teknologi tinggi dan bahan-bahan serta obat yang berbahaya bagi kesehatan. Semakin tinggi tingkat teknologi yang digunakan semakin tinggi pula pengetahuan dan ketrampilan tenaga kerja yang dibutuhkan untuk pengoperasian dan pemeliharaan (Bambang, 2000).

Untuk itu pengetahuan dan kesadaran pekerja terhadap K3RS perlu ditingkatkan dengan memberikan penerangan dan penyuluhan agar pekerja mempunyai tanggapan dan pandangan yang positif terhadap pelaksanaan K3RS, serta melaksanakannya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku.

I.2 Identifikasi Masalah

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo merupakan rumah sakit unit swadana yang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat pada umumnya dan tenaga kerja pada khususnya. Dalam pelayanan tersebut melibatkan berbagai jenis keahlian dan berbagai macam tingkat pendidikan. Hal ini disebabkan karena RSUD Dr. Harjono adalah rumah sakit yang mempunyai potensi berkembang seiring dengan perkembangan daerah Kabupaten Ponorogo.

Mengingat RSUD Dr. Harjono merupakan rumah sakit yang mempunyai potensi berkembang, maka diperlukan adanya sumber daya manusia, fasilitas dan prasarana yang memadai sehingga mampu memenuhi tuntutan pelayanan yang ada.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan, jika dikaitkan dengan pelaksanaan K3RS, RSUD Dr. Harjono masih belum menerapkannya secara keseluruhan. Hal ini dapat dilihat dari belum berjalannya pelaksanaan K3RS yang meliputi pokok-pokok kebijakan K3RS, program K3RS, penerapan manajemen

K3 dan aneka pendekatan keselamatan lainnya. Oleh karena kegiatannya belum terarah, maka data tentang angka kecelakaan, kesakitan dan kematian akibat kerja belum ada di rumah sakit. Hal ini disebabkan karena tingkat pengetahuan, pemahaman, dan tindakan karyawan dalam upaya penanggulangan masalah K3 masih kurang dan belum menempatkannya sebagai suatu kebutuhan pokok bagi peningkatan kesejahteraan karyawan itu sendiri.

Dalam memberikan pelayanan di RSUD Dr. Harjono, banyak pekerjaan dan aktivitas yang mengandung risiko terjadinya permasalahan yang menyangkut keselamatan dan kesehatan kerja. Risiko yang terjadi adalah kecelakaan kerja dan penyakit yang berhubungan dengan kerja akibat tindakan dan kondisi tidak aman, bahaya fisik, kimia, biologi, fisiologi dan psikologi.

Berdasarkan survei awal diperoleh informasi bahwa dari penyakit akibat kerja yang terjadi, mereka menganggap penyakit yang dideritanya bukan merupakan akibat dari kerja, sehingga data-data tentang kecelakaan kerja di tiap bagian belum tercatat dengan baik. Hal tersebut terjadi karena kurangnya pengetahuan karyawan tentang K3RS yang seharusnya dapat menjadi suatu program pencegahan kecelakaan kerja dan PAK.

Oleh karena itu pengetahuan dan kesadaran pekerja terhadap K3RS perlu ditingkatkan agar pekerja mempunyai tanggapan dan pandangan yang positif terhadap pelaksanaan K3RS, kemudian melaksanakannya sesuai dengan syarat dan ketentuannya.

I.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah

1. Pembatasan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka untuk menghindari terjadinya perluasan masalah dalam pembahasan penelitian, peneliti membatasi masalahnya yaitu mengenai karakteristik responden (umur, pendidikan, masa kerja, pelatihan K3) dan tingkat pengetahuan pada karyawan dan Panitia K3RS tentang K3RS yang meliputi pengertian, tujuan, program dan pelaksanaan K3RS.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah yang telah diuraikan di atas, maka penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut :

”Apakah ada hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo ?”

BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

II.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mempelajari hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.

II.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian adalah:

1. Mempelajari karakteristik individu (umur, pendidikan, masa kerja dan pelatihan K3RS).
2. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit antara karyawan dengan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.
3. Menganalisis hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.

II.3 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat:

1. Bagi Rumah Sakit

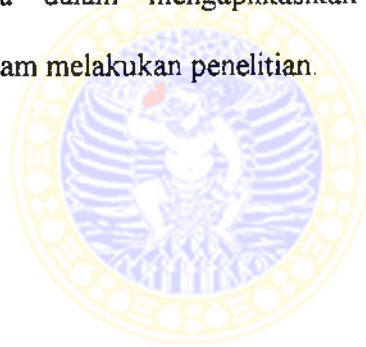
Sebagai bahan pertimbangan dan sarana dalam membuat kebijakan dan upaya peningkatan, pengendalian serta perbaikan keselamatan dan kesehatan pekerja dimasa mendatang.

2. Bagi praktisi kesehatan kerja dan pembaca

Sebagai bahan kajian atau referensi tentang upaya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit.

3. Bagi peneliti

Sebagai sarana dalam mengaplikasikan ilmu dan mendapatkan pengalaman dalam melakukan penelitian.



BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

III.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, dapat menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

(Notoatmodjo, 2003)

Pengetahuan merupakan bentuk operasional dari perilaku. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi, orang lain maupun dari sumber informasi lain (Notoatmodjo, 1993).

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah segala sesuatu untuk membina kepribadian dan mengembangkan kemampuan manusia, jasmaniah, dan rohaniyah yang berlangsung seumur hidup, baik di dalam maupun di luar sekolah (Dwiyanti, 2005).

Pendidikan dapat mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat, termasuk pengetahuan tentang kesehatan (Sumartha, 1996). Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Jika seseorang mendapatkan banyak informasi, cenderung memiliki pengetahuan yang lebih luas (Notoatmodjo, 1993).

2. Pelatihan

Pelatihan adalah bagian dari pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan ketrampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat, dan dengan metode yang lebih mengutamakan praktek daripada teori. Pelatihan merupakan proses aplikasi terhadap peningkatan kecakapan seseorang (Dwiyanti, 2005).

3. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah. Adanya pekerjaan memerlukan banyak waktu dan tenaga untuk menyelesaikan berbagai jenis pekerjaan yang masing-masing dianggap penting dan memerlukan perhatiannya. Masyarakat yang sibuk hanya memiliki sedikit waktu untuk memperoleh informasi (Notoatmodjo, 1993).

4. Umur

Semakin lanjut umur seseorang, kemungkinan untuk menyelidiki sendiri suatu hal lebih banyak, maka hasil tahunya lebih banyak pula, bahkan lebih mendalam serta kepuasannya pun lebih besar (Poedjawijatna, 2004).

Apabila pengetahuan itu mempunyai sasaran yang tertentu, mempunyai metode atau pendekatan untuk mengkaji obyek tersebut sehingga memperoleh hasil yang dapat disusun secara sistematis dan diakui secara universal, maka terbentuklah disiplin ilmu (Notoatmodjo, 2002).

III.2 Keselamatan Kerja

1. Pengertian Keselamatan Kerja

Menurut Suma'mur (1989), keselamatan kerja adalah keselamatan yang bertalian dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahannya, landasan tempat kerja dan lingkungannya serta cara-cara melakukan pekerjaan.

Keselamatan kerja adalah usaha untuk sedapat mungkin memberikan jaminan kondisi kerja yang aman dan sehat kepada setiap karyawan dan untuk melindungi sumber daya manusia (Aryawan, 2002).

2. Tujuan Keselamatan Kerja

Tujuan keselamatan kerja adalah (Aryawan, 2002)

- a. Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas nasional.
- b. Menghindari atau memperkecil kecelakaan kerja di tempat kerja karena ketidaktahuan atau kurang mengerti penggunaan alat kerja serta risiko bahaya yang menyertainya.

3. Kegiatan Keselamatan Kerja

Kegiatan keselamatan kerja adalah (Aryawan, 2002)

- a. Latihan kerja yang aman, latihan penggunaan alat kerja dan alat pelindung diri.
- b. Komunikasi dengan cara pertemuan singkat sebelum bekerja (safety talk), pemasangan poster mengenai keselamatan kerja.
- c. Pengawasan dan monitoring terhadap bahan berbahaya secara berkala, ruangan kerja dan lingkungan kerja yang dibandingkan dengan Nilai Ambang Batas (NAB) yang berlaku.
- d. Sistem perlindungan bahaya kebakaran di rumah sakit, dengan merencanakan pintu keluar darurat, sistem peringatan bahaya (alarm system), sumber air terdekat, perawatan alat pemadam kebakaran.

III.3 Kesehatan Kerja

1. Pengertian Kesehatan Kerja

Menurut Suma'mur (1986), kesehatan kerja adalah spesialisasi dalam ilmu kesehatan atau kedokteran beserta prakteknya yang bertujuan agar pekerja atau masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik fisik, mental maupun sosial, dengan usaha-usaha preventif dan kuratif, terhadap penyakit-penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap penyakit-penyakit umum.

Kesehatan kerja adalah upaya penyesuaian antara kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja agar setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat sekelilingnya (RS. Persahabatan, 2002).

2. Tujuan Kesehatan Kerja

Tujuan kesehatan kerja adalah (Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000)

- a. Meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan masyarakat pekerja disemua lapangan kerja ke tingkat setinggi-tingginya baik fisik, mental maupun kesejahteraan sosialnya.
- b. Mencegah timbulnya gangguan kesehatan pada masyarakat pekerja yang diakibatkan oleh kondisi lingkungan kerjanya.
- c. Memberikan pekerjaan dan perlindungan bagi pekerja didalam pekerjaannya dari kemungkinan bahaya yang disebabkan oleh faktor-faktor yang membahayakan kesehatan.

3. Kegiatan Kesehatan Kerja

Kegiatan kesehatan kerja adalah (Aryawan, 2002)

- a. Pemeriksaan kesehatan berkala, khusus dan awal pada karyawan.
- b. Imunisasi hepatitis B, bagi tenaga kerja yang sering berhubungan dengan cairan tubuh, seperti perawat yang memasang infus, transfusi darah.
- c. Pengobatan bagi tenaga kerja yang sakit untuk menghentikan perjalanan penyakit dan komplikasinya.

III.4 Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI No. 986/Menkes/Per/XI/1992, rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta berfungsi sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan kegiatan inti berupa pelayanan medis, baik preventif, kuratif dan rehabilitatif. Selain itu, rumah sakit juga memiliki fungsi pendidikan dan penelitian (Nefawan, 1993).

2. Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit berfungsi sebagai tempat kerja yang memberikan pelayanan medis, menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis, menyelenggarakan pelayanan rujukan dan asuhan keperawatan, menyelenggarakan penelitian, pendidikan dan pelatihan, serta

menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan (RS. Persahabatan, 2002).

III.5 Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

1. Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

K3 Rumah Sakit merupakan suatu kesatuan upaya saling terkait dan menunjang satu sama lain untuk terciptanya lingkungan kerja yaitu rumah sakit yang aman dan pekerja yang sehat (Djati, 2003).

2. Tujuan dan Sasaran K3RS

- a. Mencegah kecelakaan kerja, kebakaran dan peledakan, serta pencemaran lingkungan.
- b. Mengamankan peralatan kerja dan instalasi rumah sakit, bahan baku serta pasien, petugas dan pengunjung.
- c. Menciptakan lingkungan kerja bersih, sehat dan aman.
- d. Meningkatkan produktivitas kerja petugas rumah sakit.

(Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000)

3. Peraturan yang Melandasi Pelaksanaan K3 Rumah Sakit (K3RS)

a. Menurut Departemen Tenaga Kerja

1. Undang-undang RI No. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja.
2. Permenaker dan Transmigrasi No. 02/Men/1980 tentang Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja dan Penyelenggaraan Keselamatan Kerja.
3. Permenaker dan Transmigrasi No. 03/Men/1982 tentang pelayanan Kesehatan Kerja.

4. Permenaker No. Per 05/Men/1996 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3).

b. Menurut Departemen Kesehatan

1. Undang-undang RI No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
2. Undang-undang RI No. 25 tahun 1997 tentang Ketenagakerjaan.
3. Keputusan Presiden RI No. 22 tahun 1993 tentang Penyakit yang timbul karena hubungan kerja.
4. Permenkes RI No. 986/Menkes/Per/XI/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
5. Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik No. HK.00.06.6.0.1497 tentang instruksi membentuk PK3RS di rumah sakit.

4. Pokok Kebijakan K3RS

Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar, mulai tahun 1999 akan mencakup pula untuk pelayanan K3. Dengan dilakukan akreditasi pelayanan K3 diharapkan dapat memperjelas arah pelaksanaan K3 di rumah sakit. Di pihak lain, dirasakan perlunya kebijakan K3RS dari Departemen Kesehatan dalam rangka perlindungan masyarakat pekerja untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan rumah sakit.

Diantaranya pokok-pokok kebijakan rumah sakit adalah

1) Syarat-syarat K3RS

Rumah sakit agar memperhatikan syarat-syarat K3RS dengan memperhatikan ancaman bahaya potensial di rumah sakit yaitu

ancaman bahaya biologi, kimia, fisika, ergonomi, ancaman bahaya psikososial, keselamatan dan kecelakaan kerja di rumah sakit.

2) Pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan K3RS

a. Pelaksanaan

1. Melakukan pemeriksaan kesehatan awal, khusus dan berkala.
2. Pemberian paket penanggulangan anemia.
3. Pemberian paket pertolongan gizi.
4. Upaya-upaya yang dilakukan sehubungan dengan kapasitas dan beban kerja, misalnya pengaturan kerja bergilir, penempatan petugas pada jabatannya, pendidikan dan pelatihan petugas RS tentang K3.
5. Pelaksanaan upaya penanggulangan bahaya potensial.
6. Pelaksanaan cara kerja yang baik.
7. Pengorganisasian dan pembagian tugas yang jelas.

b. Pengawasan

1. Melalui pengisian form K3RS dan formulir check list 6 bulanan.
2. Pemantauan diutamakan pada kasus kecelakaan, proses terlaksananya kegiatan K3RS dan masukan sumberdaya.

c. Pembinaan

Pembinaan diarahkan agar rumah sakit melakukan upaya-upaya sehingga dicapai nihil kecelakaan dan nihil penyakit akibat kerja yang merupakan salah satu indikator keberhasilan K3RS.

3) Profesionalisme di bidang K3RS

Perlu dukungan tenaga, dana, sarana dan fasilitas yang memadai agar pelaksanaan K3RS dapat dilakukan secara profesional. Rumah sakit perlu memiliki tenaga yang mempunyai pendidikan K3 atau sudah pernah mengikuti pelatihan K3.

4) Sistem Informasi K3RS

Sistem Informasi K3RS perlu dikembangkan oleh rumah sakit, serta mengisi form identifikasi K3RS dan form check list kemudian mengirimkannya ke Departemen Kesehatan.

5) *Self care* masyarakat pekerja rumah sakit

Perilaku dan sikap pekerja yang tidak sesuai dengan prinsip kesehatan dapat mempengaruhi status kesehatan pekerja, sehingga pelaksanaan K3RS diperlukan untuk mengubah perilaku pekerja dalam hal K3.

(RS. Persahabatan, 2002)

5. Ruang Lingkup Program K3

Program K3 di dalamnya terdiri dari beberapa unsur yaitu kesehatan kerja, higiene industri, keselamatan kerja (*safety*) dan ergonomi, adalah suatu upaya untuk mengendalikan dan memperkecil bahaya yang ada di tempat kerja, agar tingkat risiko yang mungkin terjadi masih dalam batas toleransi, dan upaya untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja. Ruang lingkup program K3 di suatu RS (Australia-Bathurst Base Hospital) meliputi:

- a. Kerumahtangaan.
- b. Penggunaan mesin.

- c. Pemakaian alat pelindung diri.
- d. Pemeliharaan prosedur kerja.
- e. Pencatatan dan laporan terjadinya penyakit akibat kerja, kecelakaan dan injuri.
- f. Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan atau P3K.
- g. Pencegahan terhadap bahaya kebakaran.
- h. Pembatasan penggunaan alat-alat listrik.
- i. Penggunaan peralatan dan perlengkapan kerja.
- j. Adanya lisensi dari bahan dan alat berbahaya.
- k. Peraturan tentang larangan minuman keras dan merokok.
- l. Beberapa aturan lain yang terkait dengan pekerjaan yang berhubungan dengan organisasi.

Sudah barang tentu ruang lingkup program K3 ini harus disesuaikan dengan kapasitas, kondisi rumah sakit dan kebijakan yang ada (Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000).

Selain itu, program K3 di rumah sakit dapat mencakup sebagai berikut (Hardiman, 2002):

- a. Kewaspadaan, upaya pencegahan dan pengendalian bencana.
- b. Pencegahan dan pengendalian kebakaran.
- c. Keamanan pasien.
- d. Kesehatan kerja bagi pegawai.
- e. Pengelolaan jasa, bahan dan barang berbahaya.
- f. Kesehatan lingkungan rumah sakit.
- g. Sanitasi rumah sakit.

- h. Pengelolaan, pemeliharaan dan sertifikasi sarana, prasarana dan peralatan.
- i. Pengelolaan limbah padat, cair dan gas.
- j. Pelatihan.
- k. Pengumpulan, pengelolaan, dokumentasi data dan pelaporan untuk evaluasi.

6. Strategi Penerapan K3

Dalam menerapkan program K3 di rumah sakit ada 7 strategi yang perlu dilakukan, agar pelaksanaan K3 dapat berjalan dengan baik.

a. Membangun komitmen

Komitmen merupakan niat dan dukungan dari pihak pimpinan dan para manajer. Adanya komitmen ini sangat diperlukan, agar suatu program dapat terlaksana dengan baik. Komitmen tersebut merupakan langkah awal dari penerapan suatu program dan bentuk operasional dari komitmen tersebut adalah berupa kebijakan Pimpinan.

Kebijakan di bidang K3 merupakan suatu pernyataan (*statement*) tentang sasaran, tujuan dan prinsip operasional yang menjadi arah bagi setiap orang agar berperilaku dan bertindak secara aman, selamat, sehat, serta menjadi landasan dalam melaksanakan program K3.

Kebijakan K3 memuat:

- a) Uraian tentang tujuan dan penekanan dari manajemen program K3-RS.
- b) Uraian petunjuk umum dari fungsi K3-RS.

- c) Gambaran tentang tanggung jawab pucuk pimpinan terhadap fungsi K3-RS.
- d) Uraian tentang dukungan dari pihak manajemen maupun pihak lain yang berkompeten terhadap program K3-RS.

Kebijakan hendaknya diketahui dan dipatuhi oleh seluruh petugas kesehatan, pengunjung, pemilik dan masyarakat.

b. Memberikan Tanggung Jawab (*Assign Responsibility*)

Langkah berikutnya adalah memberikan tanggung jawab kepada seluruh petugas rumah sakit sesuai dengan kedudukan/posisinya, karena tanpa adanya rasa tanggung jawab dari semua petugas rumah sakit, kebijakan tersebut tidak akan efektif.

Dalam membangun rasa tanggung jawab tersebut meliputi:

- a.) Apa yang harus dikerjakan.
- b.) Apa dukungan dari staf saudara.

c. Membuat dan memelihara kondisi tempat kerja yang aman.

Tempat kerja adalah setiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, dimana tenaga kerja bekerja, atau sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana kemungkinan terdapat sumber-sumber yang membahayakan.

Untuk membuat tempat kerja yang aman, maka perlu dilakukan pengelolaan terhadap sumber-sumber yang membahayakan tersebut. Dengan teridentifikasinya sumber bahaya atau *hazard* tersebut maka kita

akan dapat mengendalikannya, sehingga akan tercipta tempat kerja yang aman.

d. Pelatihan K3

Pelatihan K3 merupakan suatu upaya untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan ketrampilan seluruh petugas rumah sakit. Selain itu mereka juga diharapkan peduli terhadap permasalahan-permasalahan dibidang K3, serta mampu untuk mengendalikan dan menyelesaikannya.

Pelatihan dibidang K3 bisa dilakukan di luar RS atau di dalam RS. Pelatihan tersebut dapat berupa *in class* ataupun *on the job training*.

e. Surveilans terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja

Pengamatan atau surveilans terhadap terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja, merupakan upaya untuk mengetahui atau mendeteksi secara dini akan terjadinya kecelakaan dan penyakit tersebut.

Kejadian kecelakaan atau penyakit akibat kerja mungkin dapat bersifat ringan mungkin juga bisa serius, sehingga memerlukan suatu surveilans yang cukup ketat, dalam rangka melindungi petugas rumah sakit.

f. Persiapan terhadap keadaan darurat

Keadaan darurat merupakan suatu kejadian yang tidak bisa diperkirakan. Untuk mengatasinya perlu adanya persiapan-persiapan yang terprogram (*Emergencies System*-sistem tanggap darurat).

Persiapan untuk mengatasi keadaan darurat meliputi penyediaan sarana dan prasarana P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan) atau

First Aid yang dilengkapi dengan tehnik CPR (*Cardio Pulmonary Resuscitation*), serta Penanggulangan Kebakaran Bencana.

g. Memberikan motivasi kepada seluruh petugas rumah sakit

Untuk meningkatkan kesadaran seluruh petugas rumah sakit terhadap cara kerja yang aman (*safe*) dimana nantinya diharapkan cara kerja yang aman tersebut menjadi budaya kerja dalam kehidupannya sehari-hari.

Supervisor K3-RS mempunyai kewajiban untuk melakukan hal tersebut, ini dapat dilakukan melalui supervisi, observasi ke lapangan, pertemuan secara berkala ataupun melalui kegiatan Gugus Kendali Mutu (GKM).

(Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000)

7. Langkah Implementasi K3 Di Rumah Sakit

a. Komitmen Pimpinan Rumah Sakit

Komitmen diwujudkan dalam pernyataan kebijakan (*policy*) tertulis mengenai pelaksanaan program K3. Dengan komitmen pimpinan, program dan pendanaan kegiatan K3 dapat terlaksana.

b. Pembentukan Panitia Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (PK3RS)

PK3RS ditetapkan oleh rumah sakit, dengan membentuk organisasi dan pengurus PK3RS dan menetapkan tugas dan jadwal kegiatan serta tanggung jawab PK3RS.

c. Penyuluhan K3 ke semua karyawan rumah sakit

K3 merupakan tanggung jawab semua karyawan, maka agar K3 dapat dilaksanakan mereka harus dikenalkan dengan penyuluhan K3. Diharapkan dengan penyuluhan ini K3 dapat menjadi budaya karyawan di rumah sakit.

d. Melaksanakan Sistem Manajemen K3 di Rumah Sakit (SMK3)

SMK3 adalah suatu sistem K3 di tempat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, tenaga kerja, kondisi dan lingkungan kerja yang terintegrasi dalam rangka mencegah dan mengurangi kecelakaan dan penyakit akibat hubungan kerja serta terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif.

e. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan K3

Melakukan pencatatan semua kegiatan K3 termasuk pencatatan dan pelaporan kecelakaan kerja dan penyakit akibat hubungan kerja.

f. Melaksanakan audit K3

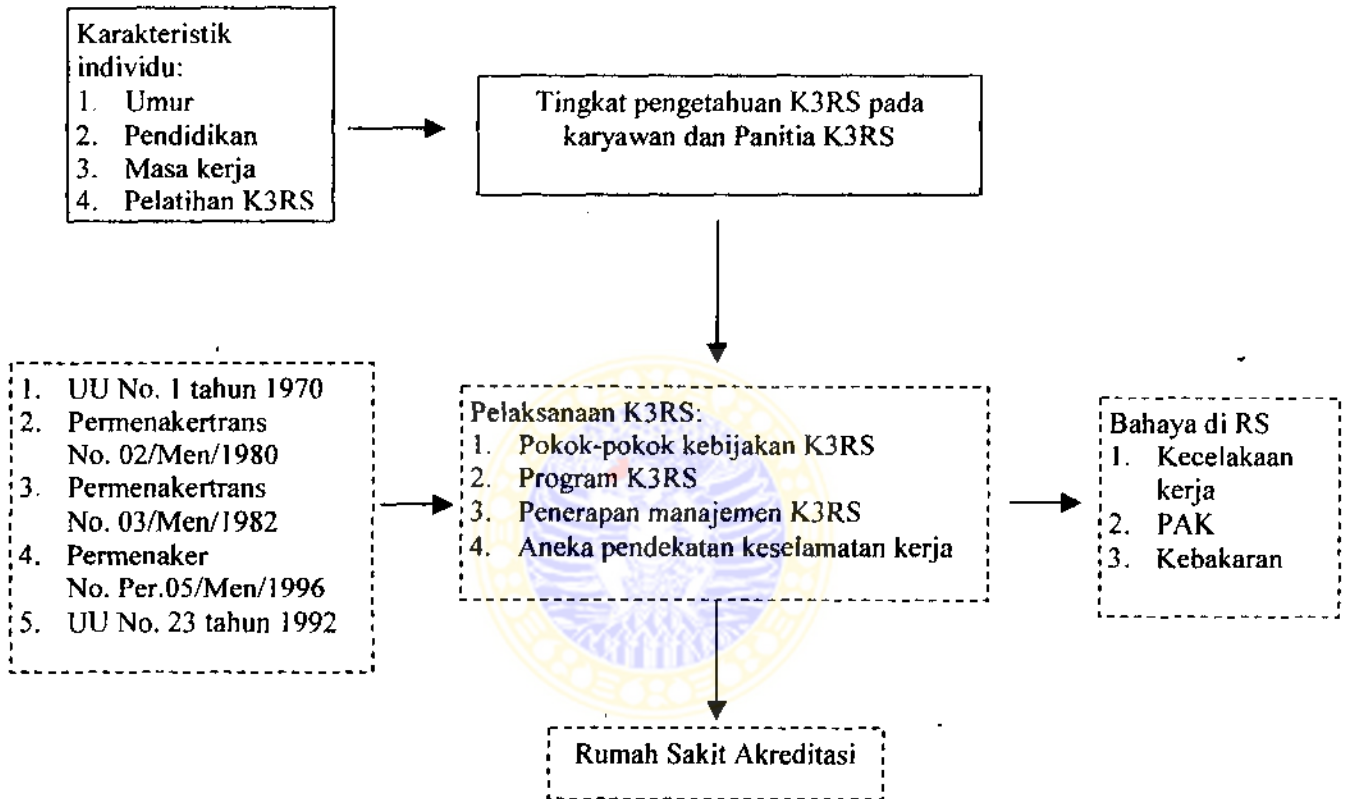
Audit K3 dilakukan untuk menilai potensi bahaya dan gangguan kesehatan yang ada di rumah sakit, untuk memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah dilaksanakan sesuai ketentuan dan untuk menentukan langkah untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu K3.

(Djati, 2003)

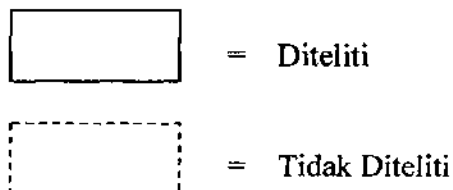
BAB IV

KERANGKA KONSEPTUAL

IV.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :



Keterangan kerangka konseptual

Tingkat pengetahuan pada karyawan dan Panitia K3RS RSUD Dr. Harjono Ponorogo dapat dipengaruhi oleh karakteristik responden yaitu umur, pendidikan, masa kerja dan pelatihan K3RS. Tingkat pengetahuan tentang K3RS tersebut dapat ditingkatkan sehingga dapat mendukung pelaksanaan K3RS itu sendiri yaitu meliputi pokok-pokok kebijakan K3RS, program K3RS, penerapan manajemen K3RS dan aneka pendekatan keselamatan kerja. Pelaksanaannya harus mengacu pada UU No. 1 tahun 1970, Permenakertrans No. 02/Men/1980, Permenakertrans No. 03/Men/1982, Permenaker No. Per.05/Men/1996 dan UU No. 23 tahun 1992. Keselamatan dan Kesehatan Kerja harus diterapkan di rumah sakit karena banyak terdapat bahaya didalamnya yaitu kecelakaan kerja, PAK dan kebakaran. Jika pelaksanaan K3RS benar-benar diterapkan maka tingkat pengetahuan manajemen dan karyawan tentang K3RS meningkat dan RSUD Dr. Harjono Ponorogo akan memperoleh penghargaan berupa akreditasi.

IV.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang K3RS antara karyawan dengan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.
2. Ada hubungan antara umur dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.
3. Ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.

4. Ada hubungan antara masa kerja dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.
5. Ada hubungan antara pelatihan K3RS dengan tingkat pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.



BAB V

METODE PENELITIAN

V.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini ditinjau dari segi waktunya bersifat cross sectional, karena pengambilan data dilakukan dalam waktu tertentu saja. Berdasarkan cara pengambilan data penelitiannya, maka penelitian ini bersifat observasional. Berdasarkan cara analisis datanya, penelitian ini bersifat analitik yaitu mencari apakah ada hubungan antara variabel yang diteliti.

V.2 Populasi Penelitian

Populasi penelitian yaitu seluruh karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo yang berada di instalasi rawat inap, rawat darurat, bedah sentral, radiologi, farmasi, gizi dan instalasi pemeliharaan sarana yang berjumlah 140 orang.

V.3 Sampel, Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel

Sampel penelitian ini adalah sebagian dari populasi penelitian di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.

Sampel penelitian ini terdiri dari sebagian karyawan dan semua anggota Panitia K3RS yang diperoleh dengan menggunakan metode *stratified random sampling*, dimana jumlah karyawan yang dijadikan sampel penelitian sebanyak delapan kali jumlah Panitia K3RS.

Besar sampel yang diambil dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan rumus *Cochran Sampling Technique* (Cochran, 1997):

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,1)^2} = 96,04$$

Karena jumlah populasinya kecil atau kurang dari 10.000 maka dapat menggunakan rumus yang lebih sederhana yaitu:

$$n_f = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$n_f = \frac{96,04}{1 + 96,04 / 140} = 56,9$$

Keterangan:

- n_f : Besar sampel yang diinginkan
- N : Jumlah populasi
- n : Besar sampel
- d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0,1)
- Z : Standar deviasi normal (1,96)
- p : Proporsi target populasi (0,5)
- q : 1-p

Setelah melalui penghitungan dan disesuaikan dengan metode *stratified random sampling*, maka diperoleh besar sampel yaitu 57 responden.

Cara pengambilan sampel pada karyawan menggunakan *simple random sampling*, dimana pengambilan sampel secara random diartikan sampel diambil secara acak dan setiap unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi (Notoatmodjo, 2002).

V.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo Jalan Dr. Cipto Mangunkusumo No. 80-82 Ponorogo.

Waktu penelitian dimulai dari persiapan proposal penelitian pada bulan Oktober 2005 sampai dengan terselesainya penelitian pada bulan April 2006.

V.5 Variabel, Cara Pengukuran dan Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Kriteria/Skor
1.	Umur	Usia responden yang dihitung dari waktu kelahiran sampai tahun penelitian dilakukan.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner.	Ordinal	Dibagi menjadi 1. ≤ 32 tahun 2. 33-42 tahun 3. ≥ 43 tahun
2.	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh responden.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner.	Nominal	Dibagi menjadi 1. Non PT 2. PT
3.	Masa kerja	Lamanya waktu bekerja pekerja dihitung mulai masuk kerja hingga tahun dilakukan penelitian.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner.	Nominal	Dibagi menjadi 1. ≤ 10 tahun 2. > 10 tahun
4.	Pelatihan K3RS	Kegiatan yang pernah diikuti responden untuk memperoleh dan meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan tentang K3RS.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner.	Nominal	Dibagi menjadi 1. Pernah 2. Belum pernah

5.	Tingkat pengetahuan tentang K3RS	<p>1. Pengetahuan tentang pengertian K3RS adalah pemahaman responden tentang pengertian K3RS.</p> <p>2. Pengetahuan tentang tujuan K3RS adalah pemahaman responden tentang maksud yang akan dicapai dalam pelaksanaan K3RS.</p> <p>3. Pengetahuan tentang program K3RS adalah pemahaman responden tentang kegiatan yang akan dijalankan dalam K3RS.</p> <p>4. Pengetahuan tentang pelaksanaan K3RS adalah pemahaman responden tentang hal yang harus dilakukan dalam penerapan K3RS.</p>	Wawancara dengan menggunakan kuesioner.	Nominal	<p>Skor kuesioner:</p> <p>I. Jawaban: Benar = 4 Salah = 0</p> <p>II. Jawaban: a = 4 b = 0</p> <p>Kriteria pengetahuan tentang K3RS dibagi menjadi: (Arikunto, 1998)</p> <p>1. Baik, bila skor 76-100%</p> <p>2. Kurang, bila skor < 75 %</p> <p>Keterangan: Nilai = $\frac{\Sigma \text{ skor} \times 4}{100} \times 100\%$</p>
----	----------------------------------	--	---	---------	---

V.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder, yaitu:

1. Data primer

Data primer diperoleh untuk mengetahui variabel-variabel penelitian yang diteliti, dan dilakukan dengan cara wawancara secara langsung kepada karyawan melalui kuesioner.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari rumah sakit untuk mengetahui struktur organisasi, data ketenagakerjaan dan sejarah berdirinya RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.

V.7 Teknik Analisis Data

Data yang telah didapat dari hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi yaitu untuk memberikan gambaran tentang karakteristik individu. Kemudian dilakukan analisis data menggunakan uji statistik *Chi-Square* dengan bantuan komputer.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

VI.1 Gambaran Umum RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo

1. Sejarah RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo

Pada masa pemerintahan Belanda sekitar tahun 1917, RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo saat itu masih berupa pos kesehatan dengan keadaan sangat sederhana sekali yaitu dinding terbuat dari bambu dan beratapkan genteng yang dipimpin oleh seorang dokter dan dibantu dua orang tenaga pembantu. Pada tahun 1930, bangunan tersebut diperbaiki dengan penambahan zaal besar, kamar orang gila, dan kamar pengasingan penderita cacar.

Pada zaman agresi militer Belanda II tahun 1948, demi keamanan para pegawai dan pasien maka semua dipindahkan ke rumah sakit darurat samapai dengan tahun 1950. selanjutnya, pada tahun itu setelah penyerahan Kedaulatan Republik Indonesia oleh Pemerintahan penjajahan Belanda, rumah sakit umum dipindahkan lagi ke desa Keniten. Selanjutnya, dengan terbentuknya Unit Organisasi Dinas Kesehatan Rakyat Kabupaten Ponorogo maka pada tahun tersebut Rumah Sakit Umum Daerah merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Rakyat dan bertahap telah membenahi sarana dan prasarana pelayanan kesehatannya.

Sejalan dengan usaha peningkatan segi pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, maka berdasar Kepmenkes RI No: 51/MENKES/SK/II/1979 Rumah Sakit Umum Daerah Ponorogo ditetapkan menjadi Rumah Sakit

Umum Pemerintahan Kelas D dan pada tahun 1988 berubah status menjadi Rumah Sakit Kelas C sesuai dengan Kepmenkes RI No: 105/MENKES/SK/II/1988 tentang Penetapan Peningkatan Kelas Beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintahan kelas D menjadi Rumah Sakit Umum Pemerintahan kelas C.

Rumah Sakit Umum Daerah Ponorogo ditetapkan menjadi Unit Swadana Daerah berdasarkan Surat Mendagri No: 445/3952/PUOD tanggal 6 Desember 1994 dan perkembangan selanjutnya Mendagri mengeluarkan Keputusan No. 445.35-540, tentang Pengesahan Peraturan Daerah Kabupaten Ponorogo No. 11 tahun 1992. Mengingat rumah sakit belum memiliki nama khusus, maka sesuai keputusan DPRD Kabupaten Ponorogo No. 06/PIMP.DPRD/2002 dan dikuatkan oleh keputusan Bupati Ponorogo No. 176 tahun 2002 ditetapkan nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. M. Harjono Soedigdomarto, Sp. OG.

Sehubungan dengan telah terakreditasinya Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo, maka pada awal tahun 2004 mengusulkan peningkatan kelas Rumah Sakit dengan Tipe C ke Rumah Sakit Tipe B. Sesuai Surat Bupati No: 440/009/405.31/2004 tanggal 7 Januari 2004 perihal Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo dari kelas C menjadi kelas B Non Pendidikan.

2. Visi, Misi dan Tugas Pokok RSUD RSU Dr. Harjono. Harjono Kabupaten Ponorogo

a. Visi RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo

“Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo harus dapat menjadi rumah sakit rujukan bagi sektor pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta di wilayah Kabupaten Ponorogo dan sekitarnya.”

b. Misi RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo

“Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo menyelenggarakan usaha pelayanan kesehatan yang berkualitas, nyaman, aman dan terjangkau oleh masyarakat.”

c. Tugas Pokok RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo

“Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dan mengutamakan penyembuhan, pemulihan, yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan perujukan.”

3. Lokasi RSUD Dr. Harjono. Harjono Kabupaten Ponorogo

Saat ini luas lahan yang dimiliki oleh RSUD Dr. Harjono Ponorogo adalah seluas 16.659 m² dengan pembagian sebagai berikut:

Luas Bangunan : 5.040,20 m² .

Luas Halaman : 11.655,75 m²

Dan terletak di jalan Dr. Ciptomangunkusumo No. 80-82 Desa Keniten Kabupaten Ponorogo.

4. Pelayanan Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono sebagai salah satu rumah sakit rujukan bagi sektor pelayanan kesehatan baik dari pemerintah maupun swasta memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari:

a. Pelayanan Medis

1) Instalasi Rawat Jalan

Merupakan unit kerja pelayanan pertama sebagai cermin citra pelayanan yang baik, senantiasa diupayakan perbaikan, baik fasilitas maupun ketrampilan karyawan. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari :

- a) Poli Paru
- b) Poli Kebidanan dan Kandungan (Obsgyn)
- c) Poli Penyakit Dalam
- d) Poli Jantung
- e) Poli Anak
- f) Poli Obesitas
- g) Poli Tumbuh Kembang
- h) Poli Kulit dan Kelamin
- i) Poli Syaraf
- j) Poli Psikologi
- k) Poli Gigi
- l) Poli Mata
- m) Poli Telinga Hidung Tenggorokan
- n) Poli Bedah

2) Instalasi Rawat Darurat

Sesuai dengan standar Akreditasi rumah sakit, dimana Instalasi Rawat Darurat diharuskan berada di tempat strategis sehingga mudah dijangkau pasien, maka Instalasi Rawat Darurat terletak di depan gedung Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono S Ponorogo.

3) Instalasi Rawat Inap

Dalam rangka untuk meningkatkan pelayanan pasien di rawat inap RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo memiliki ruangan atau bangsal dengan rincian kelas sebagai berikut :

- a) Kelas Utama/VIP
- b) Kelas I
- c) Kelas II
- d) Kelas III
- e) ICU
- f) ICCU
- g) Endoskopi



Adapun ruang Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo sebagai berikut :

- a) Ruang Anggrek (Pavilyun/VIP)
- b) Ruang Dahlia (Pavilyun/VIP)
- c) Ruang Mawar (Penyakit Dalam)
- d) Ruang Flamboyan (Bedah)
- e) Ruang Perinatologi (Bayi & BBRT)
- f) Ruang Melati (Obstetri dan Gynekologi)

g) Ruang Delima (Anak)

4) Instalasi Bedah Sentral

Dengan semakin meningkatnya jumlah pasien, baik rawat jalan maupun rawat inap dan tuntutan akreditasi rumah sakit, maka pelayanan Instalasi Bedah Sentral harus mengikuti perubahan pelayanan sesuai standar Akreditasi rumah sakit.

b. Pelayanan Penunjang Medis

1) Pelayanan Farmasi

Pelayanan Unit Farmasi memberikan pelayanan berupa peracikan dan pendistribusian obat. Ketenagaan Unit Pelayanan Farmasi meliputi : Apoteker, Asisten Apoteker, dan Resepter.

2) Pelayanan Radiologi

Ketenagaan Unit Pelayanan Radiologi meliputi : Dokter Spesialis Radiologi, Pelaksana Radiologi lulusan ATRO, Karyawan Administrasi.

3) Pelayanan Fisioterapi

Ketenagaan Unit Pelayanan Fisioterapi meliputi : Dokter Spesialis Rehabilitasi Medis, Pelaksana Fisioterapi lulusan Akademi Fisioterapi, dan Akademi Terapi Okupasi.

4) Pelayanan Laboratorium

Ketenagaan Unit Pelayanan Laboratorium meliputi : Pelaksana lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat, Pelaksana lulusan Akademi Analisis Kesehatan, dan Administrasi.

c. Pelayanan Penunjang Non Medis

1) Pelayanan Gizi

Ketenagaan Pelayanan Gizi meliputi : Lulusan Akademi Gizi, SMKK dan pelaksana lainnya.

2) Pelayanan Sanitasi

Pelayanan Sanitasi melakukan upaya penyehatan lingkungan rumah sakit yang didalamnya terdapat kegiatan penyehatan air, penanganan limbah rumah sakit, penanganan pembuangan sampah medis dan non medis serta pemeliharaan taman dan lingkungan rumah sakit.

3) Pelayanan Busana

Untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dirawat di rumah sakit khususnya kebutuhan linen, bagian busana menyediakan pelayanan pencucian.

5. Karyawan Rumah Sakit

Jumlah total karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dari tenaga medis, paramedis dan non medis adalah 285 orang (PNS) dan 95 orang (Kontrak). Angka tersebut masih kurang, karena banyaknya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang optimal.

a. Tenaga PNS :

1) Tenaga Medis

Dokter Spesialis	: 20 Orang
Dokter Umum	: 6 Orang
Dokter Gigi	: 2 Orang

- 2) Tenaga Paramedis
 - Paramedis Perawatan : 147 Orang
 - Paramedis Non Perawatan : 40 Orang
- 3) Tenaga Non Medis
 - Tenaga Non Medis : 70 Orang

b. Tenaga Kontrak :

- 1) Tenaga Medis
 - Dokter Umum : 5 Orang
- 2) Tenaga Paramedis
 - Paramedis Perawatan : 47 Orang
 - Bidan PTT : 2 Orang
 - Paramedis Non Perawatan : 5 Orang
- 3) Tenaga Non Medis
 - Tenaga Non Medis : 36 Orang

6. Struktur Organisasi

Bentuk organisasi yang dipakai oleh RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo adalah bentuk garis dan staff. Hal ini disebabkan karena organisasi yang ada meliputi skala yang besar dan sudah terdapat adanya spesialisasi.

Berikut ini uraian tugas dari RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo:

a. Direktur

Bertugas memimpin, menyusun kebijaksanaan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melakukan pengendalian terhadap pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai perundang-undangan yang berlaku.

b. Sub Bagian Umum dan Rekam Medik

Bertugas melaksanakan ketatausahaan yang meliputi tata usaha kepegawaian, perlengkapan kantor, surat menyurat, kearsipan dan urusan rumah tangga serta rekam medis, peraturan perundang-undangan dan humas, perpustakaan serta pelaporan.

c. Sub Bagian Keuangan dan Program

Bertugas melaksanakan penyusunan anggaran, kegiatan perbendaharaan, verifikasi, akuntansi, mobilisasi dana dan penyusunan program.

d. Seksi Keperawatan

Bertugas mengkoordinasikan, mengatur, mengendalikan asuhan keperawatan, kebutuhan tenaga, perlengkapan dan fasilitas keperawatan, pembinaan dan bimbingan pelaksanaan asuhan keperawatan, etika dan mutu keperawatan serta perawatan jenazah.

e. Seksi Pelayanan

Bertugas mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medis dan penunjang medis, melaksanakan pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas, kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, penunjang medis serta penerimaan dan pemulangan pasien.

f. Instalasi

Merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis dan keperawatan, pelayanan penunjang, kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan. Beberapa instalasi yang ada di rumah sakit ini antara lain :

1) Instalasi Rawat Inap

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan bagi pasien rawat inap.

2) Instalasi Rawat Jalan

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan bagi pasien rawat jalan.

3) Instalasi Rawat Darurat

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan bagi pasien rawat darurat.

4) Instalasi Perawatan Intensif

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan intensif.

5) Instalasi Bedah Sentral

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan pembedahan.

6) Instalasi Radiologi

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan diagnosa penyakit melalui pemeriksaan radiologi dan pengobatan melalui radioterapi.

7) Instalasi Farmasi

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan pelayanan obat dan untuk kesehatan.

8) Instalasi Gizi

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan pengelolaan, penyediaan, dan penyaluran makanan, terapi gizi, dan konsultasi gizi.

9) Instalasi Patologi Klinik

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan pemeriksaan darah, urine, faeces dan cairan tubuh.

10) Instalasi Pemeliharaan Sarana

Mempunyai tugas menyediakan semua fasilitas dan kebutuhan untuk menyelenggarakan kegiatan pemeliharaan dan perbaikan rumah sakit.

g. Komite Medik

Merupakan sekelompok tenaga medis yang beranggotakan dari staff medis fungsional berada di bawah dan bertanggungjawab kepada direktur. Memiliki tugas membantu direktur menyusun standar pelayanan medis dan membantu pelaksanaannya, melaksanakan kegiatan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota satuan medis fungsional dan mengembangkan program pelayanan pendidikan dan pelatihan serta kegiatan dan pengembangan di bidang medis.

h. Satuan Medis Fungsional

Bertugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

VI.2 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, tingkat pendidikan, masa kerja dan pelatihan K3. Dari hasil wawancara melalui kuisioner pada responden yang terdiri dari karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo yaitu sebanyak 57 responden maka dapat disusun data sebagai berikut:

1. Umur Responden

Distribusi golongan umur karyawan dan Panitia K3 RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dapat dilihat pada Tabel VI.1 sebagai berikut:

Tabel VI.1 Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Umur di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Umur (Tahun)	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	≤ 32	14	24,6
2.	33 – 42	28	49,1
3.	≥ 43	15	26,3
Total		57	100

Pada Tabel VI.1 dapat dilihat bahwa karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo sebagian besar berumur antara 33-42 tahun sebanyak 28 orang (49,1%), sedangkan yang berumur ≤ 32 tahun sebanyak 14 orang (24,6%) dan yang berumur ≥ 43 tahun sebanyak 15 orang (26,3%).

2. Tingkat Pendidikan Responden

Distribusi tingkat pendidikan karyawan dan Panitia K3 RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua kategori yaitu non perguruan tinggi dan perguruan tinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel VI.2 sebagai berikut:

Tabel VI.2 Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Tingkat Pendidikan di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Non PT	9	15,8%
2.	PT	48	84,2%
Total		57	100

Dari 57 orang karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dapat diketahui bahwa sebagian besar karyawan memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi yaitu sebanyak 48 orang (84,2%), sedangkan yang tidak menempuh perguruan tinggi sebanyak 9 orang (15,8%).

3. Masa Kerja Responden

Masa kerja karyawan dan Panitia K3 RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu ≤ 10 tahun dan > 10 tahun. Distribusi masa kerja responden dapat dilihat pada Tabel VI.3 sebagai berikut:

Tabel VI.3 Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Masa Kerja di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Masa Kerja (Tahun)	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	≤ 10	25	43,9
2.	> 10	32	56,1
Total		57	100

Pada Tabel VI.3, responden yang mempunyai masa kerja ≤ 10 tahun sebanyak 25 orang (43,9%) dan yang mempunyai masa kerja > 10 tahun sebanyak 32 orang (56,1%).

4. Pelatihan K3

Distribusi karyawan dan Panitia K3RS menurut keikutsertaan pelatihan K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dapat dilihat pada Tabel VI.4 sebagai berikut:

Tabel VI.4 Distribusi Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Pelatihan K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Pelatihan K3	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Pernah	23	40,4
2.	Belum pernah	34	59,6
Total		57	100

Berdasarkan data pada Tabel VI.4 dapat diketahui bahwa jumlah karyawan dan Panitia K3RS yang pernah mengikuti pelatihan K3 sebanyak 23 orang (40,4%), dan yang belum pernah mengikuti pelatihan K3 sebanyak 34 orang (59,6%).

VI.3 Tingkat Pengetahuan K3RS Antara Karyawan dengan Panitia K3RS

Distribusi tingkat pengetahuan K3RS antara karyawan dengan Panitia K3RS dapat dilihat pada Tabel VI.5 sebagai berikut:

Tabel VI.5 Distribusi Karyawan dengan Panitia K3RS Menurut Tingkat Pengetahuan K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Kelompok	Tingkat Pengetahuan K3RS				Total	
		Baik		Kurang		n	%
		n	%	n	%		
1.	Karyawan	16	32	34	68	50	100
2.	Panitia K3RS	3	42,9	4	57,1	7	100
Total		19	33,3	38	66,7	57	100

Berdasarkan Tabel VI.5 dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan K3RS pada karyawan yang berada pada kategori baik sebanyak 16 orang (32%), dan kategori kurang sebanyak 34 orang (68%). Sedangkan pada Panitia K3RS yang berada pada kategori baik sebanyak 3 orang (42,9%), dan kategori kurang sebanyak 4 orang (57,1%).

Dari hasil uji statistik *Chi-Square*, maka dihasilkan $p=0,675$ ($p>0,05$), sehingga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara tingkat pengetahuan tentang K3RS antara karyawan dengan Panitia K3RS.

VI.4 Hubungan Antar Variabel

1. Hubungan antara umur responden dengan tingkat pengetahuan K3RS.

Untuk mengetahui ada tidaknya faktor umur yang mempengaruhi tingkat pengetahuan K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS dapat dilihat pada Tabel VI.6 sebagai berikut:

Tabel VI.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Umur Responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Umur (Tahun)	Tingkat Pengetahuan K3RS				Total	
		Baik		Kurang		N	%
		n	%	n	%		
1.	≤ 32	3	21,4	11	78,6	14	100
2.	33 – 42	10	35,7	18	64,3	28	100
3.	≥ 43	6	40	9	60	15	100
Total		19	33,3	35	61,4	57	100

Berdasarkan Tabel VI.6 diketahui bahwa pada umur ≤ 32 tahun yang mempunyai tingkat pengetahuan pada kategori baik yaitu sebanyak 3 orang (21,4%), dan pada kategori kurang sebanyak 11 orang (78,6%). Responden dengan umur 33–42 tahun yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik

sebanyak 10 orang (35,7%), dan pada kategori kurang sebanyak 18 orang (64,3%). Sedangkan responden dengan umur ≥ 43 tahun yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 6 orang (40%), dan kategori kurang sebanyak 9 orang (60%). Secara deskriptif bisa diketahui bahwa ada kecenderungan semakin bertambah umur responden maka semakin baik tingkat pengetahuannya.

Hasil uji statistik *Chi-Square*, menunjukkan bahwa $p=0,531$ ($p>0,05$). Hal ini berarti tidak ada hubungan antara umur responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.

2. Hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan tingkat pengetahuan K3RS.

Untuk mengetahui ada tidaknya faktor tingkat pendidikan yang mempengaruhi tingkat pengetahuan K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS dapat dilihat pada Tabel VI.7 sebagai berikut:

Tabel VI.7 Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Tingkat Pendidikan Responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Tingkat Pendidikan	Tingkat Pengetahuan K3RS				Total	
		Baik		Kurang		N	%
		n	%	n	%		
1.	Non PT	1	11,1	8	88,9	9	100
2.	PT	18	37,5	30	62,5	48	100
	Total	19	33,3	38	66,7	57	100

Dari Tabel VI.7 diperoleh hasil bahwa responden dengan tingkat pendidikan non PT yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 1 orang (11,1%), dan kategori kurang sebanyak 8 orang (88,9%).

Responden dengan tingkat pendidikan PT yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 18 orang (37,5%), dan responden dengan kategori kurang sebanyak 30 orang (62,5%). Secara deskriptif bisa dilihat bahwa ada kecenderungan semakin tinggi pendidikan responden maka semakin baik tingkat pengetahuannya.

Hasil uji statistik *Chi-Square* menghasilkan nilai $p=0,247$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.

3. Hubungan antara masa kerja responden dengan tingkat pengetahuan K3RS.

Untuk mengetahui ada tidaknya faktor masa kerja yang mempengaruhi tingkat pengetahuan K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS dapat dilihat pada Tabel VI.8 sebagai berikut:

Tabel VI.8 Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Masa Kerja Responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Masa Kerja (Tahun)	Tingkat Pengetahuan K3RS				Total	
		Baik		Kurang		N	%
		n	%	n	%		
1.	≤ 10	6	24	19	76	25	100
2.	> 10	13	40,6	19	59,4	32	100
Total		19	33,3	38	66,7	57	100

Pada Tabel VI.8 diketahui bahwa responden dengan masa kerja ≤ 10 tahun yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 6 orang (24%), dan kategori kurang sebanyak 19 orang (76%). Responden dengan masa kerja > 10 tahun yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 13 orang (40,6%), dan kategori kurang sebanyak 19 orang (59,4%).

Secara deskriptif bisa diketahui bahwa semakin lama masa kerja responden maka semakin baik tingkat pengetahuannya.

Hasil uji statistik *Chi-Square* menghasilkan nilai $p=0,299$ ($p>0,05$). Hal ini berarti tidak ada hubungan antara masa kerja responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.

4. Hubungan antara pelatihan K3 dengan tingkat pengetahuan K3RS.

Untuk mengetahui ada tidaknya faktor pelatihan K3 yang mempengaruhi tingkat pengetahuan K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS dapat dilihat pada Tabel VI.9 sebagai berikut:

Tabel VI.9 Distribusi Tingkat Pengetahuan K3RS Pada Karyawan dan Panitia K3RS Menurut Pelatihan K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, Mei 2006

No.	Pelatihan K3	Tingkat Pengetahuan K3RS				Total	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	N	%
1.	Pernah	14	60,9	9	39,1	23	100
2.	Belum pernah	5	14,7	29	85,3	34	100
	Total	19	33,3	38	66,7	57	100

Berdasarkan Tabel VI.9 diketahui bahwa responden yang pernah mengikuti pelatihan K3 mempunyai tingkat pengetahuan dengan kategori baik sebanyak 14 orang (60,9%), dan responden dengan kategori kurang sebanyak 9 orang (39,1%). Responden yang belum pernah mengikuti pelatihan K3 mempunyai tingkat pengetahuan dengan kategori baik sebanyak 5 orang (14,7%), dan kategori kurang sebanyak 29 orang (85,3%). Secara deskriptif bisa diketahui bahwa responden yang pernah mengikuti pelatihan maka semakin baik tingkat pengetahuannya.

Hasil uji statistik *Chi-Square* menunjukkan bahwa $p=0,001$ ($p<0,05$), berarti ada hubungan antara pelatihan K3 dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.



BAB VII

PEMBAHASAN

VII.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, tingkat pendidikan, masa kerja dan pelatihan K3. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok umur responden terbanyak di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo berumur antara 33-42 tahun yaitu sebanyak 28 orang (49,1%). Sebaran umur responden menunjukkan bahwa sebagian besar karyawan termasuk dalam usia produktif yang potensial dalam meningkatkan produktivitas. Menurut Mantra (2003), usia produktif manusia berada pada kisaran umur 15-64 tahun.

Pendidikan dapat mempengaruhi proses belajar seseorang. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat, termasuk pengetahuan tentang kesehatan (Sumartha, 1996). Sebagian besar responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi yaitu sebanyak 48 orang (84,2%). Hal ini dikarenakan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo banyak membutuhkan tenaga kerja dengan berbagai jenis keahlian dalam bidang perawatan maupun non perawatan.

Masa kerja responden bervariasi antara 1-35 tahun. Sebagian besar responden mempunyai masa kerja > 10 tahun yaitu sebanyak 32 orang (56,1%). Menurut Ravianto (1990) dalam Maulani (2002), dengan masa kerja yang lama

ditambah dengan praktek yang terus menerus akan dapat menambah pengetahuan serta meningkatkan kecakapan seseorang.

Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan ketrampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat, dan dengan metode yang lebih mengutamakan praktek daripada teori (Dwiyanti, 2005). Sebagian besar karyawan dan Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo belum pernah mengikuti pelatihan K3 yaitu sebanyak 34 orang (59,6%). Hal tersebut dikarenakan belum terlaksananya pelatihan K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo secara rutin.

VII.2 Tingkat Pengetahuan K3RS antara Karyawan dan Panitia K3RS

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan (Notoatmodjo, 2003).

Pada karyawan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo yang mempunyai tingkat pengetahuan dalam kategori baik sebanyak 16 orang (32%),

dan kategori kurang sebanyak 34 orang (68%). Sedangkan pada Panitia K3RS yang berada pada kategori baik sebanyak 3 orang (42,9%), dan kategori kurang sebanyak 4 orang (57,1%). Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang K3RS antara karyawan dan Panitia K3RS. Hal ini terbukti setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square*, dihasilkan $p=0,675$ ($p>0,05$), sehingga bisa disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang K3RS pada karyawan dan Panitia K3RS.

Tingkat pengetahuan tentang K3RS pada Panitia K3RS seharusnya dapat lebih baik daripada karyawan, karena Panitia K3RS merupakan suatu anggota yang ditunjuk oleh Direktur RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dimana mereka ditunjuk karena mempunyai pemahaman atau keahlian di bidang K3 dan akan menangani dan bertanggung jawab atas program K3. Tetapi dari hasil penelitian diperoleh bahwa tingkat pengetahuan antara karyawan dan Panitia K3RS tidak ada perbedaan, dimana keduanya mempunyai tingkat pengetahuan dalam kategori kurang.

Menurut Depnaker RI (1999), untuk lebih meningkatkan pengetahuan di kalangan pekerja, seharusnya suatu instansi atau perusahaan harus melakukan pembinaan norma K3 antara lain melalui kegiatan kampanye nasional (bulan K3 nasional), penyuluhan dan penyebaran informasi K3.

Dari hasil penelitian melalui kuisioner diketahui bahwa beberapa responden belum mengetahui organisasi K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, dan program K3 yang belum terlaksana secara optimal. Beberapa program K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo masih belum terlaksana optimal dikarenakan berbagai kendala, seperti terbatasnya anggaran yang ada,

kurangnya sarana dan prasarana, dan masih kurangnya kesadaran karyawan terhadap pentingnya K3.

Pada dasarnya pelaksanaan K3 dapat berjalan dengan baik apabila ada komitmen, yang merupakan niat dan dukungan dari pihak pimpinan rumah sakit. Komitmen tersebut diwujudkan dalam pernyataan kebijakan (*policy*) tertulis mengenai pelaksanaan program K3. Dengan adanya komitmen pimpinan, program dan pendanaan kegiatan K3 dapat terlaksana, sehingga tersedianya fasilitas K3. Menurut Pusdiklatkes Depkes (2000), kebijakan di bidang K3 merupakan suatu pernyataan tentang sasaran, tujuan dan prinsip operasional yang menjadi arah bagi setiap orang agar berperilaku dan bertindak secara aman, selamat, sehat, dan menjadi landasan dalam melaksanakan program K3.

Namun RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo belum terdapat komitmen pimpinan akan pelaksanaan K3, sehingga belum terwujud suatu kebijakan tentang pelaksanaan program K3. Oleh karena itu, anggaran dan fasilitas yang digunakan untuk kegiatan K3 belum terealisasikan.

Dalam hal pembentukan Panitia K3RS, pada akhir tahun 2002 telah dibentuk Panitia K3RS yang ditetapkan oleh rumah sakit, karena pada saat itu sedang dilakukan akreditasi rumah sakit. Pimpinan telah membentuk organisasi dan pengurus Panitia K3RS dan menetapkan tugas dan jadwal kegiatan serta tanggung jawab Panitia K3RS. Tetapi Panitia K3RS belum melakukan kegiatan sesuai dengan fungsinya. Menurut Pusdiklatkes Depkes Kesos RI (2000), fungsi Panitia K3RS ialah menghimpun dan mengolah segala data dan atau permasalahan K3RS di tempat kerja yang bersangkutan, serta mendorong ditingkatkannya penyuluhan, pengawasan, pelatihan dan penelitian K3RS.

Dengan adanya komitmen dari pihak pimpinan rumah sakit yang diwujudkan dengan membuat suatu kebijakan tentang pelaksanaan K3RS, dan Panitia K3RS yang melaksanakan fungsinya, serta didukung oleh penyediaan sarana dan prasarana K3, dan memberikan tanggung jawab kepada seluruh karyawan rumah sakit, agar melaksanakan K3 sesuai dengan prosedurnya, maka kesadaran dan pemahaman karyawan tentang K3RS akan meningkat sehingga pelaksanaan program K3RS akan optimal.

Pelatihan K3 merupakan suatu upaya untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan ketrampilan seluruh petugas rumah sakit. Selain itu mereka juga diharapkan peduli terhadap permasalahan-permasalahan dibidang K3, serta mampu untuk mengendalikan dan menyelesaikannya (Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000). Diharapkan dengan adanya pelatihan, K3 dapat menjadi budaya karyawan di rumah sakit, karena K3 merupakan tanggung jawab semua karyawan.

Oleh karena itu, agar pengetahuan dan pemahaman karyawan tentang K3 meningkat dan dapat melaksanakannya, mereka harus dikenalkan dengan penyuluhan atau pelatihan tentang K3 secara berkala. Salah satu program K3 yang pernah dilaksanakan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, yaitu pemberian pelatihan K3 pada karyawan seperti pelatihan pemadaman kebakaran dengan menggunakan APAR dan pelatihan *universal precaution*. Namun dari pelatihan tersebut belum berjalan rutin karena belum adanya anggaran untuk melaksanakan program tersebut.

Salah satu program K3 di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo yang belum dilaksanakan yaitu pencatatan dan pelaporan kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Dari kuisioner diketahui bahwa karyawan pernah mengalami

kecelakaan kerja seperti tertusuk jarum suntik, tersayat benda tajam, dan tersengat listrik. Mereka belum tahu jika cedera atau luka yang mengenai mereka itu merupakan kecelakaan kerja dan perlu dilaporkan pada atasan. Selain itu, pihak Panitia K3RS belum melaksanakan tugasnya, maka sistem pencatatan dan pelaporan tentang kejadian kecelakaan belum dilakukan.

Hal tersebut tidak sesuai dengan Undang-undang No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, pasal 11, bahwa pengurus diwajibkan melaporkan tiap kecelakaan yang terjadi dalam tempat kerja yang dipimpinnya. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan K3 termasuk pencatatan dan pelaporan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja sangat diperlukan dalam rangka melindungi petugas rumah sakit.

Penilaian K3 di dalam akreditasi Rumah Sakit belum dapat dikatakan cukup baik mengingat masalah yang dinilai sebagian besar terkait dengan keselamatan kerja dan sangat sedikit menyentuh masalah penyakit akibat kerja serta manajemen K3 termasuk pembentukan jejaring K3 di rumah sakit (Depkes RI, 2005).

Pencatatan kecelakaan kerja sebenarnya bisa dimulai dari laporan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K), namun fasilitas kotak P3K belum tersedia pada setiap ruangan atau instalasi di RSUD Dr. Harjono. Apabila terjadi cedera atau luka pada karyawan rumah sakit, mereka harus mencari pertolongan pada tempat pengobatan atau perawatan dimana ditempat tersebut terdapat perawat. Biasanya pekerja yang terluka merasa bisa mengobati lukanya sendiri maka kecelakaan kerja yang terjadi tidak tercatat.

Keadaan darurat termasuk kecelakaan kerja, merupakan suatu kejadian yang tidak bisa diperkirakan. Oleh karena itu, untuk mengatasinya perlu adanya persiapan-persiapan yang terprogram, misalnya dengan penyediaan kotak P3K beserta isinya yang lengkap yaitu obat-obatan dan peralatan yang diperlukan (Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa selain diperlukan adanya komitmen pimpinan tentang pelaksanaan K3, diperlukan pemahaman konsep K3 yang meliputi pengertian, ruang lingkup serta upaya pengendalian sebagai langkah awal dalam implementasi K3 di tempat kerja. Oleh karena itu, perlu diberikan motivasi kepada petugas rumah sakit untuk lebih meningkatkan pemahaman dan kesadaran seluruh petugas rumah sakit terhadap cara kerja yang aman dan diharapkan cara kerja yang aman tersebut menjadi budaya kerja dalam kehidupannya sehari-hari.

Menurut Soedjito (2002), beberapa bentuk partisipasi pekerja didalam pengembangan budaya K3 yaitu antara lain melalui pendidikan dan pelatihan K3 di tempat-tempat kerja misalnya berupa ceramah dengan tanya jawab, seminar K3, dan lomba ketrampilan penggunaan alat-alat K3 secara tepat dan benar, pemasangan poster atau slogan K3 untuk memotivasi pekerja agar menerapkan K3 dengan sebaik-baiknya, penyediaan fasilitas K3, melakukan kegiatan kampanye K3, menjaga kebersihan, kerapian serta keteraturan di tempat kerja, dan mendorong lebih efektifnya peranan Panitia K3 di tempat kerja.

Kiat untuk membudayakan K3 di tempat kerja dapat dilakukan dengan dua pendekatan sistem manajemen K3 yaitu *top-down* dan *bottom-up*. Pendekatan sistem manajemen K3 ini dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam

melaksanakan sistem manajemen K3 di rumah sakit. Kedua tipe pendekatan yang berbeda ini telah berhasil dilaksanakan oleh PT. Arutmin Indonesia untuk melindungi asset perusahaannya seperti pegawai, pemborong, harta benda serta lingkungannya dari berbagai macam kejadian/kecelakaan.

Pendekatan *top-down* digunakan oleh manajemen untuk menunjukkan komitmen manajemen di bidang K3. Seluruh jajaran *top management* diminta memberikan masukan atau komentar terhadap konsep pendekatan *top-down* yang meliputi banyak sistem. Kemudian *top management* mensosialisasikan konsep pendekatan ini kepada pegawai dan pemborong agar dimengerti, menyediakan fasilitas untuk pelaksanaan proses, serta selalu memonitor pelaksanaan proses tersebut.

Sedangkan pendekatan *bottom-up* digunakan oleh pegawai dan pemborong untuk menunjukkan kesadaran mereka dalam bidang K3, dan mendukung manajemen untuk memastikan pelaksanaan pekerjaan mereka aman dari bahaya. Dalam pendekatan *bottom-up* ini, pegawai dan pemborong dapat memberikan pendapat dan saran kepada perusahaan untuk menjamin semua kondisi lingkungan kerja aman dan dapat meningkatkan produktivitas (Suprianto, 2003).

Selain itu, Dewan K3 Nasional (DK3N) juga telah memperkenalkan sebuah kiat sederhana sebagai usaha membangun budaya kerja yang berwawasan K3 di tempat kerja yang diberi nama Prinsip TEKAD, karena DK3N ingin mengajak semua pengusaha untuk bertekad, merubah kondisi K3 saat ini menjadi kondisi baru yang dapat memberi manfaat bagi perusahaan untuk menjamin kelestarian asset perusahaan dan meningkatkan produknya lebih berkualitas dan

mampu memenangkan persaingan di pasar bebas (Joedatmodjo, 2003). Dengan prinsip TEKAD ini bisa digunakan sebagai pertimbangan dalam melaksanakan K3 di rumah sakit.

Prinsip TEKAD yang dimaksud adalah sebagai berikut:

a. Terampil dan tekun

Dari tenaga kerja yang terampil dan tekun akan dihasilkan produk barang dan jasa yang lebih baik mutunya, efisien, produktif dan kecelakaan rendah.

b. Emosi terkendali (pengelolaan emosi di tempat kerja)

Mempengaruhi emosi di tempat kerja sehingga emosi pekerja dapat diarahkan secara efektif untuk mencapai tujuan, membangun hubungan industrial yang produktif dan meraih keberhasilan. Misalnya, menciptakan tempat kerja dengan suasana keakraban dan tersedia sarana istirahat yang baik.

c. Kebersihan dilaksanakan terencana

Kondisi tempat kerja yang dirawat kebersihannya secara terencana dan berkelanjutan, dapat menciptakan suasana kerja yang menyenangkan, meningkatkan kesehatan kerja dan mengurangi terjadinya kecelakaan.

d. Atur rapih bahan dan alat

Dengan cara mengatur bahan dan alat secara rapih dan terawat dapat mengurangi waktu terbuang percuma, dan meningkatkan mutu, produktivitas serta efisiensi kerja.

e. Disiplin ditegakkan melalui pelatihan

K3 dapat tercapai secara efektif apabila pekerja bekerja dengan disiplin tinggi. Latihan disiplin perlu dilaksanakan melalui pendidikan yang terus menerus

dengan cara yang dapat diterima oleh pekerja. Pendidikan ditujukan pada peningkatan disiplin serta peningkatan pengetahuan tentang pelaksanaan K3. (Joedatmodjo, 2003).

VII.3 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Tingkat Pengetahuan tentang K3RS

1. Tingkat pengetahuan responden tentang K3RS menurut umur

Umur responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo bervariasi dari umur yang termuda 23 tahun dan yang tertua berumur 55 tahun. Golongan umur terbanyak adalah responden yang berada pada kisaran umur 33-42 tahun (49,1%). Pada kisaran umur tersebut, responden yang mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik terbanyak yaitu 10 orang (35,7%) dan kategori kurang sebanyak 18 orang (64,3%).

Menurut Poedjawijatna (2004), semakin lanjut umur seseorang, kemungkinan untuk menyelidiki sendiri suatu hal lebih banyak, maka hasil tahunya lebih banyak pula, bahkan lebih mendalam serta kepuasannya pun lebih besar. Berarti ada kecenderungan semakin bertambah umur seseorang maka semakin bertambah pula pengetahuan yang dimilikinya.

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square*, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS ($p=0,531$; $p>0,05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Maulani (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan tingkat pengetahuan.

2. Tingkat pengetahuan responden tentang K3RS menurut tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh dalam hal proses belajar seseorang dan merupakan landasan dalam berpikir dan bertindak terhadap sesuatu. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang tersebut menerima informasi (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (1993), tentang tingkah laku seseorang, dinyatakan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan, maka akan semakin sulit untuk mengikuti petunjuk, demikian sebaliknya. Pendidikan adalah sebagai sarana atau media untuk mengubah perilaku seseorang agar sesuai dengan norma hidup sehat.

Dalam kaitannya dengan pemahaman terhadap K3RS, diharapkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan memiliki tingkat pengetahuan tentang K3RS yang lebih tinggi, sehingga sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit akan dapat menyebarluaskan informasi kepada masyarakat, khususnya tenaga kerja yang berada di rumah sakit tersebut, sehingga sebagai tenaga kesehatan akan dapat mencegah dan sebisa mungkin mengurangi kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang terjadi.

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square*, dihasilkan nilai $p=0,247$ ($p>0,05$), sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS. Hal ini mungkin karena program K3RS masih baru di kalangan rumah sakit, sehingga meskipun semakin tinggi pendidikan seseorang, belum tentu semakin mudah orang tersebut menerima informasi tentang K3. Hasil penelitian ini sesuai

dengan penelitian Maulani (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan.

3. Tingkat pengetahuan responden tentang K3RS menurut masa kerja

Menurut Ravianto (1990) dalam Maulani (2002), dengan masa kerja yang lama ditambah dengan praktek yang terus menerus akan dapat menambah pengetahuan serta meningkatkan kecakapan seseorang, pekerjaan akan makin bermutu dan makin cepat selesai .

Sebagian besar responden di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dengan tingkat pengetahuan baik memiliki masa kerja > 10 tahun yaitu sebanyak 13 orang (40,6%), sedangkan pada masa kerja ≤ 10 tahun responden dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 6 orang (24%). Jadi bisa disimpulkan bahwa semakin lama masa kerja responden, cenderung untuk mempunyai tingkat pengetahuan baik. Hal ini bisa dikarenakan semakin lama masa kerja, maka semakin banyak pengalaman dan informasi yang diperoleh.

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0,299$ ($p>0,05$), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan masa kerja responden. Hal ini mungkin karena K3RS masih baru di kalangan rumah sakit, sehingga meskipun semakin lama masa kerja seseorang, belum berpengaruh terhadap pengetahuan tentang K3RS pada orang tersebut. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Maulani (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan tingkat pengetahuan.

4. Tingkat pengetahuan responden tentang K3RS menurut pelatihan K3

Responden yang pernah mengikuti pelatihan K3 mempunyai tingkat pengetahuan baik sebanyak 14 orang (60,9%), sedangkan yang belum pernah mengikuti pelatihan K3 mempunyai tingkat pengetahuan baik hanya sebanyak 5 orang (14,7%). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, ada kecenderungan keikutsertaan pelatihan oleh karyawan akan mempengaruhi tingkatan pengetahuan yang dimiliki. Semakin sering seseorang mendapatkan pengalaman khususnya melalui pelatihan, maka akan semakin baik pengetahuannya.

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-Square* dihasilkan nilai $p=0,001$ ($p<0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pelatihan K3 dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.

Pendidikan dan pelatihan petugas RS tentang K3 sangat penting dilakukan untuk meningkatkan kesadaran akan arti pentingnya K3. Selain itu pelatihan K3 dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan praktis kepada seluruh peserta agar mereka memahami dengan baik berbagai prosedur K3 dan mampu melaksanakannya serta terampil. Oleh karena itu, kepada setiap karyawan diwajibkan memahami dengan baik jenis pekerjaannya sehubungan dengan bahaya yang ada. Selain itu melalui pelatihan K3, karyawan diharapkan mampu menanggulangi keadaan bahaya dengan menggunakan peralatan keselamatan kerja termasuk terampil dalam penggunaan alat pelindung diri (Depnaker RI, 1999).

Setelah terbentuk Panitia K3RS di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, pernah dilakukan pendidikan dan pelatihan tentang K3 kepada

petugas rumah sakit, misalnya pelatihan *universal precaution*, dan pelatihan pemadaman kebakaran menggunakan APAR. Namun dari pelatihan tersebut masih belum berjalan rutin. Pelatihan ini dilakukan oleh pihak luar rumah sakit. Selain itu, beberapa orang pernah mengikuti pelatihan K3RS yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi, namun dari pelatihan tersebut belum pernah disosialisasikan kepada karyawan rumah sakit.

Pelatihan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan bahaya kebakaran dan peledakan, sebaiknya dilakukan secara rutin tergantung dari kemampuan rumah sakit serta diikuti oleh setiap karyawan rumah sakit. Hal tersebut penting dilakukan karena rumah sakit merupakan tempat orang yang sakit, apabila terjadi kebakaran mereka tidak dapat menyelamatkan dirinya sendiri. Oleh karena itu, dengan pelatihan tersebut diharapkan karyawan tanggap terhadap segala kejadian darurat.

Hasil wawancara dengan salah satu anggota PK3RS, menunjukkan bahwa pada akhir tahun 2002 (saat akreditasi rumah sakit), kegiatan K3 masih belum diutamakan karena masih banyak kegiatan lain yang harus dilaksanakan terlebih dahulu. Namun pendidikan dan pelatihan tentang K3 yang diberikan dari Dinas Kesehatan Propinsi pernah diikuti oleh beberapa orang dari Panitia K3RS, tetapi dari pelatihan tersebut belum pernah disosialisasikan kepada karyawan rumah sakit.

Salah satu penyebabnya adalah belum mantapnya pemahaman konsep K3RS bagi petugas rumah sakit. Pelatihan yang selama ini dilakukan masih belum terkoordinasi, sehingga misi dari program K3RS belum dapat diimplementasi secara baik.

Kegiatan K3 di rumah sakit itu melibatkan semua unsur dari tingkat manajemen puncak (*top management*) sampai ke tingkat pelaksana. Tingkat manajemen puncak berperan dalam memberikan komitmen yang kuat, serta memberikan dorongan baik moril maupun materiil terhadap pelaksanaan program K3RS. Sedangkan tingkat manajemen menengah berperan membantu manajemen puncak dalam memberikan dorongan, serta melakukan pemantauan apakah syarat-syarat K3RS sudah dilaksanakan. Agar syarat-syarat K3 tersebut dilaksanakan, maka perlu adanya pelatihan yang berkelanjutan (Pusdiklatkes Depkes Kesos RI, 2000).

Dengan telah terbentuknya Panitia K3RS, sebaiknya dilakukan sosialisasi tentang K3 melalui pelatihan K3 di rumah sakit, yang dapat diselenggarakan secara berkala, sehingga pelaksanaan K3 di rumah sakit dapat terarah. Pelatihan tersebut dapat diikuti oleh seluruh karyawan rumah sakit, dan dapat dilakukan di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit. Dalam memberikan pelatihan K3 sebaiknya melibatkan pihak luar, misalnya seorang ahli K3 atau supervisor K3 dari rumah sakit yang telah berpengalaman dalam bidang K3RS.

Menurut Widodo (2001) dalam Marlinae (2002), pelatihan K3 disyaratkan dalam setiap tahunnya sebanyak 1,2-1,4 kali per tenaga kerja. Tetapi pengadaan pelatihan K3 ini juga harus menyesuaikan dengan kapasitas, kondisi rumah sakit dan kebijakan yang ada. Sesuai dengan pendapat Nefawan (1993) yang menyatakan bahwa program K3 yang nanti dirumuskan harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada institusi atau perusahaan dengan berpedoman pada kebijakan yang telah dikeluarkan.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

VIII.1 Kesimpulan

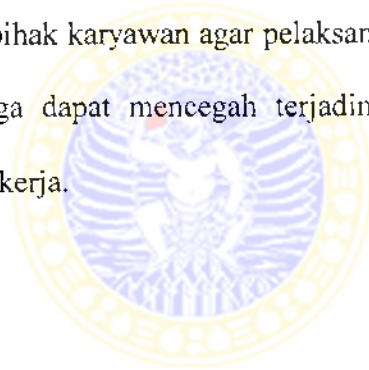
Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden yang terdiri dari:
 - Umur responden paling banyak berkisar antara umur 33-42 tahun,
 - tingkat pendidikan responden paling banyak yaitu perguruan tinggi,
 - masa kerja responden paling banyak > 10 tahun, dan sebagian besar responden belum pernah mengikuti pelatihan K3.
2. Tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang K3RS antara karyawan dengan Panitia K3RS, keduanya termasuk dalam tingkat pengetahuan kategori kurang.
3.
 - a. Tidak ada hubungan antara umur responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.
 - b. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.
 - c. Tidak ada hubungan antara masa kerja responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.
 - d. Ada hubungan antara pelatihan K3 yang diikuti responden dengan tingkat pengetahuan tentang K3RS.

VIII.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka saran yang dapat diberikan pada rumah sakit dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang K3 adalah sebagai berikut:

1. Untuk meningkatkan pengetahuan seluruh karyawan rumah sakit tentang K3RS, maka perlu dilakukan pelatihan K3 secara berkala agar mereka lebih memahami arti penting K3 serta mampu melaksanakannya.
2. Perlu adanya komitmen dari pimpinan rumah sakit yang diwujudkan dengan kebijakan dalam melaksanakan K3. Dan diperlukan pula dukungan dari pihak karyawan agar pelaksanaan K3RS berjalan secara optimal sehingga dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (1998). *Prosedur Penelitian*. Jakarta
- Aryawan, W. (2002). *Penyakit Akibat Kerja di Rumah Sakit dan Pencegahannya*. Jakarta: Cermin Dunia Kedokteran
- Bambang, G. (2000). *Kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Departemen Kesehatan*. Jakarta: Kepala Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta
- Cochran, William G. (1997). *Sampling Techniques 3rd Edition Chapter 2*. New York
- Depkes, RI. (1992). *Standart Pelayanan Rumah Sakit Direktorat Jenderal Pelayanan Medik*. Jakarta
- Depkes, RI. (1992). *Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: Depnaker
- Depkes, RI. (2005). *Aspek K3 Dalam Akreditasi RS Hanya Sedikit Menyentuh Masalah Penyakit Akibat Kerja*. [http:// www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
- Depnaker, RI. (1999). *Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembinaan Hubungan Industrial dan Pengawasan Ketenagakerjaan
- Djati, I. (2003). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: Temu Ilmiah dan Munas Asosiasi Hiperkes dan Keselamatan Kerja Indonesia
- Dwiyanti, E. (2005). *Bahan Kuliah Psikologi Industri*. Surabaya: Universitas Airlangga
- Hardiman, A. (2002). *Kebijakan K3RS*. Jakarta
- Joedoatmodjo, S. (2003). *Kiat Pengusaha Mengembangkan Budaya K3 di Perusahaan, Suatu Usaha Meningkatkan Efisiensi dan Produktivitas Secara Sederhana Melalui Prinsip TEKAD Menghadapi Pasar Bebas*. Jakarta: Kumpulan Makalah Konvensi Nasional K3 Tahun 2003
- Koesmahanani. (1999). *Hubungan Antara Persepsi terhadap Peraturan K3 dengan Sikap Disiplin Penggunaan APD*. Skripsi. Surabaya: Universitas Surabaya
- Mantra, IB. (2003). *Demografi Umum Edisi Kedua*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset

- Marlinae, L. (2002). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keluhan Subyektif Tenaga Kerja di Bagian Drier Beserta Upaya Pengendaliannya, Studi Kasus di PT. Surya Satrya Timur Corporation Banjarmasin. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga
- Maulani, A. (2002). Hubungan Antara Karakteristik, Tingkat Pengetahuan dan Sikap Tenaga Kesehatan Terhadap Upaya Kesehatan Kerja, Studi pada Puskesmas Tenggilis dan Puskesmas Pacarkeling Surabaya. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga
- Nefawan, I. (1993). *Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: Majalah Kedokteran Indonesia Volume 43 No. 3 : 155-159
- Notoatmodjo, S. (1993). *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Poedjawijatna. (2004). *Tahu dan Pengetahuan, Pengantar ke Ilmu dan Filsafat*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Pusdiklatkes Depkes Kesos RI. (2000). *Konsep K3*. Jakarta
- Pusdiklatkes Depkes Kesos RI. (2000). *Pengorganisasian K3RS*. Jakarta
- Pusdiklatkes Depkes Kesos RI. (2000). *Sistim Manajemen K3RS*. Jakarta
- Roji, S. (2004). Penerapan Norma Kesehatan dan Keselamatan Kerja di RSUD Kabupaten Sidoarjo. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga
- RS. Persahabatan. (2002). *Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta
- Sarwono, S. (1997). *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Soedjito, A. (2002). *Partisipasi Pekerja didalam Pengembangan Budaya K3 di Perusahaan*. Jakarta: Kumpulan Makalah Konvensi Nasional K3 Tahun 2003
- Sumartha, I N. (1996). Studi tentang Pengetahuan dan Sikap Siswa SPK Depkes dan PPNI Denpasar terhadap Pencegahan Tertular HIV AIDS. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga

- Suma'mur P. K. (1986). *Higiene Perusahaan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: CV. Haji Masagung
- Suma'mur P. K. (1989). *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*. Jakarta: CV. Haji Masagung
- Supriyanto, E. (2003). *Safety Management System in Two Ways Approach, in PT. Arutmin Indonesia*. Jakarta: Kumpulan Makalah Konvensi Nasional K3 Tahun 2003
- Universitas Airlangga. (2005). *Pedoman Tata Cara Penulisan Serta Ujian Skripsi*. Surabaya: Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat



Lampiran 1

**Pedoman Wawancara dengan Karyawan RSUD Dr. Harjono
Kabupaten Ponorogo**

LEMBAR KUISIONER

Kami mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya Program Studi Kesehatan Masyarakat sedang mengadakan penelitian dengan judul *Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) pada Karyawan di RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo*.

Kami memohon bantuan Anda agar mengisi kuisisioner ini. Hasil dari kuisisioner ini hanya untuk memperlancar pelaksanaan penelitian, maka Kami mengharap Anda memberikan jawaban sebagaimana mestinya. Terima kasih.

Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Masa Kerja :
5. Unit Kerja/bagian :
6. Pelatihan K3 : pernah / belum pernah

I. Lingkarilah salah satu jawaban dari pertanyaan di bawah ini sesuai dengan keadaan yang Anda ketahui !

1. Menurut Anda, pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit yang paling benar adalah
 - a. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan.
 - b. Upaya yang dilakukan untuk menciptakan lingkungan kerja yang bersih.
 - c. Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kecelakaan, penyakit akibat kerja, serta menciptakan lingkungan kerja yang aman, nyaman, dan tenaga kerja yang sehat dan produktif.
 - d. Upaya yang dilakukan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
2. Menurut Anda, apakah rumah sakit perlu menerapkan K3?
 - a. Perlu, karena rumah sakit mempunyai risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan seperti kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja dan kebakaran.
 - b. Tidak perlu, karena rumah sakit merupakan instansi yang dikelola tenaga kesehatan sehingga bisa menangani masalah kesehatannya sendiri.
 - c. Perlu, karena rumah sakit merupakan tempat bekerja seseorang.
 - d. Perlu, karena rumah sakit merupakan tempat orang sakit dan berobat.

3. Menurut Anda, tujuan dari K3RS adalah sebagai berikut, kecuali
 - a. Mencegah kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.
 - b. Menyelenggarakan administrasi umum.
 - c. Meningkatkan produktivitas kerja petugas rumah sakit.
 - d. Menciptakan lingkungan kerja yang bersih, sehat dan aman.
4. Dibawah ini yang bukan termasuk upaya K3RS adalah
 - a. Penyediaan Alat Pelindung Diri.
 - b. Pelaksanaan upaya penanggulangan bahaya kebakaran.
 - c. Pelaksanaan administrasi umum.
 - d. Pelaksanaan pemeriksaan kesehatan.
5. Di bawah ini yang termasuk bahaya yang dapat terjadi di rumah sakit adalah ...
 - a. Limbah dari bahan berbahaya dan beracun (B3); terpapar radiasi.
 - b. Terjadi peledakan dari tabung oksigen; tertusuk jarum suntik.
 - c. Kebakaran; terpapar deterjen dan desinfektan.
 - d. Benar semua.
6. Siapa yang seharusnya melakukan identifikasi sumber bahaya di rumah sakit?
 - a. Dokter.
 - b. Kepala Bagian.
 - c. Ahli K3 atau orang yang mampu di bidang K3 yang ditunjuk langsung oleh Direktur RS.
 - d. Direktur RS.
7. Siapakah yang bertanggung jawab atas pelaksanaan K3RS di rumah sakit?
 - a. Direktur RS.
 - b. Semua warga rumah sakit.
 - c. Kepala Bagian.
 - d. Dokter.
8. Penanggulangan bahaya kebakaran merupakan salah satu program K3RS, upaya-upaya apa yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kebakaran, kecuali
 - a. Penyediaan Alat Pemadam Api Ringan (APAR).
 - b. Penyediaan hydrant.
 - c. Melatih petugas pemadam kebakaran atau karyawan secara rutin.
 - d. Melakukan pemeriksaan kesehatan.
9. Berikut ini merupakan program-program K3RS, kecuali
 - a. Identifikasi sumber bahaya; monitoring lingkungan kerja.
 - b. Penyelenggaraan kesehatan keluarga.
 - c. Pelayanan kesehatan kerja karyawan; pengadaan Alat Pelindung Diri.
 - d. Pencatatan dan pelaporan kecelakaan; evaluasi program K3 secara berkala.

10. Menurut Anda, tujuan dari pelatihan K3 adalah
 - a. Untuk meningkatkan kesehatan petugas rumah sakit.
 - b. Untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan seluruh petugas rumah sakit tentang K3.
 - c. Untuk memperoleh sertifikat K3.
 - d. Untuk meningkatkan biaya pengeluaran rumah sakit.

11. Siapa saja yang perlu mendapatkan pelatihan K3?
 - a. Hanya pengelola K3 atau Panitia K3 saja.
 - b. Direktur.
 - c. Semua karyawan rumah sakit.
 - d. Kepala Bagian.

12. Menurut Anda, apakah karyawan rumah sakit berisiko terkena penyakit akibat kerja?
 - a. Tidak, karena rumah sakit merupakan tempat kerja yang higiene dan sanitasinya baik.
 - b. Tidak, karena karyawan rumah sakit bisa menjaga kesehatannya sendiri sehingga tidak mungkin terkena penyakit.
 - c. Ya, karena rumah sakit berhubungan dengan orang sakit, serta menggunakan peralatan dan obat-obatan yang mungkin berisiko tinggi terhadap kesehatan karyawan.
 - d. Ya, karena karyawan rumah sakit tidak bisa menjaga kesehatannya sendiri.

II. Isilah data di bawah ini sesuai dengan keadaan Saudara saat ini!

13. Apakah Anda mengetahui tentang organisasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di rumah sakit Anda?
 - a. Ya.
 - b. Tidak.

14. Apakah Anda mengetahui program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di rumah sakit Anda?
 - a. Ya.
 - b. Tidak.

15. Apakah Anda pernah mendapat pelatihan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di rumah sakit?
 - a. Ya.
Siapa yang melakukan dan kapan dilakukan pelatihan tersebut?
.....
 - b. Tidak.

16. Bila pernah, apakah pelatihan tersebut dilakukan secara rutin?
 - a. Ya.
 - b. Tidak.

17. Apakah Anda pernah mendapat pemeriksaan kesehatan sebelum kerja?
 - a. Ya.
Siapa yang melakukan pemeriksaan kesehatan tersebut dan kapan?
.....
 - b. Tidak.

18. Apakah Anda pernah mendapat pemeriksaan kesehatan berkala?
 - a. Ya.
Siapa yang melakukan pemeriksaan kesehatan tersebut dan kapan?
 - b. Tidak.
19. Apakah di tempat kerja Anda tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR)?
 - a. Ya.
 - b. Tidak.
20. Apakah di tempat kerja Anda pernah terjadi kecelakaan kerja?
 - a. Ya (jawaban boleh lebih dari satu).
 - Tertusuk jarum suntik
 - Tersayat benda tajam
 - Tertular penyakit secara langsung/tidak langsung
 - Terpeleset/terjatuh
 - Tersengat listrik (kesetrum)
 - Lain-lain, sebutkan
 - b. Tidak.
21. Bila pernah, apakah kejadian kecelakaan tersebut dilaporkan ke atasan Anda?
 - a. Ya.
 - b. Tidak.
22. Apakah di tempat kerja Anda tersedia kotak P3K?
 - a. Ya.
 - b. Tidak.
23. Apakah Anda mengetahui tentang Alat Pelindung Diri? (misalnya: pelindung kepala, pelindung tangan, pelindung kaki, pelindung pernafasan, dll)
 - a. Ya.
 - b. Tidak.
24. Apakah di tempat kerja Anda tersedia Alat Pelindung Diri?
 - a. Ya, sebutkan
 - b. Tidak.
25. Bila tersedia, apakah Anda selalu menggunakan Alat Pelindung Diri tersebut saat bekerja?
 - a. Ya.
 - b. Tidak, kenapa

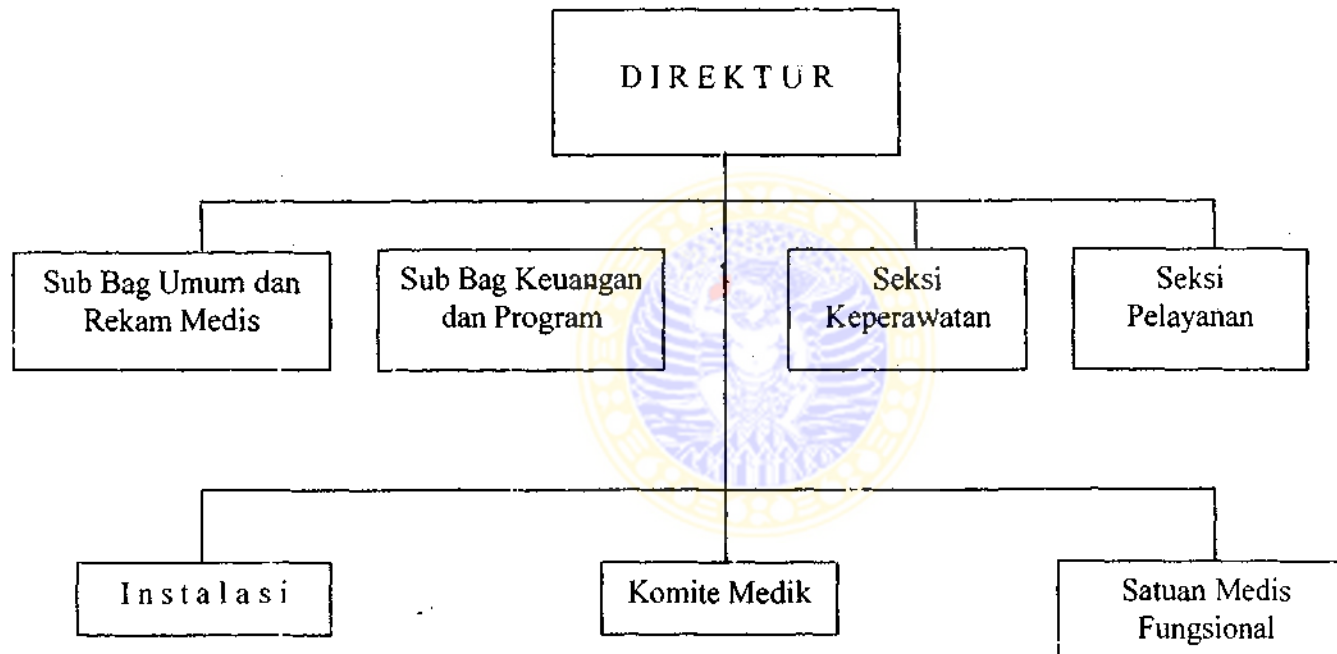
terima kasih

Kunci Jawaban Pedoman Wawancara Soal I

1. C
2. A
3. B
4. C
5. D
6. C
7. B
8. D
9. B
10. B
11. C
12. C

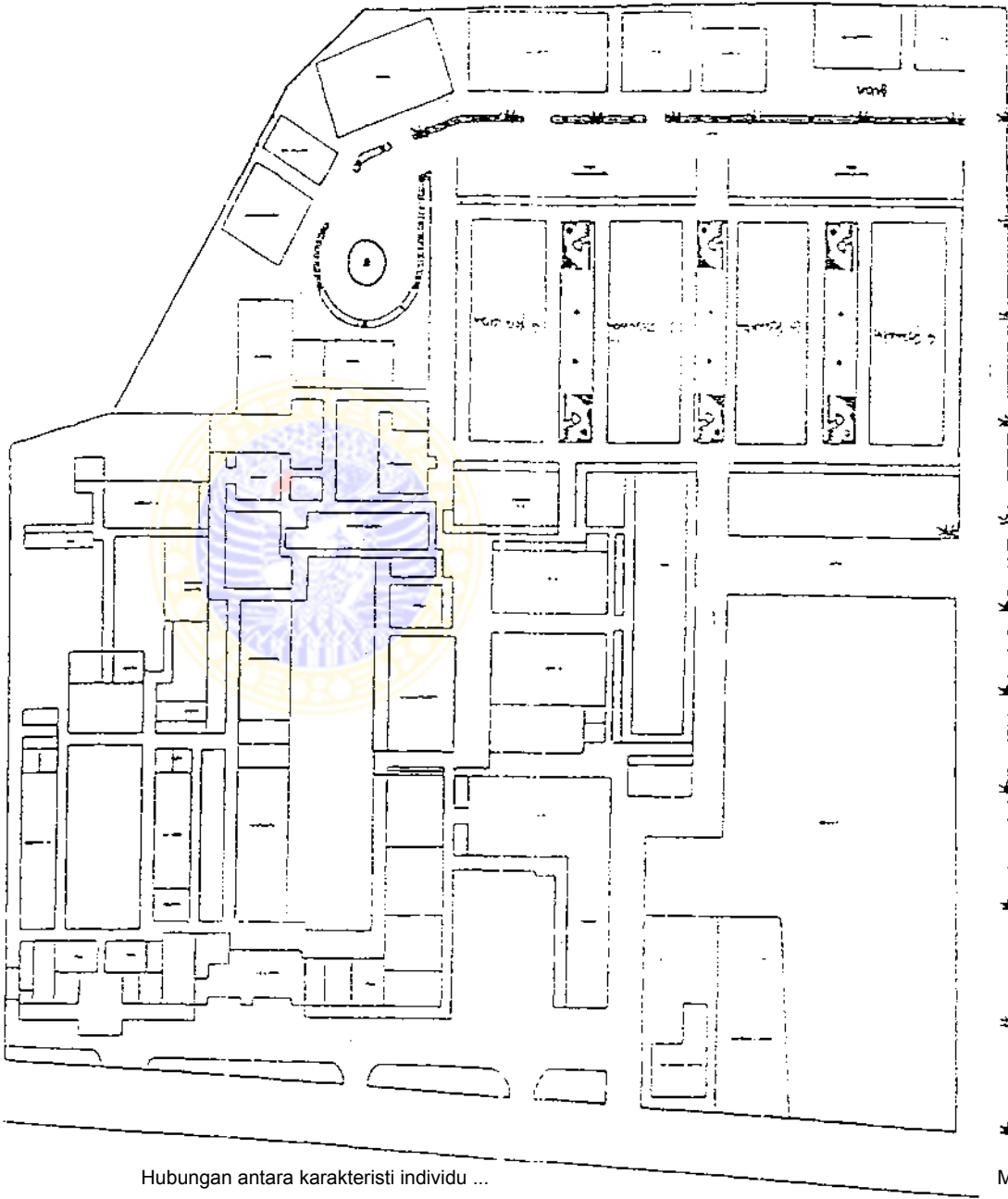


Struktur organisasi sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Ponorogo No. 13 tahun 2002 yang dituangkan dalam Keputusan Bupati Ponorogo No. 112 tahun 2003 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo adalah sebagai berikut :



Sumber : RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo

NO. DAFTAR	1201
NO. LEMBAR	1
REVISI	
KEMAHKAMAN DAN KEMENTERIAN KEKAWASAN PERKOTAAN	
MBANGETAHUI	
KEMAHKAMAN DAN KEMENTERIAN KEKAWASAN PERKOTAAN	
PEMIMPIN PROYEK	
NO. SURTA	2012/1521/SURTA/DI/2012
NO. PERENCANAAN	2012/1521/SURTA/DI/2012
RAMBANG BANGUN	
KONSULTAN PERENCANAAN	
R.S.U.D.	
NAMA PEKERJAAN	
DOKUMEN PERENCANAAN	



Hubungan antara karakteristi individu ...

Marèta Dwi Narindri

TIGA

menyampaikan segala kegiatan yang di selenggarakan Panitia Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit kepada Para Insan serta Babak Utama Unit Swadana Prof. Dr. M. Harjono S., Sp. OG Kabupaten Ponorogo

EMPAT

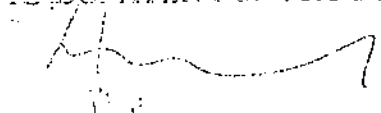
Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditandatangani dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan, akan diadakan pembenahan sebagai mana mestinya.

DI TAPAKSANDI ... PONOMOROGO
PADA TANGGAL ...

DIREKTUR RSUD UNIT SWADANA

PROF. DR. M. HARJONO S., Sp. OG

KABUPATEN PONOROGO


DR. H. ERDIARTO S., Sp. OG

IRMA UTAMA MUDA

HP: 098 098 902





Nomor : 817 /103.L.18-PG/2006
 Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
 Perihal : Permohonan izin penelitian

27 April 2006

Yth. Direktur
 RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
 Jalan Dr. Cipto Mangunkusumo 80 - 82
 Ponorogo

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Mareta Dwi Narindri
 NIM : 100431366
 Judul Penelitian : Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan & Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Karyawan di RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
 Lokasi : RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
 Pembimbing : Erwin Dyah N, dr., M.Kes

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



NIP 130610101

Tembusan :

1. Dekan
2. Yang bersangkutan



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
ADLN - Perpustakaan Unair
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : *B17* /03.1.18/PG/2006
Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
Perihal : Permohonan izin penelitian

27 April 2006

Yth. Direktur
RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Jalan Dr. Cipto Mangunkusumo 80 - 82
Ponorogo

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Mareta Dwi Narindri
NIM : 100431366
Judul Penelitian : Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan & Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Karyawan di RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Lokasi : RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Pembimbing : Erwin Dyah N, dr., M.Kes

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Mas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Dekan
2. Yang bersangkutan



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
ADLN - Perpustakaan Unair
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 817 /J03.1.18/PG/2006
Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
Perihal : Permohonan izin penelitian

27 April 2006

Yth. Direktur
RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Jalan Dr. Cipto Mangunkusumo 80 – 82
Ponorogo

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Mareta Dwi Narindri
NIM : 100431366
Judul Penelitian : Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan & Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Karyawan di RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Lokasi : RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Pembimbing : Erwin Dyah N, dr., M.Kes

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



Widodo J. Pudjirahardjo, dr., M.S., M.PH., Dr.PH
NIP 130610101

Tembusan :

1. Dekan
2. Yang bersangkutan



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
ADLIR - Perpustakaan Unair
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 817 /J03.1.18/PG/2006
Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
Perihal : Permohonan izin penelitian

27 April 2006

Yth. Direktur
RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Jalan Dr. Cipto Mangunkusumo 80 - 82
Ponorogo

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Mareta Dwi Narindri
NIM : 100431366
Judul Penelitian : Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan & Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Karyawan di RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Lokasi : RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Pembimbing : Erwin Dyah N, dr., M.Kes

Perlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :
1. Dekan
2. Yang bersangkutan



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL

ADLN - Permustakaan Unair

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 817 /J03.1.18/PG/2006
Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
Perihal : Permohonan izin penelitian

27 April 2006

Yth. Direktur
RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Jalan Dr. Cipto Mangunkusumo 80 -- 82
Ponorogo

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Mareta Dwi Narindri
NIM : 100431366
Judul Penelitian : Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan & Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Karyawan di RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Lokasi : RSUD. Dr. Harjono Kab. Ponorogo
Pembimbing : Erwin Dyah N, dr., M.Kes

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



Erwin Dyah N, dr., M.S., M.PH., Dr.PH

Tembusan :

1. Dekan
2. Yang bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
ADLN - Perpustakaan Unair
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S.

Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 80 - 82 Ponorogo
Telp. (0352) 481218 Hunting 489136 Fax. (0352) 485051
www.rsudrharjono.co.id, E-mail : drharjono@pdpersi.co.id

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 070/1358 /405.45.01/2006

Yang berlandas di bawah ini :

N A M A : Dr. H. YUNI SURYADI, M. Kes (MMR)
N I P : 140 172 209
PANGKAT/GOL : PEMBINA Tk. I, IV/b
JABATAN : DIREKTUR RSUD Dr. HARJONO S
KABUPATEN PONOROGO

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

N A M A : MARETA DWI NARINDRI
N I M : 100431366
PRODI : KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS : KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
ALAMAT : MULYOREJO FKM KAMPUS C
SURABAYA - 60115

Telah melaksanakan penelitian dengan judul "*Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit pada Karyawan di RSUD Dr. Harjono S Kabupaten Ponorogo*".

Demikian untuk menjadikan perhatian dan guna seperlunya.

Dikeluarkan di : Ponorogo
Tanggal : 1 Mei 2006

DIREKTUR RSUD Dr. HARJONO S
KABUPATEN PONOROGO

(Signature and Stamp)
DI. H. YUNI SURYADI, M. Kes (MMR)

Pembina Tingkat I
NIP. 140 172 209

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
elp * tktpngeth	57	100.0%	0	.0%	57	100.0%

kelp * tktpngeth Crosstabulation

			tktpngeth		Total
			baik	kurang	
elp	karyawan	Count	16	34	50
		Expected Count	16.7	33.3	50.0
		% within kelp	32.0%	68.0%	100.0%
		% within tktpngeth	84.2%	89.5%	87.7%
		% of Total	28.1%	59.6%	87.7%
panitia K3RS	Count	Count	3	4	7
		Expected Count	2.3	4.7	7.0
		% within kelp	42.9%	57.1%	100.0%
		% within tktpngeth	15.8%	10.5%	12.3%
		% of Total	5.3%	7.0%	12.3%
total	Count	Count	19	38	57
		Expected Count	19.0	38.0	57.0
		% within kelp	33.3%	66.7%	100.0%
		% within tktpngeth	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
earson Chi-Square	.326 ^b	1	.568		
Continuity Correction ^a	.020	1	.887		
Likelihood Ratio	.315	1	.575		
Fisher's Exact Test				.675	.429
Linear-by-Linear Association	.320	1	.572		
Total of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.33.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mur * tktpngeth	57	100.0%	0	.0%	57	100.0%

umur * tktpngeth Crosstabulation
ADLN - Perpustakaan Unair

			tktpngeth		Total
			baik	kurang	
umur	<= 32 tahun	Count	3	11	14
		Expected Count	4.7	9.3	14.0
		% within umur	21.4%	78.6%	100.0%
		% within tktpngeth	15.8%	28.9%	24.6%
		% of Total	5.3%	19.3%	24.6%
33-42 tahun	Count	Count	10	18	28
		Expected Count	9.3	18.7	28.0
		% within umur	35.7%	64.3%	100.0%
		% within tktpngeth	52.6%	47.4%	49.1%
		% of Total	17.5%	31.6%	49.1%
>= 43 tahun	Count	Count	6	9	15
		Expected Count	5.0	10.0	15.0
		% within umur	40.0%	60.0%	100.0%
		% within tktpngeth	31.6%	23.7%	26.3%
		% of Total	10.5%	15.8%	26.3%
total	Count	Count	19	38	57
		Expected Count	19.0	38.0	57.0
		% within umur	33.3%	66.7%	100.0%
		% within tktpngeth	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.264 ^a	2	.531
Likelihood Ratio	1.326	2	.515
Linear-by-Linear Association	1.085	1	.298
Total of Valid Cases	57		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.

osstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
enddkn * tktpngeth	57	100.0%	0	.0%	57	100.0%

penddkn * tktpngeth Crosstabulation

ADLN - Perpustakaan Unair

			tktpngeth		Total
			baik	kurang	
penddkn	non PT	Count	1	8	9
		Expected Count	3.0	6.0	9.0
		% within penddkn	11.1%	88.9%	100.0%
		% within tktpngeth	5.3%	21.1%	15.8%
		% of Total	1.8%	14.0%	15.8%
PT		Count	18	30	48
		Expected Count	16.0	32.0	48.0
		% within penddkn	37.5%	62.5%	100.0%
		% within tktpngeth	94.7%	78.9%	84.2%
		% of Total	31.6%	52.6%	84.2%
Total		Count	19	38	57
		Expected Count	19.0	38.0	57.0
		% within penddkn	33.3%	66.7%	100.0%
		% within tktpngeth	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.375 ^b	1	.123		
Continuity Correction ^a	1.336	1	.248		
Likelihood Ratio	2.774	1	.096		
Fisher's Exact Test				.247	.121
Near-by-Linear Association	2.333	1	.127		
Total of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pekerjaan * tktpngeth	57	100.0%	0	.0%	57	100.0%

		tktpngeth		Total	
		baik	kurang		
masa kerja	<= 10 tahun	Count	6	19	25
		Expected Count	8.3	16.7	25.0
		% within masa kerja	24.0%	76.0%	100.0%
		% within tktpngeth	31.6%	50.0%	43.9%
		% of Total	10.5%	33.3%	43.9%
> 10 tahun	Count	13	19	32	
	Expected Count	10.7	21.3	32.0	
	% within masa kerja	40.6%	59.4%	100.0%	
	% within tktpngeth	68.4%	50.0%	56.1%	
	% of Total	22.8%	33.3%	56.1%	
total	Count	19	38	57	
	Expected Count	19.0	38.0	57.0	
	% within masa kerja	33.3%	66.7%	100.0%	
	% within tktpngeth	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	33.3%	66.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.746 ^b	1	.186		
Continuity Correction ^a	1.078	1	.299		
Likelihood Ratio	1.779	1	.182		
Fisher's Exact Test				.260	.150
Linear-by-Linear Association	1.715	1	.190		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

osstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pelatihan * tktpngeth	57	100.0%	0	.0%	57	100.0%

pelatihan * tktpngeth Cross tabulation

ADEN Perpustakaan Unair

			tktpngeth		Total
			baik	kurang	
pelatihan	pernah	Count	14	9	23
		Expected Count	7.7	15.3	23.0
		% within pelatihan	60.9%	39.1%	100.0%
		% within tktpngeth	73.7%	23.7%	40.4%
		% of Total	24.6%	15.8%	40.4%
	tidak pernah	Count	5	29	34
		Expected Count	11.3	22.7	34.0
		% within pelatihan	14.7%	85.3%	100.0%
		% within tktpngeth	26.3%	76.3%	59.6%
		% of Total	8.8%	50.9%	59.6%
total		Count	19	38	57
		Expected Count	19.0	38.0	57.0
		% within pelatihan	33.3%	66.7%	100.0%
		% within tktpngeth	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.157 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	11.161	1	.001		
Likelihood Ratio	13.379	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	12.926	1	.000		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.67.