

**PERBEDAAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTEK
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA PADA
DUA KELOMPOK TENAGA KERJA WANITA
PEMECAH BATU
DI KOTA SEMARANG**



Tesis
untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2

Magister Promosi Kesehatan

Sri Anerusi
E4C001046

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2004**

Pengesahan Tesis

**PERBEDAAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTEK
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA PADA DUA
KELOMPOK WANITA PEMECAH BATU
DI KOTA SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Sri Anerusi

NIM : E4C001046

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal : 28 Juli 2004

Pembimbing I

Dra. Tinuk Istiarti, M.Kes
NIP 130 764 483

Pembimbing II

Dr. Ari Suwondo, MPH
NIP 131 610 342

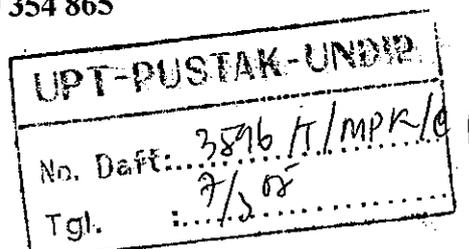
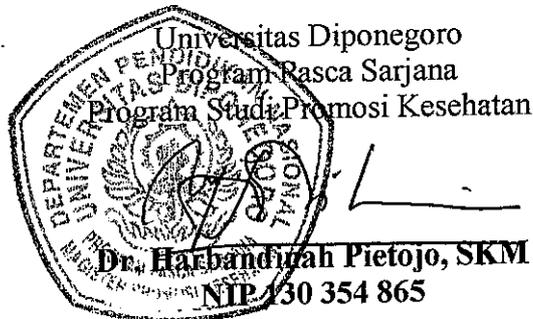
Penguji I

Hanifa Maher Denny, SKM, MPH
NIP 132 089 990

Penguji II

Dr. Muchtadi, MSc

Semarang, Juli 2004



PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Juli 2004

Sri Anerusi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : SRI ANERUSI

Tempat/tanggal lahir : Semarang, 30 November 1968

Alamat : Jl. Tampomas Utara III/31
Semarang

Agama : Kristen Protestan

Riwayat Pendidikan :

- Lulus SD Negeri Petompon I Semarang tahun 1981
- Lulus SMP Negeri 4 Semarang tahun 1984
- Lulus SMA Masehi I Semarang tahun 1987
- Lulus sebagai Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang tahun 1993

Riwayat Pekerjaan :

- Staf Puskesmas Prambanan I Kabupaten Sleman DI Yogyakarta tahun 1994 – 1998
- Staf Bidang Desentralisasi & Tugas Pembantuan Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 1998 – 2001
- Staf Seksi Kesehatan Kerja dan Kesehatan Institusi Subdin PKPL Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2001 - sekarang

MOTTO

**Nilailah kebaikan orang lain terhadap kamu, tetapi hapuskanlah
semua jasa yang pernah kamu berikan kepada orang lain**

(Ajaran welas asih Avalokitesvara Bodhisattva)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Tesis ini kupersembahkan kepada :

Pekerja informal yang tak tersentuh dan tak terlindungi

&

Kaum wanita yang berusaha keras untuk meninggikan martabatnya

KATA PENGANTAR

Pertama-tama kami ucapkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas berkat dan anugrahnya sehingga kami dapat menyelesaikan tesis dengan judul :

“Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Praktek Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Dua Kelompok Tenaga Kerja Pemecah Batu di Kota Semarang” .

Dalam menyelesaikan tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, dan dalam kesempatan ini perkenankanlah kami menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk menempuh pendidikan Magister Promosi Kesehatan.
2. Dra. VG Tinuk Istiarti ,MKes dan dr. Ari Suwondo, MPH selaku Pembimbing I dan Pembimbing II.
3. Hanifa Maher Denny, SKM,MPH dan dr. Muchtadi, MSc selaku Penguji I dan Penguji II.
4. Kepala Puskesmas Rowosari Kota Semarang sebagai tempat penelitian
5. Kepala Puskesmas Pudukpayung sebagai kelompok uji validitas dan reabilitas
6. Dr. Wahyu Rahadi, MPH dan dr. Endang Agustinar, MKes yang sudah memberi dukungan untuk memulai studi.
7. Drg. Retno Budiastuti, MS dan dr. IGA Trimurti selaku Kepala Seksi dan seluruh staf seksi Kesehatan Kerja dan Kesehatan Institusi Subdin Promkes dan PL Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang telah memberi dorongan dan semangat untuk menyelesaikan studi.
8. Seluruh pengajar Magister Promkes , dan Rahmat Widiono.

9. Dukungan doa dari ibuku, dan suamiku Joko Winarno beserta ketiga mutiara hatiku : Adam, Bayu, & Chandra.
10. Teman-teman seangkatan di Magister Promkes : Pak Eko, bu Tatik, Mbak Meita, Mas Sumarhendro, Dik Irna, dan Dik Trixie (kita selalu ada kenangan).
11. Dan semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan memberikan balasan atas bantuan yang telah diberikan pada kami. Kami menyadari masih banyak kekurangan dari penulisan tesis ini, karena keterbatasan kami. Selanjutnya kami mohon kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan tesis ini. Semoga bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, Juli 2004

Penulis

ABSTRACT

Sri Anerusi

The Difference in Knowledge, Attitude, and Behavior of Occupational Health and Safety between Two Groups of Female Stone Breakers in Semarang

Seventy to eighty percent of workers are working in informal sectors and are not yet covered by the occupational health and safety program. In Central Java, most of the stone breakers are female, who are not insured by the safety program. The general purpose of this research was to know the difference in knowledge, attitude, and behavior of two groups of female stone breakers. One group was guided and supervised by public health centers officers, while the other was not.

This research uses analytical descriptive survey method by cross sectional design to describe how the respondents implemented occupational health and safety program. For some factors needed, the data were quantitatively and qualitatively collected. The data were collected through the results of structured interviews with the respondents. Female stone breakers residing in Kecamatan Rowosari Kota Semarang. Thirty female stone breakers of the population were taken as a sample of stone breakers guided and supervised by the public health center officers, while the control group consists of 30 female stone breakers who were not guided and supervised. "Independent t test" and "logistic regression" were used to analyze and statistically test the data.

The results of the research indicate the difference in knowledge, attitude, and behavior between the two groups of female stone breakers. From the statistical *independent t test*, there was a significant difference in knowledge, attitude, and behavior between the two groups ($p=0,00 < 0,05$). The results of statistical bivariat *logistic regression* show the influence of age, education, and wages to guidance of K3 programs. And the multivariat statistical *logistic regression* show that wages were the most influence.

Keywords : knowledge, attitude, behavior, occupational health & safety, female workers

Bibliography : 55 (1988 – 2003)

ABSTRAK

Sri Anerusi

Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Praktek Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Dua Kelompok Tenaga Kerja Wanita Pemecah Batu di Kota Semarang

Tenaga kerja di Indonesia 70 – 80% berada pada sektor informal dan belum terorganisir oleh program keselamatan dan kesehatan kerja (K3). Di Jawa Tengah sebagian besar tenaga kerja pemecah batu adalah wanita yang belum mempunyai perlindungan K3. Secara umum tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek keselamatan dan kesehatan kerja (K3) pada dua kelompok tenaga kerja wanita pemecah batu. Secara khusus bertujuan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek dua kelompok wanita pemecah batu yang tidak dibina dan dibina oleh petugas puskesmas.

Metode penelitian yang dilakukan adalah penelitian survei yang bersifat deskriptif menggunakan rancangan *cross sectional*, yaitu untuk menggambarkan pelaksanaan program K3 responden. Adapun pengambilan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif untuk beberapa faktor yang dibutuhkan. Pengumpulan data dilakukan melalui hasil wawancara terstruktur terhadap responden. Populasi adalah pekerja wanita pemecah batu yang berdomisili di Kecamatan Rowosari Kota Semarang. Sampel diambil adalah 30 orang pekerja wanita pemecah batu yang telah dibina oleh petugas kesehatan dan 30 orang pekerja wanita pemecah batu yang tidak dibina oleh petugas puskesmas. Uji statistik menggunakan uji beda "*independent t- test*" dan regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek antara dua kelompok wanita pemecah batu yang tidak dibina dan dibina. Hasil uji statistik *independent t-test* menunjukkan ada perbedaan yang bermakna pada pengetahuan, sikap, dan praktek antara kelompok tidak dibina dan kelompok dibina ($p=0,00 < 0,05$). Hasil uji statistik *regresi logistik* bivariat menunjukkan bahwa umur, pendidikan, dan pendapatan mempunyai pengaruh terhadap pembinaan program K3. Sedangkan hasil uji statistik multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa pendapatan merupakan variabel yang paling mempengaruhi keberhasilan pembinaan.

Kata Kunci : Pengetahuan, sikap,praktek, K3, tenaga kerja wanita
Kepustakaan : 55, 1988 - 2003

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Pernyataan.....	iii
Riwayat Hidup.....	iv
Motto.....	v
Halaman Persembahan.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Abstrak.....	ix
Daftar Isi	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiv
Bab I Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	5
1.3. Manfaat Penelitian	5
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.5. Keaslian Penelitian	6
Bab II Tinjauan Pustaka	9
2.1. Tenaga Kerja Wanita	9
2.2. Pendidikan Kesehatan	11
2.3. Pekerja Informal.....	14
2.4. Perilaku Kesehatan.....	16
2.5. Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	18

	2.6. Gangguan kesehatan akibat kerja	19
	2.7. Ergonomi.....	26
	2.8. Kerangka Teori ..	27
	2.9. Kerangka Konsep	28
	2.10. Hipotesis Penelitian.....	30
Bab III	Metode Penelitian	31
	3.1. Bahan / materi penelitian	31
	3.1.1. Rancangan penelitian	31
	3.1.2. Lokasi penelitian	32
	3.1.3. Populasi dan sampel.	32
	3.2. Alat penelitian	33
	3.3. Definisi Operasional	34
	3.4. Pengolahan data dan analisa data	37
	3.5. Langkah-langkah penelitian.....	38
	3.6. Hasil uji validitas dan reabilitas.....	39
	3.6.1. Hasil uji validitas kuesioner.....	39
	3.6.2. Hasil uji reabilitas kuesioner.....	43
Bab IV	Hasil dan Pembahasan.....	44
	4.1. Hasil Penelitian.....	44
	4.3.1. Gambaran umum lokasi penelitian.....	44
	4.2. Karakteristik Responden.....	45
	4.3.1. Distribusi responden menurut umur.....	45
	4.3.2. Distribusi responden menurut pendidikan.....	46
	4.3.3. Distribusi responden menurut pendapatan.....	46
	4.3.4. Distribusi responden menurut jumlah keluarga.....	47
	4.3.5. Distribusi responden menurut peranya dalam keluarga.....	48

4.3.6.	Distribusi responden menurut mata pencaharian.....	49
4.3.7.	Distribusi responden menurut lama kerja	50
4.3.8.	Distribusi responden menurut lama kerja sehari.....	50
4.3.9.	Perbedaan pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina.....	51
4.3.10.	Perbedaan sikap responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina.....	55
4.3.11.	Perbedaan praktek responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina.....	58
4.2.12.	Pengaruh umur pekerja terhadap pembinaan program K3.....	60
4.2.13.	Pengaruh pendidikan pekerja terhadap pembinaan program K3.....	62
4.2.14.	Pengaruh pendapatan pekerja terhadap pembinaan program K3.....	64
4.3.	Pembahasan.....	66
4.3.1.	Analisis perbedaan pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina.....	67
4.3.2.	Analisis perbedaan sikap responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina.....	68
4.3.3.	Analisis perbedaan praktek responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina... 69	
4.3.4.	Pengaruh umur responden terhadap pembinaan pada	

	kelompok dibina	70
4.3.5.	Pengaruh pendidikan responden terhadap pembinaan pada kelompok dibina	71
4.3.6.	Pengaruh pendapatan responden terhadap pembinaan pada kelompok dibina	72
Bab V	Kesimpulan dan Saran.....	75
5.1	Kesimpulan	75
5.2	Saran.....	76
Daftar Pustaka.		
Lampiran-lampiran		

DAFTAR GAMBAR

	Halaman	
Gambar 2.1	Gambaran Perilaku menurut L. Green	18
Gambar 2.2	Kerangka teori	27
Gambar 2.3	Kerangka konsep	29
Gambar 3.1	Rancangan penelitian	31

DAFTAR TABEL HASIL PENELITIAN

	Halaman
Tabel 4.1 Nilai corrected item-total correlation butir pertanyaan pada Variabel pengetahuan	40
Tabel 4.2 Nilai corrected item-total correlation butir pertanyaan pada Variabel sikap	41
Tabel 4.1 Nilai corrected item-total correlation butir pertanyaan pada Variabel praktek	42
Tabel 4.4 Data koefisien reabilitas kuesioner dengan menggunakan Rumus (Alpha)	43
Tabel 4.5 Distribusi responden menurut umur	45
Tabel 4.6 Distribusi responden menurut pendidikan	46
Tabel 4.7 Distribusi responden menurut pendapatan	47
Tabel 4.8 Distribusi responden menurut jumlah keluarga	48
Tabel 4.9 Distribusi responden menurut perannya dalam keluarga	49
Tabel 4.10 Distribusi responden menurut mata pencaharian	49
Tabel 4.11 Distribusi responden menurut masa kerja sebagai pemecah batu	50
Tabel 4.12 Distribusi responden menurut lama kerja dalam sehari	51
Tabel 4.13 Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan	52
Tabel 4.14 Distribusi responden menurut sikap	55
Tabel 4.15 Distribusi responden menurut praktek	58
Tabel 4.16 Pengetahuan responden berdasarkan umur	60

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Untuk dapat mewujudkan angkatan kerja Indonesia yang terlindungi kesehatan dan keselamatan kerja, pembangunan di bidang kesehatan mempunyai tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

GBHN 1993 menegaskan bahwa pembangunan ketenagakerjaan merupakan upaya menyeluruh dan ditujukan pada peningkatan, pembentukan dan pengembangan tenaga kerja yang berkualitas, produktif, efisien, efektif dan berjiwa wirausaha, sehingga mampu mengisi, menciptakan dan memperluas lapangan kerja serta kesempatan usaha.

Dalam UU no 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, kesehatan kerja merupakan upaya kelima dari 15 upaya kesehatan, begitu juga dinyatakan bahwa kesehatan kerja diselenggarakan untuk mewujudkan produktivitas kerja yang optimal agar setiap pekerja dapat bekerja sehat tanpa membahayakan diri sendiri dan masyarakat sekelilingnya, dan sejalan dengan program pelayanan kesehatan tenaga kerja.

Keselamatan dan kesehatan di tempat kerja serta lingkungan kerja yang sehat merupakan asset yang sangat tinggi nilainya bagi individu, masyarakat dan negara. Jadi keselamatan dan kesehatan kerja memberikan kontribusi pada seluruh peningkatan kualitas hidup individu dan masyarakat bahkan negara. ⁽¹¹⁾

UPT-PUSTAK-UNDIP

Untuk mencapai tujuan kesehatan kerja diperlukan program kesehatan kerja yang bersifat komprehensif, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta melibatkan tenaga- tenaga yang bersifat multidisiplin.

Menyongsong era globalisasi, *ILO on Occupational and Safety Management System* memutuskan tentang penerapan secara internasional program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) sebagai salah satu syarat dalam standar internasional yang berkaitan dengan perdagangan bebas. ⁽⁸⁾

Perkembangan industri di Indonesia saat ini berlangsung amat pesat, baik industri formal maupun industri informal di rumah tangga, pertanian, perdagangan dan perkebunan. Hal ini akan menimbulkan lapangan kerja baru dan menyerap tambahan angkatan kerja baru pada tahun 2000 berjumlah 95.650.691 orang, dimana sebagian besar angkatan kerja ini (70-80%) berada di sektor informal. Semua industri, baik formal maupun informal diharapkan dapat menerapkan Program Keselamatan & Kesehatan Kerja (K3). ⁽⁸⁾

Dalam proses produksi sebagai struktur dasar aktivitas perekonomian, tenaga kerja wanita merupakan faktor produksi yang sangat penting. Mereka memiliki peran ganda, karena disamping sebagai faktor produksi, juga bertindak sebagai pelaku ekonomi. Berbeda dengan faktor produksi lain yang bersifat pasif (modal, bahan baku, mesin, tanah), tenaga kerja wanita berkemampuan bertindak aktif dan berkemampuan mempengaruhi atau melakukan manajemen terhadap faktor produksi lain yang terlibat dalam proses produksi.

Dengan demikian, meski sekecil apapun peran yang dimainkannya dalam proses produksi, setiap tenaga kerja wanita dituntut untuk memiliki kemampuan manajerial sesuai dengan tingkatannya masing-masing agar mampu mengoptimalkan fungsi faktor produksi komplementer lainnya. Di samping itu, mereka juga dituntut untuk memiliki skil yang mendukung kinerja mereka sebagai faktor produksi. Untuk memperoleh hasil yang optimal dari suatu proses produksi yang melibatkan tenaga kerja, diperlukan persyaratan kesehatan jasmani dan rohani yang cukup dari tenaga kerja bersangkutan ⁽⁴⁸⁾

Pada satu sisi, wanita sebagai individu tidak dapat melepaskan diri dari keinginan untuk mencapai keseimbangan antara pemenuhan aspirasi pribadi mandiri, pemeran aktif dalam pembangunan, anggota masyarakat, dan aspirasinya sebagai ibu rumah tangga. Kemajuan dan peningkatan kaum wanita yang sangat besar di dunia kerja sudah bukan persoalan baru lagi. Sudah terbukti bahwa wanita pun dapat berbuat banyak seperti pria, bahkan bisa melebihi yang telah diperbuat kaum pria. ⁽²⁾

Sektor informal adalah sektor kerja yang belum terorganisir dengan baik, sehingga segala peraturan dan perundangan ketenagakerjaan belum dapat dilaksanakan sebaik-baiknya, oleh karena itu kecelakaan dan keselamatan kerja belum dapat dipantau. Selama resesi ekonomi (1997-2000) sektor informal tampil sebagai katup pengaman dalam problema ketenagakerjaan di Indonesia, sehingga eksistensi sektor informal tidak dapat diabaikan. Keterbatasan lapangan kerja sektor informal dalam menyerap tenaga kerja memaksa setiap pencari kerja untuk bekerja apa saja dalam mempertahankan hidupnya, karena akibat desakan ekonomi dan

sempitnya lapangan kerja menuntut upaya pemecahan masalah dengan alternatif yang sesuai, yaitu bekerja pada sektor informal. ⁽¹⁾

Makna “bekerja” bagi perempuan sering dianggap sekedar membuang waktu, bukan sedang memupuk karier atau sesuatu yang begitu penting. Meskipun sebenarnya dia telah mengerjakannya selama bertahun-tahun dan dengan resiko yang tidak kecil pula ⁽²²⁾. Dipandang dari sisi manusiawi kegiatan perempuan pelaku sektor informal merupakan kegiatan mulia dan esensial dalam rangka memenuhi hajat hidup diri sendiri dan keluarga. Demikian pula seperti yang telah dilakukan oleh wanita yang memilih bekerja sebagai tenaga pemecah batu, mereka juga mempunyai risiko untuk mendapatkan kecelakaan dan terkena penyakit akibat dari pekerjaannya sebagai pemecah batu. Dari hasil Laporan Kegiatan Rapid Assesment Kesehatan Kerja Sektor Informal untuk Pemecah Batu di Jawa Tengah tahun 2002 oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah menunjukkan bahwa jenis kelamin pemecah batu tradisional sebagian besar adalah wanita (58,4%). Demikian pula di Kecamatan Rowosari Kota Semarang sebanyak 103 pekerja pemecah batu adalah wanita, dan yang telah mendapatkan pembinaan dari petugas kesehatan (puskesmas) hanya 30 orang saja (29%).

Dengan latar belakang tersebut di atas, peneliti ingin melakukan penelitian mengenai pengetahuan dan sikap dengan praktek kesehatan dan keselamatan kerja (K3) pada tenaga kerja sektor informal, khususnya pada tenaga wanita yang memilih sebagai tenaga pemecah batu sebagai pekerjaannya, dengan melihat perbedaan antara dua kelompok pekerja yaitu kelompok yang dibina dan yang tidak dibina.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang menunjukkan bahwa 70 –80% tenaga kerja berada pada sektor informal dan belum terorganisasinya program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) bagi pekerja, serta sebagian besar tenaga kerja pemecah batu di Jawa Tengah (58,4%) adalah wanita yang belum mempunyai perlindungan K3 dan di Kecamatan Rowosari wanita pemecah batu hanya 29% yang pernah dibina program K3, maka timbul masalah penelitian “ Adakah perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek K3 antara kelompok yang dibina dengan kelompok yang tidak dibina dalam program K3?”.

1.3. Manfaat penelitian

1. Dapat memberikan manfaat bagi masyarakat pekerja informal, khususnya pekerja pemecah batu sebagai sasaran pembinaan.
2. Dapat memberikan masukan kepada Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, khususnya bagi Seksi Kesehatan Kerja dan Kesehatan Institusi yang menangani kesehatan kerja sektor informal, sebagai bahan pengambilan kebijaksanaan.
3. Dapat memberikan masukan kepada almamater untuk menambah wacana sebagai bekal pengabdian di masyarakat.
4. Kepada peneliti lain dapat menambah kemampuan dalam mengkaji persoalan secara ilmiah.

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek keselamatan dan kesehatan kerja antara 2 (dua) kelompok yang dibina dan yang tidak dibina program keselamatan dan kesehatan kerja (K3).

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan tentang keselamatan dan kesehatan kerja antara kelompok yang dibina dengan yang tidak dibina program K3.
- b. Untuk mengetahui perbedaan sikap terhadap keselamatan dan kesehatan kerja antara kelompok yang dibina dengan yang tidak dibina program K3.
- c. Untuk mengetahui perbedaan praktek keselamatan dan kesehatan kerja antara kelompok yang dibina dengan kelompok yang tidak dibina program K3.
- d. Untuk mengetahui pengaruh umur terhadap pembinaan program K3.
- e. Untuk mengetahui pengaruh pendidikan terhadap pembinaan program K3.
- f. Untuk mengetahui pengaruh pendapatan terhadap pembinaan program K3.

1.5. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian tentang tenaga kerja wanita dan kesempatan kerja telah dilakukan antara lain:

- a. Penelitian tentang ergonomi terhadap pekerja pemecah batu di Kecamatan Mallusetasi Kabupaten Barru Sulawesi Selatan oleh Syaiffudin P, Muh Yahya dan Haruna tahun 1999, dimana penelitian tersebut mengkaji peralatan yang digunakan oleh pekerja pemecah batu baik kelompok wanita, kelompok pria, maupun kelompok anak - anak, serta mengkaji sikap kerja pekerja bila disesuaikan dengan antropometri pekerja.

- b. Penelitian tentang pengembangan model pembinaan dalam peningkatan partisipasi karyawan pada pelaksanaan K3 dan produktivitas kerja di industri Sandang II Makateks Makassar, Sulawesi Selatan oleh Marsus Suti, Muh Yahya, dan Rosyadi tahun 1999, dimana hasil penelitian menunjukkan adanya kecenderungan pengetahuan karyawan, sikap terhadap program K3 dan partisipasi karyawan pada pelaksanaan program K3 ditinjau dari aspek pendidikan, umur dan masa kerja sebagian besar berada pada kategori sedang dan tingkat produktivitas kerja ditinjau dari aspek pendidikan.

- c. Penelitian tentang perempuan pelaku sektor informal di pantai Losari Kota Makassar oleh Umar Alimin, tahun 2001, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa sektor informal merupakan salah satu alternatif lapangan kerja yang paling memungkinkan bagi wanita berpendidikan

rendah, tidak memiliki modal, kurang ketrampilan, dan telah berkeluarga karena dapat dikombinasikan dengan pekerjaan rumah tangga.

Sedangkan penelitian yang dilakukan adalah mengenai perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek keselamatan dan kesehatan kerja pada dua kelompok tenaga kerja sektor informal wanita pemecah batu.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tenaga kerja wanita

Wanita memulai peranannya di rumah sebagai pribadi, istri dan ibu rumah tangga. Orang percaya bahwa sudah sewajarnya wanita hidup di lingkungan rumah tangga karena wanita mempunyai tugas alamiah yang diberikan Allah yaitu melahirkan dan menyusui anaknya, mengatur rumah, memberikan perhatian kepada suami agar rumah tangga tetap tenteram adalah tugas wanita. Dengan demikian seolah-olah tujuan wanita hanyalah untuk menikah dan membina keluarga.

Menurut Christine Oppong dan Katee Church (1981) ⁽⁵²⁾ wanita mempunyai tujuh peranan penting yaitu :

1. Peranan sebagai orang tua (Parental role);
2. Peranan karena perkawinan (Conjugal role);
3. Peranan karena kedudukan (Occupational role);
4. Peranan dalam rumah tangga (Domestic role);
5. Peranan dalam suatu kekerabatan (Kin role);
6. Peranan dalam masyarakat (Community role);
7. Peranan sebagai pribadi (Individual role).

Peranan-peranan tersebut pada pelaksanaannya saling berbaur menjadi satu, sehingga sering kali tidak dapat dipisahkan sedang berperan sebagai apakah wanita pada saat ini.

Peningkatan peranan wanita sebagai mitra sejajar dengan pria dalam pembangunan berarti meningkatkan tanggungjawab wanita sebagai pribadi yang mandiri dalam lingkungan keluarga dan masyarakat. Dengan demikian bersama pria, wanita bertanggungjawab atas kesejahteraan dan kebahagiaan keluarga. Untuk mewujudkan hal tersebut diperlukan kerja keras disertai meningkatkan kualitas, produktivitas tenaga kerja wanita sebagai insan pembangunan yang tangguh di berbagai sektor⁽⁵²⁾.

Banyaknya industri rumah tangga dan tumbuhnya industri di kota-kota yang mensyaratkan sifat-sifat yang cenderung menjadi sifat perempuan seperti sifat halus, sabar, tekun, dan rajin membuka peluang bagi perempuan dalam kegiatan industri. Berdasarkan kenyataan tersebut dapatlah dinyatakan bahwa peranan tenaga kerja perempuan di sektor industri jumlahnya semakin besar. Makin besarnya tenaga kerja di sektor industri selain disebabkan karena perubahan sosial di bidang tenaga kerjaan, juga disebabkan adanya jaminan dari undang-undang yang memberi kesempatan dan peranan yang sama kepada laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan pekerjaan⁽²⁰⁾.

Tatkala perempuan dituntut untuk bekerja sebagai konsekuensi dari meningkatnya pendidikan mereka atau meluasnya permintaan tenaga kerja murah, perannya sebagai pengelola rumahtangga masih tetap menjadi tanggungjawabnya. Situasi ini menyebabkan perempuan memperoleh beban kerja berlipat ganda dan pada gilirannya berpengaruh pada kesehatan mereka⁽²³⁾.

2.2. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok ataupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni : a) input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidik (pelaku pendidikan), b) proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), c) output (melakukan yang diharapkan atau perilaku). Sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam kesehatan.⁽³²⁾

Dengan adanya pendidikan kesehatan diharapkan masyarakat dapat belajar tentang kesehatan dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela dalam tingkah laku mereka. Mereka melibatkan upaya meningkatkan harga diri dan pemberdayaan diri sedemikian rupa supaya berkemampuan melakukan tindakan kesehatan.⁽¹⁵⁾

Pendidikan kesehatan adalah merupakan "*behavioral investment*" jangka panjang. Hasil investment pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat⁽³²⁾.

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu.

Bertitik tolak dari konsep di atas maka pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu atau kelompok masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) mereka untuk mencapai kesehatan secara optimal.

Pembinaan di masyarakat biasanya tidak begitu memperhatikan tingkat pendidikan masyarakat sasaran, karena tingkat pendidikan mereka bermacam-macam. Untuk mencapai hasil yang optimal dari suatu pembinaan sebaiknya pendidikan dari sasaran harus diperhatikan, karena dapat menentukan metode yang cocok untuk suatu pembinaan, materi, dan teknik belajar mengajar.⁽³¹⁾ Hasil belajar pada orang dengan pendidikan tinggi lebih baik dari orang lain yang berpendidikan lebih rendah, dimana hasil belajar (menurut Gagne)⁽¹²⁾ tersebut merupakan kapabilitas dari orang tersebut yang berupa:

- Informasi verbal yaitu kapabilitas untuk mengungkapkan pengetahuan dalam bentuk bahasa, baik lisan maupun tertulis. Pemilikan informasi verbal memungkinkan individu berperanan dalam kehidupan.
- Ketrampilan intelektual adalah kecakapan yang berfungsi lingkungan hidup, mempresentasikan konsep dan lambang. Terdiri dari diskriminasi jamak, konsep konkret dan terdefinisi, kaidah, dan prinsip.
- Strategi kognitif adalah kemampuan menyalurkan dan mengarahkan aktivitasnya sendiri. Kemampuan ini meliputi penggunaan konsep dan kaidah dalam memecahkan masalah.

- Keterampilan motorik adalah kemampuan melakukan serangkaian gerak jasmani dalam urutan koordinasi, sehingga terwujud otomatisme gerak jasmani.
- Sikap adalah kemampuan menerima atau menolak obyek berdasarkan penilaian terhadap obyek tertentu.

Pendidikan kesehatan akan dapat mencapai sasaran sesuai dengan tujuannya apabila metode komunikasi yang digunakan tepat dan sesuai dengan lingkungan dimana proses komunikasi berlangsung. Agar pesan-pesan pendidikan tersebut dapat dipahami oleh orang dewasa dan dapat memberikan dampak perubahan perilaku adalah dengan memilihkan metode belajar mengajar yang tepat. Diskusi kelompok, studi kasus, dan simulasi merupakan metode yang cocok untuk pendidikan orang dewasa. Akan tetapi sering terjadi bahwa masyarakat tidak selalu dapat merasakan kebutuhan mereka sendiri. Untuk itu diperlukan upaya awal guna menumbuhkan rasa membutuhkan tersebut. ⁽³²⁾

Maslow , mengemukakan bahwa kebutuhan manusia terdiri dari 5 (lima) tingkat, yaitu kebutuhan fisik, keamanan, pengakuan dari orang lain, harga diri, dan perwujudan diri. Kebutuhan yang paling dasar harus terpenuhi terlebih dahulu sebelum ia mampu mencapai kebutuhan yang lebih tinggi tingkatannya. Di dalam pendidikan orang dewasa adalah menyangkut harga diri, apabila kebutuhan fisik (makanan) untuk mempertahankan hidupnya belum terpenuhi, maka pembinaan (dalam hal ini termasuk pendidikan orang dewasa) tidak akan berarti. Sebaliknya, jika

kebutuhan fisik (makanan) untuk mempertahankan hidupnya sudah terpenuhi, maka pembinaan akan menjadi berarti. ⁽³²⁾

Dengan mengetahui kebutuhan kelompok sebagai subjek pendidikan orang dewasa, maka dapat ditentukan strategi dan susunan belajar mengajar yang tepat. Strategi belajar yang tepat di sini mencakup isi atau materi belajar yang relevan, metode, dan teknik belajar mengajar yang sesuai dengan kondisi subjek belajar tersebut. Di dalam pendidikan orang dewasa terutama di dalam pendidikan non formal, yang terpenting adalah apa yang dipelajari subjek belajar, bukan apa yang diajarkan oleh pengajar. Ungkapan ini mengandung maksud, hasil akhir yang dinilai dalam pendidikan orang dewasa adalah apa yang diperoleh sasaran belajar, bukan apa yang dilakukan oleh pelatih atau fasilitator belajar. ⁽³²⁾

2.3. Pekerja Informal

Gambaran umum industri sektor informal menurut M. Mikheev (ICOHIS, 1997)⁽⁸⁾, adalah :

1. Mempunyai risiko bahaya pekerjaan yang tinggi
2. Keterbatasan sumber daya untuk meningkatkan kondisi lingkungan kerja dan pengadaan pelayanan kesehatan kerja yang adekuat.
3. Rendahnya kesadaran terhadap faktor-faktor risiko kesehatan kerja.
4. Kondisi pekerjaan yang tidak ergonomis, kerja fisik yang berat dan jam kerja yang panjang.

5. Struktur kerja dan yang beraneka ragam disertai rendahnya pengawasan manajemen dan pencegahan bahaya-bahaya pekerjaan.
6. Anggota keluarga seringkali terpajan bahaya-bahaya akibat pekerjaan.
7. Masalah perlindungan lingkungan tidak terpecahkan dengan baik.
8. Kurangnya pemeliharaan kesehatan kerja, jaminan sosial (asuransi kesehatan) dan fasilitas kesejahteraan.

Notoadmodjo ⁽³²⁾, menguraikan bahwa istilah sektor informal berasal dari terminologi ekonomi, yang dikenal sebagai sektor kegiatan ekonomi marginal atau kegiatan ekonomi kecil-kecilan. Ciri-ciri kegiatan ekonomi marginal yang dikategorikan ke dalam sektor informal antara lain sebagai berikut :

1. Pola kegiatannya tidak teratur, baik dalam arti waktu, permodalan, maupun penerimaannya;
2. Pada umumnya tidak tersentuh oleh peraturan dan ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah;
3. Modal, peralatan dan perlengkapan maupun omzetnya biasanya kecil dan diusahakan atas dasar hitungan harian;
4. Pada umumnya tidak mempunyai tempat usaha yang permanen dan terpisah dari tempat tinggal;
5. Tidak mempunyai keterikatan dengan usaha lain yang lebih besar;
6. Pada umumnya dilakukan oleh dan melayani golongan masyarakat yang berpendapatan rendah;

7. Tidak membutuhkan keahlian dan ketrampilan khusus, sehingga secara luwes dapat menyerap tenaga kerja dengan bermacam-macam tingkat pendidikan;
8. Umumnya tiap-tiap satuan usaha memperkerjakan tenaga dari lingkungan keluarga, kenalan atau berasal dari daerah yang sama.

Bekerja sebagai tenaga kerja pemecah batu merupakan salah satu bentuk kerja sektor informal yang ada pada masyarakat kita, karena mereka mempunyai ciri-ciri seperti yang disebutkan di atas. Berdasar hasil Rapid Assesment Pekerja Pemecah Batu yang dilakukan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2002, diperoleh data bahwa :

1. Pola kegiatan tidak diatur oleh sistem manajemen profesional, baik mengenai waktu dan permodalan, pada umumnya tidak tersentuh peraturan/ ketentuan dari pemerintah;
2. Tidak mempunyai keterikatan dengan tenaga lain, modal serta omzet kecil;
3. Dilakukan oleh golongan ekonomi lemah, tidak selalu menggunakan tenaga ahli/ terdidik dengan ketrampilan formal;
4. Tenaga berasal dari lingkungan sekitarnya.

2.4. Perilaku Kesehatan

Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik yang dapat diamati secara langsung ataupun yang dapat diamati secara tidak langsung.⁽³²⁾ Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan manusia dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Faktor keturunan merupakan konsepsi dasar untuk perkembangan

perilaku manusia untuk selanjutnya, sedangkan lingkungan merupakan kondisi atau lahan untuk perilaku tersebut. Bentuk operasional perilaku dapat dikelompokkan dalam 3 (tiga) bentuk, yaitu :

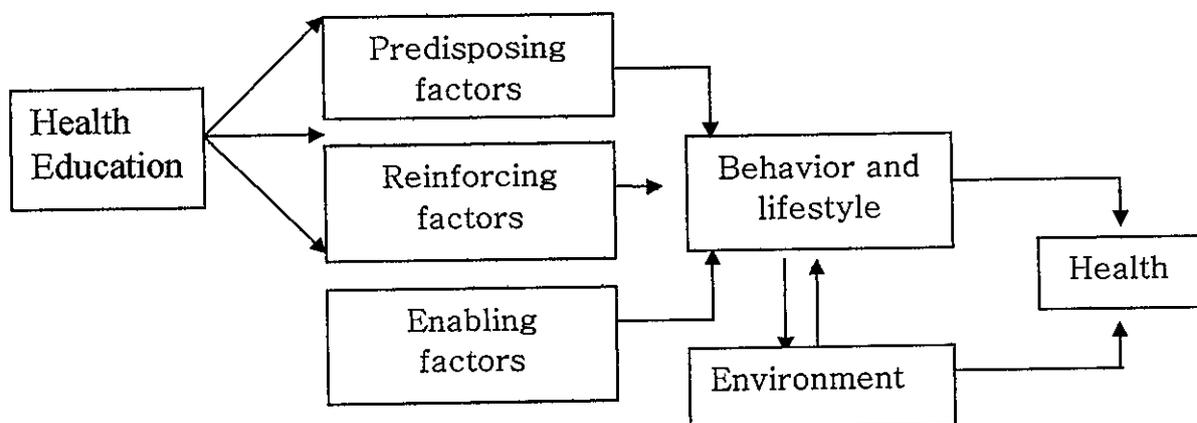
1. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar diri si-subyek;
2. Perilaku dalam bentuk sikap, tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar diri si-subyek;
3. Perilaku dalam bentuk tindakan nyata, berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

Green ⁽³³⁾ berpendapat bahwa ada tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat atau individu, sehingga individu / masyarakat tersebut akhirnya dapat berubah, yaitu :

- a. Faktor dasar (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai unsur-unsur lain yang ada dalam diri individu / masyarakat, faktor demografi (umur, jenis kelamin).
- b. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku dari orang lain, seperti orang tua, petugas kesehatan, teman dan tetangga
- c. Faktor pendukung (*enabling factors*), mencakup sumber daya, lingkungan fisik, fasilitas, jarak, sarana transportasi dan lain-lain.

Dengan melihat teori tersebut, bahwa perilaku individu atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan sebagainya

dari individu/masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu tersedianya fasilitas, sumber daya dan sikap perilaku para petugas kesehatan, orang tua, teman terhadap kesehatan akan memperkuat dan mendukung terbentuknya perilaku. Secara jelas gambaran perilaku kesehatan menurut L. Green ⁽¹⁶⁾ dapat dilihat pada gambar skema berikut ini :



Gambar 2.1. Gambaran Perilaku Kesehatan Menurut L. Green

Menurut Green dan Marshall ⁽¹⁷⁾ pendidikan kesehatan mempunyai peranan sangat penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga kelompok faktor tersebut agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari individu atau masyarakat terhadap program kesehatan dan keselamatan kerja.

2.5. Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan perkakas kerja, bahaya dan proses pengolahannya, tempat kerja dan lingkungannya serta cara-cara

melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja memiliki sasaran segala tempat kerja, baik di darat, di dalam tanah, permukaan air, di dalam air maupun di udara. ⁽⁷⁾

Kesehatan kerja bukan hanya dalam arti fisik, akan tetapi juga dalam arti mental, sosial mencakup rancang bangun ruang dan tata letak peralatan kerja supaya tidak rawan kecelakaan. Dengan demikian maka sebenarnya faktor yang mempengaruhi kesehatan kerja sangat kompleks. ⁽²³⁾

Sering terjadi kasus kecelakaan kerja yang berakibat fatal “hanya” karyawan enggan mengenakan peralatan keselamatan kerja (*safety equipment*). Ketika kemudian menjadi cacat, akhirnya ia sendiri dan keluarganya menyesal dan meratap tanpa bisa berbuat apa-apa. Kepedulian terhadap keselamatan diri sendiri masih harus ditingkatkan, padahal semua aturan keselamatan kerja, termasuk pemakaian peralatannya ditujukan untuk keselamatan semua karyawan. Pemakaian perlengkapan kerja semestinya dijadikan kebutuhan yang didasari kesadaran sendiri, bukan kewajiban yang dipaksakan ⁽⁹⁾.

2.6. Gangguan kesehatan akibat kerja

Semakin tinggi ketrampilan kerja yang dimiliki, semakin efisien badan dan jiwa bekerja, sehingga beban kerja menjadi relatif sedikit. Kesegaran jasmani dan rohani adalah penunjang penting produktivitas seseorang dalam kerjanya. Kesegaran tersebut dimulai sejak memasuki pekerjaan dan terus dipelihara selama bekerja, bahkan sampai setelah berhenti bekerja. Kesegaran jasmani dan rohani tidak saja pencerminan kesehatan fisik dan mental, tetapi juga gambaran keserasian

penyesuaian seseorang dengan pekerjaannya, yang banyak dipengaruhi oleh kemampuan, pengalaman, pendidikan dan pengetahuan yang dimilikinya.⁽²⁾

Pemeliharaan dan pengawasan kesehatan tenaga kerja dilakukan sedini mungkin. Tingkat gizi, terutama bagi pekerja kasar dan berat adalah faktor penentu derajat produktivitas kerjanya. Makanan bagi pekerja berat ibarat bensin untuk kendaraan bermotor. Beban kerja yang terlalu berat sering disertai penurunan berat badan.⁽⁵⁾

Jika tidak ada kesetimbangan terdapatlah keadaan labil bagi tenaga kerja dan akan berakibat gangguan daya kerja, kelelahan, gangguan kesehatan, bahkan penyakit, cacat dan kematian. Penyakit akibat demikian mungkin berupa pemburukan penyakit-penyakit umum dengan frekuensi dan beratnya meningkat, tapi mungkin pula menjadi penyakit akibat kerja. Gangguan-gangguan kesehatan akibat kerja bisa dihindarkan, asal pekerja dan pimpinan ada kemauan baik untuk mencegahnya. Cara-cara mencegah gangguan tersebut adalah⁽⁴⁷⁾:

1. Substitusi, yaitu mengganti bahan yang lebih berbahaya dengan bahan yang kurang berbahaya atau tidak berbahaya;
2. Ventilasi umum, yaitu mengalirkan udara sebanyak menurut perhitungan ke dalam ruang kerja, agar kadar dari bahan-bahan yang berbahaya oleh pemasukan udara ini lebih rendah daripada kadar yang membahayakan, yaitu kadar Nilai Ambang Batas (NAB). NAB adalah kadar yang padanya atau di bawah padanya, apabila pekerja-pekerja menghirupnya 8 jam sehari, 5 hari seminggu, tidak akan menimbulkan penyakit atau kelainan;

3. Ventilasi keluar setempat (*local exhauster*), ialah alat yang biasanya menghisap udara di suatu tempat kerja tertentu, agar bahan-bahan dari tempat tertentu itu yang membahayakan dihisap dan dialirkan keluar;
4. *Isolasi*, yaitu mengisolasi operasi atau proses dalam perusahaan yang membahayakan;
5. Pakaian pelindung, misalnya : masker, kacamata, sarung tangan, sepatu, topi, pakaian, dan lain-lain;
6. Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, yaitu pemeriksaan kesehatan kepada calon pekerja untuk mengetahui apakah calon tersebut serasi dengan pekerjaan yang akan diberikan kepadanya, baik fisik maupun mentalnya;
7. Pemeriksaan kesehatan berkala / ulangan, untuk evaluasi apakah faktor-faktor penyebab itu telah menimbulkan gangguan-gangguan / kelainan-kelainan kepada tubuh pekerja atau tidak;
8. Penerangan / penyuluhan sebelum kerja agar mereka lebih berhati-hati;
9. Pendidikan tentang kesehatan dan keselamatan kepada pekerja secara kontinu, agar pekerja tetap waspada dalam menjalankan pekerjaannya.

Sementara itu faktor-faktor yang menjadi penyebab penyakit akibat kerja adalah sebagai berikut⁽⁴⁷⁾ :

1. Golongan fisik, seperti :
 - a. Suara, yang bisa menyebabkan pekak atau tuli;

- b Radiasi sinar-sinar Ro atau sinar-sinar radio aktif, yang menyebabkan antara lain penyakit susunan darah dan kelainan-kelainan kulit;
 - c Suhu yang terlalu tinggi menyebabkan “*heat stroke*”, “*heat cramps*” atau “*hyperyrexia*”, sedangkan suhu-suhu yang rendah antara lain menimbulkan “*frosbite*”;
 - d Tekanan yang tinggi menyebabkan “*Caisson disease*”
 - e Penerangan lampu yang kurang baik dapat menyebabkan kelainan kepada indera penglihatan atau kesilauan yang memudahkan terjadinya kecelakaan.
2. Golongan *chemis*, yaitu :
- a Debu yang dapat menyebabkan *pneumoconioses*, di antaranya : *silicosis*, *asbestosis*, dan lain-lain;
 - b Uap yang diantaranya menyebabkan “*metal fume fever*”, dermatitis, atau keracunan;
 - c Gas, misalnya keracunan CO, H₂S dan lain-lain;
 - d Larutan, yang misalnya menyebabkan dermatitis;
 - e Awan atau kabut, misalnya racun serangga, racun jamur dan lain-lain yang dapat menyebabkan keracunan.
3. Golongan infeksi;
4. Golongan fisiologis, yang disebabkan oleh kesalahan-kesalahan konstruksi mesin, sikap badan kurang baik, salah cara melakukan pekerjaan dan lain-lain yang dapat menimbulkan kelelahan fisik, bahkan lambat laun perubahan fisik tubuh pekerja;

5. Golongan mental-psikologis, terlihat pada hubungan kerja yang tidak baik, atau keadaan membosankan.

Cara menegakkan diagnosa penyakit akibat kerja berbeda dengan diagnosa penyakit-penyakit umum, pemeriksaan klinis dan laboratoris belum cukup, melainkan harus diperiksa pula tempat, cara, dan syarat-syarat kerja. Selain itu sebagai tambahan kepada cara anamnesa yang biasa harus pula dipertanyakan riwayat pekerjaan dari si sakit. Langkah-langkah untuk menegakkan diagnosa penyakit akibat kerja adalah sebagai berikut ⁽⁴⁷⁾ :

1. Riwayat penyakit dan riwayat pekerjaan, untuk mengetahui adanya kemungkinan bahwa salah satu faktor di tempat kerja atau dalam pekerjaan yang bisa menyebabkan penyakit;
2. Pemeriksaan klinis, untuk menemukan tanda-tanda dan gejala-gejala yang sesuai dengan sindrom, yang sering khas untuk suatu penyakit yang disebabkan oleh salah satu faktor penyebab penyakit akibat kerja;
3. Pemeriksaan laboratorium, untuk mencocokkan apakah benar atau tidaknya bahwa penyakit yang bersangkutan ada dalam tubuh manusia. Tidak cukup hanya ada penyebab kualitatif saja melainkan harus diketahui penyebab kuantitatif;
4. Pemeriksaan Ro, untuk membantu penyakit akibat kerja karena penimbunan debu di dalam paru-paru;
5. Pemeriksaan tempat kerja, untuk mengukur ada dan banyaknya faktor penyebab penyakit di tempat kerja. Hasil pengukuran bersifat kuantitatif untuk mengambil kesimpulan;

6. Hubungan antara bekerja dan tidak bekerja. Pada umumnya gejala penyakit akibat kerja akan mengurang, bahkan hilang sama sekali, apabila si penderita tidak masuk kerja, dan gejala akan timbul jika masuk kerja kembali.

Penyakit akibat kerja dapat disembuhkan dengan penekanan kepada penyebab penyakit, jadi berarti terapi kausal dan disertai terapi simptomatis seperlunya saja. Pada penyakit yang tidak ada terapi kausalnya serta penyakit yang mengakibatkan kecacatan sebaiknya bersikap harus mencegahnya. Yang dianggap sebagai terapi kausal adalah memberantas faktor-faktor penyebab penyakit yang ada di dalam lingkungan atau pekerjaan itu sendiri⁽⁴⁷⁾.

Laki – laki dan wanita berbeda dalam kemampuan fisiknya, kekuatan kerja ototnya. Berdasar pengalaman, ternyata biologi wanita tidak mempengaruhi kemampuan fisik, melainkan lebih banyak bersifat sosial dan kultural, kecuali bagi mereka yang mengalami kelainan haid (dysmenorrhoea).⁽⁴⁵⁾ Wanita yang bekerja sebagai pemecah batu dalam bekerja mereka terpapar sinar matahari karena mereka bekerja pada siang hari. Di daerah tropis masalah pemaparan panas menjadi faktor penting yang harus diperhatikan, karena tubuh sendiri ketika melakukan aktifitas juga mengeluarkan panas⁽¹¹⁾. Salah satu akibat dari pemaparan panas adalah dehidrasi, yaitu tubuh menjadi letih, lesu, lemas, mengantuk, bahkan sampai menyebabkan muntah.

Dalam bekerja, para pemecah batu sering berkelompok dan bekerja bersama-sama. Hal tersebut menyebabkan suara pada saat batu dipecah. Suara yang berulang-ulang secara bersamaan menyebabkan suara. Jika bunyi – bunyi atau suara sumbang

tersebut tidak dikehendaki maka dinyatakan sebagai kebisingan ⁽³⁶⁾. Sedangkan gerakan memecah batu secara berulang – ulang terus menerus menyebabkan efek getaran pada sebagian anggota tubuh bagian tangan dan telapak tangan. Getaran pada tangan (the Hand-Arm Vibration Syndrome/HAVS) berhubungan dengan Reynoud's phenomom (telapak tangan pucat) dapat menyebabkan sistem saraf kehilangan kepekaan terhadap temperatur dan rasa sakit. Gejala ini juga berhubungan dengan Carpal Tunnel Syndrome (CTS) dengan gejala sebagai berikut⁽¹¹⁾:

- a. Gejala dini : intermittent paresthesia (nyeri tertusuk), hyperesthesia (terlalu sensitif), hypoesthesia (kurang sensitif).
- b. Kesakitan atau kesemutan pada malam hari (sering, hingga mengganggu tidur).
- c. Bengkak walaupun kecil atau tak terlihat.
- d. Jika gejala meningkat maka kesemutan pada ibu jari, jari telunjuk, dan jari manis tersebut merambat pada waktu siang hari.
- e. Penurunan kemampuan dan daya jepit terhadap benda.
- f. Thenar muscle pada dasar ibu jari mengalami atrophi dan kehilangan kekuatan.
- g. Tidak bisa membedakan sentuhan panas dan dingin.
- h. Merasa kekuatan jari hilang
- i. Kesulitan bila mengelap sepatu atau mengambil benda-benda kecil

Kemungkinan lain risiko kecelakaan kerja bagi pemecah batu adalah : mata terpercik pecahan batu, terpukul palu, serta gangguan otot.

2.7 Ergonomi

Berbagai risiko terjadinya gangguan kesehatan akibat kerja dapat diantisipasi oleh semua pihak dengan cara penyesuaian antara pekerja, proses kerja, dan lingkungan kerja. Pendekatan ini dikenal sebagai pendekatan ergonomik.

International Labour Organization (ILO) mendefinisikan ergonomi sebagai berikut : Ergonomi ialah penerapan ilmu biologi manusia sejalan dengan ilmu rekayasa untuk mencapai penyesuaian bersama antara pekerjaan dan manusia secara optimum dengan tujuan agar bermanfaat demi efisiensi dan kesejahteraan. ⁽⁸⁾.

Dalam penerapan ergonomi akan dipelajari cara-cara penyesuaian pekerjaan yang meliputi : alat kerja, cara kerja, proses kerja dan lingkungan kerja dengan pekerja sebagai manusia, dengan memperhatikan kemampuan dan keterbatasan manusia pekerja tersebut sehingga tercapai suatu keserasian antara manusia pekerja dan pekerjaannya yang akan meningkatkan kenyamanan kerja dan produktivitas kerja. Seorang pekerja bila bekerja tidak ergonomik akan cepat merasa lelah, sering mengeluh sakit leher, sakit pinggang, rasa semutan dan pegal-pegal di lengan dan tungkai dan gangguan kesehatan lainnya. Ergonomi akan memainkan peran utama dalam mempercepat usaha peningkatan kesehatan dan keselamatan kerja serta produktivitas kerja. ⁽⁸⁾.

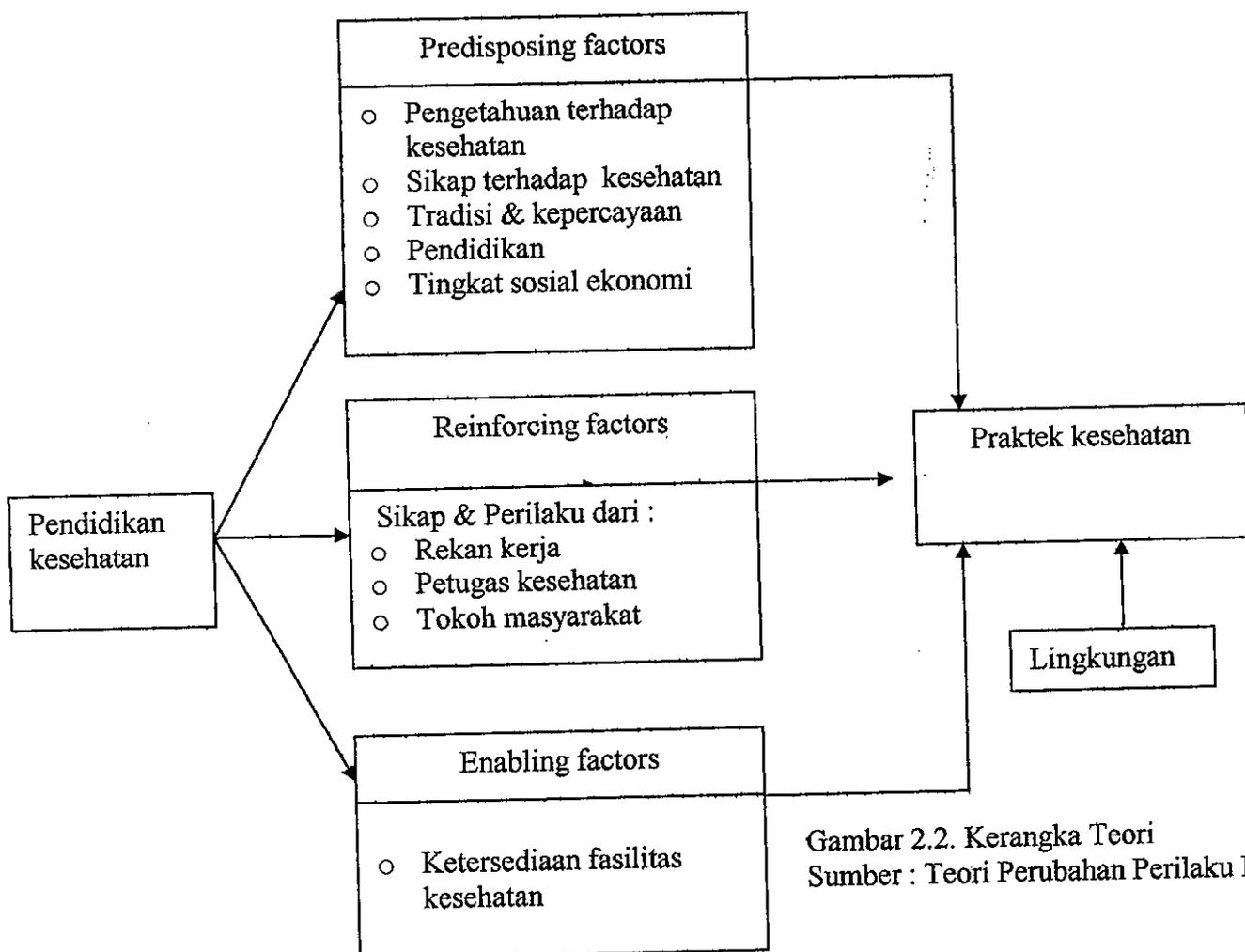
Sikap duduk yang kurang baik (tidak ergonomik) saat bekerja memecah batu mempunyai risiko gangguan kesehatan seperti : sakit pinggang, kesemutan, cepat lelah, dan pegal-pegal bagian tengkuk.

2.8. Kerangka teori

Teori Perubahan Perilaku dari L. Green ⁽¹⁷⁾

Ada 3 kelompok besar yang mempengaruhi perilaku yaitu :

1. Faktor *predisposing* (mudah terpengaruh)
2. Faktor *reinforcing* (pemungkin, hal yang memperkuat)
3. Faktor *enabling* (pemungkin, memberi kesempatan)



Gambar 2.2. Kerangka Teori
Sumber : Teori Perubahan Perilaku L. Green , 1

Faktor *predisposing*, yaitu dorongan yang berasal dari diri seseorang itu sendiri, memuat tentang pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan dalam hal ini pengetahuan dan sikap terhadap keselamatan dan kesehatan kerja pada tenaga kerja wanita tersebut yang memudahkan atau menghalangi motivasi untuk praktek keselamatan dan kesehatan kerja

Faktor *reinforcing*, yaitu dorongan yang berasal dari orang-orang di lingkungan sekitar yang mampu memperkuat seseorang untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu, yaitu perilaku rekan kerja, petugas kesehatan dan tokoh masyarakat. Sebagai faktor pendorong (*reinforcing*), perilaku dan sikap rekan kerja maupun petugas kesehatan yang memberikan pembinaan hendaknya cocok dan sesuai dengan kebutuhan sasaran sehingga ada keinginan untuk merubah sikapnya.

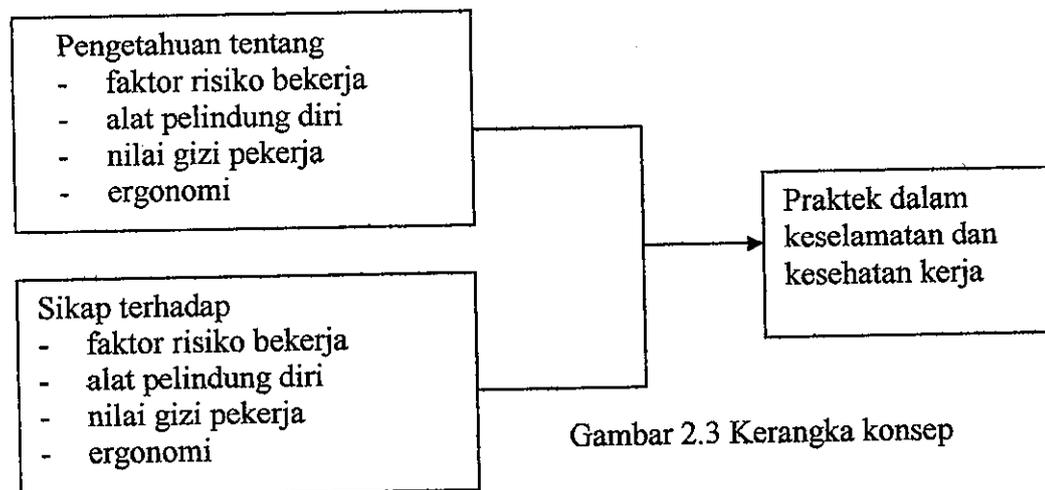
Faktor *enabling*, yaitu ketersediaan fasilitas kesehatan dan keselamatan kerja.

Environment (lingkungan), merupakan faktor eksternal bagi individu, berada di luar kontrol seseorang yang dapat dimodifikasi untuk meningkatkan/ mendukung perilaku, kesehatan atau kualitas hidup seseorang.

2.9. Kerangka konsep

Praktek keselamatan dan kesehatan kerja berhubungan dengan faktor dari dalam diri tenaga kerja wanita itu sendiri yaitu berupa pengetahuan tentang : faktor risiko bekerja, alat pelindung diri, nilai gizi pekerja, dan ergonomi dan sikap terhadap faktor risiko bekerja, alat pelindung diri, nilai gizi pekerja, dan ergonomi.

Untuk lebih jelasnya kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada bagan di bawah ini :



Gambar 2.3 Kerangka konsep

Penelitian ini hanya meneliti faktor predisposing saja, yaitu pengetahuan dan sikap pekerja wanita pemecah batu yang tidak dibina dan yang dibina. Berdasarkan tujuan penelitian untuk mengetahui adanya perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek K3 antara dua kelompok pekerja wanita pemecah batu yang tidak dibina dan yang dibina, maka pembinaan K3 sebagai usaha yang pernah dilakukan sebelumnya dapat memberikan pengaruh pada kedua kelompok tersebut.

Pembinaan yang pernah dilakukan oleh petugas kesehatan (puskesmas), adalah salah satu pemberian informasi tentang : faktor risiko bekerja, alat pelindung diri, nilai gizi kerja, dan ergonomi agar mereka mempunyai pengetahuan yang lebih baik dan dapat bersikap dan berpraktek positif terhadap K3 .

2.10 Hipotesis Penelitian

1. Ada perbedaan antara pengetahuan tentang keselamatan dan kesehatan kerja antara kelompok yang dibina dengan kelompok yang tidak dibina program K3;
2. Ada perbedaan antara sikap terhadap keselamatan dan kesehatan kerja antara kelompok yang dibina dengan yang tidak dibina program K3;
3. Ada perbedaan antara praktek keselamatan dan kesehatan kerja antara kelompok yang dibina dengan yang tidak dibina program K3.
4. Ada pengaruh antara umur pekerja terhadap pembinaan program K3
5. Ada pengaruh antara pendidikan pekerja terhadap pembinaan program K3
6. Ada pengaruh antara pendapatan pekerja terhadap pembinaan program K3

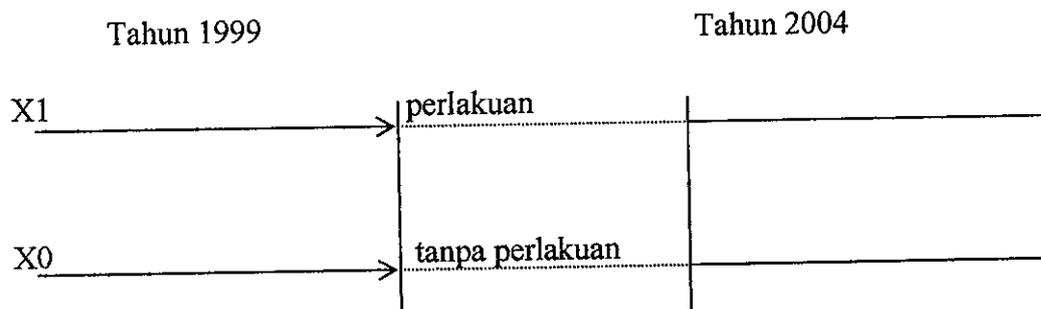
BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Bahan/ materi penelitian

3.1.1. Rancangan penelitian

Metode penelitian ini termasuk penelitian survei yang bersifat analitik menggunakan rancangan *cross sectional*, yaitu untuk menggali pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) responden. Adapun pengambilan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif untuk beberapa faktor yang dibutuhkan. Dalam hal ini data yang dipakai, adalah hasil wawancara langsung dengan responden.⁽¹⁹⁾ Untuk lebih jelasnya rancangan penelitian dapat dilihat pada bagan di bawah ini :



Gambar 3.1. Rancangan Penelitian

Keterangan :

- X1 = kelompok dibina
- X0 = kelompok tidak dibina
- Tahun 1999 = tahun pembinaan
- Tahun 2004 = pengambilan data penelitian

3.1.2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian di RW IX dan RW III Kecamatan Rowosari Kota Semarang dengan pertimbangan bahwa pemecah batu di wilayah tersebut semuanya adalah wanita yang bekerja sebagai pemecah batu tradisional, sebagian dari mereka ada yang sudah mendapat pembinaan dari petugas kesehatan dan sebagian belum dibina oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Rowosari dan Dinas Kesehatan Kota Semarang.

3.1.3. Populasi dan sampel

Populasi pada penelitian ini adalah tenaga kerja wanita yang bekerja di sektor informal sebagai tenaga pemecah batu tradisional di Kelurahan Rowosari Kota Semarang. Jumlah tenaga kerja pemecah batu di Kecamatan Rowosari adalah 103 orang. Pekerjaan memecah batu ada yang merupakan pekerjaan pokok ada pula yang pekerjaan sambilan.

Dari populasi tersebut, sebanyak 30 orang pemecah batu pernah dilakukan pembinaan oleh petugas puskesmas, dari 30 orang tersebut diambil sebagai sampel penelitian (responden). Pengambilan kelompok kontrol sebanyak 30 orang dilakukan penyetaraan (*matching*) terlebih dahulu berdasarkan : wanita, pekerjaan sebagai tenaga kerja pemecah batu, telah bekerja sebagai pemecah batu lebih dari 2 (dua) tahun.

3.2. Alat Penelitian

Alat penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif adalah berupa:

Kuesioner yang berisi identitas responden yang mencakup : alamat, umur, pendidikan, masa kerja, jumlah jam kerja. Pertanyaan tertutup mengenai pengetahuan , sikap dan praktek keselamatan dan kesehatan kerja dan beberapa pertanyaan mendalam mengenai keselamatan dan kesehatan kerja, alat pelindung diri, pembinaan yang diharapkan, serta pelaksana pembinaan yang diharapkan.

1. Skala pengukuran pengetahuan

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner tertutup tentang keselamatan dan kesehatan kerja bagi pekerja wanita berupa pernyataan yang mendukung (favourable) diberi nilai 1 untuk jawaban yang salah (S) dan nilai 2 untuk jawaban yang benar (B). Pada pernyataan yang tidak mendukung (unfavourable), nilai 2 untuk yang menjawab salah (S) dan nilai 1 untuk yang menjawab benar (B). Jumlah pertanyaan pengetahuan sebanyak 16 pertanyaan, dengan jumlah nilai tertinggi adalah 32 dan nilai terendah adalah 16.

2. Skala pengukuran sikap

Pada skala pengukuran sikap terhadap kesehatan dan keselamatan kerja digunakan kuesioner dengan 2 pilihan jawaban yang mendukung

(favourable), setuju (S) diberi nilai = 2 dan tidak setuju (TS) diberi nilai = 1. Dan untuk jawaban yang tidak mendukung (unfavourable), nilai = 1 untuk jawaban setuju (S) dan nilai = 2 untuk jawaban tidak setuju (TS). Jumlah pertanyaan sikap sebanyak 16 pertanyaan, dengan nilai tertinggi 32 dan terendah 16.

3. Skala pengukuran praktek

Pada skala pengukuran praktek terhadap kesehatan dan keselamatan kerja digunakan kuesioner dengan 2 pilihan jawaban yang mendukung (favourable), melaksanakan (M/Ya) diberi nilai = 2 dan tidak melaksanakan (TM/ Tidak) diberi nilai = 1. Jumlah pertanyaan praktek sebanyak 16 pertanyaan, dengan nilai tertinggi 32 dan terendah 16.

Sedangkan pertanyaan untuk data kualitatif berjumlah 4 pertanyaan, dimaksudkan untuk mendapatkan informasi dari responden tentang K3 yang ingin responden ketahui lebih lanjut, pembinaan yang diharapkan, Alat Pelindung Diri (APD), dan siapa yang responden harapkan untuk memberikan pembinaan.

3.3 Definisi Operasional

3.5.1. Pengetahuan mengenai keselamatan dan kesehatan kerja merupakan kemampuan responden menjelaskan tentang :

- faktor risiko bekerja
- alat pelindung diri

- nilai gizi dalam makanan sehari-hari
- ergonomi

Sedangkan nilai pengetahuan adalah angka yang didapatkan dari jawaban sejumlah pernyataan tentang pengetahuan responden pada kuesioner.

Pengetahuan K3 dikatakan :

- Baik jika jumlah skor 27- 32
- Sedang jika jumlah skor 21 - 26
- Kurang jika jumlah skor 16 – 20

Total nilai/ skor yang dipakai untuk melakukan uji statistik dalam skala interval.

3.5.2. Sikap terhadap keselamatan dan kesehatan kerja adalah pandangan positif (setuju) dan negatif (tidak setuju) responden tentang risiko bekerja secara terus menerus sebagai pemecah batu tanpa alat pelindung diri, dan mengabaikan nilai gizi dalam makanan sehari-hari, serta ergonomi.

Sikap K3 dikatakan :

- Baik jika jumlah skor 27 -32
- Sedang jika jumlah skor 21 - 26
- Kurang jika jumlah skor 16 – 20

Jawaban 'Ya' menunjukkan bahwa responden setuju terhadap pernyataan tersebut. Sedangkan jawaban 'tidak' pada menunjukkan responden tidak setuju pada pernyataan yang diajukan. Skor nilai 2 akan didapat jika

responden menjawab 'setuju' untuk pernyataan yang mendukung (favourable) dan jawaban 'tidak setuju' untuk pernyataan yang tidak mendukung (unfavourable) , sedangkan skor nilai 1 akan didapat jika responden menjawab 'tidak setuju' untuk pernyataan yang mendukung (favourable) dan jawaban 'setuju' untuk pernyataan yang tidak mendukung (unfavourable) atas pernyataan yang diajukan kepadanya.

3.5.3. Praktek keselamatan dan kesehatan kerja adalah bentuk tindakan nyata berupa perbuatan responden terhadap risiko bekerja secara terus menerus sebagai pemecah batu dengan/tanpa alat pelindung diri, dan memperhatikan/mengabaikan nilai gizi dalam makanan sehari-hari, serta ergonomi.

Praktek K3 dikatakan :

- Baik jika jumlah skor 27 - 32
- Sedang jika jumlah skor 21 - 26
- Kurang jika jumlah skor 16 - 20

Jika responden menjawab 'ya / melaksanakan' untuk pernyataan praktek yang mendukung (favourable) dan 'tidak/tidak melaksanakan' untuk pernyataan praktek yang tidak mendukung (unfavourable) maka responden akan mendapat skor nilai 2, sedangkan jika responden menjawab 'tidak / tidak melaksanakan' untuk pernyataan praktek yang mendukung (favourable) dan 'ya/melaksanakan' untuk pernyataan praktek yang tidak mendukung (unfavourable) maka responden akan mendapat skor nilai 1. Responden tidak

hanya sekedar menjawab atas pertanyaan yang telah diajukan kepadanya, tetapi juga diamati apakah jawaban yang diberikan tersebut benar-benar telah dipraktekkan, yaitu dengan pengamatan (observasi) pada saat bekerja .

3.4 Pengolahan data dan analisa data

Data Kuantitatif

- a. Setelah data terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data, mulai dari editing, koding, skoring, dan tabulasi , kemudian entry data dengan menggunakan komputer program SPSS *for Windows release 10.0*.
- b. Analisis data digunakan untuk menguji hipotesis penelitian. Dalam penelitian ini teknik analisis yang digunakan meliputi :

1. Univariat

Analisis ini menggunakan tabel distribusi frekuensi dengan mengelompokkan skor menjadi kategori, dimaksudkan untuk menggambarkan umur, pendidikan, masa kerja, jumlah jam kerja, pengetahuan, sikap, dan praktek.

Kegiatan yang dimaksud adalah melihat rata-rata skor umur, pendidikan, masa kerja, jumlah jam kerja, pengetahuan, sikap , dan praktek.

2. Bivariat

Untuk mengetahui ada / tidaknya perbedaan rata-rata skor pengetahuan, sikap, dan praktek pada kelompok yang telah dibina dan kelompok yang tidak dibina menggunakan uji beda (t- test) .

3. Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh umur, pendidikan, dan pendapatan terhadap pembinaan program K3 hanya pada kelompok yang dibina dengan menggunakan statistik regresi logistik.

Data Kualitatif

Untuk mendapatkan data kualitatif dilakukan wawancara mendalam yang bertujuan untuk menggali lebih dalam mengenai topik yang akan diteliti, yaitu sejauh mana mereka memahami pentingnya keselamatan dan kesehatan kerja bagi pekerja seperti mereka. Wawancara mendalam dilakukan setelah dilakukan pengumpulan data dengan kuesioner pertanyaan tertutup selesai. Wawancara mendalam dilakukan terhadap 10 (sepuluh) orang pekerja, baik yang dibina maupun yang tidak dibina. Hasil wawancara berupa transkrip percakapan.

3.5. Langkah – langkah penelitian

1. Untuk mendapatkan lokasi penelitian dilakukan konsultasi dengan Dinas Kesehatan Kota Semarang.
2. Dari konsultasi tersebut diperoleh lokasi penelitian sesuai dengan kriteria, yaitu di Kecamatan Rowosari yaitu sebanyak 30 orang dari kelompok yang dibina (RW IX) dan 30 orang dari kelompok tidak dibina (RW III).
3. Sebelum dilakukan penelitian di Kecamatan Rowosari, dilakukan uji coba kuesioner di Kecamatan Pudukpayung.

4. Setelah kuesioner valid dan reliabel, dilakukan pengambilan data dengan kuesioner tersebut pada kedua kelompok wanita pemecah batu. Pengisian kuesioner dipandu oleh peneliti.
5. Setelah selesai pengumpulan data, dilakukan wawancara mendalam masing - masing 10 (sepuluh) orang pekerja baik kelompok dibina maupun kelompok tidak dibina.
6. Penelitian selesai dan dilanjutkan dengan pengolahan data.

3.6. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji Validitas dan Reliabilitas dilakukan di Kelurahan Pudakpayung Kecamatan Pudakpayung Kota Semarang dengan jumlah responden 30 orang tenaga wanita pemecah batu, pada tanggal 24 April sampai dengan 1 Mei 2004.

Kuesioner yang dilakukan uji coba adalah kuesioner tentang variabel pengetahuan, sikap dan praktek. Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner adalah sebagai berikut :

3.6.1. Hasil Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan analisis butir (item) yaitu dengan mengkorelasikan skor item dengan skor total per konstruk (*construct*) dan total skor seluruh item.

Butir – butir pertanyaan pada kuesioner dinyatakan valid apabila pada bagian *corrected item – total correlation* masing – masing indikator mempunyai koefisien korelasi di atas 0,41.⁽³⁸⁾

a. Uji Validitas Variabel Pengetahuan

Kuesioner untuk mengukur pengetahuan yang terdiri dari 16 item pertanyaan. Adapun hasil uji validitas kuesioner pada variabel pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1. Nilai *Corrected Item - Total Correlation* Butir Pertanyaan Pada Variabel Pengetahuan

No	Butir Pertanyaan	Nilai <i>corrected item - total correlation</i>	Keterangan
1.	Pengetahuan 1	0,5863	Valid
2.	Pengetahuan 2	0,4628	Valid
3.	Pengetahuan 3	0,4865	Valid
4.	Pengetahuan 4	0,7561	Valid
5.	Pengetahuan 5	0,7522	Valid
6.	Pengetahuan 6	0,6926	Valid
7.	Pengetahuan 7	0,5082	Valid
8.	Pengetahuan 8	0,7561	Valid
9.	Pengetahuan 9	0,7223	Valid
10.	Pengetahuan 10	0,5082	Valid
11.	Pengetahuan 11	0,4628	Valid
12.	Pengetahuan 12	0,5611	Valid
13.	Pengetahuan 13	0,7561	Valid
14.	Pengetahuan 14	0,7522	Valid
15.	Pengetahuan 15	0,5753	Valid
16.	Pengetahuan 16	0,6026	Valid

Berdasarkan tabel 3.1 tersebut semua item pernyataan valid karena nilai *corrected item - total correlation* lebih dari 0,41, untuk selanjutnya digunakan untuk penelitian.

b. Uji Validitas Variabel Sikap

Kuesioner untuk mengukur sikap yang terdiri dari 16 item pernyataan.

Adapun hasil uji validitas kuesioner pada variabel sikap adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2. Nilai *Corrected Item - Total Correlation* Butir Pertanyaan Pada Variabel Sikap

No	Butir Pertanyaan	Nilai <i>corrected item - total correlation</i>	Keterangan
1.	Sikap 1	0,811	Valid
2.	Sikap 2	0,8016	Valid
3.	Sikap 3	0,6075	Valid
4.	Sikap 4	0,4903	Valid
5.	Sikap 5	0,4854	Valid
6.	Sikap 6	0,8111	Valid
7.	Sikap 7	0,7136	Valid
8.	Sikap 8	0,6271	Valid
9.	Sikap 9	0,4389	Valid
10.	Sikap 10	0,8111	Valid
11.	Sikap 11	0,016	Valid
12.	Sikap 12	0,5307	Valid
13.	Sikap 13	0,4903	Valid
14.	Sikap 14	0,5095	Valid
15.	Sikap 15	0,8111	Valid
16.	Sikap 16	0,7136	Valid

Tabel 3.2 tersebut menunjukkan bahwa semua item pernyataan valid karena nilai *corrected item - total correlation* lebih dari 0,41, untuk selanjutnya digunakan untuk penelitian.

c. Uji Validitas Variabel Praktek

Kuesioner untuk mengukur variabel praktek yang terdiri dari 16 item pertanyaan. Adapun hasil uji validitas kuesioner pada variabel praktek adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3. Nilai *Corrected Item - Total Correlation* Butir Pertanyaan Pada Variabel Praktek

No	Butir Pertanyaan	Nilai <i>corrected item - total correlation</i>	Keterangan
1.	Praktek 1	0,6429	Valid
2.	Praktek 2	0,5850	Valid
3.	Praktek 3	0,6792	Valid
4.	Praktek 4	0,5850	Valid
5.	Praktek 5	0,4790	Valid
6.	Praktek 6	0,7155	Valid
7.	Praktek 7	0,6848	Valid
8.	Praktek 8	0,5973	Valid
9.	Praktek 9	0,4302	Valid
10.	Praktek 10	0,7155	Valid
11.	Praktek 11	0,7440	Valid
12.	Praktek 12	0,6429	Valid
13.	Praktek 13	0,5850	Valid
14.	Praktek 14	0,4790	Valid
15.	Praktek 15	0,7155	Valid
16.	Praktek 16	0,6848	Valid

Berdasarkan tabel 4.3 tersebut, semua item pernyataan valid karena nilai *corrected item - total correlation* lebih dari 0,41, maka dapat digunakan untuk penelitian.

3.6.2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan metode *internal consistency*, yaitu metode untuk melihat sejauh mana konsistensi tanggapan responden terhadap item-item pertanyaan. Dalam penelitian ini pengukuran konsistensi tanggapan responden menggunakan *koefisien alfa cronbach*.

Secara umum reliabilitas dari variabel sebuah kuesioner dikatakan cukup baik apabila memiliki *koefisien alpha* antara 0,4 sampai 0,75 dan dianggap sangat baik bila memiliki *koefisien alpha* diatas 0,75 ⁽²⁶⁾. Uji reliabilitas dengan menggunakan *koefisien alpha* memberikan hasil sesuai dengan tabel 3.4. berikut ini.

Tabel 3.4. Data Koefisien Reliabilitas Kuesioner Dengan Menggunakan Rumus (*Alpha*)

No	Variabel	<i>Cronbach alpha</i>	Keterangan
1.	Pengetahuan	0,9165	Reliabel
2.	Sikap	0,9259	Reliabel
3.	Praktek	0,9169	Reliabel

Dari tabel 4.4 dapat diketahui bahwa kuesioner reliabel dan konsisten sehingga dapat digunakan pada penelitian yang akan dilaksanakan.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah Kelurahan Rowosari Kota Semarang terletak di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Lokasinya berada di pinggiran Kota Semarang dengan luas wilayah 719.577 ha mempunyai batas – batas wilayah sebagai berikut :

Sebelah Utara : Desa Kebun Batur Kabupaten Demak
Sebelah Selatan : Desa Kalikayen Kabupaten Semarang
Sebelah Barat : Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang
Sebelah Timur : Desa Banyumeneng Kabupaten Demak

Jumlah penduduk :

Laki –laki : 4.128 orang
Perempuan : 4.437 orang
Jumlah KK : 2.057 KK
Jumlah RW : 9 RW
Jumlah RT : 41 RT

Pendidikan

04 – 06 tahun : 1.731 orang
07 – 12 tahun : 1.483 orang
13 – 15 tahun : 1.016 orang
16 – 19 tahun : 961 orang

Kelompok Tenaga Kerja :

20 – 26 tahun : 1.063 orang
 27 – 40 tahun : 1.707 orang
 41 – 60 tahun : 1.279 orang

Kelompok Usia Lanjut :

61 tahun ke atas : 241 orang

4.2. Karakteristik Responden**4.2.1. Distribusi Responden Menurut Umur**

Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Umur

No	Umur Pembinaan	< 35 tahun		> 35 tahun		Jumlah
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1.	Kelompok tidak dibina	3	10	27	90	30
2.	Kelompok dibina	10	33,3	20	66,7	30

Berdasarkan tabel 4.5 terlihat bahwa jumlah responden baik dari kelompok dibina maupun tidak dibina sebagian besar berumur lebih dari 35 tahun. Pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang berumur di bawah 35 tahun sejumlah 3 orang (10 %) dan yang berumur di atas 35 tahun sejumlah 27 orang (90 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang berumur di bawah 35 tahun sejumlah 10 orang (33,3 %) dan yang berumur di atas 35 tahun sejumlah 20 orang (66,7 %).

4.2.2. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.6. Distribusi Responden Menurut Pendidikan.

No	Pendidikan	Tidak tamat SD		Tamat SD		Jumlah
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1.	Tidak dibina	24	80	6	20	30
2.	Kelompok dibina	21	70	9	30	30

Terlihat bahwa jumlah responden baik dari kelompok dibina maupun tidak dibina sebagian besar berpendidikan tidak tamat SD. Pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang tidak tamat SD sejumlah 24 orang (80 %) dan yang tamat SD sejumlah 6 orang (20 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang tidak tamat SD sejumlah 21 orang (70 %) dan yang tamat SD sejumlah 9 orang (30 %).

4.2.3. Distribusi Responden Menurut Pendapatan

Distribusi frekuensi responden menurut pendapatan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.7. Distribusi Responden Menurut Pendapatan

No.	Pembinaan	<Rp250.000 / bulan		Rp.250.000 - Rp500.000 / bulan		>Rp.500.000,- / bulan		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1.	Kelompok tidak dibina	23	76,7	6	20	1	3,3	30
2.	Kelompok dibina	24	80	6	20	-	-	30

Jumlah responden baik dari kelompok dibina maupun tidak dibina jika dilihat dari tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki pendapatan kurang dari Rp. 250.000,- / bulan. Pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang memiliki pendapatan kurang Rp 250.000,- sejumlah 23 orang (76,7 %), berpendapatan Rp 250.000 – 500.000,- sejumlah 6 orang (20 %) dan yang berpendapatan di atas Rp 500.000,- sejumlah 1 orang (3,3 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang berpendapatan di bawah Rp 250.000,- sejumlah 24 orang (80 %) dan yang berpendapatan antara Rp 250.000 – 500.000,- sejumlah 6 orang (20 %). Pada kelompok dibina, tidak ditemukan responden dengan pendapatan tinggi (lebih dari Rp. 500.000 ,- / bulan).

4.2.4. Distribusi Responden Menurut Jumlah Keluarga

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah keluarga adalah sebagai berikut :

Tabel 4.8. Distribusi Responden Menurut Jumlah Keluarga

No	Jumlah Keluarga Pembinaan	< 4 orang		4 –6 orang		> 6 orang		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1.	Kelompok tidak dibina	12	40	13	43,3	5	16,7	30
2.	Kelompok dibina	5	16,7	14	46,7	11	36,7	30

Dari tabel 4.8 tergambar bahwa pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang jumlah anggota keluarganya sedikit sejumlah 12 orang (40 %), yang berjumlah sedang sejumlah 13 orang (43,3 %) dan jumlah anggota keluarganya banyak sejumlah 5 orang (16,7 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang memiliki anggota keluarga sedikit sejumlah 5 orang (16,7 %), jumlah keluarga sedang sejumlah 14 orang (46,7 %) dan yang memiliki jumlah keluarga banyak sejumlah 11 orang (36,7 %).

4.2.5. Distribusi Responden Menurut Perannya Dalam Keluarga

Distribusi frekuensi responden berdasarkan kedudukannya dalam keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 4.9. Distribusi Responden Menurut Perannya Dalam Keluarga

No	Peran Dalam Keluarga	Kepala Keluarga (janda)		Anggota keluarga (ibu rumah tangga)		Jumlah
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1.	Kelompok tidak dibina	15	50	15	50	30
2.	Kelompok dibina	7	23,3	23	76,7	30

Pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang berperan sebagai kepala keluarga sejumlah 15 orang (50 %) dan berkedudukan sebagai anggota keluarga sejumlah 15 orang (50 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang berkedudukan sebagai kepala keluarga sejumlah 7 orang (23,3 %), dan yang berperan sebagai anggota keluarga sejumlah 23 orang (76,7 %).

4.2.6. Distribusi Responden Menurut Mata Pencapaian

Distribusi frekuensi responden berdasarkan mata pencapaian adalah sebagai berikut :

Tabel 4.10. Distribusi Responden Menurut Mata Pencapaian

No	Mata Pencapaian	Pekerjaan sambilan		Pekerjaan Pokok		Jumlah
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1.	Kelompok tidak dibina	-	-	30	100	30
2.	Kelompok dibina	3	10	27	90	30

Tabel 4.10 di atas menunjukkan bahwa seluruh responden yang berada dalam kelompok tidak dibina menyatakan bahwa memecah batu merupakan mata pencapaian pokoknya, sementara pada kelompok dibina jumlah responden yang

menganggap memecah batu merupakan mata pencaharian pokok sejumlah 27 orang (90 %) dan bukan merupakan mata pencaharian pokok (pekerjaan sambialan) sejumlah 3 orang (10 %).

4.2.7. Distribusi Responden Menurut Lama Kerja Sebagai Pemecah Batu

Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama kerjanya sebagai pemecah batu adalah sebagai berikut.

Tabel 4.11. Distribusi Responden Menurut Lama Kerja Sebagai Pemecah Batu

No	Lama Kerja	< 5 tahun		5-10 tahun		> 10 tahun		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1.	Kelompok tidak dibina	12	40	13	43,3	5	16,7	30
2.	Kelompok dibina	5	16,7	14	46,7	11	36,7	30

Kelompok tidak dibina jumlah responden memiliki masa kerja baru sejumlah 3 orang (10 %), masa kerja sedang sejumlah 13 orang (43,3 %) dan yang memiliki masa kerja lama sejumlah 14 orang (46,7 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang memiliki umur muda sejumlah 3 orang (10 %), memiliki umur sedang sejumlah 8 orang (26,7 %) dan yang memiliki masa kerja lama sejumlah 19 orang (63,3 %).

4.2.8. Distribusi Responden Menurut Lama Kerja Dalam Sehari

Distribusi frekuensi responden menurut lama kerja dalam sehari adalah sebagai berikut.

Tabel 4.12. Distribusi Responden Menurut Lama Kerja Dalam Sehari

No	Lama kerja / hari Pembinaan	< 4 jam		4 – 6 jam		> 6 jam		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1.	Kelompok tidak dibina	4	13,3	10	33,3	16	53,3	30
2.	Kelompok dibina	6	20	13	43,3	11	36,7	30

Lama kerja sehari dua kelompok responden tersebut berdasarkan tabel 4.12 terlihat bahwa pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang lama kerja sebagai pemecah batu dalam sehari kurang dari 4 jam sejumlah 4 orang (13,3 %), bekerja selama 4 – 8 jam sejumlah 10 orang (33,3 %) dan yang bekerja lebih dari 8 jam sehari sejumlah 16 orang (53,3 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang lama bekerja kurang dari 4 jam sejumlah 6 orang (20 %), lama bekerja 4 sampai 8 jam sejumlah 13 orang (43,3 %) dan yang lama bekerja lebih dari 8 jam sejumlah 11 orang (36,7 %).

4.2.9. Perbedaan Pengetahuan Responden Pada Kelompok Tidak Dibina Dengan Responden Pada Kelompok Dibina.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuannya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.13. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan

No	Tingkat Pengetahuan	Kurang (skor 16-20)		Sedang (skor 21 - 26)		Tinggi (skor 27 - 32)		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
	Pembinaan							
1.	Kelompok tidak dibina	17	56,7	12	40	1	3,3	30
2.	Kelompok dibina	6	20	8	26,7	16	53,3	30

Pengetahuan responden dilihat pada tabel 4.13 menggambarkan bahwa pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang sejumlah 17 orang (56,7 %), yang memiliki pengetahuan sedang sejumlah 12 orang (40 %) dan yang memiliki baik sejumlah 1 orang (3,3 %), sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang sejumlah 6 orang (20 %), yang memiliki pengetahuan sedang sejumlah 8 orang (26,7 %) dan yang memiliki pengetahuan baik sejumlah 16 orang (53,3 %), sehingga dapat disimpulkan bahwa jumlah responden dengan pengetahuan kurang pada kelompok tidak dibina lebih banyak jika dibandingkan dengan jumlah responden dengan pengetahuan kurang pada kelompok dibina sebaliknya jumlah responden dengan pengetahuan baik pada kelompok dibina lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dengan pengetahuan baik pada kelompok tidak dibina.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t menunjukkan bahwa rata - rata pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina (kontrol) adalah 1,47, sedangkan rata - rata pengetahuan responden pada kelompok dibina adalah 2,33. Sehingga dapat disimpulkan bahwa rata - rata pengetahuan responden pada

kelompok dibina lebih tinggi / lebih besar dibandingkan dengan rata – rata pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina.

Perbedaan pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina dapat diketahui apabila statistik hitung lebih kecil dari statistik tabel. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai t hitung (-4,819) lebih kecil dari nilai t tabel (dengan tingkat kepercayaan 95 % dan nilai derajat bebas 29) -2,045, maka dapat disimpulkan bahwa pembinaan yang dilakukan puskesmas terhadap pekerja pemecah batu ternyata mempengaruhi tingkat pengetahuan responden.

Tingkat probabilitas (sig. 2 tailed) adalah 0,000 , karena probabilitas kurang dari 0,05 menunjukkan perbedaan yang bermakna pada pengetahuan pekerja. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan antara pekerja wanita pemecah batu yang dibina dengan pekerja wanita pemecah batu yang tidak dibina.

Kajian lebih mendalam melalui wawancara mendalam terhadap 10 (sepuluh) orang pekerja wanita yang dibina dan tidak dibina mengenai tanggapannya terhadap keselamatan dan kesehatan kerja menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang tidak mendapatkan pembinaan menyatakan tidak mengetahui apa yang disebut dengan keselamatan dan kesehatan kerja. Sementara responden yang pernah mendapatkan pembinaan dapat menyatakan dengan benar walaupun ada satu dua responden yang masih salah dalam mempersepsikannya. Sebagaimana diungkapkan oleh responden 1 K dan Responden 2P berikut ini :

Kotak 1

Pertanyaan :

Apa yang anda ketahui tentang keselamatan & kesehatan kerja?

Jawaban :

" Ngge kulo, nek sakit nggih mboten saget nyambut gawe, nek kangge kerja cepet kesel"

Responden 1 K (tidak dibina)

" Miturut kulo, keselamatan kerja niku keselamatan sing hubungane kalih pekerjaan, keamanan tempat kerja, lingkungane, kalih cara-cara nglakoni pekerjaan nitik watu"

Responden 2 P (dibina)

Sedangkan pendapat tentang alat pelindung diri (APD) yang sebaiknya digunakan oleh tenaga kerja pemecah batu untuk melindungi diri dari bahaya selama bekerja, menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang belum pernah menerima pembinaan hampir semua menyebutkan alat pelindung diri (APD) yang sebaiknya digunakan oleh pekerja pemecah batu hanya menyebut 2 (dua) sampai 3 (tiga) macam APD yaitu karet kolong, sarung tangan, dan masker. Sementara sebagian besar responden yang pernah menerima penyuluhan menyatakan bahwa alat pelindung yang sebaiknya digunakan oleh pekerja pemecah batu lebih dari 3 (tiga) macam APD. Sebagaimana diungkapkan oleh responden 2 K dan 10 P berikut ini :

Kotak 2

Pertanyaan :

Alat Pelindung Diri (APD), yang digunakan oleh pemecah batu sebaiknya apa saja?

Jawaban :

"Nggih niku : karet ban, kalih sarung tangan"

Reponden 2 K (tidak dibina)

"Masker, kacamata, sarung tangan, topi, sandal, tutup kuping, lan sanesipun. Sing penting saking rambut ngantos sikil terlindung"

Responden 10 P (dibina)

4.2.10. Perbedaan Sikap Responden Pada Kelompok Tidak Dibina Dengan

4.2.11. Kelompok Dibina.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan sikap adalah sebagai berikut

Tabel 4.14. Distribusi Responden Menurut Sikap

No	Sikap Pembinaan	Kurang (skor 16- 20)		Sedang (skor 21 - 26)		Tinggi (skor 27 - 32)		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1.	Kelompok tidak dibina	23	76,7	7	23,3	-	-	30
2.	Kelompok dibina	3	10	20	66,7	7	23,3	30

Berdasarkan tabel 4.14 terlihat bahwa pada kelompok tidak dibina jumlah responden yang memiliki sikap kurang sejumlah 23 orang (76,7 %), yang memiliki sikap sedang sejumlah 7 orang (23,3 %) dan yang memiliki sikap baik tidak ada, sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang memiliki sikap kurang sejumlah 3 orang (10 %), yang memiliki sikap sedang sejumlah 20 orang (66,7 %) dan yang memiliki sikap baik sejumlah 7 orang (23,3 %), sehingga dapat disimpulkan bahwa jumlah responden dengan sikap kurang pada kelompok tidak dibina lebih banyak jika dibandingkan dengan jumlah responden dengan sikap pada kelompok dibina sebaliknya jumlah responden dengan sikap baik pada kelompok dibina lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dengan sikap baik pada kelompok tidak dibina.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t menunjukkan bahwa rata-rata sikap responden pada kelompok tidak dibina (kontrol) adalah 1,23, sedangkan rata-rata pengetahuan responden pada kelompok dibina adalah 2,13. Sehingga

dapat disimpulkan bahwa rata – rata sikap responden pada kelompok dibina lebih tinggi / lebih besar dibandingkan dengan rata – rata pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina.

Perbedaan sikap responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina dapat diketahui apabila statistik hitung lebih kecil dari statistik tabel. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai t hitung (-6,893) lebih kecil dari nilai t tabel (-2,045), maka dapat disimpulkan bahwa pembinaan yang dilakukan puskesmas terhadap pekerja pemecah batu ternyata mempengaruhi sikap responden.

Tingkat probabilitas (sig. 2 tailed) adalah 0,000. Karena probabilitas kurang dari 0,05 menunjukkan perbedaan yang bermakna antara dua kelompok pekerja, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan sikap antara pekerja wanita pemecah batu yang dibina dengan pekerja wanita pemecah batu yang tidak dibina.

Hasil wawancara mendalam mengenai sikapnya tentang pembinaan yang diharapkan adalah sebagai berikut : beberapa responden yang belum pernah mendapat pembinaan, tidak tahu pembinaan apa yang diharapkan, hal ini menunjukkan bahwa kesadaran mereka tentang pentingnya keselamatan dan kesehatan kerja masih kurang. Sedangkan sebagian besar responden yang pernah mendapatkan pembinaan menyatakan pengharapannya akan pembinaan tentang bagaimana melindungi diri dari bahaya sehubungan dengan pekerjaan yang sedang dikerjakan. Sebagaimana diungkapkan oleh responden 4K dan responden 4 P berikut ini :

Kotak 3

Pertanyaan :

Pembinaan tentang apa yang anda harapkan ?

Jawaban :

"Kulo mboten ngarani, sing penting berguna kangge wong kerjo kados kulo"

Responden 4 K (tidak dibina)

"Kulo setuju nek wonten pembinaan, nggih niku pembinaan tentang bagaimana melindungi diri dari bahaya sehubungan dengan pekerjaan yang sedang dikerjakan. Contone kados carane ben tangan mboten lecet utawi ketutuk palu"

Responden 4 P (dibina)

Sedangkan tanggapan tentang siapa yang sebaiknya melakukan pembinaan, sebagian besar responden yang belum mendapatkan penyuluhan mengaku tidak tahu siapa yang sebaiknya membina pekerja pemecah batu, namun sebagian besar responden yang pernah mendapatkan penyuluhan menyatakan bahwa orang yang berhak memberikan pembinaan tentang keselamatan dan kesehatan kerja pada pekerja pemecah batu di desa adalah petugas kesehatan.

Sebagaimana yang dikemukakan responden 1 K dan 1 P berikut ini :

Kotak 4

Pertanyaan :

Dari siapa sebaiknya pembinaan diberikan ?

Jawaban :

"Nggih sinten mawon"

Reponden 3 K (tidak dibina)

"Sebaiknya yang memberikan pembinaan pekerja titik watu kados kulo niki nggih petugas Puskesmas nek mboten nggih pokoke pak doktere saget rawuh"

Responden 1 P (dibina)

4.2.12. Perbedaan Praktek Responden Pada Kelompok Tidak Dibina Dengan Kelompok Dibina

Distribusi frekuensi responden berdasarkan praktek adalah sebagai berikut:

Tabel 4.15. Distribusi Responden Menurut Praktek

No	Praktek Pembinaan	Kurang (skor 16-20)		Sedang (skor 21 - 26)		Tinggi (skor 27 - 32)		Jumlah
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1.	Kelompok tidak dibina	24	80	6	20	-	-	30
2.	Kelompok dibina	4	13,3	20	66,7	6	20	30

Kelompok tidak dibina terlihat jumlah responden yang memiliki praktek kurang sejumlah 24 orang (80 %), yang memiliki praktek sedang sejumlah 6 orang (20 %) dan yang memiliki praktek baik tidak ada, sementara untuk kelompok dibina jumlah responden yang memiliki praktek kurang sejumlah 4 orang (13,3 %), yang memiliki praktek sedang sejumlah 20 orang (66,7 %) dan yang memiliki praktek baik sejumlah 6 orang (20 %), sehingga dapat disimpulkan bahwa jumlah responden dengan praktek kurang pada kelompok tidak dibina lebih banyak jika dibandingkan dengan jumlah responden dengan praktek kurang pada kelompok dibina sebaliknya jumlah responden dengan praktek baik pada kelompok dibina lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dengan praktek baik pada kelompok tidak dibina.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t menunjukkan bahwa rata - rata praktek responden pada kelompok tidak dibina (kontrol) adalah 1,20 sedangkan rata - rata praktek responden pada kelompok dibina adalah 2,07. Sehingga dapat disimpulkan bahwa rata - rata praktek responden pada kelompok dibina lebih tinggi / lebih besar dibandingkan dengan rata - rata pengetahuan responden pada kelompok tidak dibina.

Perbedaan praktek responden pada kelompok tidak dibina dengan responden pada kelompok dibina dapat diketahui apabila statistik hitung lebih kecil dari statistik tabel. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai t hitung (-6,675) lebih kecil dari nilai t tabel (-2,045), maka dapat disimpulkan bahwa pembinaan yang dilakukan puskesmas terhadap pekerja pemecah batu ternyata mempengaruhi praktek responden dalam program K3.

Tingkat probabilitas (sig. 2 tailed) adalah 0,000 , karena probabilitas kurang dari 0,05 menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pada dua kelompok wanita pekerja batu antara yang tidak dibina dan yang dibina oleh petugas puskesmas.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa selama ini pembinaan yang diberikan oleh petugas kesehatan hanya berupa penyuluhan tentang faktor risiko bekerja, alat pelindung diri (APD), nilai gizi dalam makanan sehari-hari, dan ergonomi. Khusus praktek penggunaan APD, walaupun sudah mendapat penyuluhan tentang pentingnya APD ,biasanya mereka menunggu disediakan oleh puskesmas melalui pembagian dari Dinas Kesehatan Kota. Para pekerja hanya

menunggu pembagian tanpa berusaha mengadakan penyediaan APD melalui kelompoknya. Terlihat dari jawaban responden 6 P dan 7 P.

Kotak 5	
Pertanyaan :	
Dari siapa sebaiknya pembinaan diberikan ?	
Jawaban :	
<i>" Nggih sinten mawon terserah, asal kulo niki tambah pinter. Sukur-sukur maringi bantuan alat"</i>	
	Responden 6 P (tidak dibina)
<i>"Terserah sinten mawon, asal mendapat pengetahuan kesehatan yang baik. Nopo malih diberi bantuan"</i>	
	Responden 7 P (dibina)

4.2.12. Pengaruh umur pekerja terhadap pembinaan program K3

Tabel 4.16 Pengetahuan responden berdasarkan umur

Umur	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Pengetahuan			Pengetahuan		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
< 35 tahun	0%	20%	80%	0%	100%	0%
> 35 tahun	60%	25%	15%	62.97%	33.33%	3.70%

Pada tabel 4.16 di atas terlihat bahwa pada kelompok dibina yang berumur di bawah 35 tahun dengan pengetahuan tinggi sebanyak 80% dan yang berumur di atas 35 tahun dengan pengetahuan tinggi hanya ada 15%. Sedangkan pada kelompok tidak dibina dengan umur di bawah 35 tahun 100% mempunyai pengetahuan sedang dan yang berumur di atas 35 tahun yang mempunyai

pengetahuan tinggi hanya 3.70% .Hal ini menunjukkan bahwa kelompok pekerja yang dibina dengan umur di bawah 35 tahun lebih baik pengetahuannya terhadap program K3 daripada yang berumur di atas 35 tahun.

Tabel 4.17 Sikap responden berdasarkan umur

Umur	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Sikap			Sikap		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
< 35 tahun	0%	50%	50%	0%	100%	0%
> 35 tahun	50%	25%	25%	85.19%	14.81%	0%

Pada kelompok dibina dengan umur di bawah 35 tahun sikap kurang sebanyak 0% , sikap sedang dan sikap tinggi masing-masing 50% yang berumur di atas 35 tahun dengan sikap kurang sebanyak 50%, sikap sedang dan sikap tinggi masing-masing 25%. Sedangkan kelompok tidak dibina di bawah 35 tahun sebanyak 100% dengan sikap sedang dan di atas 35 tahun dengan sikap tinggi 0%. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa pembinaan program K3 pada pekerja dengan umur di bawah 35 tahun memberikan hasil yang baik pada sikap.

Tabel 4.18 Praktek responden berdasarkan umur

Umur	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Praktek			Pengetahuan		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
< 35 tahun	10%	50%	40%	33.33%	66.67%	0%
> 35 tahun	70%	20%	10%	88.89%	11.11%	0%

Praktek kurang pada kelompok dibina paling banyak pada umur di atas 35 tahun yaitu sebanyak 70%, pada umur di bawah 35 tahun praktek kurang hanya 10%. Sedangkan pada kelompok tidak dibina pengetahuan kurang sebanyak 88.89% ada pada responden berumur di atas 35 tahun. Hal tersebut menunjukkan bahwa pembinaan memberikan hasil praktek K3 yang lebih baik pada umur di bawah 35 tahun.

Dari hasil uji statistik regresi logistik, ternyata umur mempunyai pengaruh terhadap pembinaan program K3 (sig = 0.037; $p < 0.05$).

4.2.13. Pengaruh pendidikan pekerja terhadap pembinaan program K3

Pada kelompok dibina jumlah responden berpendidikan tidak tamat SD sebanyak 21 orang dan yang tamat SD sebanyak 9 orang. Sedangkan pada kelompok tidak dibina yang berpendidikan tidak tamat SD sebanyak 24 orang dan yang tamat SD sebanyak 6 orang.

Tabel 4.19 Pengetahuan responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Pengetahuan			Pengetahuan		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
Tidak tamat SD	28.67%	38%	33.33%	66.67%	33.33%	0%
Tamat SD	0%	0%	100%	16.67%	66.67%	16.67%

Dari tabel 4.19 di atas menunjukkan responden yang tamat SD dengan pengetahuan tinggi sebanyak 100%, yang berpengetahuan tinggi pada responden yang berpendidikan tidak tamat SD hanya 33,3%. Sedangkan pada kelompok tidak dibina yang tidak tamat SD sebanyak 0% yang tamat SD sebanyak 16.67%. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan mempengaruhi pengetahuan responden yang telah dibina program K3.

Tabel 4.20 Sikap responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan	P e r l a k u a n					
	Dibina			Tidak dibina		
	Sikap			Sikap		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
Tidak tamat SD	14.3%	52.4%	33.3%	87.5%	12.5%	0%
Tamat SD	0%	22.2%	77.8%	33.33%	66.67%	0%

Dari tabel 4.20 menunjukkan bahwa sikap tinggi pada kelompok dibina lebih banyak pada responden yang tamat SD (77,8%) daripada yang tidak tamat SD (33,3%). Sedangkan pada kelompok tidak dibina sikap kurang sebanyak 87.5% terdapat pada responden yang tidak tamat SD.

Tabel 4.21 Praktek responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan	P e r l a k u a n					
	Dibina			Tidak dibina		
	Praktek			Praktek		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
Tidak tamat SD	28.6%	38%	33.4%	88.33%	16.67%	0%
Tamat SD	0%	0%	100 %	66.67%	33.33%	0%

Responden dengan pendidikan tamat SD pada kelompok dibina mempunyai praktek lebih baik daripada yang tidak tamat SD, yaitu 100% praktek tinggi pada responden tamat SD dan 33,4% praktek tinggi pada responden tidak tamat SD. Sedangkan pada kelompok tidak dibina praktek kurang sebanyak 88.33%.

Berdasarkan uji statistik regresi logistik untuk mengetahui pengaruh pendidikan terhadap pembinaan, ternyata menunjukkan hasil bahwa pendidikan mempengaruhi pembinaan program K3. (sig 0.21 ; $p < 0.05$)

4.2.14. Pengaruh pendapatan pekerja terhadap pembinaan program K3

Pada kelompok dibina responden dengan pendapatan < Rp 250.000 sebanyak 24 orang dan dengan pendapatan Rp 250.000 – 500.000,- sebanyak 6 orang. Sedangkan pada kelompok tidak dibina, responden dengan pendapatan < Rp 250.000 sebanyak 23 orang dan yang berpendapatan Rp 250.000 - > Rp 500.000 sebanyak 7 orang.

Tabel 4.22 Pengetahuan responden berdasarkan pendapatan

Pendapatan	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Pengetahuan			Pengetahuan		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
<250.000	25%	33.33%	41.67%	73.91%	26.09%	0%
250.000 - >500.000	0%	0%	100 %	0%	85.71%	14.29%

Dari hasil tersebut di atas menunjukkan bahwa pengetahuan tinggi hasil pada responden yang dibina program K3 dengan pendapatan antara Rp 250.000 – 500.000,- adalah sebesar 100% , sedangkan pengetahuan tinggi pembinaan program K3 pada responden yang berpenghasilan di bawah Rp 250.000,- hanya 41,67%.

Tabel 4.23 Sikap responden berdasarkan pendapatan

Pendapatan	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Sikap			Sikap		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
<250.000	12.5%	83.33%	4.17%	100%	0%	0%
250.000 - >500.000	0%	0%	100 %	0%	100%	0%

Responden yang dibina dengan pendapatan antara Rp 250.000,- 500.000,- semuanya mempunyai sikap tinggi (100%), sedangkan responden yang berpenghasilan kurang dari Rp 250.000,- hanya 4,17% yang mempunyai sikap tinggi terhadap pembinaan program K3. Pada kelompok tidak dibina, 100% mempunyai sikap sedang terhadap pembinaan program K3.

Tabel 4.24 Praktek responden berdasarkan pendapatan

Pendapatan	Perlakuan					
	Dibina			Tidak dibina		
	Praktek			Praktek		
	Kurang	Sedang	Tinggi	Kurang	Sedang	Tinggi
<250.000	16.67%	83.33%	0%	100%	0%	0%
250.000 - >500.000	0%	0%	100 %	14.29%	71.42%	14.29% -

Semua responden (100%) yang berpenghasilan antara Rp 250.000 - 500.000 pada kelompok dibina mempunyai praktek tinggi program K3, sedangkan responden yang berpenghasilan < Rp 250.000 tidak ada seorang pun yang mempunyai praktek tinggi pada praktek program K3 hasil pembinaan petugas puskesmas. Pada kelompok tidak dibina 100% yang mempunyai praktek kurang adalah responden dengan pendapatan < Rp 250.000. Hasil uji statistik regresi logistik menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pendapatan terhadap pembinaan program K3. (sig 0.004 ; $p < 0.05$). Berdasarkan uji statistik multivariat yang membandingkan pengaruh umur, pendidikan, dan pendapatan terhadap pembinaan ternyata pendapatan memberikan pengaruh terbesar terhadap keberhasilan pembinaan. (Exp (B) 10.921).

4.3. PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini analisis menggunakan *t-test* melalui program SPSS (Statistical Program for Social Science). Uji statistik tersebut untuk mengetahui perbedaan mean nilai pengetahuan, sikap, dan praktek pada dua kelompok responden. Hasil pengukuran pengetahuan, sikap, dan praktek pada dua kelompok responden tersebut menunjukkan adanya perbedaan.

Pada penelitian ini dilakukan penyetaraan (*matching*) dengan menyamakan kondisi variabel pada kelompok tidak dibina dan kelompok dibina. Variabel –variabel yang dikendalikan meliputi : wanita dengan pekerjaan sebagai pemecah batu, dan telah bekerja sebagai pemecah batu lebih dari 2 (dua) tahun.

4.3.1. Perbedaan Pengetahuan Responden Pada Kelompok Tidak Dibina Dengan Responden Pada Kelompok Dibina.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden dengan pengetahuan kurang pada kelompok tidak dibina (56,7%) lebih banyak jika dibandingkan dengan jumlah responden dengan pengetahuan kurang (20%) pada kelompok dibina, sebaliknya jumlah responden dengan pengetahuan baik pada kelompok dibina (53,3%) lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dengan pengetahuan baik (3,3%) pada kelompok tidak dibina. Hasil ini sesuai dengan penelitian Ninuk tahun 2003⁽⁴⁹⁾ pada siswi SMA di Demak bahwa intervensi buklet pencegahan dan penanggulangan anemia gizi berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan tentang kesadaran akan kebutuhan zat besi sebagai salah satu unsur gizi yang dapat membawa dampak bagi kesehatan bila tubuh tidak dapat mencukupi jumlahnya. Penelitian Supadi tahun 2003⁽⁵¹⁾ tentang pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak menunjukkan bahwa pengetahuan ibu yang kurang akan berpengaruh terhadap sikap maupun praktek dalam mengasuh anak, serta penelitian Abdul Kadir pada tahun 2001⁽²²⁾ menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan keselamatan kerja siswa SMK dapat berakibat terjadinya kecelakaan kerja, juga dari hasil penelitian Sriyono pada tahun 2001⁽⁴²⁾ menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan pada kader posyandu tentang penyakit TB Paru karena adanya pendidikan kesehatan melalui metode diskusi dan ceramah menggunakan audiovisual.

Secara teori pembinaan dari petugas kesehatan berupa penyuluhan pada kelompok pekerja sebagai salah satu cara memberi pengetahuan tentang

keselamatan dan kesehatan kerja. Pengetahuan seseorang dapat bertambah dengan adanya pemberian informasi baik lisan maupun tulisan. ⁽³²⁾

4.3.2. Perbedaan Sikap Responden Pada Kelompok Tidak Dibina Dengan Responden Pada Kelompok Dibina.

Pada kelompok yang tidak dibina sikap kurang (76,7%) lebih banyak daripada sikap kurang pada kelompok dibina (10%). Sedangkan sikap baik pada kelompok dibina adalah 100%. Adanya perbedaan skor sikap antara kelompok yang dibina dan kelompok yang tidak dibina menunjukkan bahwa sikap yang lebih baik terhadap keselamatan dan kesehatan kerja tenaga kerja wanita pemecah dapat dilakukan melalui pembinaan oleh petugas kesehatan. Dengan diberi pembinaan diharapkan akan meningkatkan pengetahuan yang akhirnya akan mempengaruhi sikap.

Penelitian Muzaidi tahun 2003⁽²⁸⁾ tentang proses komunikasi dan informasi bidan desa menunjukkan bahwa komunikasi personal berupa tanya jawab merupakan metode yang paling efektif dalam mengubah sikap, pendapat, atau perilaku seseorang, karena bersikap dialogis, berupa percakapan. Metode komunikasi personal memungkinkan antara pihak yang berkomunikasi bisa saling mengetahui tanggapan pada saat komunikasi berlangsung. Petugas bisa mengarahkan pembicaraan sesuai dengan kemampuan masyarakat. Metode ini sangat tepat digunakan karena pada umumnya mereka yang dilayani berpendidikan rendah dan penelitian Sriyono tahun 2001⁽⁴²⁾ yang menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan pada kader dengan menggunakan media audiovisual

lebih meningkatkan sikap kader tentang penyakit TB Paru daripada diskusi kelompok.

Secara teori, sikap merupakan reaksi seseorang terhadap stimulus tetapi masih belum berupa tindakan. Manifestasi sikap tidak langsung dapat dilihat tetapi dapat ditafsirkan terlebih dahulu. ⁽²⁵⁾ Kemampuan seseorang untuk bersikap diperoleh melalui proses belajar, proses pembentukan sikap berlangsung secara bertahap dan kemampuan tersebut diperoleh melalui proses belajar ⁽²⁶⁾. Sikap seseorang akan berubah bila mendapatkan perlakuan berupa tambahan informasi tentang obyek tertentu baik melalui tekanan maupun persuasi dari kelompok sosialnya ⁽⁴⁰⁾.

4.3.3. Perbedaan Praktek Responden Pada Kelompok Tidak Dibina Dengan Responden Pada Kelompok Dibina.

Berdasarkan uji kuantitatif, pada kelompok yang tidak dibina praktek kurang (80%) lebih banyak daripada praktek kurang pada kelompok dibina (13,3%), sedangkan praktek baik pada kelompok dibina 100%. Adanya perbedaan praktek antara kelompok pekerja yang dibina dan tidak dibina menunjukkan bahwa pembinaan mempengaruhi praktek keselamatan dan kesehatan kerja.

Hasil penelitian Sriyono pada tahun 2001⁽⁴²⁾ menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan meningkatkan ketrampilan kader posyandu dalam menemukan tersangka TB Paru. Menurut Judith A. Graeff dkk ⁽¹⁶⁾ salah satu yang mempengaruhi praktek kesehatan adalah sistem sosial dan komunitas tempat mereka tinggal. Individu sangat kuat dipengaruhi oleh reaksi-reaksi negatif dan positif dari orang-orang dalam kerangka kerja sosial mereka, yaitu keluarga

dekat, tetangga dan tokoh masyarakat tertentu yang berhubungan dengan praktek-praktek kesehatan mereka.⁽¹⁶⁾ Dalam hal ini komunitas kelompok pekerja mempengaruhi praktek keselamatan dan kesehatan kerja. Petugas kesehatan dalam pembinaan kepada kelompok pekerja dapat merencanakan strategi untuk mempengaruhi praktek kesehatan yang lebih baik.

4.3.4. Pengaruh Umur Responden terhadap Pembinaan pada Kelompok Dibina.

Pada kelompok dibina yang berumur di bawah 35 tahun dengan pengetahuan tinggi sebanyak 80% sedangkan yang berumur di atas 35 tahun dengan pengetahuan tinggi hanya ada 15%. Sikap responden dengan umur di bawah 35 tahun sikap kurang sebanyak 0%, sikap sedang 50%, dan sikap tinggi 50%, sedangkan yang berumur di atas 35 tahun dengan sikap kurang sebanyak 50%, sikap sedang dan sikap tinggi masing-masing sebanyak 25%. Praktek kurang pada kelompok dibina paling banyak pada umur di atas 35 tahun yaitu sebanyak 70%, sedangkan pada umur di bawah 35 tahun praktek kurang hanya 10%. Sedangkan hasil uji statistik regresi logistik menunjukkan adanya pengaruh umur terhadap pembinaan program K3 (sig 0.037 ; $p < 0.05$).

Secara teori semakin tua usia seseorang akan mempengaruhi proses belajar orang dewasa. Faktor kondisi fisik yang semakin tua dapat menghambat proses belajar pada orang dewasa⁽³²⁾, seperti : menurunnya penglihatan, menurunnya pendengaran, sukar menangkap pembicaraan terlalu cepat, kadang-kadang disertai menurunnya daya ingat. Perubahan perilaku di dalam proses pendidikan orang

dewasa (*andragogik*) pada umumnya lebih sulit daripada perubahan perilaku di dalam pendidikan anak (*pedagogik*), karena orang dewasa sudah mempunyai pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tertentu yang mungkin sudah mereka miliki bertahun-tahun. Pembinaan kelompok pekerja informal pemecah batu sebagai salah satu pendidikan orang dewasa dapat efektif apabila disesuaikan dengan perubahan yang dirasakan oleh peserta pembinaan.

4.3.5. Pengaruh Pendidikan Responden Pembinaan pada Kelompok Dibina.

Responden yang tamat SD dengan pengetahuan tinggi sebanyak 100%, sedangkan yang berpengetahuan tinggi pada responden yang berpendidikan tidak tamat SD hanya 33,3%. Sikap tinggi lebih banyak pada responden yang tamat SD (77,8%) daripada yang tidak tamat SD (33,3%). Responden dengan pendidikan tamat SD mempunyai praktek lebih baik daripada yang tidak tamat SD, yaitu 100% praktek tinggi pada responden tamat SD dan 33,3% praktek tinggi pada responden tidak tamat SD. Berdasarkan uji statistik regresi logistik untuk mengetahui pengaruh pendidikan terhadap pembinaan, ternyata menunjukkan bahwa pendidikan mempengaruhi pembinaan program K3 (sig 0.021; $p < 0.05$).

Pembinaan di masyarakat biasanya tidak begitu memperhatikan tingkat pendidikan masyarakat sasaran, karena tingkat pendidikan mereka bermacam-macam. Untuk mencapai hasil yang optimal dari suatu pembinaan sebaiknya pendidikan dari sasaran harus diperhatikan, karena dapat menentukan metode yang cocok untuk suatu pembinaan, materi, dan teknik belajar mengajar.⁽³¹⁾ Secara teori, semakin tinggi pendidikan berarti orang tersebut telah mencapai hasil

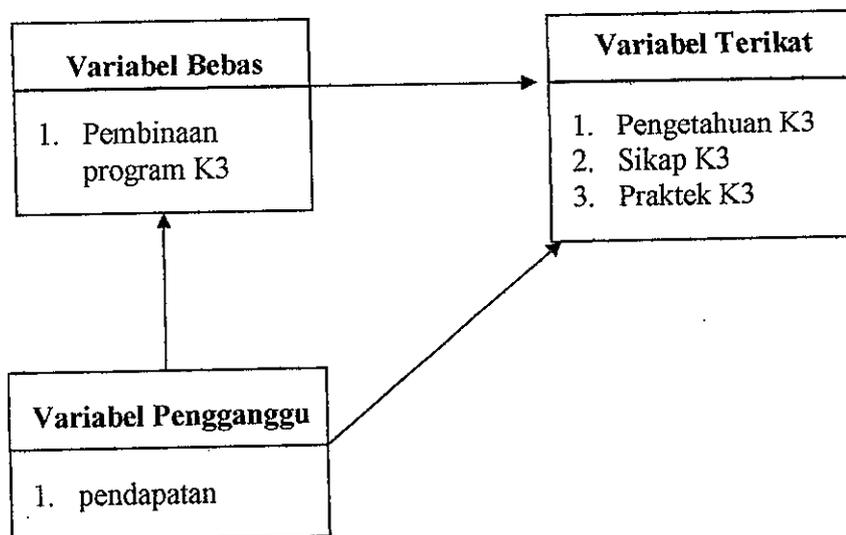
belajar yang lebih baik dari orang lain yang berpendidikan lebih rendah, dimana hasil belajar (menurut Gagne) ⁽¹²⁾ tersebut merupakan kapabilitas dari orang tersebut yang berupa: informasi verbal, ketrampilan intelektual, strategi kognitif, ketrampilan motorik, dan sikap, sehingga jika diberi pembinaan program K3 akan lebih mudah diterima oleh orang dengan pendidikan yang lebih tinggi daripada yang berpendidikan rendah karena kapabilitasnya lebih baik.

Pada penelitian ini pengetahuan, sikap, dan praktek responden lebih baik pada responden dengan pendidikan tamat SD dibanding yang tidak tamat SD. Penerimaan hasil pembinaan program K3 ternyata lebih nyata hasilnya pada yang pendidikannya lebih tinggi.

4.3.6. Pengaruh Pendapatan Responden Pembinaan pada Kelompok Dibina.

Pengetahuan tinggi hasil pada responden yang dibina program K3 dengan pendapatan antara Rp 250.000 – 500.000,- adalah sebesar 100% , sedangkan pengetahuan tinggi pembinaan program K3 pada responden yang berpenghasilan di bawah Rp 250.000,- hanya 41,67%. Responden yang dibina dengan pendapatan antara Rp 250.000,- 500.000,- semuanya mempunyai sikap tinggi (100%), sedangkan responden yang berpenghasilan < Rp 250.000,- hanya 4,17% yang mempunyai sikap tinggi terhadap pembinaan program K3. Semua responden (100%) yang berpenghasilan antara Rp 250.000 -500.000 pada kelompok dibina mempunyai praktek tinggi program K3, sedangkan responden yang berpenghasilan < Rp 250.000 tidak ada seorang pun yang mempunyai praktek tinggi pada praktek program K3 hasil pembinaan petugas puskesmas.

Hasil uji statistik regresi logistik menunjukkan adanya pengaruh pendapatan terhadap pembinaan program K3. (sig = 0.004; $p < 0.05$). Sedangkan hasil statistik multivariat antara variabel umur, pendidikan, dan pendapatan terhadap pembinaan ternyata yang paling mempengaruhi keberhasilan pembinaan adalah pendapatan (Exp (B) = 10.921).



Pembinaan program K3 mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek K3 pada kelompok pekerja wanita pemecah batu, namun dari uji statistik yang telah dilakukan ternyata variabel pendapatan merupakan variabel pengganggu (*distorter variable*)⁽⁴¹⁾, yaitu makin tingginya pendapatan menyebabkan tingkat keberhasilan program K3 makin baik.

Berdasarkan teori, Maslow ⁽³²⁾ mengemukakan bahwa kebutuhan manusia terdiri dari 5 (lima) tingkat, yaitu kebutuhan fisik, keamanan, pengakuan dari orang lain, harga diri, dan perwujudan diri. Kebutuhan yang paling dasar

harus terpenuhi terlebih dahulu sebelum ia mampu mencapai kebutuhan yang lebih tinggi tingkatannya. Di dalam pendidikan orang dewasa adalah menyangkut harga diri, apabila kebutuhan fisik (makanan) untuk mempertahankan hidupnya belum terpenuhi, maka pembinaan (dalam hal ini termasuk pendidikan orang dewasa) tidak akan berarti. Sebaliknya, jika kebutuhan fisik (makanan) untuk mempertahankan hidupnya sudah terpenuhi, maka pembinaan akan menjadi berarti.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN .

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan setelah dilakukan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada perbedaan pengetahuan antara kelompok tidak dibina dengan kelompok dibina, yaitu dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai t hitung (-4,819) lebih kecil dari nilai t tabel (-2,045).
2. Ada perbedaan sikap antara kelompok tidak dibina dengan kelompok dibina, yaitu dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai t hitung (-6,893) lebih kecil dari nilai t tabel (-2,045) .
3. Ada perbedaan praktek antara kelompok tidak dibina dengan kelompok dibina, yaitu dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai t hitung (-6,675) lebih kecil dari nilai t tabel (-2,045).
4. Ada pengaruh umur terhadap pembinaan program K3, yaitu dari hasil uji statistik regresi logistik menunjukkan pengaruh umur terhadap pembinaan (sig.0.037 , $p < 0.05$)
5. Ada pengaruh pendidikan terhadap program K3, yaitu dari hasil uji statistik regresi logistik menunjukkan adanya pengaruh pendidikan terhadap pembinaan. (sig 0.021 ; $p < 0.05$)
6. Ada pengaruh pendapatan terhadap program K3, yaitu dari hasil uji statistik regresi logistik menunjukkan pengaruh pendapatan terhadap pembinaan (sig 0.04; $p < 0.05$).

UPT-PUSTAK-UNDIP

Dari hasil uji statistik multivariat antara umur, pendidikan, dan pendapatan terhadap pembinaan program K3 menunjukkan bahwa pendapatan mempunyai pengaruh yang paling bermakna terhadap pembinaan program K3. (Exp (B) =10.921).

5.2 SARAN

1. Kepada Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, khususnya Seksi Kesehatan Kerja dan Kesehatan Institusi Subdin Promosi Kesehatan dan Penyehatan Lingkungan yaitu dalam membuat kebijaksanaan supaya meningkatkan program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) bagi pekerja informal, khususnya tenaga kerja wanita pemecah batu melalui pelatihan bagi pelatih (Training of Trainer/TOT) K3 bagi petugas Kabupaten/Kota.
2. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota supaya meningkatkan pembinaan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) secara berkesinambungan pada petugas puskesmas selaku ujung tombak pelayanan kesehatan kerja dasar yang langsung berhubungan dengan masyarakat pekerja informal, khususnya tenaga kerja wanita pemecah batu.
3. Kepada petugas puskesmas hendaknya dapat melakukan pembinaan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) sektor informal didasari dengan pemberdayaan masyarakat pekerja, sehingga mereka dapat bekerja dengan lebih baik guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pembinaan seyogyanya tidak hanya berupa penyuluhan saja tetapi materi, metode, dan kegiatan pembinaan disesuaikan dengan kebutuhan kelompok sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

1. Alimin, Umar, 2001, *Potret Perempuan Pelaku Sektor Informal di Pantai Losari Kota Makassar*, Jurnal Kajian Perempuan BUNGAWELLU, Makassar.
2. Anoraga, Pandji, 2001, *Psikologi Kerja*, Rineka Cipta, Bandung.
3. Azwar, Saifudin, 1988, *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*, Liberty, Yogyakarta.
4. Badan Pusat Statistik, 1999, *Survei Angkatan Kerja Nasional 1998*, Jakarta.
5. Dainur, 1995, *Materi – materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Widya Medika, Jakarta.
6. Departemen Kesehatan RI, 1989, *Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Kerja Wanita di Puskesmas*.
7. -----, 1994, *Upaya Kesehatan Kerja Sektor Informal di Indonesia*.
8. -----, 2001, *Pedoman Teknologi Tepat Guna ERGONOMI bagi Pekerja Sektor Informal*.
9. -----, 2003, *Standar Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar*.
10. -----, 2003, *Kebijakan Teknis Program Kesehatan Kerja*
11. Denny, Hanifa M, 2003, *Modul Kuliah Higiene Lingkungan Kerja Program S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat*, FKM Universitas Diponegoro, Semarang.
12. Dimiyati & Mudjiono, 1994, *Belajar dan Pembelajaran*, Proyek Pembinaan dan Peningkatan Mutu Tenaga Pendidikan, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan
13. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah., 2002, *Pedoman Teknis Upaya Kesehatan Kerja bagi Pekerja Pemecah Batu*, Semarang.
14. Effendy, Onong Uchjana, 1988, *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*, CV Remadja Karya, Bandung
15. Ewles, Linda – Ina Simnett, 1994, *Promosi Kesehatan , Petunjuk Praktis* (terjemahan), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta

UPT-PUSTAK-URDIP

16. Graeff, Judith A., John P. Elder, Elizabeth Mills Booth, 1993, *Communication for Health and Behavior Change*, Jossey-Bass Inc, Publishers
17. Green, Lawrence W, Marshall W. Kreuter, Sigrid G Deeds, Kay B. Partridge, 1991, *Health Education Planning a Diagnostic Approach*, The John Hopkins University.
18. Hadi, Sutrisno, 2001, *Metodologi Research*, Penerbit Andi, Yogyakarta.
19. Hasan, M. Iqbal, 2002, *Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*, Penerbit Ghalia Indonesia, Jakarta
20. Istiarti, Tinuk, 2000, *Menanti Buah Hati : Kaitan antara Kemiskinan dan Kesehatan*, Media Pressindo, Yogyakarta.
21. -----, 2002, *Penerapan Hak Cuti Melahirkan bagi Pekerja Perempuan di Sektor Formal : Kaitan antara Kenyataan dan Kebutuhan*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
22. Kadir, Abdul, 2001, *Penelitian Pengetahuan Keselamatan Kerja Siswa SMK*, Departemen Pendidikan Nasional Republik Indonesia.
23. Komara, Dewi dan Hetifah Sjaifudian, 2002, *Kesehatan Perempuan di Lingkungan Kerja, Perempuan dan Hak Kesehatan Reproduksi*, Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia, Forum Kesehatan Perempuan, The Ford Foundation, Galang Printika, Yogyakarta
24. Ludlow, Ron & Fergus Panton, 2000, *Komunikasi Efektif* (terjemahan), Penerbit Andi, Yogyakarta.
25. Mar'at, 1982, *Sikap Manusia : Perubahan serta Pengukurannya*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
26. Muchlas, M, 1997, *Perilaku Organisasi I*, Program Pendidikan Pasca Sarjana Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
27. Murti, Bhisma, 1996, *Penerapan Metode Statistik Non-Parametrik dalam Ilmu-ilmu Kesehatan*, PT Gramedia, Jakarta.
28. Muzaidi, 2003, *Analisis Proses Komunikasi dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan Kabupaten Blora*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.
29. Nazir, Moh., 1988, *Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
30. Notoatmodjo, S, 1984, *Pendidikan Kesehatan Masyarakat*, FKM UI, Jakarta.

31. -----, 1997, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Rineka Cipta, Jakarta
32. -----, 2003, *Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
33. Ogden, Jane, 1996, *Health Psychology a Textbook*, Open University Press, Buckingham, Great Britain.
34. Pusat Kesehatan Kerja Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan RI., 2002, *Rencana Strategi Program Kesehatan Kerja 2001 – 2004*, Jakarta.
35. Pratiknya, A.W., 2000, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, PT Raja Grafindo Persada , Jakarta.
36. Priyana, Agus, 1997, *Makalah Practical Audiometri*, Balai Higiene Perusahaan, Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Semarang.
37. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro., 2001, *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian Untuk Tesis*, Semarang
38. Sahab, Syukri, 1997, *Teknik Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*, PT Bina sumber Daya Manusia, Jakarta.
39. Santoso, Singgih, 2001, *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*, Penerbit Elex Media Komputindo, Jakarta.
40. Sarwono, S, 1993, *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep dan Aplikasinya*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
41. Singarimbun, Masri dan Effendi , Sofyan, 1989, *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta.
42. Sriyono, 2001, *Pendidikan Kesehatan melalui Metode Diskusi Kelompok dan Ceramah menggunakan Media Audiovisual untuk Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu dalam Menemukan Tersangka Tuberkulosis Paru*, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
43. Sudman, Seymour and Norman M. Bradburn, 1982, *Asking Questions : A Practical Guide to Questionnaire Design*, Jossey – Bass Inc. Publisher, San Francisco, California.
44. Sugiyono, 1999, *Statistika untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Bandung.

45. Sugiyono, Bambang, 1997, *Peranan dan Fungsi Departemen Kesehatan Kerja dalam Bidang Kesehatan Kerja* (artikel), disampaikan pada Pelatihan UKK bagi Dokter Puskesmas di Kawasan Industri di Semarang tanggal 13 – 22 Januari 1997, Kanwil Depkes Prop. Jateng.
46. Sulaiman, Wahid, 2003, *Statistik Non-Parametrik : Contoh Kasus dan Pemecahannya dengan SPSS*, Penerbit Andi, Yogyakarta.
47. Suma'mur, 1995, *Higene Perusahaan dan Kesehatan Kerja*, Gunung agung, Jakarta.
48. Sumarni dan Lientje S, 1999, *Pelecehan Tenaga Kerja Perempuan*, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
49. Sumaryati, Ninuk, 2003, *Pengaruh Intervensi Buklet Info Anemia Gizi dalam Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Gizi terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswi Sekolah Menengah Umum di Kabupaten Demak*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.
50. Sunarty, Kustiyah, 2001, *Prospek Pengembangan Karier Guru Perempuan*, Jurnal Kajian Perempuan BUNGAWELLU, Makassar
51. Supadi, J, *Analisis Faktor-faktor Pola Asuh Gizi Ibu dengan Status Gizi Anak Umur 0 –36 bulan di Puskesmas Wonosalam II, Kabupaten Demak*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.
52. Suratiyah, Ken, 1990, *Tenaga Kerja Wanita : Problematika dan Upaya Penyelesaiannya*, Pusat Penelitian Kependudukan Kelompok Studi Wanita, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
53. Sleet, David A and Andrea C. Gielen, 1998, *Injury Prevention, Health Promotion Handbook*, Mosby, United States of America.
54. Tohari, Ahmad, 2002, *Pemahaman Praktis Manajemen Sumber Daya Manusia*, CV. Mandar Maju, Bandung
55. World Health Organization, 1988, *Education for Health : A manual on health education in primary health care*, Geneva.