

Gambaran Implementasi Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja pada Tenaga Medis dan Non Medis Rumah Sakit X

Nathaniela Kezia Hermawan¹, Lilik Sriwiyati², I Putu Juni Andika³, Sri Aminingsih⁴

¹²³⁴ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala, Indonesia

* Correspondence e-mail; nathkeyyy12@gmail.com

Article history

Submitted: 2026/06/01; Revised: 2026/06/15; Accepted: 2026/06/23

Abstract

Hospitals are work environments with high levels of occupational safety and health risks for medical and non-medical personnel, requiring the implementation of Hospital Occupational Health and Safety (K3RS) management through the application of risk management and preparedness in dealing with emergency situations. This study used a descriptive quantitative design with a cross-sectional approach. The research subjects consisted of 120 respondents, including medical and non-medical personnel, who were selected using purposive sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed univariately. The implementation of risk management was mostly in the good category, although there were still obstacles in the consistency of incident reporting and the application of ergonomic principles in the work environment. The level of preparedness of medical and non-medical personnel was also mostly in the good category, as indicated by their understanding of hazard reporting mechanisms, risk documentation, and emergency response procedures. Respondent characteristics such as length of service and education level also influenced the implementation of K3RS. The implementation of risk management and preparedness has been good, but still needs improvement through strengthening the reporting culture, continuous monitoring, and improving workplace ergonomics.

Keywords

K3RS, risk management, preparedness, medical personel, hospital



© 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY SA) license, <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.

PENDAHULUAN

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan salah satu upaya penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, dan bebas dari berbagai potensi bahaya yang dapat menyebabkan kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja. Penerapan K3 menjadi kebutuhan mendasar di berbagai sektor pekerjaan, termasuk sektor pelayanan kesehatan yang memiliki tingkat risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan pekerja. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan tidak hanya berisiko bagi tenaga kerja yang berada di dalamnya, tetapi juga

bagi pasien, keluarga pasien, pengunjung, serta lingkungan sekitar rumah sakit. Oleh karena itu, pengelolaan K3 di rumah sakit menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan (Setiawan et al., 2020).

Data Kementerian Ketenagakerjaan Republik Indonesia menunjukkan bahwa pada periode Januari–Desember 2024 terjadi sebanyak 462.241 kasus kecelakaan kerja di Indonesia. Dari jumlah tersebut, 91,65% terjadi pada peserta penerima upah, 7,43% pada peserta bukan penerima upah, dan 0,92% pada sektor jasa konstruksi. Provinsi Jawa Tengah mencatat sebanyak 58.956 kasus kecelakaan kerja pada tahun yang sama. Tingginya angka kecelakaan kerja tersebut menunjukkan bahwa penerapan sistem keselamatan dan kesehatan kerja masih memerlukan perhatian yang serius, termasuk pada sektor pelayanan kesehatan yang memiliki berbagai risiko kerja kompleks.

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan berbagai regulasi untuk menjamin keselamatan dan kesehatan tenaga kerja, di antaranya melalui Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) serta Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS). Regulasi tersebut menegaskan bahwa rumah sakit wajib menerapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (SMK3RS) secara terintegrasi dalam seluruh aktivitas pelayanan dan operasional rumah sakit (Iswadi, 2023).

SMK3RS dirancang untuk mengintegrasikan aspek keselamatan dan kesehatan kerja ke dalam sistem manajemen rumah sakit melalui perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan. Implementasi sistem ini mencakup pengelolaan berbagai risiko yang berasal dari faktor fisik, biologis, kimia, ergonomi, maupun psikososial yang dapat memengaruhi keselamatan tenaga kerja, pasien, dan pengunjung rumah sakit. Selain itu, penerapan SMK3RS juga bertujuan untuk membangun budaya keselamatan yang kuat melalui peningkatan kesadaran, kompetensi, dan kepatuhan seluruh sumber daya manusia rumah sakit terhadap prinsip-prinsip keselamatan kerja (Wijaya & Saputra, 2024).

Kebijakan K3 menjadi landasan utama dalam pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit. Kebijakan tersebut berfungsi sebagai pedoman bagi seluruh tenaga kerja dalam melaksanakan aktivitas kerja secara aman dan sesuai prosedur. Penerapan standar K3 yang baik diharapkan mampu mencegah dan mengurangi risiko kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja, sehingga produktivitas dan kualitas pelayanan kesehatan dapat terus terjaga (Suratmi et al., 2020). Keberhasilan implementasi K3 tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan

regulasi dan sumber daya, tetapi juga oleh efektivitas organisasi dalam menjalankan program keselamatan secara konsisten dan berkelanjutan.

Meskipun berbagai kebijakan dan program K3 telah diterapkan, rumah sakit masih menghadapi berbagai tantangan dalam implementasinya. Rumah sakit merupakan lingkungan kerja dengan risiko tinggi yang melibatkan paparan agen biologis, bahan kimia berbahaya, radiasi, risiko ergonomi, gangguan psikologis, serta potensi kecelakaan kerja lainnya. Penelitian Permata (2024) menyebutkan bahwa risiko di rumah sakit tidak hanya berasal dari penyakit menular, tetapi juga dari kebakaran, ledakan, gangguan sistem kelistrikan, paparan bahan kimia berbahaya, gas anestesi, dan berbagai cedera akibat aktivitas pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut menunjukkan pentingnya penerapan K3RS secara optimal guna melindungi seluruh pihak yang berada di lingkungan rumah sakit.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Pradana dan Iqbal (2024) menemukan bahwa implementasi K3 di rumah sakit masih menghadapi berbagai kendala, seperti rendahnya kepatuhan terhadap tindakan pencegahan standar, keterbatasan fasilitas pendukung, serta kurang optimalnya pelaksanaan pelatihan keselamatan kerja. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi dan pengembangan program K3 secara berkelanjutan melalui peningkatan frekuensi pelatihan, penyediaan sarana pendukung yang memadai, serta penguatan sistem monitoring dan evaluasi.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit X, diketahui bahwa jumlah tenaga kerja pada bulan Maret 2025 mencapai 721 orang yang terdiri atas tenaga medis, tenaga non-medis, tenaga kontrak, serta tenaga profesional spesialis. Rumah sakit telah melaksanakan berbagai program K3, termasuk pelatihan yang disertai pre-test dan post-test untuk mengukur tingkat pemahaman tenaga kerja terhadap materi keselamatan dan kesehatan kerja. Namun demikian, berdasarkan laporan insiden yang terdokumentasi, masih ditemukan kejadian kecelakaan kerja berupa tertusuk jarum suntik pada tenaga kesehatan. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun program K3 telah dilaksanakan, masih terdapat potensi risiko yang perlu mendapat perhatian lebih lanjut dalam implementasinya.

Berdasarkan uraian tersebut, diperlukan kajian mengenai implementasi manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) pada tenaga medis dan non-medis. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan manajemen risiko dan tingkat kesiapsiagaan darurat dalam sistem K3RS di Rumah Sakit X. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam meningkatkan efektivitas penerapan K3RS serta mendukung

terciptanya lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif bagi seluruh tenaga kerja.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan cross-sectional untuk menggambarkan implementasi manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) pada tenaga medis dan non-medis di Rumah Sakit X. Pendekatan ini dipilih karena mampu memberikan gambaran kondisi implementasi K3RS pada satu waktu pengamatan tertentu, khususnya terkait manajemen risiko dan kesiapsiagaan tenaga kerja dalam menghadapi kondisi darurat. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit X yang berlokasi di Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah, pada periode Agustus 2025 hingga Januari 2026.

Populasi penelitian berjumlah 721 tenaga kerja yang terdiri atas tenaga medis dan non-medis. Penentuan sampel dilakukan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 5%, sehingga diperoleh sampel minimal 109 responden. Untuk mengantisipasi kemungkinan kehilangan data, jumlah sampel ditambah 10% sehingga total responden menjadi 120 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan kriteria inklusi berupa tenaga medis dan non-medis yang bekerja sebagai pelaksana pada unit-unit yang telah ditentukan oleh rumah sakit, sedangkan kriteria eksklusi meliputi karyawan yang sedang cuti panjang, menolak berpartisipasi, mengalami gangguan kesehatan yang menghambat partisipasi, atau tidak mengisi kuesioner secara lengkap.

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner yang terdiri atas dua variabel utama, yaitu manajemen risiko K3RS dan kesiapsiagaan tenaga medis serta non-medis, masing-masing berisi 10 pernyataan dengan pilihan jawaban benar dan salah. Instrumen penelitian telah melalui uji validitas dengan nilai koefisien validitas berkisar antara 0,390–0,875 dan menunjukkan reliabilitas yang sangat baik dengan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,928. Data yang terkumpul dianalisis secara univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel penelitian. Hasil pengukuran dikategorikan menjadi baik apabila memperoleh skor 8–10 dan kurang baik apabila memperoleh skor 0–7.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden

Karakteristik Responden	Kategori	f	%
Kelompok Tenaga Kerja	Tenaga medis	99	82,5
	Tenaga non-medis	21	17,5

Nathaniela Kezia Hermawan, et al.

	D3	79	65,8
Pendidikan terakhir	S1/Profesi	36	30,0
	SMA/SMK/D4	5	4,2

Data primer : 2026

Karakteristik Responden	Kategori	f	%
Masa kerja	< 5 tahun	44	36,7
	5-10 tahun	38	31,7
	>10 tahun	38	31,6

*Data primer : 2026***Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Implementasi Manajemen Risiko K3RS

Kategori	Frekuensi	%
Baik	82	68,3
Kurang baik	38	31,7
Total	120	100

*Data primer : 2026***Tabel 3.** Distribusi Frekuensi Kesiapsiagaan Responden

Kategori	Frekuensi	%
Baik	106	88,3
Kurang baik	14	11,7
Total	120	100

*Data primer : 2026***Tabel 4.** Distribusi Manajemen Resiko dan Kesiapsiagaan Tenaga Medis dan Non Medis Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Manajemen Resiko		f	%
	Baik	Kurang Baik		
Kelompok Tenaga Kerja Medis	68	31	99	82,5

Data primer : 2026

Karakteristik Responden		Manajemen Resiko		f	%
		Baik	Kurang Baik		
Kelompok Tenaga Kerja Terakhir	Tenaga Non-Medis	14	7	21	17,5
	SMA/SMK/D4	3	2	3	4,2
	D3	54	25	54	65,8
	S1/Profesi	25	11	25	30,0

Tamilis Synex: Multidimensional Collaboration

Lama Masa Kerja	<5	30	14	44	36,7
	5 - 10	26	12	38	31,7
	>10	26	12	38	31,6
Karakteristik Responden		Kesiapsiagaan Tenaga Medis dan Non Medis		f	%
		Baik	Kurang Baik		
Kelompok Tenaga Kerja	Tenaga Medis	89	10	99	82,5
	Tenaga Non-Medis	17	4	21	17,5
Pendidikan Terakhir	SMA/SMK/D4	3	2	5	4,2
	D3	57	22	79	65,8
	S1/Profesi	26	10	36	30,0
Lama Masa Kerja	<5	31	13	44	36,7
	5 - 10	27	11	38	31,7
	>10	28	10	38	31,6

Data primer : 2026

Tabel 5. Hasil Manajemen Resiko Tenaga Medis dan Non Medis

Manajemen Resiko		
Pernyataan	Salah n (%)	Benar n (%)
Risiko kerja yang tercantum dalam dokumen K3 tidak selalu sesuai dengan kondisi nyata di lapangan	38 (31,7)	82 (68,3)
Semua area kerja memiliki daftar potensi bahaya yang dipasang secara terbuka.	11 (9,2)	109 (90,8)
Investigasi kecelakaan kerja hanya dilakukan hanya jika ada korban	44 (36,7)	76 (63,3)
Semua karyawan selalu melaporkan insiden kecil karena dianggap perlu.	14 (11,7)	106 (88,3)
Sistem pencatatan dan analisis kejadian K3 belum dapat diakses oleh karyawan	39 (32,5)	81 (67,5)
Tidak semua karyawan merasa nyaman melaporkan potensi bahaya di tempat kerja	45 (37,5)	75 (62,5)
Karyawan enggan melapor adanya insiden karena takut	41 (34,2)	79 (65,8)

Beberapa area kerja masih memiliki risiko yang belum dikendalikan sepenuhnya	29 (24,2)	91 (75,8)
Ada prosedur kerja yang dinilai belum efektif dalam mencegah kecelakaan kerja	45 (37,5)	75 (62,5)
Tidak semua unit kerja menerapkan penataan kerja sesuai prinsip ergonomi	41 (34,2)	79 (65,8)

Data primer : 2026

Tabel 6. Hasil Kesiapsiagaan Tenaga Medis dan Non Medis

Kesiapsiagaan Tenaga Medis dan Non Medis		
Pernyataan	Salah n (%)	Benar n (%)
Karyawan mengetahui dokumen penting rumah sakit yang harus diamankan saat terjadi bencana	10 (8,3)	110 (91,7)
Karyawan mengetahui tata cara melapor bila menemukan kondisi berpotensi menimbulkan bahaya.	30 (25,0)	90 (75,0)
Tidak semua karyawan memahami prosedur penanganan korban saat terjadi keadaan darurat atau kecelakaan kerja.	29 (24,2)	91 (75,8)
Pemahaman tentang tanggap darurat masih berbeda-beda antar bagian atau unit kerja	11 (9,2)	109 (90,8)
Beberapa kejadian baru dilaporkan setelah diidentifikasi insiden yang berpengaruh	14 (11,7)	106 (88,3)
Karyawan mengetahui minimal 5 kode warna rumah sakit	94 (78,3)	26 (21,7)
Tidak semua petugas merasa perlu melaporkan insiden kecil yang dialami sendiri	23 (19,2)	97 (80,8)
Unit memiliki budaya mendokumentasikan temuan resiko	22 (18,3)	98 (81,7)
Karyawan mengetahui siapa yang bertugas mencatat laporan insiden	24 (20,0)	96 (80,0)
Jarang dilakukannya inspeksi keselamatan di unit yang beresiko menyebabkan insiden	21 (17,5)	99 (82,5)

Data Primer : 2026

Implementasi Manajemen Risiko K3RS

Penerapan manajemen risiko di Rumah Sakit X secara keseluruhan dapat dikatakan berada pada kategori cukup baik, sebagaimana ditunjukkan oleh 68,3% responden yang memberikan penilaian positif. Dari sisi kebijakan dan implementasi, rumah sakit dinilai telah berupaya menyampaikan potensi bahaya secara terbuka. Hal ini terlihat dari 90,8% responden yang menyatakan bahwa daftar risiko telah dipasang

dan dapat diakses di berbagai area kerja. Dukungan terhadap pelatihan serta kemudahan akses sistem juga dinilai memadai, dengan persentase yang sama menunjukkan bahwa sistem pencatatan dan analisis kejadian K3 dapat digunakan tanpa kendala yang berarti.

Pada aspek pelaporan insiden, budaya keselamatan kerja tampak berkembang dengan baik. Sebanyak 88,3% karyawan secara konsisten melaporkan insiden ringan, temuan ini sejalan dengan penelitian Gosal et al. (2024) yang menyatakan bahwa penguatan budaya keselamatan memiliki peran penting dalam mendorong pelaporan insiden secara menyeluruh sebagai upaya peningkatan keselamatan kerja. Namun demikian, hasil pengawasan dan evaluasi masih menunjukkan adanya beberapa kekurangan. Sebanyak 63,3% responden menilai bahwa investigasi kecelakaan kerja yang belum optimal, karyawan merasa belum nyaman melaporkan potensi bahaya sebanyak 62,5%, adanya prosedur kerja yang belum efektif (62,5%), serta adanya keengganan melapor karena takut (65,8%). Selain itu, masih terdapat risiko yang belum sepenuhnya dikendalikan (75,8%) dan penataan lingkungan kerja yang belum menerapkan prinsip ergonomi secara optimal (65,8%),

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan temuan Najihah et al. (2023) yang menyebutkan bahwa penerapan manajemen risiko merupakan langkah preventif yang menuntut pemetaan risiko sesuai karakteristik masing-masing unit kerja untuk menekan angka kecelakaan. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa ketidaksesuaian antara dokumen dan kondisi aktual sering berkaitan dengan keterbatasan infrastruktur atau penataan barang yang berlebihan di ruang kerja, sehingga mempersempit ruang gerak dan meningkatkan risiko tersandung maupun terjatuh. Oleh sebab itu, upaya pengendalian melalui perbaikan sarana prasarana serta penempatan alat kesehatan secara aman menjadi penting agar pelaksanaan manajemen risiko tidak berhenti pada aspek administratif semata. Temuan serupa juga disampaikan oleh Tri Utami et al. (2024) yang menekankan bahwa hambatan dalam implementasi manajemen risiko kerap dipengaruhi oleh keterbatasan fasilitas dan lingkungan kerja yang belum ergonomis.

Manajemen risiko merupakan proses yang dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja serta penyakit akibat kerja di lingkungan rumah sakit, sebagaimana diatur dalam Permenkes RI Nomor 6 Tahun 2016. Achmad (2022) menyatakan bahwa penerapan manajemen risiko yang efektif ditandai oleh kemampuan organisasi dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan mengendalikan risiko secara tepat, sehingga dapat mewujudkan lingkungan kerja yang aman bagi seluruh tenaga kerja. Sebagaimana yang dikutip dari teori yang

terdahulu oleh Pebriyanti et al (2024), tujuan dari K3RS yaitu menciptakan tempat kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit sehingga proses pelayanan berjalan baik dan lancar.

Berdasarkan temuan tersebut, penulis menilai bahwa Rumah Sakit X menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara dokumen dan kondisi aktual yang mencapai 33,3% mengindikasikan bahwa manajemen risiko belum sepenuhnya terinternalisasi sebagai budaya kerja, melainkan masih cenderung dipandang sebagai kewajiban dokumentasi. Oleh karena itu, penulis merekomendasikan agar pihak manajemen tidak hanya berfokus pada penyusunan dan pemajangan daftar risiko, tetapi juga secara konsisten melakukan verifikasi lapangan guna memastikan bahwa informasi risiko yang terdokumentasi benar - benar merepresentasikan potensi bahaya nyata di ruang perawatan maupun area penunjang.

Kesiapsiagaan Tenaga Medis dan Non-Medis

Hasil penelitian yang melibatkan 120 responden menunjukkan bahwa tingkat kesiapsiagaan sebagian besar responden berada pada kategori baik, dengan jumlah 106 orang atau sebesar 88,3%. Capaian ini mencerminkan efektivitas kebijakan dan prosedur kedaruratan yang telah diterapkan. Hal tersebut terlihat dari 91,7% responden yang menyatakan telah memahami mekanisme pelaporan bahaya serta mengetahui dokumen-dokumen penting yang harus diamankan ketika terjadi bencana. Dari aspek pelaksanaan, kesiapsiagaan ini juga didukung oleh pemahaman 81,7% unit kerja telah melakukan pendokumentasian temuan risiko secara rutin.

Meskipun demikian, hasil pengawasan dan evaluasi masih mengidentifikasi sejumlah kendala, terutama pada aspek pelaporan insiden. Intensitas pengawasan lapangan dinilai sudah optimal, mengingat 82,5% responden menilai bahwa inspeksi keselamatan di unit berisiko telah dilakukan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Maharani et al. (2024) yang menyebutkan bahwa tingkat kepatuhan staf sangat dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap pentingnya pelaporan setiap potensi risiko, sehingga pelaksanaan pengawasan berkala yang konsisten di seluruh lini organisasi menjadi hal yang penting.

Hasil penelitian ini juga selaras dengan temuan Rifdha et al. (2024) yang menyatakan bahwa kesiapsiagaan dalam menghadapi kondisi darurat sangat dipengaruhi oleh komitmen manajemen serta tingkat pemahaman staf terhadap prosedur pelaporan dan penanganan awal insiden. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian Kharisma dan Lailiyah (2024) yang menegaskan bahwa kesiapan staf

merupakan komponen penting dalam manajemen fasilitas dan keselamatan rumah sakit, baik untuk mendukung proses akreditasi maupun untuk menjamin keselamatan pasien dan tenaga kerja.

Kesiapsiagaan merupakan rangkaian upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya bencana melalui pengorganisasian serta penerapan langkah-langkah yang tepat dan efektif, sebagaimana diatur dalam Permenkes RI Nomor 6 Tahun 2016. Prayitno dan Widiastuti (2024) menjelaskan bahwa kesiapsiagaan yang optimal tidak hanya mencakup kesiapan teknis, tetapi juga kesiapan mental karyawan dalam mengenali rambu keselamatan serta kemauan untuk terlibat aktif dalam sistem pengawasan keselamatan di lingkungan rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, penulis menilai bahwa tingkat kesiapsiagaan tenaga medis dan non medis secara umum sudah berada pada kategori baik, yang tercermin dari tingginya persentase pemahaman terhadap mekanisme pelaporan, dokumentasi risiko, serta pelaksanaan inspeksi keselamatan di unit kerja. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan dan prosedur kedaruratan yang diterapkan oleh rumah sakit telah berjalan cukup efektif dalam meningkatkan kesadaran dan kesiapan staf. Namun demikian, penulis juga melihat masih adanya peluang perbaikan, terutama pada aspek konsistensi pelaporan insiden dan penguatan budaya keselamatan agar seluruh tenaga kerja memiliki keberanian dan keterlibatan aktif dalam sistem pelaporan. Oleh karena itu, peningkatan pelatihan berkala, penguatan pengawasan, serta dukungan manajemen yang berkelanjutan diperlukan untuk memastikan kesiapsiagaan dapat dipertahankan dan ditingkatkan secara optimal.

Analisis Berdasarkan Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian, karakteristik responden memberikan Gambaran yang lebih mendalam mengenai distribusi persepsi terhadap manajemen risiko dan kesiapsiagaan di Rumah Sakit X sebagai berikut :

Analisis berdasarkan kelompok tenaga kerja

Mengacu pada Tabel 4.4, distribusi responden menurut kelompok tenaga kerja menunjukkan bahwa mayoritas responden berasal dari tenaga medis sebanyak 99 orang (82,5%), sedangkan tenaga non-medis sebanyak 21 orang (17,5%). Pada variabel manajemen risiko, tenaga medis lebih banyak berada pada kategori baik yaitu sebanyak 68 responden dibandingkan kategori kurang baik sebanyak 31 responden. Sementara itu, pada tenaga non-medis terdapat 14 responden dengan kategori manajemen risiko baik dan 7 responden kategori kurang baik.

Pada variabel kesiapsiagaan, tenaga medis juga menunjukkan dominasi pada kategori baik yaitu sebanyak 89 responden dan kategori kurang baik sebanyak 10 responden. Adapun pada tenaga non-medis, sebanyak 17 responden berada pada kategori kesiapsiagaan baik dan 4 responden pada kategori kurang baik. Temuan ini menunjukkan bahwa baik pada aspek manajemen risiko maupun kesiapsiagaan, kelompok tenaga medis memiliki proporsi kategori baik yang lebih tinggi dibandingkan tenaga non-medis.

Persepsi bahwa K3 identik dengan keselamatan pasien dan tindakan medis cenderung membuat tenaga non-medis memandang prosedur keselamatan yang ada kurang relevan dengan tugas operasional mereka. Selain itu, arah kebijakan pelatihan yang masih lebih berfokus pada tenaga medis turut memperkuat kesenjangan pemahaman tersebut. Sejalan dengan pandangan Prayitno dan Widiastuti (2024), pemerataan pelatihan K3 bagi tenaga medis dan non-medis menjadi langkah strategis agar standar keselamatan tidak hanya dipahami dalam konteks klinis, tetapi juga terinternalisasi secara operasional di seluruh unit rumah sakit. Pendekatan ini penting untuk memastikan bahwa seluruh pekerja, tanpa memandang jenis pekerjaannya, memiliki kapasitas yang setara dalam mengenali risiko dan menerapkan upaya pencegahan secara efektif. Hal ini selaras dengan teori yang telah dikemukakan oleh Saihudin (2019) yang mengatakan bahwa K3 merupakan tanggung jawab semua pihak yang ada di dalam perusahaan.

Penulis mengidentifikasi adanya kecenderungan penerapan K3 yang berfokus pada tenaga medis di Rumah Sakit X. Penekanan yang kurang terhadap pemahaman K3 pada tenaga non-medis berpotensi menimbulkan risiko serius bagi pengelolaan keselamatan rumah sakit. Area non-medis, seperti dapur, laundry, dan area parkir, memiliki potensi bahaya fisik yang dalam beberapa kondisi dapat lebih fatal dibandingkan area pelayanan klinis. Kondisi ini menunjukkan bahwa keselamatan dan kesehatan kerja merupakan tanggung jawab bersama, karena kelalaian di satu unit non-medis, misalnya korsleting listrik di gudang, dapat berdampak luas dan mengancam keselamatan seluruh penghuni rumah sakit. Oleh karena itu, penulis menekankan pentingnya penerapan strategi edukasi K3 yang lebih inklusif, dengan pendekatan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh seluruh kelompok tenaga kerja, tidak terbatas pada istilah teknis medis semata.

Analisis berdasarkan pendidikan terakhir

Ditinjau dari karakteristik pendidikan terakhir pada Tabel 4.4, mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan D3 sebanyak 79 orang (65,8%), diikuti oleh pendidikan S1/Profesi sebanyak 36 orang (30,0%), dan SMA/SMK/D4 sebanyak 5

orang (4,2%). Pada variabel manajemen risiko, responden dengan pendidikan D3 menunjukkan dominasi pada kategori baik yaitu sebanyak 54 responden dibandingkan kategori kurang baik sebanyak 25 responden. Responden dengan pendidikan S1/Profesi juga lebih banyak berada pada kategori baik yaitu 25 responden dibandingkan kategori kurang baik sebanyak 11 responden. Sementara itu, pada kelompok pendidikan SMA/SMK/D4 terdapat 3 responden kategori baik dan 2 responden kategori kurang baik.

Pada variabel kesiapsiagaan, pola yang serupa juga terlihat, dimana responden dengan pendidikan D3 memiliki kategori kesiapsiagaan baik sebanyak 57 responden dan kurang baik sebanyak 22 responden. Pada pendidikan S1/Profesi, sebanyak 26 responden berada pada kategori baik dan 10 responden kategori kurang baik. Adapun pada pendidikan SMA/SMK/D4, sebanyak 3 responden termasuk kategori kesiapsiagaan baik dan 2 responden kategori kurang baik.

Temuan ini menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan D3 mendominasi kategori baik baik pada manajemen risiko maupun kesiapsiagaan, sejalan dengan proporsi jumlah responden yang paling besar pada kelompok pendidikan tersebut. Responden dengan pendidikan S1 atau profesi umumnya memiliki kemampuan analisis risiko yang lebih baik secara konseptual, sementara responden dengan pendidikan menengah atau diploma pada tingkat tertentu justru menunjukkan kepekaan yang lebih tinggi terhadap bahaya fisik di lapangan. Hal ini dapat dipahami mengingat kelompok terakhir lebih sering terlibat langsung dalam aktivitas teknis operasional sehari-hari.

Secara umum, jenjang pendidikan yang lebih tinggi memang berkontribusi terhadap kepatuhan pada sistem manajemen risiko yang bersifat administratif, namun tidak selalu diikuti dengan kenyamanan dalam menyampaikan laporan potensi bahaya secara terbuka. Temuan bahwa masih terdapat 27,5% responden yang merasa kurang nyaman untuk melaporkan bahaya, meskipun mayoritas berpendidikan tinggi, menegaskan bahwa kesiapsiagaan tidak hanya ditentukan oleh kapasitas intelektual yang dibentuk melalui pendidikan formal. Faktor budaya organisasi di masing-masing unit kerja turut memegang peranan penting dalam membentuk perilaku pelaporan. Sejalan dengan pendapat Tri Utami et al. (2024), meskipun staf telah memahami prosedur keselamatan secara teoritis, hambatan dalam keterbukaan pelaporan insiden lebih sering dipengaruhi oleh dinamika budaya organisasi dibandingkan dengan jenjang pendidikan yang dimiliki. Hal ini selaras dengan teori terdahulu yang dikemukakan oleh Iswadi (2023) yang menyatakan bahwa hambatan utama dalam mencapai keselamatan di rumah sakit tidak terletak pada aspek teknis,

melainkan pada keyakinan, keinginan, budaya, dan pilihan individu maupun organisasi.

Penulis menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan formal lebih banyak menjamin penguasaan aspek kognitif, namun tidak secara otomatis berdampak pada perubahan perilaku atau keterampilan psikomotorik di lapangan. Temuan bahwa lulusan diploma menunjukkan kepekaan yang lebih tinggi terhadap potensi bahaya fisik mengindikasikan bahwa pengalaman praktis dan pengetahuan tersirat (*tacit knowledge*) memiliki peran yang lebih signifikan dalam upaya mitigasi risiko K3 dibandingkan pencapaian gelar akademik semata. Oleh karena itu, penulis merekomendasikan agar pihak rumah sakit memanfaatkan staf senior atau tenaga lapangan yang memiliki pengalaman kerja memadai, meskipun berlatar belakang pendidikan diploma, sebagai *safety champion* atau mentor bagi staf baru dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, guna memperkuat pembelajaran kontekstual dan penerapan keselamatan kerja secara nyata.

Analisis berdasarkan masa kerja

Ditinjau dari karakteristik lama masa kerja pada Tabel 4.4, responden dengan masa kerja kurang dari 5 tahun merupakan kelompok terbanyak yaitu 44 orang (36,7%), diikuti masa kerja 5–10 tahun sebanyak 38 orang (31,7%), serta masa kerja lebih dari 10 tahun sebanyak 38 orang (31,6%).

Pada variabel manajemen risiko, responden dengan masa kerja <5 tahun menunjukkan kategori baik sebanyak 30 orang (68,2%) dan kategori kurang baik sebanyak 14 orang (31,8%). Pada kelompok masa kerja 5–10 tahun, kategori baik sebanyak 26 responden (68,4%) dan kurang baik sebanyak 12 responden (31,6%). Sementara itu, pada masa kerja >10 tahun terdapat 26 responden (68,4%) dalam kategori baik dan 12 responden (31,6%) kategori kurang baik. Hasil ini menunjukkan bahwa proporsi manajemen risiko kategori baik relatif konsisten pada seluruh kelompok masa kerja. Sedangkan pada variabel kesiapsiagaan tenaga medis dan non-medis, responden dengan masa kerja <5 tahun memiliki kategori baik sebanyak 31 orang (70,5%) dan kurang baik sebanyak 13 orang (29,5%). Pada masa kerja 5–10 tahun, kategori baik sebanyak 27 responden (71,1%) dan kurang baik sebanyak 11 responden (28,9%). Adapun pada masa kerja >10 tahun, kategori baik sebanyak 28 responden (73,7%) dan kategori kurang baik sebanyak 10 responden (26,3%). Temuan ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan proporsi kesiapsiagaan kategori baik seiring bertambahnya masa kerja responden. Pengalaman kerja yang panjang membuat mereka lebih peka terhadap potensi bahaya, seiring dengan paparan langsung terhadap perubahan risiko dan dinamika kerja yang terjadi dari

waktu ke waktu di unit masing-masing. Sementara itu, responden dengan masa kerja kurang dari lima tahun umumnya masih berada dalam fase penyesuaian. Walaupun kelompok ini memiliki bekal pengetahuan teoretis yang relatif baru dari pendidikan atau pelatihan, mereka sering kali menunjukkan keraguan dalam mengambil langkah kesiapsiagaan maupun dalam menyampaikan laporan potensi bahaya.

Faktor hierarki dan kekhawatiran melakukan kesalahan prosedur menjadi alasan yang cukup memengaruhi perilaku tersebut. Kondisi ini menegaskan bahwa pengalaman kerja yang panjang memang meningkatkan ketajaman dalam mengenali risiko, tetapi tidak dapat berdiri sendiri tanpa dukungan sistem manajemen yang responsif dan transparan.

Temuan bahwa 31,7% responden masih menilai dokumen K3 tertinggal dibandingkan dinamika risiko di lapangan memperlihatkan pentingnya pengawasan dan pembaruan manajemen risiko secara berkelanjutan bagi seluruh karyawan, tanpa memandang lama masa kerja. Sejalan dengan pendapat Maharani et al. (2024), meskipun masa kerja memiliki keterkaitan dengan tingkat kepatuhan, keberhasilan implementasi program K3RS tetap sangat bergantung pada pelaksanaan pengawasan dan inspeksi berkala yang konsisten di semua jenjang masa kerja. Sejalan dengan pendapat Nugroho & Nurhayati (2025), meskipun masa kerja memiliki keterkaitan dengan tingkat kepatuhan, keberhasilan implementasi program K3RS tetap sangat bergantung pada pelaksanaan pengawasan dan inspeksi berkala yang konsisten di semua jenjang masa kerja.

Berdasarkan data tersebut, penulis mengidentifikasi adanya kesenjangan keberanian dalam menyampaikan isu keselamatan antara staf senior dan staf junior. Staf dengan masa kerja lebih panjang cenderung memiliki tingkat kepercayaan diri yang lebih tinggi karena pengalaman kerja yang dimiliki, sementara staf junior dengan masa kerja kurang dari lima tahun sering kali terhambat oleh struktur hierarki yang ada. Kondisi ini menunjukkan perlunya upaya organisasi dalam menciptakan sistem mentorship K3 yang memungkinkan staf senior berbagi pengetahuan kontekstual dan pengalaman terkait risiko di unit kerja masing-masing, tanpa menimbulkan rasa terintimidasi pada staf junior. Di sisi lain, masa kerja yang panjang tidak seharusnya menimbulkan sikap puas diri, melainkan dimanfaatkan sebagai modal untuk mendorong pembaruan dan penyesuaian dokumen risiko, mengingat masih adanya penilaian dari 31,7% responden yang menyatakan bahwa dokumen tersebut belum sepenuhnya sesuai dengan kondisi aktual di lapangan.

Berdasarkan sudut pandang penulis, masa kerja merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi tingkat pemahaman, sikap, serta kesiapsiagaan tenaga

medis dan non-medis dalam penerapan manajemen risiko dan keselamatan kerja di rumah sakit. Responden dengan masa kerja yang lebih lama umumnya memiliki pengalaman kerja yang lebih luas sehingga lebih terbiasa dalam mengenali potensi bahaya, memahami alur kerja, serta menerapkan prosedur Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dalam aktivitas sehari-hari. Pengalaman tersebut memungkinkan tenaga kerja untuk merespons situasi berisiko secara lebih cepat dan tepat berdasarkan pembelajaran dari pengalaman sebelumnya. Lamanya masa kerja tidak selalu berbanding lurus dengan kualitas implementasi manajemen risiko dan kesiapsiagaan apabila tidak diimbangi dengan peningkatan kompetensi melalui pelatihan, sosialisasi kebijakan terbaru, serta evaluasi berkala.

Perubahan dinamika risiko kerja di lingkungan rumah sakit menuntut tenaga kerja untuk terus memperbarui pengetahuan dan keterampilan agar tetap selaras dengan standar keselamatan yang berlaku. Oleh karena itu, menurut penulis, masa kerja perlu didukung oleh sistem pembinaan berkelanjutan dan penguatan budaya keselamatan kerja agar implementasi K3RS dapat berjalan secara optimal dan merata pada seluruh kelompok tenaga kerja, baik medis maupun non-medis.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) pada tenaga medis dan non-medis di Rumah Sakit X secara umum telah berjalan dengan baik. Mayoritas responden menyatakan bahwa identifikasi potensi bahaya, pelaporan insiden kerja, serta pelaksanaan program keselamatan telah dilakukan secara memadai. Tingkat kesiapsiagaan tenaga medis dan non-medis dalam menghadapi kondisi darurat juga tergolong baik, ditunjukkan oleh tingginya pemahaman mengenai prosedur tanggap darurat dan dokumentasi risiko. Namun demikian, masih ditemukan beberapa aspek yang perlu ditingkatkan, seperti kesesuaian dokumen risiko dengan kondisi lapangan, kemudahan akses sistem pelaporan kejadian K3, kenyamanan karyawan dalam melaporkan potensi bahaya, serta pemahaman terhadap kode warna rumah sakit. Berdasarkan karakteristik responden, implementasi K3RS melibatkan tenaga kerja dengan latar belakang pendidikan dan masa kerja yang beragam, sehingga diperlukan strategi pembinaan yang merata dan berkelanjutan.

Berdasarkan temuan tersebut, manajemen rumah sakit disarankan untuk melakukan pembaruan dokumen K3RS secara berkala, meningkatkan sosialisasi dan pelatihan keselamatan kerja, serta memperkuat budaya pelaporan insiden dan potensi bahaya di lingkungan kerja. Instansi pendidikan dapat memanfaatkan hasil penelitian

ini sebagai referensi dalam pengembangan materi pembelajaran terkait manajemen risiko dan kesiapsiagaan bencana di fasilitas kesehatan. Tenaga medis dan non-medis diharapkan meningkatkan partisipasi aktif dalam penerapan K3RS untuk mendukung terciptanya budaya keselamatan kerja yang berkelanjutan. Penelitian ini memiliki keterbatasan pada proses pengumpulan data menggunakan kuesioner yang memerlukan waktu cukup lama sehingga berpotensi memengaruhi konsentrasi responden. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan menggunakan metode yang lebih komprehensif, seperti kombinasi survei, observasi, dan wawancara mendalam, serta menambahkan variabel lain yang berkaitan dengan efektivitas implementasi K3RS.

REFERENSI

- Abdullah, R., Lestari, D. H., Alviana, F., & P., D. M. (2023). *Antropologi kesehatan*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Aditya, G. (2020). Pengertian (definisi) K3 (keselamatan dan kesehatan kerja). https://temank3.kemnaker.go.id/page/detail_news/5/62e5d2b779e51361bec18520e075af19
- Ahmad, R. A. (2021). *Buku teks epidemiologi untuk kesehatan masyarakat*. Gadjah Mada University Press.
- Astuti, N. D., Hapsan, A., Herianto, Mutmainna, Warsyidah, A. A., Riskawati, Mahmud, N., Febriana, B. W., & Toron, V. B. (2024). *Prinsip-prinsip pengukuran dan evaluasi pendidikan: Disertai dengan contoh kasus*. CV. Ruang Tentor.
- C. A., Suriyani, Kushayati, N., Vianitati, P., & Nofianti. (2022). *Keselamatan pasien dan keselamatan kesehatan kerja dalam keperawatan*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Darmayani, S., Sa'diyah, A., Supiati, Muttaqin, M., Rachmawati, F., Widia, C., Lolita, M., Rahayu, E. P., Indiyati, D., Sunarsieh, Bachtiar, E., & Meditama, R. F. (2023). *Kesehatan keselamatan kerja (K3)*. Penerbit Widiana.
- Ekawaty, D., Windarti, S., Nuryadin, A. A., Totong, J., Haryati, V., Magindra, Adnyana, I. M. B., Rezeki, S. F., Wahyuningsih, A., & Pratiwi, R. D. (2024). *Manajemen rumah sakit*. Pena Cendekia Pustaka.
- Hasibuan, Z. E. (2024). *Metodologi penelitian pendidikan*. AE Publishing.
- Hertiana, Nurbaiti, Mahmud, M. H., Latifah, A., Eppang, M., Hidayat, N., Astuti, S. D., Azhari, M., Malaikosa, E. J., Iswahyudi, M. S., Djajasinga, N. D., Thamrim, H., Syamsuddin, & Fauzan, M. (2024). *Manajemen logistik dan rantai pasok terintegrasi* (1st ed.). CV. Rey Media Grafika.
- Irawan, Y. G., Judijanto, L., Adnanti, W. A., Nurhayati, Ardhianingtyas, N., &

- Maruddani, W. (2025). *Kesehatan dan keselamatan kerja (K3)*. PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Iriani, N., Dewi, S. S. A. K. R., Talli, A. S. D., Surianti, Setyowati, D. N., Lisarani, V., Arjang, Nurmillah, & Nuraya, T. (2022). *Metodologi penelitian*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Iswadi. (2022). *Keselamatan pasien, keselamatan, dan kesehatan kerja*. Penerbit P4I.
- Iswadi. (2023). *Keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan kerja*. P4I.
- Kementerian Ketenagakerjaan Republik Indonesia. (2025). *Kasus kecelakaan kerja tahun 2024*. <https://satudata.kemnaker.go.id/data/kumpulan-data/2447>
- Kharisma, V. Y., & Lailiyah, S. (2024). Tinjauan manajemen fasilitas dan keselamatan rumah sakit terhadap kesiapan dalam menghadapi akreditasi: Literature review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5.
- Milah, A. S. (2023). *Keselamatan pasien dan keselamatan kerja (K3)*. Edu Publisher.
- Mutalazimah. (2025). *Metode penelitian kesehatan*. Muhammadiyah University Press.
- Nasution, U. H., & Junaidi, L. D. (2024). *Metodologi penelitian*. Serasi Media Teknologi.
- Najihah, K., Meliala, S. A., Sulisna, A., Syahputri, S., & Apriani, N. (2023). Penerapan manajemen risiko keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit Khusus Mata Medan Baru. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6.
- Nugroho, D., & Nurhayati. (2025). Analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan kesehatan dan keselamatan kerja pada perawat Rumah Sakit Dr. AK Gani Palembang tahun 2024. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 9.
- Pati, D. U., Setiyadi, A., Mufarokhah, H., Imran, R. A., Kosasih, Sukardin, Melanie, R., Suwignyo, Tandilangi, E., Musdalifah, Adhianata, H., Sihombing, E. S. R., Palilingan, R. A., Sidabutar, S., & Ningtyas, R. (2023). *Kesehatan dan keselamatan kerja*. Sada Kurnia Pustaka.
- Pebriyanti, D. O., Dewi, N., Febiyani, A., Sitepu, F., Astoeti, D., & Laksono, R. D. (2024). *Buku ajar K3 rumah sakit*. PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Permata, M. (2024). Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja pada pegawai di rumah sakit. *Jurnal Anestesi: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*.
- Pradana, F. K., & Iqbal, M. (2024). Program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit: Evaluasi sistematis implementasi dan strategi peningkatan. *Journal Occupational Health Hygiene and Safety*.
- Prayitno, & Widiastuti, N. (2024). Evaluasi pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. *Jurnal Riset Akuntansi dan Bisnis Indonesia STIE Widya Wiwaha*, 4.

- Rahman, Z. (2016). *Pengantar statistika*. Indonesia Prime.
- Retnaningsih, D., Deraya, R. A., Putri, I. A., Selviana, S., & Sukesni, N. (2024). *Optimalisasi asuhan keperawatan: Mengatasi tantangan pada pasien kanker payudara selama kemoterapi*. Penerbit NEM.
- Rifdha, A., Oesraini, M. D. D., & Hasibuan, A. (2024). Analisis kesiapsiagaan tanggap darurat kebakaran dan komitmen manajemen rumah sakit di Indonesia. *Indonesian Journal of Innovation Multidisipliner Research*, 2.
- Rizky, G., Hildawati, H., Judijanto, L., Jumiono, A., Syafruddin, S., Kusmayadi, Y., Puspawati, E., Pradhita, Y., Laksono, R. D., & Wibowo, S. E. (2024). *Dasar-dasar manajemen sumber daya manusia: Konsep, teori, dan penerapannya dalam organisasi*. PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Roflin, E., & Pariyana. (2022). *Metode penelitian kesehatan*. Penerbit NEM.
- Saihudin. (2019). *Manajemen sumber daya manusia*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Sangadji, E. M., & Sopiah. (2024). *Metodologi penelitian: Pendekatan praktis dalam penelitian disertai contoh proposal penelitian*. Penerbit Andi.
- Setiawan, B., Doda, D. V. D., & Kristanto, E. (2020). Evaluasi implementasi sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit. *Public Health and Community Medicine*, 1(1).
- Setyawan, F. E. B. (2017). *Pengantar metodologi penelitian*. Zifatama Jawa.
- Sholihat, S., H.P., Y. A., Zani, A. Y. P., Nurmadinisia, R., Wulan, I. P., Susilawati, Afriyanti, D., Hidayah, A. J., Prasasti, A. K., Pamungkas, R. W., Farma, A. S., & Paramita, A. (2025). *Organisasi manajemen kesehatan*. CV Jejak.
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *Dasar metodologi penelitian*. Literasi Media Publishing.
- Sofyan, A. S. (2022). *Metodologi penelitian ekonomi Islam*. Penerbit Lindan Bestari.
- Suhariono. (2019). *Pengelolaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Sulistyo, U. (2023). *Metode penelitian kualitatif*. PT Salim Media Indonesia.
- Suratmi, Handayani, P. A., Rahmawati, A. N., Laili, N., & Septianingtyas, M. C. A. (2020). *Keselamatan pasien dan keselamatan kesehatan kerja dalam keperawatan*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Surjaatmadja, S., & Recky. (2024). *Metodologi penelitian untuk kualitas riset terbaik*. Zahen Publisher.
- Syahbudi, M., Barus, E. E., & Barus, D. S. (2023). *Metodologi penelitian ekonomi Islam*. Merdeka Kreasi Group.
- Tjalla, A., Wahyuni, L. D., & Afriadi, B. (2023). *Konstruksi alat ukur dalam pendidikan*.

Nathaniela Kezia Hermawan, et al.

UNJ Press.

Utami, A. T., Yuliaty, F., & Purwanda, E. (2024). Hubungan antara faktor penghambat dengan pelaksanaan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit. *Jurnal Cendekia Ilmiah*, 3.

Utami, Y., Rasmana, P. M., & Khairunnisa. (2023). Uji validitas dan uji reliabilitas instrumen penilaian kinerja dosen. *Jurnal Sains dan Teknologi*, 4.

Wijaya, I. W. S., & Saputra, I. K. D. A. (2024). *Manajemen sumber daya manusia rumah sakit*. Cendekia Publisher.