

SKRIPSI

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (SMK3)
DI RUMAH SAKIT JIWA ACEH
TAHUN 2021**



OLEH :

**EMI KARMILA
NPM : 1716010029**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2021**

SKRIPSI

PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (SMK3) DI RUMAH SAKIT JIWA ACEH TAHUN 2021

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Pada Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh



OLEH :

**EMI KARMILA
NPM : 1716010029**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2021**

Universitas Serambi Mekkah
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Skripsi, Juni 2021

ABSTRAK

Nama : Emi Karmila
NPM : 1716010029

“Persepsi Perawat Terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2021”

Xiv + 64 Halaman; 13 Tabel, 10 Lampiran, 2 Gambar

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit adalah bagian dari manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di Rumah Sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi perawat tentang Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2021. Besar sampel ini menurut rumus Slovin sebanyak 131 responden. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2021 pada tanggal 03 sampai dengan 24 Mei 2021. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki yaitu sebanyak 80 responden (61%), Sebagian besar pendidikan responden adalah berpendidikan D-III Keperawatan yaitu sebanyak 76 responden (58,0%), sebagian besar persepsi perawat terhadap penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit Jiwa Aceh berada pada kategori “baik” yaitu sebanyak 73 responden (55,8%). Saran yang dapat penulis bagi Rumah Sakit Jiwa Aceh, perlunya sosialisasi dan pelatihan SMK3 secara berkala kepada perawat serta kegiatan lain yang dapat menunjang keberlangsungan dan keberhasilan pelaksanaan yang sudah dilakukan selama ini demi meningkatkan program budaya keselamatan pasien. Perawat Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh harus lebih terbuka untuk membahas penyebab tidak berjalannya program pelaksanaan budaya keselamatan pasien, dan dapat memberikan laporan dan sosialisasi insiden yang terjadi kepada seluruh perawat dan atasan untuk saling terbuka.

Kata Kunci	: Persepsi + Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan Dan Keselamatan Kerja
Daftar bacaan	: 18 buku (2001-2019)

Serambi Mekkah University
Faculty of Public Health
Occupational Health and Safety Specialization
Thesis, June 2021

ABSTRACT

Name : Emi Karmila
NPM : 1716010029

"Nurses' Perceptions on the Implementation of the Occupational Health and Safety Management System in Aceh Mental Hospital in 2021"

Xiv + 64 Pages; 13 Tables, 10 Appendices, 2 Figures

The Hospital Occupational Health and Safety Management System is part of the overall hospital management in order to control risks related to work process activities in hospitals in order to create a healthy, safe, safe and comfortable work environment for hospital human resources, patients, accompanying patients, visitors, and the hospital environment. The purpose of this study was to determine the nurse's perception of the implementation of the Occupational Health and Safety Management System at the Aceh Mental Hospital in 2021. The sample size according to Slovin's formula was 131 respondents. This research was conducted at the Aceh Government's Jiwa Hospital in 2021 from February to April 2021. Based on the results of the study, it was found that most of the respondents' sexes were male, as many as 80 respondents (61%), Most of the respondents' education was D-III education. Nursing as many as 76 respondents (58.0%), most of the nurses' perceptions of the implementation of the occupational health and safety management system at the Aceh Mental Hospital were in the "good" category, namely 73 respondents (55.8%). For the Aceh Provincial Mental Hospital, there is a need for debriefing in the program for implementing a patient safety culture for every nurse and conducting home visits, outreach to conduct patient safety briefings, other activities that can support the sustainability of nurses and the successful implementation of what has been done so far in order to improve the safety culture program. patient. Nurses at the Aceh Provincial Mental Hospital should be more open to discussing the causes of the failure of the patient safety culture implementation program, and can provide reports and socialize incidents that occur to all nurses and superiors to be open to each other.

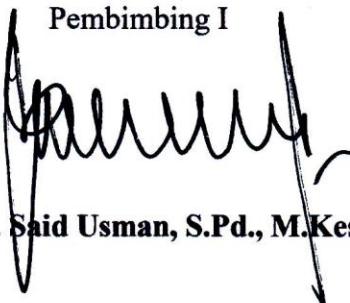
Keywords: Perception + Implementation of Occupational Health and Safety Management System

Reading list : 18 books (2001-2019)

PERNYATAAN PERSETUJUAN
SKRIPSI
PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM
MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN
KERJA (SMK3) DI RUMAH SAKIT JIWA ACEH
TAHUN 2021

Oleh :
EMI KARMILA
NPM : 1716010029

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah
Banda Aceh, 16 Juni 2021

Pembimbing I

(Dr. H. Said Usman, S.Pd., M.Kes)

Pembimbing II

(Dr. Irwan Saputra, S.Kep., M.KM)

UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEKAN,


(Ismail, SKM., M.Pd, M.Kes)

TANDA PENGESAHAN PENGUJI

SKRIPSI

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM
MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN
KERJA (SMK3) DI RUMAH SAKIT JIWA ACEH
TAHUN 2021**

Oleh :

**EMI KARMILA
NPM : 1716010029**

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Serambi Mekkah

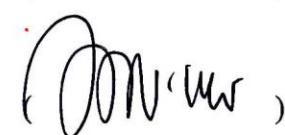
Banda Aceh, 16 Juni 2021

TANDA TANGAN

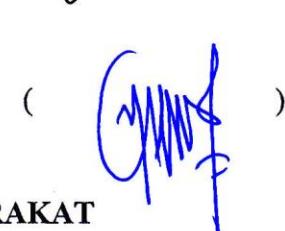
Pembimbing I : Dr. H. Said Usman, S.Pd., M. Kes



Pembimbing II : Dr. Irwan Saputra, S.Kep., M.KM

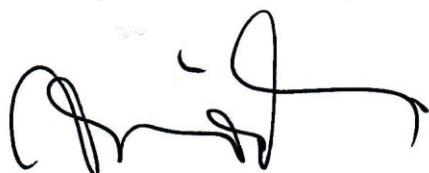


Penguji I : Burhanuddin Syam, SKM., M.Kes



Penguji II : T.M. Rafsanjani, SKM., M.Kes

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN,**



(Ismail, SKM, M.Pd, M.Kes)

BIODATA

Nama	:	Emi Karmila
Tempat/Tanggal Lahir	:	Blang Dalam Tunong/ 02-02-1987
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Islam
Pekerjaan	:	IRT
Alamat	:	Banda Aceh
Nama Orang Tua		
Ayah	:	Arfanuddin
Ibu	:	Alm Karsinah
Pekerjaan Orang Tua		
Ayah	:	- Petani
Ibu	:	-
Alamat Orang Tua	:	-Aceh Utara
Pendidikan yang ditempuh	:	SMA

Karya Tulis :

**“PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM
MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (SMK3) DI
RUMAH SAKIT JIWA ACEH TAHUN 2021 ”**

Banda Aceh, 16 Juni 2021

Emi Karmila

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia-Nya untuk menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul **Persepsi Perawat terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2021**. Salawat beriring salam tak lupa dipanjatkan kepada junjungan alam Nabi Besar Muhammad SAW, yang telah membawa umat manusia dari alam kebodohan kepada alam yang penuh dengan ilmu pengetahuan. Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Fakultas Kesehatan Masyarakat pada Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh, maka dengan ini dibuat skripsi sebagai usulan untuk memperoleh gelar sarjana.

Dalam penulisan ini, penulis cukup banyak mendapat kesulitan dan hambatan, berkat bantuan bimbingan semua pihak penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu secara khusus penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-sebesarnya kepada Bapak **Dr. H. Said Usman, S.Pd, M. Kes** dan **Dr. Irwan Saputra, S. Kep., MKM** selaku pembimbing skripsi yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan petunjuk, saran dan bimbingannya, juga kepada teman-teman yang banyak memberikan petunjuk, begitu juga terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. Teuku Abdurahman, SH, SpN selaku Rektor Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.
2. Bapak Ismail, SKM., M.Pd.M.Kes selaku Dekan FKM Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.

3. Para Dosen dan Staff Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.
4. Kepala dan Staff Perpustakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.
5. Semua teman-teman yang telah banyak membantu sampai terselesaiannya skripsi ini. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikannya.

Banda Aceh, Juni 2021

Penulis

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



“Dia memberikan hikmah (ilmu yang berguna) kepada siapa yang Diakehendaki.

Barang siapa yang diberi hikmah, sesungguhnya dia telah diberi kebaikan yang banyak.

Dan tidak ada yang dapat mengambil pelajaran kecuali orang-orang yang mempunyai akal sehat”.

(Q.S. Al-Baqarah: 269)

“Barang siapa menempuh suatu jalan untuk mencari ilmu pengetahuan, maka dengan sebab kेलakuannya ituolah allah melapangkan jalan untuknya menuju surga” (Alhadits)

Ya Allah,

Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia, dan bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman berharga, yang telah memberi warna-warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu, Engkau berikan aku kesempatan untuk bisa sampai Di penghujung awal perjuanganku Segala Puji bagi Mu ya Allah, Serta shalawat dan salam kepada Nabi besar Muhammad SAW dan para sahabat yang mulia

Semoga sebuah karya mungil ini menjadi amal shaleh bagiku dan menjadi kebanggaan
bagi keluargaku tercinta

Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk kedua Orang Tua yang telah banyak memberi motivasi kehidupan ini untukku.

Terima Kasih Kepada suami tersayang yang dengan tulus memberikan doa, perhatian, pengorbanan dan selalu menjadi pendengar yang baik disetiap usaha memberi dukungan, langkah dan perjuanganku....

^-^

Terima kasih kuucapkan kepada sahabat-sahabatku yang telah memberikan bantuan dan motivasi, kalian adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh.

Akhir kata, semoga skripsi ini membawa manfaat bagi kita semua terutama bagi diriku sendiri,
Amin...

Emi Karmila, SKM



DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL LUAR	
JUDUL DALAM	i
ABSTRAK	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
TANDA PENGESAHAN PENGUJI	iv
BIODATA PENELITI	v
KATA PENGANTAR.....	vi
KATA MUTIARA.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TNJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS)	8
2.2 Alat Pelindung Diri (APD)	15
2.3 Keselamatan Pasien	24
2.4 Beban, Kapasitas dan Lingkungan Kerja	29
2.5 <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i>	40
2.6 Konsep Perawat	41
2.6 Kerangka Teori	46
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN	47
3.1 Kerangka Konsep.	47
3.2 Variabel Penelitian	47
3.3 Definisi Operasional	48
3.4 Cara Pengukuran Variabel.....	48
3.5 Pertanyaan Penelitian	48
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	49
4.1 Jenis Penelitian	49
4.2 Populasi dan Sampel.....	49
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	50
4.4 Teknik Pengumpulan Data	51
4.5 Pengolahan Data	51
4.6 Analisis Data.....	52

4.7 Penyajian Data	53
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	55
5.1 Gambaran Umum	55
5.2 Hasil Penelitian.....	55
5.3 Pembahasan	58
BAB VI PENUTUP	61
6.1 Kesimpulan.....	61
6.2 Saran	61
DAFTAR KEPUSTAKAAN	66
LAMPIRAN.....	67

DAFTAR TABEL

Halaman:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian	48
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi jenis kelamin responden di Rumah Sakit Jiwa....	56
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi pendidikan responden di Rumah Sakit Jiwa.....	56
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi Persepsi Perawat Terhadap SMK3	57

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	25
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman:

Lampiran 1	: Kuesioner Penelitian.....	68
Lampiran 2	: Master Tabel.....	69
Lampiran 3	: SK Pembimbing.....	74
Lampiran 4	: Lembaran Konsul	75
Lampiran 5	: Surat Izin Penelitian	76
Lampiran 6	: Surat Balasan Penelitian	77
Lampiran 7	: Lembar Kendali Peserta Yang Mengikuti Seminar Proposal.....	78
Lampiran 8	: Format Sidang Skripsi	79

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan salah satu isu penting di dunia kerja saat ini. Hasil riset yang di lakukan oleh badan dunia ILO menyebutkan bahwa setiap hari ratarata 6.000 orang meninggal, setara dengan satu orang setiap 15 detik atau 2,2 juta orang per tahun akibat sakit atau kecelakaan yang berkaitan dengan pekerjaannya (Rahayuningsih & Hariyono, 2014).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) : Dari 35 juta pekerja kesehatan 3 juta terpajan patogen darah (2 juta terpajan virus HBV, 0,9 juta terpajan virus HBC dan 170,000 terpajan virus HIV/ AIDS). Dapat terjadi : 15,000 HBC, 70,000 HBB & 1000 kasus HIV. Lebih dari 90% terjadi di negara berkembang.8–12% pekerja rumah sakit, sensitif terhadap lateks. Probabilitas penularan HIV setelah luka tusuk jarum suntik yang terkontaminasi HIV 4: 1000. Risiko penularan HBV setelah luka tusuk jarum suntik yang terkontaminasi HBV 27–37: 100. Risiko penularan HCV setelah luka tusuk jarum suntik yang mengandung HCV 3 - 10 : 100 (Sunandar, 2017).

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI tahun 2018, Jumlah kasus kecelakaan kerja di Indonesia sejak tahun 2011 hingga tahun 2014 mengalami fluktuasi, angka tertinggi pada tahun 2013 yaitu 35.917 kasus. Pada tahun 2011 sebanyak 9.891 kasus, tahun 2012 sebanyak 21.735 kasus dan tahun 2014 sebanyak 24.910 kasus. Tiga Provinsi dengan jumlah kecelakaan kerja

tertinggi pada tahun 2011 adalah Provinsi Banten, Kalimantan Tengah dan Jawa Timur, tahun 2012 adalah Provinsi Jambi, Maluku dan Sulawesi Tengah, tahun 2013 adalah Provinsi Aceh, Sulawesi Utara dan Jambi sedangkan tahun 2014 adalah Provinsi Sulawesi Selatan, Riau dan Bali.

Konsekuensi dari cedera akibat kerja lebih serius ketika cedera ini terjadi di awal kehidupan seorang pekerja muda. Seorang pekerja muda dengan gangguan jangka panjang dapat berhenti menjadi anggota masyarakat yang aktif dan tidak memanfaatkan pendidikan serta pelatihan yang telah mereka terima. (ILO, 2018).

Pada PP No. 50 Tahun 2012, tingginya kecelakaan kerja yang terjadi sehingga ditetapkan suatu sistem yang mengatur mengenai kesehatan dan keselamatan kerja yang disebut Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3). Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang selanjutnya disingkat SMK3 adalah bagian dari sistem manajemen perusahaan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif (PERPRES, 2012).

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 165 : pengelola tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan bagi tenaga kerja. Berdasarkan pasal tersebut maka pengelola tempat kerja di Rumah Sakit mempunyai kewajiban untuk menyehatkan para tenaga kerjanya. Salah satunya adalah melalui upaya kesehatan kerja disamping keselamatan kerja. Rumah Sakit

harus menjamin kesehatan dan keselamatan baik terhadap pasien, penyedia layanan atau pekerja maupun masyarakat sekitar dari berbagai potensi bahaya di Rumah Sakit. Oleh karena itu, Rumah Sakit dituntut untuk melaksanakan Upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh sehingga risiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) di Rumah Sakit dapat dihindari. Penyakit akibat kerja di rumah sakit dapat menyerang semua tenaga kerja baik medis maupun non medis.

Di Indonesia sendiri peraturan terkait dengan jaminan keamanan pekerja secara umum telah ditetapkan oleh pemerintah yang dikenal dengan istilah K3, antara lain: Undang-Undang (UU) Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja, UU Nomor 13 Tahun 2003 tentang Tenaga Kerja, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sedangkan bagi tenaga kesehatan ada penambahan aturan melalui Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan juga Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 432/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit, dan lain-lain.

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disebut SMK3 Rumah Sakit adalah bagian dari manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di Rumah Sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang

sehat, selamat, aman dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016). SMK3 RS ditujukan kepada semua orang yang berada di lingkungan rumah sakit termasuk tenaga kesehatan yaitu perawat.

Perawat adalah tenaga kesehatan yang paling besar jumlahnya dan paling lama kontak dengan pasien, sehingga sangat berisiko dengan pekerjaannya, namun banyak perawat tidak menyadari terhadap risiko yang mengancam dirinya, melupakan K3 (Tukatman et al., 2015).

Penelitian Suhara (2013), menyatakan bahwa persepsi erat kaitannya dengan penerapan kebijakan. Seperti halnya penerapan kebijakan jam kerja baru dari 8 jam menjadi 12 jam kerja yang menurut persepsi karyawan dapat merugikan sehingga dapat mengurangi kondisi fisik karyawan.

Penelitian Marpaung (2005), yang menyatakan bahwa persepsi merupakan faktor psikologis yang mempunyai peranan penting dalam mempengaruhi perilaku seseorang. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa dari 80 responden yaitu sebanyak 50 orang (62,5%) memiliki persepsi yang kurang baik tentang SMK3 dan hanya 30 orang (37,5%) memiliki persepsi baik tentang SMK3 dan sebanyak 41 orang (51,3%) memiliki persepsi yang baik tentang pedoman penerapan SMK3 dan hanya 39 orang (48,8%) memiliki persepsi kurang baik tentang pedoman penerapan SMK3.

Penelitian O'Toole (2013), menunjukkan bahwa persepsi pekerja di rumah sakit merupakan faktor kunci pekerja dalam pemahaman kesehatan dan keselamatan kerja. Hal ini menunjukkan persepsi yang positif terhadap

manajemen kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Abdullah et al., (2009), bahwa persepsi keamanan yang konsisten dan sikap manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja membenarkan penelitian lebih lanjut sebagai persepsi masalah keselamatan di tempat kerja mungkin berbeda antara individu-individu. Oleh karena itu, ada kebutuhan untuk komitmen dan tekad dari semua pihak yang terkait untuk meningkatkan kinerja keselamatan dalam suatu organisasi.

Rumah Sakit Jiwa Aceh merupakan salah satu organisasi jasa pelayanan medis dari beberapa rumah sakit yang ada di Aceh. Dalam struktur organisasi rumah sakit, perawat merupakan jumlah terbanyak dari seluruh pegawai yang bekerja dalam rumah sakit. Jumlah perawat yang ada di Rumah Sakit Jiwa Aceh adalah sebanyak 194 orang.

Pemilihan Rumah Sakit Jiwa Aceh tidak terlepas dari status Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai rumah sakit rujukan pertama dengan akreditasi Paripurna yang didapatkan tahun 2017 selain itu Rumah Sakit Jiwa Aceh sendiri telah membentuk sebuah komite yang disebut Komite K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) sehingga Rumah Sakit Jiwa Aceh ideal untuk menjadi tempat penelitian. Berdasarkan studi awal dalam wawancara dengan anggota komite K3 Rumah Sakit Jiwa Aceh ditemukan bahwa tercatat jumlah kecelakaan pada tahun 2018 terdapat 7 kasus (3 tertusuk jarum, 4 terpeleset, dan 1 tertimpa rak medis).

Dan dari hasil wawancara terhadap 10 perawat 6 diantaranya mengakui tidak mengetahui K3 sehingga dapat diketahui keberhasilan penerapan sebuah kebijakan dalam hal ini SMK3 diperlukan sebuah persepsi yang baik oleh semua

sasaran agar kebijakan tersebut dapat terlaksana sesuai Permenkes No. 66 Tahun 2016 tentang SMK3 RS.

Persepsi perawat terhadap Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja sangatlah penting mengingat peraturan perundangundangan yaitu Permenkes No. 66 Tahun 2016 tentang Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (SMK3 RS) yang mewajibkan penerapan SMK3 RS yang sasarannya adalah semua orang dalam lingkungan rumah sakit termasuk perawat, namun dari hasil wawancara menyatakan bahwa masih adanya kecelakaan kerja yang cukup tinggi dan sebagian besar dialami perawat, sehingga hal ini dianggap sangat penting jika tidak dilakukan tindakan untuk mengetahui persepsi perawat maka kecelakaan kerja akan terus terjadi bahkan menjadi lebih banyak dan bisa lebih fatal.

Berdasarkan pada teori dan gambaran diatas penulis tertarik melakukan penelitian tentang “Persepsi Perawat terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2021”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka permasalahan yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Persepsi Perawat tentang Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2021?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui persepsi perawat tentang Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2021.

1.3.2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui persepsi perawat tentang Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2021.

1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah :

1.4.1. Aplikasi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi dalam melakukan penilaian terhadap penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit sehingga sistem ini dapat diterima dan diterapkan oleh semua tenaga kerja di rumah sakit utamanya pada perawat untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja serta penyakit akibat kerja yang dapat menurunkan produktivitas kerja.

1.4.2. Teori

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi kajian pustaka dan referensi ilmiah khususnya bagi peneliti yang berhubungan dengan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS)

2.1.1 Definisi

Keselamatan Kerja merupakan upaya yang dilakukan agar kecelakaan, kerusakan dan segala bentuk kerugian baik terhadap manusia maupun peralatan, obyek kerja, tempat bekerja, dan lingkungan kerja dapat terhindari secara langsung dan tidak langsung. Kesehatan Kerja dilakukan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya untuk pekerja di semua jabatan, mencegah penyimpangan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan pekerja dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang mengadaptasi antara pekerjaan dengan manusia dan manusia dengan jabatannya (PMK No 66, 2016).

Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk memberikan jaminan keselamatan serta meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit yang disebabkan kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan (promkes), pengobatan, dan rehabilitasi (Notoadmojo S, 2010). Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) merupakan segala bentuk aktifitas yang dilakukan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan SDM RS, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui

upaya pencegahan kecelakan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit (PMK No 66, 2016).

2.1.2 Prinsip Kebijakan Pelaksanaan dan Program K3RS

Prinsip kebijakan K3RS terdiri dari 3 (tiga) komponen yang saling berinteraksi, antara lain(Suardi R, 2005; Tracey J, 2010):

1) Kapasitas kerja

Kapasitas kerja merupakan status kesehatan dan gizi kerja yang baik dengan kemampuan fisik prima yang dimiliki oleh setiap pekerja agar dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Contoh: Seorang pekerja yang kekurangan zat besi dapat mengalami anemia, sehingga kapasitas kerjanya akan turun akibat pengaruh kondisi fisik lemah dan lemas.

2) Beban kerja

Beban kerja merupakan beban dan beban mental yang harus ditanggung oleh pekerja dalam melaksanakan tugasnya. Contoh: pekerja yang bekerja lembur lebih dari waktu kerja maksimal.

3) Lingkungan kerja

Lingkungan terdekat dari seorang pekerja yang dapat memunculkan risiko. Contoh: Seorang yang bekerja di bagian instalasi radiologi (kamar X Ray, gelab, nuklir dan lain sebagainya).

Program K3RS bertujuan untuk melindungi kesehatan dan keselamatan kerja serta meningkatkan produktifitas tenaga kerja, melindungi keselamatan pasien, pengunjung dan masyarakat serta lingkungan rumah sakit. Kinerja setiap pengunjung kesehatan dan non kesehatan merupakan resultante dari 3 (tiga)

komponen yaitu kapasitas kerja, beban kerja dan kapasitas kerja. Program K3RS yang harus diterapkan adalah(Suardi R, 2005; Tracey J, 2010; PMK No 66, 2016):

- 1) Pengembangan kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja di rumah sakit (K3RS).
 - a) Pembuatan atau revitalisasi organisasi K3RS.
 - b) Merencanakan program K3RS selama 3 (tiga) tahun kedepan. Setiap 3 tahun dapat di revisi kembali sesuai dengan kebutuhan.
- 2) Pembudayaan perilaku K3RS.
 - a) Advokasi sosialisasi K3 pada seluruh jajaran rumah sakit, baik bagi pekerja,pasien serta pengunjung rumah sakit.
 - b) Penyebaran media informasi dan komunikasi baik melalui film, leaflet, poster, pamphlet dll.
 - c) Promosi K3 pada setiap pekerja yang bekerja disetiap unit di RS.
- 3) Pengembangan sumber daya manusia (SDM) K3RS.
 - a) Pelatihan umum K3RS,
 - b) Pelatihan internal Rumah Sakit, seperti pekerja perunit rumah sakit
 - c) Pengiriman SDM untuk pendidikan formal, pelatihan lanjutan, seminar dan workshop yang berkaitan dengan K3.
- 4) Pengembangan pedoman dan *Standar Operational Procedure (SOP)* K3RS.
 - a) Penyusunan pedoman praktik Ergonomi di rumah sakit.
 - b) Penyusunan pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja.
 - c) Penyusunan pedoman pelaksanaan tanggap darurat di rumah sakit.
 - d) Penyusunaan pedoman pelaksanaan penanggulangan kebakaran.

- e) Penyusunan pedoman pengelolaan penyehatan lingkungan RS.
 - f) Penyusunan pengelolaan faktor resiko dan pengelolaan limbah RS.
 - g) Penyusunan kontrol terhadap penyakit infeksi.
 - h) Penyusunan kontrol terhadap bahan berbahaya dan beracun (B3).
 - i) Penyusunan SOP kerja dan pelatihan di masing-masing unit kerja RS.
- 5) Pemantauan dan evaluasi kesehatan lingkungan tempat kerja.
- a) Mampung lingkungan tempat kerja.
 - b) Evaluasi lingkungan tempat kerja (wawancara pekerja, survei dan kuesioner).
- 6) Pelayanan kesehatan kerja
- a) Melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, pemeriksaan secara khusus, dan secara berkala bagi pekerja sesuai pajananya di RS.
 - b) Melakukan pemeriksaan kesehatan khususnya pada pekerja di RS yang akan pensiun atau pindah kerja.
 - c) Pemeriksaan pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi pekerja yang menderita sakit.
 - d) Meningkatkan kesehatan badan, kondisi, mental (rohani) dan kemampuan fisik pekerja
- 7) Pelayanan keselamatan kerja
- a) Pembinaan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana prasarana dan peralatan kesehatan di RS.
 - b) Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja di RS.

- c) Pengelolaan dan pemeliharaan serta sertifikasi sarana prasarana dan pemeliharaan peralatan RS.
 - d) Pengadaan peralatan RS.
- 8) Pengembangan program pemeliharaan pengelolaan limbah padat, cair dan gas.
- a) Penyediaan fasilitas untuk penanganan dan pengelolaan limbah padat, cair dan gas.
 - b) Pengelolaan limbah medis dan non medis
- 9) Pengelolaan jasa bahan berbahaya, beracun dan barang berbahaya
- a) Inventarisasi bahan beracun, berbahaya dan barang berbahaya.
 - b) Membuat kebijakan prosedur pengadaan, penyimpanan dan penaggulangan bila terjadi kontaminasi dengan acuan *Material Safety Data Sheet (MSDS)*.

2.1.3 Manfaat K3RS

Manfaat K3 untuk perusahaan atau organisasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan adalah melindungi pekerjanya dari kecelakaan kerja ataupun penyakit akibat kerja, mengurangi biaya atau tagihan asuransi, patuh terhadap regulasi terkait dengan K3RS, mendapatkan citra positif karena penerapan K3RS baik dari pekerja, keluarga, masyarakat, dan negara. Organisasi atau perusahaan dapat memperoleh berbagai penghargaan terkait K3 dan mampu tetap melanjutkan kegiatannya dengan risiko kecelakaan ataupun penyakit akibat kerja yang minimal (Tracey J, 2010).

Adapun manfaat atau fungsi K3 untuk masyarakat adalah melindungi dari kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang diakibatkan oleh operasional RS, memperoleh ilmu untuk penerapan keselamatan di rumah, dan memastikan anggota keluarganya mendapatkan perlindungan (Tracey J, 2010).

Manfaat K3 untuk negara adalah melindungi tenaga kerjanya, melaksanakan kesepakatan internasional, mendapatkan citra positif terhadap perlindungan tenaga kerjanya dari masyarakat dan dunia, melindungi dari ketidakstabilan politik akibat isu kecelakaan atau penyakit akibat kerja, dan menekan biaya yang ditimbulkan dari pembayaran asuransi milik negara kepada pekerja yang mengalami kecelakaan atau penyakit akibat kerja (Notoadmojo S, 2011; PMK No 66, 2016).

2.1.4 Ancaman Bahaya di RS

Bahaya potensial yang ada di RS dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain: faktor biologi (virus, bakteri dan jamur), faktor kimia (antiseptik dan gas anestasi), faktor ergonomi (cara kerja yang salah sehingga menyebabkan sakit pinggang atau sindrom terowongan karpal), faktor fisika (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran dan radiasi), faktor psikososial (kerja bergilir, hubungan sesama karyawan maupun atasan) (Suardi R, 2005; Sumamur PK, 2009; Ozturk H; Babacan E, 2014).

Bahaya potensial yang dimungkinkan ada di RS diantaranya adalah mikrobiologik, desain/fisik, kebakaran, mekanik, kimia/gas/karsinogen, radiasi dan risiko hukum/keamanan (Suardi R, 2005; Sumamur PK, 2009; Ozturk H; Babacan E, 2014). Bahaya besar yang ada di rumah sakit selain pajanan terhadap

agen infeksi dan bahan kimia dapat juga disebabkan oleh tergelincir, tersandung, dan jatuh (Tarwaka, 2008).

Tenaga kesehatan juga dapat mengalami kekerasan kerja dan risiko yang terkait dengan desain ruang kerja yang buruk yang dapat menyebabkan cedera muskuloskeletal, stres dan cedera serius seperti patah tulang karena terpapar kekerasan kerja, cedera traumatis akut, dan bahkan kematian (Victorian Auditor General Office, 2014).

2.1.5 Faktor yang Memengaruhi Risiko

Perawat yang berjaga di IGD (Instalasi Gawat Darurat) memiliki risiko terpapar ancaman kecelakaan kerja yang lebih besar. Salah satu kejadian yang sering terjadi adalah tertusuk jarum karena memasang infus adalah tindakan yang paling sering dilakukan oleh perawat IGD (Ramdan IM; Rahman A, 2017). Penelitian lain di Arab Saudi menunjukkan bahwa jenis kecelakaan kerja tertusuk jarum dan terkena pecahan ampul sering dialami oleh perawat di ruang gawat darurat dan ruang perawatan intensif (Eldalatony MM; Memish ZA; Assiri AM; et al, 2013).

Pelatihan mengenai K3 merupakan suatu upaya pembinaan yang dilakukan untuk membangun suasana dan keterampilan kerja yang menerapkan K3. Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan K3 meningkatkan kesadaran dan keterampilan pekerja untuk menerapkan prinsip-prinsip K3 (Catur A; Latar; Farid, 2015). Penelitian Mc Govern menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara lama bekerja dengan kewaspadaan universal di mana dalam penelitian menemukan petugas kesehatan yang telah bekerja >5 tahun 1,7 kali lebih baik

patuh daripada petugas yang bekerja <5 tahun (Vesley D; McGovern PM; Kochevar D, 2000).

2.2 Alat Pelindung Diri (APD)

2.2.1 Definisi

Alat Pelindung Diri (APD) merupakan seperangkat alat keselamatan yang harus dipakai oleh pekerja supaya seluruh atau sebagian tubuhnya terlindungi dari kemungkinan/potensi paparan bahaya lingkungan kerja terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja (Sumamur PK, 2009).

Alat Pelindung Diri (APD) di RS mengacu pada pakaian pelindung, helm, sarung tangan, pelindung wajah, kacamata, sungkup muka dan/atau respirator atau peralatan lain yang dirancang untuk melindungi pemakainya dari cedera/penyebaran infeksi/penyakit(US FDA, 2016).Alat Pelindung Diri (APD) harus dipilih secara hati-hati agar dapat memenuhi beberapa ketentuan yang diperlukan(PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

Alat Pelindung Diri (APD) harus dapat memberikan perlindungan yang adekuat terhadap bahaya spesifik atau bahaya yang dihadapi oleh tenaga kerja. Berat APD hendaknya seringan mungkin dan tidak menyebabkan rasa tidak nyaman yang berlebihan. Alat harus dapat dipakai secara fleksibel dengan bentuk yang cukup menarik(PMK No 66, 2016; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

Alat pelindung tersebut harus tahan untuk pemakaian yang lama dan tidak menimbulkan bahaya tambahan bagi pemakainya karena bentuknya yang tidak tepat atau karena salah dalam penggunaanya. Pemakaian APD harus memenuhi standar yang telah ada. Alat tersebut tidak boleh membatasi gerakan dan presepsi

sensoris pemakainya. Suku cadang APD harus mudah didapat guna mempermudah pemeliharaannya(PMK No 66, 2016; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

Pemakaian APD umumnya dilakukan dalam pengaturan perawatan kesehatan seperti RS, kantor dokter dan laboratorium klinis. Alat Pelindung Diri dapat menjadi penghalang antara bahan infeksi seperti kontaminan virus dan bakteri yang berada dari kulit, mulut, hidung, atau mata (selaput lendir) jika digunakan dengan benar. Penghalang ini berpotensi memblokir penularan kontaminan dari darah, cairan tubuh, atau sekresi pernapasan(US FDA, 2016).

Alat ini dapat melindungi pasien yang berisiko tinggi untuk tertular infeksi melalui prosedur bedah atau yang memiliki kondisi medis, seperti, defisiensi imun, agar tidak terpapar zat atau bahan infeksi yang berpotensi dibawa oleh pengunjung dan petugas kesehatan jika digunakan dengan benar disertai dengan praktik pengendalian infeksi lainnya seperti mencuci tangan, menggunakan pembersih tangan berbasis alkohol, dan menutup batuk/bersin(US FDA, 2016).

2.2.2 Jenis APD

Alat Pelindung Diri (APD) memiliki berbagai jenis dan macamnya yang bermanfaat untuk melindungi seseorang dalam melakukan pekerjaan yang fungsinya untuk mengisolasi tubuh tenaga kerja dari potensi bahaya di tempat kerja. Berdasarkan fungsinya, ada beberapa macam APD yang digunakan oleh tenaga kerja, antara lain (Tarwaka, 2008):

1. Alat Pelindung Kepala (*Headwear*)

Alat pelindung kepala ini digunakan untuk mencegah dan melindungi rambut terjerat oleh mesin yang berputar dan untuk melindungi kepala dari bahaya terbentur benda tajam atau keras, bahaya kejatuhan benda atau terpukul benda yang melayang, melindungi jatuhnya mikroorganisme, percikan bahan kimia korosif, panas sinar matahari dan lain sebagainya. Jenis alat pelindung kepala antara lain(Tarwaka, 2008):

a) Topi pelindung (*Safety Helmets*)

Alat ini berfungsi untuk melindungi kepala dari benda keras yang terjatuh, benturan kepala, terjatuh dan terkena arus listrik. Topi pelindung harus tahan terhadap pukulan, tidak mudah terbakar, tahan terhadap perubahan iklim dan tidak dapat menghantarkan arus listrik. Topi pelindung dapat terbuat dari plastik (*Bakelite*), serat gelas (*fiberglass*) maupun metal(Tarwaka, 2008).

b) Tutup kepala

Alat ini berfungsi untuk melindungi/mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alatalat/daerah steril dan percikan bahan dari pasien. Tutup kepala ini biasanya terbuat dari kain katun(PMK No 66, 2016; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

c) Topi/Tudung

Alat ini berfungsi untuk melindungi kepala dari api, uap-uap korosif, debu, dan kondisi cuaca buruk. Tutup kepala ini biasanya terbuat dari asbestos, kain tahan api/korosi, kulit dan kain tahan air(PMK No 66, 2016; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

2. Alat Pelindung Mata

Alat pelindung mata digunakan untuk melindungi mata dari percikan bahan kimia korosif, debu dan partikel-partikel kecil yang melayang di udara, gas atau uap yang dapat menyebabkan iritasi mata, radiasi gelombang elektromagnetik, panas radiasi sinar matahari, pukulan atau benturan benda keras, dan lain-lain. Jenis alat pelindung mata antara lain(Tarwaka, 2008; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018):

a) Kaca mata biasa (*spectacle goggles*)

Alat ini berfungsi untuk melindungi mata dari partikel-partikel kecil, debu dan radiasi gelombang elektromagnetik(Tarwaka, 2008).

b) Goggles

Alat ini berfungsi untuk melindungi mata dari gas, debu, uap, dan percikan larutan bahan kimia. Goggles biasanya terbuat dari plastik transparan dengan lensa berlapis kobalt untuk melindungi bahaya radiasi gelombang elektromagnetik mengion(Tarwaka, 2008; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

3. Alat Pelindung Pernafasan (*Respiratory Protection*)

Alat pelindung pernafasan digunakan untuk melindungi pernafasan dari resiko paparan gas, uap, debu, atau udara terkontaminasi atau beracun, korosi atau yang bersifat rangsangan. Sebelum melakukan pemilihan terhadap suatu alat pelindung pernafasan yang tepat, maka perlu mengetahui informasi tentang potensi bahaya atau kadar kontaminan yang ada di lingkungan kerja(Tarwaka, 2008).

Hal yang perlu diketahui antara lain: bentuk kontaminan di udara (gas, uap, kabut, fume, debu atau kombinasi), kadar kontaminan di udara lingkungan kerja,

nilai ambang batas yang diperkenankan, reaksi fisiologis terhadap pekerja, kadar oksigen di udara tempat kerja, dan lain-lain(Tarwaka, 2008).

a) Masker

Alat ini digunakan untuk mengurangi paparan debu atau partikel yang lebih besar masuk kedalam saluran pernafasan(Tarwaka, 2008).

b) Respirator

Alat ini digunakan untuk melindungi pernafasan dari paparan debu, kabut, uap logam, asap, dan gas-gas berbahaya. Jenis-jenis respirator ini antara lain(Tarwaka, 2008):

a. *Chemical Respirator*

Merupakan *catridgerespirator* terkontaminasi gas dan uap dengan tiksitas rendah. Catridge ini berisi adsorban dan karbon aktif, arang dan silicagel. Sedangkan *canister* digunakan untuk mengadsorbsi khlor dan gas atau uap zat organik(Tarwaka, 2008; US FDA, 2016).

b. *Mechanical Filter Respirator*

Alat pelindung ini berguna untuk menangkap partikel-partikel zat padat, debu, kabut, uap logam dan asap. Respirator ini biasanya dilengkapi dengan filter yang berfungsi untuk menangkap debu dan kabut dengan kadar kontaminasi udara tidak terlalu tinggi atau partikel yang tidak terlalu kecil. Filter pada respirator ini terbuat dari fiberglass atau wol dan serat sintetis yang dilapisi dengan resin untuk memberi muatan pada partikel(Tarwaka, 2008).

4. Alat Pelindung Tangan (*Hand Protection*)

Alat pelindung tangan digunakan untuk melindungi tangan dan bagian lainnya dari benda tajam atau goresan, bahan kimia, benda panas dan dingin, kontak dengan arus listrik. Jenis alat pelindung tangan antara lain(Tarwaka, 2008):

a) Sarung tangan bersih

Sarung tangan bersih adalah sarung tangan yang di disinfeksi tingkat tinggi, dan digunakan sebelum tindakan rutin pada kulit dan selaput lendir misalnya tindakan medik pemeriksaan dalam, merawat luka terbuka. Sarung tangan bersih dapat digunakan untuk tindakan bedah bila tidak ada sarung tangan steril(Tarwaka, 2008; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

b) Sarung tangan steril

Sarung tangan steril adalah sarung tangan yang disterilkan dan harus digunakan pada tindakan bedah. Bila tidak tersedia sarung tangan steril baru dapat digunakan sarung tangan yang didisinfeksi tingkat tinggi(PMK No 66, 2016; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

3) Sarung tangan rumah tangga (*gloves*)

Sarung tangan jenis ini bergantung pada bahan-bahan yang digunakan(Tarwaka, 2008):

- a. Sarung tangan yang terbuat dari bahan asbes, katun, wool untuk melindungi tangan dari api, panas, dan dingin.
- b. Sarung tangan yang terbuat dari bahan kulit untuk melindungi tangan dari listrik, panas, luka, dan lecet.

- c. Sarung tangan yang terbuat dari bahan yang dilapisi timbal (Pb) untuk melindungi tangan dari radiasi elektromagnetik dan radiasi pengion.
- d. Sarung tangan yang terbuat dari bahan karet alami (sintetik) untuk melindungi tangan dari kelembaban air, zat kimia.
- e. Sarung tangan yang terbuat dari bahan *poli vinyl chlorida* (PVC) untuk melindungi tangan dari zat kimia, asam kuat, dan dapat sebagai oksidator.

5. Baju Pelindung (*Body Protection*)

Baju pelindung digunakan untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuh dari percikan api, suhu panas atau dingin, cairan bahan kimia, dan lain-lain. Jenis baju pelindung antara lain(Tarwaka, 2008):

a) Pakaian kerja

Pakaian kerja yang terbuat dari bahan-bahan yang bersifat isolasi seperti bahan dari wool, katun, asbes, yang tahan terhadap panas (Tarwaka, 2008).

b) Celemek

Pelindung pakaian yang terbuat dari bahan-bahan yang bersifat kedap terhadap cairan dan bahan-bahan kimia seperti bahan plastik atau karet(Tarwaka, 2008).

c) Apron

Pelindung pakaian yang terbuat dari bahan timbal yang dapat menyerap radiasi pengion(Tarwaka, 2008).

6. Alat Pelindung Kaki (*Feet Protection*)

Alat pelindung kaki digunakan untuk melindungi kaki dan bagian lainnya dari benda-benda keras, benda tajam, logam/kaca, larutan kimia, benda panas, kontak dengan arus listrik. Jenis alat pelindung kaki antara lain(Tarwaka, 2008):

a) Sepatu steril

Sepatu khusus yang digunakan oleh petugas yang bekerja di ruang bedah, laboratorium, ICU, ruang isolasi, ruang otopsi(PMK No 66, 2016; PK3 RSUP Dr. Sardjito, 2018).

b) Sepatu kulit

Sepatu khusus yang digunakan oleh petugas pada pekerjaan yang membutuhkan keamanan oleh benda keras, panas dan berat, serta kemungkinan tersandung, tergelincir, terjepit, panas, dingin(Tarwaka, 2008).

c) Sepatu boot

Sepatu khusus yang digunakan oleh petugas pada pekerjaan yang membutuhkan keamanan oleh zat kimia korosif, bahan-bahan yang dapat menimbulkan dermatitis, dan listrik(Tarwaka, 2008).

7. Alat Pelindung Telinga (*Ear Protection*)

Alat pelindung telinga digunakan untuk mengurangi intensitas suara yang masuk ke dalam telinga. Jenis alat pelindung telinga antara lain(Tarwaka, 2008):

a) Sumbat telinga (*Ear plug*)

Ukuran dan bentuk saluran telinga tiap-tiap individu dan bahkan untuk kedua telinga dari orang yang sama adalah bebeda. Untuk itu sumbat telinga (*Ear plug*) harus dipilih sedemikian rupa sehingga sesuai dengan ukuran dan bentuk saluran telinga pemakainya. Pada umumnya diameter saluran telinga antara 5-11

mm dan liang telinga pada umumnya berbentuk lonjong dan tidak lurus(Tarwaka, 2008).

Sumbat telinga (*Ear plug*) dapat terbuat dari kapas, plastik, karet alami dan bahan sintetis. Ear plug yang terbuat dari kapas, spons, dan malam (*wax*) hanya dapat digunakan untuk sekali pakai (*Disposable*), sedangkan yang terbuat dari bahan karet plastik dapat digunakan berulang kali (*Non Disposable*). Alat ini dapat mengurangi suara sampai 20 dB(Tarwaka, 2008).

b) Tutup telinga (*Ear muff*)

Alat pelindung jenis ini terdiri dari dua buah tutup telinga dan sebuah *headband*. Isi dari tutup telinga dapat berupa cairan atau busa yang berfungsi untuk menyerap suara frekuensi tinggi. Pada pemakaian untuk waktu yang cukup lama, efektivitas *ear muff* dapat menurun karena bantalannya menjadi mengeras dan mengerut sebagai akibat reaksi dari bantalan dengan minyak dan keringat pada permukaan kulit. Alat ini dapat mengurang intensitas suara sampai 30 dB dan juga dapat melindungi bagian luar telinga dari benturan benda keras atau percikan bahan kimia(Tarwaka, 2008).

8. Sabuk Pengaman Keselamatan (*Safety Belt*)

Alat pelindung tangan digunakan untuk melindungi tubuh dari kemungkinan terjatuh dari ketinggian, seperti pada pekerjaan mendaki, memanjat dan pada pekerjaan konstruksi bangunan(Tarwaka, 2008).

2.3 Keselamatan Pasien

2.3.1 Definisi

Keselamatan pasien merupakan kondisi meniadakan atau meminimalisir bahaya yang dapat dicegah untuk pasien selama proses perawatan kesehatan dan pengurangan risiko kerusakan yang tidak perlu terkait dengan perawatan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan kesatuan upaya yang dilakukan pada FKTP agar asuhan pasien lebih aman, tertibnya pelaporan dan analisis insiden, implementasi solusi untuk meminimalisir timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cidera, tidak hanya terkait dengan pelayanan klinis tapi juga terkait dengan upaya kesehatan masyarakat (Ontario HQ, 2017; Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Primer, 2018).

Keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (PMK No 11, 2017).

2.3.2 Faktor yang Memengaruhi

Faktor yang memengaruhi atau melatarbelakangi keselamatan pasien dibagi menjadi faktor eksternal, organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, tim, petugas, tugas, pasien dan komunikasi yang dapat dilihat pada tabel (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015). Tujuh subkultur budaya keselamatan

pasien yang diidentifikasi oleh Sammer, antara lain: kepemimpinan, kerja tim, berbasis bukti, komunikasi, pembelajaran, adil, dan berpusat pada pasien (Sammer CE; Lykens K; Singh KP; et al, 2010).

Tabel 2.1. Faktor yang memengaruhi keselamatan pasien (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

Faktor	Komponen	Sub komponen
Eksternal	Regulator dan ekonomi Peraturan/kebijakan pemerintah Peraturan Nasional Hubungan antar organisasi	
Organisasi dan Manejemen	Organisasi dan Manejemen	Standar organisasi, Pengawasan, dan Jenjang pengambilan keputusan
Manejemen	Kebijakan, standar dan tujuan	Tujuan dan misi, Penyusunan manajemen, Kontrak servis, Pelayanan informasi, Kebijakan diklat, Prosedur dan kebijakan, Fasilitas dan perlengkapan, Manajemen risiko, Manajemen K3, serta Peningkatan kualitas
	Administrasi Budaya keselamatan	Sistem administrasi Etika kerja dan Dukungan manajemen staf
Lingkungan kerja	SDM dan Diklat Desain dan bangunan	Pendidikan dan Training Manajemen pemeliharaan, Penilaian ergonomik dan Fungsionalitas
	Lingkungan	<i>Housekeeping</i> , Pengawasan lingkungan, dan Perpindahan pasien antar ruangan
	Peralatan/sarana/prasarana	Alat, Ketidaktersediaan, Manajemen pemeliharaan, Fungsionalitas, serta Desain, penggunaan, <i>maintanance</i>
Petugas	Kompetensi	Verifikasi kualifikasi Verifikasi pengetahuan dan keterampilan
	Stresor fisik dan mental	Motivasi, serta Stresor mental dan fisik

Miskomunikasi antara profesional kesehatan merupakan sumber kesalahan utama seperti yang diutarakan oleh beberapa penelitian. Faktor pengetahuan

terkait dengan kesalahan yang dapat menghasilkan masalah diagnostik atau terapeutik yang kadang-kadang serius. Protokol yang hilang atau salah merupakan sumber kesalahan kecil dalam praktik sehari-hari. Sikap dan perilaku yang tidak aman sering ditemukan dan mungkin disebabkan oleh hubungan pasien maupun penyedia perawatan primer (Chaneliere M; Koehler D; Morlan T; et al, 2018).

2.3.3 Indikator Keselamatan Pasien

Puskesmas menerapkan 6 *goals/sasaran* yang menjadi indikator keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh seluruh satuan kerja secara terpadu dan terkoordinasi (PMK No 11, 2017).

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien melalui nama dan tanggal lahir pasien yang dilengkapi dengan nomor rekam medik. Hal ini dilakukan untuk memudahkan identifikasi pasien saat akan memberikan tindakan kedokteran. Identifikasi nama pasien dan tanggal lahir **wajib** dilakukan pada saat (PMK No 11, 2017):

- a. Sebelum memberikan infus
- b. Sebelum melakukan tindakan/prosedur lainnya
- c. Sebelum melakukan konseling/pengobatan
- d. Sebelum memberikan obat
- e. Sebelum mengambil spesimen darah
- f. Sebelum memasang gelang pada ibu hamil yang akan bersalin di rumah bersalin

2. Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan klinis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito (PMK No 11, 2017).

Komunikasi yang efektif diantara petugas kesehatan (dokter, perawat, petugas kesehatan lain) dan petugas kesehatan dengan pelanggan harus diciptakan dengan tujuan agar pemberian pelayanan dan perawatan semakin efektif. Komunikasi yang efektif, yang terstruktur, akurat, lengkap, jelas, tepat waktu dan dapat dipahami penerima, akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan perbaikan keselamatan pasien(Sammer CE; Lykens K; Singh KP; et al, 2010).

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Elektrolit pekat (KCl 7.46%, Meylon 8.4%, MgSO4 20%, NaCl 3%) tidak disimpan dalam unit pasien kecuali dibutuhkan secara klinis, dan tindakan dilakukan untuk mencegah penggunaan yang tidak seharusnya pada area yang diijinkan sesuai kebijakan. Elektrolit pekat yang disimpan dalam unit perawatan pasien memiliki label yang jelas dan disimpan di tempat dengan akses terbatas (PMK No 11, 2017).

Obat-obatan yang memerlukan kewaspadaan tinggi lainnya: golongan opioid, anti koagulan, trombolistik, anti aritmia, insulin, golongan agonis

adrenergic, anestetik umum, kemoterapi, zat kontras, pelemas otot dan larutan kardioplegia (PMK No 11, 2017).

4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi Indikator Keselamatan Operasi:

- a. Menggunakan tanda yang mudah dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan mengikutsertakan pasien dalam proses penandaan.
- b. Menggunakan checklist atau proses lain untuk verifikasi lokasi yang tepat, prosedur yang tepat, dan pasien yang tepat sebelum operasi, dan seluruh dokumen serta peralatan yang dibutuhkan tersedia, benar dan berfungsi.
- c. Seluruh tim operasi membuat dan mendokumentasikan prosedur time out sesaat sebelum prosedur operasi dimulai.

(PMK No 11, 2017)

2.4 Beban, Kapasitas dan Lingkungan Kerja

2.4.1 Definisi

Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus diselesaikan oleh seorang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Apabila seorang pekerja mampu menyelesaikan dan menyesuaikan diri terhadap sejumlah tugas yang diberikan, maka hal tersebut tidak menjadi suatu beban kerja, tetapi jika tidak berhasil maka tugas dan kegiatan tersebut menjadi suatu beban kerja(Munandar, 2001).

Beban kerja adalah sesuatu yang dirasakan berada di luar kemampuan pekerja untuk melakukan pekerjaannya. Kapasitas seseorang yang dibutuhkan untuk mengerjakan tugas sesuai dengan harapan (performa harapan) berbeda dengan kapasitas yang tersedia pada saat itu (performa aktual). Perbedaan diantara keduanya menunjukkan taraf kesukaran tugas yang mencerminkan beban kerja(Moekijat, 2004).

Kapasitas kerja adalah kemampuan seorang tenaga kerja berbeda dari satu dengan yang lainnya dan sangat bergantung kepada keterampilan, kemampuan, keserasian, keadaan gizi, jenis kelamin, usia dan ukuran tubuh. Kapasitas kerja yang baik seperti status kesehatan kerja dan gizi kerja yang baik serta kemampuan fisik yang prima diperlukan agar pekerja dapat melakukan pekerjaannya dengan baik(Harington, 2005).

Lingkungan kerja adalah kehidupan sosial, psikologi, dan fisik dalam perusahaan yang berpengaruh terhadap pekerja dalam melaksanakan tugasnya. Kehidupan manusia tidak terlepas dari berbagai keadaan lingkungan sekitarnya, antara manusia dan lingkungan terdapat hubungan yang sangat erat, sehingga manusia akan selalu berusaha untuk beradaptasi dengan berbagai keadaan lingkungan sekitarnya(Harington, 2005).

2.4.2 Dimensi

a. Beban kerja sebagai tuntutan Fisik

Kondisi kerja tertentu dapat menghasilkan prestasi kerja yang optimal di samping dampaknya terhadap kinerja pegawai, kondisi fisik berdampak pula terhadap kesehatan mental seorang tenaga kerja. Kondisi fisik pekerja

mempunyai pengaruh terhadap kondisi fatal dan psikologi seseorang. Dalam hal ini bahwa kondisi kesehatan pegawai harus tetap dalam keadaan sehat saat melakukan pekerjaan, selain istirahat yang cukup juga dengan dukungan sarana tempat kerja yang nyaman dan memadai(Moekijat, 2004).

b. Beban kerja sebagai tuntutan tugas

Kerja shif/kerja malam sering kali menyebabkan kelelahan bagi para pegawai akibat dari beban kerja yang berlebihan. Beban kerja berlebihan dan beban kerja terlalu sedikit dapat berpengaruh terhadap kinerja pegawai(Moekijat, 2004).

Davis dan Newstrom menyebutkan sebelas dimensi yang menyebabkan terjadinya beban kerja pada seorang pekerja, antara lain(Keith D; John WD, 1985):

1. Pekerjaan yang berlebihan (*Work Overload*)

Pekerjaan yang berlebihan yang memerlukan kemampuan maksimal dari seseorang. Pada umumnya pekerjaan yang berlebihan merupakan hal-hal yang menekan yang dapat menimbulkan ketegangan (tension).

2. Waktu yang terdesak atau terbatas (*time urgency*)

Waktu yang terbatas atau mendesak dalam menyelesaikan suatu pekerjaan, merupakan hal-hal yang menekan yang dapat menimbulkan ketegangan (tension). Apabila pekerjaan yang dikerjakan terburu-buru maka kemungkinan besar akan terjadi kesalahan dan dapat merugikan.

3. Sistem pengawasan yang tidak efisien (*poor quality of supervisor*)

Sistem pengawasan yang tidak efisien atau buruk dapat menimbulkan ketidak-tenangan bagi karyawan dalam bekerja karena salah satu harapan karyawan dalam memenuhi kebutuhan kerjanya adalah adanya bimbingan dan pengawasan yang baik dan objektif dari atasannya.

4. Kurang tepatnya pemberian kewenangan sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan (*Inadequate authority to match responsibilities*)

Akibat dari Sistem pengawasan yang buruk akan menimbulkan efek pada pemberian wewenang yang tidak sesuai dengan tanggung jawab yang dituntut pekerja. Pekerja yang tanggung jawabnya lebih besar dari wewenang yang diberikan akan mudah mengalami perasaan tidak sesuai yang akhirnya berpengaruh pada kinerjanya.

5. Kurang umpan balik prestasi kerja (*insufficient performance feedback*)

Kurangnya umpan balik prestasi kerja dapat menimbulkan ketidakpuasan kerja. Misalnya mendapatkan pujian atau kenaikan gaji ketika bekerja dengan baik.

6. Ketidakjelasan peran (*role ambiguity*)

Agar menghasilkan performa yang baik, karyawan perlu mengetahui tujuan dari pekerjaan, apa yang diharapkan untuk dikerjakan serta tanggung jawab dari pekerjaan mereka. Ketidakjelasan peran dapat dikarenakan informasi yang tidak lengkap dan ketidak-sesuaian status kerja.

7. Perubahan-perubahan dalam pekerjaan (*change of any type*)

Perubahan-perubahan yang terjadi dalam pekerjaan akan memengaruhi cara orang-orang dalam bekerja. Hal ini berarti terjadinya ketidak-stabilan pada situasi kerja. Perubahan di lingkungan kerja dapat berupa perubahan jenis pekerjaan, perubahan organisasi, pergantian pemimpin maupun perubahan kebijakan pemilik perusahaan.

8. Konflik antar pribadi dan antar kelompok dan seterusnya (*interpersonal and intergroup conflict*)

Perselisihan juga dapat terjadi akibat perbedaan tujuan dan nilai-nilai yang dianut dua pihak. Dampak negatif perselisihan adalah terjadinya gangguan dalam komunikasi, kekompakkan dan kerja sama. Situasi yang sering menimbulkan perselisihan di tempat kerja.

9. Suasana politik yang tidak aman (*Insecure political climate*)

Ketidak-stabilan suasana politik dapat terjadi di lingkungan kerja maupun di lingkungan lebih luas lagi. Misalnya situasi politik yang tidak menentu, yang mengganggu kestabilan perubahan-perubahan dan ekonomi.

10. Frustrasi (*frustration*)

Frustasi sebagai kelanjutan dari konflik yang berdampak pada terhambatnya usaha mencapai tujuan. Misalnya harapan perusahaan yang tidak sesuai dengan harapan pekerja. Hal ini akan menimbulkan stres apabila berlangsung terus-menerus.

11. Perbedaan nilai-nilai perusahaan dengan nilai-nilai yang dimiliki pekerja (*differences between company's and employee's values*)

Kebijakan perusahaan kadang-kadang sering bertolak belakang dengan diri pekerja. Hal ini merupakan sesuatu yang wajar, karena pada dasarnya perusahaan lebih berorientasi pada keuntungan (profit). Sedangkan pekerja menuntut upah yang tinggi, kesejahteraan serta adanya jaminan kerja yang memuaskan.

2.4.3 Faktor yang Memengaruhi

Sikap terhadap keselamatan kerja adalah sikap moral psikologis terhadap keselamatan kerja. Sikap terhadap keselamatan kerja sangat penting karena menentukan seberapa besar perhatian seseorang terhadap keselamatan kerja. Sikap terhadap keselamatan juga dipengaruhi oleh lingkungan kerja dan perilaku orang-orang yang ada disekitarnya.(Ozturk H,2014; Notoadmojo, 2010)

Terdapat dua tafsiran mengenai sikap terhadap keselamatan, tafsiran yang pertama adalah pada tingkat operasional dan meliputi keselamatan yang kompleks reaksi tenaga kerja terhadap pekerjaan dan lingkungannya. Tafsiran kedua berkaitan dengan sikap tenaga kerja terhadap keselamatan atas dinamika psikologis. Faktor-faktor seperti tekanan emosi, kelelahan mungkin dapat berpengaruh negatif terhadap keselamatan. Sikap K3 merupakan suatu respons tertutup terhadap kesehatan dan keselamatan kerja yang berupa sikap menyukai K3 atau tidak menyukai K3.(Ozturk H,2014; Notoadmojo, 2010)

Faktor jenis kelamin memengaruhi perilaku keselamatan perawat dimana pria cenderung menerapkan perilaku keselamatan dengan lebih baik. Lingkungan sosial sering kali membedakan peran, fungsi, tugas, dan kebutuhan pria dan wanita. Jenis kelamin merupakan salah satu variabel internal yang menjadi

penentu perilaku keselamatan karena pengaruh psikologi, bentuk perilaku spesifik gender, penerimaan dan persepsi dan mengatasi penyakit, gaya hidup dan kesadaran kesehatan, serta komunikasi.(Martiana, 2018)

Penentu variabel eksternal adalah bagian dari iklim keselamatan organisasi di RS. Komunikasi memegang peran penting dalam iklim keselamatan. Seorang pemimpin harus menyampaikan kebijakan dengan komunikasi manajemen yang baik. Komunikasi manajemen yang baik mempengaruhi perilaku perawat dalam penerapan SOP di RS. Strategi komunikasi diperlukan untuk membentuk budaya keselamatan. Komunikasi yang baik akan meningkatkan persepsi risiko dan niat dan itu akan mempengaruhi perilaku keselamatan.(Martiana, 2018)

Seseorang akan memiliki perilaku yang baik jika ia telah merasakan risiko, sehingga variabel eksternal membentuk iklim keselamatan. Komunikasi yang baik antara manajemen rumah sakit dan perawat adalah salah satu beberapa cara untuk meningkatkan iklim keselamatan, sehingga cedera akibat pekerjaan dapat dicegah. Keterlibatan karyawan juga mempengaruhi perilaku keselamatan. Keterlibatan karyawan penting untuk membentuk budaya keselamatan di RS. Perawat yang diberikan keterlibatan lebih sedikit cenderung lebih berhati-hati dan menerapkan kewaspadaan universal lebih baik daripada mereka yang lebih banyak terliba.(Martiana, 2018)

Keterlibatan karyawan dalam perencanaan pencegahan penularan penyakit dan partisipasi aktif dalam melaporkan potensi risiko kerja adalah cara terbaik untuk melindungi perawat. Keterlibatan perawat dalam perencanaan keselamatan dan semua kegiatan bermanfaat bagi RS. Perawat yang merasa aman jika

melakukan protokol keselamatan akan bekerja lebih produktif dan risiko cedera akibat kerja dan jumlah kecelakaan akan semakin rendah.(Martiana, 2018)

Keterlibatan karyawan akan meningkatkan kesadaran perawat akan bahaya di rumah sakit, sumber dan pentingnya budaya keselamatan di RS. Ini akan meningkatkan budaya keselamatan di tempat kerja. Kimmel menyatakan bahwa ketika pekerja diberi kesempatan untuk berkontribusi dalam perencanaan keselamatan di rumah sakit, mereka akan mencegah kecelakaan kerja dengan lebih baik dan mengendalikan bahaya di rumah sakit dengan lebih baik.(Martiana, 2018)

Tekanan kerja memiliki korelasi negatif dengan perilaku keselamatan dimana tekanan kerja yang tinggi akan membuat perawat kurang patuh terhadap perilaku keselamatan. Penurunan tekanan kerja dapat dilakukan dengan menggabungkan intervensi perubahan organisasi dan manajemen stres. Perubahan organisasi dilakukan untuk mengurangi stresor di tempat kerja dengan mendesain ulang pekerjaan dan organisasi.(Martiana, 2018)

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan adalah: untuk memastikan bahwa perawat bekerja berdasarkan kapasitas dan keterampilan, untuk memperjelas hak dan tanggung jawab perawat dengan melibatkan mereka dalam perencanaan dan pengembangan RS, meningkatkan komunikasi, dan meningkatkan interaksi timbal balik. komunikasi manajemen yang baik akan mengurangi stres pada pekerja.(Martiana, 2018)

Semakin rendah stres, semakin rendah tekanan kerja yang dihasilkan sehingga perilaku keselamatan dapat diterapkan. Kallberg menyatakan bahwa

beban kerja yang tinggi, kurangnya kontrol dan komunikasi mempengaruhi perilaku keselamatan perawat. Beban kerja yang tinggi akan meningkatkan tekanan kerja dan mengakibatkan tidak adanya perilaku keselamatan.(Martiana, 2018)

Faktor yang memengaruhi beban kerja terdiri dari faktor eksternal dan internal, sebagai berikut(Aminah S, 2011):

a. Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan beban kerja yang berasal dari luar tubuh pekerja, antara lain:

1. Tugas (*Task*)

Meliputi tugas bersifat fisik, seperti: stasiun kerja, tata ruang tempat kerja, kondisi ruang kerja, kondisi lingkungan kerja, sikap kerja, cara angkut, beban yang diangkat. Sedangkan tugas yang bersifat mental meliputi: tanggung jawab, kompleksitas pekerjaan, emosi pekerjaan dan sebagainya.

2. Organisasi kerja

Meliputi lamanya waktu kerja, waktu istirahat, shift kerja, sistem kerja dan sebagainya.

3. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja dapat memberikan beban tambahan yang meliputi, lingkungan kerja fisik, lingkungan kerja biologis dan lingkungan kerja psikologis.Kondisi lingkungan kerja yaitu keadaan lingkungan tempat kerja pada saat bekerja, misalnya panas,debu,zat kimia dan lain-lain yang dapat menjadi beban tambahan dalam bekerja. Beban tambahan tersebut secara

sendiri-sendiri atau bersama-sama menjadi gangguan atau penyakit akibat kerja(Harington, 2005).

Kondisi lingkungan kerja dikatakan baik atau sesuai apabila manusia dapat melaksanakan kegiatan secara optimal, sehat, aman, dan nyaman. Kesesuaian lingkungan kerja dapat dilihat akibatnya dalam jangka waktu yang lama lebih jauh lagi lingkungan-lingkungan kerja yang kurang baik dapat menuntut tenaga kerja dan waktu yang lebih banyak dan tidak mendukung diperolehnya rancangan sistem kerja yang efisien. Perhatian yang baik pada kesehatan kerja dan perlindungan risiko bahaya di tempat kerja menjadikan pekerja dapat lebih nyaman dalam bekerja (Sumamur PK, 2009).

b. Faktor internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh akibat dari reaksi beban kerja eksternal yang berpotensi sebagai stresor, meliputi faktor somatis (jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, kondisi kesehatan, dan sebagainya), dan faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, kepuasan, dan sebagainya).

2.4.4 Pengukuran

a. Pengukuran subjektif

Pengukuran subjektif adalah pengukuran yang didasarkan kepada penilaian dan pelaporan oleh pekerja terhadap beban kerja yang dirasakannya dalam menyelesaikan suatu tugas. Pengukuran jenis ini pada umumnya menggunakan skala penilaian (*rating scale*)(Moekijat, 2004; Aminah S, 2011).

b. Pengukuran kinerja

Pengukuran kinerja adalah pengukuran yang diperoleh melalui pengamatan terhadap aspek perilaku/aktivitas yang ditampilkan oleh pekerja. Salah satu jenis dalam pengukuran kinerja adalah pengukuran yang diukur berdasarkan waktu. Pengukuran kinerja dengan menggunakan waktu merupakan suatu metode untuk mengetahui waktu penyelesaian suatu pekerjaan yang dikerjakan oleh pekerja yang memiliki kualifikasi tertentu, di dalam suasana kerja yang telah ditentukan serta dikerjakan dengan suatu tempo kerja tertentu(Moekijat, 2004; Aminah S, 2011).

c. Pengukuran fisiologis

Pengukuran fisiologis adalah pengukuran yang mengukur tingkat beban kerja dengan mengetahui beberapa aspek dari respon fisiologis pekerja sewaktu menyelesaikan suatu tugas/pekerjaan tertentu. Pengukuran yang dilakukan biasanya pada refleks pupil, pergerakan mata, aktivitas otot dan respon-respon tubuh lainnya(Moekijat, 2004; Aminah S, 2011).

Penelitian sebelumnya oleh Hidayat (2013) menggunakan NASA-TLX (*National Aeronautics and Space AdministrationTask Load Index*) untuk mengukur beban kerja perawat (Hidayat TF; Pujangkoro S; Anizar, 2013). *National Aeronautics and Space AdministrationTask Load Index* adalah alat penilaian multidimensi yang digunakan secara luas untuk menilai beban kerja yang dirasakan untuk menilai tugas, sistem, atau efektivitas tim atau aspek kinerja lainnya(Hollands JG; Banbury S; Parasuraman R, 2015).

Instrumen ini telah dikembangkan oleh *Human Performance Group at NASA's Ames Research Center* selama pengembangan tiga tahun yang mencakup lebih dari 40 simulasi laboratorium(NASA, 1986). Instrumen ini telah digunakan dalam berbagai domain, termasuk penerbangan, perawatan kesehatan dan domain sosial-teknis yang kompleks(Hollands JG; Banbury S; Parasuraman R, 2015). Instrumen NASA TLX dilampirkan dalam lampiran. Kapasitas kerja dapat dinilai menggunakan kondisi kesehatan, Indeks Massa Tubuh (IMT), Masa kerja, Umur dan Jenis Kelamin(Sukma HA, 2018).

2.5 Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) adalah salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk menilai budaya keselamatan pasien. Kuesioner ini dapat digunakan pada jenis perawatan kesehatan yang berbeda. Pengukuran budaya keselamatan merupakan aspek budaya organisasi yang kemudian disebut sebagai iklim kerja(Secton JB; Helmreich RL; Vella K; et al, 2006; Smits M; Keizer E; Giesen P; et al, 2017).

Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa skor iklim SAQ berkorelasi dengan hasil pasien yang lebih baik. Instrumen dapat mengidentifikasi kelemahan yang mungkin terjadi dalam pengaturan klinis dan dapat merangsang intervensi peningkatan kualitas. Seperti pada tabel dibawah ini: (Secton JB; Helmreich RL; Vella K; et al, 2006; Smits M; Keizer E; Giesen P; et al, 2017).

Tabel 2.2. Item penilaian SAQ(Secton JB; Helmreich RL; Vella K; et al, 2006)

Skala	Item
Iklim kerjasama: kualitas kolaborasi antar personal	1. Perselisihan diselesaikan dengan tepat (mis: bukan siapa yang benar, tetapi apa yang terbaik untuk pasien)

Kepuasan kerja: pengalaman positif yang terjadi ketika berkerja	2. Dokter dan perawat bekerja bersama sebagai tim yang terkoordinasi dengan baik
Persepsi manajemen: penerimaan dari setiap tindakan manajer	3. Saya suka pekerjaan saya
Iklim keselamatan: keikutsertaan dan komitmen dalam meningkatkan keselamatan	4. RS ini adalah tempat terbaik untuk bekerja
Kondisi bekerja: kualitas kerja yang didukung oleh lingkungan dan logistik	5. Manajemen mendukung usaha kami
Kejadian stres: pengakuan tentang bagaimana kinerja dipengaruhi oleh stresor	6. Manajemen melakukan pekerjaan dengan baik
	7. Saya merasa harus menggunakan APD
	8. Ada aturan yang harus dipatuhi mengenai keselamatan
	9. Staf kami dapat melayani pasien dengan baik
	10. Alat yang ada di IGD atau ICU cukup adekuat
	11. Aku kurang efektif di tempat kerja saat lelah
	12. Kinerja saya terganggu ketika beban kerja saya menjadi berlebihan

Beberapa poin yang dinilai dalam kuesioner tersebut, antara lain: iklim kerjasama, kepuasan kerja, persepsi manajemen, iklim keselamatan, kondisi kerja dan kejadian stres. Alat tersebut memiliki sifat psikometrik yang baik dan dapat digunakan untuk mengukur sikap pelayan kesehatan mengenai enam domain yang berhubungan dengan kesehatan dan keselamat di rumah sakit (Secton JB; Helmreich RL; Vella K; et al, 2006).

2.6 Konsep Perawat

Menurut Permenkes No. 17 Tahun 2013 tentang perubahan atas peraturan menteri kesehatan nomor HK.02.02/MENKES/148/ I/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat, Perawat adalah seseorang yang telah lulus

pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.

Perawat adalah orang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan dasar dan umum dan diberi wewenang oleh otoritas pengatur yang tepat untuk mempraktikkan keperawatan di negaranya. Pendidikan keperawatan dasar adalah program studi yang diakui secara formal yang memberikan landasan yang luas dalam ilmu perilaku, kehidupan, dan keperawatan untuk praktik keperawatan umum, untuk peran kepemimpinan, dan pendidikan pasca-dasar untuk praktik keperawatan khusus atau lanjutan (International Council of Nurses, 2017).

2.5.1 Jenis Perawat

Jenis perawat berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan terdiri dari:

1. Perawat vokasi : Lulusan minimal D3 Keperawatan
2. Perawat profesi : Lulusan S1 Keperawatan, Perawat profesi terdiri dari Ners dan Ners spesialis.

2.5.2. Peran Perawat

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Jadi peran perawat adalah suatu cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, yang telah menyelesaikan pendidikan formalnya, diakui dan diberikan kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab

keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesi. Peran yang dimiliki oleh seorang perawat antara lain peran sebagai pelaksana, peran sebagai pendidik, peran sebagai pengelola, dan peran sebagai peneliti (Asmadi, 2008). Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat diantaranya pemberi perawatan, sebagai advokat keluarga, pencegahan penyakit, pendidikan, konseling, kolaborasi, pengambil keputusan etik dan peneliti (Hidayat, 2012)

Peran perawat secara umum menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017 adalah :

1. Care provider (pemberi asuhan) yaitu dalam memberikan pelayanan berupa asuhan keperawatan perawat dituntut menerapkan keterampilan berpikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuatan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan komprehensif dan holistik berlandaskan aspek etik dan legal.
2. Manager dan Community leader (pimpinan komunitas) yaitu dalam menjalankan peran dalam suatu komunitas/kelompok masyarakat, perawat terkadang dapat menjalankan peran kepemimpinan, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial dan juga dapat menerapkan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien.
3. Educator yaitu dalam menjalankan perannya sebagai perawat klinis, perawat komunitas, maupun individu, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik klien dan keluarga menjadi tanggung jawabnya.

4. Advocate (Pembela), yaitu dalam menjalankan perannya perawat diharapkan dapat mengadvokasikan atau memberikan pembelaan dan perlindungan kepada pasien atau komunitas sesuai dengan pengetahuan dan kewenangannya.
5. Researcher yaitu dengan berbagai kompetensi dan kemampuan intelektualnya perawat diharapkan juga mampu melakukan penelitian sederhana dibidang keperawatan dengan cara menumbuhkan ide dan rasa ingin tahu serta mencari jawaban terhadap fenomena yang terjadi pada klien di komunitas maupun klinis. Dengan harapan menerapkan hasil kajian dalam rangka membantu mewujudkan Evidence Based Nursing Practice (EBNP).

2.5.3 Fungsi Perawat

Fungsi perawat merupakan pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan perawat sesuai dengan perannya dan dapat berubah mengikuti keadaan yang ada (Hidayat, 2008). Adapun fungsi perawat adalah

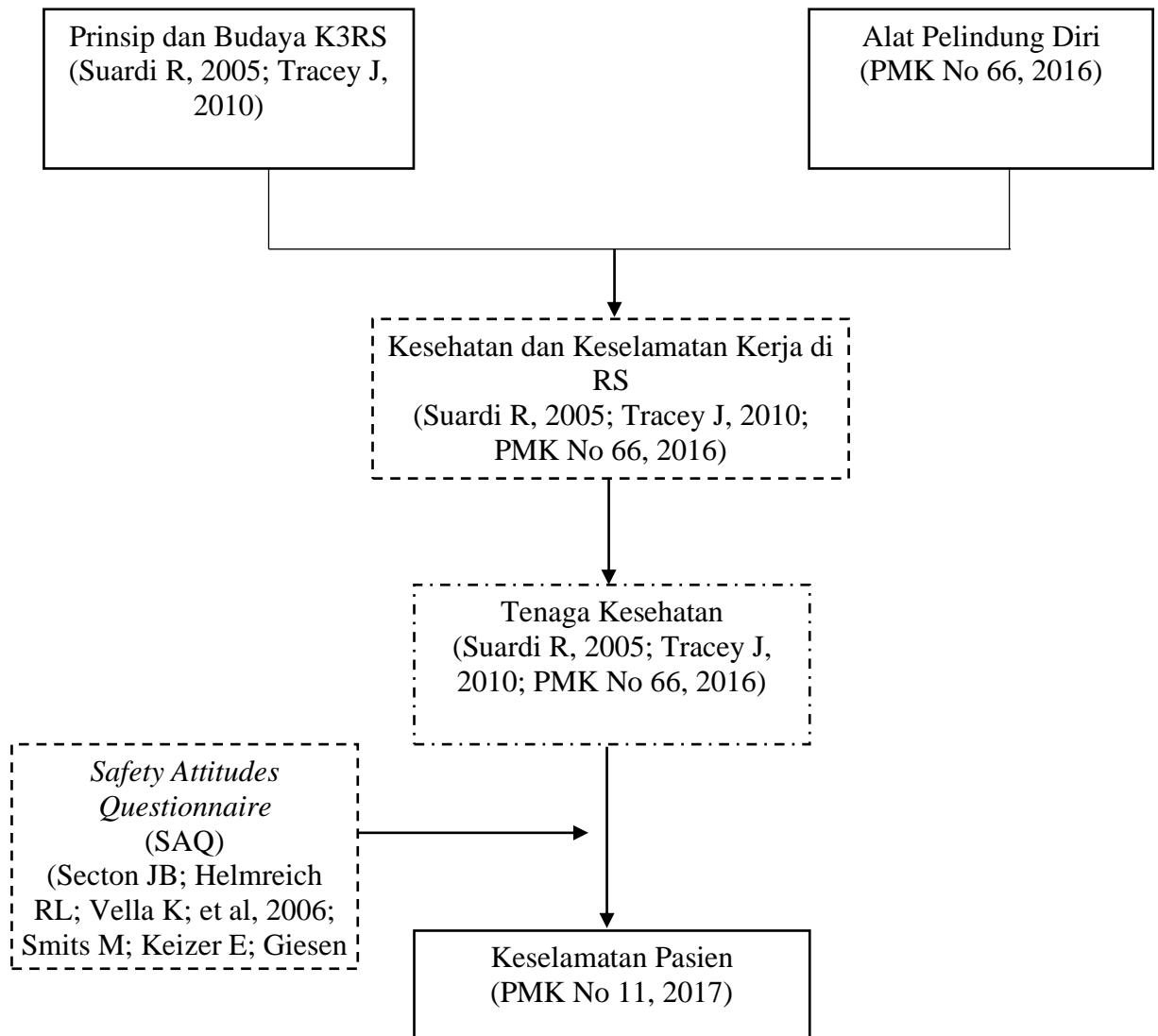
- a. Fungsi independen adalah tindakan perawat yang bersifat mandiri tanpa instruksi dokter dan dilakukan berdasarkan pada ilmu keperawatan
- b. Fungsi dependen, dalam hal ini perawat bertanggung jawab terhadap tindakan dan akibat yang timbul pada klien yang menjadi tugas perawatannya, sedangkan tindakan perawat yang dilaksanakan dibawah pengawasan dan atas instruksi dokter, yang seharusnya tindakan tersebut dilakukan dan menjadi wewenang dokter (Hidayat, 2008).

2.5.4 Tugas perawat

Tugas perawat berdasarkan lokakarya tahun 1983 adalah sebagai berikut;

1. Since interset, yaitu perawat menyampaikan rasa hormat dan perhatian pada klien.
2. Explanation about the delay, yaitu perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya apabila perawat terpaksa menunda pelayanan.
3. Perawat memperlihatkan kepada klien sikap menghargai (respect) yang tercermin melalui perilaku perawat. Misalnya tersenyum, mengucapkan salam, bersalaman, membungkuk, dan sebagainya.
4. Subject the patients desires, perawat saat melakukan komunikasi kepada klien, harus berorientasi pada perasaan klien bukan pada keinginan atau kepentingan perawat.
5. Derogatory, perawat tidak membicarakan klien lain dihadapan pasien dengan maksud menghina.
6. See the patient point of view, perawat mencoba memahami klien dari sudut pandang klien serta menerima sikap kritis klien

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

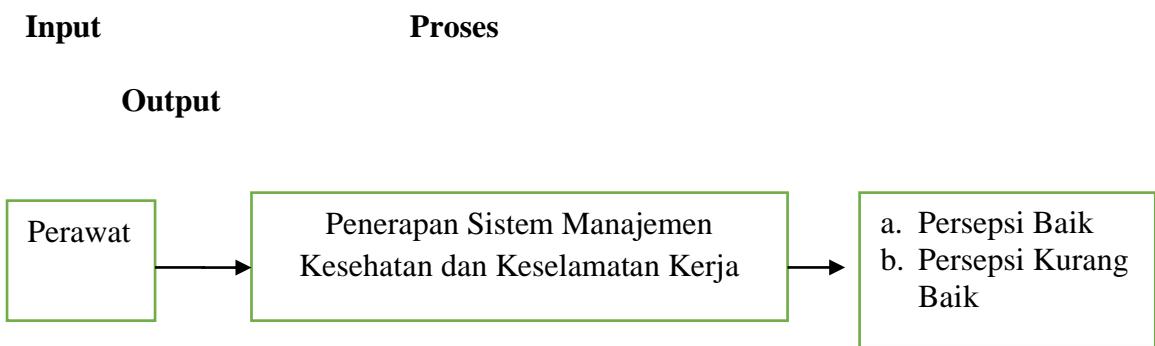
BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus (Notoatmodjo, 2014).

Variabel pada penelitian ini yaitu persepsi perawat tentang penetapan kebijakan K3 RS, persepsi perawat tentang perencanaan K3 RS, persepsi perawat tentang pelaksanaan K3 RS di Rumah Sakit Jiwa Aceh



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Variabel Penelitian

3.2.1. Input : Perawat

3.2.2. Proses : Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja

3.3.3. Output : persepsi baik dan kurang baik

3.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Persepsi Perawat terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja	Persepsi Perawat pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di Rumah Sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit	Membagikan kuisioner	Kuisioner <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ)	- Baik - Kurang	Ordinal

3.4. Cara pengukuran variabel

3.4.1 Persepsi Perawat tentang Penetapan Kebijakan K3 RS

- a. Baik, jika $x \geq \bar{x}$
- b. Kurang, jika $x < \bar{x}$

3.5. Pertanyaan Penelitian

Bgaimanakah persepsi perawat tentang Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh tahun 2021.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, dan sifat-sifat populasi daerah tertentu. Apabila, diambil beberapa sampelnya saja, disebut survey deskriptif. Penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perkembangan sarana fisik tertentu atau frekuensi terjadinya sesuatu aspek fenomena sosial tertentu, dan untuk mendeskripsikan fenomena tertentu secara terperinci. Penelitian ini biasanya tanpa menggunakan hipotesis yang dirumuskan secara ketat, tetapi adakalanya ada yang menggunakan hipotesis tetapi bukan untuk diuji secara statistik (Suryana, 2010).

Berdasarkan analisis yang dilakukan, maka penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif dilakukan bertujuan untuk melihat persepsi perawat tentang Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sekolompok orang, kejadian, atau benda, yang dijadikan objek penelitian. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di Rumah Sakit Jiwa Aceh yang berjumlah 194 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang ciri-cirinya diselidiki atau diukur. Kriteria inklusi penelitian ini adalah semua perawat baik PNS maupun kontrak. Kriteria eksklusi antara lain perawat yang sedang tugas belajar dan yang sedang berhalangan hadir pada saat penelitian dilakukan. Untuk menentukan ukuran sampel, peneliti menggunakan rumus slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat kepercayaan (: 95% atau 0,05)

$$n = \frac{194}{1 + 194(0,05)^2}$$

$$n = \frac{170}{1 + 194(0,0025)}$$

n = 130,6 = 131 responden

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh .

4.3.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan pada bulan februari sampai dengan bulan april tahun 2021.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber Data Primer

Data primer diperoleh dengan metode observasi peneliti di tempat kerja, hasil pengukuran dan wawancara dengan pengisian kuesioner yang disediakan oleh peneliti.

4.4.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari bagian penelitian dan pelatihan Rumah Sakit Jiwa Aceh. Dalam pengumpulan data ini penulis menggunakan teknik:

a. Kajian Pustaka

Kajian pustaka yaitu mencari bahan dari sumber-sumber bacaan seperti buku-buku, artikel, jurnal dan skripsi yang relevan dengan persepsi perawat terhadap SMK3.

b. Studi Lapangan

Dengan cara memberikan daftar pertanyaan (kuesioner) yang akan diisi oleh responden.

4.5. Pengolahan Data

Pengolahan data dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut :

4.5.1. Editing yaitu mengoreksi kesalahan-kesalahan dalam pengisian atau pengambilan data. Pada tahap ini data yang telah dikumpulkan dilakukan pengecekan nama dan identitas responden, mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrument pengumpulan data. Apabila ada kekurangan isi atau halaman maka kuesioner akan dikembalikan untuk diisi ulang atau diberikan kepada responden baru.

- 4.5.2. *Coding* yaitu mengklarifikasi jawaban menurut macamnya dengan memberikan kode tertentu. Pada tahap ini data yang telah diperoleh diberikan angka-angka atau kode-kode tertentu untuk memudahkan pengenalan data.
- 4.5.3. *Tranfering*, data yang telah diberi kode disusun secara berurutan dari responden pertama sampai dengan responden terakhir, selanjutnya dimasukkan kedalam tabel.
- 4.5.4. *Tabulating*, yaitu penyajian data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi disertai dengan penjelasan secara narasi (Notoadmodjo, 2002). Alat ukur yang digunakan untuk menentukan tindakan responden berdasarkan Teori Kuisioner *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) dengan kategori dengan memilih angka 1 (Sangat Tidak Setuju), 2 (Tidak Setuju), 3 (Netral), 4 (Setuju), atau 5 (Sangat Setuju)

4.6. Analisa data

Analisa data pada penelitian ini hanya sampai pada analisis *univariat* saja, dimana *univariat* hanya menganalisis satu variable saja dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase (Notoatmodjo, 2005). Dilakukan dengan manual dengan menggunakan rumus :

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

Keterangan:

\bar{x} = Rata-rata

$\sum x$ = Jumlah nilai tiap responden

n = Jumlah responden

Selanjutnya sub-sub variabel tersebut akan dikatagorikan berdasarkan nilai mean dengan kriteria persepsi ibu tentang persepsi perawat baik jika $x \geq \bar{x}$ dan kriteria persepsi perawat kurang jika $x < \bar{x}$.

Selanjutnya setiap variabel telah dikelompokkan ke dalam katagori masing-masing dan disajikan ke dalam tabel distribusi frekuensi kemudian ditentukan presentase perolehan untuk tiap-tiap kategori dengan menggunakan rumus (Budiarto, 2002), yaitu:

$$P = \frac{f_i}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

f_i = Frekuensi

n = Jumlah responden yang menjadi sampel

4.7. Penyajian Data

Data penelitian yang didapat dari hasil kuisioner, akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang serta di narasikan.

4.8. Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Bulan Tahun 2020				
		Maret 2020	Agustus 2021	Desember 2021	Januari 2021	Juni 2021
1	Pengajuan Judul					
2	ACCJudul untuk proposal					
3	Penyusunan Proposal					
4	Konsultasi Proposal					
5	ACC Proposal					
6	Seminar Proposal					
7	Perbaikan Proposal					
8	Pelaksanaan Penelitian					
9	Penyusunan Skripsi					
10	Ujian Skripsi					
11	Perbaikan Skripsi					
12	Penyerahan Skripsi					

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Aceh pertama kali dibangun semasa pendudukan Hindia Belanda tahun 1920 dengan memanfaatkan Rumah Sakit Tentara di Sabang milik Dephankan yang telah kosong, Rumah Sakit ini dapat menampung 1300 tempat tidur. Kini di atas pertapakan Rumah Sakit Jiwa Sabang telah dipakai kembali sebagai pengkalan TNI Angkatan Laut. Sesudah kemerdekaan RI, Rumah Sakit Jiwa menempati dua bangsal pada Rumah Sakit Umum yang kini bernama Rumah Sakit Umum Dr. Zainal Abidin. Sedangkan sebagian lagi menumpang di Rumah Sakit Tentara Kuta Alam Banda Aceh.

Pada tahun 1963, didirikanlah beberapa bangsal Rumah Sakit Jiwa berikut perumahan bagi pegawai di Lhoknga Aceh Besar. Namun karena lokasi di Lhoknga tersebut saat itu sulit dijangkau kendaraan umum dari pusat kota Banda Aceh, dikembangkanlah Rumah Sakit Jiwa di lokasi sekarang, yaitu di kawasan Lampriet Banda Aceh, berdekatan dengan RSU Dr. Zainal Abidin. Rumah Sakit Jiwa tersebut mulai dibangun pada tahun 1976.

Pada awal berdirinya, Rumah Sakit Jiwa berada di bawah pengelolaan perintahan pusat melalui Departemen Kesehatan RI. Nama atau penyebutan Sumah Sakit Jiwa Banda Aceh Kelas B berdasarkan SK Menkes No. 135/78, kemudian berdasarkan keputusan MenKes No. 303/MENKES/SK/IV/1994 tanggal 8 April 1994 menjadi Rumah Sakit Jiwa kelas A. Pada tahun 2001, Rumah Sakit Jiwa pusat Banda Aceh diserahkan dari pemerintah pusat kepada

pemerintah daerah seiring dengan itu ditetapkan menjadi Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa Provinsi NAD, berdasarkan peraturan Daerah No. 42 tahun 2001. Pada bulan Maret 2008 BPKJ Provinsi NAD kembali menjadi RSJ Provinsi NAD seiring dengan penerapan Qanun No. 5 tahun 2007 tentang susunan organisasi dan tata kerja Dinas, Lembaga Teknis Daerah, dan Lembaga Daerah Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

5.2. Hasil Penelitian

Pengumpulan data dan penelitian dilakukan pada bulan februari sampai dengan April 2021 di Rumah Sakit Jiwa Aceh pada 131 responden yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan menggunakan alat ukur berbentuk kuesioner. Adapun hasil penelitian yang didapatkan adalah sebagai berikut:

5.2.1. Jenis Kelamin Responden

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Percentase
1	Laki-Laki	80	61%
2	Perempuan	51	39%
	Total	131	100%

Sumber : Data Primer (Tahun, 2021)

Berdasarkan tabel 5.1, dapat diketahui bahwa dari 131 responden, sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki yaitu sebanyak 80 responden (61%).

5.2.2. Pendidikan Responden

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di Rumah Sakit Jiwa
Provinsi Aceh

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	D-III Keperawatan	76	58,0%
2	S1 Ners	47	35,9%
3	S2	8	6,1%
	Total	131	100%

Sumber : Data Primer (Tahun, 2021)

Berdasarkan tabel 5.2, dapat diketahui bahwa dari 131 responden, sebagian besar adalah berpendidikan D-III Keperawatan yaitu sebanyak 76 responden (58,0%).

5.2.3. Persepsi Perawat Terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3)

Tabel 5.3
Distribusi Persepsi Perawat Terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan
dan keselamatan kerja (SMK3) Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh

No	Persepsi Perawat Terhadap (SMK3)	Frekuensi	Persentase
1	Baik	73	55.8%
2	Kurang Baik	58	44,2%
	Total	131	100%

Sumber : Data Primer (Tahun, 2021)

Berdasarkan tabel 5.3, dapat diketahui bahwa dari 131 responden, sebagian besar persepsi perawat terhadap penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh berada pada kategori "baik" yaitu sebanyak 73 responden (55,8%).

5.3. Pembahasan

Berdasarkan tabel 5.3, dapat diketahui bahwa dari 131 responden, sebagian besar perawat mempunyai persepsi yang baik terhadap penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh yaitu sebanyak 73 responden (55,8%).

Perawat memegang peranan yang sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien karena kedekatannya dengan pasien. Posisi ini memberikan pengetahuan yang diperlukan perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan mencari solusi solusi untuk keselamatan (Friessen, Farquhar, & Hughes, 2008).

Keamanan, Kesehatan, dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan salah satu hal penting yang wajib diterapkan oleh semua perusahaan. Pada penelitian ini, peneliti meneliti mengenai persepsi perawat terhadap keselamatan kerja pada Rumah Sakit Jiwa. Persepsi iklim keselamatan kerja merupakan bagian penting dalam suatu organisasi, termasuk organisasi kesehatan karena berkaitan dengan keselamatan kerja dari pekerja, kebijakan keselamatan kerja serta prosedur dan praktek yang terjadi di tempat kerja. Peraturan Pemerintah no. 50 tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja, mewajibkan perusahaan atau organisasi yang memperkerjakan pekerja paling sedikit 100 orang untuk menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. Dan juga mewajibkannya pada organisasi yang mempunyai tingkat potensi bahaya tinggi. Keselamatan dan kesehatan kerja adalah suatu program yang dirancang pengusaha maupun pekerja sebagai upaya mencegah

timbulnya kecelakaan dan penyakit akibat kerja dengan cara mengenali hal-hal yang berpotensi menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta tindakan antisipatif apabila terjadi kecelakaan dan adanya paparan penyakit akibat kerja.

Penelitian pada Prakasiwi pada tahun 2016 menjelaskan bahwa dengan pelaksanaan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3) yang baik maka angka kejadian Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) dapat diminimalisirkan. Hasil penelitian lainnya pada tahun 2018 menunjukan hasil bahwa terdapat 5 (lima) variabel yang secara statistik memiliki hubungan yang bermakna dan bersifat mempengaruhi dengan terjadinya kecelakaan kerja pada perawat yaitu pendidikan, keikutsertaan pada pelatihan K3, pengetahuan, lingkungan fisik dan kebijakan (Prakasiwi, 2019)

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2019 pada 655 perawat di Filipina menyebutkan bahwa 32% perawat melaporkan cedera 1 sampai 2 kali dalam setahun, 6% terluka saat bekerja setidaknya 3x dalam setahun. 41% melaporkan bahwa penyakitnya semakin parah akibat pekerjaannya sebagai perawat serta 31% harus izin lebih dari 2 hari dalam setahun karena sakit/cedera akibat pekerjaannya. 78% perawat juga mengeluh *low back pain*.(12) Pekerjaan membungkuk dan angkat-angkut pasien adalah pekerjaan perawat yang paling berisiko menyebabkan *low back pain*. Postur membungkuk mempunyai risiko 14 kali lebih sering terjadi keluhan *low back pain* dibandingkan dengan postur kerja yang tidak membungkuk.

Perawat Rumah Sakit Jiwa Mempunyai persepsi yang baik terhadap penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja, ini mungkin dikarenakan tingkat pendidikan perawat Rumah Sakit Jiwa yang sudah berpendidikan tinggi. Selain itu, hampir semua perawat sudah mengikuti pelatihan keselamatan kerja yang rutin dilakukan oleh Rumah sakit sebagai bagian dari tuntutan dan persiapan akreditasi Rumah Sakit.

Dari sisi perilaku atau tindakan yang bisa kita amati, kebanyakan perawat Rumah Sakit Jiwa sudah menggunakan alat pelindung diri ketika bekerja atau menangani pasien, misalnya menggunakan masker, sarung tangan dan juga baju tindakan.

Namun hasil penelitian ini juga memperlihatkan fenomena masih banyak perawat di rumah sakit jiwa (44,2%) yang memiliki persepsi kurang baik terhadap manajemen dan keselamatan kerja di Rumah Sakit. Mereka kurang memperdulikan budaya dan keselamatan kerja seperti tidak memakai alat pelindung diri misalnya tidak memakai masker, sarung tangan atau baju tindakan ketika menangani pasien. Kondisi ini tentu dapat menyebabkan terjadinya penularan penyakit terhadap pasien ataupun perawat.

Beberapa hal yang masih kurang berdasarkan jawaban questioner responden adalah mengenai perawat tidak merasa nyaman kalau harus menjalani rawatan di rumah Sakit jiwa dan dirawat layaknya seperti pasien, pertanyaan selanjutnya yang juga mendapat nilai rendah dari perawat adalah tentang umpan balik yang diberikan oleh atasan terhadap kinerja perawat.

Perlu adanya pendekatan yang memberi motivasi dan semangat kerja kepada perawat, misalnya melalui pembagian pembagian reward dan punishment yang jelas kepada perawat. Adanya kebijakan jenjang karir yang jelas juga merupakan salah satu wujud penghargaan yang akan meningkatkan motivasi dalam rangka mendukung penerapan program patient safety.

Manajemen rumah sakit juga perlu untuk mengeluarkan kebijakan-kebijakan yang bertujuan meningkatkan motivasi kerja perawat. Di sisi lain, continuous improvement tetap harus dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengetahuan perawat melalui pelatihan berkaitan dengan penerapan program patient safety.

Hasil observasi dan wawancara saya secara langsung pada tenaga perawat beberapa dari mereka pernah mengalami kecelakaan kerja karna tidak memakai alat pelindung diri seperti tertusuk jarum suntik akibat tidak memakai alat pelindung diri.

Menurut asumsi peneliti, Persepsi Perawat Terhadap Penerapan Sistem Manajemen Kesehatan dan keselamatan kerja dapat ditingkatkan dengan terus memberikan sosialisasi dan pelatihan secara berkala. Pendekatan ini selain memberi pemahaman yang baik kepada perawat tentang keselamatan pasien , juga akan memberi nilai penting dalam penialain akreditasi Rumah Sakit.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

- 6.1.1. Sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki yaitu sebanyak 80 responden (61%).
- 6.1.2. Sebagian besar pendidikan responden adalah berpendidikan D-III Keperawatan yaitu sebanyak 76 responden (58,0%).
- 6.1.3. Sebagian besar persepsi perawat terhadap penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (SMK3) di Rumah Sakit Jiwa Aceh berada pada kategori "baik" yaitu sebanyak 73 responden (55,8%).

6.2. Saran

- 6.2.1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh, perlunya sosialisasi dan pelatihan SMK3 secara berkala kepada perawat, sebagai bagian dari peningkatan kemampuan perawat juga persiapan akreditasi Rumah Sakit. Rumah Sakit juga perlu mendukung kegiatan perawat demi keberhasilan pelaksanaan SMK3.
- 6.2.2. Perawat Rumah Sakit Jiwa Aceh harus lebih terbuka untuk membahas penyebab tidak berjalannya program pelaksanaan budaya keselamatan pasien, dan dapat memberikan laporan dan sosialisasi insiden yang terjadi kepada seluruh perawat dan atasan untuk saling terbuka.

6.2.3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengukur budya keselamatan pasien pada seluruh staf rumah sakit, dan dapat menggunakan metode kualitatif agar hasil yang didapatkan lebih lengkap dan mendalam

6.2.4. Diharapkan kepada pembina K3 di Rumah Sakit Jiwa perlu mengkaji ulang *peraturan perundangan* yang harus dipenuhi dalam penerapan SMK3 di Rumah Sakit Jiwa. Sebagai contoh peraturan yang mengatur harus dilakukannya pengujian lingkungan kerja secara berkala.

DAFTAR PUSTAKA

- Dirjen Binawasker dan K3, 2017. *Angka Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja*.
- LO. (2018). *Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Pekerja Muda*
- ICN (International Council of Nurses), 2017. **Defenition of Nurse**.
- International Labor Organization, 2017. *Snapshots on Occupational Safety and Healtha (OSH), The ILO at The World Congress on Safety and Health at Work 2017*. Singapura.
- Jimstark, D.C., 2007. *Hubungan Antara Persepsi Karyawan Terhadap Penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dengan Stres Kerja* Bagian Waving II PT. Batam Textile Industry Ungaran Tahun 2006 Skripsi.
- Marpaung, J., 2005. *Persepsi Tenaga Kerja tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) dan Pedoman Penerapan SMK3 di PT. Inalum Kuala Tanjung Tahun 2005*. Skripsi.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*.
- Mulyono, 2012. *Manajemen Administrasi dan Organisasi Pendidikan*. Ar-Ruzz Media, Jogjakarta.
- Muninjaya, A.A.G., 2013. *Manajemen Kesehatan*, 3rd ed. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Mayasari, D., 2012. *Persepsi Karyawan Non Medis Terhadap Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Rumah Sakit Pasca Akreditasi 12 Pelayanan di Rumah Sakit PMI Bogot Tahun 2011*. Skripsi
- Notoatmodjo, S., 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*, 2nd ed. Rineka Cipta, Jakarta.
- O'Toole, M., 2013. *The Relationship Between Employees' Perceptions of Safety and Organizational Culture*. Journal of Safety Research 33, 231–243. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.07.039>
- Presiden Republik Indonesia, 2012. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*.
- Pangkey, F., Malingkas, G.Y., Walangitan, D.O., 2012. *Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) pada Proyek*

- Kontruksi dI Indonesia*** (Studi Kasus: Pembangunan Jembatan Dr . Ir . Soekarno-Manado). Media Engineering 2.
- Redjeki, S., 2016. ***Kesehatan dan Keselamatan Kerja***. Pusdim SDM Kesehatan, Jakarta.
- Ramli, S., 2013. ***Smart Safety Panduan Penerapan SMK3 yang Efektif***. Dian Rakkyat, Jakarta.
- R.H Simamora .(2014). ***Buku Ajar Pelaksanaan Identifikasi Pasien***. Uwais inspirasi indonesia
- Salmawati, L., Dw, S., Sobijanto, 2015. ***Hubungan Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan Stres Kerja Perawat di Rumah Sakit*** Umum Anutapura Palu 18, 4–6.
- Tukatman, Sulistiawati, Purwaningsih, Nursalam, 2015. ***Analisis Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perawat dalam Penanganan Pasien di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka***. Jurnal Ners 10, 343–347.

Lampiran 1**KUESIONER PENELITIAN**

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM
MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (SMK3)
DI RUMAH SAKIT JIWA ACEH TAHUN 2021**

No. Responden :

- I. **Umur** : Tahun
- II. **Jenis Kelamin** :
- a. Laki-Laki
 - b. Perempuan

III. Pendidikan

- a. Diploma (D-III) :
- b. Sarjana (S1) :
- c. Pasca Sarjana (S2/S3) :

IV. Lama Kerja : Tahun**Petunjuk Pengisian:**

- a. Isilah pertanyaan di bawah ini dengan sejujur-jujurnya dengan memilih angka 1 (Sangat Tidak Setuju), 2 (Tidak Setuju), 3 (Netral), 4 (Setuju), atau 5 (Sangat Setuju)
- b. Jawaban berupa “X” pada kolom angka.

No	Pertanyaan	1	2	3	4	5
1	Perawat dapat dengan mudah mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang tidak dipahami.					
2	Saya mendapat dukungan yang saya butuhkan dari Perawat lain dalam merawat pasien					
3	Masukan perawat diterima dengan baik					
4	Sulit untuk berbicara jika saya melihat ada masalah mengenai perawatan kepada pasien					
5	Perbedaan pendapat diselesaikan dengan tepat					
6	Para dokter dan perawat di sini bekerja bersama sebagai tim yang terkoordinasi dengan baik.					

7	Kesalahan dari anggota tim di sini dapat menjadi pelajaran berharga				
8	Kelalaian medis ditangani dengan tepat				
9	Saya tahu kemana saya harus mengarahkan pertanyaan mengenai keselamatan pasien				
10	Saya didorong oleh kolega saya untuk melaporkan masalah keselamatan pasien yang saya miliki				
11	Saya menerima umpan balik yang sesuai tentang kinerja saya				
12	Saya akan merasa aman jika dirawat di sini sebagai pasien				
13	Sulit untuk membahas kesalahan disini				
14	Rumah sakit ini adalah tempat yang baik untuk bekerja				
15	Saya bangga bekerja di rumah sakit ini				
16	Bekerja di rumah sakit ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar				
17	Moral di area ruangan ini tinggi				
18	saya suka pekerjaan saya				
19	Ketika beban kerja saya menjadi berlebihan, kinerja saya terganggu				
20	Saya lebih cenderung membuat kesalahan dalam situasi tegang atau bermusuhan				
21	Kelelahan merusak kinerja saya selama situasi darurat				
22	Saya kurang efektif di tempat kerja ketika lelah				
23	Manajemen rumah sakit tidak dengan sengaja membahayakan keselamatan pasien				
24	Administrasi rumah sakit mendukung upaya saya sehari-hari				
25	Saya diberi informasi yang memadai dan tepat waktu tentang kejadian di rumah sakit yang mungkin memengaruhi pekerjaan saya				
26	Jumlah Perawat di ruang rawat ini cukup untuk menangani jumlah pasien				
27	Semua informasi yang diperlukan untuk keputusan diagnostik dan terapeutik tersedia secara rutin untuk saya				
28	Rumah sakit ini menyelesaikan masalah antara dokter dan perawat secara konstruktif				
29	Trainee dalam disiplin ilmu saya diawasi secara memadai				
30	Rumah sakit ini melakukan pekerjaan yang baik untuk melatih personil baru				

No	J/K	Pddk	PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA																												Jmlh	Ket			
			1	2	3	4	5	6	7	8	2	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
1	L	D-III	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	147	Baik		
2	p	s1+ Ners	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	139	Baik		
3	L	D-III	5	5	5	5	5	4	3	5	5	3	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	3	5	4	5	4	3	5	5	4	5	134	Baik	
4	L	s1+ Ners	5	2	5	5	3	5	4	5	3	2	5	5	3	4	4	4	5	4	4	3	5	5	4	3	5	4	5	4	5	5	125	Kurang Baik	
5	L	D-III	3	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	2	4	5	3	3	5	3	5	5	3	5	5	4	3	5	3	4	4	3	124	Baik	
6	L	s1+ Ners	5	4	5	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	2	4	136	Baik
7	L	s1+ Ners	4	5	5	5	3	5	3	3	5	5	3	5	5	4	5	5	3	5	5	5	3	4	5	3	5	5	5	5	4	5	5	132	Kurang Baik
8	P	D-III	5	5	5	5	3	4	5	5	4	5	5	4	4	5	2	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	138	Baik	
9	P	s1+ Ners	5	5	5	3	4	5	5	5	3	5	5	2	2	5	5	3	3	3	5	5	3	3	5	5	3	5	4	5	5	5	126	Kurang Baik	
10	p	s1+ Ners	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	3	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	137	Baik	
11	L	D-III	5	2	4	4	5	3	5	4	5	2	4	4	4	4	5	5	3	5	4	5	3	5	4	5	5	3	5	5	4	3	124	Baik	
12	P	S2	4	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	2	5	135	Baik
13	P	D-III	5	5	5	5	4	5	4	5	4	3	4	2	5	3	5	5	5	4	3	3	5	3	5	5	4	4	4	5	5	3	128	Kurang Baik	
14	P	s1+ Ners	5	5	5	3	5	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	139	Baik	
15	P	D-III	5	4	5	5	5	3	5	5	5	2	5	5	5	2	5	5	5	2	5	5	5	4	5	2	4	5	5	5	2	5	130	Kurang Baik	
16	L	s1+ Ners	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	3	138	Baik		
17	L	D-III	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	3	4	3	4	5	5	3	4	4	5	5	4	5	4	4	4	131	Kurang Baik	
18	L	D-III	5	4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	2	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	2	4	133	Kurang Baik	
19	L	D-III	4	5	5	4	5	3	5	5	3	3	5	5	5	3	4	5	5	4	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	135	Baik		
20	P	D-III	5	3	5	5	3	5	3	5	4	5	5	2	3	4	3	4	3	4	5	3	5	4	5	3	5	3	5	3	5	122	Kurang Baik		
21	L	s1+ Ners	5	5	4	5	4	3	4	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	5	4	3	4	5	4	5	5	5	5	3	133	Kurang Baik			
22	P	s1+ Ners	3	4	5	5	3	3	5	3	3	5	5	5	4	3	5	3	5	4	3	5	5	5	5	4	5	4	2	4	125	Kurang Baik			

23	P	s1+ Ners	5	5	5	5	5	3	4	5	3	4	5	2	5	3	5	5	5	2	3	5	4	4	2	4	4	5	5	5	3	5	125	Kurang Baik		
24	P	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	4	5	3	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	141	Baik		
25	P	D-III	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	3	5	5	5	4	4	3	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	5	133	Kurang Baik		
26	L	s1+ Ners	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	3	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	2	4	4	5	5	5	5	5	134	Baik		
27	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5	3	3	4	4	4	5	5	3	4	3	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	133	Kurang Baik		
28	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4	3	4	5	5	5	3	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	138	Baik		
29	L	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	4	3	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	2	5	137	Baik			
30	P	S2	4	5	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	5	3	4	3	3	5	3	5	4	5	4	4	3	5	5	4	4	4	115	Kurang Baik		
31	L	D-III	3	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	3	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	135	Baik			
32	L	s1+ Ners	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	3	2	3	5	4	3	5	5	3	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	130	Kurang Baik		
33	P	D-III	5	5	5	5	4	5	4	3	5	3	3	5	3	4	5	4	5	5	4	5	5	5	3	2	5	5	5	5	5	5	134	Baik		
34	P	s1+ Ners	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	141	Baik		
35	L	D-III	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	3	3	5	3	3	5	5	4	4	4	5	5	5	5	135	Baik		
36	L	s1+ Ners	5	5	5	5	4	5	4	3	5	5	5	5	2	5	5	4	5	5	2	5	5	5	4	5	5	4	5	5	2	5	134	Baik		
37	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	2	5	2	5	5	2	5	5	134	Baik		
38	P	D-III	4	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	4	5	5	4	5	3	3	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	135	Baik		
39	P	D-III	5	3	5	5	3	5	3	3	5	5	3	2	4	5	4	3	3	4	5	5	3	5	5	4	3	5	5	4	5	5	124	Kurang Baik		
40	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	142	Baik		
41	P	S2	5	5	5	5	5	3	5	5	3	5	3	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	2	5	2	5	133	Kurang Baik
42	L	s1+ Ners	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	3	4	5	4	5	5	5	4	3	4	5	5	2	3	5	3	4	5	5	131	Kurang Baik		
43	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	144	Baik		
44	L	D-III	5	5	4	5	4	3	4	5	2	3	4	4	5	5	5	5	3	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	133	Kurang Baik		
45	P	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	140	Baik	
46	P	D-III	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	141	Baik	
47	L	s1+ Ners	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	4	2	5	5	5	4	5	3	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	133	Kurang Baik	

48	L	s1+ Ners	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	2	5	139	Baik			
49	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	4	2	3	5	5	2	5	3	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	133	Kurang Baik		
50	P	D-III	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	3	3	139	Baik				
51	L	s1+ Ners	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	146	Baik			
52	L	S2	5	5	5	5	3	5	2	5	5	2	3	2	3	5	2	5	3	3	5	4	5	5	5	4	3	5	2	4	2	5	117	Kurang Baik
53	P	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	4	2	4	5	5	5	4	5	140	Baik		
54	P	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	2	5	4	5	5	139	Baik	
55	P	s1+ Ners	4	4	5	5	4	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	2	5	138	Baik		
56	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	145	Baik	
57	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	3	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	139	Baik	
58	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5	3	5	5	5	4	5	4	4	5	4	2	5	5	2	5	134	Baik
59	P	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	143	Baik	
60	P	D-III	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	3	3	3	5	5	5	3	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	136	Baik	
61	L	S2	5	4	5	3	5	5	3	5	5	3	3	2	3	3	4	3	3	5	5	3	5	5	3	4	5	5	3	5	4	4	120	Kurang Baik
62	L	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	2	5	5	138	Baik	
63	L	s1+ Ners	5	3	5	5	5	5	3	3	5	5	4	3	3	3	3	5	3	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	130	Kurang Baik	
64	L	D-III	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	137	Baik	
65	L	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	3	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	2	5	135	Baik
66	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	2	5	5	5	4	5	4	137	Baik
67	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	3	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	142	Baik
68	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	2	4	136	Baik	
69	L	S2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3	3	5	5	4	5	5	4	2	4	5	5	5	5	5	138	Baik
70	P	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	143	Baik
71	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	144	Baik
72	P	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	5	3	5	4	5	5	5	4	2	4	5	5	4	5	5	5	138	Baik

73	P	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	5	5	5	3	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	5	2	5	133	Kurang Baik	
74	P	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	146	Baik	
75	P	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	3	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	138	Baik	
76	L	D-III	5	5	5	5	5	5	2	5	2	5	5	4	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	137	Baik	
77	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5	4	5	5	5	5	4	2	4	5	2	5	5	4	2	5	132	Kurang Baik		
78	L	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	4	5	5	5	3	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	140	Baik	
79	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	3	4	5	3	5	3	4	5	3	4	5	5	5	4	4	4	131	Kurang Baik	
80	L	S2	5	5	5	5	2	5	2	5	5	5	4	2	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	3	4	5	5	5	4	5	133	Kurang Baik	
81	P	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5	3	5	5	3	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	136	Baik	
82	L	s1+ Ners	4	5	5	5	5	5	2	5	5	2	5	2	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	135	Baik
83	L	D-III	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	3	4	5	4	5	3	5	5	4	4	4	136	Baik	
84	L	D-III	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	2	3	5	4	5	3	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	136	Baik	
85	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	5	3	5	3	4	5	5	4	4	5	5	5	3	5	5	138	Baik
86	L	D-III	4	5	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	2	5	5	4	2	5	4	5	4	5	2	5	130	Kurang Baik
87	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	3	2	2	3	4	5	5	4	5	5	5	5	3	5	4	5	4	5	4	131	Kurang Baik	
88	L	D-III	5	4	4	5	5	5	5	5	2	4	5	5	3	3	5	3	3	5	5	4	3	4	5	5	5	5	5	4	5	131	Kurang Baik	
89	P	S2	5	5	3	5	5	5	5	3	5	4	5	3	5	4	3	5	5	5	5	3	2	5	3	3	4	5	2	5	5	5	127	Kurang Baik
90	P	D-III	4	5	4	5	5	3	5	4	5	5	5	3	3	5	5	5	2	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	134	Baik
91	P	D-III	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	2	5	137	Baik
92	L	D-III	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5	3	4	4	5	5	3	5	5	5	5	137	Baik
93	P	s1+ Ners	5	4	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	140	Baik	
94	P	s1+ Ners	5	5	5	5	5	4	5	5	2	5	5	5	2	5	5	2	5	5	3	2	4	4	4	3	5	5	5	3	5	128	Kurang Baik	
95	L	D-III	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	2	2	137	Baik	
96	P	s1+ Ners	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	3	4	5	5	3	5	5	5	4	5	4	5	4	137	Baik		
97	L	D-III	5	4	5	5	5	5	3	5	3	4	5	5	4	5	3	4	2	5	4	5	4	4	5	5	5	3	5	5	5	131	Kurang Baik	

98	L	S2	5	5	4	5	4	3	5	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	5	140	Baik	
99	P	D-III	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	4	5	4	3	3	4	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	2	5	134	Baik		
100	P	D-III	4	5	3	5	5	5	2	5	3	5	5	4	5	3	5	5	5	5	3	3	4	3	3	5	3	5	4	4	3	124	Kurang Baik		
101	L	s1+ Ners	4	4	5	5	5	4	5	5	3	5	3	2	5	5	5	3	4	3	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	133	Kurang Baik			
102	L	D-III	5	5	4	4	5	4	3	5	5	5	5	4	3	5	2	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	133	Kurang Baik			
103	L	D-III	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	3	5	4	2	5	138	Baik			
104	P	D-III	4	5	5	5	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	2	5	5	4	5	3	5	4	4	4	5	4	5	5	133	Kurang Baik			
105	P	D-III	4	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	137	Baik			
106	P	D-III	5	4	4	5	5	5	4	3	5	5	4	5	5	4	5	4	2	5	4	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	5	133	Kurang Baik	
107	L	D-III	4	5	5	4	5	3	3	3	5	5	5	5	4	5	4	2	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	132	Kurang Baik		
108	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	2	5	4	3	5	5	5	3	5	4	3	5	5	5	135	Baik		
109	L	s1+ Ners	5	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	2	4	4	3	3	4	2	5	4	5	5	4	5	5	127	Kurang Baik	
110	L	D-III	4	5	2	4	5	5	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	2	4	126	Kurang Baik	
111	L	D-III	4	5	5	5	5	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	5	5	5	139	Baik	
112	P	s1+ Ners	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	2	4	4	5	5	5	5	5	5	2	4	5	5	4	3	5	4	4	5	135	Baik	
113	L	D-III	5	5	2	5	5	2	3	3	5	5	5	5	2	4	5	5	5	5	2	2	5	3	5	5	2	5	5	5	2	5	5	122	Kurang Baik
114	L	D-III	4	5	3	5	5	5	3	5	5	4	5	5	4	4	4	3	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	138	Baik	
115	L	D-III	3	5	5	4	5	3	5	5	2	4	2	4	5	5	5	5	4	4	5	5	3	5	4	3	4	3	5	5	5	5	127	Kurang Baik	
116	P	D-III	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	138	Baik
117	L	s1+ Ners	4	5	5	5	3	3	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	2	5	5	3	2	4	5	5	5	3	5	5	5	5	131	Kurang Baik	
118	L	D-III	4	5	3	5	4	3	3	5	5	4	2	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	133	Kurang Baik	
119	P	D-III	5	5	5	4	3	5	3	5	2	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	130	Kurang Baik		
120	L	D-III	5	1	2	5	3	4	5	1	5	4	1	5	5	5	5	1	2	5	4	1	5	5	4	1	4	5	5	5	5	5	113	Kurang Baik	
121	L	s1+ Ners	4	5	2	4	5	5	2	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	3	5	5	5	2	4	5	5	4	3	5	3	4	130	Kurang Baik
120	P	D-III	4	4	4	4	4	3	5	3	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	1	5	5	129	Kurang Baik		

