

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penerapan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan langkah penting untuk menciptakan tempat kerja yang aman, nyaman, dan terbebas dari risiko pencemaran. Tujuan utamanya untuk meminimalkan, bahkan menghilangkan kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja maupun penyakit yang timbul akibat pekerjaan. Jika diterapkan dengan baik, K3 bukan hanya soal keselamatan tapi juga berdampak langsung pada peningkatan kinerja dan produktivitas karyawan. Secara keseluruhan, konsep K3 mencakup berbagai upaya perlindungan terhadap pekerja, proses kerja, dan lingkungan kerja itu sendiri, melalui tindakan pencegahan maupun penanganan terhadap potensi bahaya yang mungkin muncul selama bekerja (Pratiwi et al., 2024).

Perusahaan yang bertanggung jawab akan selalu memprioritaskan keselamatan dan kesehatan karyawan. Hal ini dapat diwujudkan melalui penerapan sistem K3 yang harus dijalankan seluruh elemen perusahaan. K3 ini juga sebagai strategi pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Jika diterapkan dengan baik, maka dapat tercipta lingkungan kerja yang aman dan nyaman serta menurunkan insiden kerja. Namun, keberhasilan K3 tidak cukup hanya dengan kebijakan yang harus dipatuhi, tapi juga memerlukan budaya kerja yang menjunjung keselamatan sebagai kebiasaan harian. Karena itu, membangun budaya K3 harus menjadi prioritas perusahaan (Simbolon et al., 2024).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja menyatakan bahwa setiap pekerja berhak atas perlindungan keselamatan saat bekerja. Sehingga sebuah perusahaan wajib menciptakan lingkungan kerja yang aman melalui penerapan sistem K3 yang baik, demi mencegah kecelakaan kerja dan dapat meningkatkan produktivitas. Tidak hanya menjadi tanggung jawab perusahaan, semua pihak di area kerja juga diwajibkan mematuhi petunjuk keselamatan seperti menggunakan APD. Keberhasilan K3 bergantung pada kerja sama antara perusahaan dan pekerja. Jika kesadaran dan kepatuhan telah menjadi budaya, maka lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif akan tercipta (Wahjono et al., 2023).

Salah satu pemicu utama terjadinya kecelakaan atau cedera adalah adanya kebiasaan kerja di lingkungan yang tidak aman (*unsafe condition*), atau munculnya perilaku yang mengabaikan aspek keselamatan (*unsafe action*). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Pitoyo et al., 2017) menyebutkan bahwa perilaku tidak aman (*unsafe action*) memiliki pengaruh sebesar 22% terhadap terjadinya kecelakaan kerja. Angka ini menunjukkan bahwa *unsafe action* memberikan kontribusi yang cukup signifikan dan bersifat positif terhadap peningkatan insiden kecelakaan. Sebaliknya, berdasarkan hasil analisis menggunakan metode SEM, pengaruh dari kondisi lingkungan yang tidak aman (*unsafe condition*) hanya sebesar -0,92%. Artinya, faktor ini memiliki dampak

yang jauh lebih kecil dibandingkan *unsafe action* dalam menyumbang angka kecelakaan kerja.

Lalu berdasarkan penelitian Heinrich, 88% kecelakaan di tempat kerja disebabkan oleh tindakan tidak aman dari manusia (*unsafe action*). Sementara itu, 10% diakibatkan oleh kondisi lingkungan kerja yang tidak aman (*unsafe condition*), dan 2% sisanya disebut sebagai kondisi yang tidak dapat terhindarkan seperti bencana alam. Berdasarkan data-data tersebut, dapat disimpulkan bahwa perilaku tidak aman adalah penyebab utama sebagian besar kecelakaan di tempat kerja (Larasatie et al., 2022).

Tindakan tidak aman (*unsafe action*) merujuk pada perilaku yang membahayakan keselamatan diri sendiri maupun orang lain, dan menjadi penyebab utama kecelakaan kerja. Contohnya seperti tidak memakai APD, melanggar prosedur, atau atau bekerja dengan kurang hati-hati. Statistik menunjukkan bahwa dari 300 tindakan berisiko, satu dapat menyebabkan kecelakaan serius. Dampaknya signifikan, mulai dari meningkatnya kecelakaan kerja, penurunan kualitas layanan, hingga hilangnya jam kerja. Laporan *National Safety Council* tahun 1988, mengungkapkan bahwa di rumah sakit, tingkat kecelakaan tercatat 41% lebih tinggi dibanding sektor industri lain. Jenis kecelakaan umum meliputi tertusuk jarum, terkilir, nyeri punggung, luka gores dan bakar, serta paparan penyakit infeksius (Istih et al., 2017).

Menurut data dari *International Labour Organization* (ILO), setiap tahun sekitar 2,78 juta pekerja kehilangan nyawa akibat kecelakaan kerja dan penyakit terkait pekerjaan. Dari jumlah tersebut, sekitar 83,6% (2,4 juta) disebabkan oleh penyakit akibat kerja, sedangkan 13,7% (380.000) disebabkan oleh kecelakaan kerja. Selain itu, ILO juga mengungkapkan bahwa setiap harinya, sekitar 860.000 pekerja di seluruh dunia mengalami kecelakaan kerja atau terkena penyakit akibat pekerjaan, dan 6.400 di antaranya meninggal dunia (Ikhsan et al., 2024).

Di Indonesia sendiri, berdasarkan data dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan, jumlah kasus kecelakaan kerja di Indonesia mengalami peningkatan signifikan selama periode pandemi 2020 hingga 2023, angka ini terus meningkat dengan total 347.855 kasus kecelakaan kerja di tahun 2023. BPJS Ketenagakerjaan juga melaporkan bahwa 34,43% kecelakaan kerja disebabkan oleh tindakan tidak aman (*unsafe action*), sementara 32,12% lainnya terjadi karena pekerja tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (A. E. L. Putri et al., 2024).

Dalam sebuah studi yang dilakukan pada pekerja bagian lambung galangan kapal PT. X, didapatkan adanya kaitan yang bermakna antara pelatihan dengan tindakan tidak aman, terlihat dari nilai *p-value* 0,030 ($< 0,050$). Selain itu, penelitian tersebut juga mengungkapkan hubungan signifikan antara pengawasan dengan tindakan tidak aman, sebagaimana ditunjukkan oleh uji Spearman dengan nilai *p-value* 0,033 ($< 0,050$) (Sangaji et al., 2018).

Kemudian dalam studi yang dilakukan oleh (Basalamah et al., 2022) pada sopir di perum damri, didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara masa kerja dan beban kerja dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*). Terlihat

dari nilai *p-value* untuk kedua variabel tersebut ialah 0,007 dan 0,006 ($< 0,05$). Penelitian lainnya oleh (R. O. Putri et al., 2021) mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara lama kerja dengan tindakan tidak aman, dengan nilai *p-value* 0,028.

Indonesia sebagai salah satu negara Asia dengan tingkat kecelakaan kerja yang masih fluktuatif, petugas kesehatan memiliki risiko tinggi mengalami cedera. Sebuah penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang menunjukkan bahwa sebagian besar perawat yakni 54 orang atau sekitar 54,5% masih melakukan tindakan tidak aman (*unsafe action*) saat bekerja. Dari berbagai jenis *unsafe action* yang teridentifikasi, tindakan yang paling sering dilakukan adalah penggunaan peralatan kerja yang tidak sesuai dengan standar, yang mencapai 23,2% dari seluruh kasus (Istih et al., 2017). Sementara itu ada juga data kecelakaan kerja di RSUD Haji Makassar pada tahun 2021, terdapat 32 kasus yang dilaporkan, dimana perawat di rumah sakit memiliki risiko tinggi terhadap kecelakaan kerja, dengan salah satu penyebab utama yang diidentifikasi, yaitu perilaku tidak aman (Diah & Pratiwi, 2023).

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan SDM nya, termasuk tenaga kesehatan, pasien, pendamping, pengunjung, dan masyarakat sekitar. Oleh karena itu, pengelola rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam menerapkan sistem perlindungan menyeluruh, mulai dari pencegahan hingga pemulihan, terutama bagi tenaga kerjanya. Setiap tenaga kerja berhak atas jaminan keselamatan dan kesehatannya selama bertugas. Dalam hal ini, pengelola rumah sakit harus memastikan bahwa seluruh elemen rumah sakit, termasuk SDM, pasien, pendamping pasien, pengunjung, dan lingkungan kerja, terlindungi dari berbagai potensi bahaya yang ada (Suprpto & Ahmad, 2021).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RSUD Labuang Baji Provinsi Sulawesi Selatan, teridentifikasi beragam risiko kecelakaan kerja bagi perawat yang diakibatkan oleh tindakan atau kondisi yang tidak aman. Khususnya di ruang perawatan rawat inap, terdapat 56 insiden kecelakaan kerja yang menimpa perawat. Insiden ini bervariasi, mulai dari gangguan kesehatan fisik seperti demam, nyeri kepala, dan nyeri muskuloskeletal (punggung, pinggang, tulang belakang), hingga cedera langsung seperti tertusuk jarum, teriris pisau bedah, terjatuh, serta risiko paparan cairan tubuh pasien.

Perawat ialah sebagai tenaga medis yang berperan langsung dalam penanganan pasien, perawat menghadapi risiko tinggi terhadap berbagai penyakit dan kecelakaan kerja. Risiko ini tidak hanya berkaitan dengan paparan penyakit menular, tetapi juga mencakup insiden fisik, seperti tertusuk alat medis atau cedera akibat kesalahan prosedur.

Salah satu faktor yang turut berkontribusi terhadap meningkatnya angka kecelakaan kerja di lingkungan rumah sakit adalah tindakan tidak aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Di RSUD Labuang Baji Provinsi Sulawesi Selatan, Sekretaris Unit K3RS mengungkapkan bahwa masih terdapat perawat yang tidak mematuhi standar keselamatan kerja seperti penggunaan APD. Meskipun kepala ruangan dan penanggung jawab sudah menghimbau secara

berkala, sebagian perawat tetap menunjukkan ketidakpatuhan terhadap anjuran tersebut. Beberapa di antaranya menganggap bahwa APD mengganggu kenyamanan saat bekerja, sementara yang lain merasa percaya diri dapat menangani pasien tanpa perlindungan tambahan (Ikhsan et al., 2024).

Persepsi ini tidak lepas dari berbagai faktor yang memengaruhinya, seperti masa kerja dan lama kerja yang dapat membentuk pola kebiasaan kerja tertentu, beban kerja yang tinggi yang mendorong tenaga kesehatan untuk bekerja terburu-buru, serta lemahnya pengawasan dan kurangnya pelatihan K3 yang menyebabkan rendahnya pemahaman terhadap standar keselamatan. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian terkait faktor yang berhubungan dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.

1.2. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang akan dibahas pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah ada hubungan masa kerja dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025?
2. Apakah ada hubungan lama kerja dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025?
3. Apakah ada hubungan beban kerja dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025?
4. Apakah ada hubungan pengawasan K3 dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025?
5. Apakah ada hubungan pelatihan K3 dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025?
6. Manakah variabel yang paling berpengaruh dengan tindakan tidak aman pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk menilai faktor yang berhubungan dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menilai hubungan masa kerja dengan tindakan tidak aman (*unsafe action*) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.

- b. Untuk menilai hubungan lama kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.
- c. Untuk menilai hubungan beban kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.
- d. Untuk menilai hubungan pengawasan K3 dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.
- e. Untuk menilai hubungan pelatihan K3 dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.
- f. Untuk mengetahui variabel yang paling berpengaruh dengan tindakan tidak aman pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Institusi

Sebagai laporan ilmiah untuk memperkaya khasanah kepustakaan dalam bidang ilmu manajemen keselamatan dan kesehatan kerja Universitas Hasanuddin

1.4.2. Bagi Tempat Penelitian

Penelitian ini memberikan wawasan mengenai kondisi keselamatan kerja perawat sehingga pihak rumah sakit dapat mengevaluasi dan memperbaiki sistem manajemen keselamatan kerja, dalam rangka menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman dan profesional.

1.4.3. Bagi Peneliti

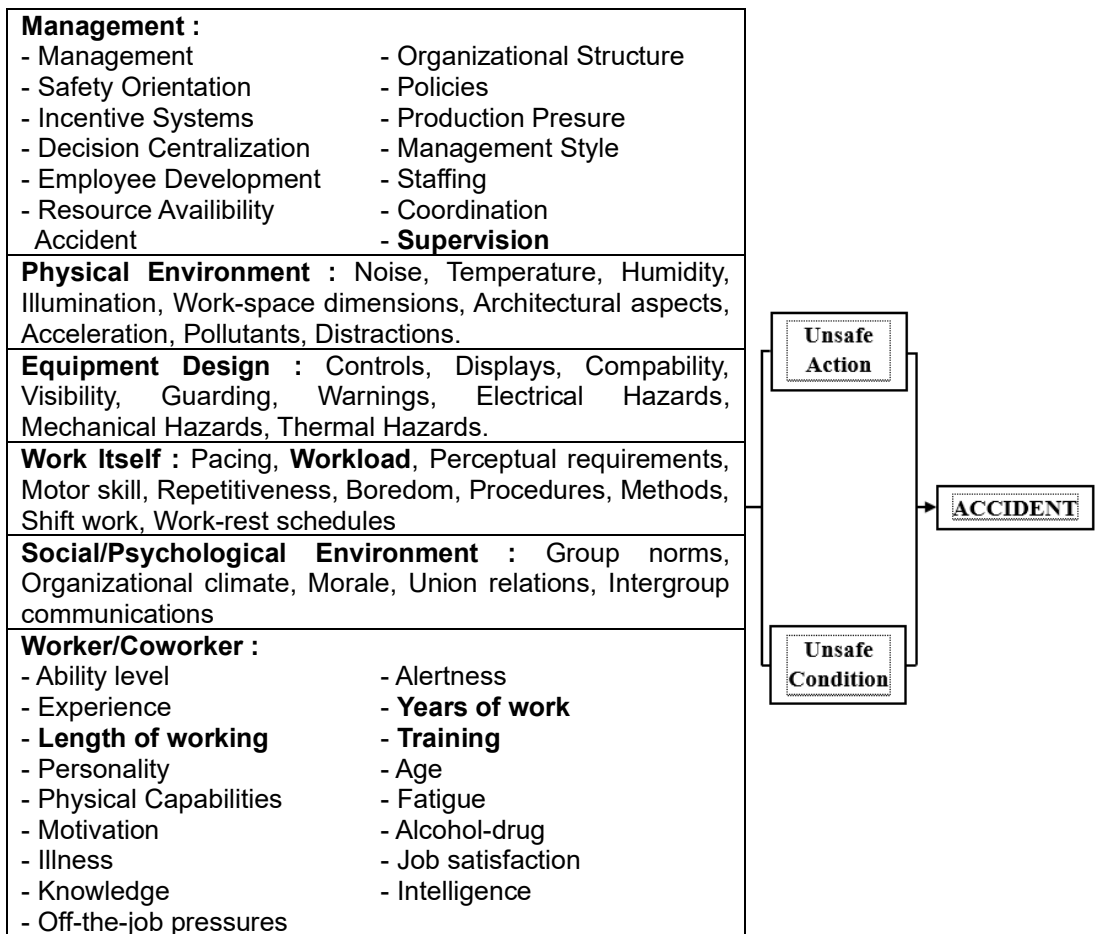
Penelitian ini memberikan kesempatan bagi peneliti untuk mengembangkan dan menerapkan keterampilan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menempuh pendidikan

1.4.4. Bagi Pemerintah

Penelitian ini dapat menjadi sumber data dan informasi yang relevan bagi pemerintah, khususnya dalam merumuskan kebijakan terkait keselamatan dan kesehatan kerja di sektor pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.

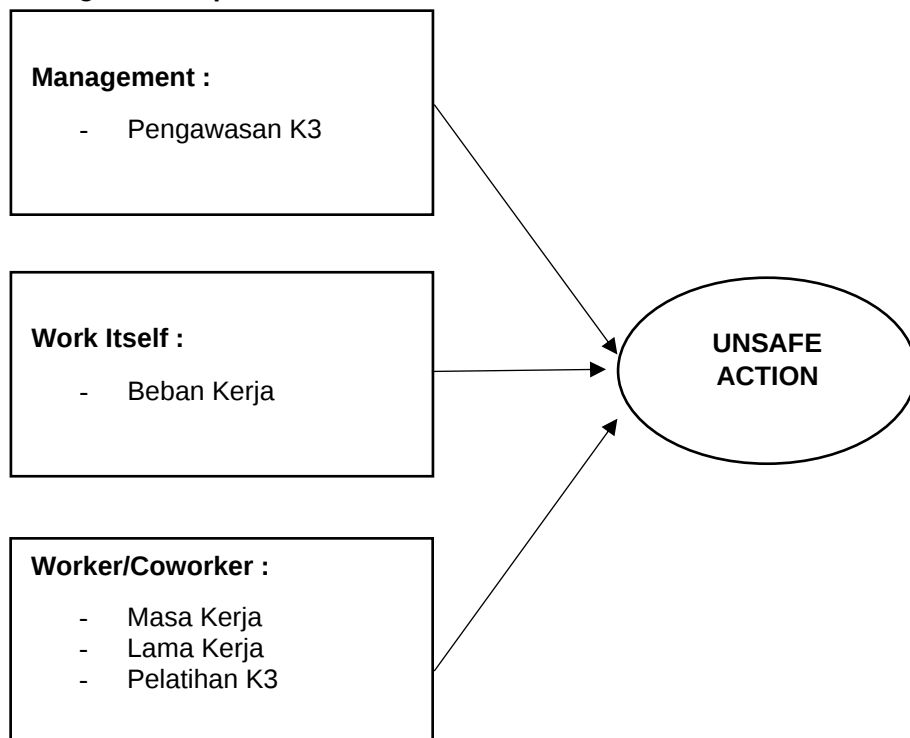
1.5. Kerangka Teori

Berdasarkan latar belakang yang telah disusun, maka dirumuskan kerangka teori sebagai berikut:



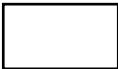
Gambar 1. 1 A model of Contributing Factors in Accident Causation (CFAC) dari Sanders dan Shaw, diadaptasi dari Sanders (1993), Lawrence Green (1980)

1.6. Kerangka Konsep



Gambar 1. 2 Skema Pola Pikir Variabel

Ket:

-  : Variabel independen
-  : Variabel dependen
-  : Arah hubungan

1.7. Hipotesis Penelitian

1.7.1. Hipotesis Null (H_0)

- a. Tidak ada hubungan antara masa kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- b. Tidak ada hubungan antara lama kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- c. Tidak ada hubungan antara beban kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- d. Tidak ada hubungan antara pengawasan K3 dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- e. Tidak ada hubungan antara pelatihan K3 dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- f. Tidak ada variabel yang paling berpengaruh dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat

1.7.1. Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. Ada hubungan antara masa kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- b. Ada hubungan antara lama kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- c. Ada hubungan antara beban kerja dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- d. Ada hubungan antara pengawasan K3 dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- e. Ada hubungan antara pelatihan K3 dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat.
- f. Ada variabel yang paling berpengaruh dengan tindakan tidak aman (unsafe action) pada perawat

1.8. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

NO.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
1.	Masa Kerja	Akumulasi dari seluruh aktivitas kerja yang dilakukan oleh seseorang dalam periode waktu yang panjang (E. Lestari & Rahman, 2024).	Masa perawat bekerja, yang dihitung sejak pertama kali mulai bekerja hingga waktu pelaksanaan penelitian, dalam satuan tahun	Kuesioner	Baru : Bekerja selama < 3 tahun Lama : Bekerja selama ≥ 3 tahun (Tarwaka, 2008)	Ordinal
2.	Lama Kerja	Lama waktu kerja seseorang yang dapat berpengaruh terhadap produktivitasnya, durasi kerja yang ideal biasanya 6 hingga 8 jam per hari (Maulina & Syafitri, 2019)	Jangka waktu yang dihabiskan perawat untuk bekerja setiap hari di unitnya	Kuisisioner	Memenuhi syarat : Bekerja ≤ 8 jam/hari Tidak memenuhi syarat : Bekerja > 8 jam/hari (UU No. 13 Tahun 2003 Tahun 2003)	Ordinal
3.	Beban Kerja	Jumlah tugas yang perlu diselesaikan secara terstruktur dalam periode waktu tertentu, gunanya untuk mengukur efisiensi dan efektivitas (Crisnandi & Chaerudin, 2024)	Tugas dan tanggung jawab yang harus diselesaikan perawat yang diukur melalui dengan indikator seperti intensitas tugas klinis, kompleksitas pekerjaan, kondisi lingkungan kerja, serta tekanan psikologis yang berasal dari tanggung jawab dan ekspektasi.	Kuisisioner	Beban Kerja Berat : 13-25 Beban Kerja Sedang : 26-38 Beban Kerja Ringan : 39-52 (Nursalam, 2015)	Ordinal
4.	Pengawasan K3	Mencakup pemberian tugas, instruksi, serta penanganan masalah yang perlu dilakukan secara rutin untuk membentuk sikap positif	Proses pemantauan K3 perawat yang diukur dengan indikator seperti pelaksanaan briefing, penegakan aturan melalui teguran, inspeksi rutin,	Kuisisioner	Kurang Baik : Jika total skor jawaban responden < 76% Baik : Jika total skor jawaban responden ≥ 76% (D. Lestari, 2022)	Ordinal

		dan keterampilan (Pakaya et al., 2024)	dan persepsi karyawan tentang pengawasan.			
5.	Pelatihan K3	Pelatihan merupakan upaya untuk mengubah sikap dan perilaku karyawan agar mereka dapat bekerja dengan lebih efektif (Damayanti, 2022).	Proses pembelajaran yang diukur dengan indikator yang berfokus pada ketersediaan, kecukupan, dan dampak pelatihan terhadap perilaku kerja karyawan.	Kuesioner	Kurang Baik : Jika total skor jawaban responden < 50% Baik : Jika total skor jawaban responden ≥ 50% (Qadriani, 2017)	Ordinal
6.	Tindakan Tidak Aman (<i>Unsafe Action</i>)	Kesalahan yang terjadi ketika seseorang tidak mengikuti persyaratan dan prosedur kerja yang berlaku, sehingga berisiko menimbulkan kecelakaan kerja (Priyohadi & Achmadiansyah, 2021)	Tindakan yang tidak sesuai dengan SOP diukur dengan indikator seperti bekerja terburu-buru, mengabaikan prosedur K3, tidak menggunakan APD, menggunakan peralatan rusak, dan melakukan tindakan ceroboh.	Kuesioner	Beresiko Tinggi : Jika total skor jawaban responden < 70% Beresiko Rendah : Jika total skor jawaban responden ≥ 70% (OSHA)	Nominal

Tabel 1. 1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan menggunakan rancangan studi cross sectional untuk mengetahui hubungan antara pelatihan K3, beban kerja, masa kerja, lama kerja, dan pengetahuan K3 dengan tindakan tidak aman di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2025.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

2.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD Labuang Baji Makassar yang berlokasi di Jl. Dr. Ratulangi No. 81, Labuang Baji, Kec. Mamajang, Kota Makassar, Sulawesi Selatan, 90132.

2.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei hingga Juni 2025 termasuk dengan pengumpulan data, pengolahan data, dan analisis data.

2.3 Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan dari subjek yang dipilih oleh peneliti untuk diteliti dan diambil kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar berjumlah 160 orang.

2.3.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah bagian dari populasi yang dipilih untuk merepresentasikan karakteristik keseluruhan populasi yang akan diamati. Teknik pengambilan sampel yang dipakai adalah simple random sampling dengan pendekatan proporsional random sampling. Ini berarti populasi dibagi menjadi beberapa subkelompok, lalu sampel diambil secara acak dari tiap-tiap subkelompok tersebut. Besaran sampel dalam penelitian ini ditentukan menggunakan rumus Lameshow, dengan mempertimbangkan tingkat kepercayaan sebesar 95% (koefisien Z sebesar 1,96). Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ^2p.q}{d^2 (N-1) + Z^2p.q}$$

Keterangan:

n	= Jumlah / besar sampel
N	= Populasi sampel
Z	= Tingkat kepercayaan 95% (1,96)
p	= Perkiraan proporsi kasus yang diteliti (jika tidak diketahui maka estimasi yang digunakan adalah 0,5)
q	= 1 – p

d = Penyimpangan terdapat proporsi atau derajat ketepatan yang diinginkan (0,05)

Adapun penentuan besar sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{160 \times 1,96^2 \times 0,5 (1-0,5)}{0,05^2 (160-1) + 1,96^2 \times 0,5 (1-0,5)}$$

$$n = \frac{160 \times 3,8 \times 0,25}{0,0025 (159) + 3,8 \times 0,25}$$

$$n = \frac{152}{0,45+0,95} = \frac{152}{1,35} = 112$$

Dari hasil perhitungan, dilakukan penambahan sampel sebanyak 10% dari total sampel yang dihitung untuk mengantisipasi sampel drop out

$$n = 112 + (112 \times 10\%)$$

$$n = 112 + 11,2$$

$$n = 123,2 = 123$$

Didapatkan besar sampel dalam penelitian ini adalah 123 responden. Kemudian dilakukan penentuan sampel pada masing-masing bagian unit rawat inap, dengan menentukan proporsinya sesuai dengan jumlah responden yang diteliti. Jumlah sampel pada setiap area didapatkan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{X}{N} \times Nx$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel yang diinginkan setiap area

N = Jumlah seluruh populasi

X = Jumlah populasi area

Nx = Sampel

Berdasarkan hasil perhitungan, maka besar sampel pada setiap unit kerja dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. 1 Distribusi Frekuensi Sampel Penelitian

No.	Unit Kerja	Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
1.	Baji Ateka (Cardio)	13	10
2.	Baji Ampe (Umum)	14	11
3.	Baji Nyawa (Non-Bedah)	18	14
4.	Baji Ati (Paru & Tb MDR)	15	12
5.	Baji Minasa & PICU (Anak)	17	13
6.	Mamminasa Baji (Bedah)	16	12
7.	Baji Areng (HIV)	9	7
8.	Unit Stroke	10	8
9.	ICU	19	14
10.	HCU	11	8
11.	CVCU	18	14
Total		160	123

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat untuk memperoleh data sesuai dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini peralatan yang digunakan untuk pengambilan data beserta pendukungnya yaitu:

1. Kuesioner

Kuisisioner merupakan instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan informasi dari responden. Data yang dikumpulkan melalui kuisisioner mencakup identitas responden, usia, durasi kerja, masa kerja, pengetahuan K3, dsb. Kuisisioner ini terdiri dari 35 pertanyaan dengan variasi jawaban yang disesuaikan dengan jenis pertanyaannya.

Untuk mengukur beban kerja, digunakan kuesioner baku dari buku Nursalam (2015). Kuesioner ini terdiri dari 13 pertanyaan yang sudah standar, dengan 5 pertanyaan kualitatif dan 8 pertanyaan kuantitatif. Penilaiannya memakai skala 1-4, di mana angka 4 berarti tidak ada beban, 3 beban ringan, 2 beban sedang, dan 1 beban berat. Nilai total kuesioner ini berkisar antara 13 (terendah) hingga 52 (tertinggi). Dari total nilai tersebut, beban kerja dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu berat (13-25), sedang (26-38), dan ringan (39-52).

Kuesioner pengawasan K3 menggunakan kuesioner baku peneliti sebelumnya (Lestari, 2022) terdiri dari 6 pertanyaan menggunakan skala likert untuk mendapatkan jawaban tegas dari responden, yaitu hanya terdapat dua interval “ya” dan “tidak”. Dengan penilaian kurang baik jika total skor <76% dan baik jika total skor $\geq 76\%$.

Kuesioner pelatihan K3 dan tindakan tidak aman menggunakan kuesioner baku peneliti sebelumnya (Qadriani, 2017) dimana pelatihan K3 terdiri dari 5 pernyataan dan tindakan tidak aman terdiri dari 10 pernyataan menggunakan skala likert untuk mendapatkan jawaban tegas dari responden, yaitu hanya terdapat dua interval “ya” dan “tidak”.

2. Alat tulis

Alat tulis digunakan untuk mencatat jawaban responden selama penelitian berlangsung. Alat tulis yang digunakan berupa pulpen/pensil dan lembar kuisisioner

3. Kamera Hp

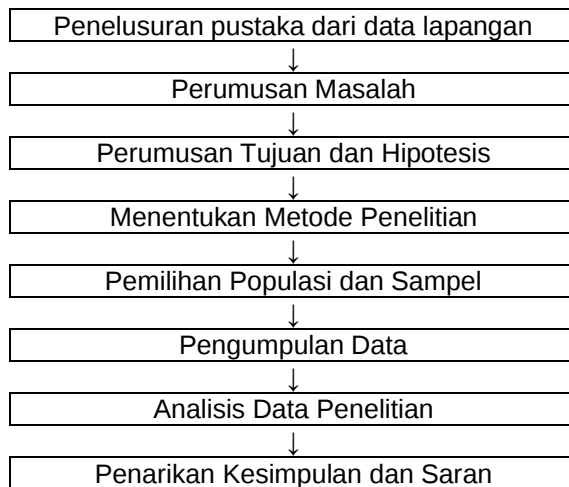
Kamera hp digunakan untuk mengambil gambar atau dokumentasi sebagai bukti selama penelitian berlangsung.

2.5 Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Proses pengumpulan data dilakukan sebagai berikut:

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan secara langsung oleh peneliti dari responden melalui kuisisioner. Kuesioner berisi daftar pertanyaan/pernyataan yang dijawab oleh responden sesuai dengan pandangannya. Adapun alur peneliti:



Gambar 2. 1 Alur Penelitian

2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini merupakan data pendukung yang diperoleh dari RSUD Labuang Baji Makassar. Data sekunder juga sebagai data penunjang dan data pelengkap yang diperoleh dari literatur-literatur seperti buku, jurnal, skripsi, tesis, dan artikel.

2.6 Pengolahan dan Penyajian Data

2.6.1 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan oleh peneliti diolah dengan menggunakan program SPSS untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai dengan tujuan penelitian. Pengolahan meliputi langkah-langkah berikut:

- Editing*, melakukan pemeriksaan terhadap data yang dikumpulkan, memeriksa kelengkapan dan kesalahan dalam pengisian.
- Coding*, setelah dilakukan *editing*, selanjutnya data diberi *code* tertentu pada tiap-tiap data untuk mempermudah pengolahan data.
- Entry* data, dilakukan terlebih dahulu membuat *entry* data pada program SPSS sesuai dengan variabel yang diteliti untuk mempermudah proses analisis hasil penelitian, kemudian data yang telah terkumpul dari hasil pengisian kuesioner data dimasukkan kedalam komputer berdasarkan *entry* data yang dibuat sebelumnya.
- Cleaning* data, setelah dilakukan *entry* data, maka langkah selanjutnya adalah *cleaning* data. Hal ini dimaksudkan karena pada saat *entry* data peneliti mungkin melakukan kesalahan dalam pengentrian data yang disebabkan oleh faktor kelelahan atau kesalahan melihat dan membaca *coding* sehingga perlu dilakukan analisis data.
- Scoring*, setelah data diperbaiki dan dikoreksi kesalahan-kesalahannya pada waktu pengisian, selanjutnya diberikan skor untuk setiap variabel penelitian dengan tujuan memudahkan mengidentifikasi variabel penelitian dan selanjutnya dilakukan kategori berdasarkan rata-rata nilai tiap variabel.

2.6.2 Penyajian Data

Data yang dianalisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk membahas hasil penelitian yang dilakukan.

2.7 Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi sehingga menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel dependen dan independen dalam bentuk tabulasi silang (cross tabulation) dengan menggunakan sistem komputerisasi program Statistical Package for Social Science (SPSS) dengan uji statistik Chi-Square.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan metode uji statistik regresi logistic berganda (multiple logistic regrestion) dengan metode backward stepwise. Tujuan dari analisis multivariat ini adalah untuk mengetahui variabel independen mana yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen penelitian yaitu tindakan tidak aman pada perawat. Variabel independen yang diuji dalam analisis multivariat adalah variabel-variabel dengan p-value $<0,25$ pada uji bivariat.