

LAMPIRAN

**FORMULIR CHECKLIST PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)
DALAM PENANGANAN LIMBAH MEDIS PADAT DAN LINEN DI RUMAH SAKIT**

A. Bagi Petugas Cleaning Service

No	Penggunaan APD	Digunakan	Tidak Digunakan
1	Kacamata Google		
2	Sarung Tangan		
3	Masker		
4	Sepatu Boot		
5	Apron/Hazmat		

Referensi KTI Simon Lubis Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Dalam Penanganan Sampah dan Linen di Rumah Sakit Prima Husada Cipta Medan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Kesehatan Lingkungan. Medan

**KUESIONER PENELITIAN FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PERILAKU PETUGAS DALAM PENANGANAN LIMBAH MEDIS PADAT DAN
LINEN DI RUMAH SAKIT**

A. Pengetahuan

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda tahu apa yang dimaksud alat pelindung diri?		
2	Apakah anda tahu cara menggunakan alat pelindung diri yang benar?		
3	Apakah anda tahu dampak dari tidak menggunakan alat pelindung diri?		
4	Apakah anda tahu dampak positif menggunakan alat pelindung diri pada saat bekerja?		
5	Apakah anda mengetahui jenis-jenis alat pelindung diri seperti alat pelindung kepala, mata, telinga, pernafasan, tangan, kaki, pakaian pelindung?		
6	Apakah anda mengetahui fungsi dari alat pelindung diri?		
7	Apakah anda mengetahui standar dari alat pelindung diri?		
8	Apakah anda mengetahui syarat-syarat alat pelindung diri?		

B. Sikap

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Alat pelindung diri dipergunakan untuk melindungi dari bahaya		
2	Alat pelindung diri harus enak dipakai dan tidak mengganggu dalam bekerja		
3	Alat pelindung diri yang telah dipakai seseorang tenaga kerja tidak boleh dipakai tenaga kerja lain		
4	Penggunaan sarung tangan supaya melindungi tangan dari benda keras dan tajam selama menjalankan pekerjaan?		
5	Bekerja tanpa menggunakan alat pelindung diri lebih berbahaya dari pada bekerja dengan menggunakan alat pelindung diri		
6	Memakai alat pelindung diri sangat bermanfaat bagi tenaga kerja mencegah dan mengurangi kecelakaan kerja		
7	Pemakaian masker sangat bermanfaat untuk menghindari penyakit akibat kerja		
8	Safety Shoes melindungi kaki pengguna dari percikan cairan dan lantai yang licin		

C. Tindakan

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Rumah sakit menyediakan alat pelindung diri		
2	Petugas memakai alat pelindung diri saat akan bekerja		
3	Setiap pekerja wajib merawat alat pelindung diri yang telah disediakan		
4	Memakai masker saat bekerja		
5	Memakai sarung tangan saat bekerja		
6	Memakai pakaian kerja saat bekerja		
7	Memakai safety shoes saat bekerja		
8	Mengganti masker setiap bekerja		

Referensi Permenaker No. 08 Tahun 2010 Tentang Alat Pelindung Diri

Nama :
 NIM :
 Lembar 1 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nama :
 NIM :
 Lembar 2 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nama :
 NIM :
 Lembar 3 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nama :
 NIM :
 Lembar 4 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nama :
 NIM :
 Lembar 5 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PEMERINTAH KOTA BANDUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 Jl. Rumah Sakit No. 23 Ujungberung - Bandung, Kode Pos : 40612
 Telp. 7811794-7811793-7807191-780001 Fax. (022) 7809581
 website : rsudkotabandung.web.id
 Email : rsudkotabandung@yahoo.com
 rsudkotab@gmail.com

Bandung, 7 Juni 2021

Nomor : 070/196/b-RSUD
 Lampiran :
 Sifat : Biasa
 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian


Kepada Yth:
 Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan
 Bandung
 Jurusan Keperawatan Lingsingungan
 di Tempat

Menindak Lanjuti Surat Sudsana No. DM.02.04.4.31/2021 Tanggal 30 Maret 2021, tentang permohonan Perizinan Penelitian, atas nama:

Nama : Akhmad Rizki Fadilah
 NPM : 017333118036
 Program Studi : Keperawatan Lingsingungan
 Jurusan : Keperawatan Lingsingungan
 Fakultas : Keperawatan Lingsingungan

Pada pengisiannya kami tidak kesediaan atas permohonan tersebut dengan pelaksanaan harus sesuai dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Harus mengikuti Perizinan / foto oris yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.
2. Melampirkan Surat Rekomendasi dari Kepala Badan Kesehatan Bangsa, Perlindungan dan Pembangunan Masyarakat Praskot Bandung.
3. Hasil Penelitian agar di sampaikan kepada RSUD Kota Bandung dalam bentuk hard copy dan atau soft copy.
4. Ijin penelitian ini berlaku sampai dengan: **7 Agustus 2021**
5. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.


 DIREKTUR RSUD KOTA BANDUNG
 Drs. M. H. Sa'at
 NIP. 196406161990111002

Tambahan disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bagian/para Kepala Bidang RSUD Kota Bandung
2. Yth. Ka. Instalasi Kesling RSUD Kota Bandung
3. Yth. Ka. Unit Diklat RSUD Kota Bandung
4. Arsip.

Nama :
 NIM :
 Lembar 1 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nama :
 NIM :
 Lembar 2 dari 1

Judul: **Penelitian Tindakan Kelas**

No	Perbaikan	Ya	Tidak
1	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah penelitian ini dilaksanakan di kelas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RSUD KOTA BANDUNG
 Jl. Ruman Sakti No 22, Ujungbandung, Bandung
 Telp 7811784 - Hotline 7860017 - Fax 7829551
 rsud.bandung@live.com - rsudkotabandung.wed.id

TELAH LUNAS

KUITANSI NO : 044.20210618RUL - 2021051933557010 C# 1

Ahmad Rizki F.

KODE	PELAYANAN	SARF	BHP	Q	JUMLAH
RUL.00000	Diplat Penelitian	80.000,-	0,-	1	-
Total Tagihan :					80.000,-
Pembayaran Terdahulu :					0,-
Pembayaran Sektang :					80.000,-
Pembayaran Finansial :					0,-
Sisa Tagihan :					0,-
Sisa Deposit :					0,-

PEMERINTAH KOTA BANDUNG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Wastukencana No.2 Telp. 022-4230097 Bandung

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
 NOMOR : PP.09.01/603-Keabangpol/VI/2021

Dasar :

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penetapan Surat Keterangan Penelitian
5. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 08 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Bandung

Menimbang :

Surat Dari Politeknik Kesehatan Bandung Nomor : DM. 02.04.4.3/710/2021, Tanggal 05 Mei 2021, Perihal Penelitian

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

a. Nama : **AKHMAD RIZKI PADILLAH**

b. Alamat Lengkap : **Raurendah I A 3 No. 13, RT 005/RW 004, Desa Jeteleg, Kec. Rancaekek, Kabupaten Bandung**

c. Untuk :

- 1) Melakukan Penelitian dengan Judul "Gambaran Pengetahuan Skap dan Budaya Petugas dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Penanganan Limbah Medis Padat"
- 2) Lokasi : **Rumah Sakti Liman Daerah Ujung Bandung Kota Bandung**
- 3) Anggota Tim : **-**
- 4) Bidang Penelitian : **-**
- 5) Status Penelitian : **Baru**
- 6) Waktu Pelaksanaan : **19 Mei 2021 s.d 19 November 2021**

d. Melaporkan hasil Penelitian kepada Wakil Kota Bandung c.q Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandung, paling lambat 1 minggu setelah selesai.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk digunakan sepenuhnya.

Bandung, 19 Mei 2021
 a.n. **BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**
Drs. SUNDARMAGA MA, MAP
 Pembina Tk. I
 NIP. 19690320 199008 1 001



PEMBEBASAN ETIK
ETHICAL EXEMPTION

Nomor: 431 JUN.KEPEC/2021

Komisi Etik Penelitian Universitas Padjadjaran Bandung, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian serta menjamin bahwa penelitian yang menggunakan formulir survei/registrasi/surveilans/epidemiologi/humaniora/sosial/Budaya/Bahan Biologi Terapan/Gei/Panca dan non klinis lainnya berjalan dengan memperhatikan implikasi etik, hukum, sosial dan non klinis lainnya yang berlaku, telah mengkaji dengan teliti proposal penelitian berjudul:

The Research Ethics Committee Universitas Padjadjaran Bandung, in order to protect the rights and welfare of the research subject, and to guaranty that the research using survey questionnaire/registry/surveillance/epidemiology/humaniora/social-cultural/archived biological materials/stem cell/other non clinical materials, will carried out according to ethical, legal, social implications and other applicable regulations, has been throughly reviewed the proposal entitled:

CAMBARAN PENGETIMAHAN, SKIP DAN TINDAKAN PETUGAS DALAM PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI DALAM (APD) PADA PENANGANAN LIMBAH MEDIS PADAT

Nama Peneliti Utama : Ahmad Rizki Fadillah
Principal Researcher
Pembimbing/Peneliti Lain : Lubis Bambang Purnama, S.K.M., M.Kes
Supervisor/Other Researcher
Nama Institusi : Program D-3 Kesehatan Lingkungan
Institution : PutekKes Kemenkes Bandung

proposal tersebut dapat dibebaskan pelaksanaannya.
herby declare that the proposal is exempted.



Ditandatangani di : Bandung
Issued in
Tanggal : 19-05-2021
Date

M. Atik, dr. M.Kes., PhD
NP. 19511010 200801 1 019

Keterangan/Note:
Perubahan etik ini berlaku selama satu tahun sejak terdapat ditetapkan.
This ethical clearance is effective for one year from the date date.
Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komisi Etik Penelitian.
At the end of the research, progress and final summary report should be submitted to the Research Ethics Committee.
Jika ada perubahan atau penyimpangan protokol dan/atau perubahan penelitian, harus mengkonfirmasikan kembali permohonan kajian etik penelitian.
If there is any protocol modification or deviation and/or extension of the study, the Principal Investigator is required to resubmit the protocol for approval.
Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komisi Etik Penelitian.
If there are Serious Adverse Events (SAE) should be immediately reported to the Research Ethics Committee.





REKAPITULASI HASIL OBSERVASI PRILAKU PETUGAS												
Responden	Pertanyaan								F	N	%	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8				
Responden 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 4	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	88%	Baik

REKAPITULASI HASIL OBSERVASI SIKAP PETUGAS												
Responden	Pertanyaan								F	N	%	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8				
Responden 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik

REKAPITULASI HASIL OBSERVASI TINDAKAN PETUGAS												
Responden	Pertanyaan								F	N	%	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8				
Responden 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik
Responden 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	100%	Baik

