



**STUDI KUALITATIF UPAYA REVITALISASI POS UPAYA
KESEHATAN KERJA TERINTEGRASI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS CEPOGO KABUPATEN BOYOLALI TAHUN
2019**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:

Anggie Agustin Putri
NIM 6411415076

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020**

ABSTRAK

Anggie Agustin Putri

**Studi Kualitatif Upaya Revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi
Di Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019
XV + 159 halaman + 10 tabel + 16 gambar + 14 lampiran**

Informasi kesehatan dan perkembangan kesehatan kerja sektor informal relatif kurang mendapat perhatian, sehingga perlu diantisipasi dan diberikan solusi bagi hambatan dalam pelaksanaan K3 sektor informal. Salah satu upaya dalam pelaksanaan K3 sektor informal adalah Pos UKK. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk upaya revitalisasi pos upaya kesehatan kerja terintegrasi wilayah kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Instrumen penelitian menggunakan panduan wawancara, lembar observasi, dan lembar studi dokumen. Terdapat 5 informan yang ditentukan dengan teknik *purposive sampling* yaitu kepala puskesmas, penanggung jawab program, dan pekerja.

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan program Pos Upaya Kesehatan Kerja dari 14 indikator terdiri dari promotif dengan jumlah 5 indikator, preventif dengan 6 indikator, kuratif dengan 2 indikator, dan rehabilitatif dengan 1 indikator menghasilkan bahwa sebesar 28,6% (4 indikator) sesuai, 42,8% (6 indikator) belum sesuai, dan 28,6% (4 indikator) tidak ada. Simpulan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas Cepogo masih belum maksimal. Saran yang diberikan meliputi membuat perencanaan pelaksanaan yang lebih baik sampai monitoring dan evaluasi.

Kata kunci: Pelaksanaan, Revitalisasi, Pos UKK, Puskesmas

ABSTRACT

Anggie Agustin Putri

***Qualitative Study on the Effort to Revitalize Integrated Occupational Health Post in the Area of Cepogo Primary Health Care Center Boyolali Regency 2019
XV + 159 pages + 10 tables + 16 images + 14 appendices***

Health information and health development of the informal sector is relatively less attention, so it needs to be anticipated and given solutions for barriers in the implementation of K3 informal sector. One of the efforts in the implementation of K3 informal sector is Pos UKK. The purpose of this research is to revitalize the post of occupational health efforts integrated work area Puskesmas Cepogo District Boyolali.

This type of research is a qualitative descriptive. Research instruments use interview guides, observation sheets, and document study sheets. There are 5 informant that is determined by purposive sampling technique that is head of health care, program responsibility, and worker.

The results of the study showed the implementation of the occupational health Post program of 14 indicators consisting of promotive with 5 indicators, preventive with 6 indicators, curative with 2 indicators, and rehabilitative with 1 indicator resulted that of 28.6% (4 indicators) corresponds, 42.8% (6 indicators) are not yet compliant, and 28.6% (4 indicators) are not present. The conclusion in this research is the implementation of the program of Occupational health work at the Cepogo Puskesmas is still not maximized. The advice provided includes making better execution planning until monitoring and evaluation.

Keywords: implementation, revitalization, UKK Post, Puskesmas

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Skripsi yang berjudul “Studi Kualitatif Upaya Revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019” ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh Gelar Kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, November 2019

Penulis,


Anggie Agustin Putri

PERSETUJUAN

Skripsi dengan Judul “Studi Kualitatif Upaya Revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi di Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019” yang disusun oleh Anggie Agustin Putri, NIM 6411415076 telah disetujui untuk di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, November 2019

Pembimbing,



Evi Widowati, S.K.M., M.Kes

NIP. 198302062008122003

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Studi Kualitatif Upaya Revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi di Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019” yang disusun oleh Anggie Agustin Putri, NIM 6411415076 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Selasa, 10 Desember 2019

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A


Ketua
Prof. Dr. Tandiyah Rahayu, M.Pd
NIP. 1961032019840320001

Panitia Ujian:

Sekretaris,



Mardiana, S.K.M., M.Si.

NIP. 198004202005012003

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I,	 dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes. NIP 197409032006042001	8 / 01 / 2020
Penguji II,	 Drs. Herry Koesyanto, M.S. NIP 195801221986011001	6 / 01 / 2020
Penguji III,	 Evi Widowati, S.K.M., M.Kes. NIP 198302062008122003	26 / 12 / 2019

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTO:

“Tak selamanya langit itu kelam. Suatu saat akan cerah juga. Hiduplah dengan sejuta harapan. Habis gelap akan terbit terang” (Rhoma Irama)

PERSEMBAHAN:

Karya ini ku persembahkan untuk:

1. Ayahnda Sugeng, dan Ibunda Siti
2. Almamater Universitas Negeri Semarang

PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat, taufik, dan karunia-Nya sehingga Skripsi yang berjudul “Studi Kualitatif Upaya Revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019” dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Prodi Kesmas Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan penyelesaian penyusunan Skripsi, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas Surat Keputusan penetapan Dosen Pembimbing Proposal Skripsi ini.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Penguji I, Ibu dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes., atas saran dalam perbaikan Skripsi.
4. Penguji II, Bapak Drs. Herry Koesyanto, M.S., atas saran dalam perbaikan Skripsi.
5. Penguji III, Ibu Evi Widowati, S.K.M., M.Kes., atas bimbingan dan saran dalam perbaikan Skripsi
6. Kepala Puskesmas Cepogo, Ibu dr. Yunita atas ijin penelitian.

7. Pemegang program upaya kesehatan kerja Puskesmas Cepogo, Dwi Atmoko, S.K.M., atas informasi mengenai pelaksanaan Pos Upaya Kesehatan Kerja wilayah kerja Puskesmas Cepogo.
8. Ayahanda Sugeng Riyadi, Ibunda Siti Purwanti, atas do'a, kaih sayang, dorongan, dan motivasinya sehingga Proposal Skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Teman jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2015, atas kebersamaan, semangat, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
10. Semua pihak terlibat yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga kebaikan dari semua pihak mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa Skripsi ini jauh dari sempurna, oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, November 2019

Penyusun

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PENGESAHAN.....	vi
MOTO DAN PERSEMBAHAN	vii
PRAKATA	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR DOKUMENTASI	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	6
1.4 Manfaat	6
1.5 Keaslian Penelitian.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Usaha Kecil Menengah (UKM)	9
2.2 Sektor Informal	11
2.3 Potensi Permasalahan Sektor Informal	15
2.4 Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) Terintegrasi	29
2.5 Alasan Pembentukan Pos UKK Terintegrasi	40
2.6 Tujuan Pembentukan Pos UKK Terintegrasi	42
2.7 Manfaat Pembentukan Pos UKK Terintegrasi	43
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	46
3.1 Alur Pikir.....	46

3.2 Fokus Penelitian	47
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	47
3.4 Sumber Informasi	48
3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	50
3.6 Prosedur Penelitian.....	53
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data	54
3.8 Teknik Analisis Data.....	55
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	58
4.1 Gambaran Umum	58
4.2 Hasil Penelitian	62
BAB V PEMBAHASAN	77
5.1 Pembahasan.....	77
5.2 Kelemahan.....	87
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	88
6.1 Simpulan	88
6.2 Saran.....	89

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1: Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 2. 1: Kebutuhan Energi dan Protein selama bekerja (8 jam).....	27
Tabel 3. 1: Jumlah Informan.....	49
Tabel 4. 1: Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Cepogo.....	61
Tabel 4. 2: Karakteristik Informan.....	63
Tabel 4. 3: Parameter Promotif	64
Tabel 4. 4: Parameter Preventif.....	69
Tabel 4. 5: Parameter Kuratif.....	73
Tabel 4. 6: Parameter Rehabilitatif	75
Tabel 4. 7: Rekapitulasi Hasil	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1: Proses Produksi Industri Logam	13
Gambar 2. 2: Proses Produksi yang Menimbulkan Kebisingan.....	16
Gambar 2. 3: Proses Produksi Yang Menimbulkan Debu Logam	18
Gambar 2. 4: Proses Produksi Pembuatan Kerajinan Yang Menggunakan Bahan Kimia.....	18
Gambar 2. 5: Cidera Yang Berpotensi Dapat Dialami Oleh Pengrajin Tembaga.	20
Gambar 2. 6: Mekanisme penyebaran informasi kesehatan kerja	31
Gambar 2. 7: Mekanisme Surveilans Kesehatan Kerja.....	33
Gambar 2. 8: Pencatatan dan pelaporan	33
Gambar 2. 9: Penyediaan contoh dan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	35
Gambar 2. 10: Deteksi dini faktor risiko PTM	38
Gambar 2. 11: Alasan Pembentukan Pos UKK Terintegrasi	41
Gambar 2. 12: Kerangka Teori	44
Gambar 3. 1: Alur Pikir.....	46
Gambar 4. 1: Peta Administratif Kecamatan Cepogo.....	58
Gambar 4. 2: Puskesmas Cepogo.....	59
Gambar 6. 1: Upaya Revitalisasi Pos UKK.....	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Mapping Instrumen	98
Lampiran 2: Panduan Wawancara Pihak 1: Kepala Puskesmas	109
Lampiran 3: Panduan Wawancara Pihak 2: Penanggung jawab	118
Lampiran 4: Panduan Wawancara Pihak 3: Pekerja (Triangulasi)	131
Lampiran 5: Panduan Observasi	135
Lampiran 6: Panduan Studi Dokumen	138
Lampiran 7: Hasil Penelitian.....	142
Lampiran 8: Hasil Mentah Data Observasi	146
Lampiran 9: Hasil Mentah Data Studi Dokumen.....	148
Lampiran 10: Surat Keputusan Pembimbing	151
Lampiran 11: Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana.....	152
Lampiran 12: Ectical Clearance	153
Lampiran 13: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan	154
Lampiran 14: Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali.	155
Lampiran 15: Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol Kabupaten Boyolali.....	156
Lampiran 16: Dokumentasi.....	157

DAFTAR DOKUMENTASI

Gambar 1: Buku Pedoman Pelaksanaan Pos UKK	157
Gambar 2. Pelaksanaan Penyuluhan dan Pemenriksaan Kesehatan	157
Gambar 3: Daftar Hadir Kegiatan Penyuluhan	158
Gambar 4: Laporan Bulanan UKK	159
Gambar 5: Wawancara dengan Kepala Puskesmas	161
Gambar 6: Wawancara dengan Penanggung Jawab Program Pos UKK	161
Gambar 7: Wawancara dengan Pekerja Desa Kembang Kuning.....	162
Gambar 8: Wawancara dengan Pekerja Desa Tumang	162
Gambar 9: Wawancara dengan Pekerja Desa Banaran	163

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Istilah sektor adalah sejumlah kegiatan ekonomi yang berskala kecil yang merupakan bagian dari angkatan kerja yang berada diluar pasar tenaga yang terorganisasi. Sehingga mereka bukan perusahaan berskala kecil, karena sektor informal dianggap sebagai suatu manifestasi situasi pertumbuhan kesempatan kerja di negara yang sedang berkembang, karena itu mereka yang memasuki kegiatan berskala kecil ini, terutama bertujuan untuk mencari kesempatan kerja dan pendapatan daripada memperoleh keuntungan (Widowati, 2018).

Berdasarkan data Kementerian Koperasi dan Usaha Kecil Menengah (UKM) yang diolah dari Badan Pusat Statistika jumlah Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah (UMKM) di Indonesia mengalami peningkatan 1,02 persen dari 61.651.177 unit pada tahun 2016 menjadi 62.922.617 unit pada tahun 2017. Angka tersebut didominasi oleh UMKM dibanding dengan Usaha Besar (UB) sebanyak 5.460 unit (Kementerian Koperasi dan UMK, 2018). Sementara itu, data Dinas Koperasi dan UKM Provinsi Jawa Tengah menyatakan jumlah UMKM Provinsi Jawa Tengah tahun 2018 sebanyak 140.868 unit (Dinas Koperasi dan UKM Jateng, 2018).

Data Badan Pusat Statistika menyatakan jumlah angkatan kerja pada tahun 2018 sebanyak 131,01 juta orang. Dari jumlah angkatan kerja 124,01 juta orang (94,7 persen) adalah penduduk bekerja, sedangkan sebanyak 7 juta orang (5,3 persen) menganggur. Jumlah pekerja yang bekerja di sektor informal sebanyak

70,49 juta orang (56,84 persen) (BPS, 2018). Sedangkan data di tingkat Provinsi Jawa Tengah pada Agustus 2018 sebanyak 10,51 juta orang (60,94 persen) bekerja pada kegiatan informal. Selama setahun terakhir persentase pekerja informal mengalami peningkatan sebesar 0,65 persen dari 60,29 persen pada Agustus 2017 menjadi 60,94 persen pada Agustus 2018 (BPS Jateng, 2018).

Menurut perkiraan terbaru yang dikeluarkan oleh International Labour Organization (ILO), 2,78 juta pekerja meninggal setiap tahun karena kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Sekitar 2,4 juta (86,3 persen) dari kematian ini dikarenakan penyakit akibat kerja, sementara lebih dari 380.00 (13,7 persen) dikarenakan kecelakaan kerja (ILO, 2018).

Merujuk data dari Kementerian Ketenagakerjaan, data kecelakaan kerja pada triwulan I tahun 2018 meningkat yaitu terjadi 5.318 kasus kecelakaan kerja dengan korban meninggal sebanyak 87 pekerja, sedangkan 52 pekerja mengalami cacat dan 1.361 pekerja lainnya sembuh setelah menjalani perawatan medis akibat kecelakaan kerja yang dialaminya (BPJS, 2018).

Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Jawa Tengah mencatat, angka kecelakaan kerja sepanjang 2018 turun signifikan dibanding tahun sebelumnya. Pada 2018, kecelakaan kerja di berbagai wilayah di Jawa Tengah mencapai 1.468 kejadian. Jumlah itu berkurang 48 persen dari kecelakaan kerja pada 2017 yang tercatat sebanyak 3.083 kejadian (Disnakertrans, 2018). Kecelakaan kerja di Boyolali tahun 2018 sebanyak 233 kejadian. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dari tahun 2017 yang hanya 40 kejadian.

Informasi kesehatan dan perkembangan kesehatan kerja sektor informal relatif kurang mendapat perhatian, sehingga perlu diantisipasi dan diberikan solusi

bagi berbagai hambatan dalam pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) sektor informal daerah, dengan tujuan dapat meningkatnya akses pemerataan dan kualitas upaya kesehatan kerja informal dalam mewujudkan pekerja yang sehat, mandiri, dan mempunyai produktivitas kerja yang tinggi dapat tercapai. Selain untuk mengurangi kejadian penyakit akibat kerja yang muncul pada sektor-sektor informal ini (Widowati, 2018). Salah satu bentuk perhatian pemerintah dalam penerapan K3 sektor informal adalah Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK). Pos UKK dilakukan secara terintegrasi dengan program kesehatan lainnya sehingga pekerja akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif (Kemenkes RI, 2015).

Hasil penelitian Kemenkes RI pada tahun 2013 menunjukkan sekitar 74% pekerja hingga saat ini belum terjangkau layanan kesehatan kerja yang memadai. Hanya sekitar 26% pekerja di sektor informal yang memiliki jangkauan layanan kesehatan kerja yang memadai (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017, Kementerian Kesehatan menargetkan sebanyak 60% puskesmas di Indonesia sudah melaksanakan kesehatan kerja dasar. Pada tahun 2017 mencapai 6.110 Puskesmas yang telah melaksanakan kesehatan kerja dasar, jumlah tersebut telah melebihi target yang diharapkan yaitu 62,19%. Sedangkan di Jawa Tengah terdapat 867 puskesmas, namun hanya 486 puskesmas (55,5%) yang sudah melaksanakan kesehatan kerja dasar (Kemenkes, 2018). Di Boyolali terdapat 29 puskesmas, akan tetapi hanya 12 puskesmas (41,38 %) yang menyelenggarakan kesehatan kerja dasar (Dinkes Prov Jateng, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian (Priyandi, 2017) bahwa faktor pendorong penghambat pembentukan Pos UKK Terintegrasi yaitu persepsi positif mengenai tugas kader kesehatan dan faktor penghambatnya yaitu belum adanya keinginan menjadi kader kesehatan kerja. Sedangkan hasil penelitian (Kurniawan & Kusnanto, 2014) menyatakan bahwa faktor pendukung dan penghambat dalam penyelenggaraan program PKPI dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal puskesmas seperti sumber daya manusia, anggaran, komitmen, dan kondisi masyarakat. Oleh karena itu peran puskesmas dalam penyelenggaraan program PKPI sangat penting bagi sektor informal agar kebutuhan kesehatan dan keselamatan kerja pekerja sektor informal dapat terpenuhi dengan baik.

Kerajinan tembaga dan alumunium merupakan salah satu produk unggulan dari Kabupaten Boyolali. Industri ini sudah dikerjakan turun temurun di Desa Tumang, Cepogo, Kembangkuning, Cabeyan Kunti Kecamatan Cepogo. Predikat sebagai pehasil kerajinan tembaga bukan hanya ditingkal lokal tapi juga regional hingga internasional. Produk kerajinan yang dibuat diantaranya asbak, paidon, vas bunga, lampu antung, kendi, bokor, kap lampu dan ornamen arsitektur. Produk ekspor diantaranya hingga Australia, Maroko, Amerika dan Eropa. Dalam proses kerja pembuatan kerajinan memiliki beberapa risiko yang dapat menyebabkan kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja. Berdasarkan hasil penelitian (Widowati, 2018) menggunakan studi penelitian kualitatif tentang Penggunaan *Job Hazard Analysis* dalam Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja pada Pengrajin Logam yang menunjukkan Terdapat 46 bahaya dan 82 risiko yang teridentifikasi.

Hasil penilaian risiko terdapat 24 (29,6%) risiko rendah, 27 (32,9%) risiko sedang dan risiko tinggi berjumlah 31 (37,8%).

Kecamatan Cepogo memiliki satu puskesmas yang mencakup seluruh wilayah Cepogo yaitu Puskesmas Cepogo. Puskesmas Cepogo merupakan Puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali khususnya di Kecamatan Cepogo yang telah menerapkan upaya kesehatan kerja. Puskesmas Cepogo merupakan puskesmas dengan fasilitas rawat inap yang memiliki Pos UKK sebanyak 3 unit Pos. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Cepogo, menunjukkan program Pos UKK belum terlaksana dengan baik. Kegiatan yang ada di dalam Pos UKK masih sebatas sosialisasi dan pemeriksaan terkait keselamatan dan kesehatan kerja, selain itu belum terbentuknya kader dalam Pos UKK di wilayah kerja Puskesmas Cepogo.

Menyikapi kondisi tersebut maka perlu adanya pengelolaan dan pembinaan khususnya tentang program upaya kesehatan kerja melalui puskesmas secara terpadu khususnya pada sektor informal guna tercapainya tujuan dari pelayanan kesehatan kerja dan memotivasi penulis untuk mengangkat penelitian deksriptif yang berjudul “Studi Kualitatif Untuk Upaya Revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah dapat dirumuskan rumusan masalah secara umum: Bagaimana Studi Kualitatif Untuk Upaya Revitalisasi Pos

Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019?

1.3 Tujuan

Tujuan Umum dari penelitian ini untuk mengetahui upaya revitalisasi pos upaya kesehatan kerja terintegrasi wilayah kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali Tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Puskesmas Cepogo

Sebagai referensi dalam upaya revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi agar dapat segera terwujud.

1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai tambahan kepustakaan.

1.4.3 Bagi Peneliti

Meningkatkan dan memperdalam ilmu pengetahuan tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1: Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1.	Andi Kurniawan, Prof. dr. Hari Kusnanto, DrPH.	Peran Puskesmas Dalam Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Pada Pekerja Informal Di		Peran Puskesmas	Faktor pendukung dan penghambat dalam penyelenggaraan program PKPI dipengaruhi

		Kota Tanjunpina g			oleh faktor internal dan eksternal puskesmas seperti sumber daya manusia, anggaran, komitmen, dan kondisi masyarakat. Oleh karena itu peran puskesmas dalam penyelenggaraan program PKPI sangat penting bagi sektor informal agar kebutuhan kesehatan dan keselamatan kerja pekerja sektor informal dapat terpenuhi dengan baik.
2.	Al Asyhar Wahyu Azady, Evi Widowati, & Sri Ratna Rahayu	Penggunaan <i>Job Hazard Analysis</i> dalam Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja pada Pengrajin Logam	Deskriptif Kualitatif	Risiko Bahaya	Terdapat 46 bahaya dan 82 risiko yang teridentifikasi. Hasil penilaian risiko terdapat 24 (29,6%) risiko rendah, 27 (32,9%) risiko sedang dan risiko tinggi berjumlah 31 (37,8%).
3.	Ruditho Priyandi (Priyandi, 2017).	Pemetaan Potensi Pembentukan Pos Upaya	Deskriptif Kualitatif	Pembentukan Pos UKK	Terdapat 3 Pos UKK Terintegrasi yang dapat

Kesehatan Kerja Terintegrasi Di Wilayah Puskesmas Jurang Mangu Kota Tangerang Selatan Tahun 2107.	dibentuk yaitu pada IKM Konveksi Jurangmangu Timur, IKM Konveksi Jurang Mangu Barat, dan IKM Makanan & Minuman.
--	--

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian dengan judul yang sama belum pernah dilakukan di Kabupaten Boyolali.
2. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli sampai Agustus 2019.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April sampai Agustus 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Materi yang dapat dipaparkan adalah materi yang berkenaan dengan bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat yang mencakup tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Usaha Kecil Menengah (UKM)

2.1.1 Pengertian UKM

Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah merupakan kegiatan usaha yang mampu memperluas lapangan kerja dan memberikan pelayanan ekonomi secara luas kepada masyarakat, dan dapat berperan dalam proses pemerataan dan peningkatan pendapatan masyarakat, mendorong pertumbuhan ekonomi, dan berperan dalam mewujudkan stabilitas nasional. Selain itu, Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah adalah salah satu pilar utama ekonomi nasional yang harus memperoleh kesempatan utama, dukungan, perlindungan dan pengembangan seluas-luasnya sebagai wujud keberpihakan yang tegas kepada kelompok usaha ekonomi rakyat, tanpa mengabaikan peranan Usaha Besar dan Badan Usaha Milik Negara (Republik Indonesia, 2008).

Termasuk usaha kecil dan menengah adalah semua pedagang kecil dan menengah, penyedia jasa kecil dan menengah, petani dan peternak kecil dan menengah, kerajinan rakyat dan industri kecil, dan lain sebagainya, misalnya warung di kampung-kampung, toko kelontong, koperasi serba usaha. Koperasi Unit Desa (KUD), toko serba ada wartel, ternak ayam, sebagainya (Robiyanto, 2004).

Menurut Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2008, pengertian Usaha Kecil dan Menengah (UKM) adalah:

1. Usaha Kecil adalah usaha ekonomi produktif yang berdiri sendiri, yang dilakukan oleh orang perorangan atau badan usaha yang bukan merupakan

anak perusahaan atau bukan cabang perusahaan yang dimiliki, dikuasai, atau menjadi bagian baik langsung maupun tidak langsung dari Usaha Menengah atau Usaha Besar yang memenuhi kriteria Usaha Kecil.

2. Usaha Menengah adalah usaha ekonomi produktif yang berdiri sendiri, yang dilakukan oleh orang perorangan atau badan usaha yang bukan merupakan anak perusahaan atau cabang perusahaan yang dimiliki, dikuasai, atau menjadi bagian baik langsung maupun tidak langsung dengan Usaha Kecil atau Usaha Besar dengan jumlah kekayaan bersih atau hasil penjualan tahunan.

2.1.2 Prinsip Pemberdayaan UKM

Prinsip pemberdayaan UKM berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2008 meliputi:

1. Penumbuhan kemandirian, kebersamaan, dan kewirausahaan Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah untuk berkarya dengan prakarsa sendiri.
2. Perwujudan kebijakan publik yang transparan, akuntabel, dan berkeadilan.
3. Pengembangan usaha berbasis potensi daerah dan berorientasi pasar sesuai dengan kompetensi Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah.
4. Peningkatan daya saing Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah.
5. Penyelenggaraan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian secara terpadu.

2.1.3 Kriteria UKM

Menurut Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2008 Kriteria UKM digolongkan berdasarkan perkembangan UKM di Indonesia meliputi:

1. Livelihood Activities, merupakan Usaha Kecil Menengah yang digunakan sebagai kesempatan kerja untuk mencari nafkah, yang lebih umum dikenal sebagai sektor informal. Contohnya adalah pedagang kaki lima. Micro

Enterprise, merupakan Usaha Kecil Menengah yang memiliki sifat pengrajin tetapi belum memiliki sifat kewirausahaan.

2. Small Dynamic Enterprise, merupakan Usaha Kecil Menengah yang telah memiliki jiwa kewirausahaan dan mampu menerima pekerjaan subkontrak dan ekspor
3. Fast Moving Enterprise, merupakan Usaha Kecil Menengah yang telah memiliki jiwa kewirausahaan dan akan melakukan transformasi menjadi Usaha Besar (UB).

2.2 Sektor Informal

Menurut (Alma, 2001) memberikan pengertian bahwa, istilah sektor informal biasanya digunakan untuk menunjukkan sejumlah kegiatan ekonomi yang berskala kecil. Tetapi akan menyesatkan bila disebutkan perusahaan berskala kecil, karena sektor informal dianggap sebagai suatu manifestasi situasi pertumbuhan kesempatan kerja di negara sedang berkembang, karena itu mereka yang memasuki kegiatan berskala kecil ini di kota, terutama bertujuan untuk mencari kesempatan kerja dan pendapatan daripada memperoleh keuntungan.

Adapun ciri-ciri sektor informal menurut (Widowati, 2018) meliputi:

1. Aktivitas pada sektor informal tidak terorganisir dengan baik karena timbulnya tidak melalui institusi yang ada pada perekonomian modern.
2. Karena kebijakan pemerintah belum sampai menjangkau secara optimal pada sektor ini, sehingga sektor informal tidak memiliki hubungan langsung dengan pemerintah.
3. Pada umumnya setiap unit usaha tidak memiliki izin usaha dari pemerintah.

4. Pola kegiatan tidak teratur dengan baik dalam arti tempat dan jam kerja.
5. Unit usaha pada sektor ini mudah untuk masuk dan keluar dari sektor ke sektor lain.
6. Karena modal dan peralatan serta perputaran usaha relatif kecil, maka skala operasi unit usaha ini kecil pula.
7. Teknologi yang digunakan termasuk kedalam teknologi yang sederhana.
8. Untuk mengelola usaha tidak diperlukan tingkat pendidikan tertentu, serta keahliannya didapat dari sistem pendidikan non formal dan pengalaman.
9. Unit usaha termasuk ke dalam *one man enterprise* atau kalau memiliki buruh, maka buruh berasal dari lingkungan keluarga atau disebut *family enterprise*.
10. Sumber dana untuk modal tetap atau model kerja kebanyakan berasal dari tabungan sendiri dan dari sumber keuangan tidak resmi.
11. Hasil produksi dan jasa dari sektor ini terutama dikonsumsi oleh golongan masyarakat miskin dan kadang-kadang oleh golongan menengah.
12. Penjaminan kualitas produk atau hasil produksinya relatif rendah.
13. Kuantitas produk yang dihasilkan masih sangat terbatas.
14. Masih sering ditemukan kendala dalam proses produksi yang dilakukan, rantai pasokan bahan baku, sistem manajemen usahanya ataupun terkait dengan permodalannya.

2.2.1 Tembaga

Tembaga adalah salah satu logam penting sebagai material teknik yang pemakaiannya sangat luas, baik digunakan dalam keadaan murni maupun dalam bentuk paduan. Tembaga memiliki kekuatan tarik 150N/mm^2 sebagai tembaga tuang dan dengan proses pengerjaan dingin kekuatan tarik tembaga dapat

ditingkatkan hingga 390 N/mm^2 . Angka kekasaran sebesar 45 HB dan meningkat hingga 90 HB melalui proses pengerjaan dingin. Selain itu, akan diperoleh sifat tembaga yang ulet misalnya dengan *tempering* (Sari, 2018).

Paparan Tembaga dalam waktu yang lama pada manusia akan menyebabkan terjadinya akumulasi bahan-bahan kimia dalam tubuh manusia yang dalam periode waktu tertentu akan menyebabkan munculnya efek yang merugikan kesehatan penduduk ((Widowati, 2018)).

Dalam industri kerajinan perak, tembaga adalah salah satu logam yang dicampurkan dengan perak untuk menghasilkan logam campuran yang lebih keras dan lebih kuat dari perak murninya. Hasil dari industri kerajinan perak ini berupa perhiasan, asesoris, dan tentu saja limbah cair yang banyak mengandung logam tembaga. Tembaga termasuk logam berat yang bersifat racun. Agar limbah cair ini tidak berbahaya jika dibuang ke perairan, maka limbah tersebut harus diolah terlebih dahulu (Andaka, 2008).

Proses produksi kerajinan tembaga adalah sebagai berikut:



Gambar 2. 1: Proses Produksi Industri Logam

Sumber: (Widowati, 2018)

Berbagai proses produksi diatas berisiko menimbulkan berbagai kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja. Risiko yang timbul antara lain: risiko dari bahaya kebisingan, kebakaran, paparan debu logam, bahan kimia, dan ergonomi (Widowati, 2018).

Untuk proses pemotongan bahan baku dengan menggunakan mesin *circle*, risiko yang timbul antara lain: kecelakaan kerja (jari terpotong), kebisingan dan timbulnya debu logam. Hal tersebut dapat terjadi jika pekerja tidak mengikuti *Standart Operational Procedure* (SOP) cara bekerja aman dan juga tidak menggunakan alat pelindung diri berupa respirator/masker dan *ear plug*. Untuk proses kerajinan, selain menimbulkan risiko kebisingan juga menimbulkan risiko ergonomi dikarenakan posisi tubuh pekerja yang saat bekerja adalah membungkuk (Widowati, 2018).

Risiko kebakaran dan kelelahan kerja juga terjadi saat proses pembakaran kerajinan dan proses pengelasan yang menggunakan las karbit dan las argon. Yang menarik pada sentra industri logam ini sebagian pekerja mempunyai kebiasaan mengkonsumsi obat sakit kepala untuk mencegah efek asap yang ditimbulkan las pada tubuh pekerja sebelum melakukan pekerjaan pengelasan. Disisi lain untuk proses pembersihan bahan/kerajinan yang menggunakan berbagai bahan kimia juga berpotensi dapat menimbulkan risiko penyakit akibat kerja pada kulit, kuku, mata maupun paru-paru pekerja apabila tidak menggunakan alat pelindung diri atau menggunakan alat pelindung diri yang tidak sesuai standar (Widowati, 2018).

Menurut (Widowati, 2018) pada proses pewarnaan dan pematrian/penggabungan bahan menggunakan bahan kimia iritan dan beracun juga

digunakan dalam proses ini sehingga dapat berpotensi pekerja terdampak pada risiko penyakit akibat kerja dan keracunan. Pekerja informal biasanya tidak menggunakan respirator ataupun alat pelindung diri lainnya saat kontak dengan bahan kimia sehingga sangat berisiko mengalami keracunan ataupun penyakit akibat kerja berupa dermatitis kontak dan varian penyakit paru karena paparan bahan kimia tersebut.

2.2.2 Kuningan

Kuningan adalah logam yang merupakan campuran dari tembaga dan seng. Tembaga merupakan komponen utama dari kuningan, dan kuningan biasanya diklasifikasikan sebagai paduan tembaga. Warna kuningan bervariasi dari coklat kemerahan gelap hingga ke cahaya kuning keperakan tergantung pada jumlah kadar seng. Seng lebih banyak mempengaruhi warna kuningan tersebut. Kuningan lebih kuat dan lebih keras daripada tembaga, tetapi tidak sekuat atau sekeras seperti baja. Kuningan sangat mudah untuk di bentuk ke dalam berbagai bentuk, sebuah konduktor panas yang baik, dan umumnya tahan terhadap korosi dari air garam. Karena sifat-sifat tersebut, kuningan kebanyakan digunakan untuk membuat pipa, tabung, sekrup, radiator, alat musik, aplikasi kapal laut, dan casing cartridge untuk senjata api (Tata Surdia, 1996).

2.3 Potensi Permasalahan Sektor Informal

2.3.1 Penyakit Akibat Kerja (PAK) atau Penyakit Akibat Hubungan Kerja (PAHK)

2.3.1.1 Pengertian PAK atau PAHK

Penyakit akibat kerja adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan, alat kerja, bahan, proses maupun lingkungan kerja. Dengan demikian, penyakit akibat

kerja merupakan penyakit yang artifisial atau man made disease. Sejalan dengan hal tersebut terdapat pendapat lain yang menyatakan bahwa Penyakit Akibat Kerja (PAK) ialah gangguan kesehatan baik jasmani maupun rohani yang ditimbulkan ataupun diperparah karena aktivitas kerja atau kondisi yang berhubungan dengan pekerjaan (Hebbie Ilma Adzim, 2013).

2.3.1.2 Identifikasi Penyakit Akibat Kerja di Industri Logam

2.3.1.2.1 Kebisingan di Sentra Industri Logam

Menurut (Widowati, 2018) dampak kebisingan pada manusia sangat bermacam-macam mulai dari gangguan fisiologis, psikologis, kenyamanan kerja hingga komunikasi ditempat kerja.

1. Gangguan Fisiologis berupa: sakit kepala, mual, susah tidur dan sesak nafas, hal ini terjadi karena rangsangan bising pada sistem saraf.
2. Gangguan psikologis berupa: rasa ketidaknyamanan dan penyakit psikomatik berupa: gastritis, jantung, dan kelelahan.
3. Gangguan keseimbangan berupa: kesan berjalan diangkasa.
4. Gangguan pendengaran berupa: ketulian sementara, ketulian menetap, trauma akustik, tinitus (telinga berdenging), gangguan konsentrasi, dan gangguan komunikasi antar pekerja.

Gambaran proses produksi yang menimbulkan kebisingan:



Gambar 2. 2: Proses Produksi yang Menimbulkan Kebisingan

Sumber: (Widowati, 2018).

Penyambungan tembaga pada proses pembentukan menggunakan dua cara yaitu: dengan las dan dengan bahan kimia berupa HCl dan sari yang dioleskan dan dipanaskan dengan solder. Pada proses ini menimbulkan kebisingan dari pukulan palu besi pada tembaga. Proses pembuatan tekstur dan pemahatan menimbulkan kebisingan yang berasal dari palu besi dan alat pahat. Setelah kerajinan tembaga sudah diberi warna dapat dilanjutkan dengan pencucian sehingga tembaga halus dan mengkilat. Pada proses ini juga menghasilkan kebisingan dari penggunaan mesin gerinda (Widowati, 2018).

2.3.1.2.2 *Debu Logam di Sentra Industri Logam*

Pekerjaan yang berisiko terpajan logam tembaga dan kuningan (Widowati, 2018) antara lain:

1. Pekerja pada pengrajin tembaga dan kuningan.
2. Pekerja pada produksi material bangunan khususnya peleburan tembaga dan kuningan.
3. Pekerja yang membongkar/demolisi bangunan.

Menurut (Widowati, 2018) efek yang timbul terhadap kesehatan yaitu:

1. Keracunan akut dapat disebabkan karena inhalasi uap atau kulit. Gejala yang timbul dapat berupa: iritasi mata, hidung dan tenggorokan, juga menyebabkan *metal fume fever*.
2. Rasa logam atau manis di mulut.
3. Menyebabkan *gastrointestinal distress* dengan gejala mual, muntah, nyeri abdomen.
4. Menyebabkan destruksi sel darah merah (hemolisis) yang diakhiri dengan anemia.

Gambaran proses produksi yang menimbulkan debu logam di pengrajin logam:



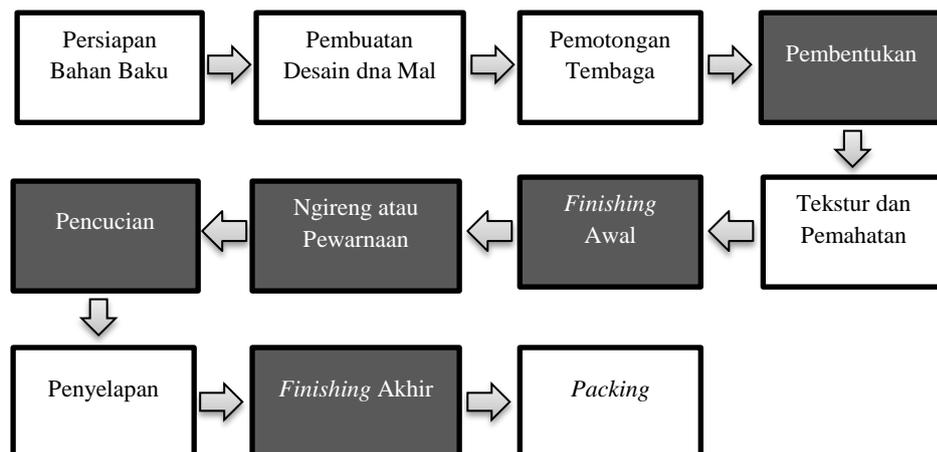
Gambar 2. 3: Proses Produksi Yang Menimbulkan Debu Logam

Sumber: (Widowati, 2018).

Pada proses penyelapan dapat menghasilkan debu logam yang dihasilkan dari penggunaan gerinda.

2.3.1.2.2 Penggunaan Bahan Kimia di Sentra Industri Logam

Gambaran proses produksi pembuatan kerajinan yang menggunakan bahan kimia:



Gambar 2. 4: Proses Produksi Pembuatan Kerajinan Yang Menggunakan Bahan Kimia

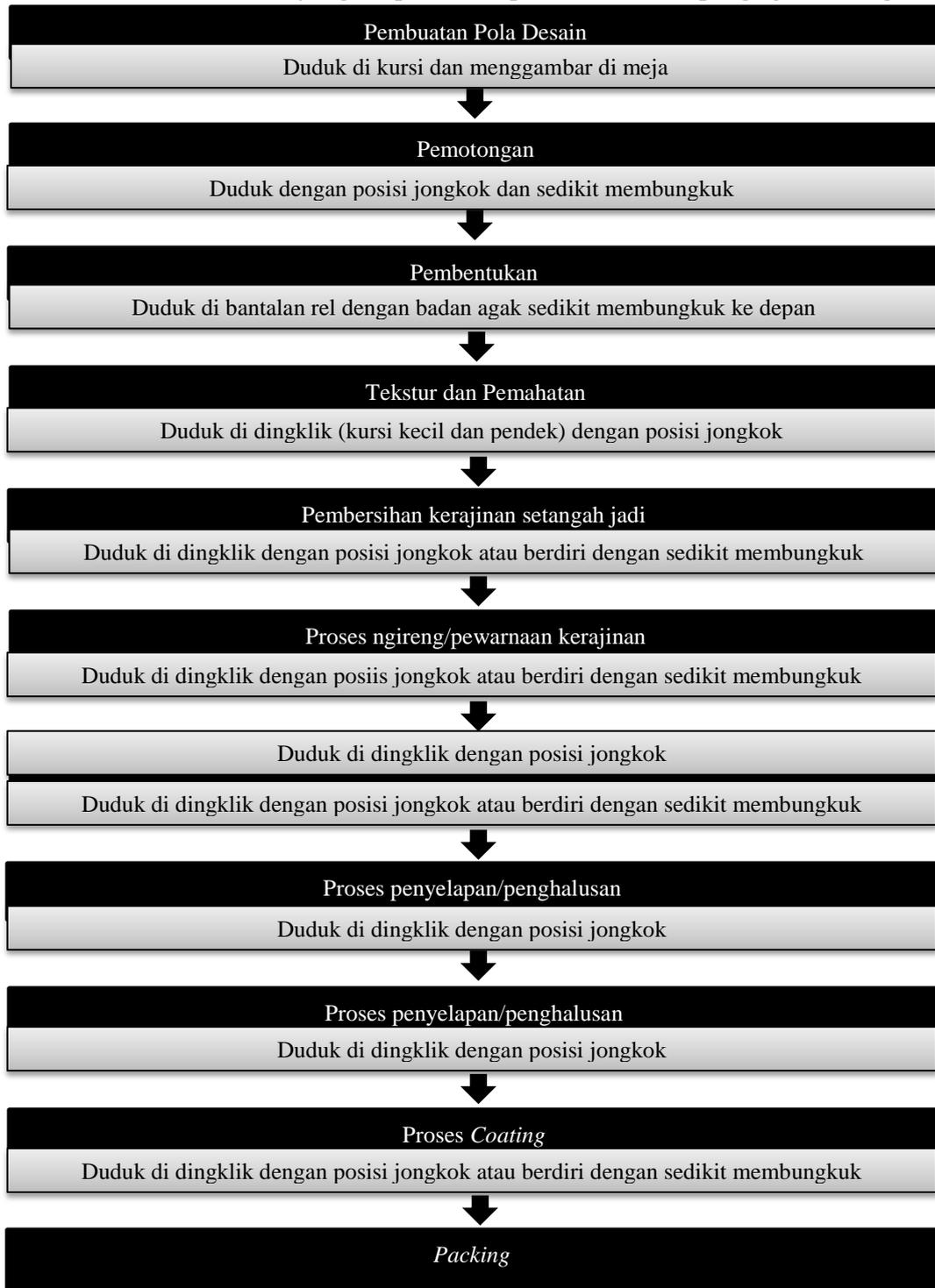
Sumber: (Widowati, 2018).

Dari proses produksi pembuatan kerajinan didapatkan bahwa bahan kimia terdapat pada proses pembentukan, pewarnaan, pencucian, dan *finishing*. Bahan kimia yang digunakan yaitu: HCl, H₂SO₄, HNO₃, NaOH, H₂O₂, Sn, Sianida, dan *Thinner*. Dari bahan kimia yang digunakan dapat menimbulkan korosif, iritasi mata dan kulit, gangguan pernafasan dan pencernaan.

2.3.1.2.2 Posisi Kerja pada setiap tahapan proses di Sentra Industri Logam

Musculoskeletal Disorders (MSDs) merupakan keluh atau gangguan kesehatan yang mempunyai gejala yang menyerang otot, saraf, tendon, ligamen, tulang sendi, tulang rawan dan saraf tulang belakang. Gejala penyakit tersebut diakibatkan oleh pekerjaan yang dilakukan secara terus menerus dan bersifat kronis yang dipengaruhi oleh faktor risiko seperti: beban, postur, frekuensi dan durasi.

Berikut ini cedera yang berpotensi dapat dialami oleh pengrajin tembaga:



Gambar 2. 5: Cidera Yang Berpotensi Dapat Dialami Oleh Pengrajin Tembaga

Sumber: (Widowati, 2018).

2.3.2 Kecelakaan Kerja

2.3.2.1 Pengertian Kecelakaan Kerja

Berdasarkan UU No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja, kecelakaan kerja adalah suatu kejadian yang tidak terduga semula dan tidak dikehendaki, yang mengacaukan proses yang telah diatur dari suatu aktivitas dan dapat menimbulkan kerugian baik korban manusia maupun harta benda. Sedangkan menurut UU No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja, kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi dalam pekerjaan sejak berangkat dari rumah menuju tempat kerja dan pulang ke rumah melalui jalan yang biasa atau wajar dilalui.

2.3.2.2 Risiko Kecelakaan Kerja di Industri Logam

2.3.2.2.1 Risiko Kebakaran

Menurut (Widowati, 2018) ada beberapa pekerjaan yang ada di sektor informal industri informal khususnya di sentra industri kerajinan logam yang berpotensi mengakibatkan bahaya kebakaran antara lain yaitu proses: pengelasan, penggerindaan ataupun proses lainnya yang melibatkan api didalamnya. Secara detail dijabarkan dalam penjelasan dibawah ini:

2.3.2.2.1.1 Pengelasan

Pengelasan adalah proses penyambungan beberapa komponen menjadi satu. Proses pengelasan dapat ditemui pada pembuatan jembatan, konstruksi suatu bangunan dan lain-lain. Ada juga pengertian lain tentang pengelasan yaitu merupakan penyambungan dua bahan atau lebih yang didasarkan pada prinsip-prinsip proses difusi, sehingga terjadi penyatu bagian bahan yang disambung (Widowati, 2018).

Mekanisme risiko kebakaran pada proses pengelasan yaitu, setiap proses pengelasan akan menghasilkan suatu sumber panas yang tinggi sehingga akan memungkinkan terjadi nyala api, logam panas, percikan dan semburan api yang berpotensi dapat menyebabkan kebakaran. Percikan nyala api dapat menjangar sejauh 10 meter secara mendatar dari sumbernya sehingga sangat potensial menyebabkan kebakaran (Widowati, 2018).

2.3.2.2.1.2 *Gerinda*

Gerinda pada dasarnya adalah proses mekanik yang menimbulkan temperatur tinggi dan reaksi kimia pada permukaan benda kerja. Panas yang dihasilkan pada proses gerinda akan berpengaruh terhadap hasil kekasaran suatu permukaan benda kerja (Widowati, 2018).

Mekanisme risiko kebakaran pada proses gerinda yaitu, pada saat penggunaan gerinda untuk pemotongan besi akan berpotensi menghasilkan bunga api, bunga api tersebut berpotensi menimbulkan kebakaran jika terkena benda yang mudah terbakar. Maka sebelum dan sesudah pemakaian gerinda dilakukan pemeriksaan di sekitar tempat kerja, pastikan lingkungan sekitar proses penggerindaan aman dan sediakan Alat Pemadam Api Ringan dekat dengan lokasi penggerindaan, agar jika terjadi penyalaan dapat ditangani sedini mungkin dan tidak menimbulkan kebakaran (Widowati, 2018).

2.3.2.2.2 *Risiko Jari Terpotong*

Untuk proses pemotongan bahan baku dengan menggunakan mesin *circle*, dapat menimbulkan risiko jari terpotong. Hal tersebut dapat terjadi jika pekerja tidak mengikuti SOP cara bekerja aman dan juga tidak menggunakan alat pelindung diri (Widowati, 2018).

2.3.2.2.3 *Risiko Cidera Mata*

Pada industri logam ini bisa saja terjadi cidera pada mata yang diakibatkan adanya debu-debu dan percikan pada proses pemotongan dan penghalusan bahan (Mukti, 2013).

2.3.2.2 *Dampak Kecelakaan Kerja*

Tiap kecelakaan merupakan suatu kerugian yang antara lain tergambar dari pengeluaran dan besarnya biaya kecelakaan. Biaya yang dikeluarkan akibat terjadinya kecelakaan seringkali sangat besar, padahal biaya tersebut bukan semata-mata beban suatu sektor industri melainkan juga beban masyarakat dan negara secara keseluruhan. Biaya ini dapat dibagi menjadi biaya langsung meliputi biaya atas P3K, pengobatan, perawatan, biaya angkutan, upah selama tidak mampu bekerja, kompensasi cacat, biaya atas kerusakan bahan, perlengkapan, peralatan, mesin dan biaya tersembunyi meliputi segala sesuatu yang tidak terlihat pada waktu dan beberapa waktu pasca kecelakaan terjadi, seperti berhentinya operasi sektor industri oleh karena pekerja lainnya menolong korban, biaya yang harus diperhitungkan untuk mengganti orang yang ditimpa kecelakaan dan sedang sakit serta berada dalam perawatan dengan orang baru yang belum biasa bekerja pada pekerjaan di tempat terjadinya kecelakaan (Suma'mur, 2009).

2.3.3 Masalah Gizi

2.3.3.1 Pengertian Gizi Kerja

Menurut (Irianto, 2007) istilah gizi berasal dari bahasa arab "Giza" yang berarti zat makanan dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah *nutrition* yang berarti bahan makanan atau zat gizi atau sering diartikan sebagai ilmu gizi. Lebih luas, gizi diartikan sebagai suatu proses organisme menggunakan makanan yang

dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga. Sedangkan kerja adalah suatu aktivitas/kegiatan yang dilakukan oleh manusia untuk melangsungkan hidup agar lebih baik.

Pengertian gizi kerja adalah suatu proses organisme dalam menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga agar dapat melakukan suatu aktivitas/kegiatan yang dilakukan oleh manusia untuk melangsungkan hidup agar lebih baik (Irianto, 2007).

2.3.3.2 *Status Gizi*

Menurut (Andriani & B, 2012), status gizi adalah keadaan kesehatan yang berhubungan dengan penggunaan makanan oleh tubuh dan kebutuhan gizi adalah banyaknya zat gizi yang dibutuhkan seseorang untuk mencapai dan mempertahankan status gizi adekuat.

2.3.3.3 *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Status Gizi*

2.3.3.3.1 *Usia*

Semakin bertambahnya umur maka akan semakin meningkat pula kebutuhan zat tenaga bagi tubuh. Zat tenaga diperlukan untuk membantu tubuh melakukan beragam aktivitas fisik. Namun kebutuhan zat tenaga akan berkurang saat usia mencapai 40 tahun ke atas. Setiap 10 tahun setelah usia seseorang mencapai 25 tahun, kebutuhan energi per hari untuk pemeliharaan dan

metabolisme sel-sel tubuh berkurang atau mengalami penurunan sebesar 4 persen setiap 10 tahunnya. Berkurangnya kebutuhan tersebut dikarenakan menurunnya kemampuan metabolisme tubuh, sehingga tidak membutuhkan tenaga yang berlebihan karena dapat menyebabkan terjadinya penumpukan lemak di dalam tubuh. Penumpukan lemak di dalam tubuh dapat menimbulkan terjadinya obesitas (Apriadi, 2001).

2.3.3.3.2 *Jenis Kelamin*

Jenis kelamin menentukan besar kecilnya asupan nutrisi yang dikonsumsi. Umumnya perempuan lebih banyak memerlukan keterampilan dibandingkan tenaga, sehingga kebutuhan gizi perempuan lebih sedikit dibandingkan laki-laki (Apriadi, 2001).

2.3.3.3.3 *Pendapatan*

Pendapatan mempengaruhi daya beli terhadap makanan. Semakin baik pendapatan maka akan semakin baik pula makanan yang dikonsumsi baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Sebaliknya, pendapatan yang kurang mengakibatkan menurunnya daya beli terhadap makanan secara kualitas maupun kuantitas.

Penduduk yang berpendapatan cukup masih banyak yang tidak memanfaatkan bahan makanan bergizi dalam menyediakan makanan keluarga. Hal ini disebabkan karena (Kartasapoetra & Marsetyo, 2010):

1. Kurangnya pengetahuan akan bahan makanan yang bergizi
2. Pantangan-pantangan secara tradisional masih diberlakukan atau keengganan untuk mengkonsumsi bahan makanan murah walaupun mereka tahu banyak mengandung gizi.

2.3.3.3.4 Pendidikan

Pendidikan dalam hal ini biasanya dikaitkan dengan pengetahuan, akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin baik status gizinya. Ini dikarenakan seseorang yang mengenyam pendidikan biasanya lebih memahami dalam menerima informasi-informasi mengenai gizi (Apriadji, 2001).

2.3.3.3.5 Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangannya (Almatsier, 2003). Aktivitas fisik dapat mempengaruhi status gizi. Aktivitas fisik yang kurang akan mengakibatkan terjadinya penumpukan lemak dan dapat menyebabkan obesitas.

Pekerja berat akan membutuhkan kalori dan protein lebih besar dari pada mereka yang bekerja sedang maupun ringan. Besarnya kebutuhan kalori tergantung banyaknya otot yang dipergunakan untuk bekerja serta lamanya penggunaan otot-otot tersebut. Selain itu protein yang diperlukan juga lebih tinggi dari normal karena harus mengganti atau membentuk jaringan baru yang lebih banyak dari keadaan biasa untuk mempertahankan agar tubuh dapat bekerja secara normal.

2.3.3.4 Kebutuhan Energi dan Protein

Energi dalam tubuh manusia dapat timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein dan lemak, dengan demikian agar manusia selalu tercukupi energinya diperlukan pemasukan zat-zat makanan yang cukup pula ke dalam tubuhnya. Manusia yang kurang makan akan lebih baik kekuatannya, fisiknya,

maupun daya ingatnya serta daya pemikirannya karena kurangnya zat-zat makanan yang diterima tubuhnya yang dapat menghasilkan energi (Kartasapoetra & Marsetyo, 2010).

Menurut (Kartasapoetra & Marsetyo, 2010), dalam pengertian makanan sebagai sumber energi ternyata energi makanan dalam proses-proses yang terjadi dalam tubuh hanya sebagian saja yang diubah menjadi tenaga, sedang lainnya diubah menjadi panas. Dalam keadaan hanya sedikit melakukan kerja fisik, sebagian besar energi diubah menjadi panas, dan dalam keadaan tidak melakukan pekerjaan fisik maka relatif seluruh energi diubah menjadi panas dan selanjutnya panas akan ke luar dari tubuh.

Tabel 2. 1: Kebutuhan Energi dan Protein selama bekerja (8 jam)

Usia/Jenis Pekerjaan	Kebutuhan Energi (kcal)		Kebutuhan Protein (g)	
	Pria	Wanita	Pria	Wanita
19-29 tahun				
Ringan	960	720	24	20
Sedang	1020	760	24	20
Berat	1120	860	24	20
30-49 tahun				
Ringan	880	680	24	20
Sedang	940	720	24	20
Berat	1040	820	24	20
50-64 tahun				
Ringan	860	660	24	20
Sedang	920	700	24	20
Berat	1020	800	24	20

Sumber: AKG, 2014

2.3.4 Gangguan Kesehatan Jiwa

2.3.4.1 Pengertian Gangguan Kesehatan Jiwa

Menurut UU RI no. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut mampu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Republik Indonesia, 2014).

Seseorang yang tidak mampu menghadapi atau mengatasi stresor tersebut maka memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami masalah kejiwaan (Nurjanah, 2004). Menurut UU RI No.18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, menyatakan bahwa orang dengan masalah kejiwaan yang selanjutnya disingkat OMDK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/ atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa (Republik Indonesia, 2014).

Gangguan jiwa merupakan sekumpulan gejala yang mengganggu pikiran, perasaan, dan perilaku yang menyebabkan kehidupan seseorang menjadi terganggu dan menderita sehingga tidak dapat melaksanakan fungsi sehari-hari (Republik Indonesia, 2014).

2.3.4.2 Faktor Penyebab Gangguan Kesehatan Jiwa

2.3.4.2.1 Psikologis

Hubungan antara peristiwa hidup yang mengancam, seperti peristiwa traumatik merupakan salah satu faktor penyebab yang menjadi stresor seseorang untuk mengalami gangguan jiwa. Psikologis akan terpengaruh dalam waktu yang

panjang, saat seseorang kesulitan untuk melupakan pengalaman traumatik. Seseorang yang tidak mampu menanggulangi stresor, maka akan berakibat pada timbulnya gejala-gejala dalam aspek kejiwaan, berupa gangguan jiwa ringan maupun berat (Yosep, Ni Luh Nyoman, & Sriati, 2009)

2.3.4.2.2 Genetik

Penelitian yang dilakukan oleh Yanuar (2011) mengenai analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa di Desa Paringan Kabupaten Ponorogo, menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara genetik dengan kejadian gangguan jiwa. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat Cloninger (1989) dalam Yanuar (2011) yang mengatakan bahwa faktor genetik memiliki kaitan yang erat terhadap gangguan jiwa terutama gangguan persepsi sensori dan gangguan psikotik.

2.3.4.2.3 Lingkungan

Terdapat hubungan yang erat antara kondisi sosial dan lingkungan sebagai stresor psikososial dengan timbulnya gangguan jiwa (Makhfudli, 2009).

2.4 Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) Terintegrasi

Pos Upaya Kesehatan Kerja yang selanjutnya disebut Pos UKK merupakan wadah untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat pada pekerja sektor informal yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat pekerja melalui pemberian pelayanan kesehatan dengan pendekatan utama promotif dan preventif, disertai kuratif dan rehabilitatif sederhana/terbatas (Kemenkes RI, 2015).

Pos UKK Terintegrasi adalah Pos UKK yang dalam pelaksanaan kegiatan dan substansinya dipadukan dengan program atau kegiatan kesehatan lainnya yang terdapat pada kelompok pekerja dan bentuk peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini, pemantauan faktor risiko pada penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, pengendalian penyakit bersumber binatang, serta program gizi, kesehatan reproduksi, kesehatan olahraga, kesehatan jiwa, kesehatan lingkungan, dan PHBS yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik (Kemenkes RI, 2015).

Jenis kegiatan di Pos UKK Terintegrasi meliputi:

2.4.1 Promotif

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

Kegiatan promotif di Pos UKK Terintegrasi sebagai berikut:

2.4.1.1 Penyuluhan dan/konseling kesehatan kerja, penyakit tidak menular, penyakit menular, gizi, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi dan menyusui/ASI, kesehatan ibu, kesehatan lingkungan, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), kesehatan olahraga.

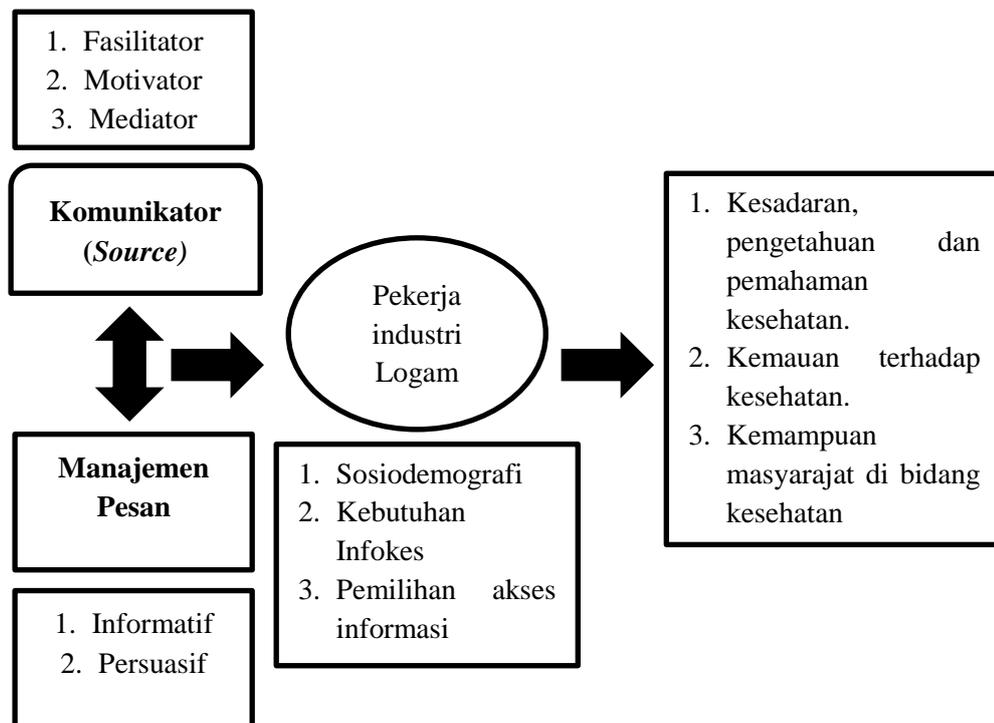
Mekanisme Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Kerja oleh Kader Pos UKK (Kemenkes RI, 2008) meliputi:

1. Penyuluhan dilakukan pada waktu jam kerja, waktu istirahat, maupun diluar jam kerja.
2. Penyuluhan Kesehatan Kerja dilakukan dengan metode ceramah/demonstrasi, tanya jawab, diskusi, dan konsultasi.

3. Untuk memudahkan penyuluhan, sebaiknya menggunakan peralatan pendukung seperti media, gambar, poster, brosur, dan lain-lain.
4. Materi penyuluhan disesuaikan dengan pekerjaannya dapat berupa: gizi kerja, PHBS, potensi dan risiko bahaya di tempat kerja, alat pelindung diri, pengolahan limbah, penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja, dan lain-lain.

2.4.1.2 Penyebarluasan informasi tentang kesehatan kerja, penyakit menular, penyakit tidak menular, gizi, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, kesehatan ibu, kesling, kesehatan olahraga, PHBS melalui media KIE.

Mekanisme penyebarluasan informasi kesehatan kerja:



Gambar 2. 6: Mekanisme penyebarluasan informasi kesehatan kerja

Sumber: (Saleha Rodiah, 2018).

Kepala desa, petugas kesehatan dari kecamatan, bidan desa dan kader UKK sebagai motor penggerak (agen pemberdaya) pemberdayaan kesehatan

dalam menyampaikan beragam informasi kesehatan pada pekerja industri logam. Dalam pengorganisasiannya melibatkan berbagai pihak dengan sistem pemberdayaan berjenjang, hingga subjek akhirnya adalah pekerja industri logam. Agen pemberdayaan sebagai komunikator informasi dan menjalankan peran sebagai fasilitator, motivator dan mediator didukung para pemimpin pekerja sektor informal. Sedangkan petugas kesehatan melakukan strategi manajemen pesan berupa pendidikan dan promosi kesehatan dengan penyampaian informasi kesehatan untuk menambah pengetahuan kesehatan melalui sosialisasi dan penyuluhan kesehatan kepada kader dan pekerja industri logam. Selain itu memberikan informasi yang bersifat ajakan (persuasif) agar masyarakat dapat meningkatkan kualitas kesehatannya (Saleha Rodiah, 2018).

2.4.1.3 Penimbangan tinggi badan dan berat badan.

Mekanisme penimbangan tinggi badan dan berat badan yaitu, berat badan dan tinggi badan merupakan parameter untuk pengukuran antropometri. Setelah penimbangan berat badan dan tinggi badan selanjutnya dilakukan perhitungan Indeks Masa Tubuh (IMT). Dari hasil perhitungan IMT dapat diketahui status gizi pekerja. Jika hasil perhitungan ditemukan status gizi kurang dan lebih maka dilakukan perbaikan gizi pekerja selama bekerja. Perbaikan dan peningkatan gizi mempunyai makna yang sangat penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan pekerja (Ratnawati, 2011).

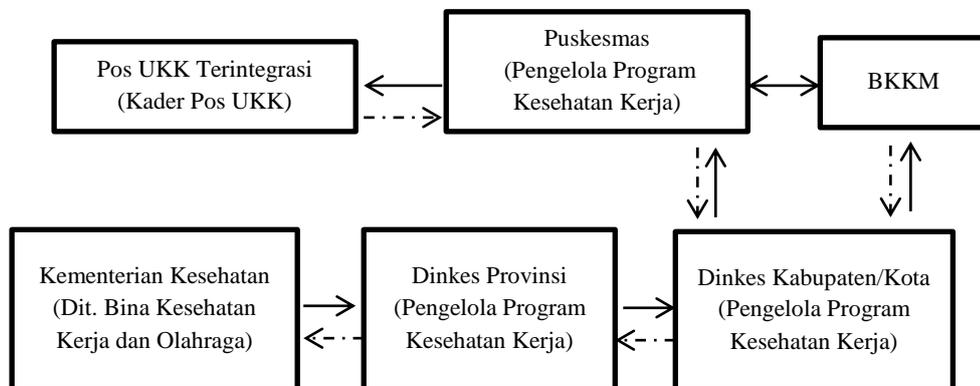
Surveilans kesehatan kerja melalui pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan diseminasi sebagai suatu kesatuan yang tidak terpisahkan untuk menghasilkan informasi sebagai bahan pengambilan keputusan.



Gambar 2. 7: Mekanisme Surveilans Kesehatan Kerja

Sumber: (Widowati, 2018).

2.4.1.4 Pencatatan dan pelaporan.



Gambar 2. 8: Pencatatan dan pelaporan

Sumber: (Kemenkes RI, 2003)

Keterangan:

- - - -> : Melaporkan
- > : Membina program kesehatan kerja
- <--> : Koordinasi

Kader Pos UKK mencatat seluruh kegiatan yang dilakukan dengan pendampingan atau pembinaan dari petugas/pengelola program kesehatan kerja Puskesmas, seperti kegiatan survey mawas diri kesehatan kerja (formulir tempat tinggal), survey mawas diri kesehatan kerja (formulir tempat kerja), data pekerja binaan, dan pengisian formulir pencatatan status kesehatan pekerja serta pengisian rujukan jika terdapat kasus yang perlu dirujuk, baik ke Puskesmas ataupun Rumah Sakit. Data hasil kegiatan dilaporkan ke Puskesmas, dan selanjutnya dilaporkan secara berjenjang sampai ke pusat (Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga Kementerian Kesehatan) melalui Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu (SP2TP).

Petugas puskesmas melakukan pemantauan tempat kerja di wilayah kerjanya, mengisi formulir pencatatan status kesehatan pekerja dan formulir pencatatan status kesehatan kerja di Pos UKK di wilayah kerjanya, formulir rekapitulasi pelaporan, dan formulir laporan bulanan kesehatan kerja Puskesmas berdasarkan SP2TP. Data hasil kegiatan tersebut dilaporkan sesuai formulir yang tersedia secara berjenjang. Puskesmas dengan daerah memiliki BKKM untuk berkoordinasi dalam kegiatan kesehatan kerja, termasuk pencatatan dan pelaporan.

2.4.2 Preventif

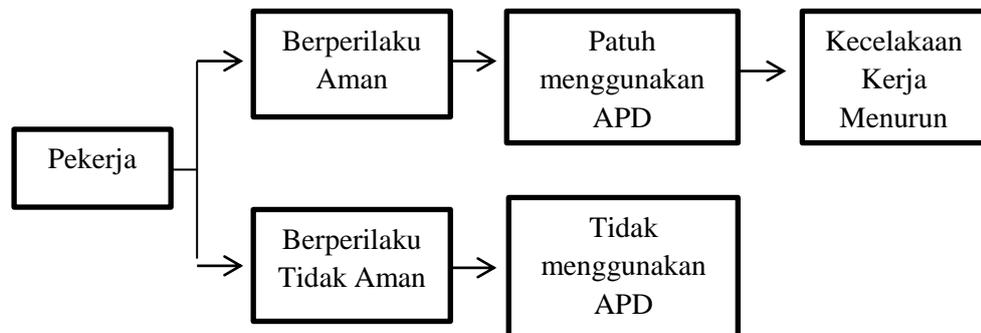
Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit (UU No. 36, 2009).

2.4.2.1 Kegiatan preventif di Pos UKK Terintegrasi sebagai berikut: Identifikasi Dan Pengenalan Risiko Bahaya di Tempat Kerja.

Prosedur identifikasi dan pengenalan risiko bahaya ditempat kerja (Adzim, 2014) meliputi hal sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data (denah/peta lokasi industri, jenis pekerjaan, prosedur intruksi kerja serta peralatan yang digunakan).
2. Melaksanakan observasi lapangan.
3. Melaksanakan identifikasi bahaya berdasarkan 5 faktor bahaya di tempat kerja (biologi, kimia, fisik/mechanik, biomekanik, dan psikis/sosial).
4. Melaporkan hasil identifikasi risiko bahaya di tempat kerja kepada Petugas Puskesmas/Kesehatan
5. Melakukan penyuluhan kepada pekerja tentang risiko bahaya yang dapat terjadi ditempat kerja.

2.4.2.2 Penyediaan contoh dan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).



Gambar 2. 9: Penyediaan contoh dan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Sumber: (Halimah, 2010).

Kepatuhan menggunakan APD memiliki peranan penting dalam menciptakan keselamatan di tempat kerja dan mengurangi angka kejadian

kecelakaan kerja. Pekerja yang patuh memiliki pengetahuan dan kesadaran untuk melindungi dirinya terhadap bahaya keselamatan kerja karena mereka mengerti risiko yang diterima jika berperilaku patuh ataupun tidak patuh terhadap peraturan yang ada. Pekerja yang patuh akan selalu berperilaku aman dalam melaksanakan pekerjaannya, sehingga dapat mengurangi jumlah kecelakaan kerja. Sebaliknya pekerja yang tidak patuh akan cenderung melakukan kesalahan dalam setiap proses kerja karena tidak mematuhi standar dan peraturan yang ada. Mereka merasa bahwa peraturan yang ada hanya akan membebani dan menjadikan pekerjaan menjadi lebih lama selesai. Pekerja yang tidak patuh akan berperilaku tidak aman karena merasa menyenangkan dan memudahkan pekerjaan. Misalnya pekerja tidak memakai alat pelindung diri berupa *safety helmet* dan *safety shoes* karena merasa tidak nyaman dan mengganggu proses kerja yang ada. Mereka merasa tahu seluk beluk pekerjaan sehingga tidak perlu adanya *safety helmet* dan *safety shoes* yang menurut mereka memberatkan (Halimah, 2010).

2.4.2.3 Pengamatan jentik dilingkungan kerja.

Mekanisme Pengamatan jentik dilingkungan kerja oleh kader UKK (Nurfahrida, 2016) meliputi:

1. Petugas sanitasi puskesmas menyiapkan alat-alat pemeriksaan jentik dan surat tugas bagi kader
2. Kader UKK melaksanakan pemeriksaan jentik di lingkungan kerja.
3. Kader UKK menuliskan hasil-hasil pemeriksaan pada formulir Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB).
4. Kader memaparkan hasil pemeriksaan kepada pemilik industri.

5. Kader melakukan penyuluhan kepada pemilik industri (bila perlu).
6. Formulir PJB diserahkan kepada petugas sanitasi puskesmas.

2.4.2.4 Membantu pelaksanaan pemeriksaan kesehatan awal dan berkala oleh petugas kesehatan.

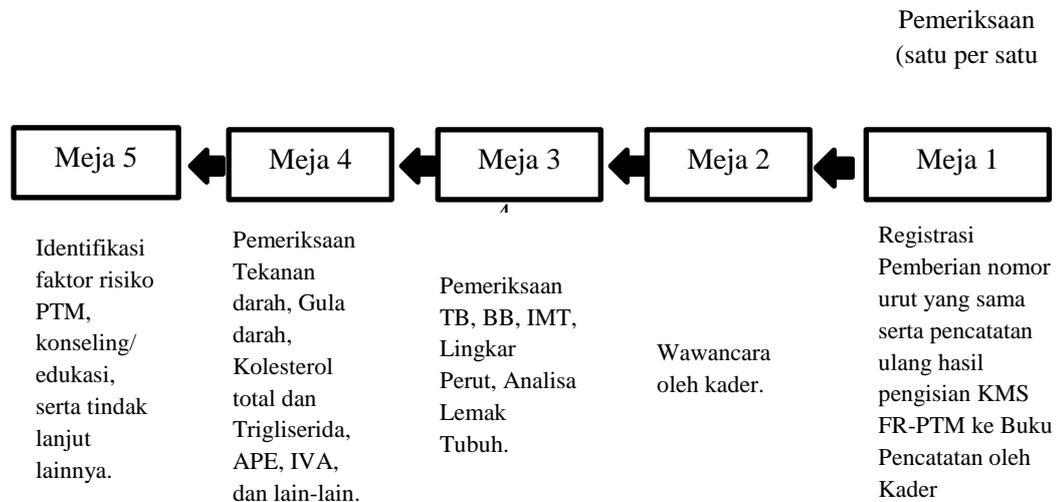
Pemeriksaan awal adalah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan sebelum seseorang pekerja mulai melaksanakan pekerjaannya. Pemeriksaan ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang status kesehatan pekerja. Kader membantu petugas kesehatan memeriksa kesehatan pekerja yang bersifat umum (mengukur tinggi badan, berat badan) serta membantu pengadaan pengelolaan kartu kunjungan dan formulir status kesehatan pekerja (Kemenkes RI, 2008).

2.4.2.5 Deteksi dini penyakit kusta.

Penyakit kusta (*Morbus hansen*) adalah suatu penyakit infeksi menahun akibat bakteri tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ lainnya. Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang dapat menimbulkan masalah kecacatan (Susanto, 2006).

Mekanisme deteksi dini penyakit kusta yaitu, kusta dapat didiagnosis berdasarkan temuan klinis berupa kelainan bercak pucat atau merah pada kulit yang mati rasa dan penebalan saraf. Setelah itu dapat dilakukan kerokan kulit (*skin smear*). Apabila ditemukan bakteri pada kerokan kulit saat diperiksa dibawah mikroskop maka positif terkena kusta (WHO, 2010).

2.4.2.6 Deteksi dini faktor risiko PTM melalui wawancara faktor risiko PTM, pengukuran berat badan, tinggi badan, tekanan darah, lingkar perut, pemeriksaan gula darah sewaktu dan kolesterol. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan.



Gambar 2. 10: Deteksi dini faktor risiko PTM

Sumber: (Kemenkes, 2013).

2.4.3 Kuratif

Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin (UU No. 36, 2009).

Kegiatan preventif di Pos UKK Terintegrasi sebagai berikut:

Dilaksanakan oleh Kader Pos UKK Terintegrasi, meliputi:

2.4.3.1 Pelayanan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) Sederhana.

Mekanisme Pelayanan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan yaitu, kader harus mengikuti pelatihan P3K dari petugas Puskesmas/Kesehatan, sebelum melakukan pertolongan P3K. Apabila pekerja mengalami kecelakaan kerja ringan kader Pos UKK diperkenankan melakukan penanganan dengan memberikan obat

yang dijual bebas. Dengan adanya pertolongan pertama pada kecelakaan maka kejadian kecelakaan kerja segera tangani dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja (Kemenkes RI, 2008).

2.4.3.2 Pelayanan Pertolongan Pertama Pada Penyakit (P3P).

Mekanisme Pelayanan Pertolongan Pertama Pada Penyakit yaitu, kader harus mengikuti pelatihan P3K dari petugas Puskesmas/Kesehatan, sebelum melakukan pertolongan P3K dan P3P. Kader Pos UKK diharuskan membuat daftar berbagai penyakit akibat kerja yang ada meliputi penyebab, gejala dan pencegahannya untuk bahan penyuluhan. Apabila pekerja menderita sakit ringan (batuk, pilek, demam) kader Pos UKK diperkenankan memberikan obat dengan obat yang dijual bebas. Dengan adanya pertolongan pertama pada kecelakaan maka kejadian penyakit kerja segera tangani dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja (Kemenkes RI, 2008).

2.4.4 Rehabilitatif

Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya (UU No.36, 2009).

2.4.4.1 Kegiatan preventif di Pos UKK Terintegrasi sebagai berikut: Pelayanan rehabilitatif berupa pemulihan.

Mekanisme pelayanan rehabilitatif yaitu, pekerja yang mengalami kecelakaan kerja dan mengalami kecacatan atau kehilangan organ tubuh dirujuk ke rumah sakit untuk diberikan pengobatan dan rehabilitasi. Setelah pengobatan

dan rehabilitasi tuntas, petugas kesehatan dan kader memberikan pelatihan pasca kecacatan dan motivasi kepada pekerja yang bertujuan untuk memastikan pekerja dapat bekerja kembali secara normal (BPJS, 2015).

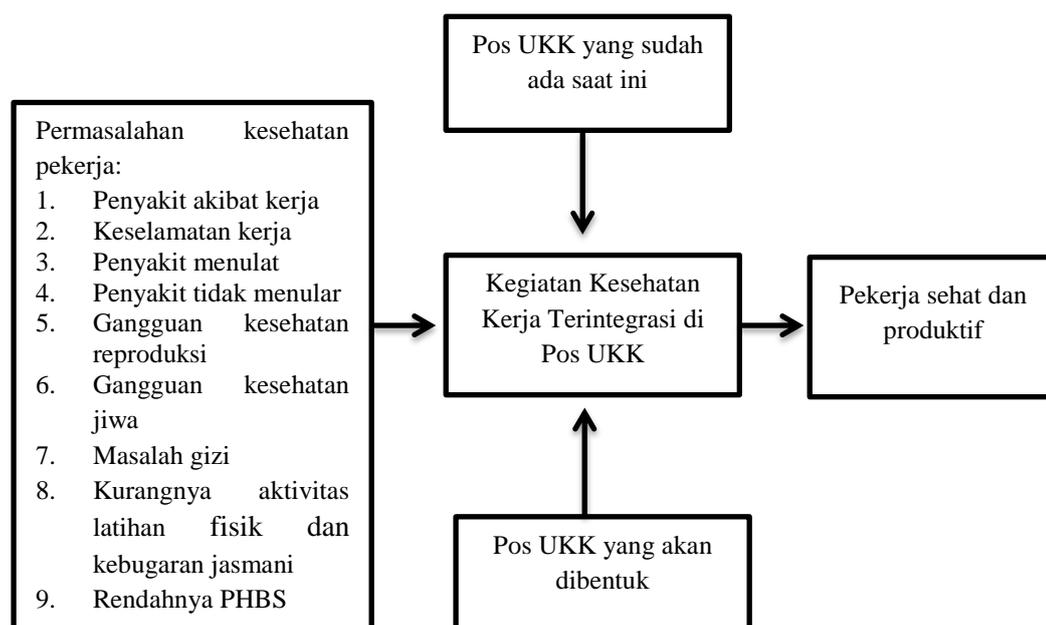
2.5 Alasan Pembentukan Pos UKK Terintegrasi

Beberapa hal yang melatarbelakangi perlunya pembentukan Pos UKK Terintegrasi menurut (PMK No. 100, 2015), yaitu:

1. Setiap tempat kerja memiliki potensi bahaya yang dapat menimbulkan penyakit dan kecelakaan pada pekerja;
2. Selain perkaitan dengan bahaya di tempat kerja, permasalahan pada pekerja mencakup masalah kesehatan umum, seperti penyakit menular, masalah gizi, gangguan kesehatan reproduksi, kurangnya aktivitas/latihan fisik, gangguan kesehatan jiwa, kesehatan lingkungan yang kurang memadai, dan rendahnya PHBS;
3. Pekerja pada usaha sektor informal belum mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan belum sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dihadapinya mengingat selama ini pelayanan yang diberikan bersifat umum, belum dikaitkan dengan faktor resiko yang ada di tempat kerjanya dan waktu pelayanan di Puskesmas bersamaan dengan waktu kerjanya sehingga sulit mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan;
4. Perlunya mendekatkan dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada usaha sektor informal dengan adanya Pos UKK Terintegrasi;

5. Untuk mendapatkan jaminan kesehatan nasional dan jaminan ketenagakerjaan, pekerja sektor informal diharapkan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Ketenagakerjaan. Dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan;
6. Dengan pelayanan kesehatan yang terintegrasi di Pos UKK pada pekerja dengan skema JKN akan meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas. Jaminan ketenagakerjaan untuk melindungi pekerja dan menjamin bila terjadi kecelakaan kerja, cedera akibat kerja, dan penyakit akibat kerja.

Berdasarkan hal di atas, alasan pembentukan Pos UKK Terintegrasi dapat digambarkan melalui gambar di bawah ini:



Gambar 2. 11: Alasan Pembentukan Pos UKK Terintegrasi

Sumber: Permenkes 100 tahun 2015 tentang Pos UKK Terintegrasi

Dalam penyelenggaraan Pos UKK dengan pelayanan yang terintegrasi perlu dilakukan pada Pos UKK yang sudah ada. Bagi masyarakat pekerja yang

akan membentuk Pos UKK Terintegrasi. Pengembangan Pos UKK Terintegrasi dilakukan melalui beberapa tahapan kegiatan, seperti pemetaan usaha industri kecil, sedang dan besar, Pos UKK saat ini dan Posbindu; pelatihan Pos UKK Terintegrasi bersama tim dan pelatihan bagi dokter, petugas kesehatan puskesmas dan kader; penyusunan KIE untuk Pos UKK Terintegrasi dengan materi substansi masing-masing unit di lintas program.

2.6 Tujuan Pembentukan Pos UKK Terintegrasi

Beberapa hal yang merupakan tujuan dari pembentukan Pos UKK menurut Depkes (2006) dibagi menjadi tujuan umum, dan tujuan khusus, yaitu:

2.6.1 Tujuan Umum

Mewujudkan masyarakat pekerja yang sehat dan produktif.

2.6.2 Tujuan Khusus

1. Meningkatnya pengetahuan masyarakat pekerja tentang kesehatan kerja.
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat pekerja, untuk menolong dirinya sendiri.
3. Meningkatnya pelayanan kesehatan kerja yang dilaksanakan oleh kader, masyarakat pekerja dan tenaga kesehatan yang terlatih kesehatan kerja.
4. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat pekerja terhadap risiko dan bahaya akibat kerja yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan.
5. Meningkatnya dukungan dari pengambil kebijakan terhadap Pos UKK. Meningkatnya peran aktif lintas program dan lintas sektor terkait dalam penyelenggaraan Pos UKK.

Sedangkan tujuan dari pembentukan Pos UKK Terintegrasi menurut (PMK No. 100, 2015), yaitu:

1. Memudahkan akses pelayanan kesehatan pada pekerja dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif dan preventif, serta kuratif dan rehabilitatif sederhana/terbatas.
2. Meningkatnya jumlah dan kualitas Pos UKK dengan pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi pada pekerja.
3. Meningkatkan peran dan kerja sama lintas sektor dan lintas program dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terintegrasi di Pos UKK.

2.7 Manfaat Pembentukan Pos UKK Terintegrasi

Menurut (Depkes, 2006) terdapat beberapa manfaat pembentukan Pos UKK Terintegrasi, yaitu:

2.7.1 Bagi Masyarakat Pekerja

Permasalahan kesehatan kerja dapat dideteksi secara dini dan masyarakat pekerja dapat memperoleh pelayanan kesehatan kerja yang dapat dijangkau.

2.7.2 Bagi Kader Kesehatan

Kader dapat mendapatkan informasi lebih awal tentang kesehatan kerja dan kader mendapatkan kebanggaan.

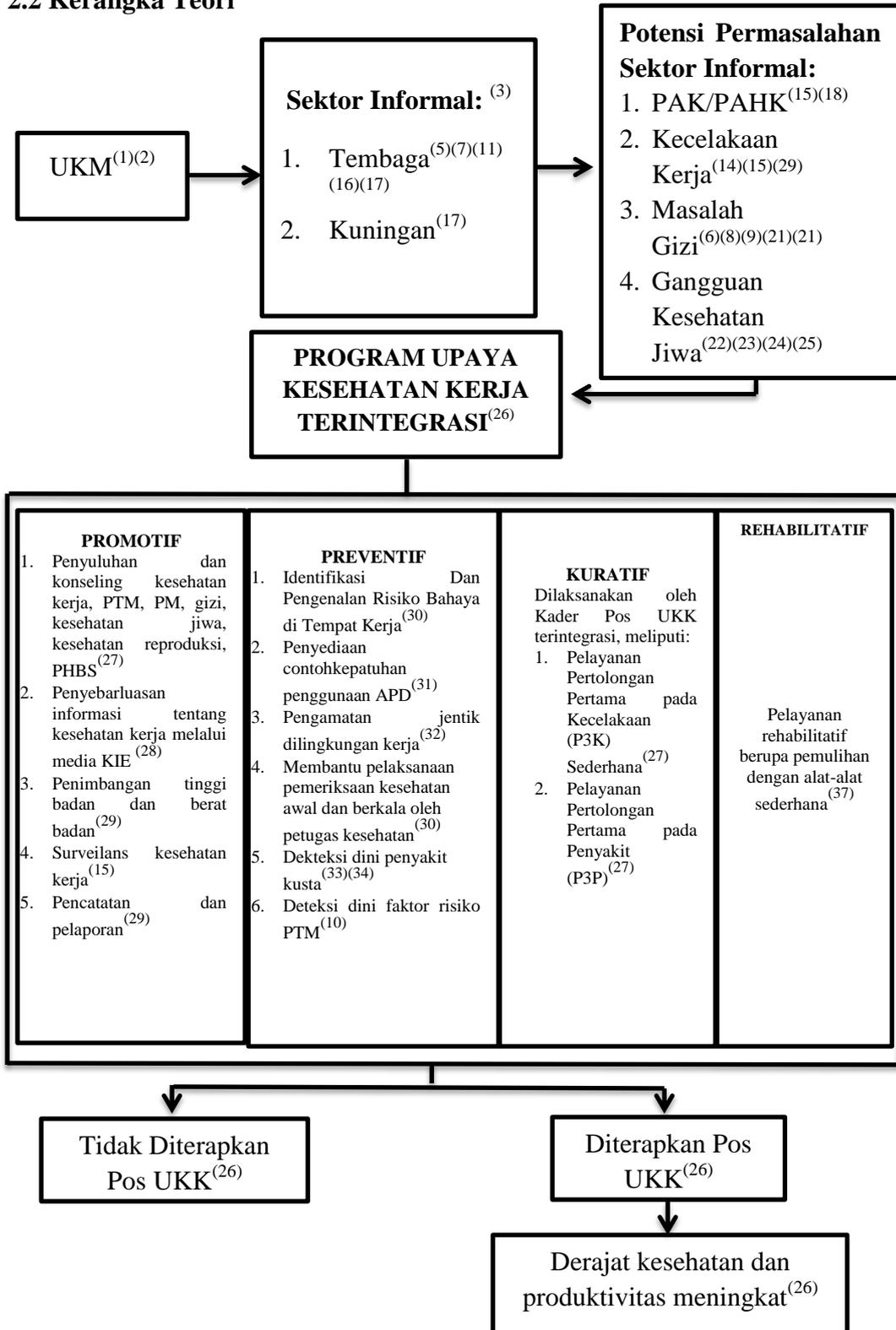
2.7.3 Bagi Puskesmas

Memperluas jangkauan pelayanan puskesmas dan dapat mengoptimalkan fungsi puskesmas utamanya pemberdayaan masyarakat.

2.7.4 Bagi Sektor Lain

Dapat memadukan kegiatan sektornya utamanya yang berkaitan dengan kesejahteraan dan kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan lebih efektif dan efisien.

2.2 Kerangka Teori



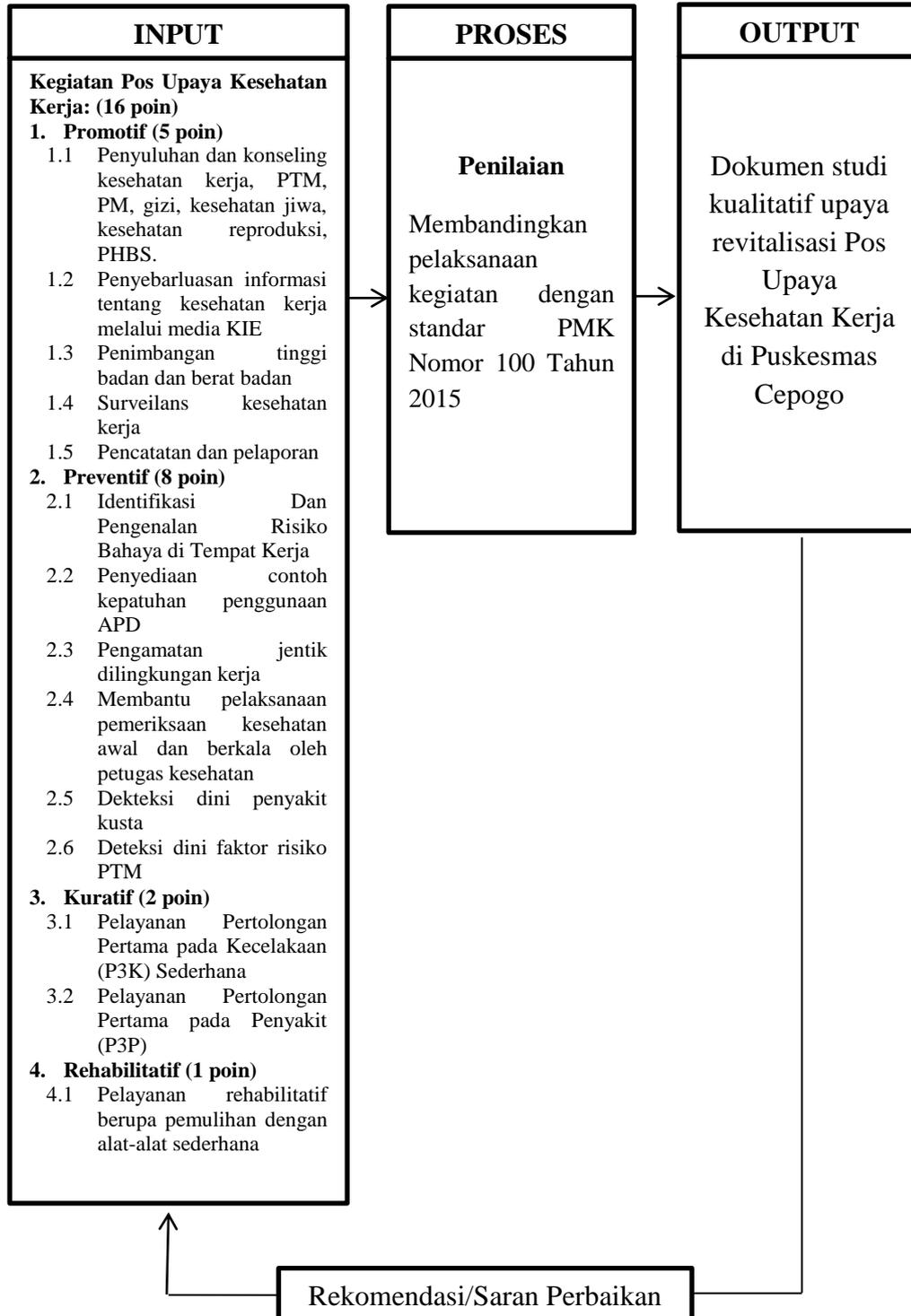
Gambar 2. 12: Kerangka Teori

Sumber : (UU RI No.20, 2008)⁽¹⁾; (Robiyanto, 2004)⁽²⁾; (Alma, 2001)⁽³⁾; (Akifa, 2014)⁽⁴⁾; (Andaka, 2008)⁽⁵⁾; (Andriani & B, 2012)⁽⁶⁾; (Darmono, 2005)⁽⁷⁾; (Irianto, 2007)⁽⁸⁾; (Kartasapoetra & Marsetyo, 2010)⁽⁹⁾; (Kemenkes, 2013)⁽¹⁰⁾; (Kundari, dkk, 2008)⁽¹¹⁾; (Mukti, 2013)⁽¹²⁾; (Nurjanah, 2004)⁽¹³⁾; (Suma'mur, 2009)⁽¹⁴⁾; (Widowati, 2018)⁽¹⁵⁾; (Suhendrayatna, 2001)⁽¹⁶⁾; (Tata Surdia, 1996)⁽¹⁷⁾; (Hebbie Ilma Adzim, 2013)⁽¹⁸⁾; (UU RI No. 1, 1970)⁽¹⁹⁾; (Putri, 2012)⁽²⁰⁾; (Almatsier, 2003)⁽²¹⁾; (Kemenkes RI, 2014)⁽²²⁾; (Yosep, Puspowati, & Sriati, 2009)⁽²³⁾; (Efendi & Makhfudli, 2009)⁽²⁴⁾; (Yosep, Puspowati, & Sriati, 2009)⁽²⁵⁾; (PMK No. 100, 2015)⁽²⁶⁾; (Kemenkes RI, 2008)⁽²⁷⁾; (Saleha Rodiah, 2018)⁽²⁸⁾; (Ratnawati,2011)⁽²⁹⁾; (Kemenkes RI, 2003)⁽³⁰⁾; (Adzim, 2014)⁽³¹⁾; (Halimah, 2010)⁽³²⁾; (Nurfahrida, 2016)⁽³³⁾; (Susanto, 2006)⁽³⁴⁾; (Permenkes No. 88, 2014)⁽³⁷⁾; (BPJS, 2015)⁽³⁸⁾.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Alur Pikir



Gambar 3. 1: Alur Pikir

3.2 Fokus Penelitian

Fokus yang sebenarnya dalam penelitian kualitatif diperoleh setelah melakukan *grand tour observation* dan *grand tour question* atau yang disebut dengan penjelajahan umum. Dari penjelajahan umum ini peneliti akan memperoleh gambaran umum menyeluruh yang masih pada tahap permukaan tentang situasi sosial. Untuk dapat memahami secara lebih luas dan mendalam, maka diperlukan pemilihan fokus penelitian (Sugiyono, 2016). Fokus dalam penelitian ini adalah studi kualitatif upaya revitalisasi pos UKK Terintegrasi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas pekerja melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan studi kasus. Metode deskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, suatu kondisi, suatu sistem pemikiran, ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan *makna* dari pada *generalisasi* (Sugiyono, 2016).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan studi kasus. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal dalam penelitian ini adalah pelaksanaan program Pos UKK Terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas

Cepogo. Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan berbagai teknik secara integratif (Notoatmodjo, 2005).

3.4 Sumber Informasi

3.4.1 Data Primer

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive* sampling yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan dan tujuan tertentu (Sugiyono, 2016). Dalam Sugiyono (2016) menyatakan bahwa sampel sebagai sumber data atau sebagai informal sebaiknya memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Mereka yang menguasai atau memahami sesuatu melalui proses enkulturasi, sehingga sesuatu itu bukan sekedar diketahui, tetapi juga dihayati.
2. Mereka yang tergolong masih sedang berkecimpung atau terlibat pada kegiatan yang tengah diteliti.
3. Mereka yang mempunyai waktu yang memadai untuk diminta informasi.
4. Mereka yang tidak cenderung menyampaikan informasi hasil “kemasannya” sendiri.

Adapun kriteria yang ditentukan dalam penelitian ini meliputi:

1. Mengetahui dan memahami pelaksanaan mengenai Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi.
2. Mengawasi pelaksanaan program Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi.

3. Melaksanakan program Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi.

Berdasarkan hasil analisis kriteria tersebut informan yang terpilih dalam penelitian ini meliputi:

1. Kepala Puskesmas

Memenuhi kriteria nomor 1 dan 2 yaitu Mengetahui dan memahami pelaksanaan mengenai Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi pada sektor informal.

2. Penanggungjawab Program Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas

Memenuhi kriteria nomor 2, dan 3, yaitu mengetahui, mengawasi dan melaksanakan program pelaksanaan program pos upaya kesehatan kerja pada sektor informal.

3. Kader Upaya Kesehatan Kerja

Memenuhi kriteria nomor 1 dan 3, yaitu mengetahui, memahami dan melaksanakan program pos upaya kesehatan kerja pada sektor informal.

Tabel 3. 1: Jumlah Informan

No	Informan	Keterangan	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Kepala Puskesmas	-	1
2.	Penanggungjawab Program Pos UKK di Puskesmas	Penanggungjawab Program	1
3.	Kader Pos UKK	Setiap Pos UKK diwakili 1 kader	3
4.	Pekerja	Setiap Pos UKK diwakili 1 pekerja	3
Total			8

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh bukan dari informan yang akan diteliti akan tetapi dari sumber lain. Data sekunder dalam penelitian ini berasal dari dokumen mengenai pelaksanaan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif oleh Puskesmas Cepogo dan dokumen mengenai UKM di wilayah Cepogo.

3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini peneliti menggunakan alat berupa:

3.5.1.1 Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk wawancara terstruktur (*structured interview*), dimana dalam melakukan wawancara, peneliti telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis dimana alternatif jawabannya telah disiapkan (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini pedoman wawancara digunakan untuk mengetahui pelaksanaan kegiatan pada pos upaya kesehatan kerja (promotif poin 1.1 sampai 1.5, preventif poin 2.1 sampai 2.8, kuratif poin 3.1 sampai 3.2, dan rehabilitatif poin 4.1) sebagai upaya revitalisasi pos upaya kesehatan kerja sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan pekerja sektor informal.

1. Menurut Sugiyono (2016), supaya hasil wawancara dapat terekam dengan baik dan peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada informan atau sumber data, maka diperlukan bantuan alat meliputi: Buku

catatan: berfungsi untuk mencatat semua percakapan hasil wawancara dengan sumber data.

2. *Tape recorder*: berfungsi untuk merekam semua percakapan atau pembicaraan dengan sumber data atau informan.
3. Kamera: berfungsi untuk memotret ketika peneliti sedang melakukan pembicaraan dengan informan sehingga dapat meningkatkan keabsahan penelitian karena peneliti betul-betul melakukan pengumpulan data.

3.5.1.2 Lembar Observasi

Lembar observasi digunakan untuk membantu dalam proses observasi di lapangan. Lembar observasi dalam penelitian ini digunakan untuk membantu mengidentifikasi pelaksanaan Upaya Kesehatan Kerja yang kemudian akan dibandingkan dengan standar acuan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi (Sugiyono, 2016). Standar yang digunakan merupakan standar yang berkaitan dengan Upaya Kesehatan Kerja (UKK), untuk mengetahui pelaksanaan UKK di sektor industri dengan standar acuan yang digunakan dalam penelitian. Lembar observasi untuk mengetahui pelaksanaan pos UKK serta sarana prasarana yang digunakan pada kegiatan pos UKK pada poin promotif (1.2 dan 1.3), preventif (2.2), kuratif (3.1 dan 3.2) dan rehabilitatif (4.1).

Adanya pedoman observasi akan membantu dalam pemahaman mengenai indikator-indikator yang ada di dalam standar.

3.5.1.3 Lembar Studi Dokumentasi

Lembar studi dokumentasi digunakan untuk memudahkan peneliti dalam pengumpulan data berkaitan dengan studi dokumentasi di lapangan. Dokumen

bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Lembar studi dokumentasi berisi indikator terkait pelaksanaan Pos UKK yang akan diteliti dibandingkan atau dibuktikan dengan studi dokumen yang berkaitan dengan pelaksanaan Pos UKK, yaitu; profil puskesmas, pedoman pelaksanaan UKK, dan dokumen yang mendukung terkait pelaksanaan pos UKK di Puskesmas Cepogo (Sugiyono, 2016).

3.5.2 Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2016). Teknik yang digunakan dalam pengambilan data pada penelitian ini meliputi:

3.5.2.1 Wawancara

Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara terstruktur (*structured interview*). Teknik ini digunakan apabila peneliti telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh. Oleh karena itu dalam melakukan wawancara, pengumpul data telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya pun telah disiapkan. Dalam wawancara setiap responden diberi pertanyaan yang sama, dan pengumpul data mencatatnya (Sugiyono, 2016). Wawancara digunakan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan terkait pelaksanaan program Pos UKK.

3.5.2.2 Observasi

Teknik observasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah teknik observasi partisipasi pasif (*passive participation*). Dalam hal ini peneliti datang di

tempat kegiatan orang yang diamati, tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut. Dengan observasi partisipan ini, maka data yang diperoleh akan lebih lengkap, tajam, dan sampai mengetahui pada tingkat mana dari setiap perilaku yang nampak (Sugiyono, 2016).

3.5.2.3 Studi Dokumen

Menurut Sugiyono (2016), studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian evaluatif deskriptif. Hasil penelitian dari observasi dan wawancara akan lebih kredibel atau dapat dipercaya apabila didukung oleh dokumentasi. Studi dokumen dalam penelitian ini didapatkan berdasarkan variabel dalam penelitian untuk melengkapi hasil penelitian.

3.6 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian dalam penelitian ini dilakukan dalam 3 tahap meliputi:

3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Tahapan awal penelitian ini adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun kegiatan pada awal penelitian ini meliputi:

1. Menyusun proposal penelitian.
2. Menentukan tempat penelitian.
3. Mengurus perizinan di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan tempat penelitian.
4. Melakukan studi pendahuluan melalui data sekunder.
5. Melakukan seminar proposal penelitian.

3.6.2 Tahap Penelitian

Tahap penelitian adalah kegiatan yang dilakukan saat pelaksanaan penelitian. Adapun kegiatan pada penelitian meliputi:

1. Melakukan pengecekan terhadap semua perlengkapan penelitian yang digunakan.
2. Melakukan observasi pada jam kerja.
3. Melakukan wawancara dengan informan.
4. Mencatat dan merekam serta mendokumentasikan selama proses penelitian.
5. Melakukan studi dokumentasi.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Tahapan akhir penelitian yaitu kegiatan yang dilakukan setelah penelitian.

Adapun kegiatan setelah penelitian meliputi:

1. Melakukan pencatatan data hasil penelitian.
2. Melakukan analisis data.
3. Membuat laporan penelitian.

3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data

Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi dengan sumber. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu. Triangulasi sumber digunakan untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber (Sugiyono, 2016). Pemeriksaan keabsahan dalam penelitian ini adalah

pekerja sektor industri logam Cepogo dari masing-masing Pos UKK diwakili 1 orang. Triangulasi dengan sumber dilakukan dengan cara meliputi:

3.7.1 *Cross-check* data dengan fakta dari sumber lainnya

Sumber tersebut mungkin berupa informan yang berbeda, teknik riset yang berbeda untuk menggali topik yang sama, atau hasil dari sumber lainnya dan dari studi riset yang sama. Datanya harus memperkuat atau tidak ada kontradiksi (Sumantri, 2011).

3.7.2 Membandingkan dan melakukan kontras data

Dapat dilakukan pada rancangan penelitian dengan memasukkan kategori informan yang berbeda. Membandingkan dan melakukan kontras pada data adalah penting jika mencoba mengidentifikasi variabel atau ingin melakukan konfirmasi hubungan antar variabel (Sumantri, 2011).

3.7.3 Gunakan kelompok informan yang sangat berbeda semaksimal mungkin

Di dalam rancangan studi dan sampel, dinyatakan bahwa sangat berguna untuk mencari kategori informan yang berbeda (*extreme*) dalam variabel tertentu (Sumantri, 2011).

3.8 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi sampai tahap tertentu sehingga diperoleh data yang dianggap kredibel (Sugiyono, 2016).

Langkah-langkah dalam melakukan analisis data dengan model Miles dan Huberman adalah:

3.8.1 *Data Reduction* (Reduksi Data)

Mereduksi data dilakukan dengan merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya, sehingga data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti dalam melakukan pengumpulan data selanjutnya atau mencarinya bila diperlukan (Sugiyono, 2016).

3.8.2 *Data Display* (Penyajian Data)

Langkah analisis data berikutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Dengan menyajikan data, maka akan mempermudah dalam memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami (Sugiyono, 2016).

3.8.3 *Conclusion Drawing* atau *Verification*

Setelah melakukan analisis data maka dilakukan penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara yang akan berubah apabila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya, namun apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel (Sugiyono, 2016).

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan temuan yang bersifat baru, yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan ini berupa deskripsi atau

gambaran suatu obyek yang sebelumnya masih belum jelas, sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dapat berupa hubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori (Sugiyono, 2016). Data yang dikumpulkan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi, dianalisis untuk memperoleh studi kualitatif upaya revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas Cepogo.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Penelitian yang berjudul “Studi Kualitatif Upaya Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi Wilayah Kerja Puskesmas Cepogo”, terdapat 4 komponen kegiatan yang harus dilaksanakan, meliputi: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan uraian hasil penelitian yang telah disampaikan dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas Cepogo masih belum maksimal karena pelaksanaan kegiatan tidak rutin 1 bulan sekali, sehingga perlu adanya upaya revitalisasi Pos Upaya Kesehatan Kerja.
2. Pelaksanaan program Pos Upaya Kesehatan Kerja dari 14 indikator rata-rata sudah sesuai sebesar 28,6% (4 indikator), belum sesuai 42,8% (6 indikator), dan tidak ada 28,6% (4 indikator).
3. Indikator yang sesuai meliputi: survailens kesehatan kerja; penyediaan contoh dan kepatuhan penggunaan APD; pengamatan jentik dilingkungan kerja; dan membantu pelaksanaan pemeriksaan kesehatan dan berkala oleh petugas kesehatan. Indikator tidak sesuai meliputi: penyuluhan atau konseling kesehatan kerja, PTM, PM, gizi, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, PHBS; penyebarluasan informasi tentang kesehatan kerja melalui media KIE; penimbangan tinggi badan dan berat badan; pencatatan dan pelaporan; identifikasi dan pengenalan risiko bahaya di tempat kerja; Pelayanan

Pertolongan Pertama pada Kecelakaan (P3K); dan Pelayanan Pertolongan Pertama pada Penyakit (P3P). Sedangkan indikator yang tidak ada meliputi: deteksi dini penyakit kusta; deteksi dini faktor risiko PTM; dan pelayanan rehabilitatif berupa pemulihan dengan alat-alat sederhana.

4. Pelaksanaan program Pos Upaya Kesehatan Kerja tidak dilaksanakan oleh kader, melainkan langsung dari Puskesmas Cepogo.
5. Faktor yang menghambat dalam pelaksanaan kegiatan Pos Upaya Kesehatan Kerja antara lain: ijin pemilik usaha, keikutsertaan pekerja sektor informal, penanggung jawab program tidak fokus pada satu tugas, kurangnya koordinasi antar tim pelaksana program.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tentang studi kualitatif upaya pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi wilayah kerja Puskesmas Cepogo, saran yang dapat direkomendasikan antara lain:

6.2.1 Dinas Kesehatan

1. Dinas Kesehatan perlu adanya pendampingan pelaksanaan program Pos UKK secara rutin minimal 1 bulan sekali untuk meningkatkan kualitas program Pos UKK.
2. Dinas Kesehatan melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program Pos UKK.

6.2.2 Kepala Puskesmas

1. Kepala Puskesmas perlu menegaskan pentingnya melaksanakan koordinasi dan komitmen untuk kelangsungan pelaksanaan program Pos UKK.

2. Kepala Puskesmas melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan Pos UKK minimal 3 bulan sekali.

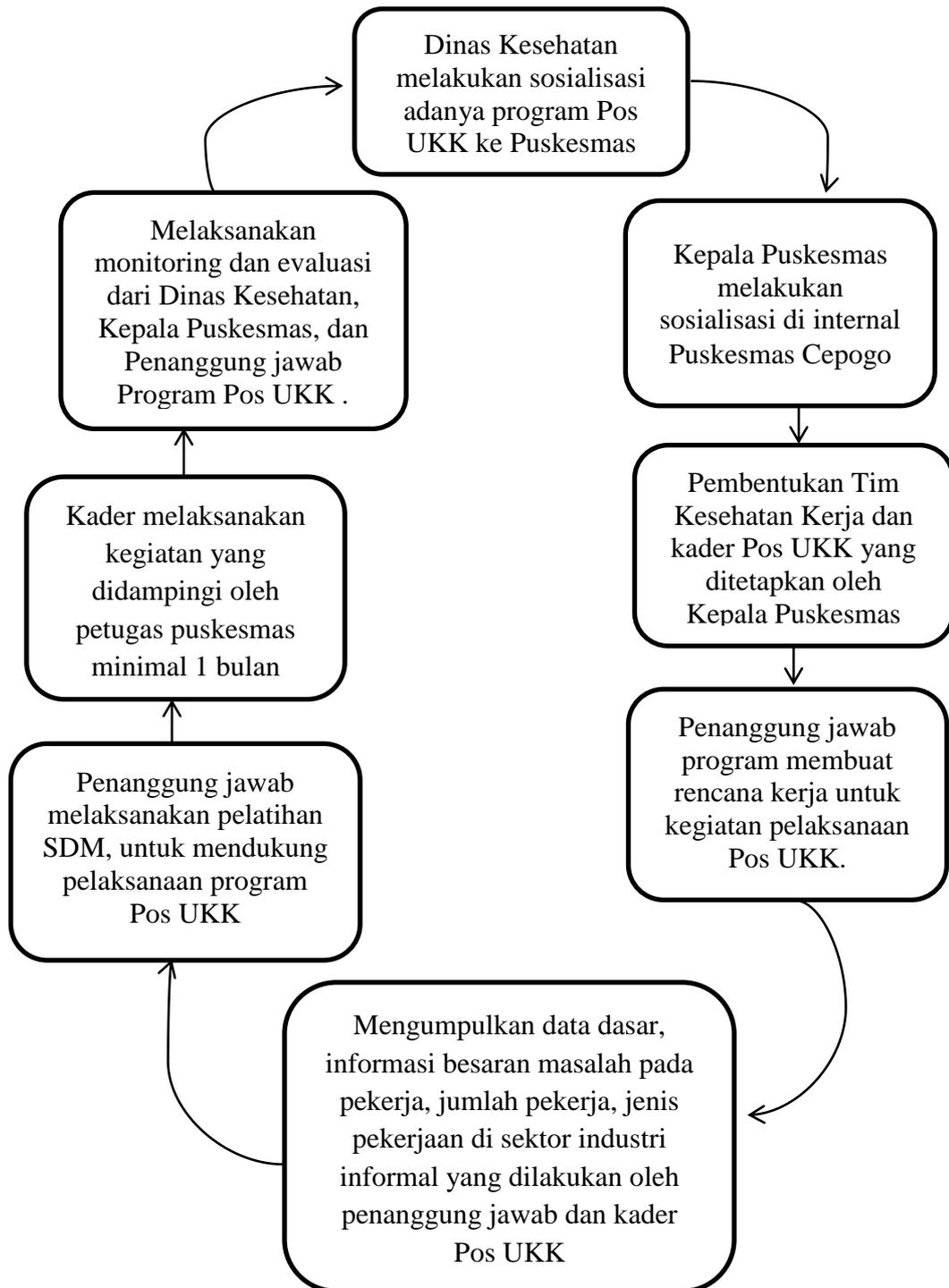
6.2.3 Penanggung jawab Program

1. Penanggung jawab membuat perencanaan kegiatan untuk pelaksanaan program Pos UKK.
2. Penanggung jawab program perlu melaksanakan koordinasi dengan tim pelaksana Pos UKK dengan melibatkan lintas program.
3. Penanggung jawab program membentuk kader Pos Upaya Kesehatan Kerja untuk membantu pelaksanaan kegiatan Pos UKK.
4. Penanggung jawab program melaksanakan pembinaan program minimal satu bulan sekali untuk menjaga dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan Pos UKK.
5. Penanggung jawab menegaskan pentingnya koordinasi dengan tim pelaksana program Pos UKK.
6. Penanggung jawab melaksanakan monitoring dan evaluasi minimal 3 bulan sekali.

6.2.4 Untuk Upaya Revitalisasi Pelaksanaan Pos UKK

1. Dinas Kesehatan melakukan sosialisasi adanya program Pos UKK ke Puskesmas Cepogo.
2. Kepala Puskesmas melakukan sosialisasi di internal Puskesmas Cepogo.
3. Pembentukan Tim Kesehatan Kerja dan kader Pos UKK yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.

4. Penanggung jawab program membuat rencana kerja untuk kegiatan pelaksanaan Pos UKK.
5. Mengumpulkan data dasar, informasi besaran masalah pada pekerja, jumlah pekerja, jenis pekerjaan di sektor industri informal yang dilakukan oleh penanggung jawab dan kader Pos UKK.
6. Penanggung jawab melaksanakan pelatihan SDM, untuk mendukung pelaksanaan program Pos UKK.
7. Kader melaksanakan kegiatan yang didampingi oleh petugas puskesmas minimal 1 bulan sekali.
8. Melaksanakan monitoring dan evaluasi dari Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, dan Penanggung jawab Program Pos UKK .



Gambar 6. 1: Upaya Revitalisasi Pos UKK

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, U. R., & Mahalul, A. (2016). Pendidikan Kesehatan Sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Deteksi Dini Kusta. *Journal of Health Education*.
- Adzim, Hebbie Ilma. (2013). *Pengertian dan Elemen Sistem Manajemen K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)*. Ahli K3 Umum. Diakses 10 April 2019.
- Akifa, P. N. (2014). *Komplet Akuntansi untuk UKM dan Waralaba*. Yogyakarta: Laksana.
- Almatsier, S. (2003). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Andaka, G. (2008). Penurunan Kadar Tembaga Pada Limbah Cair Industri Kerajinan Perak dengan Presipitasi Menggunakan Natrium Hidroksida. *Jurnal Teknologi*, Vol. 1, No. 2, hlm. 127-134.
- Andriani, M., & B, W. (2012). *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Kencana Predana Media Grup.
- Apriadi, W. (2001). *Gizi Keluarga, Seri Kesejahteraan Keluarga*. Jakarta: PT. Penebar Swadya.
- Azady, A. W., Widowati, E., & Rahayu, S. R. (2018). Penggunaan Job Hazard Analysis dalam Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja pada Pengrajin Logam. *Higeia* 2, 510-519.
- Budiono, I., Mardiana, Fauzi, L., & Nugroho, E. (2018). *Pedoman Penyusunan Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang Tahun 2017*. Semarang: Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.
- BPJS Ketenagakerjaan. (2018). *Data Kasus Kecelakaan Kerja Tingkat Nasional*. Diakses 10 Januari 2019.
- BPS Jateng. (2018). *Keadaan Ketenagakerjaan Provinsi Jawa Tengah Agustus 2018*. Semarang: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah.
- BPS. (2018). *Keadaan Ketenagakerjaan Agustus 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistika.

- Budiono, I., Mardiana, Fauzi, L., & Nugroho, E. (2017). *Pedoman Penyusunan Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang*. Semarang .
- (DEPKES) Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2000). *Prameter Standar Umum Ekstrak Tumbuhan Obat. Edisi I*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengawasan Obat Tradisional.
- Dinas Koperasi Jateng. (2018). *Data UKM Provinsi Jawa Tengah*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jateng. (2018). *Data Kesehatan Kerja Dasar Provinsi Jawa Tengah*.
- Disnakertras. (2018). *Angka Kecelakaan Kerja Tahun 2018*. Diakses 10 Januari 2019. Web Site: <https://regional.kompas.com/read/2019/01/29/13185901/angka-kecelakaan-kerja-tahun-2018-di-jateng-capai-1468-kejadian>
- Fitriani, A. (2013). Pengaruh Intervensi Penyuluhan Menggunakan Media Leaflet terhadap Perubahan Pengetahuan Mengenai Potensi Bahaya Dermatitis Kontak dan Pencegahannya pada Pekerja Cleaning Service UIN Syarif Hidayatullah Jakarta tahun 2013. 83 .
- Halimah, Siti. (2010). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Aman Karyawan di PT SIM Plant Tambun II Tahun 2010*. Jakarta: UIN.
- ILO. (2018). *Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Pekerja Muda*. Jakarta: Kantor Perburuhan Internasional.
- Irianto, K. (2007). *Panduan Gizi Lengkap: Keluarga dan Olahragawan*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Kartasapoetra, & Marsetyo. (2010). *Ilmu Gizi (Korelasi Gizi, Kesehatan dan Produktivitas Kerja)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Kementerian Koperasi dan UKM. (2018). *Perkembangan Data Usaha Mikro, Kecil, Menengah (UMKM) dan Usaha Besar (UB) Tahun 2016-2017*. Diakses 20 Januari 2019 dari Kementerian Koperasi dan Usaha Kecil dan Menengah RI. Web Site: <http://www.depkop.go.id/data-umkm>.
- Kemenkes RI. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 100 Tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi*. Jakarta: Perum Percetakan Republik Indonesia.
- Kemenkes, RI. (2013). *Surveilans Kesehatan Anak (Seri Balita)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes, RI. (2018). *Profil Kesehatan Tahun 2017*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Langgar, D. P., & Setyawati, V. A. (2014). Hubungan Antara Asupan Gizi dan Status Gizi dengan Kelelahan Kerja Pada Karyawan Perusahaan Tahu Baxo Bu Pudji di Ungaran Tahun 2014. *Jurnal Visikes*, Vol. 13, No. 2.
- Mahmudi. (n.d.). Upaya Mengurangi Kecelakaan Kerja Melalui Pengenalan Potensi Bahaya di Tempat Kerja. *Forum Teknologi*, Vol. 06 No.1.
- Makhfudli, F. E. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Mansyur, M. (2007). Manajemen Risiko Kesehatan di Tempat Kerja. *Maj Kedokterran Indonesia*, 285-288, Vol.57, No.10.
- Mukti, W. (2013). *Penilaian Risiko Keselamatan Kerja Pada Pengelasan Logam di Bengkel*.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjanah. (2004). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pratamawati, D. A. (2012). Peran Juru Pantau Jentik dalam Sistem Kewaspadaan Dini Demam Berdarah Dengue di Indoensia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 234-248, Vol.6, No.6.
- Priyandi, R. (2017). Pemetaan Potensi Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi di Wilayah Puskesmas Jurang Mangu Kota Tangerang Selatan Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Putri, K. D., & A.W, Y. D. (2014). Analisa Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Menggunakan Alat Pelindung Diri. *The Indonesian Journal of Occupational Safety, Helath, and Environment*, 24-36, Vol. 1, No.1.
- Republik Indonesia. (2008). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2008 tentang Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah*. Jakarta: Perum Percetakan Republik Indonesia.
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Perum Percetakan Republik Indonesia.
- Republik Indonesia. (2014). *Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Perum Percetakan Republik Indonesia.
- Riski Subariyah, P. H. (2017). *Kajian Implementasi Program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Kebon Jeruk Kota Jakarta Barat Tahun 2017*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.

- Robiyanto, F. (2004). *Akuntansi Praktis untuk Usaha Kecil dan Menengah*. Semarang: Studi Nusa.
- Saleha Rodiah, A. B. (2018). *Model Diseminasi Informasi Kominikasi Kesehatan MasyarakatPerdesaan di Kabupaten Bandung Barat*. *Jurnal Kajian Komunikasi*, Vol. 6, No. 2, hlm. 175-190.
- Sari, N. H. (2018). *Material Teknik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Subariyah, R., Handayani , P., Situngkir, D., & Heryana, A. (2017). *Kajian Implementasi Program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Kebon Jeruk Kota Jakarta Barat Tahun 2017*. *Esa Unggul*.
- Sugiyono. (2016). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suma'mur. (2009). *Higiene Perusahaan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Widowati, E. (2018). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Terapan Pada Sektor Informal*. Semarang: Cipta Prima Nusantara.
- Yosep, I. P., Ni Luh Nyoman, & Sriati, A. (2009). *Pengalaman Traumatik Penyebab Gangguan Jiwa (Skizofrenia) Pasien di Rumah Sakit Jiwa Cimahi*.