



**PENERAPAN PROGRAM UPAYA KESEHATAN KERJA  
PADA SEKTOR INFORMAL DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS BERGAS**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Disusun oleh:**

Nurul Fitri Qur'ani Wahyuni  
NIM. 6411415087

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

## **ABSTRAK**

Nurul Fitri Qur'ani Wahyuni

**Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas**

xviii+364halaman+22tabel+3gambar+42lampiran

Pekerja sektor informal masih mendominasi di Indonesia. Di sisi lain pekerja sektor informal relatif kurang mendapat perhatian, sehingga untuk mendekatkan dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada usaha sektor informal dibentuk adanya Pos UKK. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui penerapan program upaya kesehatan kerja pada sektor informal di wilayah kerja Puskesmas Bergas.

Jenis penelitian ini adalah evaluatif dengan rancangan komparatif. Informan penelitian ini ada 14 orang informan, terdiri dari informan utama yaitu 1 orang kepala puskesmas, 1 orang pengelola program upaya kesehatan kerja, 6 orang kader Pos UKK, dan informan triangulasi yaitu 6 orang pekerja. Instrumen penelitian ini menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, dan lembar studi dokumentasi. Teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Teknik analisis data penelitian ini yaitu mengumpulkan data, mengklasifikasikan data, dan menginterpretasikan data.

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 80 poin indikator, rata-rata persentase indikator penerapan yang sesuai sebesar 22,5% (18 indikator), tidak sesuai sebesar 36,25% (29 indikator), dan tidak ada sebesar 41,25% (33 indikator).

Simpulan dari penelitian ini yaitu penerapan program upaya kesehatan kerja pada sektor informal di wilayah kerja Puskesmas Bergas menghasilkan rata-rata yang sesuai sebesar 22,5%, artinya belum ada setengah poin-poin indikator yang dilaksanakan. Saran dari penelitian ini yaitu pengelola program upaya kesehatan kerja memperbaiki sumber daya manusia dalam kegiatan upaya kesehatan kerja karena sumber daya manusia sebagai penggerak kegiatan UKK.

**Kata Kunci:** Penerapan program upaya kesehatan kerja, sektor informal, Puskesmas Bergas

**ABSTRACT**

Nurul Fitri Qur'ani Wahyuni

***Implementation on Occupational Health Program for Informal Sektor in the Area of Bergas Primary Health Care Center***

*xiv+364pages+22tables+3images+42attachments*

*Informal sektor workers still dominate in Indonesia. On the other hand, informal sektor workers receive relatively little attention, so to bring closer and improve access to health services in the informal sektor businesses the Pos UKK was formed. The purpose of this study was to determine the implementation of occupational health efforts programs in the informal sektor in the work area of the Puskesmas Bergas.*

*Type of research is evaluative with a comparative design. There were 14 informants in this study, consisting of the main informants namely 1 head of the puskesmas, 1 manager of the occupational health effort program, 6 cadres of the UKK Post, and triangulation informants, 6 workers. This research instrument uses interview guidelines, observation sheets, and documentation study sheets. The sampling technique of this study used purposive sampling. The data analysis techniques of this research are collecting data, classifying data, and interpreting data.*

*Results of this study note that of the 80 indikator points, the average percentage of the appropriate implementation indikator is 22.5% (18 indikator), 36.25% (29 indikator) is incompatible, and there is no 41.25% (33 indikator).*

*The conclusion of this research is that the implementation of an occupational health effort program in the informal sektor in the work area of the Puskesmas Bergas produces an appropriate average of 22.5%, meaning that there are no half-indikator points implemented. Suggestions from this research are program managers of occupational health efforts to improve human resources in occupational health efforts activities because human resources are the driving force of UKK activities.*

***Keywords: Implementation of the Occupational Health Efforts Program, Informal Sektor, Puskesmas Bergas***

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi 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, Januari 2020

Penulis,



Nurul Fitri Qur'ani Wahyuni

NIM 6411415087

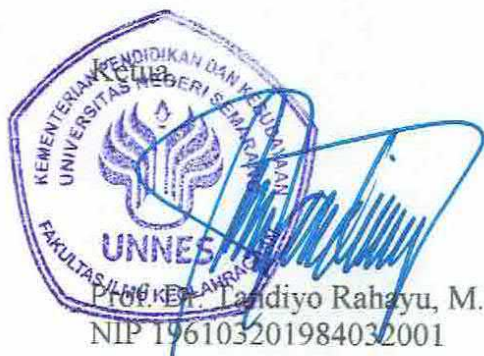
## PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas” yang disusun oleh Nurul Fitri Qur’ani Wahyuni, NIM 6411415087 telah dipertahankan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Kamis, 09 Januari 2020

tempat : Ruang Ujian A Jurusan IKM

### Panitia Ujian



Prof. Dr. Landiyo Rahayu, M.Pd.  
NIP.196103201984032001

Sekretaris,

Mardiana, S.K.M., M.Si.  
NIP.198004202005012003

### Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I

dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes.  
NIP.197409032006042001

23/01 - 2020

Penguji II

drg. Yunita Dyah PS., M.Kes. (Epid)  
NIP.198306052009122004

30/01 - 2020

Penguji III

Evi Widowati, S.K.M., M.Kes.  
NIP.198302062008122003

23/01 2020

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

### **MOTTO**

*“Raihlah cita tanpa batas dengan segala keterbatasan” (Nurul Fitri Qur’ani  
Wahyuni)*

### **PERSEMBAHAN**

1. Ayah Wawan Rustiawan,  
Ibu Syamsi Maharani S.  
Syah, adikku Qarren Nur  
Adzanin, Muhammad Imam  
Nur Ramadhani, Ayu Zaneta  
Nur Ilahi.
2. Almamaterku, UNNES

## PRAKATA

Puji Syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Skripsi yang berjudul **“Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas”** dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

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

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu M.Pd.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Irwan Budiono, S.KM. M.Kes.
3. Dosen Pembimbing, Evi Widowati, S.K.M., M.Kes., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen Penguji I, dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes atas masukan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dosen Penguji II, drg. Yunita Dyah Puspita Santik, M.Kes (Epid) atas masukan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang serta Kepala Puskesmas Bergas atas ijin pengambilan data di wilayah kerja.
8. Keluargaku, kedua orangtua dan adik-adikku atas dukungan dan doa yang telah dipanjatkan.
9. Teman dan sahabatku atas dukungan dan semangat yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Semua pihak terlibat yang tidak bisa disebutkan satu per satu, atas bantuan dalam penyelesaian Skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Januari 2020

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a vertical line and a horizontal stroke.

Penulis



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR ISTILAH .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH .....	8
1.3 TUJUAN PENELITIAN .....	8
1.4 MANFAAT PENELITIAN.....	8
1.5 KEASLIAN PENELITIAN.....	9
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN .....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>12</b>
2.1 LANDASAN TEORI .....	12
2.1.1 Sektor Informal .....	12
2.1.2 Potensi Permasalahan Kesehatan Sektor Informal.....	13
2.1.3 Landasan Hukum Upaya Kesehatan Kerja.....	32
2.1.4 Sarana Manajemen Program Upaya Kesehatan Kerja .....	33
2.1.5 Proses Manajemen Program Upaya Kesehatan Kerja.....	40
2.2 KERANGKA TEORI.....	67
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>69</b>
3.1 ALUR PIKIR.....	69
3.2 FOKUS PENELITIAN .....	70
3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN .....	70

3.4	SUMBER INFORMASI .....	71
3.5	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	73
3.6	PROSEDUR PENELITIAN.....	76
3.7	PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA.....	77
3.8	TEKNIK ANALISIS DATA.....	78
	<b>BAB IV HASIL.....</b>	<b>80</b>
4.1	GAMBARAN UMUM.....	80
4.2	HASIL PENELITIAN .....	81
	<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>118</b>
5.1	PEMBAHASAN .....	118
5.1.1	Penerapan UKK Bagian Sumber Daya Manusia Pekerja.....	119
5.1.2	Penerapan UKK Bagian Sumber Daya Manusia Kader.....	120
5.1.3	Penerapan UKK Bagian Sumber Daya Manusia Stakeholder.....	126
5.1.4	Penerapan UKK Bagian Pendanaan .....	128
5.1.5	Penerapan UKK Bagian Material Sarana.....	129
5.1.6	Penerapan UKK Bagian Material Prasarana .....	129
5.1.7	Penerapan UKK Bagian Material Peralatan.....	130
5.1.8	Penerapan UKK Bagian Perencanaan .....	133
5.1.9	Penerapan UKK Bagian Pengorganisasian .....	135
5.1.10	Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Kegiatan Promotif.....	135
5.1.11	Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Kegiatan Preventif .....	138
5.1.12	Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Kegiatan Kuratif.....	143
5.1.13	Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Rujukan .....	144
5.1.14	Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Pelatihan.....	144
5.1	Penerapan UKK Bagian Pengontrolan.....	145
5.2	HAMBATAN PENELITIAN .....	145
	<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>146</b>
6.1	SIMPULAN .....	146
6.2	SARAN .....	147
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>149</b>

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2.1 Komponen dan Tingkat Keberhasilan Pos UKK .....	65
Tabel 2.2 Tingkat Perkembangan Pos UKK.....	66
Tabel 3.1 Informan Penelitian.....	72
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama.....	82
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Triangulasi.....	83
Tabel 4.3 Parameter Penerapan UKK Bagian Sumber Daya Manusia Pekerja ....	84
Tabel 4.4 Parameter Penerapan UKK Bagian Sumber Daya Manusia Kader .....	85
Tabel 4.5 Parameter Penerapan UKK Bagian Sumber Daya Manusia Stakeholder .....	94
Tabel 4. 6 Parameter Penerapan UKK Bagian Pendanaan .....	96
Tabel 4.7 Parameter Penerapan UKK Bagian Material Sarana .....	97
Tabel 4.8 Parameter Penerapan UKK Bagian Material Prasarana.....	98
Tabel 4.9 Parameter Penerapan UKK Bagian Material Peralatan .....	99
Tabel 4.10 Parameter Penerapan UKK Bagian Perencanaan.....	103
Tabel 4.11 Parameter Penerapan UKK Bagian Pengorganisasian.....	105
Tabel 4.12 Parameter Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Kegiatan Promotif	105
Tabel 4.13 Parameter Penerapan UKK Pelaksanaan Kegiatan Preventif .....	108
Tabel 4.14 Parameter Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Kegiatan Kuratif..	112
Tabel 4.15 Parameter Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Rujukan .....	113
Tabel 4.16 Parameter Penerapan UKK Bagian Pelaksanaan Kegiatan Pelatihan	113
Tabel 4.17 Parameter Penerapan UKK Bagian Pengontrolan .....	115
Tabel 4.18 Rekapitulasi Hasil Penerapan UKK di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas.....	116

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 KerangkaTeori.....	67
Gambar 3.1 Alur Pikir.....	69
Gambar 4. 1 Grafik Pie Data Jumlah Pekerja Informal Binaan Pos UKK Wilayah Kerja Puskesmas Bergas.....	81

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1.1 Surat Tugas Pembimbing.....	158
Lampiran 1.2 Surat Izin Penelitian dari Fakultas.....	159
Lampiran 1.3 Surat Rekomendasi Kesbangpol Kabupaten Semarang.....	162
Lampiran 1.4 Surat Rekomendasi Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang.....	163
Lampiran 1.5 <i>Ethical Clearance</i> .....	164
Lampiran 1.6 Surat sudah melaksanakan penelitian .....	165
Lampiran 1.7 <i>Inform Consent</i> .....	166
Lampiran 1. 8 Mapping Instrumen.....	180
Lampiran 1.9 Lembar Pedoman Wawancara Kepala Puskesmas Bergas .....	185
Lampiran 1.10 Lembar Pedoman Wawancara Pengelola Program UKK Puskesmas Bergas .....	186
Lampiran 1.11 Lembar Pedoman Wawancara Kader Pos UKK.....	192
Lampiran 1.12 Lembar Observasi Pos UKK .....	198
Lampiran 1.13 Lembar Studi Dokumentasi Pos UKK.....	203
Lampiran 1.14 Triangulasi .....	208
Lampiran 1.15 Data Mentah Wawancara Kepala Puskesmas.....	212
Lampiran 1.16 Data Mentah Hasil Wawancara Pengelola Program.....	214
Lampiran 1.17 Data Mentah Hasil Wawancara Kader Pos UKK 1.....	224
Lampiran 1.18 Data Mentah Hasil Wawancara Kader Pos UKK 2.....	232
Lampiran 1.19 Data Mentah Hasil Wawancara Kader Pos UKK 3.....	240
Lampiran 1.20 Data Mentah Hasil Wawancara Kader Pos UKK 4.....	247
Lampiran 1.21 Data Mentah Hasil Wawancara Kader Pos UKK 5.....	254
Lampiran 1.22 Data Mentah Hasil Wawancara Kader Pos UKK 6.....	262
Lampiran 1.23 Data Mentah Hasil Observasi Pos UKK 1 .....	269
Lampiran 1.24 Data Mentah Hasil Observasi Pos UKK 2 .....	274
Lampiran 1.25 Data Mentah Hasil Observasi Pos UKK 3 .....	279
Lampiran 1.26 Data Mentah Hasil Observasi Pos UKK 4 .....	284
Lampiran 1.27 Data Mentah Hasil Observasi Pos UKK 5 .....	289
Lampiran 1.28 Data Mentah Hasil Observasi Pos UKK 6 .....	294
Lampiran 1.29 Data Mentah Hasil Studi Dokumen Pos UKK 1 .....	299
Lampiran 1.30 Data Mentah Hasil Studi Dokumen Pos UKK 2 .....	304
Lampiran 1.31 Data Mentah Hasil Studi Dokumen Pos UKK 3 .....	309
Lampiran 1.32 Data Mentah Hasil Studi Dokumen Pos UKK 4 .....	314
Lampiran 1.33 Data Mentah Hasil Studi Dokumen Pos UKK 5 .....	319
Lampiran 1.34 Data Mentah Hasil Studi Dokumen Pos UKK 6 .....	324
Lampiran 1.35 Data Mentah Hasil Studi Dokumentasi .....	329

Lampiran 1.36 Data Mentah Hasil Wawancara Triangulasi 1 .....	331
Lampiran 1.37 Data Mentah Hasil Wawancara Triangulasi 2 .....	336
Lampiran 1.38 Data Mentah Hasil Wawancara Triangulasi 3 .....	340
Lampiran 1.39 Data Mentah Hasil Wawancara Triangulasi 4 .....	344
Lampiran 1.40 Data Mentah Hasil Wawancara Triangulasi 5 .....	348
Lampiran 1.41 Data Mentah Hasil Wawancara Triangulasi 6 .....	353
Lampiran 1. 42 Dokumentasi Penelitian .....	357

## **DAFTAR ISTILAH**

UKK	: Upaya Kesehatan Kerja
UKM	: Usaha Kecil dan Menengah
UMKM	: Usaha Mikro, Kecil dan Menengah
UB	: Usaha Besar
LBKP	: Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Sektor informal adalah sejumlah kegiatan ekonomi yang berskala kecil yang merupakan bagian dari angkatan kerja yang berada di luar 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 (Widowati, 2018). Usaha-usaha yang dimaksud di antaranya pedagang kaki lima, pedagang keliling, tukang warung, tukang cukur, tukang becak, tukang sepatu, tukang loak serta usaha rumah tangga seperti pembuat tempe, pembuat kue, pembuat es mambo, pembuat barang anyaman, dan lain-lain (Bappenas, 2009).

Berdasarkan data Kementerian Koperasi dan UKM yang diolah dari data Badan Pusat Statistik, angka unit usaha 2016 di Indonesia masih didominasi oleh Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah (UMKM) sebanyak 61.651.177 unit dibanding Usaha Besar (UB) sebanyak 5.370 unit. Tahun 2017, angka unit usaha juga masih didominasi oleh Usaha Mikro dan Kecil sebanyak 62.922.617 unit dibanding Usaha Besar (UB) sebanyak 5.460 unit (Kementerian Koperasi dan UKM, 2018). Sementara itu, berdasarkan data Dinas Koperasi dan UKM Provinsi Jawa Tengah, jumlah UMKM Provinsi Jawa Tengah selalu mengalami kenaikan



pada 2016 sebanyak 115.751 unit, 2017 sebanyak 133.679 unit, dan 2018 sebanyak 140.868 unit(Dinas Koperasi dan UKM Jawa Tengah, 2018).

Berdasarkan Badan Pusat Statistik, menunjukkan jumlah pekerja sektor informal di Indonesia pada Agustus 2016 sebanyak 68,20 juta orang (57,60%), Agustus 2017 sebanyak 69,02 juta orang (57,03%), dan Agustus 2018 sebanyak 70,49 juta orang (56,84%) (BPS, 2016), (BPS, 2017), (BPS, 2018). Sedangkan data di tingkat Provinsi Jawa Tengah (2018), terjadi peningkatan jumlah pekerja sektor informal selama 3 tahun terakhir yaitu Agustus 2016 sebanyak 10,26 juta orang (62,17%), Agustus 2017 sebanyak 10,36 juta orang (60,29%), dan Agustus 2018 sebanyak 10,51 juta orang (60,94%)(BPS Jateng, 2016), (BPS Jateng, 2017), (BPS Jateng, 2018).

Pekerja sektor informal merupakan pekerja yang paling rentan terpapar berbagai risiko yang menyebabkan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja, bahkan kematian(Kemenkes RI, 2016). Priyandi (2017) mengatakan kelompok ini yang paling tidak terlindungi serta minimnya informasi keselamatan dan kesehatan kerja sehingga pekerja tidak paham tentang pencegahan kecelakaan dalam bekerja. Hal ini, dikarenakan kurangnya pengetahuan pemilik usaha dan pekerja sektor informal akan pentingnya Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

Menurut perkiraan terbaru yang dikeluarkan oleh Organisasi Perburuhan Internasional (2018), sebanyak 2,78 juta pekerja meninggal setiap tahun di dunia karena kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Sekitar 2,4 juta (86,3%) dari kematian ini dikarenakan penyakit akibat kerja, sementara lebih dari 380.000 (13,7%) dikarenakan kecelakaan kerja(ILO, 2018). Sementara data

kecelakaankerja di Indonesia, mengalami peningkatan dari 123.041 kasus pada tahun 2017 menjadi 173.105 kasus pada tahun 2018 (BPJS Ketenagakerjaan, 2018).

Pelaksanaan K3 tidak hanya merupakan tanggung jawab pemerintah, tetapi juga tanggung jawab semua pihak, khususnya para pelaku industri. Tujuan dalam penerapan K3 itu sendiri sebenarnya adalah meningkatkan kesadaran dan ketaatan pemenuhan terhadap norma K3, meningkatkan partisipasi semua pihak untuk optimalisasi pelaksanaan budaya K3 di setiap kegiatan usaha dan terwujudnya budaya K3 atau banyak kecelakaan yang terjadi dimana disebabkan oleh kurangnya kepedulian terhadap keselamatan (Widowati, 2018).

Adanya kesadaran terhadap pentingnya keselamatan ini akan berpengaruh terhadap keselamatan pekerja, masyarakat, dan lingkungan. Informasi kesehatan dan perkembangan kesehatan kerja sektor informal relatif kurang mendapat perhatian, sehingga perlu diantisipasi dan diberikan solusi bagi berbagai hambatan dalam pelaksanaan K3 sektor informal di berbagai 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).

Setiap tempat kerja memiliki potensi bahaya yang dapat menimbulkan penyakit dan kecelakaan pada pekerja. Selain berkaitan dengan bahaya di tempat kerja, permasalahan pada pekerja mencakup masalah kesehatan umum, seperti penyakit menular langsung, penyakit bersumber binatang, penyakit tidak menular,

masalah gizi, gangguan kesehatan reproduksi, kurangnya aktivitas/latihan fisik, gangguan kesehatan jiwa, kesehatan lingkungan yang kurang memadai, dan rendahnya PHBS (Kemenkes RI, 2015).

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 risiko yang ada di tempat kerjanya dan waktu pelayanan di Puskesmas bersamaan dengan waktu kerja sehingga sulit mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Perlunya mendekatkan dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada usaha sektor informal dengan adanya Pos UKK(Kemenkes RI, 2015).

Menurut Permenkes No. 100 tahun 2015, Pos Upaya Kesehatan Kerja (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. Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) menjadi salah satu layanan kesehatan yang bisa diakses pekerja di wilayah tempat kerja. Hal ini mempermudah pekerja sektor informal memperoleh layanan kesehatan di tempat kerja (Kemenkes RI, 2015).

Data awal jumlah Puskesmas di Indonesia yang telah melaksanakan upaya kesehatan kerja tahun 2014 sebanyak 1.034 Puskesmas (Kemenkes RI, 2015). Menurut data Kementerian Kesehatan RI (2017), terjadi kenaikan jumlah pada

tahun-tahun berikutnya. Tahun 2015 naik menjadi 2.205 Puskesmas, tahun 2016 sebanyak 3.475 Puskesmas, dan tahun 2017 sebanyak 6.110 Puskesmas. Keseluruhan Puskesmas di Indonesia berjumlah 9.655 Puskesmas. Sementara itu, data jumlah Puskesmas Provinsi Jawa Tengah yang melaksanakan upaya kesehatan kerja tahun 2017 sebanyak 486 Puskesmas dari 6.110 Puskesmas (7,95%), tahun 2018 Triwulan ke-1 sebanyak 486 Puskesmas dari 6.110 Puskesmas (7,95%), tahun 2018 Triwulan ke-2 sebanyak 684 Puskesmas dari 6.110 Puskesmas (11,19%), dan tahun 2018 Triwulan ke-3 sebanyak 684 Puskesmas dari 6.110 Puskesmas (11,19%)(Dinkesprov Jateng, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian Candra (2017) menggunakan studi penelitian kualitatif tentang analisis pelaksanaan program upaya kesehatan kerja di Puskesmas Tuminting menunjukkan pelaksanaan Pos UKK belum berjalan dengan baik. Kegiatan di Pos UKK ini di antaranya promotif, preventif, dan kuratif. Kegiatan bidang promotif dan preventif, pihak Puskesmas hanya mengingatkan para pekerja untuk menjaga kesehatan, menghindari sakit. Sedangkan kegiatan bidang kuratif, pihak Puskesmas memberikan obat serta penanganan luka sederhana kepada pekerja.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, capaian program kesehatan kerja sampai Oktober 2018 sebanyak 689 Puskesmas dari total 878 Puskesmas yang telah melaksanakan upaya kesehatan kerja di wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Adapun 15 kabupaten/kota yang telah melaksanakan upaya kesehatan kerja sebesar 100% sampai Oktober 2018 di antaranya Kabupaten Cilacap, Kabupaten Purbalingga,

Kabupaten Banjarnegara, Kabupaten Sukoharjo, Kabupaten Blora, Kabupaten Pati, Kabupaten Semarang, Kabupaten Pemalang, Kabupaten Brebes, Kota Magelang, Kota Surakarta, Kota Salatiga, Kota Semarang, Kota Pekalongan, dan Kota Tegal.

Hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, petugas pengelola program upaya kesehatan kerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang mengatakan ada 2 kota/kabupaten percontohan nasional kesehatan kerja di Indonesia yaitu Kota Cilegon dan Kabupaten Semarang. Kabupaten Semarang memiliki 26 Puskesmas (100%) yang telah melaksanakan upaya kesehatan kerja dengan jumlah unit Pos UKK sebanyak 74 Pos, di antaranya Puskesmas Bergas sebanyak 6 Pos, Puskesmas Bawen sebanyak 2 Pos, Puskesmas Duren sebanyak 6 Pos, Puskesmas Tengaran sebanyak 2 Pos, Puskesmas Pringapus sebanyak 2 Pos, Puskesmas Banyubiru sebanyak 6 Pos, Puskesmas Dadapayam sebanyak 4 Pos, Puskesmas Jambu sebanyak 2 Pos, Puskesmas Sumowono sebanyak 5 Pos, Puskesmas Jimbaran sebanyak 2 Pos, Puskesmas Semowosebanyak 1 Pos, Puskesmas Getasan sebanyak 2 Pos, Puskesmas Bancak sebanyak 2 Pos, Puskesmas Pabelan sebanyak 2 Pos, Puskesmas Tuntang sebanyak 2 Pos, Puskesmas Gedangan sebanyak 5 Pos, Puskesmas Ungaran sebanyak 2 Pos, Puskesmas Lerep sebanyak 1 Pos, Puskesmas Leyangan sebanyak 4 Pos, Puskesmas Bringin sebanyak 2 Pos, Puskesmas Susukan sebanyak 2 Pos, Puskesmas Suruh sebanyak 3 Pos, Puskesmas Ambarawa sebanyak 2 Pos, Puskesmas Kaliwungu sebanyak 4 Pos, Puskesmas Jetak sebanyak 2 Pos, dan Puskesmas Kalongan sebanyak 1 Pos. Penerapan kesehatan kerja di Kabupaten

Semarang tersebar di sektor formal seperti Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), fasilitas kesehatan rumah sakit, Puskesmas, dan perusahaan serta di sektor informal seperti Pos UKK. Berdasarkan Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang tahun 2017 mencatat jumlah penyakit akibat kerja sebanyak 588 kasus dan kecelakaan akibat kerja sebanyak 859 kasus di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. Jumlah kasus penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja ini meningkat pada tahun 2018 sebanyak 7.239 kasus dan 905 kasus.

Puskesmas Bergas menjadi salah satu Puskesmas di Kecamatan Bergas yang telah menerapkan upaya kesehatan kerja di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. Kecamatan Bergas merupakan kecamatan di Kabupaten Semarang yang memiliki perkembangan industri cukup pesat, seperti industri baik besar, sedang, kecil atau rumah tangga (Abdullah, 2010). Puskesmas Bergas memiliki Pos UKK paling banyak di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, selain Puskesmas Duren dan Puskesmas Banyubiru, yaitu 6 Pos dari 74 Pos (8,1%) di wilayah kerja Dinas Kabupaten Semarang. Jenis usaha yang dibina Pos UKK di Puskesmas Bergas ialah pengrajin aval, pengepres botol plastik, pengepul sampah, dan pembuat tahu.

Berdasarkan Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang mencatat jumlah kasus penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja tahun 2017 di wilayah kerja Puskesmas Bergas sebanyak 49 kasus dan 112 kasus. Jumlah kasus penyakit akibat kerja meningkat menjadi 59 kasus, sedangkan kecelakaan kerja ini menurun menjadi 71 kasus pada tahun

2018.. Mengingat pentingnya upaya kesehatan kerja bagi pekerja pada sektor informal, maka peneliti ingin mengetahui penerapan program upaya kesehatan kerja pada sektor informal di wilayah kerja Puskesmas Bergas.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Bagaimana Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas?

## **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

Untuk Mengetahui Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja (UKK) pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas.

## **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Hasil analisa ini dapat digunakan sebagai pembendaharaan perpustakaan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat agar dapat berguna bagi mahasiswa dan menambah ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang kesehatan kerja.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Puskesmas Bergas**

Hasil analisa gambaran penerapan upaya kesehatan kerja di wilayah kerja Puskesmas Bergas dapat digunakan sebagai masukan bagi petugas kesehatan pengelola program kesehatan kerja dan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik petugas kesehatan pengelola program kesehatan kerja di puskesmas.

### 1.4.3 Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang

Hasil analisa ini dapat digunakan sebagai masukan dan landasan kebijakan dalam strategi pengembangan program kesehatan kerja dan memberikan umpan balik (*feed back*) untuk para pembuat kebijakan bidang kesehatan kerja.

## 1.5 KEASLIAN PENELITIAN

**Tabel 1. 1Keaslian Penelitian**

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Candra, Willy Wijaya, dkk (Candra, 2017)	Analisis Pelaksanaan Program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Tempat Pelelangan Ikan Tumumpa di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kota Manado	Penelitian Kualitatif (In-depth, Interview, dan Observasi)	Pelaksanaan Program Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK)	Program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Tempat Pelelangan Ikan Tumumpa di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting belum berjalan dengan baik.
2.	Subariyah, Riski, dkk (Subariyah, 2017)	Kajian Implementasi Program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Kebon Jeruk Kota Jakarta Barat Tahun 2017	Penelitian Kualitatif (Studi Deskriptif dengan Teknik Indepth Interview, Observasi, dan Telaah Dokumen)	Implementasi Program Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK)	Puskesmas Perlu Melakukan Pembinaan, Pemantauan dan Evaluasi Rutin Terhadap Pelaksanaan Kegiatan pada Pos UKK, Pelatihan bagi Petugas Kesehatan dan Kader,



					Penyediaan Sarana dan Prasarana Penunjang Kegiatan.
4.	Muliyanto, dkk (Muliyanto, 2012)	Pelaksanaan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Pos UKK di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Bugis Kota Tanjungpinang Kepulauan Riau	Penelitian Upaya kualitatif (indepth interview)	Pelaksanaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Bugis Kota Tanjungpinang	Pelaksanaan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Pos UKK di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Bugis khususnya program promosi dan preventif kesehatan kerja belum dapat dilaksanakan dengan baik, namun untuk upaya kuratif dapat dilaksanakan oleh kader Pos UKK.

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 Semarang.
2. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni sampai November 2019.

## 1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

### 1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan pada Pos UKK di wilayah kerja Puskesmas

Bergas, Kabupaten Semarang, Provinsi Jawa Tengah.

### **1.6.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni sampai November 2019.

### **1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan**

Penelitian ini melingkupi bidang keilmuan keselamatan dan kesehatan kerja tentang kesehatan kerja sebagai layanan kesehatan pekerja sektor informal di wilayah kerja Puskesmas Bergas.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1 Sektor Informal**

###### **2.1.1.1 Definisi Sektor Informal**

Istilah sektor informal adalah sejumlah kegiatan ekonomi yang berskala kecil yang merupakan bagian dari angkatan kerja yang berada di luar 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 (Widowati, 2018).

###### **2.1.1.2 Ciri Sektor Informal**

Adapun ciri-ciri sektor informal, antara lain(Widowati, 2018):

1. Aktivitas pada sektor ini 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. Karena 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 ke dalam 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 ini termasuk ke dalam *one man enterprise* atau kalau memiliki buruh, maka buruh berasal dari lingkungan keluarga atau disebut juga *family enterprise*.
10. Sumber dana untuk modal tetap atau modal 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.

## **2.1.2 Potensi Permasalahan Kesehatan Sektor Informal**

### **2.1.2.1 Penyakit Akibat Kerja**

#### *2.1.2.1.1 Definisi Penyakit Akibat Kerja*

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

kerja merupakan penyakit yang artificial atau *man made disease*(Suwardi & Daryanto, 2018).

Pada publikasi ILO (2018) yang berjudul Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Pekerja Muda menyebutkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja mengakibatkan biaya ekonomi yang signifikan(ILO, 2018).Kecelakaan dan kondisi kerja yang tidak aman berakibat pada luka-luka pekerja, penyakit, cacat, bahkan kematian. Hal yang harus diperhatikan ialah hilangnya efisiensi dan produktivitas pekerja (BDI Yogyakarta, 2017).

#### *2.1.2.1.2 Penyebab Penyakit Akibat Kerja*

Menurut Notoatmojo (2007) dalam Suwardi & Daryanto (2018) dalam ruang atau di tempat kerja biasanya terdapat faktor-faktor yang menjadi penyebab penyakit akibat kerja, sebagai berikut:

##### *1. Faktor Fisis*

- 1) Suara yang dapat mengakibatkan tuli akibat kerja.
- 2) Radiasi sinar rontgen atau sinar radioaktif, yang menyebabkan antara lain penyakit susunan darah dan kelainan kulit. Radiasi sinar inframerah dapat mengakibatkan katarak (*cataract*) kepada lensa mata, sedangkan sinar ultraviolet menjadi sebab konjungtivitis fotoelektrika.
- 3) Suhu yang terlalu tinggi menyebabkan heat stroke (pukulan panas), kejang panas (*heat cramps*) atau hiperpireksia (*hyperpyrexia*), sedangkan suhu terlalu rendah antara lain menimbulkan *frossbite*, *trenchfoot*, dan *hypothermia*.
- 4) Tekanan udara terlalu tinggi menyebabkan penyakit kaison (*caisson disease*).
- 5) Penerangan lampu yang buruk dapat menyebabkan kelainan kepada indera

penglihatan atau kesialauan yang memudahkan terjadinya kecelakaan.

#### 2.1.2.1.2.2 *Faktor Kimiawi*

1. Debu yang menyebabkan pnemokoniosis (*pneumoconiosis*), di antaranya silikosis, asbestosis, dan lainnya.
2. Uap yang di antaranya menyebabkan demam uap logam (*metal fume fever*), dermatosis (penyakit kulit) akibat kerja, atau keracunan oleh zat toksis uap formaldehida.
3. Gas, misalnya keracunan oleh CO, H<sub>2</sub>S, dan lainnya.
4. Larutan zat kimia yang misalnya menyebabkan iritasi kepada kulit.
5. Awan atau kabut, misalnya racun serangga (*insecticides*), racun jamur, dan lainnya yang menimbulkan keracunan.

#### 2.1.2.1.2.3 *Faktor Biologis*

Bibit penyakit antraks atau brusella (*brucella*) yang menyebabkan penyakit akibat kerja pada pekerja penyamak kulit.

#### 2.1.2.1.2.4 *Faktor Fisiologis/ergonomis*

Kesalahan konstruksi mesin, sikap badan yang tidak benar dalam melakukan pekerjaan dan lain-lain yang kesemuanya menimbulkan kelelahan fisik dan gangguan kesehatan bahkan lambat laun dapat terjadi perubahan fisik tuuh pekerja atau kecacatan.

#### 2.1.2.1.2.5 *Faktor Mental-psikologis*

Hubungan kerja atau hubungan industrial yang tidak baik, dengan akibat timbulnya misalnya depresi atau penyakit psikosomatis.

#### 2.1.2.1.3 *Jenis Penyakit Akibat Kerja*

Tiga puluh satu jenis penyakit akibat kerja sebagaimana terdapat dalam Lampiran Keppres No. 22 tahun 1993 adalah berikut ini:

1. Pnemokoniosis yang disebabkan debu mineral pembentuk jaringan parut (silikosis, antrakosilikosis, asbestosis) dan silikotuberkulosis yang silikosisnya merupakan faktor utama penyebab cacat dan kematian.
2. Penyakit parut dan saluran pernafasan (*bronkhopulmoner*) yang disebabkan oleh debu logam keras.
3. Penyakit paru dan saluran pernafasan (*bronkhopulmoner*) yang disebabkan oleh debu kapas, vlas, henep, dan sisal (*bissinosis*).
4. Asma akibat kerja yang disebabkan oleh penyebab sensitisasi dan zat perangsang yang dikenal yang berada dalam proses pekerjaan.
5. Alveolitis allergika yang disebabkan oleh faktor dari luar sebagai akibat penghirupan debu organis.
6. Penyakit yang disebabkan oleh berilium atau persenyawaannya yang beracun.
7. Penyakit yang disebabkan oleh kadmium atau persenyawaannya yang beracun.
8. Penyakit yang disebabkan oleh fosfor atau persenyawaannya yang beracun.
9. Penyakit yang disebabkan oleh krom atau persenyawaannya yang beracun.
10. Penyakit yang disebabkan oleh mangan atau persenyawaannya yang beracun.
11. Penyakit yang disebabkan oleh arsen atau persenyawaannya yang beracun.
12. Penyakit yang disebabkan oleh air raksa atau persenyawaannya yang beracun.
13. Penyakit yang disebabkan oleh timbal (Pb, timah hitam) atau persenyawaannya yang beracun.
14. Penyakit yang disebabkan oleh fluor atau persenyawaannya yang beracun.

15. Penyakit yang disebabkan oleh karbon disulfide.
16. Penyakit yang disebabkan oleh derivat halogen dari persenyawaan hidrokarbon alifatis atau aromatis yang beracun.
17. Penyakit yang disebabkan oleh benzene atau homolognya yang beracun.
18. Penyakit yang disebabkan oleh derivat nitro dan amina dari benzene dan homolognya yang beracun.
19. Penyakit yang disebabkan oleh nitrogliserin atau ester asam nitrat lainnya.
20. Penyakit yang disebabkan oleh alkohol, glikol atau keton.
21. Penyakit yang disebabkan oleh gas atau uap penyebab asfiksia atau keracunan seperti karbon monoksida, hydrogen sianida, hydrogen sulfida, atau derivatnya yang beracun, amoniak seng, braso, dan nikel.
22. Kelainan pendengaran yang disebabkan kebisingan.
23. Penyakit yang disebabkan oleh getaran mekanis (kelainan-kelainan otot, urat, tulang, persendian, pembuluh darah tepi atau saraf tepi).
24. Penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dalam udara yang bertekanan lebih.
25. Penyakit yang disebabkan oleh radiasi elektromagnetis dan radiasi yang mengion.
26. Penyakit kulit (dermatosis) yang disebabkan oleh penyebab fisis, kimiawi atau biologis.
27. Penyakit kulit epiteloma primer yang disebabkan oleh tar, pic, bitumen, minyak mineral, antrasen atau persenyawaan, produk atau residu dari zat tersebut.
28. Kanker paru atau mesotelioma yang disebabkan oleh asbes.



29. Penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri atau parasit yang didapat dalam suatu pekerjaan yang memiliki risiko kontaminasi khusus.
30. Penyakit yang disebabkan oleh suhu tinggi atau rendah atau panas radiasi atau kelembaban udara tinggi.
31. Penyakit yang disebabkan oleh kimia lainnya termasuk bahan obat.

#### 2.1.3.2 Kecelakaan Akibat Kerja

##### 2.1.2.2.1 Definisi Kecelakaan Kerja

Menurut Suma'mur (2003) dalam Suwardi & Daryanto (2018), kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi berhubungan dengan hubungan kerja, termasuk penyakit yang timbul karena hubungan kerja, hubungan kerja adalah kecelakaan terjadi dikarenakan oleh pekerjaan atau pada waktu melaksanakan pekerjaan, demikian pula kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan berangkat dari rumah menuju tempat kerja, dan pulang ke rumah melalui jalan biasa atau wajar dilalui. Sebuah peristiwa kecelakaan yang disertai kerugian material, baik itu secara ringan ataupun secara berat.

Pada publikasi ILO (2018) yang berjudul Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Pekerja Muda menyebutkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja mengakibatkan biaya ekonomi yang signifikan (ILO, 2018). Kecelakaan dan kondisi kerja yang tidak aman berakibat pada luka-luka pekerja, penyakit, cacat, bahkan kematian. Hal yang harus diperhatikan ialah hilangnya efisiensi dan produktivitas pekerja (BDI Yogyakarta, 2017).

##### 2.1.2.2.2 Teori domino Heinrich

Suatu kecelakaan bukanlah suatu peristiwa tunggal; kecelakaan ini

merupakan hasil dari serangkaian penyebab yang saling berkaitan. Domino menggambarkan rangkaian penyebab tersebut (kejadian atau situasi) yang mengawali kecelakaan yang menimbulkan cedera atau kerusakan. Jika satu domino jatuh maka domino ini akan menimpa domino-domino lainnya hingga domino yang terakhir pun jatuh, artinya kecelakaan. Jika salah satu dari domino (sebab-sebab) itu dihilangkan, misalnya kita lakukan tindakan keselamatan kerja yang benar, maka tidak akan ada kecelakaan (Suwardi & Daryanto, 2018).

#### *2.1.2.2.3 Jenis Kecelakaan*

Kecelakaan akibat kerja menurut Organisasi Perburuhan Internasional tahun 1962 adalah sebagai berikut (Suwardi & Daryanto, 2018):

##### *2.1.2.2.3.1 Klasifikasi menurut jenis kecelakaan*

1. Terjatuh
2. Tertimpa benda jatuh
3. Tertumbuk atau terkena benda-benda, terkecuali benda jatuh
4. Terjepit oleh benda
5. Gerakan-gerakan melebihi kemampuan
6. Pengaruh suhu tinggi
7. Terkena arus listrik
8. Kontak dengan bahan-bahan berbahaya atau radiasi
9. Jenis-jenis lain, termasuk kecelakaan-kecelakaan yang data-datanya tidak cukup atau kecelakaan-kecelakaan lain yang belum masuk klasifikasi tersebut.

##### *2.1.2.2.3.2 Klasifikasi menurut penyebab*

1. Mesin.

- 1) Pembangkit tenaga, terkecuali motor-motor listrik.
  - 2) Mesin penyalur (transmisi).
  - 3) Mesin-mesin untuk pengerjaan logam.
  - 4) Mesin-mesin pengolah kayu.
  - 5) Mesin-mesin pertanian.
  - 6) Mesin-mesin pertambangan.
  - 7) Mesin-mesin lain yang tidak termasuk klasifikasi tersebut.
2. Alat angkut dan alat angkat
    - 1) Mesin angkat dan peralatannya.
    - 2) Alat angkutan di atas rel.
    - 3) Alat angkutan lain yang beroda, kecuali kereta api.
    - 4) Alat angkutan udara.
    - 5) Alat angkutan air.
    - 6) Alat-alat angkutan lain
3. Peralatan lain
    - 1) Bejana bertekanan.
    - 2) Dapur pembakar dan pemanas.
    - 3) Instalasi pendingin.
    - 4) Instalasi listrik, termasuk motor listrik, tetapi dikecualikan alat-alat listrik (tangan).
    - 5) Alat-alat listrik (tangan).
    - 6) Alat-alat kerja dan perlengkapannya, kecuali alat-alat listrik.
    - 7) Tangga.

- 8) Perancah (steger).
- 9) Peralatan lain yang belum termasuk klasifikasi tersebut.
4. Bahan-bahan, zat-zat dan radiasi
  - 1) Bahan peledak.
  - 2) Debu, gas, cairan dan zat-zat kimia, terkecuali bahan peledak.
  - 3) Benda-benda melayang.
  - 4) Radiasi.
  - 5) Bahan-bahan dan zat lain yang belum termasuk golongan tersebut.
  - 6) Lingkungan kerja
    - 1) Di luar bangunan
    - 2) Di dalam bangunan
    - 3) Di bawah tanah
  - 7) Penyebab-penyebab lain yang belum termasuk golongan-golongan tersebut.

#### *2.1.2.2.3.3 Klasifikasi Menurut Sifat Luka atau Kelainan*

1. Patah tulang.
2. Dislokasi/keseleo.
3. Regang otot/urat.
4. Memar dan luar dalam yang lain.
5. Amputasi.
6. Luka-luka lain.
7. Luka di permukaan.
8. Gegar dan remuk.
9. Luka bakar.

10. Keracunan-keracunan mendadak (akut).
11. Akibat cuaca dan lain-lain.
12. Mati lemas.
13. Pengaruh arus listrik.
14. Pengaruh radiasi.
15. Luka-luka yang banyak dan berlainan sifatnya.
16. Lain-lain

#### *2.1.2.2.3.4 Klasifikasi Menurut Letak Kelainan atau Luka di Tubuh*

1. Kepala
2. Leher
3. Badan
4. Anggota atas
5. Anggota bawah
6. Kelainan umum

#### *2.1.2.2.4 Faktor-faktor Kecelakaan Akibat Kerja*

Kecelakaan kerja yang terjadi dapat dibagi berdasarkan faktor dari tempat kerjanya dan faktor individu. Yang dimana faktor tempat kerja dapat dibagi lagi menjadi fisika, kimia, biologis, ergonomis dan psikologis (lebih ke arah individu) dan industrial hygiene (Suwardi & Daryanto, 2018).

##### *2.1.2.2.5.1 Faktor manusia*

1. Usia

Usia muda relatif mudah terkena kecelakaan kerja dibandingkan dengan usia lanjut yang mungkin dikarenakan sikap ceroboh dan tergesa-gesa. Pengkajian

usia dan kecelakaan akibat kerja menunjukkan angka kecelakaan pada umumnya lebih rendah dengan bertambahnya usia, tetapi tingkat keparahan cedera dan penyembuhannya lebih serius (Suwardi & Daryanto, 2018).

## 2. Jenis kelamin

Tingkat kecelakaan akibat kerja pada perempuan akan lebih tinggi daripada pada laki-laki. Perbedaan kekuatan fisik antara perempuan dengan kekuatan fisik laki-laki adalah 65%. Secara umum, kapasitas kerja perempuan rata-rata sekitar 30% lebih rendah dari laki-laki. Tugas yang berkaitan dengan gerak berpindah, laki-laki mempunyai waktu reaksi lebih cepat daripada perempuan (Suwardi & Daryanto, 2018).

## 3. Koordinasi otot

Koordinasi otot berpengaruh terhadap keselamatan pekerja. Diperkirakan kekakuan dan reaksi yang lambat berperan dalam terjadinya kecelakaan kerja (Suwardi & Daryanto, 2018).

## d. Kecenderungan celaka

Konsep populer dalam penyebab kecelakaan adalah “accident prone theory”. Teori ini didasarkan pada pengamatan bahwa ada pekerja yang lebih besar mengalami kecelakaan dibandingkan pekerja lainnya. Hal ini disebabkan karena ciri-ciri yang ada dalam pribadi yang bersangkutan (Suwardi & Daryanto, 2018).

## 4. Pengalaman kerja

Semakin banyak pengalaman kerja dari seseorang, maka semakin kecil kemungkinan terjadinya kecelakaan akibat kerja. Pengalaman untuk kewaspadaan

terhadap kecelakaan kerja bertambah baik sesuai dengan usia, maka kerja atau lamanya bekerja di tempat yang bersangkutan (Suwardi & Daryanto, 2018).

#### 5. Tingkat pendidikan

Pendidikan formal dan pendidikan non formal akan mempengaruhi peningkatan pengetahuan pekerja dalam menerima informasi dan perubahan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Tuntutan pekerjaan atau *job requirements* pada seseorang pekerja adalah (Suwardi & Daryanto, 2018):

- 1) Pengetahuan (pengetahuan dasar dan spesifik tentang pekerjaan).
- 2) Fungsional (keterampilan dasar dan spesifik dalam mengerjakan suatu pekerjaan).
- 3) Afektif (kemampuan dasar dan spesifikasi dalam suatu pekerjaan)

#### 6. Kelelahan

Kelelahan dapat menimbulkan kecelakaan kerja pada suatu industri. Kelelahan merupakan suatu keadaan dimana seseorang tidak sanggup lagi untuk melakukan aktivitasnya. Kelelahan ini ditandai dengan adanya penurunan fungsi-fungsi kesadaran otak dan perubahan pada organ di luar kesadaran. Kelelahan, terlalu lama bekerja, pekerjaan rutin tanpa variasi, lingkungan kerja yang buruk serta adanya konflik (Suwardi & Daryanto, 2018).

##### 2.1.2.2.5.2 Faktor lingkungan

#### 1. Lokasi/tempat kerja

Tempat kerja adalah tempat dilakukannya pekerjaan bagi suatu usaha, dimana terdapat tenaga kerja yang bekerja, dan kemungkinan adanya bahaya kerja di tempat itu. Desain di lokasi kerja yang tidak ergonomis dapat menimbulkan

kecelakaan kerja. Tempat kerja yang baik apabila lingkungan kerja aman dan sehat (Suwardi & Daryanto, 2018).

## 2. Peralatan dan perlengkapan

Proses produksi adalah bagian dari perencanaan produksi. Langkah penting dalam perencanaan adalah memilih peralatan dan perlengkapan yang efektif sesuai dengan apa yang diproduksi. Pada dasarnya peralatan/perlengkapan mempunyai bagian-bagian kritis yang dapat menimbulkan keadaan bahaya, yaitu: bagian-bagian fungsional dan bagian-bagian operasional. Bagian-bagian mesin yang berbahaya harus dihindari dengan jalan mengubah konstruksi, memberi alat perlindungan (APD). Peralatan dan perlengkapan yang dominan menyebabkan kecelakaan kerja, antara lain (Suwardi & Daryanto, 2018):

- 1) Peralatan/perlengkapan yang menimbulkan kebisingan.
- 2) Peralatan/perlengkapan dengan penerangan yang tidak efektif.
- 3) Peralatan/perlengkapan dengan temperature tinggi ataupun terlalu rendah.
- 4) Peralatan/perlengkapan yang mengandung bahan-bahan kimia berbahaya.
- 5) Peralatan/perlengkapan dengan efek radiasi yang tinggi.
- 6) Peralatan/perlengkapan yang tidak dilengkapi dengan pelindung dan lain-lain

## 3. Shif kerja

Shif kerja adalah bekerja di luar jam kerja normal, dari Senin sampai Jumat termasuk hari libur dan bekerja mulai dari jam 07.00 sampai dengan jam 19.00 atau lebih. Shif kerja malam biasanya lebih banyak menimbulkan kecelakaan kerja dibandingkan dengan shif kerja siang, tetapi shif kerja pagi-pagi tidak menutup kemungkinan dalam menimbulkan kecelakaan akibat kerja



(Suwardi & Daryanto, 2018).

#### 4. Sumber Kecelakaan

Sumber kecelakaan merupakan asal dari timbulnya kecelakaan, bisa berawal dari jenis peralatan/perlengkapannya, berawal dari faktor *human error*, dimana sumber dari jenis kecelakaan merambat ke tempat-tempat lain, sehingga menimbulkan kecelakaan kerja (Suwardi & Daryanto, 2018).

##### 2.1.2.2.5.3 *Faktor individu*

Untuk faktor individu ini lebih mengarah ke arah psikologi seseorang pada saat melakukan pekerjaannya sehari-hari. Psikologi kerja ini merupakan bagian dari unsur ergonomis (anatomi, fisiologis, psikologi). Stres di lingkungan kerja berkaitan dengan lingkungan fisik tempat kerja, bekerja dalam shift, beban kerja yang berlebihan, bekerja monoton, mutasi dalam pekerjaan, tidak jelasnya peran kerja, konflik dengan teman kerja dan lain-lain (Suwardi & Daryanto, 2018).

Yang dapat lebih mudah mengalami stres dan akibat lainnya yaitu penyakit jantung adalah orang yang memiliki kepribadian tipe A. kepribadian tipe A adalah tipe kepribadian dengan ciri seperti dorongan kompetisi yang tinggi, ketepatan yang tinggi akan waktu, ambisius, agresif, bekerja untuk pencapaian kinerja, selalu tergesa-gesa, dan relatif tidak sabar. Jenis kepribadian tipe A selalu dalam keadaan stress dan tegang. Sehingga orang yang memiliki kepribadian seperti ini sangat rentan sekali (Suwardi & Daryanto, 2018).

##### 2.1.2.3 Penyakit Menular

Penyakit menular adalah penyakit yang ditularkan melalui berbagai media. Penyakit jenis ini merupakan masalah kesehatan yang besar di hampir semua

negara berkembang karena angka kesakitan dan kematiannya yang relatif tinggi dalam waktu yang relatif singkat. Berbeda dengan penyakit tidak menular yang biasanya bersifat menahun dan banyak disebabkan oleh gaya hidup (*life style*), penyakit menular umumnya bersifat akut (mendadak) dan menyerang semua lapisan masyarakat. Penyakit jenis tersebut masih diprioritas mengingat sifat menularnya yang bisa menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian yang besar (Masriadi, 2017).

Penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri (Tuberculosis Paru, Demam Tifoid, Kusta, Antraks, dan Leptospirosis), infeksi virus (Demam Berdarah Dengue, Campak, Hepatitis A, B, C, D, dan E, Rabies, HIV-AIDS, Flu Burung, Chikungunya, Varisela, dan Polio), infeksi parasit (Malaria dan Filariasis), dan sindrom penyakit menular (Mers-CoV, Diare, ISPA, dan PMS/IMS) (Masriadi, 2017).

Pandemi adalah suatu kondisi di mana wabah penyakit telah menyebar ke berbagai Negara. Walaupun pandemi jarang terjadi tetapi cenderung berulang. Pandemi biasanya disebabkan oleh virus baru. Hal ini dapat mengancam keselamatan manusia, selain itu pasti akan sangat berdampak secara ekonomi negara. Guna meningkatkan kapasitas negara dalam menghadapi ancaman pandemi, dapat diselenggarakan kegiatan Simulasi Penanggulangan Pandemi (Kemenkes RI, 2017)

#### 2.1.2.4 Penyakit Tidak Menular

Istilah penyakit tidak menular dipakai dengan maksud untuk membedakan kelompok penyakit-penyakit lainnya yang tidak termasuk dalam penyakit

menular. Pengelompokan penyakit menular dalam sejarahnya, lebih dulu menemukan istilah untuk dirinya ketika penyakit-penyakit tersebut sedang menyerang dunia dan masyarakat dengan cara menular. Penyakit-penyakit lainnya yang sifatnya tidak menular, dikelompokkan sebagai penyakit tidak menular (Bustan, 2007).

Secara global, dunia dihadapkan pada masalah penyakit tidak menular yang semakin meningkat. Prevalensi berbagai penyakit tidak menular di Indonesia tergolong tinggi, antara lain hampir sepertiga penduduk dewasa menderita penyakit tekanan darah tinggi. Oleh sebab itu, pada masa yang akan datang, Indonesia dihadapkan pada beban yang berat akibat biaya penatalaksanaan yang tinggi dan produktivitas penduduk yang rendah akibat penyakit tersebut. Prevalensi penyakit tidak menular yang tinggi pada penduduk miskin di Indonesia mengindikasikan pengaruh gaya hidup yang tidak sehat dan kekurangan gizi pada usia kehidupan dini sejak masa di dalam kandungan. Oleh sebab itu, upaya mengatasi masalah tersebut yang hanya dilakukan melalui perbaikan pola hidup tidak akan efektif. Direkomendasikan untuk melakukan upaya yang lebih fokus kepada akar utama permasalahan dalam memberikan lingkungan gizi yang optimal kepada janin melalui perbaikan status gizi ibu hamil dan kepada bayi usia 0 – 2 tahun (Achadi & Kusharisupeni, 2012).

#### 2.1.2.5 Gangguan Kesehatan Reproduksi

Menurut BKKBN (2001) dalam Jannah & Rahayu (2015), kesehatan reproduksi (kespro) adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta

proses reproduksi, bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan. Sedangkan, menurut Depkes RI (2001) dalam Jannah & Rahayu (2015), ruang lingkup kesehatan reproduksi sebenarnya sangat luar, sesuai dengan definisi yang telah dijelaskan sebelumnya, karena mencakup keseluruhan kehidupan manusia, dari lahir hingga mati.

#### 2.1.2.6 Gangguan Kesehatan Jiwa

Kesehatan mental (jiwa) mencakup dua komponen, yakni: pikiran dan emosional. Pikiran yang sehat tercermin dari cara berpikir seseorang, yakni mampu berpikir logis (masuk akal) atau berpikir secara runtut. Emosional yang sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, khawatir, sedih, dan sebagainya (Notoatmodjo, Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan, 2012). Adapun tambahan komponen kesehatan mental lainnya yaitu spiritual. Spiritual yang sehat akan tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian atau penyembahan, keagungan dan sebagainya (terhadap sesuatu di balik alam ini, yakni Sang Pencipta Alam dan seisinya (Sudjadi, 2017).

Menurut Miranda dan Patel (2005) dalam Idaiani (2009) menyatakan bahwa kedudukan kesehatan jiwa di dalam Pencapaian Target Milenium dapat ditinjau dari aspek pengurangan kemiskinan, kematian bayi, anak dan kesehatan ibu. Kemiskinan merupakan salah satu determinan status kesehatan yang berkontribusi besar terhadap kesehatan dan produktivitas manusia. Orang yang sakit telah kehilangan fungsi produktifnya dan berhenti bekerja, untuk memulihkan fungsi produktif setelah sakit diperlukan waktu yang lama dan biaya besar.

Pemulihan penduduk miskin yang sakit yang diserahkan pada keluarga, sehingga cenderung kembali sakit. Lingkungan dengan kemiskinan merupakan kondisi yang rentan terhadap pendidikan yang rendah, kekerasan dalam rumah tangga, semua perilaku agresif berisiko untuk mengembangkan kondisi stres menjadi gangguan jiwa. Kemiskinan telah diketahui secara luas merupakan faktor risiko depresi dan cemas, sehingga upaya mengentaskan kemiskinan berpengaruh positif terhadap derajat kesehatan jiwa.

Menurut ILO (2018) menyebutkan hasil dari rancangan dan manajemen kerja serta konteks sosial dan organisasinya, yang semuanya dapat menyebabkan bahaya psikologis atau fisik. Respons umum terhadap bahaya psikososial adalah stres. Stres terkait pekerjaan dapat menyebabkan gangguan sesaat, kesalahan penilaian, atau kegagalan dalam kinerja aktivitas normal, meningkatkan risiko kecelakaan di tempat kerja. Ini dapat berkontribusi pada perkembangan gangguan mental (kelelahan dan depresi) dan masalah fisik lainnya (penyakit kardiovaskular dan MSD), serta perilaku pengendalian diri negatif (penyalahgunaan alkohol atau merokok). Akibatnya, stres menghasilkan kemerosotan kesejahteraan dan kualitas hidup pekerja

#### 2.1.2.7 Masalah Gizi

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga akan mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Gizi yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan normal serta perkembangan fisik dan kecerdasan bayi,

anak-anak, serta seluruh kelompok umur. Gizi baik membuat berat badan normal atau sehat, tubuh tidak mudah terkena penyakit infeksi, produktivitas kerja meningkat serta terlindung dari penyakit kronis dan kematian dini. Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular terkait gizi, maka pola makan masyarakat perlu ditingkatkan kearah konsumsi gizi seimbang. Keadaan gizi yang baik dapat meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat (Permenkes, 2014).

Gizi yang tidak optimal berkaitan dengan kesehatan yang buruk, dan meningkatkan risiko penyakit infeksi, dan penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular (penyakit jantung dan pembuluh darah, hipertensi dan stroke), diabetes serta kanker yang merupakan penyebab utama kematian di Indonesia. Lebih separuh dari semua kematian di Indonesia merupakan akibat penyakit tidak menular (Permenkes, 2014).

#### 2.1.2.8 Kurangnya Aktifitas/Latihan Fisik & Kebugaran Jasmani

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang meningkatkan pengeluaran tenaga/energy dan pembakaran energi. Aktivitas fisik dikategorikan cukup apabila seseorang melakukan latihan fisik atau olahraga selama 30 menit setiap hari atau minimal 3-5 hari dalam seminggu. Sedangkan latihan fisik adalah semua bentuk aktivitas yang dilakukan secara terstruktur dan terencana, dengan tujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani (Kemenkes RI, 2019).

Melakukan latihan fisik secara teratur memang sangat bermanfaat dalam memelihara kesehatan jantung, tetapi bagaimana mekanisme langsung penurunan insiden penyakit jantung koroner dan arteriosklerosis melalui latihan fisik belum

diketahui pasti. Namun manfaat yang diperoleh dari latihan fisik teratur antara lain adalah pengendalian kadar kolesterol dan peningkatan pengeluaran energi (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni Edisi Revisi 2011, 2011). Menurut WHO (2011) dalam Rafiei et al (2015), kurangnya aktivitas fisik (69%) adalah kontributor utama penyakit kardiovaskular, diikuti dengan kadar kolesterol lebih dari 200 mg (44%) dan kelebihan berat badan (28%).

#### 2.1.2.9 Rendahnya PHBS

Perilaku hidup bersih sehat pada dasarnya merupakan sebuah upaya untuk menularkan pengalaman mengenai pola hidup sehat melalui individu, kelompok ataupun masyarakat luas dengan jalur-jalur komunikasi sebagai media berbagi informasi. Ada berbagai informasi yang dapat dibagikan seperti materi edukasi guna menambah pengetahuan serta meningkatkan sikap dan perilaku terkait cara hidup yang bersih dan sehat (Kemenkes RI, 2019).

PHBS di tempat kerja adalah kegiatan untuk memberdayakan para pekerja agar tahu dan mau untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dan berperan dalam menciptakan tempat kerja yang sehat. Manfaat PHBS di tempat kerja yaitu para pekerja mampu meningkatkan kesehatannya dan tidak mudah sakit, meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan citra tempat kerja yang positif (Kemenkes RI, 2019).

### 2.1.3 Landasan Hukum Upaya Kesehatan Kerja

#### 2.1.3.1 Permenkes No. 100 tahun 2015 tentang Pos UKK Terintegrasi

Peraturan Menteri Kesehatan No. 100 tahun 2015 ini membahas Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK), 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 yang bertujuan menurunkan insiden dan prevalensi penyakit pada pekerja (penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit akibat kerja, dan kecelakaan kerja) sehingga dapat meningkatkan produktivitas pekerja. Adapun yang dibahas dalam peraturan ini di antaranya persyaratan pembentukan, sarana dan prasarana, pendanaan, pencatatan dan pelaporan, dan pembinaan, pemantauan, dan evaluasi (Permenkes No. 100 tahun 2015).

#### **2.1.4 Sarana Manajemen Program Upaya Kesehatan Kerja**

##### **2.1.4.1 Sumber daya manusia**

Sumber daya manusia merupakan aset yang paling penting dalam suatu organisasi baik organisasi skala besar maupun kecil, karena merupakan sumber yang menggerakkan dan mengarahkan organisasi serta mempertahankan dan mengembangkan organisasi dalam berbagai tuntutan masyarakat dan zaman (Susiawan & Muhid, 2015). Sumber daya manusia yang terdapat pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja yaitu kelompok pekerja sektor informal, kader Pos UKK, dan stakeholder.

##### *2.1.4.1.1 Kelompok pekerja sektor informal*

Kelompok pekerja sektor informal (skala mandiri/individu, rumah tangga, mikro, dan kecil) adalah sekumpulan pekerja yang bekerja suatu kawasan/lingkungan tertentu, antara lain tukang ojek, pekerja rumahan, dan pedagang kaki lima (Kemenkes RI, 2015).



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 risiko yang ada di tempat kerjanya dan waktu pelayanan di Puskesmas bersamaan dengan waktu kerja sehingga sulit mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Perlunya mendekatkan dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada usaha sektor informal dengan adanya Pos UKK. Untuk mendapatkan jaminan kesehatan nasional dan jaminan ketenagakerjaan, pekerja sektor informal diharapkan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Ketenagakerjaan. Pelayanan kesehatan di Pos UKK pada pekerja dengan skema JKN akan meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas (Kemenkes RI, 2015).

Kendala pelaksanaan program upaya kesehatan kerja adalah kurangnya partisipasi anggota pekerja. Menurut Mikkelsen (2003) dalam Muliyanto (2012) mengatakan rendahnya partisipasi masyarakat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu adanya penolakan secara internal di kalangan anggota masyarakat dan penolakan eksternal terhadap pemerintah, kurang dana, terbatasnya informasi, pengetahuan atau pendidikan masyarakat, dan kurang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Sedangkan Linnan (2010) dalam Denny (2016) mengatakan partisipasi komunitas yang kurang menyebabkan berkurangnya dampak promosi kesehatan dari program yang diterapkan. Hal-hal yang menyebabkan kurangnya partisipasi masyarakat dalam promosi kesehatan adalah ketersediaan sumber daya seperti waktu, uang, dan manusia.

#### 2.1.4.1.2 Kader Pos UKK

Kader Pos UKK adalah kader yang berasal dari pekerja atau kader dari Posyandu, Posbindu dan pos kesehatan lainnya yang sudah terlatih dan/atau bersertifikat telah mengikuti pelatihan kader kesehatan kerja serta mempunyai kemauan dan kemampuan bekerja secara sukarela untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan diri sendiri dan kelompoknya agar dapat bekerja dengan aman, sehat dan produktif dalam bekerja (Kemenkes RI, 2015).

Menurut Yuwirna (2009) dalam Mulyanto (2012) mengatakan tindakan atau pelaksanaan kegiatan yang aktif dikarenakan kader kesehatan telah memiliki pengetahuan dan sikap yang baik, faktor pencetus (pengetahuan tentang Poskesdes, sikap dan penyelenggaraan Poskesdes), faktor pendukung (tersedia program-program Poskesdes), dan faktor pendorong (keaktifan petugas kesehatan/Puskesmas dalam membimbing kader).

Tugas dan fungsi kader Pos UKK berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 sebagai berikut:

1. Mempersiapkan dan melaksanakan pertemuan tingkat desa.
2. Mempersiapkan dan melaksanakan serta membahas Survei Mawas Diri bersama petugas Puskesmas/kesehatan dan Lembaga Masyarakat Desa (LMD).
3. Menyajikan hasil survei mawas diri dalam kelompok pekerja di desa dalam MMD.
4. Menentukan masalah dan kebutuhan kesehatan kerja dan kegiatan penanggulangan yang dipilih pekerja dalam musyawarah pekerja.
5. Menentukan lokasi Pos UKK.

6. Melaksanakan kegiatan sehari-hari Pos UKK.
7. Melaksanakan pertemuan tingkat desa.
8. Melaksanakan SMD.
9. Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa.
10. Membentuk Pos UKK.
11. Membuat perencanaan kesehatan.
12. Melaksanakan penyuluhan kesehatan.
13. Melaksanakan kegiatan pemeriksaan kesehatan, P3P, dan P3K.
14. Melaksanakan upaya rujukan.
15. Mencatat dan melaporkan kegiatan Pos UKK.
16. Membina hubungan baik dengan pekerja binaannya, LMD, Petugas PPL dan Petugas Puskesmas.
17. Mengelola sumber keuangan Pos UKK.
18. Membantu memberdayakan perekonomian pekerja.
19. Membina kemampuan diri.
20. Menginformasikan kepada pekerja untuk ikut serta dalam kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan.

#### *2.1.4.1.3 Stakeholder*

Adapun stakeholder yang terkait menurut Permenkes No. 100 tahun 2015 pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah lintas program, lintas sektor, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, dan dunia usaha. Mulyanto (2012) mengatakan tidak berjalannya program upaya kesehatan kerja tidak terlepas dari dukungan pemerintah (khususnya Puskesmas dan aparat desa). Berdasarkan

penelitian Dijk dan Buijs (2017), dukungan untuk pelaksanaan kesehatan kerja ini menjadi peranan penting dalam mendukung tenaga kesehatan pada pelayanan kesehatan dasar dengan memberikan materi pada pertemuan dan pelatihan, memberikan kontribusi pada pelaksanaan kesehatan kerja yang lebih baik sehingga terjadi perubahan positif untuk kesehatan pekerja informal. Berikut tugas dan fungsi stakeholder pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja:

### 1. Lintas program

Adapun instansi lintas program yaitu Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kab/Kota, dan Puskesmas. Tugas dan fungsi lintas program pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah melaksanakan kebijakan, menyusun petunjuk pelaksanaan dan pedoman teknis terkait, melaksanakan pembinaan dan monitoring, melaksanakan koordinasi lintas program, melakukan pelatihan, memfasilitasi sarana, prasarana dan media KIE, dan melaksanakan pencatatan dan pelaporan (Kemenkes RI, 2015).

### 2. Lintas sektor

Tugas dan fungsi lintas sektor pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah membina dan mendukung kegiatan di Pos UKK. Adapun lintas sektor dan Kementerian/dinas terkait antara lain Dinas Koperasi dan Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Dinas Perindustrian, Dinas Perdagangan, Dinas Perikanan, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Bupati/Walikota, camat, lurah, kepala desa dan jajarannya, LSM, Pemerhati Kesehatan Kerja) (Kemenkes RI, 2015).

### 3. Organisasi masyarakat

Tugas dan fungsi organisasi masyarakat pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah bekerja sama dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk menggerakkan Pos UKK(Kemenkes RI, 2015).

#### 4. Tokoh masyarakat

Tugas dan fungsi tokoh masyarakat pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi secara aktif dan mendukung dengan sumber daya yang dimiliki terhadap penyelenggaraan Pos UKK(Kemenkes RI, 2015).

#### 5. Dunia usaha

Tugas dan fungsi dunia usaha pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah mendukung penyelenggaraan Pos UKK dalam bentuk sarana dan pembiayaan termasuk berperan aktif sebagai sukarelawan sosial(Kemenkes RI, 2015).

##### 2.1.4.2 Dana

Pendanaan Pos UKK dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) dan sumber lain yang tidak mengikat seperti partisipasi masyarakat pekerja dan pengusaha/swasta sesuai peraturan yang berlaku. Contoh sumber lainnya adalah arisan, koperasi, wirausahaan lain atau dana bergulir (Kemenkes RI, 2015).

Menurut Suroyo (2007) dalam Mulyanto (2012) mengatakan dana alokasi finansial terhadap unit-unit organisasi, program-program dan perencanaan merupakan cara yang kuat untuk mengatur perilaku. Suatu program tanpa adanya suatu anggaran berarti bahwa program tersebut tidak mempunyai arah tujuan dan

ini merupakan sumber kekuatan bagi program.

Denny (2016) mengatakan permasalahan uang dapat dipecahkan dengan iuran rutin anggota sehingga tidak membebani pekerja. Rusdijati dan Aman (2013), pembiayaan kesehatan bagi masyarakat pekerja sektor informal diperoleh dari hasil pengelolaan bank sampah. Pengelolaan bank sampah inilah diharapkan dapat menjadi model terhadap perlindungan kesehatan dan keselamatan bagi para pekerja sektor informal sehingga produktivitas masyarakat pekerja dapat dioptimalkan.

#### 2.1.4.3 Fasilitas Pos UKK

Fasilitas Pos UKK terdiri dari sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan kegiatan di Pos UKK. Untuk melaksanakan kegiatan Pos UKK bisa menggunakan sarana yang tersedia (dalam ruang atau luar ruang) baik sendiri maupun gabungan dengan usaha lain yang bisa difungsikan untuk tempat berkumpul dan melakukan kegiatan. Lokasi Pos UKK harus berada pada wilayah kelompok pekerja. Pos UKK harus memiliki prasarana paling sedikit meliputi meja, kursi, tempat tidur, alat tulis dan buku untuk pencatatan pelaporan, buku panduan, dan media komunikasi informasi edukasi. Pos UKK harus memiliki peralatan paling sedikit meliputi timbangan, alat ukur tinggi badan, tensimeter digital, alat ukur lingkaran perut, lampu senter, P3K kit, obat bebas, dan contoh APD sesuai dengan jenis pekerjaan (Kemenkes RI, 2015).

Menurut Chandra (2017), kendala pelaksanaan upaya kesehatan kerja salah satunya adalah ketersediaan sarana pada Pos UKK yaitu bangunan Pos UKK dialihfungsikan dan dipindahkan membuat pekerja susah dikumpulkan dan

hilangnya kepercayaan para pekerja yang menyebabkan program Pos UKK tidak berjalan dengan baik. Safitri (2012) mengatakan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang lengkap dan layak digunakan memengaruhi pemberian pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien.

### **2.1.5 Proses Manajemen Program Upaya Kesehatan Kerja**

#### **2.1.5.1 Perencanaan**

Perencanaan yang dimaksud pada pelaksanaan upaya kesehatan kerja adalah proses menetapkan tindakan atau aktifitas organisasi yang akan dilaksanakan dimasa yang akan datang (Yunus, 2014). Perencanaan upaya kesehatan kerja bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas pekerja yang dilaksanakan pada Puskesmas berdasarkan Pemenkes No. 100 tahun 2015 adalah sebagai berikut:

1. Melakukan sosialisasi di internal Puskesmas.
2. Pembentukan Tim Kesehatan Kerja yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.
3. Membuat rencana kerja untuk kegiatan penyelenggaraan Pos UKK.
4. Advokasi kepada camat, kepala desa/lurah, pamong/tokoh masyarakat/tokoh agama, pengusaha untuk mendapat dukungan/penguatan komitmen dan penyebarluasan informasi tentang kegiatan Pos UKK serta koordinasi lintas sektor.
5. Survei Mawas Diri (SMD) dalam rangka mengumpulkan data dasar, informasi besaran masalah pada pekerja, jumlah pekerja, jenis pekerjaan di berbagai sektor khususnya pada kelompok usaha skala mandiri dan kecil, sarana prasaran dan sumber daya di tingkat kecamatan/kelurahan/desa.

## 6. Pertemuan Tingkat Kecamatan dan Kelurahan/Desa (Musyawarah Masyarakat Desa).

### 2.1.5.2 Pengorganisasian

Menurut Subariyah (2017) mengatakan pembentukan organisasi kepengurusan Pos UKK merupakan syarat dasar dalam awal pembentukan Pos UKK yang telah dijelaskan dalam Kebijakan dan Strategi Pengembangan Kesehatan Kerja Sektor Informal di Indonesia. Kepengurusan Pos UKK minimal kader, sekretaris, dan anggota yang bertujuan untuk mengurus pelaksanaan kegiatan pada Pos UKK.

Organisasi penggerak dalam pelaksanaan upaya kesehatan kerja pada Pos UKK adalah sebagai berikut:

1. Penanggungjawab: Kepala desa/Lurah
2. Pembina: Kepala Puskesmas
3. Tenaga pelaksana: Kader

### 2.1.5.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan program upaya kesehatan kerja (UKK) adalah pelayanan kesehatan, upaya rujukan, dan pelatihan kader dan masyarakat pekerja. Berikut penjelasan masing-masing pelaksanaan program upaya kesehatan kerja:

#### 2.1.5.3.1 *Pelayanan kesehatan promotif*

Kegiatan promotif adalah serangkaian kegiatan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan (UU No. 36 tahun 2009). Kegiatan promosi pada Pos UKK yaitu penyuluhan atau konseling kesehatan kerja, penyebarluasan informasi tentang kesehatan kerja, penimbangan



tinggi badan dan berat badan, aktivitas kebugaran bagi pekerja, sarasehan intervensi menuju norma sehat dalam bekerja, surveilans kesehatan kerja melalui pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan diseminasi, dan pencatatan dan pelaporan (Permenkes, 2015).

Promosi kesehatan juga merupakan sesuatu kegiatan yang mempunyai masukan (input), proses dan keluaran (output). Kegiatan promosi kesehatan guna mencapai tujuan yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Di samping faktor metode, faktor materi atau pesannya, petugas yang melakukannya, juga alat-alat bantu/alat peraga atau media yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran) tertentu harus disesuaikan dengan sasaran atau media. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan kelompok(Notoatmodjo, Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan, 2012).

Kegiatan promotif ini berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Berikut mekanisme kegiatan promotif dalam mencapai derajat kesehatan pekerja di Pos UKK:

#### *2.1.5.3.1.1 Kegiatan penyuluhan dan konseling kesehatan kerja*

Chen *et al*(2010) mengatakan pekerja memiliki hak untuk menerima pendidikan kesehatan kerja, menerima informasi tentang bahaya pekerjaan di tempat kerja, dan menerima akses layanan kesehatan kerja. Berdasarkan hasil penelitian Chen *et al* (2010) mengatakan pemberian pendidikan kesehatan kerja

meningkatkan kesadaran manajer dan pekerja akan pengetahuan kesehatan kerja di tempat kerja. Rahmadiana (2012) mengatakan bahwa media advokasi, media massa, media entertainmen dan internet mampu membentuk sikap dan mengubah perilaku individu dengan cara meningkatkan kesadaran dan menambah pengetahuan tentang isu-isu kesehatan, masalah-masalah kesehatan dan solusi kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan. Penelitian Sugiarto, Shaluhiyah dan Widjanarko (2010) mengatakan bahwa media poster dan film adalah media informasi yang sesuai dengan kebutuhan pekerja. Media poster dan film ini efektif dalam merubah perilaku pekerja untuk peduli dalam pencegahan narkoba di tempat kerja terkait penularan HIV/AIDS.

#### *2.1.5.3.1.2 Penyebaran informasi*

Rogers (2003) dalam Laksono dan Wulandari (2011), penyebaran informasi kesehatan merupakan aspek penting yang dapat mempercepat keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Proses penyebaran informasi ini merupakan kajian strategis dalam ilmu media dan komunikasi karena proses penyebaran yang berhasil akan mampu memberikan *multiplying effect* yang signifikan. Penyebaran informasi adalah proses di mana suatu informasi atau inovasi dikomunikasikan melalui saluran tertentu dalam jangka waktu tertentu di antara para anggota suatu sistem sosial. Teori ini menekankan proses komunikasi, baik yang menyangkut informasi yang dibutuhkan untuk memiliki dan menerapkan inovasi maupun pesan yang direncanakan untuk

meningkatkan pengetahuan masyarakat akan suatu hal, sehingga meningkatkan kesiapan masyarakat dalam menghadapi perubahan.

Berdasarkan hasil penelitian Laksono dan Wulandari (2011) menyatakan bahwa media jejaring sosial melalui internet sangat efektif sebagai sebuah media penyebaran informasi yang melampaui kendala geografis maupun administratif wilayah. Media jejaring sosial juga efektif untuk penyebaran informasi dengan sasaran remaja dan usia produktif. Rahmadiana (2012) mengatakan bahwa salah satu media yang mampu membentuk sikap dan mengubah perilaku individu dengan cara meningkatkan kesadaran dan menambah pengetahuan tentang isu-isu kesehatan, masalah-masalah kesehatan dan solusi kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan yaitu media internet.

#### *2.1.5.3.1.3 Penimbangan tinggi badan dan berat badan*

Penelitian Sumual, Danes dan Lintong (2013) mengatakan berat badan berhubungan terhadap gaya gesek pada persendian tulang dan timbulnya osteoarthritis pada orang di atas 45 tahun. Soenarwo (2011) dalam Sumual, Danes dan Lintong (2013) mengatakan salah satu manfaat menjaga berat badan agar proporsional ialah dapat mencegah terjadinya osteoarthritis. Selain itu, penelitian Warganegara dan Nur (2016) menyebutkan indeks massa tubuh (IMT) yang meningkat juga meningkatkan risiko kanker payudara, kanker kolon, kanker prostat, kanker endometrium, kanker ginjal, dan kanker hati. Untuk mencapai kesehatan optimal, WHO menetapkan IMT rata-rata untuk populasi dewasa harus berada pada isaran 21-23 kg/m<sup>2</sup>, sedangkan bagi individu harus menjaga IMT dalam kisaran 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>. Terdapat peningkatan risiko penyakit penyerta

untuk orang dengan IMT 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> dan komorbiditas yang parah untuk IMT lebih dari 30 kg/m<sup>2</sup>. Apabila masyarakat memiliki indeks massa tubuh yang normal, maka masyarakat menurunkan risiko terkena penyakit tidak menular.

#### *2.1.5.3.1.4 Aktivitas kebugaran bagi pekerja*

Aktivitas fisik memiliki tiga macam yaitu ketahanan, kelenturan, dan kekuatan. Contoh aktivitas fisik untuk ketahanan yaitu berjalan kaki sekitar 30 menit, lari ringan, berenang, senam, bermain tenis, dan berkebun. Sedangkan aktivitas fisik untuk kelenturan yaitu peregangan, senam taichi, mencuci pakaian, mencuci mobil, dan mengepel lantai. Berikutnya aktivitas fisik untuk kekuatan yaitu push up, naik turun tangga, membawa belanjaan, dan *fitness*(Kemenkes RI, 2006).

Berdasarkan penelitian Palar, Wongkar dan Ticoalu (2015), salah satu aktivitas fisik yang dilakukan adalah latihan olahraga aerobik. Latihan olahraga aerobik ialah aktivitas olahraga secara sistematis dengan peningkatan beban secara bertahap dan terus-menerus yang menggunakan energi yang berasal dari pembakaran dengan menggunakan oksigen, dan membutuhkan oksigen tanpa menimbulkan kelelahan. Contoh latihan olahraga aerobik adalah jalan, jogging, lari, bersepeda, dan renang. Sebelum merencanakan untuk melakukan latihan olahraga aerobik, perlu memperhatikan kriteria-kriteria yang berkaitan dengan takaran latihan, yaitu frekuensi latihan tiga sampai lima kali setiap minggu, intensitas latihan 60-80% dari denyut jantung maksimal, dan durasi latihan 20 - 60 menit. Jika latihan olahraga aerobik teratur, aliran darah menjadi lancar dan mempercepat pembuangan zat-zat sisa metabolisme sehingga

pemulihanberlangsung dengan cepat, dan seseorangtidak akan mengalami kelelahan setelah melaksanakan tugas, serta masih dapat melakukan aktivitas lainnya.

#### *2.1.5.3.1.5 Sarasehan intervensi menuju norma sehat dalam bekerja*

Sarasehan adalah pertemuan yang dilaksanakan untuk mendengarkan pendapat seseorang yang ahli mengenai suatu masalah bidang tertentu.(KBBI Daring, 2012-2019). Salah satu sarasehan intervensi yang dilaksanakan pada Pos UKK ialah pertemuan tingkat kecamatan dan kelurahan/desa yakni Musyawarah Masyarakat Desa (MMD). Kegiatan ini merupakan salah satu kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam bidang promosi kesehatan. Restuastuti, Zahtamal, Chandra dan Restila (2017), pemberdayaan masyarakat dengan strategi kemitraan dengan kelompok masyarakat ini merupakan kegiatan pembangunan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang tinggi.

#### *2.1.5.3.1.6 Surveilans kesehatan kerja*

Surveilans Kesehatan Kerja adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan pada pekerja, untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien(Kemenkes RI, 2015).

#### *2.1.5.3.1.7 Pencatatan dan pelaporan*

Muljo (2008) dalam Suryani dan Solikhah (2013), data dan informasi yang lengkap sangat dibutuhkan oleh tiap pengguna informasi dengan adanya keterlambatan mempengaruhi tepat tidaknya keputusan yang dibuat oleh para pengambil keputusan karena sangat bergantung dari informasi yang didapat dan informasi yang dihasilkan tidak lengkap dan salah maka pengambilan keputusan akan menjadi tidak tepat dan salah sasaran. Data dan informasi yang lengkap akan membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat dan bermanfaat baik jangka pendek maupun jangka panjang.

Penelitian Dharmawan, Wigati dan Dwijayanti (2015) mengatakan pencatatan dan pelaporan dilakukan secara lengkap dan penyerahannya dilakukan tepat waktu maka gambaran status kesehatan dapat dinilai sehingga setiap terjadi masalah dapat dideteksi sedini mungkin dan mendapatkan penanganan yang baik. Namun seringkali ditemukan dalam sistem pencatatan dan pelaporan masih ditemukan banyak kendala. Penelitian Arwida dalam Dharmawan, Wigati dan Dwijayanti (2015) membuktikan bahwa informasi (output) sering tidak akurat dan tidak tepat waktu karena masih dikerjakan secara manual. Hal ini dikarenakan ada masalah dari saat penangkapan data (input), dimana penulisan data tidak tepat dan lengkap. Masalah juga ditemukan pada saat perekapan dan pembuatan salinan untuk pembuatan laporan (proses).

#### *2.1.5.3.2 Pelayanan Kesehatan Preventif*

Kegiatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit (UU No. 36 tahun 2009). Menurut Permenkes No. 100 tahun 2015, kegiatan preventif pada Pos UKK meliputi inventarisasi jenis

pekerjaan, pengenalan risiko bahaya di tempat kerja, penyediaan contoh dan kepatuhan penggunaan APD, upaya perbaikan lingkungan kerja, pengamatan jentik di lingkungan kerja, membantu pelaksanaan pemeriksaan kesehatan awal dan berkala oleh petugas kesehatan, deteksi dini penyakit kusta dan TB, deteksi dini penyakit malaria, deteksi dini faktor risiko PTM, deteksi dini Hepatitis, HIV/AIDS, PMS yang dilakukan oleh petugas kesehatan, pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur, calon pengantin dan ibu hamil, dan pemberian tablet Fe pada ibu hamil dan pekerja anemia.

Kegiatan preventif ini berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Berikut mekanisme kegiatan preventif dalam mencapai derajat kesehatan pekerja di Pos UKK:

#### *2.1.5.3.2.1 Inventarisasi jenis pekerjaan*

Dwihatmojo, Nelwan dan Kawet (2016) mengatakan bahwa pembagian kerja adalah pengelompokan jenis-jenis pekerjaan yang sama untuk ditempatkan di satu kelompok yang sama. Pembagian kerja menjadi salah satu faktor penting dalam perusahaan yang berguna untuk menguraikan pekerjaan menjadi bagian-bagian kecil untuk organisasi yang dilaksanakan individu maupun kelompok. Berdasarkan penelitiannya, pembagian kerja memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kinerja karyawan.

#### *2.1.5.3.2.2 Pengenalan risiko bahaya di tempat kerja*

Berdasarkan penelitian Dijk dan Buijs (2017) mengatakan langkah pertama penilaian risiko bahaya di tempat kerja adalah mendapatkan informasi tentang jenis kegiatan pekerja berupa data ekonomi, distribusi regional, jumlah

pekerja, kondisi pekerjaan, proses kerja, dan kondisi sanitasi. Penelitian oleh Rahma dan Rudyarti (2018) mengatakan penyuluhan tentang potensi bahaya di tempat kerja pada industri gamelan di Kabupaten Ponorogo merupakan metode efektif untuk meningkatkan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja. Menurut Said (2013) dalam Rahma dan Rudyarti (2018) menyebutkan bahwa untuk mengetahui potensi bahaya yang belum teridentifikasi dengan baik di tempat kerja dapat digunakan analisis *Job Safety Analysis* (JSA).

#### *2.1.5.3.2.3 Penyediaan contoh dan kepatuhan penggunaan APD*

Alat Pelindung Diri (APD) adalah peralatan keselamatan yang merupakan upaya terakhir melindungi diri dalam meminimalkan bahaya. APD standar terdiri dari pelindung diri, pelindung pernapasan, pelindung telinga, pelindung mata, pelindung kepala, pelindung kaki, pelindung tangan, pakaian pelindung, dan sabuk pengaman (Suwardi & Daryanto, 2018). Hasil penelitian Piri (2012) menyatakan bahwa penggunaan alat pelindung diri (APD) dapat menurunkan potensi terjadinya kecelakaan kerja pada pekerja. Menurut penelitian Busyairi, Tosungku dan Oktaviani (2014) menyatakan bahwa keselamatan dan kesehatan kerja berpengaruh terhadap produktivitas pekerja. Hal ini sejalan dengan Prasetya (2016) mengatakan penyediaan APD dan penggunaan APD mempengaruhi kejadian kecelakaan kerja.

#### *2.1.5.3.2.4 Upaya perbaikan lingkungan kerja*

Hasil penelitian Susilo (2012) mengatakan bahwa lingkungan kerja fisik dan lingkungan kerja non fisik secara simultan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stress kerja karyawan. Besarnya kontribusipengaruh lingkungan fisik dan



non fisik terhadap stress kerja termasuk dalam kategoritinggi yaitu sebesar 65,7 %, sedangkan sisanya 34,3 % dipengaruhi oleh faktor faktor lain, seperti hasil angket yaitu masalah pribadi maupun masalah keluarga. Diperlukan upaya perbaikan lingkungan kerja agar menciptakan suasana kerja yang kondusif sehingga dapat membuat pekerja bekerja lebih produktif.

Penelitian Chen *et al* (2010) mengatakan bahwa pengawasan lingkungan kerja adalah salah satu bagian penting dari pelayanan kesehatan kerja dasar. Kegiatan pengawasan lingkungan kerja yaitu mengidentifikasi paparan berbahaya seperti bahaya fisik dan kimia yang memengaruhi kesehatan pekerja. Adapun yang diidentifikasi yaitu tingkat paparan, penilaian sanitasi dan alat pelindung diri. Jika tingkat paparan pada lingkungan kerja tinggi, maka akan diberikan panduan dan saran tentang perbaikan pada lingkungan kerja untuk meningkatkan lingkungan tempat kerja yang lebih kondusif.

#### *2.1.5.3.2.5 Pengamatan jentik di lingkungan kerja*

Chadijah dan Halimuddin (2011) mengatakan bahwa upaya pengendalian penyakit yang disebabkan nyamuk telah banyak dilakukan, seperti larvaciding, fokus fogging, dan pengendalian nyamuk berkembang biak. Upaya ini akan lebih baik jika melibatkan partisipasi masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk yang dilakukan Chadijah dan Halimuddin, yang paling efektif partisipasi pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian vektor DBD adalah larva surveyor (jumantik). Pemberdayaan jumantik dalam PSN-DBD memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan Angka Bebas Jentik (ABJ) dan penurunan *House Index* (HI).

Mengingat vaksin untuk mencegah penyakit DBD hingga saat ini belum tersedia, maka upaya pemberantasan penyakit DBD harus dititikberatkan pada pemberantasan sarang nyamuk penularnya (*Aedes aegypti*), di samping kewaspadaan dini terhadap kasus DBD untuk membatasi angka kesakitan dan kematian. Walaupun penyemprotan dengan menggunakan insektisida dilakukan tetapi bila jentik nyamuk masih dibiarkan hidup, maka akan tumbuh nyamuk baru yang selanjutnya dapat menularkan penyakit DBD. Untuk itu masyarakat Kuta Utara perlu untuk berperan aktif dengan melakukan tindakan pemberantasan sarang nyamuk dirumah dan lingkungan sekitar masing-masing sebagai upaya pencegahan berkembangnya jentik menjadi nyamuk dewasa sehingga populasi nyamuk *Aedes aegypti* berkurang dengan demikian resiko penularan penyakit DBD juga berkurang (Nugrahaningsih, Putra, & Aryanta, 2010).

*2.1.5.3.2.6 Membantu pelaksanaan pemeriksaan kesehatan awal dan berkala oleh petugas kesehatan*

Berdasarkan penelitian Busyairi, Tosungku & Oktaviani (2014) terdapat peningkatan variabel kesehatan kerja akan dapat meningkatkan produktivitas kerja karyawan sebesar 0,218 yang dapat diartikan bahwa setiap peningkatan variabel kesehatan kerja satu standar deviasi akan dapat mengakibatkan peningkatan produktivitas kerja karyawan sebesar 0,218. Selain dipengaruhi oleh variabel kesehatan kerja, dapat juga dipengaruhi oleh faktor lain diluar penelitian ini.

Kesehatan kerja yang baik adalah dengan mengadakan pemeriksaan jasmanipra penempatan kepada semua karyawan, pemeriksaan jasmani secara berkala kepadasemua karyawan, menyiapkan fasilitas klinik dan peralatan,

menyiapkan tenaga dokter dan spesialis, kerjasama dengan psikiater. Jika semua hal-hal tersebut dipenuhi oleh perusahaan, maka karyawan akan bekerja dengan tenang tanpa ada rasa takut akan terjadinya kecelakaan atau terganggunya kesehatan mereka akibat pekerjaan, sehingga hal ini dapat memacu semangat produktivitas karyawan dalam mengerjakan tugas-tugasnya (Busyairi, Tosungku, & Oktaviani, 2014).

Hasil penelitian ini sejalan dengan apa yang tertulis dalam buku panduan dari Dinas Pertambangan dan Energi Provinsi Kalimantan Timur. Bahwa pemeriksaan kesehatan karyawan perlu dilakukan khususnya pekerja baru, hal ini perlu dilakukan guna mengetahui kondisi awal menyeluruh dari karyawan baru tersebut, dan untuk pekerja lama hal ini perlu dilakukan guna memantau kesehatan/ penyakit yang mungkin timbul oleh karena akibat dari pekerjaan yang dilakukan. Pemeriksaan kesehatan secara berkala dilakukan minimal setiap 6 bulan sekali bagi karyawan tambang bawah tanah dan minimal 1 tahun sekali bagi karyawan tambang dipermukaan (Busyairi, Tosungku, & Oktaviani, 2014).

#### *2.1.5.3.2.7 Deteksi dini penyakit kusta dan TB*

Menurut Abdillah dan Azam (2016), penyakit kusta memang bukan merupakan penyakit yang mematikan dan potensi menjadi kejadian luar biasa (KLB) sangatlah kecil. Meskipun penyakit kusta tidak menimbulkan kematian tetapi penyakit kusta dapat menyebabkan kecacatan pada penderitanya. Menurut Dinkesprov Jateng (2014) dalam Abdillah dan Azam (2016), kebanyakan kasus kusta yang datang sendiri ke pelayanan kesehatan kondisi penderita sudah dalam keadaan cacat, reaksi, maupun ada komplikasi dengan penyakit lain. Salah satu

upaya peningkatan deteksi dini penyakit kusta ialah memberikan pendidikan kesehatan. Jika deteksi dini dapat ditingkatkan, maka masyarakat dapat terhindar dari risiko terjangkit penyakit kusta.

Sementara pada penyakit tuberkulosis, menurut Agung, Sawitri & Wirawan (2013), syarat pertama seseorang untuk melakukan deteksi dini adalah apabila persepsi kerentanannya tinggi. Pada penelitian ini dapat dikatakan bahwa persepsi kerentanan yang rendah menyebabkan proporsi kontak melakukan deteksi dini juga rendah. Walau persepsi keseriusan tinggi, persepsi manfaat tinggi, dan persepsi hambatan rendah jika perasaan tertular sedikit maka cenderung tidak melakukan pemeriksaan kesehatan.

Untuk meningkatkan proporsi kontak yang melakukan pemeriksaan dahak ke puskesmas, perlu dilakukan promosi yang menekankan bahwa kontak serumah sangat berisiko tertular kuman TB. Penemuan kasus secara aktif khusus terhadap kontak serumah sampai saat ini sebaiknya tetap dilakukan, disamping penemuan secara pasif terhadap pengunjung puskesmas. Survei uji tuberkulin terhadap seluruh kontak perlu dilakukan sewaktu-waktu untuk meyakinkan kontak serumah terinfeksi atau tidak (Agung, Sawitri, & Wirawan, 2013). Deteksi dini ini berguna untuk menurunkan angka kesakitan yang disebabkan tuberkulosis.

#### *2.1.5.3.2.8 Deteksi dini penyakit malaria*

Menurut Supriyani, Achmadi & Susanna (2015), komponen penting dalam strategi pengendalian malaria adalah manajemen kasus malaria, berkaitan dengan kemampuan diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dengan obat-obat antimalaria yang efektif. Achmadi (2012) dalam Supriyani, Achmadi & Susanna

(2015), manajemen kasus yang baik, terutama penyakit infeksi adalah menghilangkan sumber penularan. Berdasarkan penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat tempat perindukan nyamuk (TPN) tersebar di Kecamatan Cineam. Susanna, dkk (2012) dan Sarumpaet dan Tarigan (2007) dalam Supriyani, Achmadi & Susanna (2015), keberadaan TPN merupakan salah satu faktor yang berpotensi penularan malaria. Penduduk yang memiliki TPN di sekitar rumahnya memiliki risiko mendapatkan malaria dibandingkan dengan orang yang di sekitar rumahnya tidak terdapat TPN. Disimpulkan deteksi dini malaria dapat menurunkan angka kesakitan yang disebabkan penyakit malaria.

#### *2.1.5.3.2.9 Deteksi dini faktor risiko PTM*

Menurut Dwipoyono (2009) mengatakan bahwa perubahan pola penyakit di Indonesia dari penyakit menular ke penyakit tidak menular maka diperlukan pendekatan yang berbeda dalam usahapeningkatannya. Pengontrolan faktor risiko sangat berperan dalam menurunkan angka kejadian penyakit kanker. Untuk menurunkan angka kematian, ditekankan pada penemuan penyakit dalam stadium awal maupun pada lesi pra-kanker, karena biaya yang diperlukan akan sangat murah dibanding biaya pengobatan. Adapun upaya yang dilakukan dalam pengendalian penyakit tidak menular ini ialah deteksi dini dan skrining. Hal ini dapat menurunkan angka kematian karena ditemukan dalam stadium yang lebih awal. Deteksi dini dapat dilakukan untuk kanker payudara, serviks, dan usus besar (kolon). Juga untuk kanker paru dan lambung, tergantung prevalensi dimasyarakat.

#### *2.1.5.3.2.10 Deteksi dini Hepatitis, HIV/AIDS, PMS yang dilakukan oleh petugas kesehatan*

Menurut Kinasih dan Dugis (2015) dalam penelitian Perlindungan Buruh Migran Indonesia mengatakan deteksi dini dirancang untuk mengidentifikasi suatu penyakit secara dini. Hal tersebut memungkinkan intervensi dini dan pengaturan dengan harapan dapat menurunkan mortalitas dan penderitaan yang diakibatkan dari suatu penyakit. Deteksi dini ini sangat penting untuk diagnosis lebih awal bagi keputihan buruh migran perempuan ketika berada di Gedung Pendataan Keputihan Khusus Tenaga Kerja Indonesia (GPKTKI) karena pemerintah tidak tahu kondisi pekerjaan maupun perbuatan yang pernah dilakukan di negara tujuan. Beban kerja di negara tujuan memiliki dampak yang cukup signifikan terhadap situasi kesehatan pasca keputihan kembali dan tiba kembali di desa. Penelitian LPKP (2010) dalam Kinasih dan Dugis (2015) menunjukkan pasca keputihan banyak buruh migran yang mengalami gangguan kesehatan, diantaranya mengalami tekanan psikologi, penyakit kulit kronis akibat seringnya bersentuhan dengan bahan-bahan pembersih yang terbuat dari bahan kimia keras dan penyakit dalam seperti *liver* dan paru-paru. Belum lagi bagi buruh migran perempuan yang mendapat perlakuan fisik (penganiayaan) maupun seksual (seperti pemerkosaan). Demikian juga buruh migran perempuan yang bekerja sebagai pekerja seks. Penyakit HIV/AIDS, paru-paru, jantung, ginjal, hepatitis dan sebagainya sampai pada kehamilan yang tidak diinginkan, lepas dari medical screening.

*2.1.5.3.2.11 Pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur, calon pengantin dan ibu hamil*

Berdasarkan BPS (2019), pada tahun 2018 sebanyak 60,08 persen perempuan bekerja di desa dan perkotaan. Pekerja perempuan yang bekerja pada usia produktif juga termasuk ke dalam kelompok usia subur. Pekerja perempuan yang termasuk ke dalam kelompok usia subur memiliki kemungkinan terjadi kehamilan apalagi dengan status sudah menikah. Perempuan hamil memiliki beberapa risiko masalah kesehatan, salah satunya *Tetanus Neonatorum*.

*Tetanus Neonatorum* (TN) merupakan salah satu penyakit paling beresiko mengakibatkan kematian. Pemerintah telah membuat program *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE), yang salah satu strateginya adalah dengan mengupayakan cakupan imunisasi tetanus yang tinggi dan merata (Khoiri, Rokhmah, & Falih, 2012)

Ivancevich J. Konopaske, R. dan Matteson, M. (2005) dalam Khoiri, Rokhmah dan Falih (2012), status TT minimal bagi ibu hamil yang harus dimiliki adalah 100% harus berstatus T2. Asumsi penetapan 100% harus berstatus T2 ini adalah bila pemberian imunisasi TT dilakukan pertama kali pada saat dia hamil yang sekarang (baik kehamilan saat ini merupakan kehamilan I, II, maupun III dan seterusnya). Pedoman pelayanan antenatal bahwa setiap ibu hamil yang belum pernah diberikan imunisasi tetanus harus mendapatkannya paling sedikit dua kali suntikan selama kehamilannya, yaitu pertama pada saat kunjungan antenatal pertama dan kedua pada empat minggu kemudian, sehingga perolehan status T2 ini telah cukup memberikan masa perlindungan terhadap tetanus kepada ibu hamil dan kandungannya selama masa kehamilan hingga melahirkan.

#### 2.1.5.3.2.12 Pemberian tablet Fe pada ibu hamil dan pekerja anemia

Menurut Utama, Listiana, dan Susanti (2013) dengan penelitian perbandingan zat besi dengan dan tanpa vitamin C terhadap kadar hemoglobin wanita usia subur mengatakan bahwa anemia pada wanita pekerja masih menjadi masalah kesehatan yang dapat menurunkan produktivitas pekerja. Menurut hasil penelitiannya ada perbandingan pemberian zat besi dan atau vitamin C terhadap kadar hemoglobin wanita usia subur. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Hidayah dan Anasari (2012) mengatakan bahwa adanya hubungan antara kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia di Desa Pageraji Kecamatan Cilongok Kabupaten Banyumas dengan nilai  $p = 0,005$ . Artinya semakin baik kepatuhan ibu dalam mengkonsumsi tablet Fe maka semakin rendah risiko ibu mengalami anemia.

Anemia memiliki dampak yang berbahaya bagi kehamilan ibu. Menurut Manuaba (1998) dalam Hidayah dan Anasari (2012), anemia dapat mengakibatkan terjadinya abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis, molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini.

#### *2.1.5.3.3 Pelayanan Kesehatan Kuratif*

Kegiatan kuratif adalah 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 tahun 2009). Kegiatan kuratif pada Pos UKK meliputi P3K sederhana, P3P sederhana, dan dilaksanakan oleh petugas



kesehatan berupa kegiatan kuratif yang dapat diintegrasikan dengan kegiatan pusling.

Kegiatan kuratif ini berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Berikut mekanisme kegiatan kuratif dalam mencapai derajat kesehatan pekerja di Pos UKK:

#### *2.1.5.3.3.1 Pertolongan pertama pada kecelakaan sederhana*

Sutawijaya (2009) dalam Surtiningsih (2016), penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*. Artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas 2-3 menit pada manusia dapat mengakibatkan kematian yang fatal.

Salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderitagawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktutanggap atau response time sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit. pertama darurat melibatkan duakomponen utama yaitu pertolonganfase pra rumah sakit dan fase rumah sakit. Kedua komponen tersebut sama pentingnya dalam upaya pertolongan gawat darurat(Surtiningsih, 2016).

#### *2.1.5.3.3.2 Pertolongan pertama pada penyakit sederhana*

Berbagai macam penanganan pertolongan pertama pada penyakit yang sederhana, salah satunya ialah pemberian terapi kompres hangat dan kompres dingin pada tubuh yang mengalami nyeri. Menurut Susilawati dan Ilda (2019) menyatakan bahwa terapi kompres dingin lebih efektif dalam mengatasi nyeri luka perineum pada ibu post partum dibandingkan dengan terapi kompres hangat. Terapi kompres dingin dapat dijadikan sebagai terapi alternatif untuk mengatasi nyeri luka perineum pada ibu post partum.

Selain itu, menurut hasil penelitian Siswantoro (2017) mengatakan bahwa aroma terapi daun mint dengan inhalasi sederhana dapat dijadikan sebagai terapi nonfarmakologi untuk mengurangi gejala klinis dari tuberkulosis yaitu sesak nafas. Penyediaan aroma terapi daun mint dapat membantu masyarakat mengurangi gejala tuberkulosis.

#### *2.1.5.3.3.3 Pelayanan kuratif dengan kegiatan Puskesmas keliling*

Kesehatan adalah kebutuhan yang vital bagi masyarakat. Jika masyarakat sehat maka dapat menjalankan aktivitas sehari-hari. Namun mahal biaya pengobatan di rumah sakit membuat masyarakat enggan untuk melakukan pengobatan. Alternatifnya dengan memilih berobat di puskesmas. Permasalahan bagi masyarakat yang tinggal di daerah pedalaman yaitu belum dapat menjangkau puskesmas karena alasan jarak tempuh yang jauh. Untuk itu, melalui kebijakannya pemerintah mengeluarkan kebijakan dengan mengadakan program puskesmas keliling (Lestari, 2010). Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2010) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan pada program puskesmas keliling

memiliki pengaruh yang kecil terhadap tingkat kesadaran hidup sehat pada masyarakat.

#### *2.1.5.3.4 Pelayanan Kesehatan Rehabilitatif*

Kegiatan rehabilitatif adalah 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 tahun 2009). Kegiatan rehabilitatif berupa pemulihan dengan alat-alat sederhana (Permenkes 100 tahun 2015).

Kegiatan rehabilitatif ini berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Berikut mekanisme kegiatan rehabilitatif dalam mencapai derajat kesehatan pekerja di Pos UKK:

##### *2.1.5.3.4.1 Rehabilitasi dengan alat-alat sederhana*

Istilah lain rehabilitasi adalah pemulihan, pemulihan ini menggunakan alat-alat sederhana yang ada di sekitar tempat tinggal. Belum ada teori secara pasti yang menyebutkan semua alat-alat terapi sederhana dan kegunaannya. Beberapa macam alat rehabilitasi yang ada di Indonesia melalui penelitian, salah satunya alat rehabilitasi paru yaitu sepeda statis, alat rehabilitasi penguatan alat gerak atas dengan pita dan bola elastik, dan alat rehabilitasi inhalasi sederhana dengan aroma terapi daun mint.

Goldstein (1994), Mall (1988), Wijkstra (1994) dalam Basuki & Setiawan (2014), program rehabilitasi paru merupakan program yang telah dilaporkan pada beberapa penelitian yang terbukti dapat meningkatkan kemampuan fungsional

penderita Penyakit Paru Obstruktif Menahun (PPOM), sehingga mereka dapat hidup lebih baik akibat meningkatnya kualitas hidup mereka. Selain itu, Hui dan Hewitt (2007) dalam Basuki & Setiawan (2014), program rehabilitasi paru yaitu latihan terdiri dari Jalan dan sepeda statis, serta latihan dengan beban untuk anggota gerak atas dan bawah. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa, program rehabilitasi paru bermanfaat untuk peningkatan *endurance*, mengurangi sesak, meningkatkan kualitas hidup, mengurangi hospitalisasi, mengurangi masa rawat inap, namun hasil penelitian tersebut menunjukkan pula tidak ada perbaikan pada fungsi paru.

Selain itu, berdasarkan penelitian Tresnasari, Basuki & Defi (2017) mengatakan bahwa latihan penguatan anggota gerak atas dengan pita dan bola elastik efektif meningkatkan kekuatan dan fungsi anggota gerak atas pada pasien strok iskemi fase subakut. Latihan penguatan dengan pita dan bola elastik dilakukan oleh semua subjek, 3 kali seminggu selama 6 minggu, 2 set setiap latihan, dan 8 repetisi setiap set. Sebelum, setelah 2 minggu, 4 minggu, dan 6 minggu latihan dinilai kekuatan dan fungsi anggota gerak atas.

Menurut hasil penelitian Siswanto (2017) tentang Pengaruh Aroma Terapi Daun Mint dengan Inhalasi Sederhana terhadap Penurunan Sesak Nafas pada Pasien Tuberculosis Paru mengatakan bahwa aroma terapi daun mint dengan inhalasi sederhana dapat dijadikan sebagai terapi nonfarmakologi untuk mengurangi gejala klinis dari tuberculosis yaitu sesak nafas.

#### *2.1.5.3.5 Upaya Rujukan*

Pelaksanaan Pos UKK wajib merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk Penyakit Akibat Kerja atau penyakit lain yang tidak bisa ditangani. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam rujukan yaitu kriteria rujukan penyakit dan kecelakaan, cara merujuk dan alur rujukan. Hal pertama yang harus diperhatikan dalam rujukan yaitu kriteria rujukan penyakit. Sebelum melaksanakan rujukan, pekerja harus mengetahui kriteria rujukan. Kriteria rujukan ada 2 macam yaitu kriteria penyakit dan kriteria kecelakaan. Rujukan dengan kriteria penyakit yang harus dirujuk adalah penyakit yang sudah diobati selama 2 hari tidak sembuh, penyakit yang timbul berulang, dan penyakit yang tidak mampu diatasi di Pos UKK. Sedangkan, rujukan dengan kriteria kecelakaan yang harus dirujuk adalah kecelakaan yang berat langsung dirujuk, kecelakaan ringan sesudah diberi P3K tetapi tidak ada perubahan atau semakin memburuk dalam 2 hari, dan kecelakaan yang menimbulkan luka lebar, kotor dan dalam (Kemenkes RI, 2015).

Hal kedua yang harus diperhatikan dalam rujukan yaitu cara merujuk. Setelah mengetahui kriteria rujukan, langkah selanjutnya mengetahui cara merujuk pada Pos UKK. Berikut cara merujuk upaya kesehatan kerja pada Pos UKK berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 adalah sebagai berikut:

1. Rujukan dilaksanakan secara berjenjang sesuai alur dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan) dan Jaminan Ketenagakerjaan (BPJS Ketenagakerjaan).
2. Penderita diantar sendiri oleh kader.
3. Penderita diantar oleh keluarga ke Puskesmas dengan membawa formulir rujukan dari kader.

4. Penderita pergi sendiri ke Puskesmas jika mampu.
5. Penyakit/kecelakaan kerja yang tidak bisa ditangani di Pos UKK dirujuk ke Puskesmas/sarana kesehatan terdekat.

Hal ketiga yang harus diperhatikan dalam rujukan yaitu alur rujukan. Tahapan alur rujukan pada Pos UKK adalah dimulai dari Pos UKK untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Puskesmas. Apabila diperlukan penanganan lebih lanjut, maka dirujuk ke Rumah Sakit dalam skema jaminan kesehatan nasional. Balai Kesehatan Kerja Masyarakat (BKMM) merupakan alternatif rujukan terutama untuk kasus kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Bagi peserta BPJS Ketenagakerjaan dimungkinkan mendapat manfaat jaminan kecelakaan kerja sebagai bagian dari jaminan ketenagakerjaan. Penetapan kasus kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja dapat dilakukan di Puskesmas. Dalam kasus keadaan darurat/*emergency medic* dan kecelakaan kerja, kader dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015).

#### *2.1.5.3.6 Pelatihan kader dan masyarakat pekerja*

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011) pada Pedoman Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Kerja (UKK) untuk Kader Pos UKK, untuk mempersiapkan kader agar dapat menjalankan kegiatan program upaya kesehatan kerja di Pos UKK dengan baik, kader Pos UKK harus diberi pelatihan dan peningkatan pengetahuan. Pelatihan ini dilaksanakan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas yang paham akan kesehatan kerja.

Jenis pelatihan yang dilaksanakan untuk kader dan masyarakat pekerja pada Pos UKK berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 antara lain:

1. Pelatihan kewirausahaan.
2. Pelatihan perkoperasian.
3. Pelatihan P3K dan P3P.
4. Pelatihan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).
5. Pelatihan tentang faktor risiko penyakit pada pekerja.
6. Pelatihan perawatan mandiri.

#### 2.1.5.4 Pengontrolan

Pengontrolan yang dimaksud adalah monitoring dan evaluasi. Monitoring dan evaluasi pada pelaksanaan Pos UKK dilaksanakan secara berjenjang minimal setiap 3 bulan sekali dengan menggunakan cek list. Hasil monitoring dan evaluasi dapat dipergunakan pemangku kepentingan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan kebijakan upaya kesehatan kerja guna meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas pekerja. Monitoring dan evaluasi dilakukan penilaian terhadap pembinaan dan penyelenggaraan Pos UKK. Penilaian keberhasilan pembinaan ditujukan untuk petugas kesehatan Puskesmas, sedangkan keberhasilan penyelenggaraan Pos UKK ditujukan kepada kader dan petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2015). Berikut penilaian keberhasilan penyelenggaraan Pos UKK dengan rincian kriteria berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 sebagai berikut:

1. Jumlah kader aktif yang berasal dari pekerja atau masyarakat.
2. Adanya sarana untuk pelaksanaan kegiatan promotif, preventif, dan kuratif.

3. Frekuensi pelaksanaan kegiatan promotif, preventif, dan kuratif.
4. Adanya pembinaan dari lintas program dan lintas sektor.
5. Adanya pencatatan dan pelaporan.

Tingkat keberhasilan penyelenggaraan Pos UKK dinilai setiap komponen dengan tiga kriteria yang ada. Artinya bahwa penilaian keberhasilan aktif, kurang aktif, dan tidak aktif tidak dilakukan untuk menilai satu Pos UKK, melainkan terhadap masing-masing komponen sebagai bahan evaluasi dan pembinaan selanjutnya (Kemenkes RI, 2015).

Komponen dan tingkat keberhasilan berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 dapat disajikan dalam tabel berikut:

**Tabel 2. 1Komponen dan Tingkat Keberhasilan Pos UKK**

Komponen	Tingkat keberhasilan					
	Aktif		Kurang Aktif		Tidak Aktif	
Kader	Tersedia minimal jumlah pekerja	kader 10%	Tersedia kader		Tidak ada kader	
Aktivitas pelayanan kesehatan	Ada pelayanan kesehatan 1 bulan sekali	aktivitas minimal	Ada pelayanan kesehatan sampai 6 bulan sekali	aktivitas minimal	Tidak ada pelayanan kesehatan	ada
Aktivitas promotif dan preventif	Ada promotif preventif 1 bulan sekali	aktivitas dan minimal 1	Ada promotif preventif sampai 6 bulan sekali	aktivitas dan minimal	Tidak ada aktivitas promotif dan preventif	ada
Sarana Pos UKK	Tersedia sarana Pos UKK sesuai kebutuhan	Pos lengkap	Tersedia Pos UKK lengkap	sarana tidak	Belum tersedia sarana Pos UKK	
Pencatatan dan pelaporan	Pencatatan dan pelaporan 3 bulan	dan setiap	Pencatatan dan pelaporan sampai 6 bulan	dan 3	Tidak ada pencatatan dan pelaporan	ada dan
Dana bergulir/jimpitan	Adanya bergulir bergulir	dana dan	Adanya bergulir jimpitan	dana atau	Tidak ada bergulir jimpitan	dana dan



## jimpitan

Tingkat perkembangan Pos UKK dengan kategori Pratama, Madya, Purnama, dan Mandiri Permenkes No. 100 tahun 2015 disajikan sebagai berikut:

**Tabel 2. 2Tingkat Perkembangan Pos UKK**

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1.	Frekuensi penyuluhan	< 4 kali/tahun	4-6 kali/tahun	7-8 kali/tahun	> 8 kali/tahun
2.	Jumlah kader	< 10% jumlah pekerja	< 10% jumlah pekerja	≥ 10% jumlah pekerja	≥ 10% jumlah pekerja
3.	Sarasehan intervensi	< 2 kali/tahun	2-3 kali/tahun	≥ 4 kali/tahun	≥ 4 kali/tahun
4.	Penggunaan APD	< 30% jumlah pekerja	30%-60% jumlah pekerja	60%-80% jumlah pekerja	> 80% jumlah pekerja

Dengan demikian berbagai ukuran keberhasilan upaya kesehatan kerja di

Pos UKK Permenkes No. 100 tahun 2015, mencakup:

1. Ukuran keberhasilan keterjangkauan.

Digunakan standar untuk setiap Pos UKK menjangkau 10-50 kader pekerja dan setiap Pos UKK dikelola oleh 1-5 kader.

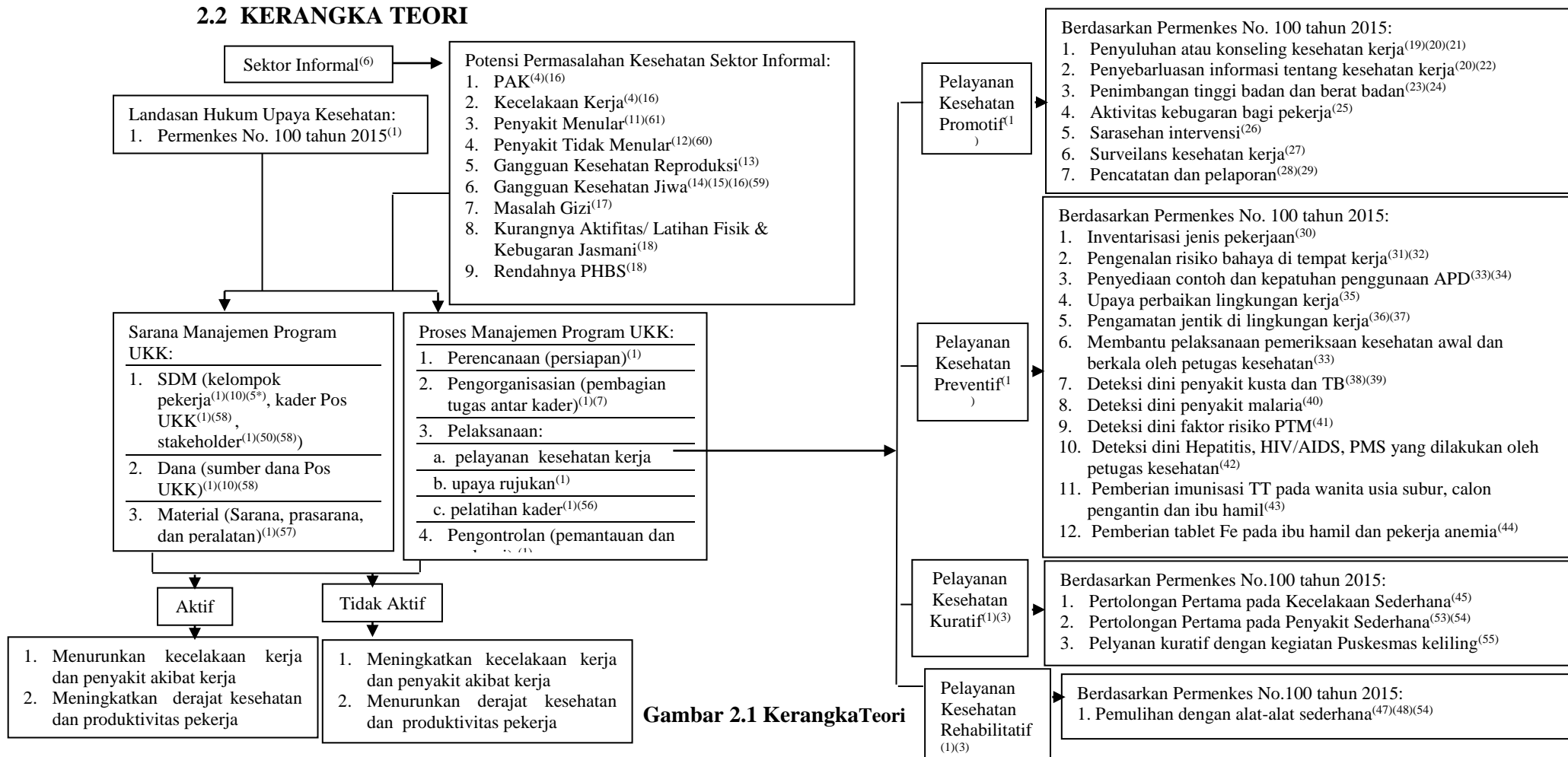
2. Ukuran keberhasilan pelayanan.

Jumlah dan jenis kegiatan kesehatan yang dilakukan.

3. Ukuran tingkat perkembangan.

Dibagi 4 (empat), yaitu Pratama, Madya, Purnama, dan Mandiri, serta berdasarkan 3 (tiga) kategori yaitu kategori keaktifan (aktif, kurang aktif, dan tidak aktif) untuk setiap komponen (kader, aktivitas pelayanan kesehatan, sarana Pos UKK, pencatatan dan pelaporan, dan dana bergulir/jimpitan).

## 2.2 KERANGKA TEORI

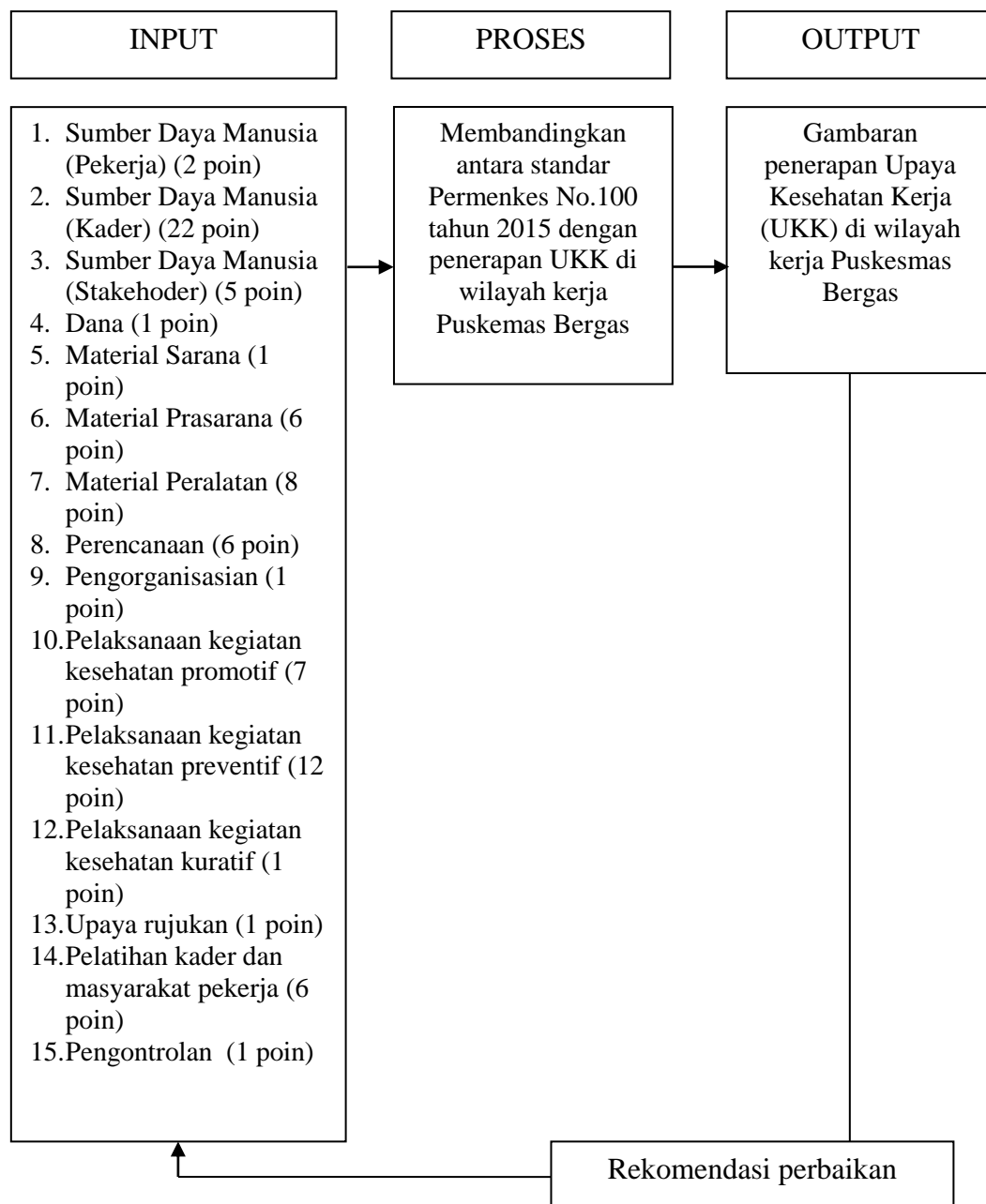


**Gambar 2.1 KerangkaTeori**

Sumber: Permenkes No. 100 tahun 2015<sup>1</sup>; Permenaker No. 10 tahun 2016<sup>2</sup>; Suwardi & Daryanto (2018)<sup>4</sup>, Soedirman & Prawirakusumah (2014)<sup>5</sup>; Widowati (2018)<sup>6</sup>; Subariyah (2017)<sup>7</sup>; UU No. 1 tahun 1970<sup>8</sup>; UU No. 36 tahun 2009<sup>9</sup>; Denny (2016)<sup>10</sup>; Masriadi (2017)<sup>11</sup>; Bustan (2007)<sup>12</sup>; Jannah & Rahayu (2015)<sup>13</sup>; Notoatmodjo (2014)<sup>14</sup>; Sudjadi (2017)<sup>15</sup>; ILO (2018)<sup>16</sup>; Permenkes No. 41 tahun 2014<sup>17</sup>; Kemenkes RI (2019)<sup>18</sup>, Kaddi (2012)<sup>19</sup>, Rahmadiana (2012)<sup>20</sup>, Sugiarto, Shaluhiah & Widjanarko (2010)<sup>21</sup>, Laksono & Wulandari (2011)<sup>22</sup>, Sumual, Danes & Lintong (2013)<sup>23</sup>, Warganegara dan Nur (2016)<sup>24</sup>, Palar, Wongkar & Ticoalu (2015)<sup>25</sup>, Restuastuti, Zahtamal, Chandra & Restila (2017)<sup>26</sup>, Amirudin (2013)<sup>27</sup>, Suryani & Solikhah (2013)<sup>28</sup>, Dharmawan, Wigati, dan Dwijayanti (2015)<sup>29</sup>, Dwihatmojo, Nelwan & Kawet (2016)<sup>30</sup>, Rahma & Rudyarti (2018)<sup>31</sup>, Piri (2012)<sup>32</sup>, Busyairi, Tosungku & Oktaviani (2014)<sup>33</sup>, Candra (2015)<sup>34</sup>, Susilo (2012)<sup>35</sup>, Chadijah dan Halimuddin (2011)<sup>36</sup>, Nugrahaningsih, Putra, dan Aryanta (2010)<sup>37</sup>, Abdillah dan Azam (2016)<sup>38</sup>, Agung, Sawitri & Wirawan (2013)<sup>39</sup>, Supriyani, Achmadi & Susanna (2015)<sup>40</sup>, Dwipoyono (2009)<sup>41</sup>, Kinasih & Dugis (2015)<sup>42</sup>, (Khoiri, Rokhmah, & Falih, 2012)<sup>43</sup>, Hidayah & Anasari (2012)<sup>44</sup>, Surtiningsih (2016)<sup>45</sup>, Wardiyah, Setiawati & Romayati (2016)<sup>46</sup>, Basuki & Setiawan (2014)<sup>47</sup>, Tresnasari, Basuki & Defi (2017)<sup>48</sup>, Chen et al (2010)<sup>49</sup>, Dijk dan Buijs (2017)<sup>50</sup>, Prasetya (2016)<sup>51</sup>, Utama, Listiana, dan Susanti (2013)<sup>52</sup>, Susilawati dan Ilda (2019)<sup>53</sup>, Siswantoro (2017)<sup>54</sup>, Lestari (2010)<sup>55</sup>, Kementerian Kesehatan RI (2011)<sup>56</sup>, Safitri (2013)<sup>57</sup>, Muliyanto (2012)<sup>58</sup>, Idaiani (2009)<sup>59</sup>, Achadi dan Kusharisupeni (2012)<sup>60</sup>, Kemenkes RI (2017)<sup>61</sup>

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**3.1 ALUR PIKIR**



**Gambar 3.1 Alur Pikir**

### **3.2 FOKUS PENELITIAN**

Fokus dalam penelitian ini adalah mengetahui penerapan Upaya Kesehatan Kerja pada Pos UKK di wilayah kerja Puskesmas Bergas dengan membandingkan standar UKK berdasarkan Permenkes No. 100 tahun 2015 dengan penerapan UKK di wilayah kerja Puskesmas Bergas yaitu Pos UKK TPS Bergas Lor, Pos UKK Untung Lancar, Pos UKK Tahu Bakso, Pos UKK Barep Urip, Pos UKK Bodong Booster, dan Pos UKK Empat Sekawan. Sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas pekerja di wilayah kerja Puskesmas.

### **3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian evaluatif. Jenis penelitian evaluatif digunakan untuk mengetahui kualitas dari suatu kegiatan. Evaluatif merupakan penelitian yang menuntut persyaratan yang harus dipenuhi, yaitu adanya kriteria dan standar yang digunakan sebagai pembanding bagi data yang diperoleh, setelah data tersebut diolah dan merupakan kondisi nyata dari objek yang diteliti. Tujuan penelitian evaluatif adalah untuk mengetahui keterlaksanaan kebijakan, bukan hanya kesimpulan sudah terlaksana dengan baik atau tidak, tetapi juga untuk mengetahui bagaimana implementasi dan apa yang telah menyebabkannya (Arikunto, 2013).

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian komparatif. Komparatif adalah penelitian yang membandingkan keadaan satu variabel atau lebih pada dua atau lebih sampel yang berbeda, atau dua waktu yang berbeda. Tujuan penelitian komparatif adalah untuk

membandingkan persamaan dan perbedaan dua atau lebih fakta-fakta dan sifat-sifat objek yang diteliti berdasarkan kerangka pemikiran tertentu (Sugiyono, 2015).

### **3.4 SUMBER INFORMASI**

Sumber informasi dalam penelitian adalah subjek dari mana data dapat diperoleh (Arikunto, 2013). Sumber informasi penelitian ini diperoleh dari data primer dan sekunder yang selanjutnya akan diolah menjadi informasi sesuai dengan yang dibutuhkan.

#### **3.4.1 Data Primer**

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari proses observasi yang menggunakan lembar observasi dan proses wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara dari informan yang dilakukan oleh peneliti. Penentuan informasi didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010).

Sugiyono (2015) menyatakan bahwa sampel sebagai sumber data sebagai informan 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, yaitu:

1. Mengetahui dan memahami semua kebijakan yang ada di Pos UKK.
2. Mengetahui dan memahami terkait dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan UKK.
3. Mengetahui dan mengawasi perencanaan kesehatan kerja dalam program UKK.
4. Mengetahui adanya mobilisasi sumber daya dalam pelaksanaan program UKK.

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

**Tabel 3.1 Informan Penelitian**

No.	Informan	Jabatan	Jumlah Informan
1.	Informan utama	Kepala Puskesmas	1 orang
2.	Informan utama	Pengelola Program UKK Puskesmas	1 orang
3.	Informan utama	Kader Pos UKK	6 orang
4.	Informan triangulasi	Pekerja Sektor Informal	6 orang
Total informan			14 orang

### 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 yang ada di dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kab/kota meliputi jumlah Pos UKK se-Provinsi Jawa Tengah, nama-nama Pos UKK se-Provinsi Jawa Tengah, dan Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP)

Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, serta dokumen atau informasi pendukung lainnya.

### **3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA**

#### **3.5.1 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2013). Pada penelitian ini peneliti dibantu oleh pedoman pengambilan data berupa:

##### **3.5.1.1 Lembar Observasi**

Lembar observasi digunakan untuk membantu dalam proses observasi di lapangan. Lembar observasi dalam penelitian ini digunakan untuk membantu mengidentifikasi kebijakan-kebijakan yang ada di Pos UKK yang kemudian akan dianalisis menggunakan standar yang dijadikan sebagai acuan. Standar yang digunakan merupakan standar yang berkaitan dengan Upaya Kesehatan Kerja (UKK), untuk mengetahui penerapan UKK yang diterapkan di lapangan dibandingkan dengan standar yang digunakan dalam penelitian. Standar yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Permenkes No. 100 tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi (Sugiyono, 2016).

##### **3.5.1.2 Pedoman Wawancara**

Pedoman wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah berbentuk wawancara semi terstruktur (*semistructured interview*) dimana dalam



pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, di mana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide (Sugiyono, 2016).

Menurut Sugiyono (2016), supaya hasil wawancara dapat direkam dengan baik dan peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada informan atau sumber data, maka diperlukan bantuan alat sebagai berikut:

1. 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.

#### 3.5.1.3 Lembar Studi Dokumentasi

Lembar studi dokumentasi digunakan untuk memudahkan peneliti dalam pengumpulan data berkaitan dengan studi dokumentasi di lapangan. Dokumen bisa berbentuk tulisan dan foto. Lembar studi dokumentasi berisi indikator terkait penerapan UKK yang akan diteliti dibandingkan atau dibuktikan dengan studi dokumen yang berkaitan dengan standar UKK. Dokumen bisa berupa Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) di Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) di Puskesmas, buku catatan kader Pos UKK, serta dokumen atau informasi pendukung lainnya (Sugiyono, 2016).

### 3.5.2 Teknik 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 penelitian adalah sebagai berikut:

#### 3.5.2.1 Observasi

Sugiyono (2016) menyatakan bahwa observasi diklasifikasikan menjadi observasi berpartisipasi (*participant observation*), observasi yang secara terang-terangan dan tersamar (*overt observation* dan *covert observation*) dan observasi yang tak berstruktur (*unstructured observation*).

Teknik observasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah teknik observasi partisipasi pasif (*passive participation*). Hal ini peneliti datang di tempat kegiatan orang yang diamati, tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut. Menggunakan observasi partisipan ini, maka data yang diperoleh akan lebih lengkap, tajam, dan sampai mengetahui pada tingkat makna dari setiap perilaku yang nampak (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan lembar observasi dan dokumentasi gambar untuk memudahkan peneliti dalam melakukan penelitian.

#### 3.5.2.2 Wawancara

Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi terstruktur (*semistructure interview*), tujuan dari wawancara jenis ini yaitu untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak

wawancara diminta pendapat dan ide-idenya. Jenis wawancara dalam kategori ini adalah *in-dept interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Oleh karena itu, dengan wawancara peneliti mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi, dimana hal ini tidak bisa ditemukan melalui observasi (Sugiyono, 2016).

### 3.5.2.3 Studi Dokumen

Menurut Sugiyono (2016), studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian evaluatif. Hasil penelitian dari observasi dan wawancara akan lebih kredibel atau dapat dipercaya apabila didukung oleh tulisan dan foto. Studi dokumen dalam penelitian ini didapatkan melalui dokumen di Pos UKK, dokumen di puskesmas bidang kesehatan kerja, dokumen dinas kesehatan kab/kota bidang kesehatan kerja, serta dokumen atau informasi pendukung lainnya.

## 3.6 PROSEDUR PENELITIAN

Prosedur penelitian dalam penelitian ini dilakukan dalam 3 tahap yaitu tahap pra penelitian, tahap penelitian, dan tahap pasca penelitian.

### 3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Tahapan kegiatan yang dilakukan pada tahap pra penelitian, antara lain:

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 Pelaksanaan Penelitian**

Tahap kegiatan yang dilakukan pada tahap pelaksanaan penelitian, antara lain:

1. Melakukan observasi lapangan;
2. Melakukan wawancara mendalam dengan narasumber;
3. Mencatat dan merekam serta mendokumentasikan selama proses penelitian;
4. Melakukan studi dokumentasi.

### **3.6.3 Tahap Pasca Penelitian**

Tahapan kegiatan yang dilakukan pada tahap pasca penelitian, antara lain:

1. Melakukan analisis data hasil penelitian;
2. Membuat laporan penelitian.

## **3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA**

Data dan informasi yang telah diperoleh merupakan data kasar. Oleh karena itu, data tersebut perlu diolah agar dapat dijadikan bahan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Mengingat penelitian evaluatif adalah sebuah kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui kinerja sebuah transformasi. *Trans* artinya proses pengubahan, sedangkan formasi dari kata *form*, artinya bentuk. Jadi arti kata keseluruhan dari transformasi adalah pengubahan bentuk (Arikunto, 2013).

### **3.8 TEKNIK ANALISIS DATA**

Teknik analisis data dalam penelitian evaluatif adalah mengumpulkan data, mengklasifikasikan, kemudian menginterpretasikan data tersebut sehingga diperoleh objek yang diteliti sudah sesuai, kurang sesuai, atau tidak sesuai dengan standar atau kriteria. Penelitian evaluatif menganalisis data dengan bertitik tolak dari rumusan masalah atau subvariabel yang ingin dicari jawabannya melalui penelitian(Arikunto, 2013).

#### **3.8.1 Mengumpulkan Data**

Mengumpulkan data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari wawancara, observasi di lapangan, dan dokumentasi (Sugiyono, 2016).

#### **3.8.2 Mengklasifikasikan Data**

Mengklasifikasikan data dengan cara mengolah data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memfokuskan pada hal yang penting, dan membuang yang tidak perlu. Sehingga mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya dan mencarinya bila diperlukan (Sugiyono, 2016).

#### **3.8.3 Menginterpretasikan Data**

Menginterpretasikan data merupakan penyajian data berupa membandingkan antara kondisi riil di lapangan dengan standar acuan yang berisi tentang persentase tingkat kesesuaian. Untuk menghitung tingkat kesesuaian berdasarkan perhitungan distribusi frekuensi relatif yaitu:

$P(\%) = \frac{f}{N} \times 100\%$ . Distribusi frekuensi merupakan penataan data dalam bentuk proporsi atau persentase. Dengan distribusi frekuensi relatif kita dapat mengetahui persentase suatu kelompok terhadap seluruh pengamatan (Budiarto, 2002).

Untuk menghitung tingkat kesesuaian penerapan program UKK dapat dihitung dengan poin yang sesuai dibagi dengan total seluruh poin dikalikan dengan 100. Maka didapatkan hasil tingkat kesesuaian dalam bentuk persen atau menggunakan rumus:

$$P(\%) = \frac{f(1,2,3)}{N} \times 100\%$$

f(1) : Ada dan sesuai

f(2) : Ada dan tidak sesuai

f(3) : Tidak ada

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Penelitian yang berjudul “Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja (UKK) pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas”, terdapat 15 komponen yang harus diterapkan di antaranya sumber daya manusia pekerja, kader dan *stakeholder*; pendanaan; material sarana, prasarana dan peralatan; perencanaan; pengorganisasian; pelaksanaan kegiatan promotif, preventif, kuratif, rujukan dan pelatihan; dan pengontrolan. Berikut simpulan dari uraian hasil penelitian ini:

1. Berdasarkan hasil penelitian ini, penerapan program upaya kesehatan kerja pada sektor informal di wilayah kerja Puskesmas Bergas masih belum optimal karena rata-rata persentase indikator yang sesuai sebesar 22,5%, artinya belum ada setengah poin-poin indikator yang dilaksanakan.
2. Penerapan program upaya kesehatan kerja pada sektor informal dari 80 indikator, rata-rata persentase indikator yang sesuai sebesar 22,5% (18 indikator), tidak sesuai sebesar 36,25% (29 indikator), dan tidak ada sebesar 41,25% (33 indikator).
3. Pos UKK wilayah kerja Puskesmas Bergas yang memiliki jumlah poin indikator tertinggi yaitu Pos UKK Bodong Buster sebanyak 38 indikator dan Pos UKK Untung Lancar sebanyak 31 indikator.

4. Faktor penghambat dalam penerapan kegiatan program upaya kesehatan kerja antara lain masih adanya jumlah pekerja kurang dari 10 orang, kurangnya kemampuan dan keaktifan kader Pos UKK dalam menjalankan kegiatan UKK, kurangnya dukungan *stakeholder* dalam melaksanakan kegiatan UKK, belum adanya kepengurusan Pos UKK, pengelola program upaya kesehatan kerja tidak bisa fokus melaksanakan satu program karena banyaknya tugas yang dikerjakan, dan masih ada kegiatan yang tidak sesuai dengan pedoman Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 100 Tahun 2015 tentang pelaksanaan Pos UKK.

## **6.2 SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul “Penerapan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Sektor Informal di Wilayah Kerja Puskesmas Bergas, saran yang dapat direkomendasikan di antaranya:

### **6.2.1 Pengelola Program UKK di Dinas Kesehatan**

Saran yang diberikan untuk pengelola program Upaya Kesehatan Kerja di Dinas Kesehatan yaitu memperbaiki kinerja pengelola Pos UKK dan sumber daya manusia di setiap wilayah kerja Puskesmas dengan cara diberi pembinaan.

### **6.2.2 Pengelola Program UKK di Puskesmas**

Saran yang diberikan untuk pengelola program Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas yaitu memperbaiki kinerja pengelola program UKK dan poin indikator pada sumber daya manusia karena sumber daya manusia sebagai penggerak kegiatan program UKK. Berikut rincian sumber daya manusia pekerja, kader Pos



UKK, dan *stakeholder* yang masih tidak sesuai dan tidak dilaksanakan, di antaranya:

#### 6.2.2.1 Sumber Daya Manusia Pekerja

1. Mempertahankan jumlah minimal pekerja di Pos UKK yaitu 10-50 orang.

#### 6.2.2.2 Sumber Daya Manusia Kader

1. Meningkatkan kompetensi kader Pos UKK dengan diberikan pelatihan P3K; pelatihan penggunaan alat pelindung diri (APD); pelatihan tentang faktor risiko penyakit pada pekerja; dan pelatihan perawatan mandiri.

2. Membina kader Pos UKK tentang melaksanakan Survei Mawas Diri kesehatan kerja; menentukan masalah dan kebutuhan kesehatan kerja dan kegiatan penanggulangan; melaksanakan pertemuan tingkat desa setiap awal periode program UKK; melaksanakan perencanaan kesehatan kerja; melaksanakan penyuluhan kesehatan kerja; melaksanakan kegiatan pemeriksaan kesehatan kerja; melaksanakan rujukan; dan melaksanakan pencatatan dan pelaporan kegiatan Pos UKK.

#### 6.2.2.3 Sumber Daya Manusia *Stakeholder*

1. Memperluas jaringan kerjasama dalam kegiatan Pos UKK dengan stakeholder seperti lintas sektor, organisasi profesi, tokoh masyarakat, dan dunia usaha.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, U. R., & Azam, M. 2016. Pendidikan Kesehatan sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Deteksi Dini Kusta. *Journal of Health Education*, 1 (2): 8-14.
- Achadi, E. L., & Kusharisupeni. 2012. Status Gizi Ibu Hamil dan Penyakit Tidak Menular pada Dewasa. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7 (4): 147-153.
- Agung, A. A., Sawitri, A. A., & Wirawan, D. N. 2013. Rendahnya Proporsi Kontak yang Melakukan Deteksi Dini Tuberkulosis Paru di Puskesmas I Denpasar Selatan tahun 2012. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 1 (1): 55-62.
- Amirudin, R. 2013. Mengembangkan Evidence Based Public Health (EBPH) HIV dan AIDS Berbasis Surveilans. *Jurnal AKK*, 2 (2): 48-55.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bappenas. 2009. Peran Sektor Informal sebagai Katup Pengaman Masalah Ketenagakerjaan. Jakarta: Bappenas.
- Basuki, N., & Setiawan. 2014. Peningkatan Kemampuan Fungsional Penderita PPOM Melalui Program Rehabilitasi Paru di Rumah Sakit dan di Rumah. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 3 (1): 57-63.
- BDI Yogyakarta. (2017, Juni 07). *K3 dan Pengaruhnya terhadap Produktivitas Kerja Perusahaan*. Retrieved Mei 15, 2019, from Balai Diklat Industri Yogyakarta: <http://bdyiyogyakarta.kemenperin.go.id>
- BPJS Ketenagakerjaan. 2018. *Angka Kecelakaan Kerja Cenderung Meningkat, BPJS Ketenagakerjaan Bayar Santunan Rp 1,2 Triliun*. Retrieved Februari 10, 2019, from BPJS Ketenagakerjaan: <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/berita/23322/Angka-Kecelakaan-Kerja-Cenderung-Meningkat,-BPJS-Ketenagakerjaan-Bayar-Santunan-Rp1,2-Triliun>
- BPS Jateng. 2016. *Keadaan Ketenagakerjaan Provinsi Jawa Tengah Agustus 2016*. Semarang: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah.
- BPS Jateng. 2017. *Keadaan Ketenagakerjaan Provinsi Jawa Tengah Agustus 2017*. Semarang: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah.

- BPS Jateng. 2018. *Keadaan Ketenagakerjaan Provinsi Jawa Tengah Agustus 2018*. Semarang: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah.
- BPS. 2016. *Keadaan Ketenagakerjaan Agustus 2016*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BPS. 2017. *Keadaan Ketenagakerjaan Agustus 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BPS. 2018. *Keadaan Ketenagakerjaan Agustus 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Bustan. 2007. *Epidemiologi: Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Busyairi, M., Tosungku, L. O., & Oktaviani, A. (2014). Pengaruh Keselamatan Kerja dan Kesehatan Kerja Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan. *Jurnal Ilmiah Teknik Industri*, 13 (2): 112-124.
- Candra, A. 2015. Hubungan Faktor Pembentuk Perilaku dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Telinga pada Tenaga Kerja di PLTD Ampenan. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, 4 (1): 83-92.
- Candra, W. W., Kawatu, P. A., & Boky, H. B. 2017. Analisis Pelaksanaan Program Pos Upaya Kesehatan Kerja di Tempat Pelelangan Ikan Tumumpa di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kota Manado. *KESMAS*, 6 (5).
- Chadajah, S., Rosmini, & Halimuddin. 2011. Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) di Dua Kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah. *Media Litbang Kesehatan*, 21 (4): 183-190.
- Chen, Y., & e. a. 2010. Basic Occupational Health Services in Baoan, China. *Journal Occupational Health*, 82-88.
- Denny, H. M., & e. a. 2016. Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja pada Industri Kecil Pembuat Alat Rumah Tangga di Kelurahan Bugangan Kota Semarang. *KESMAS*, 10 (1): 45-48.
- Dewi, R. K., Nuryadi, & Sandra, C. 2016. Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 4 (2): 307-315.
- Dharmawan, Y., Wigati, P. A., & Dwijayanti, F. 2015. Kinerja Petugas dalam Pencatatan dan Pelaporan PWS KIA di Puskesmas Duren. *Kemas*, 10 (2): 210-217.

- Dijk, F. v., & Buijs, P. 2017. Manual for primary health care on Basic Occupational Health Services. Encouraging publication from India, focused on informal occupations. *Asia Pacific Family Medicine* , 1-4.
- Dinas Koperasi dan UKM Jawa Tengah. 2018. *Grafik Perkembangan Jumlah UMKM Binaan Provinsi Jawa Tengah TW IV 2018*. Retrieved Februari 10, 2019, from Dinas Koperasi Usaha Kecil & Menengah Porvinsi Jawa Tengah: [http://dinkop-umkm.jatengprov.go.id/resc/img/media/2636-grafik\\_perkembangan\\_jumlah\\_umkm\\_tw\\_iv\\_2018.jpg](http://dinkop-umkm.jatengprov.go.id/resc/img/media/2636-grafik_perkembangan_jumlah_umkm_tw_iv_2018.jpg)
- Dinkesprov Jateng. 2019. *Dinkes Prov Jateng*. Retrieved Mei 20, 2019, from Dinkes Prov Jateng: <https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/dokumen/bukusaku2018/mobile/index.html#p=1>
- Dwihatmojo, S., Nelwan, O. S., & Kawet, R. C. 2016. Rekrutmen, Pelatihan, dan Pembagian Kerja Pengaruhnya terhadap Kinerja Karyawan pada CV Jati Jaya Meubeul Amurang. *Jurnal EMBA*, 4 (1): 120-129.
- Dwipoyono, B. 2009. Kebijakan Pengendalian Penyakit Kanker (Serviks) di Indonesia. *Indonesian Journal of Cancer*, 3 (3): 109-116.
- Giriwijoyo, H. S., & Sidik, D. Z. 2013. *Ilmu Kesehatan Olahraga*. (E. Kuswandi, Ed.) Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Handayani, Y. N., & Sartika, R. A. 2013. Hipertensi pada Pekerja Perusahaan Migas X di Kalimantan Timur. *Makara Seri Kesehatan*, 17 (1): 26-32.
- Haryani, S., Sahar, J., & Sukihananto. 2016. Penyuluhan Kesehatan Melalui Media Cetak Berpengaruh Terhadap Perawatan Hipertensi pada Usia Dewasa di Kota Depok. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19 (3): 161-168.
- Hidayah, W., & Anasari, T. 2012. Hubungan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Tablet Fe dengan Kejadian Anemia di Desa Pageraji Kecamatan Cilongkok Kabupaten Banyumas. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 3 (2): 41-53.
- Idaiani, S. 2009. Kesehatan Jiwa yang Terabaikan dari Target Milenium. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 4 (3): 137-144.
- ILO. 2018. *Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Pekerja Muda*. Jakarta: ILO dalam Bahasa Indonesia.

- Iswarawanti, D. N. (2010). Kader Posyandu: Peranan dan Tantangan Pemberdayaannya dalam Usaha Peningkatan Gizi Anak di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13 (4), 169-173.
- Jannah, N., & Rahayu, S. (2015). *Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- KBBI Daring. (2012-2019, - -). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. Retrieved April 09, 2019, from [kbbi.web.id](https://kbbi.web.id): <https://kbbi.web.id/sarasehan.html>
- Kemenkes RI. (2016, 11 08). *Kemenkes RI*. Retrieved , , from Kemenkes RI: <http://www.depkes.go.id/article/view/16110900002/hidupkan-pos-ukk-agarpekerja-sektor-informal-tersentuh-layanan-kesehatan-kerja-.html>
- Kemenkes RI. (2019, Januari 24). *Membangun Gizi Menuju Bangsa Sehat Berprestasi "Keluarga Sadar Gizi, Indonesia Sehat dan Produktif"*. Retrieved April 09, 2019, from Kementerian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat: <file:///D:/SKRIPSI/6%20BAB%20II/Membangun%20Gizi%20Menuju%20Bangsa%20Sehat%20Berprestasi%20%E2%80%9CKeluarga%20Sadar%20Gizi,%20Indonesia%20Sehat%20dan%20Produktif%E2%80%9D.html>
- Kemenkes RI. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 100 tahun 2015 tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2006). *Pos Upaya Kesehatan Kerja*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2017, September 13). *Wabah Penyakit Bisa Terjadi Kapanpun dan Dimanapun, Sudah Siapkah Kita Menghadapinya?* Retrieved Mei 20, 2019, from Kementerian Kesehatan RI: <http://depkes.go.id>
- Kementerian Koperasi dan UKM. (2018, ). *Perkembangan Data Usaha Mikro, Kecil, Menengah (UMKM) dan Usaha Besar (UB) tahun 2016-2017*. Retrieved Februari 10, 2019, from Kementerian Koperasi dan UKM:

[http://www.depkop.go.id/uploads/laporan/1549946778\\_UMKM%202016-2017%20rev.pdf](http://www.depkop.go.id/uploads/laporan/1549946778_UMKM%202016-2017%20rev.pdf)

- Khair, M. D., Sriatmi, A., & Kurniawan, B. (2018). Analisis Perbedaan Proses Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6 (4), 51-62.
- Khoiri, A., Rokhmah, D., & Falih, A. (2012). Evaluasi Program Skrining Status Tetanus Toxoid Wanita Usia Subur di Jember tahun 2010. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 1 (1), 2-6.
- Kinasih, S. E., & Dugis, V. M. (2015). Perlindungan Buruh Migran Indonesia Melalui Deteksi Dini HIV/AIDS pada Saat Reintegrasi ke Daerah Asal. *Masyarakat, Kebudayaan dan Politik*, 28 (4), 198-210.
- Kriyantono, R. (2014). *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Laksono, A. D., & Wulandari, R. D. (2011). Analisis Potensi Penyebaran Informasi Kesehatan Melalui Jejaring Sosial (Studi Kasus pada Forum Jejaring Peduli AIDS). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 14 (4), 358-365.
- Lestari, I. (2010). Pengaruh Pelayanan Kesehatan pada Program Puskesmas Keliling terhadap Tingkat Kesadaran Hidup Sehat pada Masyarakat Miskin di Desa Setu Kecamatan Setu Kota Tangerang Selatan. *Skripsi Jurusan Pengembangan Islam UIN Syarif Hidayatullah*, .
- Marchira, C. R. (2011). Integrasi Kesehatan Jiwa pada Pelayanan Primer di Indonesi: Sebuah Tantangan di Masa Sekarang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 14 (3), 120-126.
- Masriadi. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Depok: Rajawali Pres.
- Muliyanto. (2013). Pelaksanaan Program Upaya Kesehatan Kerja pada Pos UKK di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Bugis Koa Tanjungpinang Kepulauan Riau. *Lingkungan dan Kesehatan Kerja*, 2 (3), 1-7.
- Nasir, A. (2011). *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Thesis untuk Mahasiswa Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni Edisi Revisi 2011*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Nugrahaningsih, M., Putra, N. A., & Aryanta, I. W. (2010). Hubungan Faktor Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Penular Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Utara. *Ecotrophic*, 5 (2), 93-97.
- Palar, C. M., Wongkar, D., & Ticoalu, S. H. (2015). Manfaat Latihan Olahraga Aerobik Terhadap Kebugaran Fisik Manusia. *Jurnal e-Biomedik (eBm)*, 3 (1), 316-321.
- Piri, S. (2012). Pengaruh Kesehatan, Pelatihan, dan Penggunaan Alat Pelindung Diri Terhadap Kecelakaan Kerja pada Pekerja Konstruksi di Kota Tomohon. *Jurnal Ilmiah Media Engineering*, 2 (4), 219-231.
- Prasetya, T. A. (2016). Gambaran Penggunaan Alat Pelindung Diri Pekerja Bongkar Muat Petikemas PT X Surabaya. *Journal of Industrial Hygiene and Occupational Health*, 1 (1), 15-22.
- Priyandi, R. (2017). Pemetaan Potensi Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi di Wilayah Puskesmas Jurang Mangu Kota Tangerang Selatan tahun 2017. , .
- Rafiei, M., Reza, E., Farshad, A., Sokooti, M., Tabibi, R., & Colosio, C. (2015). Occupational Health Services Integrated in Primary Health Care in Iran. *Elsevier Inc* , 561-567.
- Rahma, R. A., & Rudyarti, E. (2018). Efektivitas Pendampingan Pekerja dalam Meningkatkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Sentra Industri Gamelan Kabupaten Ponorogo. *Journal of Social Dedication*, 1 (2), 93-101.
- Rahmadiana, M. (2012). Komunikasi Kesehatan: Sebuah Tinjauan. *Jurnal Psikogenesis*, 1 (1), 88-94.
- Restuastuti, T., Zahtamal, Chandra, F., & Restila, R. (2017). Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Melayu* , 14-19.
- Ridley, J. (2008). *Ikhtisar Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Edisi Ketiga*. (L. Simarmata, Ed., & S. Astranto, Trans.) Jakarta: Erlangga.
- Rosanti, E., & Andarini, Y. D. (2017). Program Pendampingan Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) Pada Petani di Desa Demangan Ponorogo. *JPM (Jurnal Pemberdayaan Masyarakat)*, 2 (2), 104-110.

- Setyoadi. (2013). Hubungan Peran Kader Kesehatan dengan Tingkat Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Ilmu Keperawatan, 1* (2), 183-192.
- Siswantoro, E. (2017). Pengaruh Aroma Terapi Daun Mint dengan Inhalasi Sederhana terhadap Penurunan Sesak Nafas pada Pasien Tuberculosis Paru. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan, 7* (1), 49-56.
- Soedirman, & Prawirakusumah, S. (2014). *Kesehatan Kerja dalam Perspektif Hiperkes & Keselamatan Kerja*. Jakarta: Erlangga.
- Sudjadi, A. (2017). Penerapan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Ideal dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Melalui Program Jamkesmas. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan, 3* (1), 14-25.
- Sugiarto, H., Shaluhiah, Z., & Widjanarko, B. (2010). Pengembangan Media Promosi Kesehatan Sebagai Upaya Pencegahan HIV/AIDS pada Pekerja Sektor Swasta Formal. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 5* (2), 84-97.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suma'mur. (2009). *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sumual, A. S., Danes, V., & Lintong, F. (2013). Pengaruh Berat Badan Terhadap Gaya Gesek dan Timbulnya Osteoarthritis pada Orang di atas 45 tahun di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Biomedik (eBM), 1* (1), 140-146.
- Supriyani, T., Achmadi, U. F., & Susanna, D. (2015). Pencegahan Resurgensi Malaria dengan Deteksi Dini dan Pengobatan Segera di Daerah Reseptif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 9* (3), 270-276.
- Surtiningsih, D. (2016). Penerapan Response Time Perawat dalam Pelaksanaan Penentuan Prioritas Penanganan Kegawatdaruratan pada Pasien Kecelakaan di IGD RSD Balung. *The Indonesian Journal of Health Science, 6* (2), 124-132.
- Suryani, N. D., & Solikhah. (2013). SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN TERPADU PUSKESMAS (SP2TP) DI WILAYAH DINAS KESEHATAN KABUPATEN DOMPU PROVINSI NTB. *KESMAS, 7* (1), 27-32.
- Susiawan, S., & Muhid, A. (2015). Kepemimpinan Transformasional, Kepuasan Kerja dan Komitmen Organisasi. *Jurnal Psikologi Indonesia, 4* (3), 304-313.



- Susilawati, E., & Ilda, W. R. (2019). Efektivitas Kompres Hangat dan Kompres Dingin terhadap Intensitas Nyeri Luka Perineum pada Ibu Post Partum di BPM Siti Julaeha Pekanbaru. *JOMIS (Journal of Midwifery Science)*, 3 (1), 7-14.
- Susilo, T. (2012). Analisis Pengaruh Faktor Lingkungan Fisik dan Non Fisik terhadap Stres Kerja pada PT Indo Bali di Kecamatan Negara Kabupaten Jimbaran, Bali. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 2 (2), -.
- Suwardi, & Daryanto. (2018). *Pedoman Praktis K3LH*. Yogyakarta: Gava Media.
- Tresnasari, C., Basuki, A., & Defi, I. R. (2017). Efektivitas Latihan Penguatan terhadap Kemampuan Fungsional Anggota Gerak Atas pada Pasien Strok Iskemi Fase Subakut. *Global Medical and Hhealth Communication*, 182-188.
- Utama, T. A., Listiana, N., & Susanti, D. (2013). Perbandingan Zat Besi dengan dan Tanpa Vitamin C terhadap Kadar Hhemoglobin Wanita Usia Subur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7 (8), 344-348.
- Wardiyah, A., Setiawati, & Romayati, U. (2016). Perbandingan Efektivitas Pemberian Kompres Hangat dan Tepid Sponge terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak yang Mengalami Demam di Ruang Alamanda RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 10 (1), 36-44.
- Warganegara, E., & Nur, N. N. (2016). Faktor Risiko Perilaku Penyakit Tidak Menular. *Majority*, 5 (2), 88-94.
- Widowati, E. (2018). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Terapan Pada Sektor Informal*. (Y. Setyaningsih, Ed.) Semarang: Cipta Prima Nusantara.
- Wijaya, I. M. (2013). Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Terhadap Keaktifan Kader dalam Pengendalian Tuberkulosis. *Kemas*, 8 (2), 137-144.
- Wirapusпита, R. (2013). Insentif dan Kinerja Kader Posyandu. *Kemas*, 9 (1), 58-65.
- Yunus, A. (2014). *Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi Kebijakan Fungsi-Fungsi Manajemen*. Majalengka: Unit Penerbitan Universitas Majalengka.