

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Yang menyetujui di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak keberatan diikut sertakan dalam penelitian **“Studi Komparasi Sebelum dan Sesudah Implementasi Cek Kartu SOP dan Inspeksi Terhadap Tingkat Kepatuhan Bekerja Aman pada Pekerja Perusahaan Penyedia Alat Berat di Kota Semarang”**. Dan saya bersedia untuk ikut aktif membantu demi kelancaran penelitian ini sampai selesai.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Kota Semarang, 2 Desember 2024

(.....)

## KUESIONER PRETEST

### STUDI KOMPARASI SEBELUM DAN SESUDAH IMPLEMENTASI CEK KARTU SOP DAN INSPEKSI TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN BEKERJA AMAN PADA PEKERJA PERUSAHAAN PENYEDIA ALAT BERAT DI KOTA SEMARANG

#### Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah setiap pernyataan secara baik dan teliti sebelum anda menjawab pertanyaan.
2. Isilah setiap pernyataan sesuai dengan kemampuan anda dan dengan sebenar-benarnya.
3. Setelah melakukan pengisian, mohon Bapak/Ibu mengembalikan kepada yang menyerahkan kuesioner.

#### IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama : \_\_\_\_\_
2. Lokasi/Divisi Kerja : \_\_\_\_\_
2. Umur : \_\_\_\_\_
3. Tingkat Pendidikan\* :  SD  SMP  SMA

\*centang yang perlu

#### KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

1. TP = Tidak Pernah
2. KK = Kadang-Kadang
3. J = Jarang
4. S = Selalu

No.	Pertanyaan	Kriteria Penilaian			
		TP	KK	J	S
1.	Saya selalu menggunakan APD pada saat bekerja.				
2.	Saya tidak mengembalikan APD pada tempatnya				
3.	Saya selalu menggunakan APD yang layak digunakan.				
4.	Saya tidak menggunakan APD sesuai dengan petunjuk yang semestinya.				
5.	Saya selalu merasa tidak nyaman menggunakan APD pada saat bekerja.				
6.	Saya tidak memindahkan peralatan keselamatan/APD dari tempatnya.				
7.	Saya tidak menjaga peralatan keselamatan /APD agar tetap berfungsi dengan baik.				



## KUESIONER POSTTEST

### STUDI KOMPARASI SEBELUM DAN SESUDAH IMPLEMENTASI CEK KARTU SOP DAN INSPEKSI TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN BEKERJA AMAN PADA PEKERJA PERUSAHAAN PENYEDIA ALAT BERAT DI KOTA SEMARANG

#### Petunjuk Pengisian:

4. Bacalah setiap pernyataan secara baik dan teliti sebelum anda menjawab pertanyaan.
5. Isilah setiap pernyataan sesuai dengan kemampuan anda dan dengan sebenar-benarnya.
6. Setelah melakukan pengisian, mohon Bapak/Ibu mengembalikan kepada yang menyerahkan kuesioner.

#### IDENTITAS RESPONDEN

3. Nama : \_\_\_\_\_
4. Lokasi/Divisi Kerja : \_\_\_\_\_
4. Umur : \_\_\_\_\_
5. Tingkat Pendidikan\* :  SD  SMP  SMA

\*centang yang perlu

#### KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

1. TP = Tidak Pernah
2. KK = Kadang-Kadang
3. J = Jarang
4. S = Selalu

No.	Pertanyaan	Kriteria Penilaian			
		TP	KK	J	S
1.	Saya selalu menggunakan APD pada saat bekerja.				
2.	Saya tidak mengembalikan APD pada tempatnya				
3.	Saya selalu menggunakan APD yang layak digunakan.				
4.	Saya tidak menggunakan APD sesuai dengan petunjuk yang semestinya.				
5.	Saya selalu merasa tidak nyaman menggunakan APD pada saat bekerja.				
6.	Saya tidak memindahkan peralatan keselamatan/APD dari tempatnya.				
7.	Saya tidak menjaga peralatan keselamatan /APD agar tetap berfungsi dengan baik.				
8.	Saya selalu menggunakan APD sesuai petunjuknya dan kegunaannya				



## KARTU CEK SOP

### Kartu Cek Komitmen SOP

Dengan ini yang bertanda tangan di bawah ini:

**Nama** : \_\_\_\_\_

**Lokasi/Divisi Kerja** : \_\_\_\_\_

Menyatakan akan **berkomitmen penuh** mematuhi dan melaksanakan pekerjaan pada hari \_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_\_ sesuai dengan **SOP** dan **standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)** yang berlaku di tempat kerja, serta siap menerima sanksi apabila melanggarnya.

SOP dapat scan berikut

Semarang,

2025



RAHASIA PERSH.



( \_\_\_\_\_ )