Analisis Penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Puskesmas di Kabupaten Semarang Menggunakan Re-Aim Framework

Januar Diyah Prasetyowati^{1*}, Hanifa Maher Denny², Suroto³

^{1,2,3}Universitas Diponegoro Semarang

*HP / e-mail : ota.moms@gmail.com / 081325796006

*corresponding author

INFO ARTIKEL

Article history

Received 10 November 2018

Revised 27 April 2019

Accepted 29 April 2019

Kata Kunci :

Keselamatan

Kesehatan Kerja (K3)

puskesmas

RE-AIM *framework*

ABSTRAK

Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat menjadi tempat yang memiliki risiko tinggi terhadap terjadinya penularan penyakit. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas ditujukan untuk dapat mengurangi risiko terjadinya kecelakaan kerja dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) di puskesmas. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Puskesmas di Kabupaten Semarang telah dilaksanakan sejak tahun 2010 namun hingga saat ini belum pernah dilakukan evaluasi tentang efektifitas pelaksanaan K3 puskesmas serta dampaknya terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan K3 puskesmas di Kabupaten Semarang.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan pendekatan lima dimensi RE-AIM *framework* untuk mengevaluasi penerapan K3 puskesmas di Kabupaten Semarang..

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas telah diterapkan di seluruh puskesmas yang diteliti, meskipun dalam penerapannya terdapat perbedaan pemahaman. Perbedaan dalam penerapan K3 puskesmas disebabkan oleh perbedaan proses sosialisasi yang dialami oleh puskesmas

PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat atau lebih sering disebut Puskesmas 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, dengan mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.(1) Pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat menjadikan tenaga kesehatan seringkali terpapar dengan potensi bahaya biologi yang terkandung dalam darah atau cairan tubuh lainnya yang berasal dari pasien yang harus mereka tangani sehari-hari.(2) Potensi bahaya ini dapat berupa virus maupun bakteri. Prevalensi penyakit yang diakibatkan oleh bakteri dan virus menempati urutan teratas penyakit yang dapat menular dari pasien ke petugas puskesmas selama bekerja, diantaranya penyakit Hepatitis B, Hepatitis C, HIV AIDS dan TB Paru. Kewaspadaan standar merupakan salah satu upaya yang dilakukan dalam mengendalikan penyebaran virus dan bakteri di fasyankes terutama terkait penyakit TB, HIV dan infeksi nosokomial.(3) Upaya pengendalian ini penting dilakukan karena dapat memberikan perlindungan kepada pasien lain dan petugas kesehatan di fasyankes. (4)

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan upaya untuk memberikan jaminan kesehatan dan keselamatan, serta peningkatan derajat kesehatan pekerja dengan cara mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.(5) Sebagaimana yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Kesehatan dimana perlu adanya upaya kesehatan kerja yang bertujuan melindungi pekerja dari pengaruh buruk pekerjaannya dengan cara menerapkan standar kesehatan kerja dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat.(6) Kualitas pelayanan di puskesmas dapat meningkat dengan lebih memperhatikan keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan karyawan melalui penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas secara paripurna.(7) Penerapan K3 juga dimaksudkan untuk melindungi pekerja sehingga dapat mewujudkan produktivitas kerja yang optimal.(8) Hasil penelitian Masoud Rafiei, dkk pada *Primary Health Care* di Iran membuktikan bahwa untuk mengembangkan sumber daya manusia di tempat kerja, maka hal terpenting yang harus dilakukan adalah menjaga agar pekerja tetap sehat dan produktif.(9) Penerapan K3 merupakan persyaratan yang wajib dilaksanakan di puskesmas, sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan(6) dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas.(10)

Data survei pendahuluan menunjukkan bahwa di Kabupaten Semarang terdapat 26 puskesmas, yang terdiri atas 12 puskesmas rawat inap dan 14 puskesmas rawat jalan. Pada tahun 2010, Kabupaten Semarang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan RI menjadi salah satu Kabupaten Percontohan K3 bersama dengan Kabupaten Cilegon. Puskesmas yang ditunjuk sebagai Puskesmas Percontohan K3 adalah Puskesmas Tenganan, Pringapus, Bergas, Duren dan Bawen. Data evaluasi pelaksanaan program hanya menampilkan persentase puskesmas yang melaksanakan upaya kesehatan kerja, persentase tempat kerja menerapkan kesehatan kerja dan jumlah Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja). Sampai saat ini belum pernah dilakukan evaluasi tentang penerapan K3 puskesmas. Selain itu, dari 26 puskesmas yang ada hanya 4 puskesmas (15%) yang memiliki tenaga fungsional bidang kesehatan kerja, yang sehari-hari juga harus melakukan tugas rangkap dengan pekerjaan yang lain.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan menganalisa penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas untuk mengetahui capaian penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas di Kabupaten Semarang menggunakan RE-AIM framework.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode observasional. Data dikumpulkan dengan melakukan teknik wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi.(11) Pencatatan hasil wawancara dan pengamatan dilakukan bertujuan untuk memperoleh informasi yang diperlukan.(12) Lokasi yang dipilih dalam penelitian ini yaitu di Puskesmas A, B, C dan D. Puskesmas A dan D mewakili puskesmas yang pernah menjadi puskesmas percontohan pada tahun 2010, sedangkan Puskesmas B dan C mewakili puskesmas yang telah terakreditasi.

Subyek dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas dan pelaksana K3 puskesmas sebagai informan kunci dan tenaga fungsional puskesmas (dokter, perawat, bidan) sebagai informan triangulasi, yang dipilih menggunakan metode *purposive sampling*.(13) Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan menggunakan panduan kuesioner dengan jenis pertanyaan terbuka, sehingga dapat diperoleh hasil wawancara yang lebih detil.(14) Observasi dilakukan dengan menggunakan ceklist dalam buku Pedoman Penerapan K3 Puskesmas yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI.(5) Data sekunder dikumpulkan dari dokumen pelaporan yang ada di puskesmas yang berkaitan dengan penerapan

K3 puskesmas. Kuesioner dan ceklist merupakan instrumen dalam penelitian ini, yang diharapkan dapat dengan tepat mengukur sehingga dihasilkan data yang valid.(15)

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui tahapan pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Reduksi data berlangsung terus-menerus selama penelitian berlangsung karena reduksi data merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari analisis.(16) Penyajian data dilakukan untuk mengorganisasi dan menyusun pola hubungannya agar lebih mudah dipahami, sehingga dapat direncanakan langkah selanjutnya.(17)

Informasi yang akurat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan mengenai dampak suatu intervensi terhadap kesehatan masyarakat. Mengevaluasi keberhasilan pelaksanaan sebuah program intervensi tidak hanya dapat dilihat dari sisi efektifitas program, namun perlu juga untuk mempertimbangkan faktor lain yang mungkin berpengaruh.(18) Kerangka RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) menawarkan pendekatan yang komprehensif dengan mempertimbangkan lima dimensi penting untuk mengevaluasi dampak kesehatan masyarakat yang potensial dari sebuah intervensi.(19) Menyimpulkan dan melaporkan faktor-faktor dari hasil validitas internal dan eksternal sebuah program intervensi dapat membantu menyediakan lebih banyak petunjuk bagi kemajuan program dan penelitian lebih lanjut.(20) Penggunaan RE-AIM *framework* dalam evaluasi program dapat menghindari pemakaian sumber daya yang berlebihan, ketidakteraturan program serta kegagalan dalam peningkatan kesehatan masyarakat.(21)

Pengumpulan data tentang capaian penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara, yang dilakukan terhadap informan kunci dan informan triangulasi, dengan masing-masing pertanyaan dikelompokkan dalam kriteria *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation* dan *Maintenance*, yang dijabarkan sebagai berikut :

1. *Reach*

Reach merupakan variabel yang menunjukkan persentase pegawai puskesmas yang menerapkan program K3 dalam melaksanakan aktivitas pekerjaan sehari-hari, yang dapat diidentifikasi dengan pertanyaan mengenai jumlah petugas K3 puskesmas dan jumlah petugas puskesmas yang telah dilatih K3.

2. *Effectiveness*

Effectiveness merupakan variabel yang menunjukkan efektifitas penerapan program K3 dalam mengendalikan dan mengurangi jumlah kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di puskesmas, yang dapat diidentifikasi dengan pertanyaan mengenai dampak penerapan K3 puskesmas, penerapan K3 di setiap aspek pekerjaan puskesmas, sumber daya yang dibutuhkan dan pengaruh penerapan K3 terhadap kualitas pelayanan kepada pasien.

3. *Adoption*

Adoption merupakan variabel yang menunjukkan persentase unit kerja / bagian di puskesmas yang telah mengadopsi program K3 dalam kegiatan sehari-hari, yang dapat diidentifikasi dengan pertanyaan mengenai pengetahuan petugas tentang penerapan K3 dan pelatihan atau sosialisasi yang pernah diikuti dalam rangka penerapan K3 puskesmas serta kegiatan yang dilaksanakan di puskesmas dalam rangka penerapan K3.

4. *Implementation*

Implementation merupakan variabel yang menunjukkan penerapan program K3 sesuai pedoman pelaksanaan K3 puskesmas oleh seluruh petugas puskesmas, yang dapat diidentifikasi dengan pertanyaan mengenai penanggung jawab dalam penerapan K3 puskesmas, pengetahuan petugas puskesmas tentang K3, pernahkah dilakukan sosialisasi tentang K3 di puskesmas, kapan K3 mulai diterapkan di puskesmas, siapa saja yang harus menerapkan K3, adakah sanksi bagi yang melanggar dan hambatan yang dihadapi dalam penerapan K3 puskesmas.

5. *Maintenance*

Maintenance merupakan variabel yang menunjukkan upaya yang dilakukan untuk menjaga keberlangsungan penerapan program K3 puskesmas, yang dapat diidentifikasi dengan pertanyaan mengenai bagaimana upaya yang dilakukan untuk keberlangsungan penerapan K3, adanya dukungan dari atasan, perlunya menambah pengetahuan dalam bidang K3 serta yang diharapkan dari penerapan K3 puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Reach dapat diartikan sebagai persentase dan keterwakilan dari individu yang bersedia berpartisipasi terhadap suatu intervensi.(22) *Reach* diukur dengan membandingkan jumlah orang yang menerima kebijakan atau program dibandingkan dengan jumlah seluruh populasi. Pada kriteria *Reach*, diperoleh jawaban dari informan kunci bahwa di keempat puskesmas yang diteliti telah memiliki petugas yang menangani K3 puskesmas. Hal tersebut sesuai dengan yang disyaratkan dalam ketentuan yang tertuang pada buku Pedoman Penerapan K3 Puskesmas,(5) dimana setiap puskesmas hendaknya memiliki petugas yang menangani penerapan K3 puskesmas. Namun terdapat perbedaan dalam hal jumlah petugas puskesmas yang pernah mendapatkan pelatihan K3. Pada puskesmas percontohan, petugas yang menangani tentang K3 puskesmas telah mendapatkan pelatihan K3, termasuk kepala puskesmas dan seorang dokter fungsional, dimana ketiganya masuk dalam Tim K3 puskesmas. Sedangkan pada puskesmas bukan percontohan, belum ada petugas yang pernah mendapatkan pelatihan tentang K3 dan tidak memiliki Tim K3. Hal ini tentu saja sangat mempengaruhi kinerja penerapan K3. Puskesmas bukan percontohan belum pernah mendapatkan sosialisasi tentang penerapan K3 puskesmas. Selama ini penggunaan APD, pengelolaan limbah dan keberadaan APAR di puskesmas merupakan sarana prasarana yang dipersyaratkan dalam akreditasi, karena setiap puskesmas diwajibkan memenuhi persyaratan akreditasi agar tetap dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Effectiveness merupakan penilaian keberhasilan intervensi suatu program berdasarkan konsekuensi positif dan negatif yang dihasilkan dengan mempertimbangkan perilaku, kualitas hidup serta kepuasan peserta.(23) Efektivitas intervensi sebuah program sangat penting diperhatikan, selain manfaat yang dihasilkan juga harus dipastikan bahwa kerugian yang mungkin timbul tidak melebihi manfaat.(19) Pembahasan mengenai efektifitas penerapan K3 puskesmas dimulai dari dampak yang dirasakan oleh karyawan puskesmas dengan menerapkan K3 dalam proses pekerjaannya. Dampak positif dirasakan setelah menerapkan K3 puskesmas, berupa penurunan angka kesakitan dan absensi karyawan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Malgorzata J.K., dkk yang menyatakan bahwa setiap orang di tempat kerja bertanggung jawab terhadap munculnya risiko cedera dimana perilaku yang tidak aman dapat memicu terjadinya kecelakaan dan cedera.(24)

Tersedianya bangunan yang memenuhi standar keselamatan bukanlah suatu hal yang dapat dikesampingkan. Bangunan puskesmas merupakan salah satu bangunan gedung milik negara, yang pendiriannya harus memenuhi persyaratan perundangan, yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 73 Tahun 2011 tentang Pembangunan Bangunan Gedung Negara.(25) Responden pada penelitian yang dilakukan oleh Sergio Riberio dos Santos dkk menjawab bahwa upaya preventif yang semestinya dilakukan di puskesmas untuk mencegah kecelakaan atau penularan virus dan bakteri antara lain dengan pencahayaan yang memadai (53%), penggunaan sarung tangan (100%), penggunaan kaca mata pengaman (81%) dan pengelolaan jarum dan peralatan tajam (96%).(2) Dijelaskan dalam penelitian tersebut bahwa pada seluruh tempat kerja harus memiliki pencahayaan alami ataupun buatan yang cukup mampu menunjang proses pekerjaan karena pencahayaan tempat kerja yang baik dapat meningkatkan produktivitas, mengurangi kecelakaan kerja, dan mengurangi masalah gangguan mata serta gangguan pekerjaan pada umumnya.

Penerapan K3 puskesmas diharapkan mampu mengurangi angka kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja, sehingga dengan terjaminnya keselamatan dan kesehatan petugas maka kualitas pelayanan terhadap pasien juga dapat meningkat, sebagaimana jawaban yang diberikan oleh responden yaitu mereka merasakan adanya peningkatan kualitas pelayanan terhadap pasien semenjak menerapkan K3 puskesmas. Penelitian Agnew C., dkk menemukan bahwa pada skor iklim keselamatan rumah sakit secara positif terkait dengan perilaku keselamatan kerja karyawan rumah sakit dan berkaitan negatif dengan cedera pada pasien maupun karyawan rumah sakit.(26) Hasil penelitian Anders Pousette, dkk menemukan bahwa iklim keselamatan pasien dan iklim keselamatan kerja berhubungan positif sangat erat satu sama lain, dimana apabila iklim keselamatan pasien sangat baik maka iklim keselamatan kerja juga baik, demikian juga sebaliknya.(7)

Sebuah program akan dikatakan efektif apabila mampu menghasilkan perubahan yang positif sesuai yang diharapkan. Saat ditanyakan mengenai keberhasilan penerapan K3 puskesmas, sebagian informan mengatakan sudah cukup baik, sedangkan sebagian lainnya mengatakan masih banyak hal yang perlu ditingkatkan. Tentu saja jawaban tersebut merupakan penilaian subyektif dari informan, namun apabila dilihat dari jawaban-jawaban pertanyaan sebelumnya yang berkaitan dengan dampak positif yang dihasilkan, penerapan K3 di setiap aspek pekerjaan, pengaruhnya pada kualitas pelayanan terhadap pasien dan berkurangnya angka kecelakaan kerja maka dapat dikatakan bahwa penerapan K3 puskesmas cukup efektif dalam menghasilkan intervensi yang positif.

Adoption mengacu pada proporsi dan keterwakilan dari suatu kelompok yang mengadopsi kebijakan atau program tertentu, yang dapat dinilai menggunakan observasi langsung atau wawancara terstruktur atau survei. (19) Pada kriteria adopsi ditanyakan kepada informan mengenai pelatihan atau sosialisasi tentang K3 yang pernah diperolehnya serta kegiatan yang dilaksanakan di puskesmas berkaitan dengan penerapan K3 puskesmas. Petugas pada puskesmas percontohan yang telah mendapatkan pelatihan K3 antara lain kepala puskesmas, pelaksana K3 dan seorang dokter fungsional, sedangkan pada puskesmas bukan percontohan belum ada petugas yang pernah mendapatkan pelatihan K3.

Rata-rata kegiatan yang dilaksanakan di puskesmas dalam rangka penerapan K3 hampir sama, antara lain pemeriksaan tensi, BB, TB, gula darah, asam urat dan kolesterol yang termasuk dalam kegiatan Posbindu puskesmas. Kemudian ada pula kegiatan tes *Rockpot* untuk mengetahui tingkat kebugaran karyawan, selain tentu saja saat pelayanan terhadap pasien tetap harus menggunakan APD dan mematuhi SPO yang ada. Mengenai monitoring dan evaluasi kegiatan penerapan K3 puskesmas meskipun dilakukan namun disayangkan belum bisa berjalan secara rutin dan teratur. Terkadang monitoring evaluasi dilakukan

menyesuaikan dengan jadwal petugas yang bersangkutan. Padahal kegiatan monitoring dan evaluasi merupakan salah satu tahapan penting dalam sebuah rangkaian pekerjaan, sehingga dapat diketahui tingkat perkembangan sebuah program serta hambatan yang dihadapi sehingga selanjutnya dapat disusun perencanaan lanjutan untuk pengembangan program. Kegiatan monitoring dan evaluasi sangat diperlukan untuk pembelajaran program serta akuntabilitas data bagi pelaksana, fasilitator dan penyandang dana.(27) Secara teori, monitoring dapat diartikan sebagai sebuah kegiatan yang berkelanjutan yang bertujuan untuk menyediakan data dari sebuah program yang sedang berlangsung dengan memperhatikan indikasi awal kemajuan atau kemunduran dalam pencapaian hasil bagi pihak manajemen dan pemangku kebijakan, sedangkan evaluasi diartikan sebagai pengujian selektif yang mencoba menilai kemajuan program dan pencapaian hasil secara sistematis dan obyektif.(28)

Implementation mengacu pada sejauh mana sebuah program dapat tersampaikan dan diterima sebagaimana mestinya. Analisis terhadap implementasi sangat penting dilakukan dalam menentukan intervensi seperti apa yang cocok diberikan pada suatu kelompok sasaran.(19) Pengetahuan karyawan puskesmas mengenai penerapan K3 secara global sudah cukup baik, meskipun dalam pelaksanaannya masih ada beberapa pelanggaran yang dilakukan. Sangatlah disayangkan karena tidak adanya sanksi yang tegas terhadap pelanggaran sehingga pada beberapa orang yang belum memiliki kesadaran untuk menerapkan K3 akan terus mengulang kesalahannya. Meskipun pada sebagian puskesmas tidak secara khusus mengenai penerapan K3 serta telah adanya komitmen bersama untuk penerapan K3 puskesmas namun ternyata sosialisasi tetap perlu dilakukan sebelum penerapan sebuah program baru. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siw Carljford, dkk, yang diketahui bahwa sosialisasi dan pembiasaan terbukti lebih efektif dalam penggunaan peralatan medis yang baru dibandingkan apabila tanpa sosialisasi.(22)

Penerapan K3 puskesmas juga menghadapi berbagai hambatan, yang dapat bersumber dari internal maupun eksternal puskesmas. Faktor internal yang menjadi hambatan dalam penerapan K3 antara lain adalah kurangnya tenaga yang kompeten dalam bidang K3 di puskesmas, masih lemahnya upaya pembudayaan K3 di puskesmas, terbatasnya anggaran untuk memenuhi sarana prasarana yang menunjang K3, masih lemahnya monitoring dan evaluasi serta kurangnya kesadaran dari masing-masing petugas untuk menerapkan K3 dalam aktivitas pekerjaan sehari-hari. Sedangkan yang menjadi faktor eksternal yaitu masih kurangnya dukungan dari instansi pembina dalam hal pengawasan program.

Kurangnya sosialisasi tentang penerapan K3 puskesmas juga menyebabkan lemahnya monitoring dan evaluasi program karena masih ada beberapa kepala puskesmas yang belum memahami tentang penerapan K3 puskesmas serta pentingnya monitoring dan evaluasi program dalam rangka penilaian capaian keberhasilan. Dukungan dari Dinas Kesehatan yang dirasakan masih kurang juga menyebabkan lemahnya monitoring dan evaluasi program di puskesmas karena puskesmas merasa tidak adanya perhatian dalam hal penerapan K3 puskesmas. Hal lain yang juga dirasakan sebagai hambatan adalah sulitnya pembudayaan SPO serta kurangnya kesadaran dari masing-masing individu untuk menerapkan K3 puskesmas. Penggunaan APD yang kurang nyaman seringkali dijadikan alasan bagi karyawan untuk tidak menggunakannya.

Maintenance adalah sejauh mana seseorang mempertahankan perubahan perilaku dalam jangka panjang serta sejauh mana keberlanjutan suatu program dari waktu ke waktu dalam sebuah organisasi.(19) Tantangan terbesar dari suatu program adalah menjaga keberlangsungan perubahan perilaku, baik secara individual maupun secara kelompok.(29) Upaya-upaya yang dilakukan harus terarah, terencana dan terkoordinasi untuk menjaga kelestarian program. Motivasi sangat dibutuhkan dalam bekerja, sehingga pekerja dapat merasa nyaman dengan pekerjaannya dan bekerja secara optimal. Motivasi tersebut

dapat berupa materi, pengakuan maupun penghargaan.(30) Dukungan pimpinan secara tidak langsung mempengaruhi produktivitas pekerja.(31) Berkurangnya produktivitas pekerja dapat mempengaruhi keberhasilan program. Jawaban dari beberapa informan menyatakan bahwa dukungan kepala puskesmas dalam penerapan K3 cukup baik namun dari pihak kepala puskesmas merasakan kurangnya dukungan dari Dinas Kesehatan. Kurangnya dukungan dari Dinas Kesehatan menjadikan puskesmas seringkali merasa menanggung beban tanggung jawab program sendirian.

Sebagian besar informan yang merupakan tenaga medis dan non medis telah mengetahui fungsi dan manfaat penggunaan APD dalam pekerjaan mereka sehari-hari. Bahkan sebagian dari mereka juga sudah pernah mendapatkan pelatihan tentang pemadaman kebakaran. Namun mereka merasa masih perlu mendapatkan pelatihan tentang K3 puskesmas untuk melengkapi pengetahuan yang telah mereka miliki saat ini. Selain itu mereka merasakan perlu dilakukan sosialisasi yang rutin dan berulang, terutama dalam hal kepatuhan pemakaian APD dan penerapan SPO sehingga diharapkan nantinya penerapan K3 puskesmas dapat membudaya dalam pelaksanaan pekerjaan sehari-hari.

Pembudayaan penerapan K3 puskesmas diharapkan mampu menciptakan rasa aman dan terlindungi dalam bekerja serta dapat mengurangi timbulnya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Harapan tersebut juga yang disampaikan oleh sebagian besar informan. Hal tersebut dapat terwujud namun dibutuhkan kerja keras dan komitmen dari seluruh elemen yang terkait, baik kepala puskesmas, pelaksana K3 puskesmas, seluruh karyawan puskesmas, pasien dan pengunjung puskesmas serta Dinas Kesehatan selaku instansi pembina.

KESIMPULAN

Capaian penerapan K3 puskesmas belum sesuai dengan yang diharapkan. Penggunaan APD, ketersediaan APAR dan antiseptik, pengelolaan limbah serta penerapan SPO menjadi poin kegiatan yang dilaksanakan di seluruh puskesmas. Selain itu juga ada kegiatan pemeriksaan kesehatan berkala dan tes kebugaran karyawan yang rutin dilaksanakan. Sampai saat ini hal-hal tersebut diatas yang lebih dulu mendapatkan perhatian dalam penerapan K3 puskesmas. Sedangkan untuk kelengkapan sarana dan prasarana yang mendukung K3 belum terlalu menjadi prioritas karena dibutuhkan sumber dana yang cukup besar untuk mencukupinya. Kurangnya sosialisasi dan dukungan dari instansi pembina merupakan sebagian faktor penghambat dalam penerapan K3 puskesmas, selain masih kurangnya kesadaran individu dan kelengkapan sarana prasarana penunjang penerapan K3 puskesmas.

Saran yang diberikan untuk dapat meningkatkan kualitas penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) puskesmas di Kabupaten Semarang antara lain dengan melakukan sosialisasi tentang penerapan K3 puskesmas secara rutin minimal 1 (satu) kali setahun bagi seluruh karyawan puskesmas, yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan sesuai tupoksi masing-masing bekerjasama dengan organisasi profesi terkait (IDI, IBI, PPNI, dsb) dalam bentuk workshop.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014;
2. Ocupacional R, Pelos E, Que E, Na A, Saúde PÀ. ORIGINAL ARTICLE OCCUPATIONAL RISK FACED BY NURSES WHO ACT AT PRIMARY HEALTH. 2013;7(3).

3. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996;54–80.
4. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk Teknis Tata Laksana Klinis Ko-Infeksi TB - HIV. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2012.
5. Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olah Raga. Pedoman Keselamatan dan Kesehatan Kerja Puskesmas. Kementerian Kesehatan RI; 2011.
6. Kementerian Kesehatan RI. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009;
7. Pousette A, Larsman P, Eklöf M, Törner M. The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare – A multi-level investigation. *J Safety Res.* 2017;61:187–98.
8. Undang-undang No.13 Th 2003. undang-undang No.13 Th. 2003;(1).
9. Rafiei M, Ezzatian R, Farshad A, Sokooti M. Occupational Health Services Integrated in Primary Health Care in Iran. 2015;81(4).
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. 2015;
11. Sugiyono. Memahami Penelitian Kualitatif. Cetakan Ke. Bandung: Penerbit Alfabeta; 2016. 234 p.
12. J. Moleong L. Metodologi Penelitian Kualitatif. Ed. Revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya; 2013. 410 p.
13. Notoatmojo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Revisi. Jakarta: Rineka Cipta; 2010. 115-197 p.
14. Creswell JW. Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed. Cetakan IV. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2014. 383 p.
15. Eko. Putro W. Teknik Penyusunan Instrumen Penelitian. 2012.
16. Siswanto dkk. Metodologi Penelitian Kombinasi Kualitatif Kuantitatif Kedokteran & Kesehatan. Cetakan Ke. Klaten: Penerbit BOSSSCRIPT; 2017. 490 p.
17. Miles M, Huberman A, Saldana J. *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook.* 3th editio. California: Sage Publications Inc.; 2013.
18. Forman J, Heisler M, Damschroder LJ, Kaselitz E, Kerr EA. Development and application of the RE-AIM QuEST mixed methods framework for program evaluation. *Prev Med Reports [Internet].* 2017;6:322–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.04.002>
19. Glasgow RE, Klesges LM, Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Vogt TM. Evaluating the impact of health promotion programs: Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. *Health Educ Res.* 2006;21(5):688–94.
20. Jang M, Chao A, Whittemore R. Evaluating Intervention Programs Targeting Parents to Manage Childhood Overweight and Obesity: A Systematic Review Using the RE-AIM Framework. *J Pediatr Nurs [Internet].* 2015;30(6):877–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.004>
21. Denny HM. Impact of Occupational Health Interventions in Indonesia. 2012;(January).

22. Carlfjord S, Andersson A, Bendtsen P, Nilsen P, Lindberg M. Applying the RE-AIM framework to evaluate two implementation strategies used to introduce a tool for lifestyle intervention in Swedish primary health care. *Health Promot Int.* 2012;27(2):167–76.
23. Glasgow R, Vogt T, Boles S. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health [Internet].* 1999;89(9):1322–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508772/>
24. Jasiulewicz-Kaczmarek M, Szwedzka K, Szczuka M. Behaviour Based Intervention for Occupational Safety – Case Study. *Procedia Manuf [Internet].* 2015;3(Ahfe):4876–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.promfg.2015.07.615>
25. Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 73 tahun 2011 tentang Pembangunan Bangunan Gedung Negara. 2011;(1).
26. Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *J Safety Res [Internet].* 2013;45:95–101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2013.01.008>
27. Augustinavicius JL, Greene MC, Lakin DP, Tol WA. Monitoring and evaluation of mental health and psychosocial support programs in humanitarian settings: A scoping review of terminology and focus. *Confl Health.* 2018;12(1):1–11.
28. United Nations Development Group. Result-based management handbook : harmonizing RBM concepts and approaches for improved development result at country level. New York: IASC; 2011.
29. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice.* 4th editio. 2008.
30. Ganta VC. Motivation in the Workplace To Improve the Employee Performance Vinay Chaitanya Ganta. *Int J Eng Technol Manag Appl Sci* www.ijetmas.com [Internet]. 2014;2(6):2349–4476. Available from: <http://www.ijetmas.com/admin/resources/project/paper/f201411201416479373.pdf>
31. Version A. Durham Research Online. *J Bus ethics [Internet].* 2016;44(April):0–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.07.015>
<http://scitation.aip.org/content/aip/journal/jap/102/2/10.1063/1.2756072>