

TESIS

**PENGARUH PELATIHAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN
KERJA TERHADAP PERILAKU KESELAMATAN PETUGAS
DI PUSKESMAS WOLASI KABUPATEN
KONAWE SELATAN**

THE EFFECT OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH
TRAINING ON SAFETY BEHAVIOR OF WORKER
IN WOLASI PUBLIC HEALTH CENTER,
SOUTH KONAWE REGENCY

ADETYA FIRDYANTI MALIK



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**PENGARUH PELATIHAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN
KERJA TERHADAP PERILAKU KESELAMATAN PETUGAS
DI PUSKESMAS WOLASI KABUPATEN
KONAWE SELATAN**

TESIS

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister
Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh
ADETYA FIRDYANTI MALIK**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2020

TESIS

**PENGARUH PELATIHAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN
KERJA TERHADAP PERILAKU KESELAMATAN PETUGAS DI
PUSKESMAS WOLASI KABUPATEN KONAWE SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

ADETYA FIRDYANTI MALIK
Nomor Pokok K012181061

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 13 Agustus 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS

Ketua



Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes

Anggota



Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adetya Firdyanti Malik

NIM : K012181061

Program studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis/disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan tesis/disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan tesis/disertasi.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis/disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2020

Yang menyatakan


Adetya Firdyanti Malik

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah atas limpahan rahmat dan hidayah serta kemudahan yang diberikan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap Perilaku Keselamatan Petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan”. Tesis ini menjadi syarat untuk menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Universitas Hasanuddin Makassar.

Banyak kendala yang dihadapi oleh penulis dalam rangka penyusunan tesis ini dengan adanya bantuan berbagai pihak, maka tesis ini selesai tepat pada waktunya. Oleh karena itu dengan penuh rasa hormat, penulis ucapkan terima kasih kepada Ibu Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS selaku pembimbing 1 dan Ibu Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes selaku pembimbing 2, yang telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk membimbing dan memberikan dorongan kepada penulis sejak awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Ucapan yang sama juga kepada Bapak Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes selaku penguji 1, Bapak Yahya Thamrin, SKM., M.Kes., MOHS., Ph.D selaku penguji 2, dan Ibu Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si selaku penguji 3 yang secara aktif memberikan masukan dalam perbaikan tesis ini.

Secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada orang tua tercinta, Ayahanda almarhum Asaat Malik dan Ibunda almarhumah Nurdia sebagai inspirasi penulis untuk melanjutkan pendidikan Strata 2.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan fasilitas dalam menyelesaikan tesis ini.
4. Bapak Yahya Thamrin, SKM., M.Kes., MOHS., Ph.D selaku Kepala Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan fasilitas dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Seluruh dosen dan staf pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis.
6. Yang tercinta saudara-saudaraku (Ade Tryani Malik, Dian Fistriani Malik dan Vika Asdyanti Malik) dan seluruh keluarga yang senantiasa

mendoakan tiada henti dan memberikan dukungan dalam segala hal sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.

7. Teman-teman seperjuangan S2 FKM Unhas dan semua pihak yang telah memberikan dukungan serta bantuannya dalam menyelesaikan tesis ini.
8. Kepada Dinas Kesehatan dan Puskesmas wolasi di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak diharapkan. Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Makassar, Agustus 2020

Adetya Firdyanti Malik

ABSTRAK

ADETYA FIRDYANTI MALIK. *Pengaruh Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap Perilaku Keselamatan Petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.* (Dibimbing oleh **Syamsiar S. Russeng** dan **Healthy Hidayanty**)

Puskesmas merupakan tempat kerja yang memiliki risiko keselamatan dan kesehatan kerja terhadap petugas kesehatan. Tingkat risiko keselamatan dan kesehatan kerja secara signifikan dapat diminimalisir dengan menerapkan perilaku keselamatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelatihan K3 berdasarkan pengenalan potensi bahaya terhadap perilaku keselamatan petugas.

Penelitian ini menggunakan metode observasi partisipasi pasif untuk pengenalan potensi bahaya sebagai materi pelatihan dan eksperimen semu untuk pre dan post test perilaku keselamatan. Observasi dilakukan pada 20 petugas kesehatan dari total 35 petugas kesehatan di Puskesmas Wolasi. Untuk melihat pengaruh pelatihan terhadap perilaku keselamatan petugas, data dianalisis dengan menggunakan wilcoxon signed ranks test.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 5 potensi bahaya risiko rendah, 12 potensi bahaya risiko sedang dan 18 potensi bahaya risiko tinggi di puskesmas Wolasi. Hasil pengembangan materi menghasilkan materi pelatihan yakni kesehatan dan keselamatan kerja, potensi bahaya dan pengendalian risiko di Puskesmas wolasi. Pelatihan K3 yang berpengaruh terhadap perilaku keselamatan petugas yaitu tindakan berdasarkan prosedur ($p < 0,000 < 0,05$), penggunaan alat pelindung diri ($p < 0,000 < 0,05$), penggunaan peralatan dan perlengkapan ($p < 0,003 < 0,05$), sedangkan yang tidak berpengaruh yaitu posisi kerja petugas ($p > 0,164 > 0,05$). Simpulannya ada pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja berdasarkan pengenalan potensi bahaya terhadap perilaku keselamatan petugas di Puskesmas Wolasi. Kepada pihak puskesmas sebaiknya membentuk tim K3 yang mengawasi pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja sehingga perilaku keselamatan petugas terus meningkat.

Kata kunci: Pengenalan Potensi Bahaya, Perilaku Keselamatan, Petugas Kesehatan, Pelatihan K3



ABSTRACT

ADETYA FIRDYANTI MALIK. *The Effect of Occupational Safety and Health Training on Safety Behavior of Worker in Wolasi Public Health Center, South Konawe Regency.* (Supervised by **Syamsiar S. Russeng** and **Healthy Hidayanty**)

Public health center is a workplace that has occupational health and safety risks to health workers. The level of occupational safety and health risks can be significantly minimized by implementing safety behaviors. This study aims to determine the effect of OSH training based on the introduction of potential hazards to the safety behavior of worker.

This study uses the passive participation observation method for the introduction of potential hazards as training material and pseudo experiments for the pre and posttest of safety behavior. Observations were made on 20 health workers out of a total of 35 health workers in the Wolasi Puskesmas. To see the effect of training on staff safety behavior, data were analyzed using the wilcoxon signed ranks test.

The results showed that there were 5 potential low risk hazards, 12 potential moderate risk hazards and 18 potential high risk hazards in the Wolasi public health center. The results of the development of the material produced training materials namely occupational health and safety, potential hazards and risk control in the Wolasi OSH training had an effect on the safety behavior of worker was action based procedure ($p < 0,000 < 0,05$), use of personal protective equipment ($p < 0,000 < 0,05$) dan use of equipment and supplies ($p < 0,003 < 0,05$), while those that have no effect are the work position of officers ($p < 0,164 > 0,05$). In conclusion, there was an effect of OSH training based on the introduction of potential hazards to the safety behavior of worker at the Wolasi Puskesmas. The Public health center should form a OSH team that oversees the implementation of occupational safety and health so that the safety behavior of worker continues to improve.

Keywords: Introduction Of Potential Hazards, Safety Behavior, Health Worker, OSH Training



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xvii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II	12
TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Tinjauan tentang Pengenalan Potensi Bahaya di Fasilitas pelayanan kesehatan	12

B. Tinjauan tentang Teori ABC	23
C. Tinjauan tentang Perilaku Keselamatan	26
D. Tinjauan tentang Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja	30
E. Tinjauan Tentang Tenaga Kesehatan	31
F. Metode Pendidikan Kelompok dan Media Pendidikan	32
G. Sintesa Penelitian	36
H. Kerangka Pikir.....	41
I. Kerangka Konsep	42
J. Hipotesis Penelitian	43
K. Definisi Operasional	43
BAB III	49
METODE PENELITIAN.....	49
A. Jenis Penelitian.....	49
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	50
C. Populasi dan Sampel	51
D. Pengumpulan Data	52
E. Analisis Data	55
F. Kontrol Kualitas	56
G. Etika Penelitian	59
H. Deskripsi Intervensi.....	59
I. Alur Penelitian.....	63
BAB IV	64
HASIL DAN PEMBAHASAN	64

A. Gambaran Umum Wilayah Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.....	64
B. Hasil.....	67
C. Pembahasan.....	98
D. Keterbatasan Penelitian	117
BAB V.....	119
PENUTUP	119
A. Kesimpulan	119
B. Saran	120
DAFTAR PUSTAKA.....	122

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Potensi bahaya di fasyankes berdasarkan ruangan.....	13
Tabel 2.2	Kategori dampak / konsekuensi.	15
Tabel 2.3	Kategori kemungkinan atau probabilitas.	15
Tabel 2.4	Matriks risiko.....	16
Tabel 2.5	Skala tingkat risik.....	16
Tabel 2.6	Contoh kategori risiko berdasarkan ruangan.....	17
Tabel 2.7	APD dan lokasi pemakaian	22
Tabel 2.8	Sintesa penelitian	36
Tabel 3.1	Identifikasi potensi bahaya.....	54
Tabel 3.2	Penilaian risiko.....	54
Tabel 3.3	Materi Pelatihan.....	61
Tabel 4.1	Data SDMK pegawai di wilayah kerja Puskesmas Wolasi tahun 2020.....	65
Tabel 4.2	Identifikasi potensi bahaya, penilaian risiko, dan pengendalian risiko di Puskesmas Wolasi	68
Tabel 4.3	Pengembangan Materi Pelatihan	87
Tabel 4.4	Pengembangan Materi Buku Saku.....	88
Tabel 4.5	Prosedur pelaksanaan dan materi intervensi	93
Tabel 4.6	Distribusi karakteristik petugas di Puskesmas Wolasi	94
Tabel 4.7	Pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) terhadap tindakan berdasarkan prosedur pelaksanaan petugas di Puskesmas Wolasi.	95
Tabel 4.8	Pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) terhadap tindakan berdasarkan penggunaan alat pelindung diri (APD) petugas di Puskesmas Wolasi.	96
Tabel 4.9	Pengaruh Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) terhadap Posisi Kerja Petugas di Puskesmas Wolasi.	97

Tabel 4. 10 Pengaruh Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) terhadap Penggunaan Peralatan dan Perlengkapan Petugas di Puskesmas Wolasi.....	97
---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Hierarki pengendalian risiko K3 dari National Institute For Occupational Safety and Health (NIOSH).	18
Gambar 2.	Skema teori Anteseden Behavior Consequence (ABC).	24
Gambar 3.	Kerangka Teori Penelitian.	41
Gambar 4.	Kerangka Konsep Penelitian.	42
Gambar 5.	Booklet buku saku.	61
Gambar 6.	Denah lokasi Puskesmas Wolasi	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar persetujuan menjadi responden
Lampiran 2	Lembar informasi penelitian
Lampiran 3	Lembar ceklis identifikasi bahaya potensial
Lampiran 4	Lembar observasi perilaku keselamatan
Lampiran 5	Persuratan
Lampiran 6	Hasil output penelitian
Lampiran 7	Dokumentasi kegiatan penelitian

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

ABC	Antecedent Behaviour Consequens
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APD	Alat Pelindung Diri
CDC	Center for Disease Control
Fasyankes	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
HIV	Human immunodeficiency virus
ILO	International Labour Organization
K3	Kesehatan dan Keselamatan Kerja
Kesjaor	Kesehatan Kerja dan Olahraga
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PAK	Penyakit Akibat Kerja
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
SDM	Sumber Daya Manusia
SMK3	Sistem Manajemen Kesehatan dan keselamatan Kerja
SOR	Stimulus Organisme Respon
SPO	Standar Prosedur Operasional
TB	Tuberculosis
UGD	Unit Gawat Darurat
WHO	World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Puskesmas sebagai layanan kesehatan primer adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014). Puskesmas sebagai institusi pelayanan kesehatan merupakan salah satu tempat kerja yang memiliki risiko terhadap keselamatan dan kesehatan kerja baik pada SDM fasyankes, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat disekitar lingkungan puskesmas (Kemenkes RI, 2018).

Potensi bahaya keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas meliputi bahaya fisik, kimia, biologi, ergonomi, psikososial, dan bahaya kecelakaan kerja. Potensi bahaya biologi penularan penyakit seperti virus, bakteri, jamur, protozoa, parasit merupakan risiko kesehatan kerja yang paling tinggi pada fasyankes. Selain itu, adanya penggunaan berbagai alat kesehatan dan teknologi di fasyankes serta kondisi sarana dan prasarana yang tidak memenuhi standar keselamatan akan menimbulkan risiko kecelakaan kerja dari ringan hingga fatal (Kemenkes RI, 2018).

Bekerja di fasilitas yang memberikan perawatan kesehatan sama berisikonya dengan bekerja di industri. Cedera dan penyakit dalam perawatan kesehatan menyumbang 16,8 persen dari 4 juta kecelakaan kerja dan penyakit pada tahun 2007 (Bureau of Labor Statistics, 2015). Pada tahun 2003 di British Columbia, sektor kesehatan menyumbang lebih banyak cedera dan absensi daripada sektor lain, dan pada tahun 2005 sektor kesehatan merupakan sumber absensi kedua terbesar karena cedera di tempat kerja (Yassi & Hancock, 2005).

Tahun 2010 World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh dunia mempekerjakan lebih dari 59 juta pekerja yang terpapar berbagai bahaya kesehatan dan keselamatan yang kompleks setiap hari termasuk bahaya biologis, kimia, fisik, ergonomis, psikososial, kebakaran dan ledakan, dan listrik. Berdasarkan penelitian di 132 fasilitas kesehatan Afrika Selatan, petugas kesehatan tiga kali lebih mungkin untuk tertular Tuberculosis (TB) daripada populasi umum (Nienhaus, 2009).

Setiap tahunnya dari 35 juta petugas kesehatan, diperkirakan sekitar 3 juta petugas kesehatan terpajan pathogen darah sehingga berisiko terjadi 15.000 (0.5%) kasus hepatitis C, 70.000 (2,3%) kasus hepatitis B dan 1.000 (0.03%) kasus Human Immunodeficiency Virus (HIV). Kejadian tersebut lebih dari 90% terjadi di negara berkembang (Kemenkes RI, 2011). Berdasarkan penelitian Lukman Hakim Tarigan, tenaga kesehatan merupakan tenaga yang paling berisiko terinfeksi Hepatitis B. Data Badan

Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan tahun 2013 menunjukkan sekitar 7.000 tenaga kesehatan di Indonesia terinfeksi hepatitis B, sebanyak 4.900 diantaranya disebabkan karena tertusuk jarum suntik dan hanya 2.200 yang terinfeksi karena populasi (Maharani, 2014).

Center for Disease Control (CDC) menyatakan bahwa selama 2008 hingga 2018 telah terjadi 65 wabah dari virus hepatitis terkait dengan perawatan kesehatan. Berdasarkan jumlah tersebut, 60 wabah (92%) terjadi di fasilitas perawatan selain rumah sakit (CDC, 2018). Setiap tahun diasumsikan telah terjadi 385.000 cedera perkutan (tusukan jarum, luka, tusukan, dan cedera lainnya dengan benda tajam) di fasilitas pelayanan kesehatan Amerika Serikat (CDC, 2012). Cedera perkutan di fasyankes juga mengakibatkan hepatitis di Indonesia yaitu dari total 5.870 kasus Hepatitis diketahui 40% diantaranya berasal dari penggunaan jarum suntik. Selain itu, kasus Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) juga terjadi difasilitas kesehatan disebabkan oleh injecting Drug User IDU (38,9%), perinatal (2,6%), dan transfusi darah (0,2%) (Direktorat Kesjaor Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, perlu dilakukan upaya keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di fasilitas pelayanan kesehatan. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 menjelaskan bahwa terdapat hak bagi setiap orang untuk mendapatkan perlindungan atas risiko terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Demikian pula bagi Sumber Daya

Manusia (SDM) fasyankes, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat disekitar fasyankes berhak memperoleh perlindungan atas keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja. Akan tetapi, sebagian besar pelaksanaan dan penelitian keselamatan yang telah dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan terkonsentrasi pada rumah sakit daripada layanan kesehatan primer (Castle & Sonon, 2006).

Kewajiban penyelenggaraan keselamatan dan kesehatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018. Penyelenggaraan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di fasyankes tingkat pertama berdasarkan peraturan tersebut adalah membentuk dan/atau mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) serta menerapkan standar keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di fasilitas pelayanan kesehatan.

Penerapan K3 di fasyankes tingkat pertama masih belum keseluruhan dilaksanakan. Berdasarkan penelitian dari 132 fasyankes tingkat pertama di Afrika Selatan, hanya 40% yang memiliki kebijakan tertulis untuk menerapkan kesehatan kerja dan kurang dari 20% fasilitas kesehatan memiliki sistem pemeriksaan rutin dan dokumentasi praktik pengendalian infeksi (Nienhaus, 2009). Kurangnya peralatan yang layak (47,4%) dan kurangnya ruang yang tersedia (35,5%) sebagai alasan 652 tenaga kerja fasilitas kesehatan tingkat pertama di Afrika Selatan tidak melaksanakan praktik K3 (Yassi et al., 2009). Penelitian yang dilakukan

oleh Tana et al (2013) terhadap 50 puskesmas di tiga Provinsi (Banten, Gorontalo, dan Kalimantan Selatan) dalam hal kegiatan penilaian risiko K3 di lingkungan puskesmas, diperoleh hasil hanya 54 % puskesmas yang menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja.

Penerapan K3 juga berpengaruh terhadap tingkat risiko kejadian kecelakaan dan penyakit akibat kerja di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 182 petugas kesehatan tingkat pertama di kota Bahar Iran, prevalensi cedera akibat kerja di antara petugas adalah 57,7% dimana tingkat paparan tertinggi dikaitkan dengan jarum suntik (84,8%) (Moradi et al., 2010). Hal ini diperkuat pula oleh penelitian Handayani (2010) yang menyatakan bahwa 74.35% poli gigi di puskesmas se-kabupaten Banyumas berisiko untuk tertusuk jarum suntik karena benda tajam belum dikelola secara aman.

Terjadinya kecelakaan, cedera dan sakit ditempat kerja berkaitan dengan perilaku pekerja. Hal ini didasarkan pada teori Heinrich yang menyatakan bahwa 73% kecelakaan ditempat kerja sebagai "kegagalan manusia". Selanjutnya Heinrich mengkategorikan hal tersebut, sampai pada klaim bahwa 88% dari semua kecelakaan, cedera, dan penyakit disebabkan oleh kesalahan pekerja yaitu perilaku yang tidak aman (Trades Union Congress, 2010). Temuan deskriptif telah menunjukkan bahwa 21% dari profesional kesehatan melaporkan satu atau dua cedera selama 12 bulan terakhir dimana terjadinya cedera disebabkan karena

perilaku tidak aman (Agnew et al., 2013). Di puskesmas, perilaku yang tidak aman pada petugas pukesmas juga meningkatkan risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja sehingga perlu penerapan perilaku keselamatan pada petugas.

Perilaku keselamatan atau yang disebut perilaku aman adalah tindakan atau perbuatan dari seseorang atau beberapa orang pekerja yang memperkecil kemungkinan terjadinya kecelakaan terhadap pekerjaan (Heinrich et al., 1980). Perilaku keselamatan secara signifikan menurunkan tingkat cedera jarum suntik dan benda tajam pada petugas kesehatan (Moayed et al, 2015). Perilaku keselamatan kerja dipengaruhi oleh praktik intervensi keselamatan terpadu, dimana tingkat pertama adalah intervensi manajemen dan tingkat kedua adalah intervensi teknis dan manusia (Zaira & Hadikusumo, 2017).

Penilaian risiko yang tepat merupakan prasyarat penting untuk intervensi yang terfokus terhadap perilaku keselamatan (Tsutsumi et al., 2009). Ketika melakukan penilaian risiko ditempat kerja dapat diketahui dengan baik masalah yang ada dan solusi yang dapat dilakukan. Pelatihan sebagai suatu intervensi diakui secara luas sebagai komponen penting dari pengendalian bahaya pekerjaan dan program manajemen risiko. Dampak utama pelatihan adalah pencegahan atau pengurangan penyakit, cedera atau kematian, dan biaya langsung dan tidak langsung yang terkait (Robson et al., 2010). Pelatihan dengan cara memberikan edukasi dan meningkatkan kesadaran keperawatan terhadap 120 perawat

dapat mengurangi paparan pekerjaan terhadap cedera akibat jarum suntik (Bijani et al., 2017). Menurut penelitian Sari et al (2014) diketahui terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan terhadap perilaku safety perawat dalam penggunaan APD (*Handscoon, Masker, Gown*).

Kabupaten Konawe Selatan memiliki 24 Puskesmas dengan wilayah kerja yakni 25 kecamatan. Dari 24 puskesmas tersebut terdapat 19 puskesmas (79.2%) yang belum berstandar Permenkes 75 Tahun 2014. Berdasarkan permenkes tersebut disebutkan bahwa sarana dan prasarana puskesmas harus memenuhi persyaratan K3. Hal ini lebih ditekankan lagi pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 tahun 2018 bahwa pengelolaan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan harus berdasarkan aspek keselamatan dan kesehatan kerja. Kondisi sarana dan prasarana yang tidak memenuhi standar keselamatan akan menimbulkan risiko kecelakaan kerja dari ringan hingga fatal (Kemenkes RI, 2018). Selain itu, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan (2019) sebanyak 487 petugas kesehatan di puskesmas yang di skrining, terdapat 19 petugas (3.9%) yang positif hepatitis. Hepatitis pada petugas paling banyak terjadi karena petugas terpajan pathogen darah melalui jarum suntik (Kemenkes RI, 2011).

Puskesmas Wolasi merupakan salah satu puskesmas yang ada di Kabupaten Konawe Selatan. Puskesmas ini merupakan 1 (5.26%) dari puskesmas di Kabupaten Konawe Selatan yang sarana dan prasarananya

belum berstandar Permenkes 75 Tahun 2014. Selain itu, puskesmas ini memiliki kasus hepatitis terbesar yakni 5 orang (26.31%) dari kasus hepatitis pada petugas puskesmas di Konawe Selatan. Berdasarkan uraian permasalahan diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang pengaruh pelatihan kesehatan dan keselamatan kerja terhadap perilaku keselamatan khususnya pada petugas kesehatan di Puskesmas Wolasi.

B. Rumusan Masalah

Puskesmas Wolasi memiliki kasus hepatitis terbesar yakni 5 orang (26.31%) dari kasus hepatitis pada petugas puskesmas di Konawe Selatan. Risiko terjadinya penyakit hepatitis pada petugas kesehatan dapat melalui berbagai cara, salah satunya melalui terpapar darah dan cairan tubuh pasien yang terinfeksi (*bloodborne pathogen*). Oleh karena itu, dengan adanya kasus tersebut diperlukan peningkatan pemahaman petugas tentang keselamatan dan kesehatan kerja. Pelatihan kesehatan dan keselamatan kerja dengan pemberian materi berdasarkan risiko yang terdapat dilokasi penelitian diakui sebagai komponen penting dari pengendalian bahaya pekerjaan dan program manajemen risiko bahaya K3 di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu berdasarkan masalah diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

1. Bagaimana penilaian pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan?
2. Bagaimana proses pengembangan materi pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas Wolasi?
3. Apakah ada pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap tindakan berdasarkan prosedur pelaksanaan petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan?
4. Apakah ada pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan?
5. Apakah ada pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap posisi kerja petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan?
6. Apakah ada pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap penggunaan peralatan dan perlengkapan petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja berdasarkan penilaian pengenalan potensi bahaya terhadap perilaku keselamatan petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menilai pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
- b. Untuk mengetahui proses pengembangan materi pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas Wolasi.
- c. Untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap tindakan berdasarkan prosedur pelaksanaan petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
- d. Untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
- e. Untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap posisi kerja petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
- f. Untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap penggunaan peralatan dan perlengkapan petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini menjadi sumber informasi yang dapat memperkaya khazanah ilmu pengetahuan di bidang keselamatan dan

kesehatan kerja khususnya di puskesmas serta menjadi rujukan untuk peneliti selanjutnya.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini menjadi salah satu sumber informasi bagi dinas terkait yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan dan puskesmas yang terlibat.

3. Manfaat Praktis

Penelitian ini menambah wawasan peneliti dan sebagai salah satu cara mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama proses perkuliahan.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini memberikan informasi kepada masyarakat khususnya pada petugas puskesmas dalam hal ini agar dapat menerapkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja agar tidak terjadi lagi penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja dan membuat puskesmas lebih produktif lagi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Pengenalan Potensi Bahaya di Fasilitas pelayanan kesehatan

Pengenalan potensi bahaya adalah suatu upaya mengenali atau mengidentifikasi potensi bahaya yang dapat berdampak pada SDM fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan. Pengenalan potensi bahaya bertujuan agar SDM fasilitas pelayanan kesehatan dapat melakukan pengendalian risiko dengan benar sehingga terhindar dari berbagai masalah kesehatan yang diakibatkan pekerjaannya yakni penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.

1. Identifikasi Potensi Bahaya

Identifikasi potensi bahaya dapat dilakukan oleh pengelola keselamatan dan kesehatan kerja. Untuk itu perlu adanya peningkatan kompetensi mengenai keselamatan dan kesehatan kerja bagi pengelola. Berikut adalah contoh lembar potensi bahaya yang ada di suatu fasilitas pelayanan kesehatan:

Tabel 2.1 Potensi bahaya di fasyankes berdasarkan ruangan (Kemenkes RI, 2018).

Ruang	Bahaya Fisik	Bahaya kimia	Bahaya Biologi	Bahaya Psikososial	Bahaya Ergonomi	Bahaya Kecelakaan Kerja
Ruang Tunggu dan Pendaftaran /rekam medik	<ul style="list-style-type: none"> • Pencahayaayaan kurang • Suhu/Kelembaban • Radiasi Komputer 	<ul style="list-style-type: none"> • Debu • Bahan Pembersih Ruangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Virus • Bakteri • Jamur • Vektor Binatang pembawa penyakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan petugas dengan klien • Pengaturan dan shift kerja • Beban kerja berlebihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Duduk terlalu lama >2jam tanpa bergerak • Ruang kerja sempit, tidak sesuai standar • Posisi kerja tidak natural • Penempatan alat kerja termasuk computer tidak ergonomis 	<ul style="list-style-type: none"> • Terpeleset, terjatuh, tersandung, tergores, tertersetrum, tertimpa barang, ancaman benda tajam
Dst....						

2. Penilaian Risiko

Risiko harus dilakukan analisis dan evaluasi risiko untuk mengetahui mana yang risiko tinggi, sedang dan rendah. Hasil penilaian dilakukan intervensi atau pengendalian. Intervensi terhadap risiko mempertimbangkan pada kategori risiko yang tinggi. Untuk mengetahui kategori risiko tinggi, sedang, atau rendah secara teori dilakukan dengan rumus:

$$\text{Risiko} = \text{Efek} \times \text{Probabilitas}$$

Analisa risiko dapat dilakukan dengan metode kualitatif dengan melihat efek bahaya potensial (efek) dan kemungkinan terjadinya (probabilitas). Efek paparan dapat dikategorikan menjadi ringan, sedang, berat dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 2. 2 Kategori dampak / konsekuensi (Kemenkes RI, 2018).

Dampak/ Konsekuensi	Efek Pada Pekerja
Ringan	Sakit atau cedera yang hanya membutuhkan P3K dan tidak terlalu mengganggu proses kerja
Sedang	Gangguan kesehatan dan keselamatan yang lebih serius dan membutuhkan penanganan medis, seperti alergi, dermatitis, <i>low back pain</i> , dan menyebabkan pekerja absen dari pekerjaannya untuk beberapa hari
Berat	Gangguan kesehatan dan keselamatan yang sangat serius dan kemungkinan terjadinya cacat permanen hingga kematian, contohnya amputasi, kehilangan pendengaran, pneumonia, keracunan bahan kimia, kanker

Probabilitas dapat dibedakan menjadi hampir tidak mungkin, mungkin, dan sangat mungkin.

Tabel 2. 3 Kategori kemungkinan atau probabilitas (Kemenkes RI, 2018).

Kemungkinan/ Probabilitas	Deskripsi
Tidak mungkin	Tidak terjadi dampak buruk terhadap kesehatan dan keselamatan
Mungkin	Ada kemungkinan bahwa dampak buruk terhadap kesehatan dan keselamatan tersebut terjadi saat ini
Sangat Mungkin	Sangat besar kemungkinan bahwa dampak buruk terhadap kesehatan dan keselamatan terjadi saat ini

Untuk mengetahui kategori risiko sesuai rumus di atas dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. 4 Matriks risiko (Kemenkes RI, 2018)

Matriks Risiko		Dampak Keparahan		
		Ringan	Sedang	Berat
Kemungkinan (Probabilitas)	Tidak mungkin	Risiko rendah	Risiko rendah	Risiko sedang
	Mungkin	Risiko rendah	Risiko sedang	Risiko tinggi
	Sangat mungkin	Risiko sedang	Risiko tinggi	Risiko tinggi

Setelah dilakukan penilaian risiko, perlu dilakukan pengendalian risiko berdasarkan skala prioritas tingkat risiko sebagaimana tertera pada tabel berikut:

Tabel 2. 5 Skala tingkat risiko (Kemenkes RI, 2018)

Tingkat Risiko	Deskripsi	Pengendalian
Risiko rendah	Ada kemungkinan rendah bahwa cedera atau gangguan kesehatan minor terjadi saat ini, dengan dampak kesehatan yang ringan hingga sedang	Prioritas 3
Risiko sedang	Konsekuensi atau keparahan dari cedera dan gangguan kesehatan tergolong kategori serius meskipun probabilitas kejadiannya rendah	Prioritas 2
Risiko tinggi	Kemungkinan besar terjadi gangguan kesehatan dan cedera yang moderate atau serius atau bahkan kematian.	Prioritas 1

Secara sederhana risiko tinggi dapat dilihat dan diketahui dari seberapa sering (frekuensi) paparan tersebut kepada SDM Fasilitas pelayanan kesehatan dan durasi (lama) paparan pada SDM Fasilitas pelayanan kesehatan. Berikut terlampir contoh kategori risiko K3 di Fasyankes berdasarkan ruang yang harus dilakukan pengendalian risiko, namun penggunaannya harus disesuaikan dengan penilaian dan analisis risiko yang ada di ruang Fasyankes setempat.

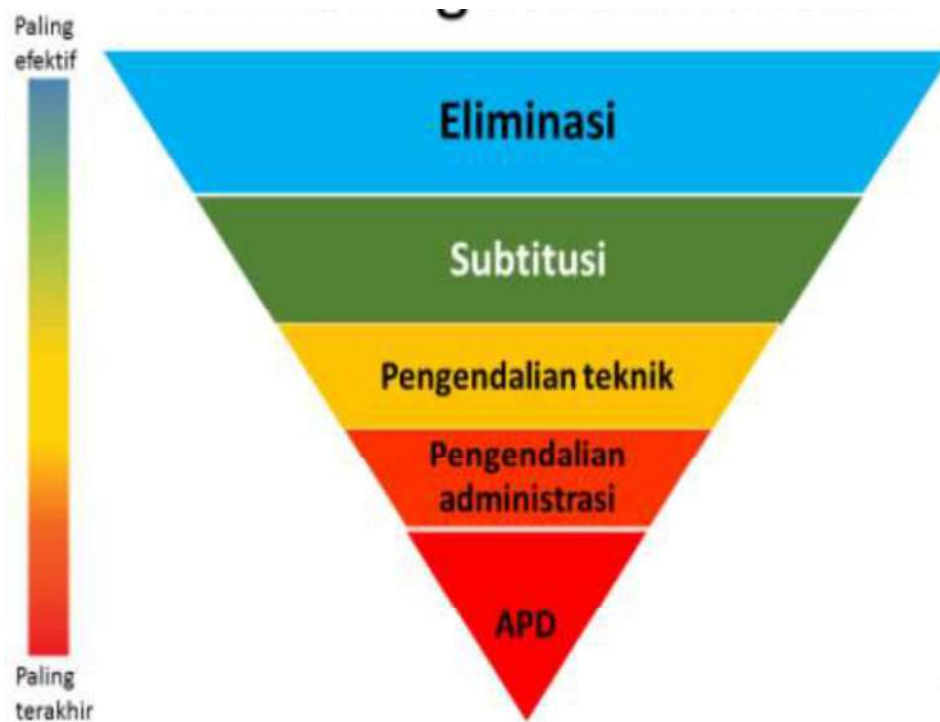
Tabel 2. 6 Contoh kategori risiko berdasarkan ruangan (Kemenkes RI, 2018)

No	Ruangan	Faktor Potensi Bahaya	Dampak	Probabilitas	Tingkat Bahaya
1	Ruang Pendaftaran	Ergonomi - Posisi Kerja - Cara Kerja	Gangguan Otot & Rangka	Sering	Tinggi
		Biologi - Bakteri - Virus	Tertular Penyakit dari Pasien	Sering	Tinggi
		Psikososial - Hubungan Petugas dengan pasien - Hubungan sesama personal	Stress Kerja	Sering	Tinggi
	Dst..... ...				

3. Pengendalian Risiko K3

Pengendalian risiko keselamatan dan kesehatan kerja adalah suatu upaya pengendalian potensi bahaya yang ditemukan di tempat kerja. Metode pengendalian dapat diterapkan berdasarkan hierarki dan

lokasi pengendalian. Hierarki pengendalian merupakan upaya pengendalian mulai dari efektivitas yang paling tinggi hingga rendah, sebagai berikut:



Gambar 1. Hierarki pengendalian risiko K3 dari National Institute For Occupational Safety and Health (NIOSH) (Kemenkes RI, 2018).

Berikut penjelasan dari hierarki pengendalian:

a. Eliminasi

Eliminasi merupakan langkah pengendalian yang menjadi pilihan pertama untuk mengendalikan paparan karena menghilangkan bahaya dari tempat kerja. Namun, beberapa bahaya sulit untuk benar-benar dihilangkan dari tempat kerja.

b. Substitusi

Substitusi merupakan upaya penggantian bahan, alat atau cara kerja dengan alternatif lain dengan tingkat bahaya yang lebih rendah sehingga dapat menekan kemungkinan terjadinya dampak yang serius. Contohnya:

- 1) Mengganti tensi air raksa dengan tensi digital
- 2) Mengganti kompresor tingkat kebisingan tinggi dengan tipe yang kebisingan rendah (tipe *silent* kompresor)

c. Pengendalian Teknik

Pengendalian teknik merupakan pengendalian rekayasa desain alat dan/atau tempat kerja. Pengendalian risiko ini memberikan perlindungan terhadap pekerja termasuk tempat kerjanya. Untuk mengurangi risiko penularan penyakit infeksi harus dilakukan penyekatan menggunakan kaca antara petugas loket dengan pengunjung/pasien. Contoh pengendalian teknik yaitu: untuk meredam suara pada ruang dengan tingkat bising yang tinggi seperti:

- 1) Pada poli gigi khususnya menggunakan unit dental dan kompresor
- 2) Pada ruang genset

d. Pengendalian Administrasi

Pengendalian administrasi berfungsi untuk membatasi pajanan pada pekerja. Pengendalian administrasi diimplementasikan

bersamaan dengan pengendalian yang lain sebagai pendukung.

Contoh pengendalian administrasi diantaranya:

- 1) Pelatihan/sosialisasi/penyuluhan pada SDM Fasyankes
- 2) Penyusunan prosedur kerja bagi SDM Fasyankes
- 3) Pengaturan terkait pemeliharaan alat
- 4) Pengaturan *shift* kerja

e. Alat Pelindung Diri

Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dalam mengendalikan risiko keselamatan dan kesehatan kerja merupakan hal yang sangat penting, khususnya terkait bahaya biologi dengan risiko yang paling tinggi terjadi, sehingga penggunaan APD menjadi satu prosedur utama di dalam proses asuhan pelayanan kesehatan.

APD adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh sumber daya manusia dari potensi bahaya di Fasyankes. Alat pelindung diri tidak mengurangi pajanan dari sumbernya, hanya saja mengurangi jumlah pajanan yang masuk ke tubuh. APD bersifat eksklusif (hanya melindungi individu) dan spesifik (setiap alat memiliki spesifikasi bahaya yang dapat dikendalikan). Implementasi APD seharusnya menjadi komplementer dari upaya pengendalian di atasnya dan/atau apabila pengendalian di atasnya belum cukup efektif.

Jenis-jenis APD yang dapat tersedia di Fasyankes sesuai dengan kebutuhan sebagai berikut:

- 1) Penutup kepala (*shower cap*)
- 2) Kacamata khusus (*safety goggle*)
- 3) Pelindung wajah (*face shield*)
- 4) Masker
- 5) Sarung tangan (*hand schoon*/sarung tangan karet)
- 6) Jas lab dan apron (*apron/jas lab*)
- 7) Pelindung kaki (*safety shoes* dan sepatu boots)
- 8) Coverall

Contoh penggunaan APD dan lokasi penggunaannya dapat melihat tabel berikut:

Tabel 2. 7 APD dan lokasi pemakaian (Kemenkes RI, 2018)

No	APD	Lokasi Pemakaian APD
1.	Penutup kepala	Laboratorium, ruang sterilisasi, ruang tindakan, ruang KIA, dapur
2.	Kacamata khusus	Laboratorium, ruang tindakan dokter gigi, ruang sterilisasi, ruang insersi IUD, pertolongan persalinan, ruang pembuatan kacamata
3.	Pelindung wajah	Laboratorium, ruang tindakan dokter gigi, ruang persalinan
4.	Masker	Ruang persalinan, ruang tindakan untuk kasus infeksi, balai pengobatan, ruang tindakan dokter gigi, balai pengobatan, laboratorium, loket, ruang rekam medik, ruang farmasi, dapur, <i>cleaning service</i> , ruang pembuatan kacamata, unit transfusi darah
5.	Apron	Ruang sterilisasi, ruang persalinan, radiologi, ruang tindakan dokter gigi, ruang tindakan untuk kasus infeksi
6.	Sarung tangan	Ruang tindakan, ruang KIA, ruang tindakan dokter gigi, ruang sterilisasi, laboratorium, dapur, <i>cleaning service</i> , optik, ruang farmasi, unit tansfusi darah
7.	Sepatu boot	Tempat pembuangan limbah, ruang <i>laundry</i> , pertolongan persalinan
8.	Jas lab	Ruang farmasi, laboratorium
9.	Coverall	Ruang observasi khusus dalam pelayanan kekarantinaan kesehatan

B. Tinjauan tentang Teori ABC

Hubungan antara peristiwa-peristiwa lingkungan dengan perilaku sering disebut sebagai rantai A-B-C (*antecedent-behavior-consequence*). Adapun penjelasan teori ini adalah sebagai berikut :

1. Antecedence (Anteseden)

Antecedence adalah peristiwa lingkungan yang membentuk tahap pemicu perilaku Anteseden terdiri dari 2 jenis, yaitu :

- a. Anteseden yang terjadi secara alamiah (*naturally occurring antecedent*), yaitu perilaku yang dipicu oleh peristiwa lingkungan.
- b. Anteseden terencana. Pada perilaku kesehatan yang tidak memiliki anteseden alami. Komunikator harus bisa mengeluarkan berbagai peringatan yang memicu terjadinya perilaku.

2. Behavior (Perilaku)

Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut juga teori S-O-R (Stimulus-Organisme-Respon). Untuk respons sendiri dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

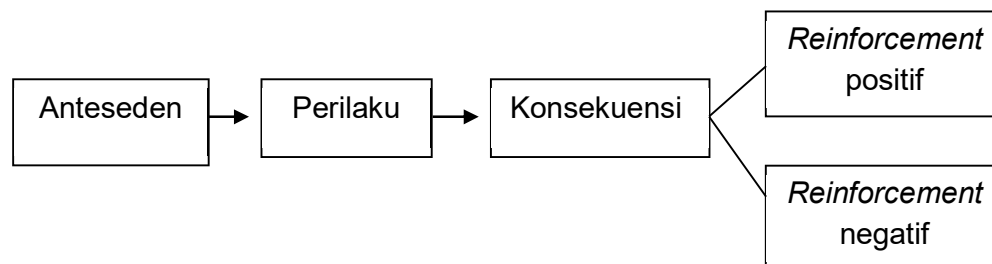
- a. Respons yang tidak disengaja atau terjadi secara alamiah karena adanya stimulus dari lingkungan luar.

- b. Operan respons atau instrumental respons, yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu (Kholid, 2015).

3. Consequence (Konsekuensi)

Konsekuensi adalah peristiwa lingkungan yang mengikuti sebuah perilaku, yang juga menguatkan, melemahkan, atau menghentikan perilaku ((Kholid, 2015). Secara umum orang cenderung mengulangi perilaku-perilaku yang membawa hasil-hasil positif (konsekuensi positif) dan menghindari perilaku-perilaku yang memberikan hasil negatif. Istilah *reinforcement* mengacu pada peristiwa-peristiwa yang menguatkan perilaku.

Reinforcement positif adalah peristiwa yang menyenangkan yang diinginkan, peristiwa ramah, yang mengikuti sebuah perilaku. Sedangkan *reinforcement negatif* adalah suatu peristiwa atau persepsi terhadap suatu kejadian yang tidak menyenangkan dan tidak diinginkan tapi memperkuat perilaku karena seseorang cenderung mengulangi sebuah perilaku yang dapat menghentikan peristiwa yang tidak menyenangkan.



Gambar 2. Skema teori Antecedent Behavior Consequence (ABC) oleh Graeff, et al., (Priyoto, 2010).

Perilaku keselamatan dipengaruhi oleh anteseden dan konsekuensi (Miltenberger, 2012). Anteseden dan konsekuensi memiliki berbagai dampak pada perilaku keselamatan. Konsekuensi mempunyai pengaruh yang lebih kuat terhadap perilaku keselamatan daripada anteseden (Jankiewicz & Horne, 2000). Ketergantungan pada anteseden secara tradisional adalah norma, namun memperhatikan konsekuensi lebih bermanfaat karena konsekuensi positif mendorong terulangnya perilaku (Geller, 2011).

Garlapati & Al-shatti (2013) berpendapat bahwa konsekuensi alami seperti 'menghemat waktu' dan 'kenyamanan' memperkuat perilaku yang tidak aman, karena itu perilaku yang tidak aman harus diubah dan diarahkan kembali untuk mendukung perilaku yang aman. Sebagai contoh, salah satu konsekuensi dari keberhasilan menggunakan tangga yang tidak aman adalah kemungkinan menghemat waktu. Di sisi lain, konsekuensi yang berbeda mungkin merupakan kecelakaan.

Anteseden seperti pelatihan ergonomi memainkan peran besar dalam mewujudkan perilaku aman yang lebih. Pelatihan melengkapi seseorang dengan keterampilan yang tepat untuk berhasil melaksanakan tugas dan ergonomi mereka (mis. Ketinggian yang tepat dari meja kerja) membuat orang merasa lebih nyaman melakukan tugas (McDermott et al., 2007).

Kebutuhan untuk menegakkan anteseden dapat membantu kepatuhan dan pada akhirnya mengurangi insiden dan kecelakaan (Zin &

Ismail, 2012). Membuat karyawan ingin terlibat dalam perilaku aman lebih baik dan lebih berharga daripada memaksa karyawan untuk mematuhi. Agar perubahan dari kepatuhan menjadi kepemilikan diri ini terjadi, orang harus lebih bertanggung jawab dan kebutuhan mereka harus dipenuhi (Jankiewicz & Horne, 2000; Daniels, 2000; Geller, 2005).

C. Tinjauan tentang Perilaku Keselamatan

Menurut Zhou et al (2008) faktor yang paling efektif untuk meningkatkan perilaku keselamatan, yaitu iklim keselamatan dan pengalaman kerja. Faktor iklim keselamatan lebih berpengaruh terhadap perilaku keselamatan jika dibandingkan dengan pengalaman pekerja. Perilaku keselamatan adalah salah satu perhatian utama sebagian besar organisasi secara global. Perilaku keselamatan diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama yaitu perilaku yang mematuhi keselamatan dan perilaku partisipasi keselamatan (Neal et al., 2000).

Menurut Heinrich et al (1980) perilaku keselamatan atau yang disebutnya perilaku aman adalah tindakan atau perbuatan dari seseorang atau beberapa orang karyawan yang memperkecil kemungkinan terjadinya kecelakaan terhadap karyawan. Ronis et al (1988) berpendapat bahwa suatu perilaku adalah kebiasaan yang telah 'dilakukan sering (setidaknya dua kali sebulan) dan secara luas (setidaknya 10 kali).

Menurut Mullen (2004) ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku keselamatan individu pekerja, yaitu:

1. Faktor organisasi; yaitu beban kerja yang berlebih, persepsi kinerja keselamatan, pengaruh sosialisasi, sikap keselamatan dan persepsi terhadap risiko.
2. Faktor personal image; yaitu kesan macho dan mampu untuk menghindari konsekuensi negatif, misalnya diejek atau diremehkan rekan kerja dan ketakutan kehilangan posisi.

Faktor organisasi menentukan perilaku keselamatan pekerja. Sosialisasi organisasi terhadap karyawan baru sedini mungkin akan mempengaruhi persepsi pekerja terhadap iklim keselamatan, sikap keselamatan, komitmen terhadap keselamatan dan perilaku keselamatan.

Perilaku keselamatan berfokus memperbaiki tindakan “tidak aman” pekerja yang merupakan hasil dari sistem tempat mereka bekerja, bukan sebaliknya, dan dengan berkonsentrasi pada tindakan pekerja, keselamatan perilaku mengubah hierarki kontrol di pemikiran pekerja sebagai program modifikasi perilaku sebagai pendukung PPE dan pelatihan sebagai cara utama untuk mencegah cedera (Trades Union Congress, 2010). Agar program perilaku tradisional berhasil, harus diidentifikasi perilaku berisiko dan kemudian mengamatinya dengan tujuan mendorong perilaku yang aman dan menghilangkan perilaku yang tidak aman (Anderson, 2005).

Proses perilaku keselamatan memerlukan upaya bersama oleh semua untuk menghasilkan hasil yang diinginkan. Tujuan dari proses perilaku keselamatan adalah untuk mengurangi insiden yang dipicu oleh

perilaku yang tidak aman atau berisiko. Untuk mencapai ini, masalah perilaku spesifik diidentifikasi dengan berfokus pada insiden yang dihasilkan dari interaksi antara orang dan lingkungan kerja mereka. Ini dapat mencakup keberadaan, kualitas dan berfungsinya berbagai sistem manajemen (keselamatan dan nonsafety), kualitas kepemimpinan, sumber daya yang tersedia (keuangan dan nonkeuangan) dan budaya keselamatan secara keseluruhan (Cooper, 2009).

a. Proses Observasi Perilaku Keselamatan

Observasi adalah dasar dari proses perilaku keselamatan. Pada prinsipnya, observasi dianalisis untuk memberikan data pengambilan keputusan yang obyektif (mis., memberikan topik tailgate, mengidentifikasi kebutuhan pelatihan). Dua aspek proses observasi mungkin mempengaruhi hasil: frekuensi dan fokus. Dalam hal frekuensi observasi, sebagian besar proses memantau tingkat kontak antara pengamat dan yang diamati. Sementara beberapa proses menganjurkan kontak harian (Cooper, 1998) karena memberikan gambaran yang lebih dapat diandalkan kinerja keselamatan yang sedang berlangsung, yang lain merekomendasikan dua atau tiga kali seminggu sekali per minggu atau beberapa kali setahun (Komaki et al., 1978). Bukti pengamatan langsung menunjukkan semakin besar tingkat kontak, semakin besar dampaknya pada tingkat kejadian. Sampai saat ini, dampak fokus observasi pada pengurangan cedera dan perubahan perilaku belum dinilai. Banyak proses mengadopsi pendekatan

observasi satu-satu, di mana seorang pengamat yang terlatih mendekati seorang rekan, meminta izin untuk mengamati orang tersebut saat bekerja, kemudian memberikan umpan balik di tempat begitu observasi selesai (Cooper, 2009).

Dalam melakukan observasi perilaku keselamatan di perlukan daftar periksa perilaku untuk memfasilitasi pengamatan spesifik pekerjaan di tempat dan memungkinkan pelatih keselamatan untuk membedakan antara perilaku aman dan perilaku berisiko. Daftar periksa perilaku dapat dikembangkan untuk lokasi kerja dan / atau aktivitas tempat kerja tertentu. Formulir daftar periksa mungkin memiliki ruang khusus untuk mencatat nama pelatih keselamatan. Namun, seharusnya tidak ada ruang yang dialokasikan untuk nama orang yang diamati. Perilaku kritis berisiko (untuk dimasukkan sebagai item checklist yang memungkinkan) dapat dipastikan dari salah satu dari yang berikut:

- 1) Analisis sebab akibat dari kecelakaan masa lalu,
- 2) Ulasan mendalam tentang insiden nyaris meninggal,
- 3) Studi tentang prosedur operasi kritis,
- 4) Melakukan inspeksi lokasi,
- 5) Mewawancarai tenaga kerja.

Kategori yang disarankan untuk daftar periksa perilaku:

- 1) Prosedur Operasional

Misalnya, mematuhi persyaratan izin, mematuhi SOP.

2) Alat Pelindung Diri

Misalnya, penggunaan yang benar dari kaca mata keselamatan, perlindungan pendengaran, sarung tangan keselamatan, sepatu keselamatan, helm pengaman.

3) Posisi Kerja.

Misalnya, posisi tubuh yang tepat yang menghindari titik gigit atau tidak membuat orang tersebut berisiko terjatuh.

4) Peralatan dan Perlengkapan

Misalnya, menggunakan alat yang benar, menggunakan alat dengan benar, alat periksa dalam kondisi baik (WSH Council, 2014).

D. Tinjauan tentang Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Pelatihan mengacu pada upaya terencana untuk memfasilitasi pembelajaran kompetensi tertentu. Kompetensi ini biasanya terdiri dari pengetahuan khusus, keterampilan dan perilaku yang diperlukan untuk sukses di lingkungan tertentu. Dalam praktiknya, pelatihan menggunakan berbagai metode pengajaran atau praktik. Pelatihan K3 sering terdiri dari instruksi dalam pengenalan dan pengendalian bahaya, praktik kerja yang aman, penggunaan peralatan pelindung diri yang tepat, dan prosedur darurat dan tindakan pencegahan. Pelatihan juga dapat memandu pekerja tentang cara menemukan informasi tambahan tentang potensi bahaya. Ini dapat memberdayakan pekerja dan manajer untuk menjadi lebih aktif dalam menerapkan program pengendalian bahaya atau melakukan perubahan organisasi yang meningkatkan perlindungan di tempat kerja.

Intervensi pelatihan kadang-kadang mencakup komponen tambahan selain instruksi atau praktik, seperti penetapan tujuan, untuk meningkatkan efektivitas.

Para peneliti dan praktisi telah mengkarakterisasi metode pelatihan dalam berbagai cara, termasuk pelatihan aktif atau pasif, pelatihan yang berpusat pada pembelajaran atau yang berpusat pada pengajaran, tingkat jarak transaksional antara guru dan peserta didik, dan tingkat keterlibatan dengan pelatihan. Keterlibatan rendah didefinisikan sebagai pelatihan yang menggunakan presentasi informasi lisan, tertulis atau multimedia oleh sumber ahli, tetapi hanya memerlukan sedikit atau tidak sama sekali partisipasi aktif oleh pelajar selain dari perhatian. Ini mungkin termasuk beberapa interaksi antara instruktur dan peserta pelatihan, atau post-test dari materi yang dipelajari tanpa umpan balik dari hasil tes kepada peserta pelatihan (Robson et al., 2010).

E. Tinjauan Tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga. Tenaga di bidang kesehatan terdiri atas:

1. Tenaga kesehatan,
2. Asisten tenaga kesehatan.

Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

1. Tenaga medis
2. Tenaga psikologi klinis
3. Tenaga keperawatan
4. Tenaga kebidanan
5. Tenaga kefarmasian
6. Tenaga kesehatan masyarakat
7. Tenaga kesehatan lingkungan
8. Tenaga gizi
9. Tenaga keterampilan fisik
10. Tenaga keteknisian medis
11. Tenaga teknik biomedika
12. Tenaga kesehatan tradisional
13. Tenaga kesehatan lain (Republik Indonesia, 2014).

F. Metode Pendidikan Kelompok dan Media Pendidikan

1. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan

kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

2) Seminar.

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari suatu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat dimasyarakat (Notoatmodjo, 2007).

2. Media Pendidikan

Media ini merupakan saluran (chanel) untuk menyampaikan informasi kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi 3, yaitu:

a. Media Cetak

Media cetak sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut:

- 1) Booklet., ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- 2) Leaflet, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) Flyer (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
- 4) Flif chart (Lembar Balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

b. Media Elektronik.

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya antara lain:

- 1) Televisi. Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum

diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), tv spot, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya.

- 2) Radio. Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya.
- 3) Video. Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.
- 4) Slide. Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.
- 5) Film strip. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.

c. Media Papan (Billboard)

Papan (billboard) yang dipasang ditempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi) (Notoatmodjo, 2007).

G. Sintesa Penelitian

Tabel 2. 8 Sintesa penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Sampel	Desain	Hasil
1.	<p>Penulis: Manal Salah, Naglaa Elyased Mahdy, Lobna Mohamed,</p> <p>Penerbit: Life Science Jurnal, Vol 9; 4</p> <p>Tahun: 2012</p>	Effect of educational program on performance of Intensive Care Nurses to Decrement the low Back pain	35 Perawat ICU	Educational (quasi experimental)	Perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi sehubungan dengan pengetahuan dan praktik perilaku mengenai nyeri punggung (P Value = 0.0000) dan mekanika tubuh (P Value = 0.0000)
2.	<p>Penulis: Maiihe Sadat Moayed, Hosein Mahmoudi, Abbas Ebadi, Mohammad Mehdi Salary, Zahra Danial</p> <p>Penerbit: Trauma Mon, Vol</p>	Effect of Education on Stress of Exposure to Sharps Among Nurses in Emergency and Trauma Care Wards	35 Perawat	Quasi eksperimen	Stress akibat jarum suntik mengalami pengurangan (P < 0.001) setelah dilakukan intervensi.

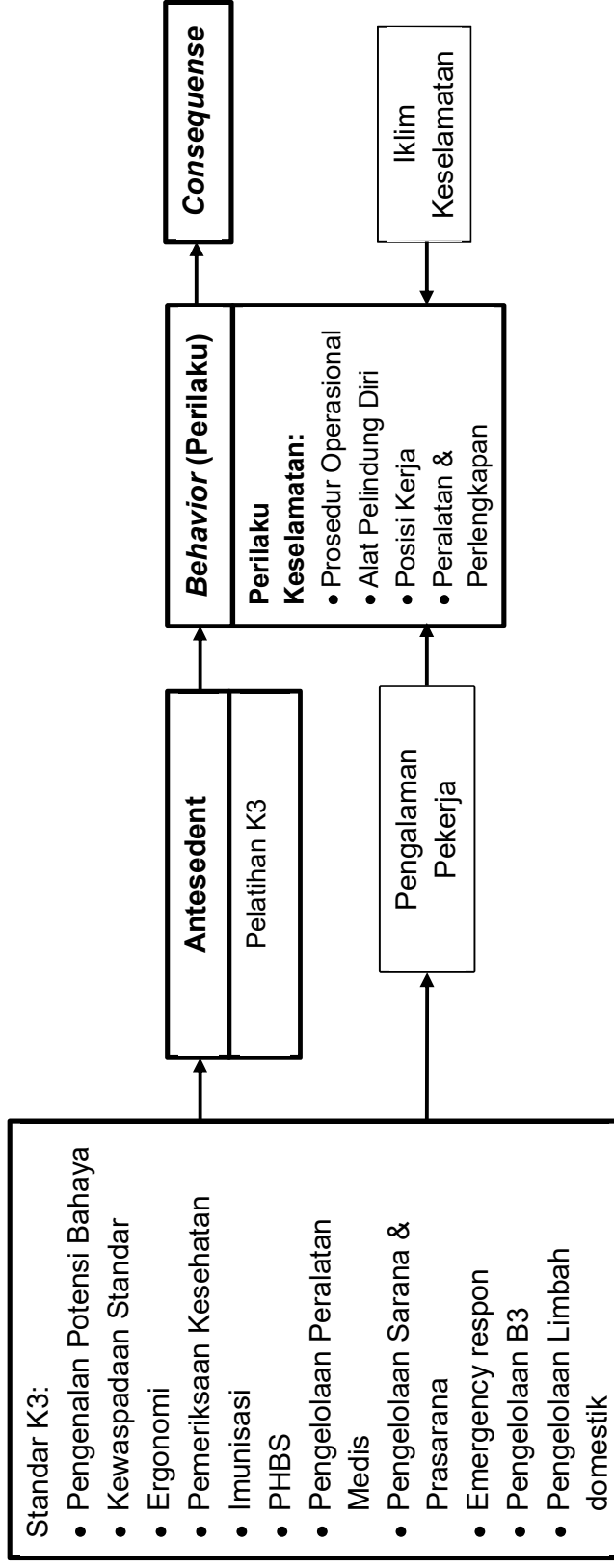
No	Peneliti	Judul Penelitian	Sampel	Desain	Hasil
20; 2	Tahun: 2015				
3.	Penulis: Mostafa Bijani, Khatereh Rostami, Marzieh Momennasab, Shahrzad Yektataleb Penerbit: Journal of the National Medical Association, Vol 110; 5 Tahun: 2017	Evaluating the Effectiveness of a Continuing Education Program for Prevention of Occupational Exposure to Needle Stick Injuries in Nursing Staff Based on Kirkpatrick's Model	120 perawat	Eksperimen	Kesadaran pencegahan oleh perawat mengalami peningkatan dan paparan pekerjaan terhadap cedera akibat jarum suntik mengalami pengurangan (p Value = 0.005) setelah dilakukan pelatihan program pendidikan berkelanjutan.
4.	Penulis: Chang Hee Kim, Sun Young Jeong, Myun Soon Kwon Penerbit: Applied Nursing	Effects of hazard perception training (HPT) on nursing students' risk sensitivity to patient safety and developing safety	64 pelajar keperawatan	Eksperimen	HPT berpengaruh untuk mengurangi perilaku berisiko (P Value = 0.000) dari mahasiswa keperawatan sebagai penyedia layanan kesehatan.

No	Peneliti	Judul Penelitian	Sampel	Desain	Hasil
	Research, Vol 39; 1 Tahun: 2018	control confidence confidence			
5.	Penulis: Christopher Fuller, Susan Michie, Joanne Savage, John McAteer, Sarah Besser, Andre Charlett, Andrew Hayward, Barry D. Cookson, Ben S. Cooper, Georgia Duckworth, Annette Jenaes, Jenny Roberts, Louise Teare, Sheldon Stone Penerbit: PLOS ONE, Vol 7;10 Tahun: 2012	The Feedback Trial Intervention Trial (FIT)—Improving Hand Hygiene Compliance in UK Healthcare Workers: A Stepped Wedge Cluster Randomised Controlled Trial	16 Rumah Sakit (60 Bangsal) di Inggris/ Welsh	Randomised Controlled Trial	Kebersihan tangan melalui kepatuhan kebersihan tangan naik setelah dilakukan intervensi ($p = 0,001$) di ITU tetapi tidak di bangsal ACE.
6.	Penulis:	Effectiveness	of 24	Petugas	Intervensi pemberian edukasi

No	Peneliti	Judul Penelitian	Sampel	Desain	Hasil
	<p>Jantila Srikrajang, Chomnard Pochamarn, Jittapon Chittreecheur, Anucha Apisarnthanarak, Somwang Danchaivijitr</p> <p>Penerbit: Journal Of the Medical Association of Thailand, Vol 88;10</p> <p>Tahun: 2005</p>	<p>Education and Problem Solving Work Group on Nursing Practices to Prevent Needlestick and Sharp Injury</p>	<p>kesehatan</p>	<p>eksperimental</p>	<p>dan pemecahan masalah kelompok kerja pada praktik mencegah cedera jarum suntik dan benda tajam terbukti efektif ($P=0.001$) di ruang gawat darurat dan ruang kerja di Rumah Sakit Sermgarm.</p>
7.	<p>Penulis: Joshua H. Williams, E. Scott Geller</p> <p>Penerbit: Journal of Safety Research, Vol 31;3</p> <p>Tahun:</p>	<p>Behavior-Based Intervention Occupational Safety: Critical Impact of Social Comparison Feedback</p>	<p>97 karyawan</p>	<p>Intervensi</p>	<p>Umpan balik berbasis perilaku meningkatkan persentase skor aman ($x2(1) = 5.8.54$) (P Value = 0.05) dari baseline hingga intervensi</p>

No	Peneliti	Judul Penelitian	Sampel	Desain	Hasil
8.	2000 Penulis: Reny Yulita Sari, Erni Suprapti, Achmad Solechan Penerbit: Jurnal Keperawatan dan Kebidanan Tahun; 2014	Pengaruh Sosialisasi SOP APD dengan Perilaku Perawat dalam penggunaan APD (Handsoon, Masker, Gown) Di RSUD dr. H. Soewondo	35 perawat	Pre eksperimen	Terdapat perbedaan yang signifikan ($p \text{ value} = 0,000$) antara sebelum dan sesudah dilakukan sosialisasi SOP APD terhadap perilaku perawat dalam penggunaan APD (<i>Handsoon</i> , Masker, <i>Gown</i>) .

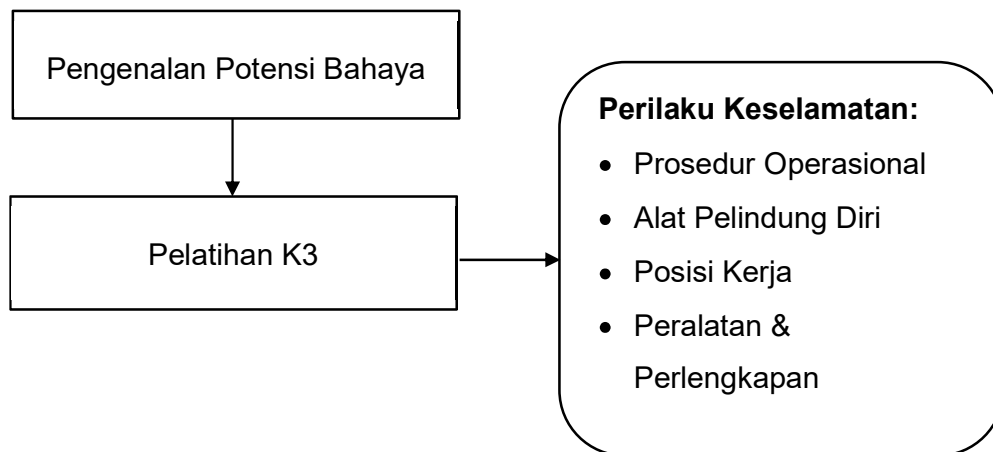
H. Kerangka Pikir




Gambar 3. Kerangka Teori: K3 Fasyankes (Kemenkes RI, 2018); Teori rantai ABC (Graeff, et al., 1996); Jaring Bayesian untuk Perilaku Keselamatan (Zhou, Fang, & Wang, 2008).


I. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini, untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap perilaku keselamatan petugas di Puskesmas Wolasi dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan :

 = Variabel Independen

 = Variabel Dependen

Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

J. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah:

1. Ada potensi bahaya dan pengendalian risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
2. Ada proses pengembangan materi pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas Wolasi.
3. Ada pengaruh pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap tindakan prosedur operasional petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
4. Ada pengaruh pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
5. Ada pengaruh pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap posisi kerja petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.
6. Ada pengaruh pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap penggunaan peralatan dan perlengkapan petugas di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.

K. Definisi Operasional

1. Pengenalan Potensi Bahaya

Pada penelitian ini, pengenalan potensi bahaya adalah melakukan identifikasi, penilaian risiko dan pengendalian risiko di setiap ruangan yang ada di puskesmas dengan mengacu pada Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hasil dari identifikasi tersebut dilakukan pelatihan kepada petugas puskesmas.

a. Identifikasi bahaya

Identifikasi bahaya adalah upaya mengenali atau mengidentifikasi potensi bahaya yang dapat berdampak pada SDM Fasyankes, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Penilaian Risiko

Risiko harus dilakukan analisis dan evaluasi risiko untuk mengetahui mana yang risiko tinggi, sedang dan rendah.

Prioritas 3 : Risiko Rendah (ada kemungkinan cedera atau gangguan kesehatan minor terjadi saat ini, dengan dampak kesehatan yang ringan hingga sedang).

Prioritas 2 : Risiko Sedang (Konsekuensi atau keparahan dari cedera dan gangguan kesehatan tergolong kategori serius meskipun probabilitasnya rendah).

Prioritas 1 : Risiko Tinggi (Kemungkinan besar terjadi gangguan kesehatan dan cedera yang moderate atau serius bahkan kematian).

c. Pengendalian risiko

Setelah dilakukan penilaian risiko, selanjutnya dilakukan pengendalian risiko berdasarkan skala prioritas tingkat risiko.

2. Pengembangan Materi Pelatihan

Pada penelitian ini pengembangan materi pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja adalah pembuatan materi pelatihan berdasarkan hasil pengenalan potensi bahaya di Puskesmas wolasi dan studi literatur.

3. Pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Pada penelitian ini pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja adalah memberikan pengetahuan dan menanamkan kesadaran pada petugas kesehatan tentang potensi bahaya dan cara pengendaliannya di puskesmas berdasarkan hasil identifikasi, penilaian dan pengendalian risiko. Setelah pelatihan kemudian responden diberikan buku saku materi keselamatan dan kesehatan kerja.

4. Perilaku Keselamatan

Pada penelitian ini perilaku keselamatan yang dimaksud adalah tindakan berdasarkan prosedur pelaksanaan, penggunaan alat pelindung diri, posisi kerja serta penggunaan peralatan dan perlengkapan ketika responden melakukan tindakan injeksi kepada pasien yang dinilai masing-masing dengan lembar checklist.

5. Prosedur pelaksanaan

Pada penelitian ini prosedur pelaksanaan adalah mengamati petugas ketika memberikan tindakan (Penyuntikan/Injeksi) berdasarkan SOP dan bagaimana kewaspadaan standar petugas saat bekerja.

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan lembar checklist dengan skala yang digunakan adalah rasio.

Jumlah pertanyaan : 7

Jumlah jawaban : 2

Nilai pilihan jawaban

Aman : 1

Berisiko : 1

Pengukuran:

Hasil dari observasi tersebut kemudian di hitung % skor amannya yang dinyatakan oleh Williams dan Geller (2000) dengan cara:

$$\% \text{ skor aman} = \frac{\text{Total Save Observation}}{(\text{Total Save Observation} + \text{Total At-Risk Observation})} \times 100$$

6. Alat Pelindung Diri

Pada penelitian ini mengobservasi alat pelindung diri adalah mengamati kesesuaian dan ketepatan petugas ketika menggunakan dan memilih Alat Pelindung Diri (Masker, Sarung Tangan dan Apron) saat melakukan tindakan.

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan lembar checklist dengan skala yang digunakan adalah rasio.

Jumlah pertanyaan : 4

Jumlah jawaban : 2

Nilai pilihan jawaban

Aman : 1

Berisiko : 1

Pengukuran:

Hasil dari observasi tersebut kemudian di hitung % skor amannya yang dinyatakan oleh Williams dan Geller (2000) dengan cara:

$$\% \text{ skor aman} = \frac{\text{Total Save Observation}}{(\text{Total Save Observation} + \text{Total At-Risk Observation})} \times 100$$

7. Posisi kerja

Pada penelitian posisi kerja adalah mengamati sikap dan postur ergonomis petugas saat melakukan tindakan (Penyuntikan/injeksi).

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan lembar checklist dengan skala yang digunakan adalah rasio.

Jumlah pertanyaan : 3

Jumlah jawaban : 2

Nilai pilihan jawaban

Aman : 1

Berisiko : 1

Pengukuran:

Hasil dari observasi tersebut kemudian di hitung % skor amannya yang dinyatakan oleh Williams dan Geller (2000) dengan cara:

$$\% \text{ skor aman} = \frac{\text{Total Save Observation}}{(\text{Total Save Observation} + \text{Total At-Risk Observation})} \times 100$$

8. Peralatan dan Pelengkapan.

Pada penelitian ini peralatan dan perlengkapan yaitu mengamati penggunaan alat jarum suntik ketika petugas melakukan tindakan (Penyuntikan/Injeksi) serta memperhatikan perlengkapan (Alas Kaki) yang digunakan petugas untuk menunjang keselamatannya.

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan lembar checklist dengan skala yang digunakan adalah rasio.

Jumlah pertanyaan : 3

Jumlah jawaban : 2

Nilai pilihan jawaban

Aman : 1

Berisiko : 1

Pengukuran:

Hasil dari observasi tersebut kemudian di hitung % skor amannya yang dinyatakan oleh Williams dan Geller (2000) dengan cara:

$$\% \text{ skor aman} = \frac{\text{Total Save Observation}}{(\text{Total Save Observation} + \text{Total At-Risk Observation})} \times 100$$

BAB III

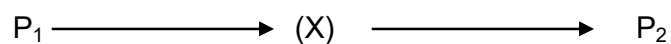
METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini terdiri dari penelitian observasi dan dan eksperimen semu (Quasi Experiment). Penelitian observasi menggunakan metode pendekatan observasional partisipatif pasif. Observasional partisipatif pasif bertujuan untuk menganalisis potensi bahaya terhadap lingkungan dan proses kerja yang ada di Puskesmas Wolasi.

Penelitian eksperimen semu (*Quasi Eksperiment*) dengan rancangan perlakuan ulang (*One group pre post test design*) yakni rancangan penelitian yang menggunakan satu kelompok subjek serta melakukan pengukuran sebelum dan sesudah pemberian perlakuan pada subjek (Sumantri, 2011). *Pre post test* bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas dengan metode ceramah menggunakan media slide terhadap perbedaan perilaku keselamatan petugas di Puskesmas Wolasi. Perbedaan kedua hasil pengukuran tersebut dianggap sebagai efek perlakuan.

Skema rancangan penelitian sebagai berikut :



Keterangan :

- P₁ : Pre test untuk kelompok intervensi terkait perilaku keselamatan petugas puskesmas sebelum diberikan perlakuan pelatihan K3 menggunakan metode ceramah dengan media slide.
- (X) : Intervensi dengan pelatihan K3 menggunakan metode ceramah dengan media slide.
- P₂ : Post test untuk kelompok intervensi terkait perilaku keselamatan petugas puskesmas setelah diberikan perlakuan pelatihan K3 metode ceramah dengan media slide.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari hingga April di Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan tahun 2020. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan terdapat 5 orang petugas puskesmas yang positif hepatitis dan bangunan puskesmas belum berstandar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014. Selain itu, belum pernah diadakan pelatihan tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Puskesmas Wolasi (berdasarkan hasil survei awal pada puskesmas melalui wawancara dengan kepala puskesmas dan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan).

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh petugas yang bekerja di Puskesmas Wolasi yang berjumlah 35 orang (data primer, Kepala Puskesmas Wolasi, 2019).

2. Sampel.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan metode *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang berdasarkan atas suatu pertimbangan tertentu seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010). Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Petugas puskesmas yang diskriminasi hepatitis
- b. Petugas yang melakukan kontak langsung dengan pasien.
- c. Petugas yang melakukan tindakan menggunakan jarum suntik/benda tajam.
- d. Petugas yang pekerjaannya berisiko terpajan substansi tubuh pasien.
- e. Petugas yang memerlukan Alat Pelindung Diri ketika bekerja.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Petugas puskesmas yang tidak bersedia diobservasi
- b. Petugas puskesmas yang tidak mengikuti pelatihan

c. Petugas puskesmas yang tidak menerima buku saku.

Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini adalah berjumlah 20 orang, yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan dan analis kesehatan.

D. Pengumpulan Data

1. Sumber data

Jenis dan pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden dengan melakukan observasi. Metode pengumpulan data primer yaitu melakukan observasi dengan panduan checklist penelitian. Melalui observasi peneliti dapat memperoleh gambaran kondisi sebenarnya yang ada di lokasi penelitian dan melihat langsung objek penelitian.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui teknik studi kepustakaan yang segala usaha yang dilakukan oleh peneliti untuk menghimpun informasi yang relevan dengan topic atau masalah yang diteliti. Studi kepustakaan dilakukan dengan mempelajari buku buku ilmiah, laporan penelitian, jurnal penelitian, maupun melalui media elektronik. Selain itu, data sekunder dapat diperoleh dari data milik

lokasi penelitian. Pada penelitian ini data sekunder diperlukan untuk memperoleh informasi tentang profil Puskesmas Wolasi Kabupaten Konawe Selatan.

2. Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Perilaku Keselamatan

Mengukur perilaku keselamatan dengan menggunakan Lembar Checklist Observasi Perilaku dari Work Safety and Health Council dengan mengobservasi prosedur pelaksanaan, alat pelindung diri, posisi kerja serta peralatan dan perlengkapan ketika petugas bekerja.

b. Pengenalan Potensi Bahaya

Pengenalan potensi bahaya dilakukan dengan mengidentifikasi bahaya potensial menggunakan lembar checklist observasi dari buku pedoman K3 di puskesmas Kementerian Kesehatan. Selanjutnya dilakukan identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko K3 menggunakan lembar penilaian dari Permenkes 52 Tahun 2018 tentang K3 di fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil dari pengenalan potensi bahaya digunakan sebagai sarana pelatihan kepada petugas puskesmas.

Tabel 3. 1 Identifikasi potensi bahaya

Ruang	Bahaya Fisik	Bahaya kimia	Bahaya Biologi	Bahaya Psikososial	Bahaya Ergonomi	Bahaya Kecelakaan Kerja
	•	•	•	•	•	•
Dst....						

Tabel 3. 2 Penilaian risiko

No	Ruangan	Faktor Potensi Bahaya	Dampak	Probabilitas	Tingkat Bahaya
1		Fisik			
		Kimia			
		Biologi			
		Psikososial			
		Ergonomi			
		Kecelakaan Kerja			
	Dst....				

3. Pengolahan Data

a. Editing

Proses editing dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data dan memeriksa kesinambungan data dan keseragaman data.

b. Coding

Proses coding dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data semua jawaban atau data perlu disederhanakan yaitu dengan symbol symbol tertentu untuk setiap jawaban (pengkodean).

c. Entri Data

Data selanjutnya di input dalam lembar kerja program SPSS, untuk masing masing lembar variabel urutan input data berdasarkan nomor subjek dalam formulir pengumpulan data.

d. Cleaning Data

Cleaning dilakukan pada semua lembar kerja untuk membersihkan kesalahan yang mungkin terjadi selama proses input data. Proses ini dilakukan melalui analisis frekuensi pada semua variabel. Data missing dibersihkan dengan menginput data yang benar.

e. Penyajian Data /Laporan (Tabulasi)

Data yang telah melalui proses editing, coding, entry, dan cleaning selanjutnya dilakukan analisis dan dibuatkan tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diharapkan.

E. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase yaitu pengenalan potensi Bahaya dan perilaku keselamatan.

2. Analisis Bivariat

Pengolahan data hasil pengukuran dilakukan dengan menggunakan program SPSS . Uji statistik yang akan digunakan untuk menganalisis data dari masing pengukuran didasarkan pada rancangan penelitian, alokasi sampel dan skala pengukuran. Untuk menganalisis data hasil penelitian digunakan statistik Inverensial (Talogo, 1985; Nasir, 1988 dalam Tarwaka, 2004):

- a. Uji *Kolmogrov-Smirnov* (K-S), menguji normalitas data dari variabel tergantung, pada tingkat kemaknaan ($\alpha=0,05$).
- b. Uji T-Paired jika data terdistribusi normal dan uji Wilcoxon jika data terdistribusi tidak normal, untuk menguji perbedaan kemaknaan rerata antara *pre-post test*, pada tingkat kemaknaan ($\alpha=0,05$) (Stang, 2018).

F. Kontrol Kualitas

Kontrol kualitas dimaksudkan untuk melakukan pengawasan kepada semua tahapan proses pengukuran, untuk mencapai hasil yang sah (*valid*) dan konsisten (*reliable*), sehingga diperoleh hasil pengukuran yang benar-benar mendekati yang sebenarnya dan memperoleh teori yang baik sebagai dasar kajian ilmiah. Ada dua kesalahan klasik yang sering terjadi dalam proses penelitian adalah kesalahan *alfa* (sampling error), dan kesalahan beta (kesalahan sistematis) yakni kesalahan yang terjadi oleh karena faktor pengukuran, alat ukur dan objek yang diukur.

Untuk mengurangi atau menghilangkan kesalahan tersebut dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Sampling eror (kesalahan $\alpha = \alpha$)

Tujuan pengontrolan besar sampel pada setiap penelitian adalah untuk memberikan keterwakilan jumlah sampel terhadap besar populasinya. Besar sampel dihitung dengan menggunakan purposive sampling.

2. Kesalahan sistematis (kesalahan $\beta = \beta$)

a. Kesalahan Pengukur

Penelitian ini dirancang dengan desain rancangan perlakuan *One group pre post test design*. Pada pelaksanaan pemberian perlakuan dilakukan oleh peneliti dibantu oleh 2 fasilitator dari kepala seksi gizi dan programmer Kesjaor Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan yang telah mengetahui program-program pelaksanaan K3 di puskesmas sehingga kesalahan pengukuran dapat diminimalisir.

b. Kesalahan Alat Ukur

1) Standarisasi Lembar Checklist Observasi

Alat ukur dibuat berdasarkan pedoman *Behavioural Observation and Intervention* oleh *Work Safety and Health Council*. Pengontrolan alat ukur dilakukan dengan metode judgment yaitu alat ukur yang digunakan oleh peneliti didiskusikan dengan

meminta pertimbangan pembimbing I dan II sebagai ahli dalam bidangnya.

2) Standarisasi Media Slide

Media slide dibuat dengan memuat materi hasil identifikasi bahaya, penilaian risiko dan pengendalian risiko K3 yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Wolasi melalui bantuan ahli media advertising CV. Gevira Kendari. Sebelum media slide ini digunakan, dilakukan uji terlebih dahulu dengan memperlihatkan media slide kepada Kepala Seksi Gizi, programmer Kesjaor dan kepala puskesmas untuk mengetahui respon atau tanggapan terhadap media slide. Secara umum respon terhadap media tersebut bahwa isi pesan, penggunaan gambar, warna, huruf serta tata letak telah jelas dan sesuai.

3) Standarisasi Media Buku Saku

Media buku saku dibuat oleh ahli media advertising CV. Gevira Kendari dengan memuat materi modifikasi dari pedoman keselamatan dan kesehatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan oleh WHO, ILO, Kementerian kesehatan dan hasil identifikasi risiko di puskesmas wolasi. Sebelum diberikan media buku saku ini di uji terlebih dengan memperlihatkan kepada Kepala Seksi Gizi, programmer kesjaor dan Kepala Puskesmas Wolasi. Secara umum respon terhadap media tersebut bahwa isi pesan, penggunaan gambar, warna, huruf serta tata letak telah jelas dan sesuai.

G. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapat persetujuan Etik dari Komite Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dengan dikeluarkannya rekomendasi persetujuan etik nomor 2444/UN4.14.1/TP 01.02/2020 dan nomor protokol 12220062073 tanggal 13 April 2020.

H. Deskripsi Intervensi

Rincian kegiatan intervensi penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Tahap awal penelitian dimulai dengan melakukan persuratan, peninjauan lokasi, pengumpulan data awal dan penentuan waktu intervensi pada puskesmas Wolasi.
2. Melakukan penilaian pengenalan potensi bahaya dengan mengidentifikasi potensi bahaya, melakukan penilaian risiko, dan pengendalian risiko K3 di puskesmas wolasi mengacu pada Permenkes 52 Tahun 2018 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Fasyankes.
3. Mengembangkan materi pelatihan dan buku saku berdasarkan hasil dari penilaian pengenalan potensi bahaya dan studi literatur serta mengkonsultasikannya kepada ahli K3 Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS dan ahli kesehatan masyarakat Dr. Healthy Hidayanty, SKM, M.Kes.

4. Membuat slide materi pelatihan yang dibantu oleh fasilitator pemateri Kepala seksi gizi dan programmer kesjoar. Sedangkan buku saku di buat oleh ahli Advertising CV. Gevira Kendari.
5. Mengadakan *pre-test* pada petugas puskesmas dengan mengobservasi perilaku keselamatan petugas selama 1 minggu ketika bekerja menggunakan Lembar checklist Observasi dari Work Health and Safety Council. Menurut Komaki et al (1978) observasi perilaku keselamatan dilakukan dua atau tiga kali seminggu.
6. Mengadakan intervensi pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja dengan metode pendidikan kelompok pada 20 orang petugas puskesmas. Berdasarkan National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007), intervensi tingkat populasi dapat menjadi cara yang efektif dan hemat biaya untuk mengubah perilaku. Metode yang digunakan adalah metode ceramah selama 10 Jam Pembelajaran (JPL) dengan media slide. Intervensi dengan metode ceramah berdasarkan hasil daftar periksa penilaian risiko pada tempat kerja dapat dilakukan satu kali (Tsutsumi et al, 2009) selama 10 JPL (Monnin et al., 2016; Tsutsumi et al., 2009). Selama intervensi peneliti akan dibantu oleh 2 fasilitator yang terdiri dari Kepala Seksi Gizi dan programmer Kesjaor Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe selatan.

Adapun materi pelatihan yaitu:

Tabel 3. 3 Materi Pelatihan

No	Materi	Waktu			Jumlah
		T	P	PL	
A.	Materi Dasar				
1.	Kesehatan dan Keselamatan kerja di Fasyankes (Permenkes 52 Tahun 2018)	3	-	-	3
	Sub Total	3	-	-	3
B	Materi Inti				
1	Prioritas bahaya di Puskesmas Wolasi	3.5	-	-	3.5
	Sub Total	3.5	-	-	3.5
C	Materi Penunjang				
1	Pengendalian potensi bahaya di puskesmas wolasi	3.5	-	-	3.5
	Sub Total	3.5	-	-	3.5
	Total	10			10

Untuk mengontrol intervensi yang telah diberikan, responden diminta untuk tidak mengikuti pelatihan Keselamatan dan kesehatan kerja selama 4 minggu, dan akan diberikan buku saku materi pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja setiap minggu selama 4 minggu.



Gambar 5. Booklet buku saku

- Mengadakan *post test* pada petugas puskesmas dengan mengobservasi perilaku keselamatan petugas ketika bekerja

menggunakan modifikasi lembar checklist observasi dari Work Health and Safety Council setelah 4 minggu setelah intervensi. Menurut penelitian yang dilakukan Tsutsumi et. al (2009) untuk menilai hasil perilaku keselamatan dapat dilakukan 4 minggu terakhir setelah intervensi. Hal ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Lally et al (2010) bahwa dibutuhkan 18-254 hari bagi orang untuk membentuk perilaku kesehatan baru.

I. Alur Penelitian

