



# Penilaian Keberhasilan Pos Upaya Kesehatan Kerja Wisata Hutan Pinus Mangunan, D.I. Yogyakarta

## Evaluation of Effectiveness of the Basic Occupational Health Services in Mangunan, a Pine Forest Tourism Site in Yogyakarta

**Helmi Agustin<sup>1\*</sup>, Rochana Ruliyandari<sup>2</sup>, Muhammad Ridwan Ansari<sup>3</sup>, Nurul Kodriati<sup>4</sup>**

<sup>1,2,3</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan

<sup>4</sup> School of Public Health, Georgia State University USA

### ABSTRACT

*Puskesmas Dlingo has initiated Basic Occupational Health Services (BOHS) in the Mangunan forest tourism village since 2019. To develop the BOHS, the program manager of the BOHS at the health centre is to carry out mentoring functions during the initiation of formation, coaching tasks after the UKK post is formed, and monitor and evaluate the implementation of the UKK post. Since its establishment, this UKK post has never been assessed for its activity. The purpose of this study was to assess BOHS in Mangunan forest tourism. This study is qualitative research with a case study approach. The informants consisted of nine people: the BOHS program manager and the head of the Puskesmas Dlingo, workers/cadres, the BOHS supervisor from the Bantul Regency Health Office, and the tourism manager. All informants were selected purposively. Data were collected using in-depth interview methods and analyzed thematically. The components to assess are the number of cadres, integrated health service activities, promotive and preventive activities, BOHS facilities, recording and reporting, and revolving funds. The study found that all components indicate the BOHS is currently less active and tends to be inactive. Puskesmas policies are needed through budgets, necessary training in occupational health empowerment, and networking.*

### ABSTRAK

Puskesmas Dlingo telah menginisiasi pos UKK di desa wisata hutan Mangunan sejak tahun 2019. Dalam pengembangan pos UKK, tugas dan fungsi pengelola program pos UKK di puskesmas adalah melakukan tugas pendampingan saat inisiasi pembentukan, tugas pembinaan setelah pos UKK terbentuk, dan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pos UKK. Sejak didirikan, pos UKK ini belum pernah dilakukan penilaian keaktifan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai keaktifan pos UKK di wisata hutan Mangunan, Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Informan terdiri dari sembilan orang yakni pengelola program pos UKK dan kepala puskesmas Dlingo 2, pekerja/kader, pembina pos UKK dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, pengelola wisata, dipilih secara purposive. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan dianalisis dengan analisis isi. Komponen penilaian keaktifan pos UKK adalah jumlah kader, aktivitas pelayanan kesehatan, aktivitas promotif dan preventif, sarana, pencatatan dan pelaporan serta pendanaan. Temuan penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan komponen penilaian, pos UKK wisata hutan Mangunan wilayah kerja Puskesmas Dlingo kondisinya saat ini kurang dan cenderung tidak aktif. Dibutuhkan kebijakan puskesmas dalam penganggaran, pelatihan partisipatif pemberdaya kesehatan kerja, memperluas jejaring.

**Keywords:** Basic occupational health services (BOHS), forest tourism, evaluation

**Kata Kunci :** Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK), wisata hutan, evaluasi

**Correspondence :** Helmi Agustin

Email : [helmi.agustin@ikm.uad.ac.id](mailto:helmi.agustin@ikm.uad.ac.id)

• Received 9 November 2024 • Accepted 26 Desember 2024 • Published 31 Desember 2024

• p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 • DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol10.Iss3.2091>

Copyright ©2017. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial used, distribution and reproduction in any medium

## PENDAHULUAN

Organisasi Perburuhan Internasional (International Labour Organization/ILO) menyerukan agar semua pekerjaan menjadi pekerjaan layak. Elemen kunci dari hal ini adalah bahwa pekerjaan harus aman. Tingginya jumlah pekerja yang meninggal dan terluka setiap tahun merupakan alarm untuk memastikan keamanan pekerjaan [1]. ILO dan WHO menghimbau negara-negara berkembang termasuk Indonesia, mengambil langkah-langkah untuk membangun dan memperkuat kapasitas kelembagaan dan fasilitas dasar kesehatan pekerja [2]. Di Indonesia program kesehatan kerja informal adalah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) merupakan upaya pemberdayaan kesehatan pekerja yang berfokus pada aspek promotif, preventif, kuratif sederhana dan rehabilitatif. Tujuannya agar pekerja yang menjadi kader pos UKK dapat memantau serta mencegah risiko dan insidensi/prevalensi penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja. Pemantauan dan pencegahan upaya pengendalian yang didampingi oleh tenaga kesehatan profesional sehingga insidensi dan prevalensinya menurun di kalangan pekerja [3].

Salah satu jenis pekerjaan sektor informal yang rentan terhadap risiko penyakit menular dan penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja adalah pekerja pariwisata. Penularan penyakit terjadi akibat pekerja terpajan ketika berinteraksi dengan wisatawan yang telah terinfeksi bibit penyakit (*carrier*). Selain itu, pekerja pariwisata juga rentan mengalami kecelakaan kerja misalnya pekerja pada wisata kuliner yang memiliki potensi bahaya api, pekerja yang mengoperasikan hiburan atraksi yang mempunyai potensi bahaya mesin, pekerja wisata alam yang dapat mengalami sakit dan celaka karena potensi bahaya fisik maupun biologi (hewan liar) yang ada di alam, dan lain-lain [4].

Hasil observasi terhadap destinasi wisata alam hutan pinus Mangunan, setiap saat pekerjaannya mengalami ancaman berbagai bahaya tempat kerja, misalnya bahaya biologi dari hewan liar seperti ular, kalajengking, serangga dengan risiko terkena racun/berbisa atau terinfeksi bakteri dan virus dimana hewan lain menjadi vektornya. Pekerja

juga bisa saja tertimpa ranting dan cabang yang jatuh dari ketinggian, tergelincir di jalan yang mendaki /menurun, licin oleh lumut/tanah. Faktor perilaku wisatawan/pekerja yang merokok juga dapat memicu terjadinya kebakaran hutan yang mengancam nyawa pekerja, atau risiko tak terduga ketika menghadapi kondisi wisatawan yang sakit/memiliki penyakit bawaan dan kambuh saat melakukan wisata, dimana keberadaan pos UKK ketika itu sangat urgen untuk pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi D.I Yogyakarta tahun 2023, diantara kawasan hutan wisata yang puskesmasnya telah menginisiasi Pos UKK hanyalah Puskesmas Dlingo yang terletak di Kabupaten Bantul. Pengelolaan hutan lindung di D.I Yogyakarta secara operasional dilaksanakan oleh Komite Pengelolaan Hutan (KPH) dan secara administratif berada di bawah Dinas Kehutanan Propinsi DIY. KPH Yogyakarta mengintegrasikan hutan lindung sebagai hutan wisata yang ada di tiga kabupaten yaitu Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, dan Kabupaten Kulon Progo [5].

Pos UKK di hutan pinus Mangunan diinisiasi sejak tahun 2019, oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Dlingo. Dalam pengembangan pos UKK, tugas dan fungsi pengelola program pos UKK di puskesmas adalah melakukan tugas pendampingan saat inisiasi pembentukan, tugas pembinaan setelah pos UKK terbentuk, dan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pos UKK. Berdasarkan pedoman pos UKK dan permenkes nomor 100 tahun 2015, monitoring dan evaluasi keberhasilan penyelenggaraan pos UKK terintegrasi, meliputi: jumlah kader aktif yang berasal dari pekerja atau masyarakat; adanya sarana untuk pelaksanaan pos UKK terintegrasi; frekuensi pelaksanaan kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif; adanya pembinaan yang terintegrasi dan lintas program dan lintas sektor, adanya pencatatan dan pelaporan, serta adanya iuran/jimpitan. Tingkat keberhasilan pos UKK terintegrasi memiliki parameter dengan tiga kriteria yang ada yakni aktif, kurang aktif dan tidak aktif. Penilaian keberhasilan pos UKK dilakukan dengan menilai komponen sebagai bahan evaluasi dan pembinaan [6].

Berdasarkan hasil wawancara studi pendahuluan dengan pembina pos UKK di Dinas Kesehatan, pelaporan program pos UKK dicatat melalui sistem informasi elektronik (SITKO) dari Kementerian Kesehatan, akan tetapi belum pernah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja pos UKK. Data laporan tidak pernah dianalisis untuk dijadikan sebagai dasar pemecahan permasalahan di pos UKK. Dilatarbelakangi oleh kondisi empirik dari studi pendahuluan, penelitian ini bertujuan untuk menilai keberhasilan pos UKK-pos UKK yang berada di hutan wisata Mangunan, wilayah kerja Puskesmas Dlingo (Dlingo 1 dan Dlingo 2).

## METODE

Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini merupakan penelitian evaluatif terhadap keberhasilan penyelenggaraan pos UKK. Penelitian dilaksanakan di Pos UKK Pinus Pengger, Puncak Becici, Lintang Sewu, Rumah Hobbit dan pos UKK Pinus Sari, di wilayah kerja Puskesmas Dlingo, Kabupaten Bantul, D.I. Yogyakarta. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Januari-Februari 2024. Informan penelitian terdiri dari 9 orang yakni 1 orang pengelola program pos UKK, 4 orang pekerja /kader pos UKK, 3 orang pengurus destinasi wisata dan 1 orang kepala puskesmas. Pemilihan sampel dilakukan secara non-random dengan teknik purposive. Kriteria sampel adalah orang yang terlibat dalam pengembangan pos UKK dan bersedia diwawancarai. Penilaian berdasarkan komponen penentu tingkat keberhasilan pos UKK berdasarkan permenkes nomor 100 tahun 2015 tentang pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi. Adapun komponen tersebut adalah keaktifan kader, aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi, aktivitas promotif dan preventif terintegrasi, sarana pos UKK, kegiatan pencatatan dan pelaporan serta dana bergulir. Indikator untuk pengelompokan keberhasilan pos UKK aktif adalah tersedia kader minimal 10% dari jumlah pekerja, ada aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi minimal 1 bulan sekali, ada aktivitas promotif dan preventif terintegrasi minimal 1 bulan sekali, tersedia sarana pos UKK lengkap sesuai kebutuhan, pencatatan dan pelaporan dilakukan setiap bulan serta adanya dana bergulir/jimpitan. Indikator pos UKK kurang aktif adalah jika tersedia kader tetapi tidak mencapai 10% dari jumlah pekerja, aktivitas

pelayanan kesehatan terintegrasi hanya dilaksanakan 1x6 bulan, aktivitas promotif dan preventif terintegrasi minimal 6 bulan sekali, tersedia sarana pos UKK namun tidak lengkap, pencatatan dan pelaporan hanya 3-6 bulan sekali serta pos UKK tersebut mempunyai dana bergulir/jimpitan. Indikator pos UKK yang tidak aktif adalah tidak ada pada semua komponen. Pengecekan keabsahan penelitian dilakukan dengan melakukan triangulasi sumber yaitu dengan melakukan crosscheck hasil wawancara antar informan. Data dianalisis dengan analisis isi. Protokol penelitian dikeluarkan oleh Komite Etik Universitas Ahmad Dahlan dengan nomor : 012312315.

## HASIL

Lokasi penelitian adalah kawasan hutan Gunung Cilik-Mangunan, Kecamatan Dlingo-Kabupaten Bantul, D.I Yogyakarta. Kawasan hutan ini merupakan wilayah kerja Puskesmas Dlingo. Pembentukan pos UKK di desa wisata Mangunan merupakan program pengembangan Puskesmas Dlingo karena semakin banyaknya desa-desa wisata di Kecamatan Dlingo terutama wisata hutan, yakni pos UKK Pinus Pengger, Puncak Becici, Lintang Sewu, Pinus Sari Mangunan dan Rumah Hobbit.

### Karakteristik informan

Penelitian ini mewawancarai sembilan orang informan dengan karakteristik pendidikan informan yang beragam mulai dari tingkat SLTP hingga pasca sarjana. Setiap informan memiliki tugas utama dan berperan dalam program pos UKK. Misalnya informan pengelola pos UKK memiliki tugas pokok sebagai sanitarian yang bertanggung jawab mengelola program kesehatan lingkungan. Tugasnya sebagai sanitarian adalah melakukan pengambilan dan uji sampel air, pembinaan penngelolaan air bersih rumah tangga termasuk air bersih dan air minum isi ulang yang dijual oleh pedagang, melakukan inspeksi sanitasi ke warung makan dan restoran, pendataan jamban keluarga, dan lain-lain. Tugas tambahannya adalah sebagai pengelola program pos UKK dan melakukan penyuluhan kesehatan lingkungan di posyandu, posbindu, poskestren atau UKS jika diminta sebagai narasumber dengan tema edukasi kesehatan lingkungan. Ringkasnya dapat dilihat pada Tabel 1:

**Tabel 1. Karakteristik informan**

Informan	Pendidikan	Peran	Tugas utama
NN	Diploma	Pengelola pos UKK di tingkat puskesmas	Sanitarian
SK	SLTA	Kader pos UKK	Bu Dukuh
SY	SLTP	Kader pos UKK	kuliner
LS	SLTP	Kader pos UKK	kuliner
SG	SLTA	Pengelola wisata	Pengelola wisata
DY	SLTA	Pengelola wisata	Pengelola wisata
KA	Sarjana (S1)	Pengelola wisata	Pengelola wisata
SW	Sarjana (S1)	Pembina pos UKK di tingkat puskesmas	Kepala puskesmas
SB	Pasca sarjana (S2)	Pembina pos UKK di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul	Kasie Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi kesehatan

### Keaktifan kader

Temuan penelitian tentang komponen keaktifan kader adalah jumlah kader di semua pos UKK yang diteliti belum mencukupi minimal 10% dari jumlah pekerja [7]. Pos UKK Pinus Pengger memiliki jumlah pekerja 41 orang, namun hanya memiliki 1 orang kader pos UKK, pos UKK Puncak Becici yang memiliki jumlah pekerja 51 orang hanya ada 1 kader pos UKK, begitupula pos UKK Pinus Sari dan Lintang Sewu.

*..Jumlah kader untuk pos UKK diambil dari kader kesehatan satu-satu, satu tahun sekali kami kumpulkan dari pengelola wisata..(NN).*

Menurut informan, kader pos UKK diambil dari kader posyandu/posbindu, karena ia kesulitan mencari kader pos UKK, pekerja enggan menjadi kader. Kader kesehatan yang sesuai dengan kriteria kader pos UKK yakni ia menjadi

pekerja di lokasi wisata tempat pos UKK, ia langsung ditunjuk sebagai kader pos UKK. Kader-kader pos UKK telah diberikan peningkatan kapasitas melalui sosialisasi tentang pos UKK namun belum diberikan pelatihan sebagai kader pos UKK. Selain kepada kader, pengelola program pos UKK juga memberikan pelatihan kepada ketua pengelola wisata dan pekerja yang bergabung dalam pos UKK kelompok pekerja wisata hutan.

*Kadernya masing-masing pos UKK 1 orang. Kalau pelatihan tidak ada, namun sosialisasi kepada pekerja pernah diadakan 1x (NN)*

Keterangan dari NN sesuai dengan pernyataan ketua pengelola wisata dan kader-kader bahwa mereka telah mendapatkan pelatihan sebagaimana pernyataannya berikut ini:

*Di kawasan puncak Becici ini kita seringkali diberi pendampingan pelatihan peningkatan kapasitas terkait dengan pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K)..terus ada beberapa lagi..jentik nyamuk (informan SG)...Saya pernah dapat pelatihan dari puskesmas itu sebelum COVID..tentang P3K (informan DY)*

*Pernah ikut pelatihan PSN, pelatihan P3K (informan LS)... Pelatihan di puskesmas ke-2 itu pas Corona itu pelatihan penanganan misalkan harus pakai masker kemudian pakai APD dan sebagainya itu pas Corona (Informan KA)*

Walaupun telah beberapa kali mengikuti sosialisasi tentang pos UKK, ketua pengelola wisata dan pekerja mengatakan belum membentuk kelembagaan pos UKK secara formal di tempat kerjanya, sementara berdasarkan data sekunder dan informan NN sudah ada pos UKK pada masing-masing tempat wisata tersebut, seperti yang disampaikan oleh informan SG dan DY, berikut ini:

*Pos UKK belum ada....kalau pelatihan itu cuma diasah satu kali..harapannya dikembangkan sendiri dari apa yang didapat, kalau...tapi kalau enggak didampingi keseringan lupa (SG)*

*..kalau teori pos UKK ada disinggung Bu, tapi kendala lapangannya SDM kami itu banyak usianya sepuh-sepuh..jika membentuk pos UKK nanti nggak ada petugasnya (DY)..*

Sementara menurut informan SW, implementasi Pos UKK memang belum maksimal, karena pemahaman pekerja di destinasi wisata

masih kurang. Saat ini puskesmas hanya memberikan pelatihan dan informasi-informasi kesehatan kerja terhadap pekerja. Sosialisasi dan informasi yang diberikan lebih bersifat hal yang spesifik sesuai dengan permasalahan yang sedang dihadapi oleh pengelola destinasi wisata. Hal senada juga disampaikan oleh informan SB yang menyatakan bahwa pos UKK belum menjadi program yang mendapatkan cukup perhatian karena kebijakan anggaran dan sumber daya tenaga yang tidak mendukung.

*Pos UKK seolah mati suri, urip yo ora..ora urip yo ora...sentik-sentik boleh dibilang begitu..mestinya program pengembangan mendapatkan support yang banyak dari kebijakan anggaran dan mobilisasi tenaga, namun kejadiannya ..kurang set begitu lho...(informan SB)*

Indikator pos UKK kurang aktif adalah jika tersedia kader tetapi tidak mencapai 10% dari jumlah pekerja, pada penelitian ini semua pos UKK yang diteliti hanya memiliki 1 orang kader di masing-masing pos UKK sehingga disimpulkan kurang aktif.

#### **Aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi**

Dari hasil wawancara didapat informasi bahwa indikator keberhasilan pos UKK yang berkaitan dengan komponen aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi diimplementasikan adalah pemeriksaan kesehatan penyakit tidak menular yang bertujuan untuk deteksi dini penyakit, namun kegiatannya hanya diadakan 1 kali setahun. Pengelola program pos UKK berkoordinasi dengan program pemberantasan penyakit tidak menular untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di tempat kerja.

*1x setahun. Kegiatannya adalah pemeriksaan kesehatan yang digabung dengan posbindu, mulai tahun 2023 karena ada anggaran pemeriksaan kesehatan di program PTM. Saya sendiri tidak ada tenaga dan dana di pos UKK... saya kerja sama dengan program PTM untuk pemeriksaan kesehatan kerja (NN).*

Selain itu informan juga mengintegrasikan tugasnya sebagai sanitarian dengan melaksanakan penyuluhan kesehatan lingkungan, pemeriksaan jentik nyamuk. Ketika pandemi Covid ia mengunjungi tempat-tempat wisata untuk sosialisasi Covid-19 berkoordinasi dengan pemegang program promosi kesehatan. Aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi yang

dilaksanakan 1x6 bulan, termasuk kategori kurang aktif. Penelitian ini aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi hanya dilaksanakan 1x 1 tahun, sehingga masuk kategori kurang cenderung tidak aktif.

#### **Aktivitas promotif dan preventif terintegrasi**

Indikator komponen aktifitas promotif yang telah dilaksanakan adalah pelatihan teknis seperti pelatihan tentang penerapan *Cleanliness, Health, Safety and Environment* (CHSE) ketika pandemi COVID-19, pelatihan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K), dan pelatihan higiene sanitasi makanan pada pedagang kuliner, pelatihan mendaur ulang sampah, pelatihan pemberantasan sarang jentik nyamuk. Salah satu pengelola wisata menyampaikan pernah diberikan pelatihan pengolahan sampah oleh puskesmas. Problemanya adalah tidak ada pemasaran produk pasca pelatihan, sehingga pada akhirnya produk yang di-recycle dibuang dan kembali menjadi sampah. Pelatihan-pelatihan ini bersifat insidental dan merupakan hasil koordinasi dengan program kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan. Aktivitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan aktivitas promotif dan preventif terintegrasi yang dilaksanakan 3-6 bulan sekali dikategorikan kurang aktif.

#### **Sarana pos UKK**

Berdasarkan indikator komponen ketersediaan sarana pos UKK, sarana pos UKK yang tersedia namun tidak lengkap, masuk kategori kurang aktif. Dari temuan penelitian sarana pos UKK di tempat wisata masih sangat minim bahkan boleh dikatakan belum ada. Menurut informan pengelola wisata, pengelola pos UKK hanya menginstruksikan pengelola untuk menyediakan kotak P3K di setiap destinasi wisata. Semua tempat wisata yang menjadi subjek belum mempersiapkan ruangan khusus untuk pos UKK, namun beberapa sudah memiliki kotak P3K. Bagi tempat wisata yang tidak memiliki kotak dan obat-obatan P3K, ketika ada kecelakaan langsung dibawa ke fasilitas kesehatan Balai Pengobatan Masyarakat terdekat atau dibawa ke dukun. Misalnya seperti yang dikatakan oleh salah satu kader ketika seorang wisatawan tersengat kalajengking, pengelola membawanya ke seseorang dukun yang dianggap

ahli mengobati racun kalajengking yang ada di sekitar hutan wisata. Seperti pernyataan informan berikut ini:

*..Ruang pos UKK belum ada, hanya kotak P3K saja,...Wisatawan yang sakit, pernah kesengat kalajengking, terus dibawa ke orang pintar yang ahli mengobati racun kalajengking (LS).*

### **Kegiatan pencatatan dan pelaporan**

Pencatatan dan pelaporan kegiatan pos UKK sudah memakai sistem informasi yang bernama sistem informasi terpadu kesehatan kerja dan olah raga (SITKO) yang langsung dikelola oleh Kementerian Kesehatan R.I. Data yang dibutuhkan oleh pengelola program diminta kepada kader melalui Whats Apps Group yang dibuat oleh pengelola program dengan para kader. SITKO dientry dan diunggah oleh pengelola program pos UKK.

*Untuk pencatatan dan pelaporan melalui SITKO, yang dilaporkan oleh kader melalui WAG dan diunggah oleh pengelola program ke SITKO (NN).*

*Koordinasi dengan pihak puskesmas melalui WAG, karena ada WAG kader sekelurahan (SK)*

### **Dana bergulir**

Indikator komponen pendanaan pada program pos UKK yaitu adanya dana bergulir. Pos UKK pada penelitian saat ini tidak ada dana bergulir/jimpitan yang ditarik dari peserta pos UKK. Pos UKK belum memiliki anggaran khusus baik dana program dari puskesmas, dari dana desa, maupun iuran peserta /jimpitan.

Disebabkan oleh karena anggaran untuk program pos UKK tidak ada, maka pengelola program pos UKK berkoordinasi dengan pemegang program penyakit tidak menular untuk anggaran pemeriksaan kesehatan di tempat kerja diambilkan dari anggaran pos binaan terpadu (posbindu) program penyakit tidak menular.

Pernyataan informan NN tentang tidak adanya anggaran pos UKK sesuai dengan informan pengelola wisata SG dan kader SL, pemerintah desanya lebih banyak memberikan perhatian kepada kegiatan posbindu dan posyandu balita dan lansia, sementara kegiatan kesehatan pos UKK

di tempat wisata masih belum menjadi perhatian. Pengelola SG berharap pemerintah desa juga memberikan perhatian terhadap pos UKK melalui penganggaran desa, dan pemerintah desa perlu membangun sinergi dengan pengelola wisata.

*...harapannya saling sinergi, pemerintah desa bisa support apa dan tempat wisata bisa support apa...(SG)*

## **PEMBAHASAN**

Program kesehatan pekerja model WHO mengintegrasikan pelayanan kesehatan kerja pada pelayanan primer [8,9] bertujuan untuk: memperkuat kebijakan internasional dan nasional di tempat kerja [9–12]; mengembangkan lingkungan kerja yang sehat; mengembangkan praktik kerja yang sehat dan promosi kesehatan; memperkuat perawatan dan layanan kesehatan kerja; membangun dukungan yang tepat untuk kesehatan kerja; mengembangkan standar kesehatan kerja yang berbasis sains; mengembangkan sumber daya manusia untuk kesehatan kerja; membangun sistem informasi yang tepat dan meningkatkan kesadaran publik; memperkuat penelitian; mendorong upaya kolaboratif [13].

Berdasarkan indikator jumlah kader minimal 10% dari pekerja di tempat wisata dimana pos UKK itu didirikan [7], dapat disimpulkan temuan penelitian ini semua pos UKK di Puskesmas Dlingo termasuk kategori kurang aktif. Penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian pos UKK di beberapa puskesmas di Indonesia. Banyak faktor kompleks saat melakukan pemberdayaan masyarakat yang dipengaruhi oleh serangkaian faktor sosial dan budaya [14], seperti di Puskesmas Bergas [15], di Kota Yogyakarta [16], dan di Kota Sabang [17], yang penyelenggaraan Pos UKK-nya masih menghadapi kendala karena kurangnya keterlibatan pekerja, upaya promosi kesehatan yang tidak berdampak terhadap pekerja, pengelolaan pos UKK yang belum optimal, serta kendala keterbatasan dana untuk penyelenggaraan kegiatan pos UKK. Walaupun sudah ada upaya pemberdayaan yang dilakukan oleh pengelola pos UKK puskesmas, namun peningkatan kesehatan tidak terjadi secara linier.

Pos UKK adalah program pengembangan dengan pendekatan pemberdayaan dan pengorganisasian masyarakat. Dalam implementasinya masih terdapat masalah dengan faktor sumber daya manusia baik dari sisi petugas kesehatan sebagai fasilitator maupun dari sisi kader/pekerja. Contoh baik dari pengalaman Kamboja dalam meningkatkan K3 tempat kerja informal adalah pemberian pelatihan partisipatif yang dinamakan Work Improvement in Small Enterprises (WISE), Work Improvement in Neighbourhood Development (WIND) serta Work Improvement for Safe Home (WISH) bagi pekerja rumahan dan perekonomian informal. Program ini berfokus pada lima bidang teknis yang dapat berkontribusi terhadap keselamatan dan kesehatan serta produktifitas yang lebih tinggi. Pelatih menyajikan praktik-praktik K3 yang baik di tingkat lokal dan membantu peserta dalam mengembangkan ide-ide praktis. Pelatih yang berasal dari mitra lokal yang telah dilatih sebagai pelatih partisipatif, kemudian memperluas jaringan pelatihan partisipatif tersebut. dan untuk menjamin keberlanjutan maka pemerintah mengadakan lokakarya prestasi untuk bertukar pengalaman dan memonitor jaringan pelatih yang sudah ada. Pekerja berpartisipasi dengan mengidentifikasi tempat kerja mereka menggunakan daftar list untuk menilai risiko keselamatan dan kesehatan mereka dan menemukan solusi cepat, berbiaya rendah [18]. Di Tiongkok, pekerja dapat mengenali dan memperbaiki bahaya di tempat kerja setelah pelatihan partisipatif. Langkah yang lebih efisien di Tiongkok harus dieksplorasi untuk meningkatkan penerapan solusi, terutama pada rekayasa pencegahan dan ergonomi manusia [19].

Dalam konsep keselamatan dan kesehatan kerja, upaya preventif dan protektif (pencegahan dan perlindungan masyarakat sebelum masalah kesehatan terjadi) diterapkan berdasarkan konsep manajemen risiko [20]. Komitmen manajemen risiko harus dibuat secara tertulis, kemudian disosialisasikan [21]. Sementara di desa wisata Mangunan pelaksanaan kegiatan pos UKK masih berdasarkan paradigma pelayanan kuratif (penyelesaian setelah masalah itu terjadi), misalnya P3K ketika ada kejadian kecelakaan atau

sakit pada wisatawan, akibatnya ketika ada kejadian kecelakaan atau sakit, pengelola akan membawa pekerja dan wisatawan ke balai pengobatan terdekat atau ke orang “pintar”. Akibatnya kegiatan pos UKK sangat bergantung pada tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan pengelola program pos UKK di puskesmas dan pembina di Dinas Kesehatan perlu melakukan lobby untuk anggaran pelatihan dan pelaksanaan kegiatan agar dapat memotivasi pekerja dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi [22].

Hasil wawancara juga mendapati bahwa pekerja yang diminta menjadi kader belum terlibat dalam proses perencanaan program. Dalam pelaksanaan kegiatan, kader membantu petugas kesehatan berkoordinasi dengan pengelola wisata sebelum kegiatan dimulai, menerima pendaftaran, membantu penimbangan BB/TB, dan melakukan pencatatan. Kader melaporkan kepada pengelola program puskesmas melalui Whats apps Group, form yang dibagikan atau buku catatan yang dibuat oleh kader. Pengelola program kemudian menginput data ke dalam sistem informasi SITKO ke Dinas kesehatan. Menurut kader dan pengelola pos UKK, data yang dikumpulkan hanya sekedar dilaporkan dan tidak dianalisa untuk digunakan sebagai bahan evaluasi dan perencanaan. Dari temuan ini manajemen pos UKK masih harus dibenahi jika ingin mengembangkan pos UKK dan mengaktifkan partisipasi pekerja [23].

Pengelola program pos UKK dari puskesmas menyampaikan bahwa sejak penugasannya sebagai pengelola program pos UKK, ia belum pernah mendapatkan pelatihan sebagai pengelola program pos UKK. Ketika ia diterima sebagai pegawai negeri sipil dan ditempatkan di puskesmas Dlingo2 ia langsung ditunjuk untuk melanjutkan tugas pemegang program pos UKK yang lama. Dengan latar belakang pendidikan diploma sebagai sanitarian ia menjalankan tanggung jawabnya sebagai pengelola pos UKK berdasarkan pengalamannya yang pernah bekerja di bagian keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit. Temuan ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyebutkan pengorganisasian sumber daya manusia di puskesmas, belum sesuai kebutuhan, misalnya

untuk pelaksana kegiatan pemberdayaan masyarakat atau promosi kesehatan dikelola oleh perawat, dokter umum, fisioterapist, dan lain-lain [24]. Tanpa pelatihan sebagai fasilitator pemberdayaan masyarakat, dan memiliki latar belakang pendidikan yang bukan keahlian keselamatan dan kesehatan kerja, cukup sulit bagi petugas kesehatan di puskesmas untuk menjadi *agent of change* atau fasilitator kesehatan kerja [25].

Setiap tenaga kesehatan di puskesmas memiliki tugas pokok dan tugas tambahan serta tugas dalam gedung dan tugas luar gedung. Dengan prinsip bagi habis pekerjaan, semua tenaga kesehatan di puskesmas diberi tugas tambahan sebagai fasilitator pemberdayaan masyarakat pada UKBM di wilayah kerja puskesmas seperti tenaga laboran mendapatkan tugas sebagai pengelola posyandu lansia dan balita, dokter umum mendapat tugas tambahan sebagai penanggung jawab posbindu, atau dokter gigi mengelola UKBM di UKS/UKGS dan poskestren. Hal tersebut karena terbatasnya jumlah tenaga kesehatan komunitas di puskesmas, sehingga dengan pertimbangan pemenuhan pencapaian target kinerja dalam tugas utama dan tugas tambahan, maka seringkali sebagai pembina tugas tambahan, petugas kesehatan tidak menjadikan tugas tersebut prioritas untuk capaian kinerja. Jikapun tenaga kesehatan puskesmas mengupayakan mencapai adanya luaran kinerja karena berkaitan dengan akreditasi puskesmas, akibatnya jam kerjanya menjadi panjang yakni pagi mereka mengerjakan tugas pokok dalam gedung di puskesmas, dan siang hingga malam hari mereka mengerjakan tugas pemberdayaan di masyarakat.

Sistem manajemen SDM di puskesmas dan pendayagunaan tenaga kesehatan yang tidak proporsional dapat mempengaruhi kualitas mutu pelayanan, karena tidak hanya berpengaruh pada kinerja dan kualitas hidup tenaga kesehatan, tetapi juga dapat berdampak pada derajat kesehatan masyarakat. Edukasi kesehatan penting untuk peningkatan pengetahuan, namun pemberdayaan masyarakat juga sangat dibutuhkan agar menumbuhkan kesadaran individu dan mau serta mampu mengubah cara pandang dan gaya hidup yang mengutamakan praktik hidup sehat [26]. Oleh

sebab itu, kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan harus membuat perencanaan pengadaan SDM yang bekerja sesuai dengan kompetensinya, misalnya fasilitator pemberdayaan masyarakat, sebaiknya diberikan pelatihan manajemen keselamatan dan kesehatan kerja dan pelatihan pemberdayaan partisipatif, pengaturan administratif jam kerja yang lebih fleksibel agar tugas pemberdayaan di komunitas tetap diprioritaskan dengan mempertimbangkan berbagai aspek.

Program pos UKK juga perlu mendapat perhatian dalam kebijakan anggaran, sumber dana selain dari puskesmas perlu dipertimbangkan seperti dana iuran pekerja, donasi dari perusahaan yang ada di wilayah kerja puskesmas, dana desa atau sumber dana lain tergantung pada sumber daya lokal. Pengelola program perlu menjalin kemitraan dengan stakeholder lintas sektor atau berkoordinasi lintas program dengan program di puskesmas yang memiliki anggaran untuk kegiatan yang bersifat preventif dan promotif. Peran pembinaan Pos UKK oleh berbagai pihak, seperti puskesmas, pemerintah desa, kecamatan, dan dinas kesehatan, menjadi krusial dalam pengembangan Pos UKK yang berkelanjutan. Puskesmas, sebagai pembina utama, bertanggung jawab melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program. Selain itu, keterlibatan dan peningkatan peran pemerintah desa, dinas pariwisata, dinas kesehatan Kabupaten Bantul, dan dinas kehutanan (KPH) DIY dalam pembuatan regulasi tentang desa wisata sehat, serta penyediaan sarana dan prasarana seperti ruangan pos UKK di destinasi wisata, peralatan, dan pembiayaan tenaga pengelola juga perlu ditingkatkan.

Keterbatasan penelitian ini adalah terbatasnya jumlah informan. Peneliti tidak dapat mewawancarai semua ketua pengelola wisata sehingga peneliti tidak dapat mengeksplorasi persepsi, kebijakan dan komitmen ketua pengelola destinasi wisata mengenai pos UKK. Penelitian pada masa yang akan datang diharapkan dapat menjangkau informan-informan stakeholder dan perlu melakukan penelitian survei terhadap pekerja yang non kader untuk mengetahui persepsi dan alasan ketidakterlibatan mereka dalam kegiatan

pos UKK sehingga informasinya menjadi lebih komprehensif.

### SIMPULAN

Tingkat keberhasilan semua pos UKK binaan Puskesmas Dlingo kondisinya masih kurang aktif bahkan cenderung tidak aktif. Pimpinan puskesmas perlu menyediakan anggaran dan penataan kembali SDM pengelola program pos UKK melalui pelatihan untuk meningkatkan keterampilan pemberdayaan partisipatif dan pelatihan manajemen keselamatan dan kesehatan kerja, peningkatan kemampuan dan keterampilan kesehatan kerja bagi kader, reward untuk memotivasi kader, daftar penilaian (checklist) untuk memantau pelaksanaan manajemen risiko K3 dan kegiatan teknis, pengelola program dan pembina yang rutin memonitoring dan evaluasi untuk menjamin keberlanjutan program. Pengelola program juga perlu secara konsisten mensosialisasikan kegiatan kesehatan kerja di pos UKK melalui berbagai saluran, advokasi kepada pimpinan tempat wisata, peningkatan jejaring dan kerja sama kemitraan universitas, mengaktifkan forum komunikasi dengan stakeholder seperti lurah sebagai penanggung jawab kelembagaan pos UKK dan membangun jejaring dengan lebih banyak stakeholder.

### KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan pada penelitian ini.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini didanai dengan dana hibah internal LPPM Universitas Ahmad Dahlan (UAD). Peneliti mengucapkan terima kasih kepada jajaran pimpinan di universitas dan fakultas yang selalu memotivasi untuk menghasilkan luaran penelitian yang dipublikasikan, kepala LPPM dan jajarannya yang mengalokasikan dana dan mengelola bidang penelitian, para informan yang telah bersedia meluangkan waktu dalam wawancara.

### DAFTAR PUSTAKA

1. International Labour Organization (ILO). Strengthening the role of employment injury

schemes to help prevent occupational accidents and diseases. Geneva; 2013.

- van Dijk F, Buijs P. Manual for primary health care on Basic Occupational Health Services. Encouraging publication from India, focused on informal occupations. *Asia Pac Fam Med*. 2017;16:2-5.
- Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga. Pedoman Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Kerja (UKK) untuk Kader Pos UKK. 2011. p. 1-32.
- Wirawan IMA, Putri WCWS, Kurniasari NMD, Mulyawan KH, Hendrayana MA, Suharlim C. Geo-mapping of hazards, risks, and travel health services in Bali: Results from the first stage of the integrated travel health surveillance and information system at destination (TravHeSID) project. *Travel Med Infect Dis [Internet]*. 2020;101698. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101698>
- Drasopolino, Zauhar S, Santoso B, Hermawan. The Forest Management Policy and its Influence in Forest area Utilization and Empowering Forest Communities in Yogyakarta. *Land use policy [Internet]*. 2023;127:106539. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2023.106539>
- Permenkes RI nomor 100. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 2015 Tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi. Peratur. Menteri Kesehat. 2015.
- Kemenkes RI. Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren [Internet]. Dep. Kementeri. Kesehat. Republik Indones. Jakarta; 2013. Available from: [http://promkes.kemkes.go.id/download/jsc/fil/es51071Pedoman\\_Penyelenggaraan\\_dan\\_Pembinaan\\_Pos\\_Kesehatan\\_Pesantren.pdf](http://promkes.kemkes.go.id/download/jsc/fil/es51071Pedoman_Penyelenggaraan_dan_Pembinaan_Pos_Kesehatan_Pesantren.pdf)
- Pandit NB, Trivedi A. Basic Occupational Health Services -"Occupational Health for All". 2011;2:5. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/359864460%0ABasic>
- Muralidhar V, Ahasan MF, Khan AM, Alam MS. Basic occupational health services (BOHS) in community primary care: The MSF (Dhaka) model. *BMJ Case Rep*. 2017;2017.
- O. U, K. B, A. L. Quality assurance approach for basic occupational health services provided by Primary Care Units (PCUs) in Thailand, an example for others? *Saf Health Work*

- [Internet]. 2022;13:S12. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexa&NEWS=N&AN=2016791256>
11. Tabibi R, Tarahomi S, Ebrahimi SM, Valipour AA, Ghorbani-Kalkhajeh S, Tajzadeh S, et al. Basic occupational health services for agricultural workers in the south of Iran. *Ann Glob Heal*. 2018;84:465–9.
  12. Samsuddin N, Razali A, Rahman NAA, Yusof MZ, Mahmood NAKN, Hair AFA. The proposed future infrastructure model for basic occupational health services in Malaysia. *Malaysian J Med Sci [Internet]*. 2019;26:131–7. Available from: <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.2.14>
  13. Ivanovich Mikheev M. Occupational health for all: the strategy of the World Health Organization. *Environ Manag Heal [Internet]*. 1997;8:199–201. Available from: <https://doi.org/10.1108/09566169710179283>
  14. Haldane V, Chuah L.H. F, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*. 2019;14:1–25.
  15. Wahyuni N Fitri. Program Upaya Kesehatan Kerja pada Sektor Informal. *Higeia (Journal Public Heal Res Dev)*. 2020;4:101–11.
  16. Suwanto S, Aini N, Sukismanto S. Gambaran Pelaksanaan Kesehatan Kerja Sektor Informal Melalui Pos Upaya Kesehatan Kerja (Ukk) Di Daerah Istimewa Yogyakarta. *J Formil (Forum Ilmiah) Kesmas Respati*. 2020;5:36.
  17. Andrian, Utami TN, Achmad R. Analisis pelaksanaan Program Kesehatan Kerja di Pos Upaya Kesehatan Kerja Nelayan di wilayah kerja Puskesmas Surakarya Kota Sabang. *JK3UHO (jurnal Kesehat dan Keselam Kerja Univ Halu Oleo)*. 2021;2:72–85.
  18. Kawakami T. Participatory approaches to improving safety, health and working conditions in informal economy workplaces – Experiences of Cambodia, Thailand and Viet Nam Introduction: Participatory training methodologies that can support informal economy workplaces. 2007;2:1–7.
  19. Fu C, Zhu M, Yu TSI, He Y. Effectiveness of participatory training on improving occupational health in small and medium enterprises in China. *Int J Occup Environ Health [Internet]*. 2013;19:85–90. Available from: <https://doi.org/10.1179/2049396713Y.0000000021>
  20. Ramli S. *Pedoman Praktis Manajemen Risiko dalam Prespektif K3 : OHS Risk Management*. 1st ed. Jakarta: Dian Rakyat; 2010.
  21. Somkiat S, Wirichai R, dkk. The Development of tools and interventions for improvement of Basic Occupational Health Services (BOHS) in Thailand. *Saf Health Work [Internet]*. 2022;13:S19. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=2016790919>
  22. Permenkes nomor 8. Peraturan Menteri Kesehatan R.I nomor 8 tahun 2019 tentang pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. 2019.
  23. Rosanti E, Andarini YD. Program Pendampingan Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja pada Petani di Desa Demangan Ponorogi. *J Pemberdaya Masy*. 2017;2:104–10.
  24. Gurning FP, Al Wafi Lubis MZ, Hasibuan NR, Adeliyani M. Manajemen Sumber Daya Manusia Pada Penempatan Tugas Dan Fungsi Kerja Di Upt Puskesmas Sering. *J Kesehat Masy*. 2021;9:706–10.
  25. Sukismanto, Suwanto, Kadaryati S, Prasetyaningrum Indah Y. Kebutuhan Pembinaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja ( K3 ) Pada Pos Upaya Kesehatan Kerja ( Pos UKK ) Bagi Pekerja Pada Pekerjaan Sektor Informal. *Bid Ilmu Kesehatan*. 2023;13:12–23.
  26. Nutland W, Cragg L. *Understanding Public Health: Health Promotion Practice*. 2nd ed. Nutland W, Cragg L, editors. New York, USA: Open University Press; 2015.