



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERSEPSI PEMULUNG TERHADAP  
RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA  
DIKAITKAN DENGAN PENGGUNAAN  
ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DI  
TEMPAT PENAMPUNGAN SAMPAH SEMENTARA (TPS)  
TEGALLEGA, BANDUNG, 2010**

**TESIS**

**HERLINDA  
0806442393**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER  
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
UNIVERSITAS INDOENSIA  
DEPOK  
JUNI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERSEPSI PEMULUNG TERHADAP  
RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA  
DIKAITKAN DENGAN PENGGUNAAN  
ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DI  
TEMPAT PENAMPUNGAN SAMPAH SEMENTARA (TPS)  
TEGALLEGA, BANDUNG, 2010**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

**HERLINDA  
0806442393**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER  
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
UNIVERSITAS INDOENSIA  
DEPOK  
JUNI 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Herlinda**

**NPM : 0806442393**

**Tanda Tangan : .....**

**Tanggal : 30 Juni 2010**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Herlinda

NPM : 0806442393

Mahasiswa Program : Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Tesis saya yang berjudul:

**“Persepsi Pemulung Terhadap Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Tempat Penampungan Sampah Sementara (TPS) Tegallega, Bandung, 2010”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 30 Juni 2010

(Herlinda)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Herlinda

NPM : 0806442393

Program Studi : Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)  
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Persepsi Pemulung Terhadap Risiko Kesehatan dan  
Keselamatan Kerja Dikaitkan dengan Penggunaan Alat  
Pelindung Diri (APD) di Tempat Penampungan Sampah  
Sementara (TPS) Tegallega, Bandung, 2010

**Telah Berhasil Dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : drs. Ridwan Z. Sjaaf MPH (.....)

Pembimbing II : DR. Robiana Modjo, SKM, MKes (.....)

Penguji I : Hendra, SKM, MK3 (.....)

Penguji II : Ir. R. Hendra Wijaya, MT (.....)

Penguji III : Ir. Iman K Nawireja, MSi (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 Juni

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena dengan ijin dan rahmat-Nya maka penulis dapat menyelesaikan tesis ini sesuai jadwal yang ditetapkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Bantuan dan bimbingan yang diberikan oleh berbagai pihak sangat membantu terwujudnya tesis ini, untuk itu ucapan terima kasih disampaikan kepada :

1. Bapak Drs. Ridwan Z. Sjaaf, MPH sebagai pembimbing I dan Ketua Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja atas kontribusinya dalam memberikan bimbingan, saran, dan diskusi pada penulisan tesis ini.
2. Ibu DR Robiana Modjo SKM, MKES sebagai pembimbing II atas kontribusinya dalam memberikan bimbingan, saran, dan diskusi pada penulisan tesis ini.
3. Rekan-Rekan Pemulung yang telah membantu menjadi informan untuk penelitian ini.
4. Rekan-rekan dari Yayasan Kontak Indonesia, yang telah mendampingi dan membantu terlaksananya diskusi dengan informan di TPS Tegallega Bandung.
5. Ayah Ibu atas doa dan dukungan yang diberikan hingga selesainya tesis ini.
6. Kakanda Haswita, Hernida, dan adinda Yunaldi atas dukungan doa dan batuan baik moral maupun spiritual.
7. Anak-anakku tercinta Hanif, Amaliah, Fariz, Farah, Najla dan Fasia.
8. Rekan-rekan K3-2008 atas dukungan dan kerjasama yang baik selama ini.
9. Bu Tri dan Pak Sam serta seluruh karyawan Departemen K3 atas segala bantuan dan kerjasamanya.
10. Adik-adikku tercinta, Lassie, Ariza, Nadia, Tiwi, Ike dan Fatul yang telah membantu kelancara penulisan tesis ini.

Penulis berharap agar tesis ini bermanfaat bagi pengembangan program guna meningkatkan pengetahuan dan derajat kesehatan pemulung dalam mendukung program pemerintah 2010 untuk menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat jasmani dan rohani.

Depok, 30 Juni 2010

Herlinda

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Herlinda  
NPM : 0806442393  
Program Studi : Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Persepsi Pemulung terhadap Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja  
Dikaitkan dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Tempat  
Penampungan Sampah Sementara (TPS) Tegallega, Bandung, 2010**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini berarti Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 30 Juni 2010  
Yang menyatakan

(Herlinda)

## ABSTRAK

Nama : Herlinda  
Program Studi : Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Kesehatan Masyarakat  
Judul : Persepsi Pemulung Terhadap Risiko Kesehatan dan  
Keselamatan Kerja Dikaitkan dengan Penggunaan Alat Pelindung  
Diri (APD) di Tempat Penampungan Sampah Sementara (TPS)  
Tegallega, Bandung, 2010

Pemulung adalah pekerja yang memilah sampah yang masih bernilai guna untuk didaur ulang. Sepanjang hari pemulung bekerja dengan sampah sehingga membuat mereka mempunyai risiko kesehatan dan keselamatan kerja yang tinggi. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko kesehatan dan keselamatan yang terjadi adalah dengan menggunakan Alat Pelindung Diri (APD). Kesadaran dan keyakinan pemulung untuk mau menggunakan APD dibangun oleh pengetahuan dan pengalaman mereka yang menjadikan mereka memiliki persepsi sendiri terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja yang ada. *Health Belief Model* (HBM) digunakan untuk menjelaskan persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja tersebut. Dengan mengetahui persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja dikaitkan dengan penggunaan APD, maka akan diperoleh alasan utama mengapa selama ini pemulung tidak menggunakan APD selama bekerja. Dengan diketahui alasan utama ini, maka akan dapat dijadikan dasar pengembangan program peningkatan derajat kesehatan dan keselamatan pemulung sesuai kebutuhan mereka.

Kata kunci :

Pemulung, sampah, Alat Pelindung Diri (APD), persepsi, *Health Belief Model* (HBM).

## ABSTRACT

Name : Herlinda  
Study Program : Occupational Health and Safety  
Title : Perception of Scavengers towards Risk of Occupational Health and Safety that is linked with the Use of Personal Protective Equipment (PPE) at Temporary Disposal (TPS) Tegallega, Bandung,

Scavengers are workers who collect and sort solid waste that has value as recyclable materials. Scavengers who work all-day long with waste face high risks related to occupational health and safety. One of the efforts that could be carried out to reduce their health and safety risks is by using Personal Protective Equipment (PPE). The awareness and conviction by scavengers to want to use PPE are based on their knowledge and experience and personal perception towards the risk of occupational health and safety. The Health Belief Model (HBM) will be used to explain scavengers' perceptions of their health and safety risks. By understanding the perception of scavengers towards the risk of occupational health and safety linked to PPE use, we will know the main reasons why scavengers do not use PPE while working. Based on this awareness, a foundation will be established for the development of programs to improve the health and safety of scavengers in accordance with their needs.

Key words : Scavengers, Solid Waste, Personal Protective Equipment, Perception, Health Belief Model

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Tugas Akhir untuk Kepentingan Akademis.....	iv
Abstrak.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftar Lampiran.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan masalah.....	4
1.3 Pertanyaan penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Bagi Peneliti.....	6
1.5.2 Bagi Pemulung.....	6
1.5.3 Bagi Universitas.....	6
1.5.4 Bagi Pemerintah dan Pihak Terkait.....	6
1.6 Ruang Lingkup.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Pemulung.....	8
2.1.1 Pengertian Pemulung.....	8
2.1.2 Kegiatan Pemulung.....	8
2.2 Sampah.....	10
2.2.1 Karakteristik Sampah.....	10
2.2.2 Pengolahan Sampah.....	12
2.3 Konsep Sehat.....	15
2.3.1 Pengertian Sehat.....	15
2.3.2 Prilaku Kesehatan.....	17
2.3.3 Tinjauan Kesehatan Kerja.....	20
2.4 Konsep Keselamatan.....	25
2.5 Dasar Hukum Keselamatan Kesehatan Kerja (K3).....	26
2.5.1 Undang-Undang Keselamatan Kerja.....	26
2.5.2 Undang-Undang Kesehatan Kerja.....	26
2.6 Bahaya dan Risiko.....	28
2.7 Risiko Kesehatan dan Keselamatan pemulung.....	29
2.7.1 Risiko Kesehatan.....	29
2.7.2 Risiko Keselamatan.....	31
2.8 Analisis Risiko.....	33
2.9 Health Belief Model.....	35
2.10 Persepsi.....	40
2.10.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi.....	42

2.10.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Terhadap Risiko..	43
2.11 Alat Pelindung Diri (APD).....	44
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN DAFTAR ISTILAH.....</b>	<b>47</b>
3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	47
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	48
3.3 Daftar Istilah.....	50
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>51</b>
4.1 Desain Penelitian.....	51
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	51
4.3 Informan Penelitian.....	51
4.4 Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	52
4.5 Teknik Pemeriksaan dan Keabsahan Data.....	53
4.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	53
4.7 Penyajian Data.....	53
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>54</b>
5.1 Gambaran TPS Tegallega.....	54
5.2 Karakteristik Pemulung Tegallega.....	55
5.3 Gambaran pengetahuan Informan Mengenai Kesehatan.....	57
5.4 Gambaran pengetahuan Informan Mengenai Keselamatan.....	61
5.5 Gambaran pengetahuan Informan Mengenai Alat pelindung Diri (APD).....	62
5.6 Gambaran persepsi Informan Terhadap risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja dikaitkan dengan Penggunaan APD.....	66
<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>	<b>69</b>
6.1 TPS Tegallega dan Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja.....	69
6.2 Sosialisasi dan Penyuluhan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	72
6.3 Pengetahuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Pemulung.....	74
6.4 Pengetahuan Alat Pelindung Diri (APD).....	76
6.5 Persepsi Informan terhadap Risiko Keselamatan dan kesehatan Kerja dikaitkan dengan APD dengan Teori Health Belief Model (HBM)....	78
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>82</b>
7.1 Kesimpulan.....	82
7.2 Saran.....	83
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>84</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Daftar Istilah.....	50
Tabel 4.1	Karakteristik Informan.....	52
Tabel 5.1	Gambaran Karakteristik Informan.....	55
Tabel 5.2	Gambaran Informan Mengenai Kesehatan.....	56
Tabel 5.3	Gambaran Informan Mengenai Keselamatan.....	58
Tabel 5.4	Gambaran Informan Mengenai APD.....	60
Tabel 5.5	Gambaran persepsi Informan terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja terkait dengan penggunaan APD.....	61



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Teori Blum.....	16
Gambar 3.1	Kerangka Teori.....	47
Gambar 3.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	49
Gambar 5.1	Kondisi TPS Tegallega.....	64
Gambar 5.2	Sampah di TPS Tegallega.....	65
Gambar 5.3	Postur janggal yang dilakukan informan saat bekerja (membungkuk untuk memilah sampah dalam waktu yang lama).....	66
Gambar 5.4	Informan mengangkat beban berat (bolak balik membawa sampah dari gerobak ke truk sampah).....	66
Gambar 5.5	Tempat MCK TPS Tegallega.....	70
Gambar 5.6	Informan mencuci tangan sebelum makan.....	71
Gambar 5.7	Informan makan menggunakan sendok di samping timbunan sampah.....	72
Gambar 5.8	Salah seorang informan penelitian bekerja tanpa menggunakan sarung tangan .....	74
Gambar 5.9	Informan menggunakan topi pelindung .....	75
Gambar 5.10	Informan yang menggunakan <i>Booth</i> , sarung tangan dan topi.....	76
Gambar 5.11	Informan tidak menggunakan APD.....	77

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner  
Lampiran 2 Pedoman Wawancara  
Lampiran 3 *Content Analsys*



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pemulung merupakan pekerja yang mengumpulkan dan memilah sampah untuk dijual ke pendaur. Pendaaur adalah pihak yang mengolah sampah menjadi produk lain yang lebih mempunyai nilai ekonomi. Pemulung dan cara hidupnya termasuk bagian dari kebudayaan (sub kultur). Pekerjaan memulung yang selalu berhubungan dengan sampah menimbulkan pandangan bahwa cara hidup pemulung adalah cara hidup yang kotor dan negatif.

Pemulung merupakan bagian penting dalam program daur ulang sampah, Salah satu program daur ulang kemasan kertas yang dilakukan oleh pemulung di Bandung dan sekitarnya berhasil mengumpulkan hampir 530 Ton kemasan kertas bekas tersebut pada tahun 2008 dan 2009. Dengan adanya kertas daur ulang tersebut, maka akan mengurangi pemakaian *pulp firgin* yang akan berdampak pada pengurangan penebangan hutan dan akan berdampak lagi kepada pemanasan global. Begitu panjang rantai manfaat yang diberikan oleh hasil kerja seorang pemulung.

Pemulung juga telah membantu mengurangi biaya pemerintah untuk pengumpulan, pengangkutan dan pengolahan sampah dari masyarakat. Dengan adanya pemulung maka volume yang dikumpulkan, diangkut dan diolah menjadi lebih sedikit. Pemulung dapat mengurangi volume sampah sekitar 20% (Sony, 2008). Penghematan biaya pengelolaan dapat dihitung dengan melihat data laju produksi sampah th 2008 sebesar 800 g/org/hari, total laju sampah 2008 adalah 176 ribu Ton/hari. Volume yang dikurangi oleh Pemulung adalah 35.200 Ton/hari. Bila biaya pengolahan sampah Rp. 50.000/ton (Sony, 2008), maka biaya pengolahan sampah yang dihemat adalah Rp.1.760.000.000/hari.

Jika dilihat dari segi kesehatan, pekerjaan memulung memiliki risiko yang sangat tinggi untuk terkena penyakit. Dengan lingkungan kerja dan tempat tinggal yang tidak kondusif serta kotor, kemungkinan besar pemulung dapat terjangkit berbagai macam penyakit seperti, batuk pilek, gata-gatal, diare dan lain-lain. Kondisi ini juga diperparah dengan gizi yang tidak baik serta akses pelayanan kesehatan yang sangat minim. Dari segi keselamatan kerja, pemulung juga memiliki risiko yang

cukup tinggi untuk mengalami kecelakaan. Pemulung selalu berhubungan dengan sampah yang terdiri dari berbagai benda dan materi baik organik maupun anorganik, salah satunya adalah benda-benda tajam yang bisa mengakibatkan luka dan goresan pada pemulung. Selain masalah risiko kesehatan dan keselamatan, terkadang pemulung juga dihadapkan pada penolakan masyarakat karena kehadiran pemulung dianggap mengganggu dan menimbulkan keresahan serta ketidaknyamanan masyarakat.

Dalam melakukan aktivitas, pemulung tidak terlalu memperhatikan kesehatan diri maupun lingkungan sekitarnya. Bau tidak sedap, benda-benda berbahaya yang mengandung zat kimia dan bakteri ditempat tumpukan sampah, dianggap tidak menjadi risiko bagi kesehatan mereka. Padahal barang bekas yang sebelumnya digunakan sebagai bahan pembungkus zat kimia sangat berbahaya jika bersentuhan langsung dengan kulit atau terhirup melalui hidung. Sebagai contoh bahan kimia yang ada pada bekas botol seperti botol-botol dari laboratorium, rumah sakit, aki bekas, dan kardus-kardus bekas pembungkus bahan kimia yang banyak mengandung kalsium, mangan dan besi (Putson, 1998) seperti pada kertas HVS, jika komponen barang bekas tersebut sampai termakan, maka akan menyebabkan orang jatuh sakit. Barang-barang bekas yang mengandung bakteri ataupun kuman akan menjadi bibit penyakit, seperti bakteri *coli* penyebab *disentri* atau bakteri penyebab penyakit kusta dan lain-lain akan. Bakteri ini bisa masuk ke tubuh manusia melalui pori-pori, kulit atau pernapasan. Kondisi seperti ini diperparah dengan perilaku tidak sehat pemulung seperti makan di area kerja bersebelahan dengan tumpukan sampah dan perilaku merokok sambil mengambil sampah. Dari penelitian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Dinas Lingkungan Hidup Bekasi terhadap lokasi TPA Bantar Gebang dalam buku Pemulung Sang Pelopor 3R sampah (2008) menyebutkan bahwa sebanyak 40% derajat keasaman air di lokasi TPA Bantar Gebang sudah diambang batas, 95% air tanah tercemar *e-coli*, 35% air tanah tercemar *Salmonella*, 34% dari pemulung disekitar TPA Bantar Gebang positif terkena TBC, sebanyak 99% mengalami infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dan sebanyak 8% mengalami tukak lambung.

Pemulung tersebar di 7 kota besar di Indonesia yaitu: Jakarta, Semarang, Bandung, Surabaya, Yogyakarta, Purwokerto, dan Manado. Berdasarkan produksi sampah per orang 800 g/hari, dengan jumlah penduduk tahun 2008 sekitar 220 juta

jiwa, maka diperkirakan jumlah timbunan sampah nasional saat ini sebesar 176 ribu ton/hari (KLH 2010).

Penduduk Kota Bandung berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Daerah (Suseda) adalah 2.329.928 jiwa (penduduk laki-laki 1.183.062 jiwa dan perempuan 1.146.866 jiwa). Angka tersebut menentukan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) sebesar 1,88%. Kota Bandung Menurut Laporan Dinas Tenaga Kerja, 45% penduduk Kota Bandung tercatat sebagai pekerja informal, 9% di antaranya adalah Pemulung.

Masalah kesehatan dan keselamatan pemulung di TPS Tegallega yang berkaitan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri merupakan salah satu masalah yang terkait dengan faktor perilaku dan persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja. Semua teori perilaku individu berusaha untuk menafsirkan atau menganalisis perilaku kesehatan pada tingkat individu, di mana niat tidak bergantung pada tindakan nyata seseorang. Teori *Health Belief Model* (HBM) dikembangkan pada tahun 1950-an sebagai bagian dari upaya oleh para psikolog sosial di Amerika Serikat *Public Health Service* untuk menjelaskan kurangnya partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan kesehatan dan program pencegahan (misalnya, yang bebas dan berlokasi proyek skrining TBC). Sejak saat itu, *Health Belief Model* telah diadaptasi untuk mengeksplorasi jangka panjang dan jangka pendek perilaku kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) adalah model psikologis yang berupaya menjelaskan dan meramalkan perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. Sikap dan kepercayaan individu mempengaruhi perilaku kesehatan individu tersebut. Dengan menggunakan teori HBM, dapat diuraikan bagaimana perilaku kesehatan pemulung di TPS Tegallega.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Pemulung bekerja di TPA dan TPS yang sangat rawan dengan risiko penyakit. Belum lagi potensi bahaya keselamatan yang mengancam sewaktu-waktu seperti kejadian bencana nasional TPA Leuwigajah tahun 2005 yang menelan korban hingga 143 pemulung (Sony, 2008).

Pemulung sangat berpotensi terkena berbagai macam penyakit yang dapat ditularkan melalui sampah. Seperti potensi terkena jarum suntik dari pengguna narkoba yang sudah terjangkit HIV/AIDS atau terkena jarum suntik yang *infectious*

dari sampah rumah sakit. Namun sejauh ini sangat sedikit sekali para pemulung yang mau menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) selama bekerja.

Pemulung merupakan bagian dari warga negara seperti yang di amanatkan pada pasal 34 yang patut mendapat perhatian dan perlindungan dari Pemerintah sebagaimana warga masyarakat lainnya. Sehingga mereka dapat berpartisipasi dalam pembangunan secara efektif. Untuk itu mereka perlu diberikan pembekalan pengetahuan yang lebih tentang pentingnya memperhatikan risiko kesehatan dan keselamatan selama berkerja.

Sebelum melangkah ke tahap pembekalan pengetahuan seperti disampaikan di atas, maka sangat perlu untuk mengetahui lebih dulu pengetahuan dan persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan selama bekerja dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) selama bekerja. Sehingga diketahui faktor-faktor penyebab pemulung menggunakan APD atau tidak menggunakan APD, maka upaya perbaikan dan pencegahan terkena penyakit dan kecelakaan akibat kerja dapat dirancang sesuai temuan di lapangan.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Dari uraian di atas pertanyaan penelitian yang muncul dan ingin dicari jawabannya melalui penelitian ini adalah:

1. Bagaimana Gambaran TPS Tegallega?
2. Bagaimana Gambaran Pemulung TPS Tegallega?
3. Bagaimana Gambaran pengetahuan Pemulung mengenai Kesehatan?
4. Bagaimana Gambaran pengetahuan Pemulung mengenai Keselamatan?
5. Bagaimana Gambaran pengetahuan Pemulung mengenai Alat Pelindung Diri (APD) ?
6. Bagaimana Persepsi Pemulung mengenai Risiko Kesehatan Keselamatan Kerja yang dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui Persepsi Pemulung di TPS Tegallega terhadap Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuainya Gambaran TPS Tegallega
2. Diketuainya Gambaran Pemulung TPS Tegallega
3. Diketuainya Pengetahuan Pemulung mengenai Kesehatan Kerja
4. Diketuainya Pengetahuan Pemulung mengenai Keselamatan Kerja
5. Diketuainya Pengetahuan Pemulung mengenai Alat Pelindung Diri (APD)
6. Diketuainya Persepsi Pemulung mengenai Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang dikaitkan dengan penggunaan Alat pelindung Diri (APD)

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Peneliti**

1. Memberikan pengalaman langsung dalam pelaksanaan, penulisan serta penyusunan hasil penelitian.
2. Merupakan media pemahaman untuk lebih memantapkan pengetahuan tentang persepsi pemulung mengenai Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja terkait penggunaan Alat pelindung Diri (APD) dan Meningkatkan pemahaman mengenai teori *Health Belief Model* (HBM) dan teori Kesehatan dan Keselamatan kerja lain yang mendukung.

### **1.5.2 Bagi Pemulung**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membuat pemulung menjadi salah satu sektor yang lebih diperhatikan Kesehatan dan Keselamatan Kerjanya.

### **1.5.3 Bagi Universitas**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan pengetahuan untuk Universitas Indonesia.

### **1.5.4 Bagi Pemerintah dan Pihak Terkait**

Hasil penelitian ini diharapkan akan dapat bermanfaat menjadi bahan masukan kepada pemerintah dan pihak terkait lainnya dalam penyusunan program-program penyadaran pemulung tentang perlunya penggunaan Alat Pelindung Diri (APD). Menjadi bahan masukan bagi pemerintah agar lebih memperhatikan tingkat kesehatan dan keselamatan para pekerja di sektor ini.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian dilakukan selama 2 bulan, di mulai awal April hingga Akhir Mei 2010 di Tempat Penampungan sampah Sementara (TPS) Tegallega Bandung. Yang akan diteliti adalah pengetahuan dan persepsi Pemulung terhadap risiko kesehatan dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) sehingga diperoleh alasan kenapa Pemulung tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) selama bekerja. Penelitian ini dibatasi pada pengumpulan dan analisis data primer yang diperoleh dari kuesioner dan *interview* saja. Analisis dilakukan dengan mengacu kepada teori HBM seperti disampaikan di atas.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pemulung**

##### **2.1.1 Pengertian Pemulung**

Pemulung adalah pekerja yang memisahkan atau mengambil barang-barang yang sudah dianggap tidak berguna oleh pihak yang membuangnya. Barang-barang yang masih dianggap bernilai guna tersebut akan dikumpulkan untuk kemudian dijual ke lapak atau bandar untuk selanjutnya dijual kepada pendaur. Para pemulung ini bekerja mulai dari pemukiman penduduk hingga lokasi Tempat Panampungan Sementara (TPS) atau bahkan ada yang di Tempat Pengolahan Akhir (TPA) sebelum sampah itu benar-benar dibuang karena tidak bernilai guna lagi.

##### **2.1.2 Kegiatan Pemulung**

Pada umumnya pemulung bekerja dimulai pada pagi hari sekitar pukul 05.00 hingga waktu yang tidak jelas, kadang hingga larut malam. Namun pada umumnya untuk pemulung yang bekerja di TPS dan TPA mereka mulai ke lokasi TPS/TPA sekitar jam 08.00 atau sesuai jadwal pengiriman sampah ke TPS atau TPA tersebut. Pengumpulan terhadap bahan/barang bekas dimulai saat tiba di TPS hingga siang hari (pukul 12.00). Pengumpulan bahan/barang bekas dilakukan dengan cara mengais, kemudian menampung pada tempat yang telah tersedia hingga istirahat siang. Saat sedang memulung, bila ditemukan bahan/sampah yang dapat dimakan, bahan tersebut langsung dimakan tanpa dicuci, bila ditemukan sampah sayur-mayur atau bumbu masak seperti cabe, bawang, dan lain-lain maka bahan tersebut dibawa pulang untuk dikonsumsi. Terkadang pemulung mendapat keberuntungan menemukan uang dalam jumlah banyak, menemukan emas atau juga benda berharga lainnya.

Pada siang hari pemulung beristirahat untuk makan. Sebagian pemulung membawa makanan dari rumah dan sebagian membeli di tukang jajal makanan di TPS. Makanan yang dibawa dari rumah bukan menu lengkap tetapi menu seadanya. Di TPS, jenis makanan dan minuman yang dapat dikonsumsi berupa mie goreng, tahu dan tempe goreng, dan gorengan

lainnya. Dengan makanan seperti itu mereka sudah dapat bertahan bekerja hingga sore hari. Kadang sambil mengais sampah, ketika menemukan bahan sampah yang dapat dimakan, bahan tersebut langsung dimakan. Dengan kondisi makan dan minum di TPS seperti itu, tidak dapat dianggap bahwa pemulung dapat dikatakan terpenuhi kebutuhan makan dan minum serta gizinya. Makan dan minum yang mereka lakukan pada dasarnya hanya sebagai pemenuhan perut untuk dapat bekerja.

Setelah istirahat siang, pekerjaan pemulungan dilanjutkan hingga sore hari. Bila pemulung merasa jumlah bahan yang dikumpulkan relatif sudah banyak, seringkali mereka berhenti mengais dan mulai mengumpulkan dan memilah-milah hasil pulungannya. Jika terasa belum banyak, mereka terus saja mengais sampai semua sampah tidak lagi tersisa. Intensitas kerja pada paruh kedua (siang-sore) waktu kerja pemulung ini relatif lebih rendah dibanding pagi hingga siang hari.

Pada sore hari setelah mengais, memilah dan mengemas bahan pulungan, pemulung menimbang ke Pengepul. Ada juga sebagian bahan pulungan tidak langsung dijual, tetapi dibawa pulang untuk dicuci dan dijemur untuk mengurangi kadar air, kemudian baru dijual keesokan harinya. Pemulung yang melakukan proses pengolahan seperti ini menjual produknya sekitar 4 atau 5 hari sekali atau sampai per minggu. Di beberapa tempat pembuangan pemulung tidak begitu terikat dengan Pengepul sehingga penjualan hasil pulungan dapat dilakukan ke Pengepul mana saja. Karena itu pemulung bebas memilih Pengepul yang disukai untuk menjual produknya, tentu dengan harga per kilogram yang lebih layak. Kegiatan sore hingga malam hari setelah penimbangan adalah kembali ke rumah, mandi, makan dan lain-lain. Pemulung istirahat malam sekitar pukul 20.00 - 21.00. Kadang bila ada acara tertentu hingga malam hari para pemulung akan dengan setia menunggu acara selesai untuk mengambil sisa-sisa acara yang masih bernilai guna dari mulai makanan sisa hingga barang-barang sisa aktivitas.

## 2.2 Sampah

### 2.2.1 Karakteristik Sampah

Sampah merupakan material sisa yang tidak diinginkan setelah berakhirnya suatu proses. Sampah didefinisikan oleh manusia menurut derajat keterpakaiannya, dalam proses-proses alam sebenarnya tidak ada konsep sampah, yang ada hanya produk-produk yang dihasilkan setelah dan selama proses alam tersebut berlangsung.

Dilihat dari komposisi sampah, maka sebagian besar sampah kota di Indonesia adalah sampah organik yang mencapai 70% dari total sampah. Sampah anorganik 28% yang menjadi obyek aktivitas pemulung. Sisanya sebanyak 2% adalah jenis B3 yang perlu dikelola sendiri (Enri Damanhuri, 2006).

Sampah dapat berupa sampah rumah tangga: sampah dapur, sampah kebun, plastik, metal, gelas dan lain-lain. Menurut bahan penyusunnya sampah ini dikelompokkan menjadi sampah organik dan sampah anorganik. Sampah organik merupakan sampah yang berasal dari makhluk hidup seperti sisa-sisa sayuran, hewan, kertas, potongan-potongan kayu dari peralatan rumah tangga, potongan-potongan ranting, rumput pada waktu pembersihan kebun dan sebagainya. Sampah organik ini akan diuraikan secara biologis oleh alam. Maka berdasarkan kemampuan diurai oleh alam (*biodegradability*), sampah dapat dibagi menjadi sampah *biodegradable* (organik) yaitu sampah yang dapat diuraikan secara sempurna oleh proses biologi baik aerob atau anaerob seperti: sampah dapur, sisa-sisa hewan, sampah pertanian dan perkebunan. Proses penguraian sampah ini akan melepaskan gas CO<sub>2</sub>, NH<sub>3</sub> dan H<sub>2</sub>S tergantung dari komposisi sampah itu sendiri. Sampah lainnya digolongkan kedalam sampah *non-biodegradable* (anorganik) yaitu sampah yang tidak dapat diuraikan oleh proses biologi. Sampah ini dapat dibagi lagi menjadi sampah anorganik yang *recyclable* yaitu sampah yang dapat diolah dan digunakan kembali karena memiliki nilai secara ekonomi seperti plastik, kertas, pakaian dan lain-lain. Dan sampah *non-recyclable* sampah yang tidak memiliki nilai ekonomi dan tidak dapat diolah atau diubah kembali menjadi

sesuatu yang berguna sehingga harus dibuang dan dikelola di Tempat Pengolahan Akhir (TPA).

Berdasarkan sumbernya maka sampah dapat berasal dari alam, aktivitas manusia, konsumsi manusia, nuklir, industri, pertambangan, rumah sakit dan lainnya. Sampah alam adalah sampah yang diproduksi di kehidupan liar diintegrasikan melalui proses daur ulang alami, seperti halnya daun-daun kering di hutan yang terurai menjadi tanah. Di luar kehidupan liar, sampah-sampah ini dapat menjadi masalah, misalnya daun-daun kering di lingkungan pemukiman.

Sampah yang berasal dari buangan manusia dan hewan adalah istilah yang biasa digunakan terhadap hasil-hasil pencernaan manusia dan hewan, seperti *feses* dan *urin*. Sampah manusia dan hewan dapat menjadi bahaya serius bagi kesehatan karena dapat digunakan sebagai *vektor* (sarana perkembangan) penyakit yang disebabkan oleh virus dan bakteri. Salah satu upaya manusia dalam pengurangan penularan penyakit melalui sampah manusia dan hewan ini adalah dengan cara hidup yang higienis dan sanitasi yang memenuhi standar kebersihan.

Sampah hasil konsumsi manusia merupakan sampah yang dihasilkan oleh (manusia) pengguna barang, dengan kata lain adalah sampah-sampah yang dibuang ke tempat sampah seperti kemasan susu, kaleng roti, plastik, kardus, kertas, daun, dll.

Sampah nuklir merupakan hasil dari fusi nuklir dan fisi nuklir yang menghasilkan uranium dan thorium yang sangat berbahaya bagi lingkungan hidup dan juga manusia. Oleh karena itu sampah nuklir disimpan ditempat-tempat yang jauh dari pemukiman dan tidak berpotensi tinggi untuk melakukan aktivitas tempat-tempat yang dituju seperti dibuang ke lokasi bekas tambang garam atau dasar laut (walau jarang namun kadang masih dilakukan).

Sampah rumah sakit adalah sampah yang berasal dari aktivitas yang berada di rumah sakit seperti jarum suntik, kapas, perban, bekas infus, sampah dari ruang operasi dan lainnya. Umumnya sampah rumah sakit ini bersifat *infectious* yaitu dapat menularkan penyakit infeksi kepada orang yang kontak dengan sampah tersebut.

### 2.2.2 Pengelolaan Sampah

Sampah (*refuse/waste*) adalah sebagian dari sesuatu yang tidak digunakan, tidak disenangi atau sesuatu yang harus dibuang, yang umumnya berasal dari kegiatan yang dilakukan oleh manusia (termasuk kegiatan industri), tetapi bukan biologis (karena *human waste* tidak termasuk didalamnya) dan umumnya bersifat padat (Azwar, 1990). Sumber sampah dapat bermacam-macam, diantaranya adalah: dari rumah tangga, pasar, warung, kantor, bangunan umum, industri, dan jalan.

Berdasarkan komposisi kimianya, maka sampah dibagi menjadi sampah organik dan sampah anorganik. Penelitian mengenai sampah padat di Indonesia menunjukkan bahwa 80% merupakan sampah organik, dan diperkirakan 78% dari sampah tersebut dapat digunakan kembali (Outerbridge, ed., 1991).

Pengelolaan sampah adalah semua kegiatan yang dilakukan dalam menangani sampah sejak ditimbulkan sampai dengan pembuangan akhir. Secara garis besar, kegiatan di dalam pengelolaan sampah meliputi pengendalian timbulan sampah, pengumpulan sampah, transfer dan transport, pengolahan dan pembuangan akhir (Kartikawan, 2007) sebagai berikut :

#### 1. Penimbunan sampah (*solid waste generated*)

Dari definisinya dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya sampah itu tidak diproduksi, tetapi ditimbulkan (*solid waste is generated, not produced*). Oleh karena itu dalam menentukan metode penanganan yang tepat, penentuan besarnya timbulan sampah sangat ditentukan oleh jumlah pelaku dan jenis serta kegiatannya.

Idealnya, untuk mengetahui besarnya timbulan sampah yang terjadi, harus dilakukan dengan suatu studi. Tetapi untuk keperluan praktis, telah ditetapkan suatu standar yang disusun oleh Departemen Pekerjaan Umum. Salah satunya adalah SK SNI S-04-1993-03 tentang Spesifikasi timbulan sampah untuk kota kecil dan kota sedang. Dimana besarnya timbulan sampah untuk kota sedang adalah sebesar 2,75-3,25 liter/orang/hari atau 0,7-0,8 kg/orang/hari.

#### 2. Penanganan di tempat (*on site handling*)

Penanganan sampah pada sumbernya adalah semua perlakuan terhadap sampah yang dilakukan sebelum sampah di tempatkan di tempat pembuangan. Kegiatan ini dimulai dari kondisi di mana suatu material yang sudah dibuang atau tidak dibutuhkan, seringkali masih memiliki nilai ekonomis. Penanganan sampah ditempat, dapat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penanganan sampah pada tahap selanjutnya. Diantaranya dapat menekan biaya transportasi.

Kegiatan pada tahap ini bervariasi menurut jenis sampahnya meliputi pemilahan (*sorting*), pemanfaatan kembali (*reuse*) dan daur ulang (*recycle*). Tujuan utama dan kegiatan di tahap ini adalah untuk mereduksi besarnya timbulan sampah (*reduce*)

### **3. Pengumpulan (*collecting*)**

Adalah kegiatan pengumpulan sampah dari sumbernya menuju ke lokasi Tempat Pembuangan Sementara (TPS). Umumnya dilakukan dengan menggunakan gerobak dorong dari rumah, warung, pertokoan kecil menuju ke lokasi TPS.

### **4. Pengangkutan (*transfer and transport*)**

Adalah kegiatan pemindahan sampah dari TPS menuju lokasi pembuangan pengolahan sampah akhir atau lokasi pembuangan akhir (TPA). Pengangkutan ini biasanya dilakukan oleh truk sampah dari dinas kebersihan setempat atau Perusahaan Daerah yang ditunjuk untuk mengangkut sampah di daerah tersebut.

## 5. Pengolahan (*treatment*)

Bergantung dari jenis dan komposisinya, sampah dapat diolah. Berbagai alternatif yang tersedia dalam pengolahan sampah, di antaranya adalah :

**Transformasi fisik**, meliputi pemisahan komponen sampah (*shorting*) dan pemadatan (*compacting*), yang tujuannya adalah mempermudah penyimpanan dan pengangkutan.

**Pembakaran (*incinerate*)**, merupakan teknik pengolahan sampah yang dapat mengubah sampah menjadi bentuk gas, sehingga volumenya dapat berkurang hingga 90-95%. Meski merupakan teknik yang efektif, tetapi bukan merupakan teknik yang dianjurkan. Hal ini disebabkan karena teknik tersebut sangat berpotensi untuk menimbulkan pencemaran udara.

**Pembuatan kompos (*composting*)**, Kompos adalah pupuk alami (organik) yang terbuat dari bahan-bahan hijau dan bahan organik lain yang sengaja ditambahkan untuk mempercepat proses pembusukan, misalnya kotoran ternak atau bila dipandang perlu, dapat ditambahkan pupuk buatan pabrik, seperti urea (Wied, 2004). Berbeda dengan proses pengolahan sampah yang lainnya, maka pada proses pembuatan kompos baik bahan baku, tempat pembuatan maupun cara pembuatan dapat dilakukan oleh siapapun dan dimanapun.

**Energy recovery**, yaitu transformasi sampah menjadi energi, baik energi panas maupun energi listrik. Metode ini telah banyak dikembangkan di negara-negara maju yaitu pada instalasi yang cukup besar dengan kapasitas  $\pm 300$  ton/hari dapat dilengkapi dengan pembangkit listrik sehingga energi listrik ( $\pm 96.000$  MWH/tahun) yang dihasilkan dapat dimanfaatkan untuk menekan biaya proses pengelolaan.

## 6. Pembuangan akhir

Pada prinsipnya, pembuangan akhir sampah harus memenuhi syarat-syarat kesehatan dan kelestarian lingkungan. Teknik yang saat ini dilakukan adalah dengan *open dumping*, di mana sampah yang ada hanya di tempatkan di tempat tertentu, hingga kapasitasnya tidak lagi memenuhi. Teknik ini sangat berpotensi untuk menimbulkan gangguan terhadap lingkungan. Teknik yang direkomendasikan adalah dengan *sanitary landfill*. Di mana pada lokasi TPA dilakukan kegiatan-kegiatan tertentu untuk mengolah timbunan sampah. Dewasa ini masalah sampah merupakan fenomena sosial yang perlu mendapat perhatian dari semua pihak, karena setiap manusia pasti memproduksi sampah, disisi lain masyarakat tidak ingin berdekatan dengan sampah. Karena sampah yang tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan berbagai dampak negatif pada lingkungan. Gangguan yang ditimbulkan meliputi bau, penyebaran penyakit hingga terganggunya estetika lingkungan.

### 2.3 Konsep Sehat

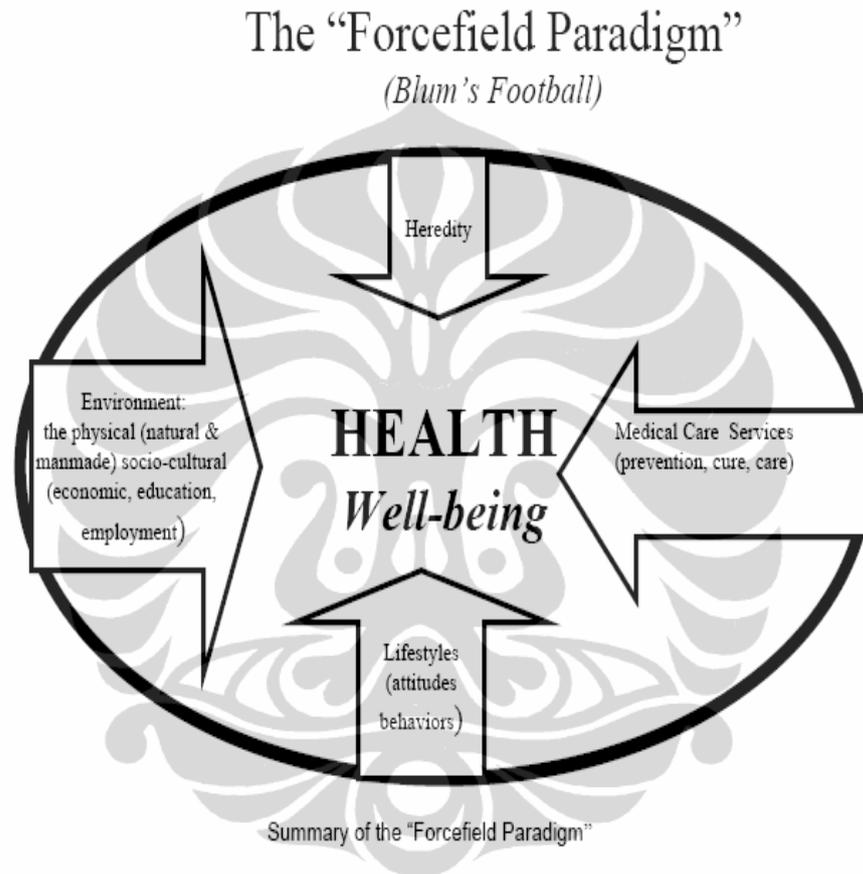
#### 2.3.1 Pengertian Sehat

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan 'sehat' sebagai suatu keadaan/kondisi seseorang yang tidak saja bebas dari penyakit maupun kecacatan, tetapi sehat secara fisik, mental dan sosial. Sementara dari sisi medis, sehat adalah kondisi seseorang yang bebas dari sakit, tidak ada gangguan pada fungsi tubuh. Semakin berkembangnya ilmu pengetahuan di bidang kesehatan dan kedokteran menghasilkan perubahan pemahaman tentang 'sehat'. Secara universal perspektif ini dapat diterima saat itu, tetapi kemudian dalam perkembangannya mendapat kritikan karena hal tersebut terlalu ideal, sulit untuk diukur, dan tidak dijelaskan bagaimana mencapai hal tersebut (WHO 1985 dalam Modjo, 2006)

Isu sehat tidak saja semata-mata dihubungkan dengan *issue* medis dan penyakit. Secara umum, dinyatakan bahwa kesehatan seseorang berhubungan erat dengan kondisi dan potensi biologi diri mereka yang dapat memenuhi

pilihan hidup mereka sendiri. Artinya, pencapaian ‘sehat bagi semua’ bukan menjadi tanggung jawab profesi dokter semata, melainkan melibatkan seluruh komponen yang ada pada suatu masyarakat. Untuk itu, isu yang dikembangkan dalam hal ini adalah sosialisasi yang benar mengenai ‘sehat’ dan mendukung upaya perubahan budaya (*cultural change*).

Gambar 2.1 Teori Blum



Sumber: Modjo, 2006

Gambar di atas menunjukkan bahwa status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh lingkungan, gaya hidup, genetik, dan pelayanan kesehatan. Pada pemulung, status kesehatannya sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan kerjanya, gaya hidup dan sarana pelayanan kesehatan. Kondisi lingkungan kerja yang penuh dengan sampah menjadikan pemulung mempunyai risiko tinggi terhadap berbagai macam penyakit. Gaya hidup pemulung dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pengetahuan dan

pendapatannya. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan rendahnya status kesehatan pemulung. Peran Pelayanan Kesehatan belum dirasakan oleh pemulung, karena belum terjangkau secara ekonomi. Pemulung masih mengutamakan pengobatan secara tradisional. Sebelum dirasakan tingkat keparahan penyakit, pemulung belum berobat ke dokter.

### 2.3.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung ataupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Soekidjo Notoadmodjo, 2003). Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan perilaku adalah *respons* atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

Dilihat dari *respons* terhadap stimulus ini maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2, yaitu Perilaku tertutup (*covert behaviour*) dan Perilaku terbuka (*overt behaviour*). Dikatakan perilaku tertutup karena *respons* seseorang terhadap stimulus tersebut berada dalam bentuk terselubung atau tertutup. *Respons* atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, dan sikap pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Sedangkan perilaku terbuka adalah *respons* seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. *Respon* atau reaksi terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati dan dilihat oleh orang lain.

Perilaku adalah bentuk reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar diri orang tersebut dan dalam memberikan reaksi sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun rangsangan dari luar yang diberikan sama namun reaksi setiap orang akan berbeda. Faktor-faktor yang membedakan reaksi terhadap rangsangan yang sama disebut dengan determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi 2, yaitu determinan internal dan eksternal.

Determinan internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan yang merupakan bawaan atau *given* seperti jenis kelamin, tingkat kecerdasan,

tingkat emosional, dll. Sedangkan determinan eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan soial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor eksternal ini sering merupakan faktor yang dominan yang membentuk dan mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih langgeng daripada perilaku yang yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan adalah faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (perilaku terbuka). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui penginderaan mata dan telinga.

Penelitian Rogers (1974) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa seseorang akan merubah perilakunya melalui serangkaian proses yang berurutan yaitu:

1. Kesadaran, orang tersebut menyadari rangsangan yang datang
2. Ketertarikan, setelah menerima rangsangan, ada timbul ketertarikan terhadap rangsangan baru tersebut.
3. Evaluasi, menimbang-nimbang baik dan tidaknya rangsangan yang datang tersebut bagi dirinya.
4. Mencoba, orang tersebut mulai mencoba perilaku baru tersebut.
5. Adopsi, seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap rangsangan tadi.

Sikap merupakan reaksi seseorang yang masih tertutup terhadap suatu rangsangan dari luar atau objek. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu kepercayaan/keyakinan terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini akan membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Suatu sikap belum pasti akan terwujud dalam suatu tindakan (perilaku terbuka). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan maka diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Selain itu juga diperlukan faktor pendukung dari pihak lainnya.

Sikap yang diwujudkan dalam tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu:

1. Persepsi, adalah praktek tingkat pertama, dimana seseorang telah mengenal dan memilih berbagai objek dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon terpinin, dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh yang diterima.
3. Mekanisme, seseorang telah mampu melakukan suatu tindakan dengan benar secara otomatis atau sesuatu tindakan tersebut menjadi terbiasa.
4. Adopsi, suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik dan dimodifikasi tanpa mengurangi makna dari tindakan tersebut.

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang diperoleh melalui penginderaan baik melalui penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Setiap orang akan mempunyai persepsi yang berbeda meskipun rangsangan yang diterima sama. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu dan berlangsung dalam interaksi antara manusia dan lingkungannya. Faktor-faktor yang memegang peranan penting didalam pembentukan perilaku ada 2 faktor yaitu internal dan eksternal. Faktor internal berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mencegah pengaruh dari luar. Faktor eksternal meliputi objek, orang, kelompok, dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya.

Perilaku kesehatan adalah suatu *respons* seseorang terhadap rangsangan dari luar atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman dan lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan, perilaku pencarian dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan lingkungan. Perilaku pemeliharaan kesehatan meliputi pencegahan sakit hingga upaya mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Perilaku pencarian dan pemanfaatan pelayanan kesehatan meliputi upaya dan tindakan seseorang pada saat menderita sakit atau terkena kecelakaan. Tindakan ini meliputi mengobati diri sendiri hingga mencari upaya pengobatan ke luar negeri. Sedangkan perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang merespon kondisi lingkungannya baik fisik maupun sosial budaya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

### **2.3.3 Tinjauan tentang Kesehatan kerja.**

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung ataupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Soekidjo Notoadmodjo ,2003). Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan perilaku adalah *respons* atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

Dilihat dari *respons* terhadap stimulus ini maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2, yaitu Perilaku tertutup (*cover behaviour*) dan Perilaku terbuka (*overt behaviour*). Dikatakan perilaku tertutup karena *respons* seseorang terhadap stimulus tersebut berada dalam bentuk terselubung atau tertutup. *Respons* atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada

perhatian, persepsi, pengetahuan, dan sikap pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Sedangkan perilaku terbuka adalah *respons* seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon atau reaksi terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati dan dilihat oleh orang lain.

Perilaku adalah bentuk reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar diri orang tersebut dan dalam memberikan reaksi sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun rangsangan dari luar yang diberikan sama namun reaksi setiap orang akan berbeda. Faktor-faktor yang membedakan reaksi terhadap rangsangan yang sama disebut dengan determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi 2, yaitu determinan internal dan eksternal.

Determinan internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan yang merupakan bawaan atau *given* seperti jenis kelamin, tingkat kecerdasan, tingkat emosional, dll. Sedangkan determinan eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor eksternal ini sering merupakan faktor yang dominan yang membentuk dan mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan adalah faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (perilaku terbuka). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui penginderaan mata dan telinga.

Penelitian Rogers (1974) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa seseorang akan merubah perilakunya melalui serangkaian proses yang berurutan yaitu:

1. Kesadaran, orang tersebut menyadari rangsangan yang datang
2. Ketertarikan, setelah menerima rangsangan, ada timbul ketertarikan terhadap rangsangan baru tersebut.
3. Evaluasi, menimbang-nimbang baik dan tidaknya rangsangan yang datang tersebut bagi dirinya.
4. Mencoba, orang tersebut mulai mencoba perilaku baru tersebut.
5. Adopsi, seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap rangsangan tadi.

Sikap merupakan reaksi seseorang yang masih tertutup terhadap suatu rangsangan dari luar atau objek. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu kepercayaan/keyakinan terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini akan membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Suatu sikap belum pasti akan terwujud dalam suatu tindakan (perilaku terbuka). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan maka diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Selain itu juga diperlukan faktor pendukung dari pihak lainnya.

Sikap yang diwujudkan dalam tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu:

1. Persepsi, adalah praktek tingkat pertama, dimana seseorang telah mengenal dan memilih berbagai objek dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon terpinpin, dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh yang diterima.
3. Mekanisme, seseorang telah mampu melakukan suatu tindakan dengan benar. Secara otomatis atau sesuatu tindakan tersebut menjadi terbiasa.
4. Adopsi, suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik dan dimodifikasi tanpa mengurangi makna dari tindakan tersebut.

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang diperoleh melalui penginderaan baik melalui penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Setiap orang akan mempunyai persepsi yang berbeda meskipun rangsangan yang diterima sama. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu dan berlangsung dalam interaksi antara manusia dan lingkungannya. Faktor-faktor yang memegang peranan penting didalam pembentukan perilaku ada 2 faktor yaitu internal dan eksternal. Faktor internal berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mencegah pengaruh dari luar. Faktor eksternal meliputi objek, orang, kelompok, dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya.

Perilaku kesehatan adalah suatu *respons* seseorang terhadap rangsangan dari luar atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman dan lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan, perilaku pencarian dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan lingkungan. Perilaku pemeliharaan kesehatan meliputi pencegahan sakit hingga upaya mencapai

tingkat kesehatan yang optimal. Perilaku pencarian dan pemanfaatan pelayanan kesehatan meliputi upaya dan tindakan seseorang pada saat menderita sakit atau terkena kecelakaan. Tindakan ini meliputi mengobati diri sendiri hingga mencari upaya pengobatan ke luar negeri. Sedangkan perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang merespon kondisi lingkungannya baik fisik maupun sosial budaya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Pada awalnya di Indonesia kewajiban pengusaha untuk memeriksakan kesehatan pekerjanya hanya diatur dalam perjanjian secara *bipartit* antara pekerja dan pengusaha. Namun, dalam perkembangan selanjutnya pemerintah menetapkan kewajiban tersebut dalam peraturan perundangan ketenagakerjaan. Kesehatan kerja tertuang pertama kali dalam UU.No.14/1969 tentang Ketentuan Pokok Mengenai Tenaga kerja serta UU.No.1/1970 tentang Keselamatan Kerja yang menyatakan bahwa kesehatan kerja merupakan bagian dari keselamatan kerja. Selanjutnya dalam UU. No. 25/1997 tentang Ketenagakerjaan, pengaturan tentang kesehatan kerja terdapat pada pasal 108 ayat (2), yang secara jelas menyebutkan bahwa "Untuk melindungi kesehatan pekerja guna mewujudkan produktivitas kerja yang optimal diselenggarakan upaya kesehatan kerja."

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) berkaitan dengan upaya-upaya berikut ini:

1. Pemeriksaan kesehatan tenaga kerja baik pada awal bekerja maupun secara periodik selama masa kerja.
2. Gizi sehat tenaga kerja yang diberikan untuk makan siang maupun tambahan gizi lainnya.
3. Kebersihan lingkungan kerja, termasuk pencegahan dan pengolahan limbah.

4. Pencegahan dan penanggulangan sumber-sumber yang membahayakan kesehatan, antara lain :
  - a. Sumber fisik, seperti suara yang terlalu bising, suhu yang terlalu tinggi atau rendah, penerangan dan ventilasi yang kurang memadai.
  - b. Sumber kimia, seperti gas/uap, cairan, debu, bahan kimia yang beracun.
  - c. Sumber biologi, seperti bakteri, jamur, serangga dan tumbuh-tumbuhan lain yang timbal dalam lingkungan kerja.
  - d. Sumber faal, seperti sikap keliru sewaktu bekerja, peralatan yang tidak cocok dengan pekerja, kerja yang terus-menerus berdiri atau duduk.
  - e. Sumber psikologis, seperti kerja yang dipaksakan, suasana kerja yang tidak menyenangkan, pikiran yang tertekan.

Pada tahun 1995 komite kerja sama ILO dan WHO (Depnaker, 1999) mengemukakan definisi kesehatan kerja dengan menitikberatkan pada tiga fokus utama yaitu: pemeliharaan dan promosi kesehatan kerja dan kapasitas kerja, perbaikan lingkungan kerja dan pekerjaan sehingga kondusif terhadap keselamatan dan kesehatan, pengembangan organisasi dan budaya kerja ke arah yang mendukung kesehatan, pengembangan organisasi dan budaya kerja ke arah yang mendukung kesehatan dan keselamatan kerja.

#### **2.4 Konsep keselamatan**

Keselamatan berasal dari bahasa Inggris yaitu kata “*safety*” dan biasanya selalu dikaitkan dengan keadaan terbebasnya seseorang dari peristiwa celaka (*accident*) atau nyaris celaka (*near miss*). Jadi pada hakekatnya keselamatan sebagai status pendekatan maupun sebagai status pendekatan praktis mempelajari faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan dan berupaya mengembangkan berbagai cara dan pendekatan untuk memperkecil risiko terjadinya kecelakaan.

Ensiklopedia Nasional Indonesia (Pustaka, 1990), keselamatan kerja adalah upaya pencegahan kecelakaan kerja dan perlindungan terhadap pekerja, dari kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja sebagai akibat kondisi kerja yang tidak

nyaman atau tidak sehat. Keselamatan kerja yang dimaksudkan disini adalah yang bertalian dengan kecelakaan kerja, yaitu kecelakaan yang terjadi di tempat kerja.

## **2.5 Dasar Hukum Keselamatan Kesehatan Kerja (K3)**

Setiap pekerja berhak mendapat perlindungan atas keselamatan dan kesehatannya. Hal ini tercantum dalam UUD 1945 pasal 27 ayat 2 bahwa setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan. Perlu dilakukan upaya untuk membina norma-norma perlindungan kerja. Pembinaan norma-norma tersebut diwujudkan dalam undang-undang dan peraturan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Undang-undang dan peraturan K3 tersebut diharapkan dapat menjamin perlindungan pekerja terhadap kesehatan dan keselamatan kerja, moral dan kesusilaan, memperoleh perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama.

### **2.5.1 Undang-Undang Keselamatan Kerja**

#### **UU No.1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja**

Latar belakang UU No. 1 tahun 1970 ini adalah untuk mendukung UU No.14/1969. UU No.1 tahun 1970 ini memberikan perlindungan tenaga kerja tidak hanya di industri/pabrik saja. Karena pada dasarnya tenaga kerja berhak mendapatkan perlindungan atas keselamatan dalam pekerjaannya. Di dalam UU No. 1/1970 pasal 2 mengatur ruang lingkup yang meliputi kesehatan dan keselamatan kerja di semua tempat kerja, baik di darat, di dalam tanah, di permukaan air, di dalam air maupun udara dalam wilayah kekuasaan hukum Republik Indonesia.

### **2.5.2 Undang-Undang Kesehatan Kerja**

#### **UU No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Kerja**

Latar belakang UU No. 23 tahun 1992 ini adalah bahwa setiap orang memerlukan pekerjaan untuk dapat mempertahankan hidup dan kehidupan dan pada setiap pekerjaan mempunyai potensi bahaya berupa bahaya kesehatan, keselamatan dan kehidupan. Untuk melindungi seseorang dari bahaya pada waktu bekerja, perlu dilakukan upaya kesehatan kerja karena merupakan hak azasi manusia.

Kesehatan kerja merupakan suatu layanan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan (fisik, mental dan sosial) yang setinggi-

tingginya bagi pekerja disemua jabatan, pencegahan penyimpangan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan pekerja dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang adaptasi antara pekerjaan dengan manusia dan manusia dengan jabatannya. Kesehatan kerja diselenggarakan untuk mewujudkan produktivitas kerja yang optimal.

Dalam undang-undang No.23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pasal 22 ayat (2) tentang Pelaksanaan Kesehatan Lingkungan Kerja, Pasal 23 ayat (1,2,3) tentang kewajiban melaksanakan kesehatan kerja yang mencakup pelayanan, pencegahan PAK dan syarat kesehatan kerja, serta Pasal 84 tentang sanksi pidana bagi yang tidak melaksanakan.

Pelaksanaan kesehatan kerja bagi pekerja di sektor informal, antara lain: UMKM, petani, nelayan, pedagang kaki lima dan pekerja di sektor lainnya yang tidak memiliki akses pelayanan kesehatan kerja formal yang terorganisir di perusahaan, dibina oleh Puskesmas dengan pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK). Pos UKK seperti layaknya Posyandu, adalah upaya kesehatan kerja yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dibina oleh Puskesmas setempat dan dibentuk antara lain dengan mekanisme Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).

## 2.6 Bahaya dan Risiko

Bahaya dapat diartikan sebagai bahan berbahaya ataupun kondisi khusus yang berpotensi menimbulkan kerugian terhadap manusia maupun lingkungan serta makhluk hidup lainnya. Bahaya menurut Cross J (1998) diartikan sebagai sumber-sumber atau kondisi yang dapat menyebabkan kecelakaan. Menurut L Bamber (1988) bahaya adalah segala sesuatu yang berpotensi yang menimbulkan kerugian maupun kerusakan. Menurut Brauer (1990) risiko adalah pengukuran dari kemungkinan kejadian suatu bahaya dengan tingkatan keparahan kecelakaan yang timbul. Istilah risiko mempunyai makna yang sangat luas apabila mencakup aspek kehidupan manusia. Kolluru (1996) membagi risiko yang dapat terjadi di tempat kerja ke dalam 5 kategori, yaitu:

1. Risiko keselamatan (*safety risk*), pada umumnya mempunyai probabilitas rendah, konsekuensi tinggi, bersifat akut/tak terduga, menimbulkan dampak langsung, penanggulangan yang dibutuhkan adalah dalam bentuk respon tanggap darurat, penyebabnya dapat lebih diketahui dengan jelas serta lebih fokus pada aspek keselamatan manusia dan pencegahan timbulnya kerugian.
2. Risiko kesehatan (*health risk*), pada umumnya mempunyai ciri-ciri probabilitas tinggi, pemajanan terjadi melalui kontak atau masuknya bahan berbahaya ke dalam tubuh melalui cara tertentu. Dampak konsekuensi berupa penyakit akibat gangguan fisiologis dan metabolisme tubuh, mempunyai periode waktu yang panjang dan bersifat kronis, hubungan sebab akibat diketahui, lebih fokus kepada aspek kesehatan manusia.
3. Risiko lingkungan/ekosistem (*enviromental risk*), pada umumnya mempunyai ciri-ciri melibatkan interaksi yang beragam antar populasi dan komunitas ekosistem atau interaksi yang kompleks, perubahannya tidak kelihatan, kausalitas dan efek mempunyai ketidakpastian yang tinggi, permasalahan lebih fokus pada dampak yang timbul terhadap habitat dan ekosistem yang jauh dari sumber risiko.
4. Risiko keselamatan publik (*public welfare/goodwill risk*), persepsi, perhatian pada nilai properti, estetika dan terfokus pada nilai/value.
5. Risiko finansial (*financial risk*), fokus pada kelangsungan bisnis, pertanggungjawaban, asuransi, dan kembalinya investasi.

Emmett J. V dan Curtis M .E dalam Kertonegoro (1996) menyatakan bahwa istilah risiko diartikan sebagai:

1. Risiko adalah peluang kerugian
2. Risiko adalah kemungkinan kerugian
3. Risiko adalah ketidakpastian
4. Risiko adalah penyimpangan kenyataan dari hasil yang diharapkan
5. Risiko adalah probabilitas bahwa suatu hasil berbeda dari hasil yang
6. diharapkan.

Sedangkan menurut Cross J (1988) risiko adalah sesuatu yang dapat menimbulkan dampak pada sasaran. Risiko diukur dari kemungkinan (*likelihood*) terjadinya sesuatu dan akibat (*consequence*) bila hal tersebut terjadi.

## **2.7 Risiko Kesehatan dan Keselamatan pemulung**

### **2.7.1 Risiko Kesehatan**

Kondisi tempat kerja yang sangat kumuh dan berbau merupakan sumber berbagai penyakit yang berpotensi menyerang para pemulung. Potensi penyakit yang ada adalah ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas), alergi kulit, radang paru-paru, asma, anemia dan lain-lain. Gangguan kesehatan itu disebabkan oleh asap dari pembakaran sampah, tebaran debu sampah, bau busuk yang terbawa angin dan sebagainya. Belum lagi potensi tertular oleh penyakit infeksi seperti HIV/AIDS atau penyakit lainnya. Penularan tersebut dapat terjadi melalui jarum suntik yang tertusuk ke tangan ataupun ke telapak kaki.

Risiko Kesehatan yang dapat terjadi adalah dari kebiasaan sebagian besar pemulung mengkonsumsi makanan sisa yang ditemukan di TPS, menunjukkan bahwa pemulung menanggung risiko rentan kesehatan. Demikian juga terhirupnya gas metan dan bau busuk yang mencemari udara di TPS menyebabkan para pemulung sering merasakan keluhan penyakit seperti sakit kepala, sesak nafas dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA). Kondisi ini semakin diperparah dengan tidak dipergunakannya Alat Pelindung Diri (APD) pada saat bekerja yang sangat sederhana seperti sepatu, topi, masker, sepatu booth dll, yang tidak memenuhi persyaratan sebagai

pelindung yang dapat memberikan keamanan dan kenyamanan terhadap ancaman gangguan kesehatan.

Kesehatan sangat penting namun pemulung mengabaikannya karena alasan tertentu. Semakin diperparah pelayanan kesehatan oleh pihak terkait (Dinas Kesehatan/Puskesmas) atau dokter terdekat tidak dapat dijangkau dengan biaya yang murah atau gratis, walaupun pemulung merupakan golongan kaum miskin yang seharusnya mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan untuk Keluarga Miskin.

Penyakit yang biasanya ditemukan pada pekerja yang berkontak dengan sampah adalah: (Tri Bangun Sony, 2008)

1. Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) yang disebabkan oleh virus dan bakteri yang berasal dari sampah dan terbawa di dalam udara yang dihirup oleh manusia saat bernapas.
2. Alergi kulit: karena kontak dengan sampah ataupun dengan air yang tercemar disekitar lokasi kerja TPS/TPA. Ini sangat berkaitan dengan kondisi air yang digunakan, kebersihan diri, dan lingkungan kerja dan rumah.
3. Infeksi kulit, disebabkan oleh kutu air dan biasanya berkembang saat musim penghujan dan lingkungan sampah yang tergenang air.
4. Infeksi paru-paru, karena bakteri/virus dari sampah gejalanya adalah batuk-batuk terutama waktu malam ini secara spesifik merupakan penyakit TBC yang dibuktikan dari hasil *rontgen*. Kondisi ini diperparah oleh status gizi yang rendah, yang ditandai dengan berat badan yang terus menurun.
5. Menceret-menceret (muntaber) karena salah makan makanan yang kotor, tidak mencuci tangan.
6. Pusing kepala, karena suhu yang tidak seimbang disebabkan oleh perbedaan suhu badan dan suhu lingkungan sekitar .
7. Sesak napas dan keracunan gas, tumpukan sampah akan mengalami proses penguraian yang menghasilkan gas diantaranya gas metan ( $CH_4$ ). Setiap 1 ton sampah padat menghasilkan 50 kg gas metana. Gas lain yang juga dihasilkan oleh sampah ada  $CO_2$ . Kedua gas ini merupakan penyumbang terbesar dari gas rumah kaca.

### 2.7.2 Risiko Keselamatan

Kasus Leuwigajah 21 Februari 2005 yang menelan hingga 143 korban merupakan salah satu risiko keselamatan yang terjadi di lokasi Tempat pengelolaan Akhir (TPA) yang menimpa para pekerja yang berada disana termasuk pemulung.

Risiko keselamatan yang ada di lokasi tempat pengumpulan dan pengelolaan sampah adalah sampah longsor dan ledakan. Sampah longsor ini disebabkan antara lain pola pembuangan yang tidak benar, aspek hidrologis dan topografis, serta munculnya percikan api yang pada akhirnya menimbulkan ledakan dari gas metana atau amonia yang terjadi pada pembusukan sampah. (Ketut Wikantika, 2005).

Pola pembuangan yang tidak benar dapat menyebabkan sampah menjadi longsor. Ketinggian tumpukan sampah di TPA maksimal 10 m, jika lebih dari itu akan berpotensi longsor. Ketinggian sampah pada ukuran 10 meter sampai 50 meter akan menimbulkan gaya. Sehingga jika bergerak sedikit kekuatannya bisa meruntuhkan rumah disekitarnya. Hal ini disebabkan karena sampah mengandung air sehingga potensi tenaga airnya luar biasa (Robert Kodoatie, 2005). Selain itu materi sampah yang tidak dipadatkan dapat membuat rongga-rongga didalam tumpukan sampah yang akhirnya diisi oleh air jika terjadi hujan. Hal ini menyebabkan kandungan air sampah bertambah.

Faktor hidrologis yang dimaksud adalah hujan. Sampah yang mengandung air, jika ditambah dengan curah hujan yang tinggi akan menyebabkan kandungan airnya bertambah. Begitu pula kondisi tanah dibawahnya. Tanah yang lembab akibat aliran air maka kestabilannya akan berkurang, sementara itu beban tanah di atasnya semakin berat akibat tambahan berat air hujan terhadap sampah. (Laporan Satgas ITB Peduli Leuwigajah, 2005).

Salah satu syarat dalam menentukan lokasi TPA adalah kemiringan lahan. Inilah faktor topografis yang mempengaruhi sampah longsor. Kemiringan lahan diperlukan untuk mengalirkan lindi atau air sampah ke tempat pengolahan lindi. Sesuai dengan sifat air yang selalu mengalir ke

tempat yang lebih rendah, maka lindi yang terbentuk dalam timbunan sampah akan merembes mencapai permukaan sel untuk mengalir ke tempat yang sudah direncanakan. Untuk mencapai kondisi ini diperlukan kemiringan sel yang konstan sebesar 1%. (Martin Darmasetiawan, 2004).

Faktor terakhir adalah kandungan gas dalam tumpukan sampah. Potensi bagi suatu gas untuk meledak ditentukan oleh batas bawah ledakan atau disebut the *Lower Explosive Limit* (LEL) dan batas atas ledakan atau disebut *Upper Explosive Limit* (UEL). Suatu bahaya ledakan dapat terjadi jika suatu gas berada pada konsentrasi di udara antara LEL dan UEL. Di sinilah percikan api berasal. Gas Metana meledak saat berada pada ambang antara 5% LEL dan 15% UEL dari volume udara. Adanya hujan turun juga berakibat pergerakan gas sampah TPA yang tidak dapat naik ke atas karena temperatur rendah sehingga pergerakan ke arah horizontal. Hal ini menyebabkan konsentrasi gas metana di TPA menjadi jenuh. Yang menyebabkan terjadinya ledakan gas sampah TPA karena konsentrasi gas metana yang tinggi disertai longsor yang terjadi berakibat terjadinya pencampuran antara gas metana yang keluar dari timbunan sampah dan oksigen di udara sekitarnya. (R Julianto, 2005).

Risiko keselamatan lain yang juga berpotensi terjadi di TPA dan TPS adalah tertabraknya pemulung oleh truk yang masuk ke TPA/TPS tersebut, tertimbunnya pemulung oleh sampah saat bongkar dan juga risiko luka pada kaki atau tangan yang disebabkan oleh pecahan kaca, seng, paku atau kaleng dan juga jarum suntik yang *infectious*.

Sejauh ini belum ada data kesehatan ataupun keselamatan yang dapat menjelaskan lebih rinci mengenai kehidupan pemulung ini. Pemulung baru akan terekpose ke dunia luar setelah adanya bencana besar seperti halnya kejadian di TPA Leuwigajah 2005.

## **2.8 Analisis Risiko**

Analisis Risiko adalah suatu kegiatan sistematis dengan menggunakan informasi yang ada baik data primer maupun sekunder untuk mengidentifikasi seberapa besar tingkat kerugian (*consequences*) dan tingkat keseringan (*likelihood*) suatu kejadian yang timbul. Dasar dari analisis risiko adalah melakukan estimasi

kombinasi dari tingkat konsekuensi dan tingkat keseringan dari bahaya yang timbul. Parameter dalam analisis penilaian risiko adalah :

- a. Menentukan kemungkinan (*probability*) yang ada
- b. *Severity/Consequency*

Metode analisis risiko dibagi menjadi tiga jenis, yaitu :

a) Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif adalah penentuan nilai yang dinyatakan secara kualitatif dalam pernyataan, seperti sangat tinggi, tinggi, sedang, rendah. Penentuan nilai variabel tingkat keseringan dan tingkat konsekuensi dalam kategori kualitatif dengan mengacu pada data-data dan informasi yang tersedia. Kemudian kategori dari masing-masing variabel ditentukan selanjutnya kedua variabel dikombinasikan dengan tabulasi silang untuk mendapatkan klasifikasi rasio (AS/NZS, 2004). Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan analisis kualitatif, yaitu :

- 1) Tujuan analisis terutama diarahkan untuk melihat jarak risiko.
- 2) Digunakan pada saat informasi dan data kualitatif yang terbatas.
- 3) Digunakan ketika data risiko secara kuantitatif belum begitu diperlukan.
- 4) Digunakan ketika pengambilan keputusan memerlukan penilaian risiko secara kualitatif.

b) Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif merupakan metode yang penilaiannya diarahkan pada angka-angka numerik secara langsung. Nilai yang ditentukan merupakan nilai faktual yang mempresentasikan secara langsung nilai variabel yang diperoleh dari data-data dan dokumen perusahaan secara langsung. Untuk nilai tingkat keseringan misalnya dapat diperoleh data frekuensi kejadian kasus, frekuensi insiden, proporsi jumlah korban kecelakaan, dan rata-rata kecelakaan. Untuk tingkat konsekuensi nilainya ditentukan dalam jumlah uang yang harus ditanggung akibat kerugian yang dialami dari suatu kasus risiko. Nilai ini dihitung berdasarkan pada berbagai informasi kerugian seperti statistik kerugian, laporan biaya medis, laporan biaya, dan perawatan. Untuk menentukan nilai skor risiko kedua variabel dikombinasikan secara kuantitatif yaitu dengan melakukan kalkulasi matematis dari masing-masing nilai variabel. Nilai skor risiko yang diperoleh adalah dalam bentuk nilai numerik faktual sehingga jarak risiko akan lebih luas dan informasi nilai risiko akan lebih bersifat detail.

Ada beberapa pertimbangan digunakannya metode kuantitatif, yaitu :

1. Analisis kualitatif kurang dapat memberikan informasi dan perspektif yang lebih mendetail mengenai faktor-faktor yang perlu untuk dipertimbangkan.
2. Pelaksanaan program pengendalian risiko biasanya memerlukan beberapa kriteria untuk menentukan apakah suatu aktifitas harus dikendalikan dan dalam penentuannya membutuhkan angka-angka numerik.
3. Nilai numerik risiko terkadang dibutuhkan untuk proses komunikasi dengan publik atau pihak tertentu yang membutuhkannya dalam rangka penggambaran nilai risiko yang sebenarnya secara detail yang mencakup variabel probabilitas dan konsekuensi.
4. Organisasi memerlukan nilai numerik risiko sebagai acuan dalam menyusun anggaran program pengendalian risiko, sehingga dapat diketahui tingkat efisiensi program yang akan diterapkan.
5. Organisasi memerlukan nilai numerik risiko sebagai panduan dalam mengembangkan alternatif pengendalian risiko.
6. Organisasi memerlukan nilai numerik risiko untuk perbandingan dengan nilai investasi program pengendalian, sehingga dapat dievaluasi tingkat *cost effective* dan *cost benefit* dari suatu program pengendalian.
7. Nilai numerik diperlukan oleh pihak asuransi untuk menentukan besarnya nilai premi (Cross, 1998).

### c) Analisis Semikuantitatif

Analisis ini merupakan perpaduan analisis kualitatif dan kuantitatif, dimana sifat kategorinya menyerupai analisis kualitatif sedangkan karakteristik nilai yang digunakan adalah nilai numerik yang menyerupai analisis kuantitatif. Penentuan metode ini adalah penentuan nilai variabel tingkat keseringan dan konsekuensi dalam bentuk numerik, namun bukan merupakan nilai faktual yang sebenarnya melainkan hasil konversi yang ditentukan secara subyektif dalam bentuk kategorik peringkat-peringkat tertentu. Hal ini menegaskan bahwa nilai risiko dari semikualitatif bukan merupakan makna nyata dari suatu tingkat risiko. Metode analisis ini digunakan untuk menilai risiko keselamatan yaitu bahaya (*hazard*) yang pada umumnya bersifat fisik, karakteristik pemaparannya lebih bersifat insidental.

Ada dua komponen yang menjadi kriteria dalam analisis semikuantitatif, yaitu :

1. Tingkat kemungkinan (*probability*) bahaya yang terjadi.
2. Tingkat keparahan (*consequences*) bahaya yang terjadi.

### 2.9 Health Belief Model

Semua teori perilaku individu berusaha untuk menafsirkan atau menganalisis perilaku kesehatan pada tingkat individu, di mana niat tidak bergantung pada tindakan nyata seseorang. *Health Belief Model* (HBM) adalah model psikologis yang berupaya menjelaskan dan meramalkan perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. Sikap dan kepercayaan individu mempengaruhi perilaku kesehatan individu tersebut. Teori HBM dikembangkan pada tahun 1950-an sebagai bagian dari upaya oleh para psikolog sosial di Amerika Serikat *Public Health Service* untuk menjelaskan kurangnya partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan kesehatan dan program pencegahan (misalnya, yang bebas dan berlokasi proyek skrining TBC). Sejak saat itu, HBM telah diadaptasi untuk mengeksplorasi jangka panjang dan jangka pendek perilaku kesehatan.

Ada 6 variabel kunci yang terlibat dalam tindakan individu untuk bersikap mencegah atau mengobati penyakitnya atau berperilaku sehat, yaitu :

1. Ancaman (*Perceived threat*)

Perasaan terancam merupakan langkah awal seseorang untuk bertindak mengurangi ancaman tersebut. Persepsi terhadap ancaman tersebut merupakan gabungan terhadap dua faktor yaitu persepsi seseorang terhadap tertular suatu penyakit (*Perceived susceptibility*) dan persepsi seseorang terhadap keseriusan suatu penyakit (*Perceived severity*) baik secara sosial maupun medis.

2. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*)

Seseorang harus mengetahui dan merasakan bahwa ia rentan terhadap suatu penyakit guna mendorongnya bertindak mengobati dan mencegah penyakitnya. Dengan kata lain, tindakan preventif akan dilakukan jika seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap suatu penyakit tersebut atau berada di dalam suatu risiko. Atau dengan kalimat lain seseorang tidak akan mengubah perilaku kesehatannya kecuali mereka percaya bahwa mereka berada di dalam risiko.

Pemulung tidak akan menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) selama dia tidak merasa berada di dalam risiko kesehatan atau selama tidak merasa dirinya rentan terhadap risiko kesehatan yang ada.

3. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived severity*)

Tingkat keseriusan suatu penyakit berpengaruh kepada tindakan individu dalam mencari pengobatan dan pencegahan. Misalnya penyakit polio dirasakan lebih serius dibandingkan dengan flu. Maka tindakan pencegahan terhadap polio akan lebih banyak dan diprioritaskan.

Seseorang tidak akan mengubah perilaku kesehatannya kecuali bila dirasakan konsekuensi yang diterimanya cukup parah. Jadi selama konsekuensi yang diterimanya masih dapat ditoleransi, maka perilaku tersebut tidak akan berubah. Jadi dilihat tingkat keparahan yang dapat ditoleransi. Bila tingkat keparahan tidak dapat di toleransi maka upaya pencegahan baru dilakukan.

Pemulung akan sadar untuk menggunakan APD selama potensi risiko yang ada dirasakan parah seperti risiko tertusuk jarum suntik HIV/AIDS. Keparahannya yang dirasakan baik secara medis yaitu kematian, menularkan penyakit kepada anggota keluarga, cacat dan secara sosial yaitu merasa akan dikucilkan oleh keluarga dan masyarakat.

#### 4. Manfaat

Sulit mengubah perilaku kesehatan seseorang bila mereka tidak merasakan manfaat untuk dirinya. Seseorang akan cenderung mengambil suatu tindakan kesehatan selama tindakan itu memberikan manfaat baginya. Seseorang akan bersikap tertentu bila diperhitungan akan adanya manfaat lebih dari upaya yang dikeluarkan. Harapan yang diperoleh lebih tinggi dari pada ancaman yang ada.

Pemulung akan menggunakan APD selama mereka merasakan manfaat dari penggunaan tersebut, seperti penggunaan sarung tangan, mereka akan merasakan manfaat dengan leluasa memilah sampah yang ada tanpa ada rasa takut terkena kotoran ataupun benda tajam lainnya. Perasaan adanya manfaat ini akan mendorong pemulung untuk terus menggunakan sarung tangan tersebut demikian pula dengan APD lainnya.

#### 5. Rintang

Penyebab utama seseorang tidak mau mengubah perilakunya adalah karena perubahan tersebut dirasakan sangat berat untuk dilakukan karena keterbatasan yang dirasakan baik itu uang, waktu dan kebiasaan. Rintang bukanlah alasan utama seseorang tidak melakukan tindakan kesehatan jika dibandingkan dengan manfaat yang akan ia peroleh. Dalam setiap tindakan kesehatan yang dipilih, biasanya ditemukan rintangan baik besar maupun kecil.

Penyebab utama seseorang tidak mau mengubah perilakunya adalah karena ia rasakan sangat berat untuk melakukannya karena keterbatasan yang ada dalam dirinya sendiri. Contoh anda akan sulit untuk menghentikan rokok apabila semua orang disekitar anda merokok.

#### 6. Isyarat untuk bertindak

Seseorang akan termotivasi untuk bertindak mengubah perilakunya apabila ada motivasi tertentu yang timbul sebagai penggerak. Motivasi tersebut dapat timbul dari faktor-faktor internal seperti gejala fisik. Contoh seorang perokok berat, dengan munculnya isyarat batuk-batuk, sulit tidur, selalu terbangun karena batuk, kondisi tidak nyaman ini membuat motivasi untuk menghentikan kebiasaan merokok dan hidup dengan perilaku sehat. Motivasi ini juga dapat datang dari faktor-faktor eksternal, seperti pesan-pesan pada media baik itu radio, TV, koran, majalah dan dapat pula berupa nasehat dari teman ataupun keluarga sebagai motivator untuk melakukan suatu tindakan kesehatan.

## 7. Variabel lain

Variabel lain dalam hal ini adalah faktor demografi yaitu: usia, jenis kelamin, pendidikan dll, dan faktor psikososial yang berdampak terhadap persepsi seseorang yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Kecenderungan orang yang mempunyai tingkat pendidikan yang cukup akan mempunyai kesadaran lebih tinggi untuk berperilaku sehat.

## 8. Kemampuan diri

Kemampuan diri adalah persepsi seseorang terhadap kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan tersebut dengan sukses. Keyakinan individu terhadap kemampuannya dapat menentukan bagaimana mereka berperilaku, berpikir dan bereaksi terhadap suatu ancaman atau situasi yang tidak menyenangkan.

Beberapa teori perilaku menyatakan bahwa orang yang mempunyai keyakinan terhadap kemampuannya untuk melakukan perubahan dalam kehidupannya lebih memungkinkan untuk merubah perilaku dan berhasil dalam perubahan tersebut dari pada orang yang tidak mempunyai keyakinan (Bandura 1982; Becker dkk, 1977 dalam Rosenstock 1994).

Dalam tinjauan pustaka dari semua penelitian HBM yang telah dipublikasikan rentang 1974-1984, diidentifikasi bahwa faktor hambatan dirasakan sebagai variabel yang paling berpengaruh untuk memprediksi dan menjelaskan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Janz dan Becker, 1984)

T. Kathleen and Galvin (1991) dalam *A critical review of the health belief model in relation to cigarette smoking behaviour* , menyebutkan bahwa terdapat beberapa model kesehatan perilaku dan teori yang bisa digunakan untuk menjelaskan dan memprediksi kesehatan perilaku, salah satunya *Health Belief Model* (HBM) yang sering digunakan diberbagai penelitian. HBM digunakan dalam kasus merokok karena pada kasus ini terdapat beberapa faktor *physiological* dan *psychological* yang tidak berhubungan dengan masalah kesehatan yang cukup mempengaruhi.

*Health Belief Model* juga digunakan pada penelitian yang menangani masalah obesitas, khususnya yang berisiko tinggi pada golongan remaja, perempuan dan orang tua. Dalam riset yang telah dipublikasikan pada tahun 2009, mengenai penelitian obesitas yang dilakukan di Amerika serikat, digunakan kerangka teori yang didasari pada *Health Belief Model* (HBM) yang dirancang untuk mengubah keyakinan perilaku kesehatan seseorang. Penelitian ini juga menggunakan HBM

sebagai landasan untuk mengintervensi obesitas. Dengan menangani implikasi terhadap kesehatan obesitas, serta beberapa penyebab utamanya HBM dapat diterapkan pada demografi tertentu untuk menghasilkan intervensi positif terhadap pencegahan, pengurangan atau pemulihan obesitas.

*Health Belief Model* juga digunakan dalam penelitian Osteoporosis, dalam jurnal berjudul *An examination of how osteoporosis could be treated by the Health Belief Model (HBM), which is a systematic mode of predicting and, thus, preventing health behavior* yang tahun 2004, disebutkan bahwa penelitian mengenai Osteoporosis di Amerika ini menggunakan HBM, karena HBM merupakan metode promosi kesehatan psikologis yang menemukan masalah dan solusi sebelum permasalahan itu muncul. Peneliti meneliti bagaimana memandang permasalahan Osteoporosis melalui HBM, sehingga memungkinkan untuk memperkirakan risiko yang ada dan yang mempengaruhi sehingga dapat ditemukan metode pengendaliannya.

Sinclair, dkk (2005) dalam makalahnya yang menggunakan data dari studi *kampanye pencegahan cedera benda tajam di antara petugas kesehatan di Columbia, South Carolina* menyebutkan bahwa HBM digunakan sebagai pedoman pendidikan dan informasi dalam berbagai masalah kesehatan. Biasanya seorang praktisi kesehatan fokus pada persepsi target, a) Ancaman kesehatan atau cedera, b) Rekomendasi tindakan pencegahan, c) Kemampuan untuk bertindak. Namun untuk Komunikasi Kesehatan dan Keselamatan, "*cues to action*" yang didasari HBM menjadi hal yang penting untuk memahami dan memprediksi perilaku. Kontrak kerja karyawan dengan majikannya mempengaruhi perilaku kerja si karyawan. Karyawan setuju untuk melakukan sesuatu dengan imbalan upah. Persepsi tentang dukungan majikan akan *safety* dan jaminan kesehatan memiliki pengaruh penting apakah mereka berperilaku aman atau tidak.

Sementara itu, Pooya dkk (2006) menyebutkan dalam jurnal mereka yang membahas studi *The Effect of Zinc and Health Belief Model Based Education on Common Cold Prevention in Soldiers* di Iran HBM digunakan untuk menjelaskan perilaku dan merubah perilaku kesehatan. HBM menjelaskan bahwa setiap orang dipengaruhi *perceived threats, perceived benefits and barriers and cues to action*.

Dalam studi *An application of the health belief model to the prediction of breast self-examination in a national sample of women with a family history of breast cancer*

oleh Paul Norman dan Kate Brain digunakan HBM untuk memprediksi keputusan seseorang dalam melakukan perilaku kesehatan, dengan menggunakan empat variabel HBM yaitu kerentanan dan keseriusan yang dirasakan, manfaat dan rintangan.

## 2.10 Persepsi

Persepsi adalah hasil pengamatan langsung dari organisme terhadap obyek melalui alat-alat indera. Persepsi sebagai proses psikologis berlangsung sebagai suatu perpaduan antara apa yang ditemukan oleh faktor-faktor eksteren (macam, jenis, sifat, stimulus) dan faktor-faktor interen (konsep, motivasi, emosi, sikap, kebutuhan dan lainnya). Menurut Notoatmojo (1993), persepsi merupakan praktek pertama dalam mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil, misalnya seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi bagi keluarganya.

Menurut Hamer dan Organ yang dikutip oleh Indrajaya (1986) dalam Moh Nur Nasiruddin, 2002; persepsi adalah suatu proses dimana seseorang mengorganisasikan dalam pikirannya, memanfaatkan, mengalami dan mengelola perbedaan atau segala sesuatu yang terjadi di lingkungannya. Persepsi seseorang dipengaruhi oleh dua hal yaitu *frame of reference*, yaitu kerangka pengetahuan yang dimiliki dan diperoleh dari pendidikan, bacaan, penelitian dan sebagainya; dan *field of experience*, yaitu pengalaman yang telah dialaminya yang tidak terlepas dari keadaan lingkungan sekitarnya.

Menurut Sarlito Wirawan Sarwono (1999), persepsi adalah kemampuan untuk mengorganisasikan pengamatan meliputi kemampuan untuk membedakan, kemampuan untuk mengelompokkan, kemampuan untuk memfokuskan dan sebagainya. Beberapa hal yang merupakan perbedaan dalam persepsi antara lain perhatian, harapan seseorang akan rangsangan yang timbul, kebutuhan, sistem nilai dan ciri kepribadiannya, sehingga setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda-beda terhadap suatu rangsangan atau stimulus.

James P Chaplin (2000) mendefinisikan persepsi sebagai (1) proses mengetahui atau mengenali obyek dan kejadian obyektif dengan bantuan indera, (2) kesadaran dari proses-proses organis, (3) satu kelompok penginderaan dengan penambahan arti-arti yang berasal dari pengalaman dari masa lalu (teori Tichener),

(4) variabel yang menghalangi atau ikut campur tangan, berasal dari kemampuan organisme untuk melakukan perbedaan diantara perangsang-perangsang, (5) kesadaran intuitif mengenai kebenaran langsung atau keyakinan yang serta merta mengenali sesuatu.

Sarlito Wirawan Sarwono (1999) menyatakan bahwa persepsi adalah kemampuan untuk mengorganisasikan pengamatan individu untuk membedakan, kemampuan untuk mengelompokkan, kemampuan untuk memfokuskan. Beberapa hal yang dapat menyebabkan perbedaan dalam persepsi antara lain perhatian, harapan seseorang akan rangsangan yang timbul, kebutuhan, sistem nilai, dan ciri kepribadian. Sarlito Wirawan Sarwono (1999) juga menyatakan bahwa persepsi dalam pengertian psikologi adalah proses pencarian informasi untuk dipahami. Alat untuk memperoleh informasi itu adalah penginderaan (penglihatan, pendengaran dan sebagainya). Sebaliknya alat untuk memahaminya adalah kesadaran atau kognisi.

Stephens R Robbins (2001) menyatakan bahwa persepsi adalah suatu proses dari seseorang dalam mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan stimulus yang berasal dari lingkungan yang kemudian diberikan arti pada stimulus tersebut.

David Krech (1962) menyatakan bahwa persepsi adalah suatu proses kognitif yang nyata (kongkrit), yang menghasilkan suatu gambaran unik tentang sesuatu yang kemungkinan sangat berbeda dengan kenyataan.

Nord (1976) dalam Atmahadi Widodo (2005) menyatakan persepsi adalah proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh individu. Oleh karena tiap-tiap obyek memberi arti kepada stimulus, maka individu-individu yang berbeda-beda akan melihat obyek yang sama dengan cara yang berbeda-beda pula. Karena persepsi itu pertautan dengan mendapatkan pengetahuan khusus tentang obyek atau konsep tertentu, maka persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera. Persepsi juga meliputi kognisi (pengetahuan), sehingga persepsi mencakup penafsiran obyek, konsep, dan orang lain dari sudut pengalaman yang bersangkutan. Dengan kata lain persepsi mencakup penerimaan stimulus (input), pengorganisasian stimulus atau penafsiran stimulus yang telah diorganisasi dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap.

### **2.10.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi**

David Krech (1962) menyatakan bahwa persepsi seseorang dapat dipengaruhi oleh: (1) *Frame of reference*, yaitu kerangka pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan, pengamatan, atau bacaan. (2) *Field of experience*, yaitu pengalaman yang telah dialami yang tidak terlepas dari lingkungan sekitarnya.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Rosentock, dkk (1990) dalam Atmahadi Widodo (2005), yang menyatakan bahwa persepsi seseorang akan dipengaruhi oleh *frame of refence* (pendidikan/pengetahuan) dan *frame of experience* (lingkungan/pengalaman). Dengan demikian persepsi seseorang dipengaruhi oleh kerangka pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan, pengamatan, atau bacaan serta pengalaman yang telah dialami yang tidak terlepas dari lingkungan sekitarnya.

Bell Paul A (1978) dalam Atmahadi Widodo (2005), berpendapat bahwa hubungan manusia dengan obyek-obyek dilingkungannya akan menimbulkan kontak fisik antara individu dengan lingkungannya. Obyek timbul dengan kemanfaatannya masing-masing. Sedangkan individu datang dengan sifat-sifat individualnya, pengalaman masa lalunya, bakat, minat, sikap, dan ciri kepribadiannya.

Stephens R Robins (2001) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan dan terkadang juga perubahan persepsi yang memungkinkan terjadinya perbedaan persepsi terhadap hal yang sama. Faktor-faktor tersebut antara lain: karakteristik *perceiver*, karakteristik target yang dipersepsi, konteks situasi terjadinya persepsi.

Fisher (1984) dalam Atmahadi Widodo (2005), menyatakan bahwa persepsi ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1. Pengalaman yang dipengaruhi oleh kebudayaan. Pengalaman kebudayaan akan terlihat dalam berbagai gejala hubungan manusia dengan lingkungan sehari-hari.
2. Pengaruh usia pada persepsi, dimana seorang balita tidak dan belum bisa membedakan sesuatu berbahaya buat dirinya atau tidak dibandingkan seorang yang lebih tua usianya.
3. Pengaruh jenis kelamin, lingkungan dan suku bangsa. Pengaruh agama dan kepercayaan.

Sedangkan menurut Rosentock & Becker (1974) dalam Atmahadi Widodo (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi individual adalah:

1. Variabel demografis seperti umur, jenis kelamin, dan etnis.

2. Variabel sosial psikologis seperti kepribadian dan pengalaman.
3. Variabel struktur seperti kelas sosial dan ekonomi.

### 2.10.2 Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi Terhadap Risiko

Persepsi terhadap risiko adalah satu atau sesuatu penilaian terhadap kecenderungan risiko (kemungkinan menghadapi bahaya) yang berhubungan dengan pencapaian suatu aktivitas/kerja atau pemilihan gaya hidup.

Gardner (1995) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi terhadap risiko yaitu:

1. Pilihan (*choice*). Apakah seseorang memiliki pilihan realistis atau tidak ketika memasuki situasi bahaya akan mempengaruhi tingkat persepsinya terhadap risiko yang berhubungan dengan situasi tersebut.
2. Kontrol (*control*). Persepsi terhadap risiko akan terpengaruh oleh ada tidaknya kontrol terhadap bahaya yang berpotensi untuk terjadinya loss.
3. Kemampuan memperkirakan (*foreseeability*). Kemampuan memperkirakan suatu bahaya mencakup tingkat ketidakpastian tentang apa yang mungkin terjadi dalam sistem dan seberapa kompleks suatu kombinasi kejadian menimbulkan dampak buruk.
4. Keparahan (*severity*). Keparahan yang diterima sebagai akibat dari bahaya akan mempengaruhi persepsi seseorang terhadap risiko.

Paul Slovic (1987) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi pekerja terhadap risiko terdiri dari dua hal yaitu:

1. Komunikasi, yakni pemberian informasi bahaya terhadap pekerja. Secara umum, lemahnya *risk communication* menyebabkan pekerja kehilangan informasi terhadap bahaya/risiko, sehingga persepsi pekerja tidak terbentuk.
2. Sistem manajemen risiko, yakni mencakup aktivitas identifikasi bahaya (*hazard identification*), penilaian risiko (*risk assessment*), serta pengontrolan risiko (*risk control*).

Goldberg, A.I., Dar-El., & Rubin, A (1991) dari hasil risetnya menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi pekerja terhadap risiko antara lain:

1. Pengalaman (*experience*), terutama dikaitkan dengan seorang pekerja pernah melihat atau mengalami suatu kejadian kecelakaan.

2. Pelatihan (*training*), yang mencakup pelatihan formal yang terkait dengan pekerjaan saat ini, pelatihan tentang keselamatan, tingkat pendidikan, serta lamanya pendidikan formal.
3. Iklim organisasi (*organizational climate*), yakni dukungan keselamatan yang diterima oleh pekerja dari rekan sekerja, atasan langsung, serta manajemen.

### **2.11 Alat Pelindung Diri (APD)**

Menurut OSHA atau *Occupational Safety and Health Administration*, *personal protective equipment* atau Alat Pelindung Diri (APD) didefinisikan sebagai alat yang digunakan untuk melindungi pekerja dari luka atau penyakit yang diakibatkan oleh adanya kontak dengan bahaya (*hazards*) di tempat kerja, baik yang bersifat kimia, biologis, radiasi, fisik, elektrik, mekanik dan lainnya.

Dalam hirarki *hazard control* atau pengendalian bahaya, penggunaan alat pelindung diri merupakan metode pengendali bahaya paling akhir. Artinya, sebelum memutuskan untuk menggunakan APD, metode-metode lain harus dilalui terlebih dahulu, dengan melakukan upaya optimal agar bahaya atau *hazard* dapat dihilangkan atau paling tidak dikurangi.

Adapun hirarki pengendalian bahaya di tempat kerja adalah sebagai berikut : *Elimination*, merupakan upaya menghilangkan bahaya dari sumbernya. *Reduction*, mengupayakan agar tingkat bahaya bisa dikurangi. *Engineering control*, artinya bahaya diisolasi agar tidak kontak dengan pekerja. *Administrative control*, artinya bahaya dikendalikan dengan menerapkan instruksi kerja atau penjadwalan kerja untuk mengurangi paparan terhadap bahaya. *Personal protective equipment*, artinya pekerja dilindungi dari bahaya dengan menggunakan alat pelindung diri.

Alat pelindung diri diklasifikasikan berdasarkan target organ tubuh yang berpotensi terkena risiko dari bahaya.

#### **1. Mata**

Sumber bahaya: cipratan bahan kimia atau logam cair, debu, katalis powder, proyektil, gas, uap dan radiasi. APD yang digunakan: *safety spectacles*, *goggle*, *faceshield*, *welding shield*.

#### **2. Telinga**

Sumber bahaya: suara dengan tingkat kebisingan lebih dari 85 dB. APD yang digunakan: *ear plug*, *ear muff*, *canal caps*.

### **3. Kepala**

Sumber bahaya: tertimpa benda jatuh, terbentur benda keras, rambut terlilit benda berputar. APD yang digunakan: *helmet, bump caps*.

### **4. Pernapasan**

Sumber bahaya: debu, uap, gas, kekurangan oksigen (*oxygen deficiency*). APD yang digunakan: *respirator, breathing apparatus*

### **5. Tubuh**

Sumber bahaya: temperatur ekstrim, cuaca buruk, cipratan bahan kimia atau logam cair, semburan dari tekanan yang bocor, penetrasi benda tajam, *dust*, terkontaminasi. APD yang digunakan: *boiler suits, chemical suits, vest, apron, full body suit, jacket*.

### **6. Tangan dan Lengan**

Sumber bahaya: temperatur ekstrim, benda tajam, tertimpa benda berat, sengatan listrik, bahan kimia, infeksi kulit. APD yang digunakan: sarung tangan (*gloves*), *armlets, mitts*.

### **7. Kaki**

Sumber bahaya: lantai licin, lantai basah, benda tajam, benda jatuh, cipratan bahan kimia dan logam cair, aberasi. APD yang digunakan: *safety shoes, safety boots, legging, spat*.

Selanjutnya, sebelum memutuskan jenis alat pelindung diri yang harus digunakan, lakukan terlebih dahulu *hazard identification* (identifikasi bahaya) dan *risk assessment* atau penilaian risiko dari suatu pekerjaan, proses atau aktifitas. Tinjau ulang setiap aspek dari pekerjaan, agar potensi bahaya dapat diidentifikasi. Sangat tidak diperbolehkan untuk membuat suatu keputusan hanya berdasarkan perkiraan.

## BAB III

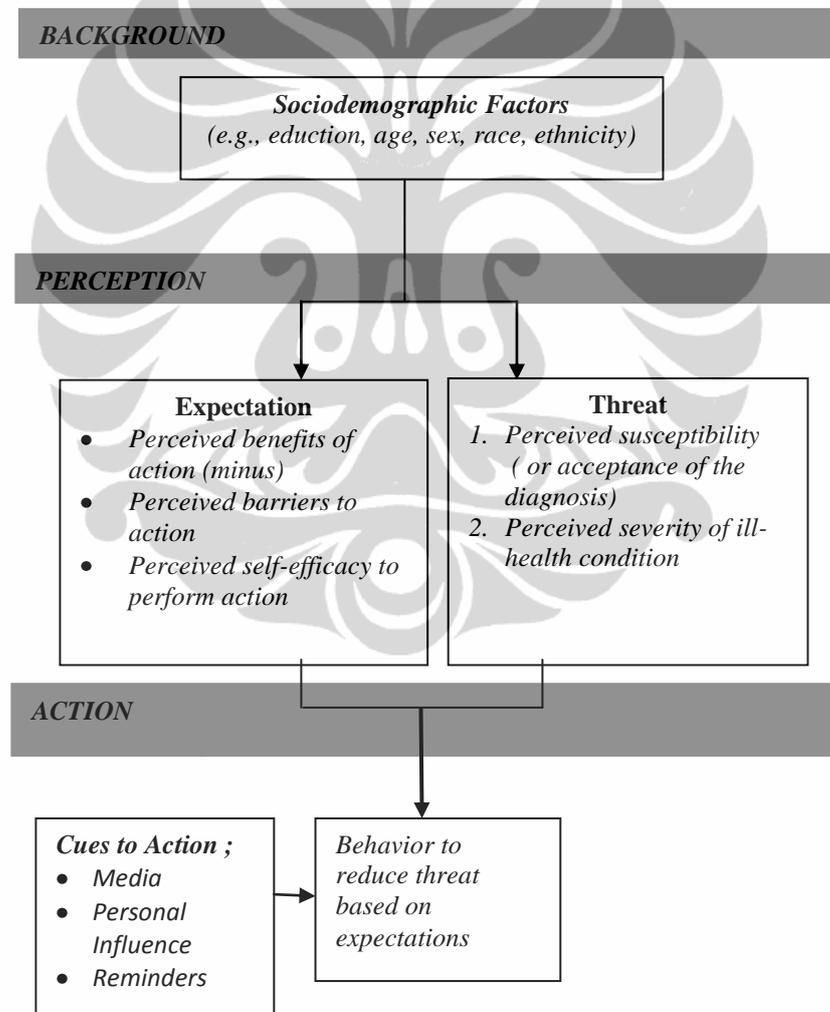
### KERANGKA KONSEP DAN DAFTAR ISTILAH

Berdasarkan studi literatur yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya, maka disusun kerangka teori dan kerangka konsep untuk penelitian ini.

#### 3.1 Kerangka Teori Penelitian

Dalam penelitian ini kerangka teori yang digunakan adalah Teori *Health Belief Model*. Rosenstock I., Stretcher V, Becker (1994)

Gambar 3.1 Kerangka Teori



Teori *Health Belief Model* (HBM) terdiri dari 3 bagian yaitu latar belakang, persepsi dan tindakan. Latar belakang merupakan faktor-faktor sosial demografi yang akan mempengaruhi persepsi seseorang terhadap suatu potensi risiko kesehatan yang akan menentukan dalam tindakannya, seperti pendidikan, umur, jenis kelamin, ras ataupun suku bangsa. Tindakan untuk mengurangi ancaman kesehatan akan sangat tergantung kepada harapan si pelaku. Tindakan ini akan semakin kuat untuk dilakukan apabila ada pemicu sebagai motivasi untuk bertindak, pemicu ini dapat berupa informasi yang datang dari media, pengaruh dari teman atau lingkungan serta seseorang yang selalu mengingatkan untuk berperilaku sehat.

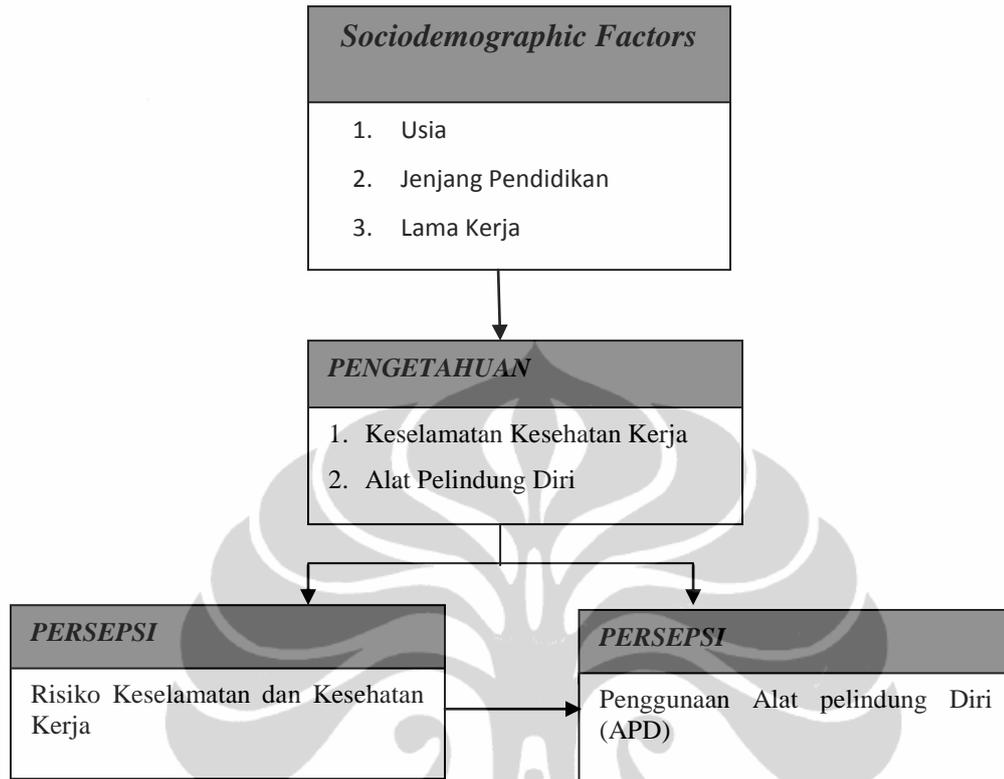
### **3.2 . Kerangka Konsep Penelitian**

Penelitian dilakukan dengan mencari data primer melalui diskusi dan *interview* mendalam dengan para informan. Karena keterbatasan waktu maka penulis hanya akan melakukan penelitian pada tingkat persepsi pekerja di Tempat Penampungan sampah Sementara (TPS) Tegallega terhadap risiko keselamatan dan kesehatan selama bekerja di TPS yang dikaitkan dengan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD).

Tahap awal penelitian adalah survei awal yang bertujuan untuk melihat perilaku pekerja sehari-hari sebelum penelitian dilakukan. Selanjutnya dilakukan identifikasi pekerja yaitu pemulung yang terlibat dalam penelitian yang akan dijadikan informan penelitian.

Diskusi dan *interview* mendalam dilakukan pada informan yang bekerja di TPS Tegallega untuk mengetahui tingkat pengetahuan mereka terhadap risiko keselamatan dan kesehatan selama bekerja di TPS serta persepsi mereka terhadap risiko tersebut yang dikaitkan dengan APD yang mereka gunakan.

Gambar 3.2 Kerangka Konsep penelitian



### 3.3 Daftar Istilah

Daftar Istilah berdasarkan masing-masing variabel yang akan diukur adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.1 Daftar Istilah**

No.	Variabel	Daftar Istilah	Alat
1	Usia	Lamanya hidup informan sampai ulang tahun terakhir pada saat penelitian dilakukan.	Kuesioner Interview
2	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir informan	Kuesioner Interview
3	Lama kerja	Waktu saat ini dikurangi waktu awal bekerja informan sebagai pemulung	Kuesioner Interview
4	Pengetahuan	Pengetahuan Informan mengenai Risiko Keselamatan dan Kesehatan kerja dan Alat pelindung Diri (APD)	Kuesioner Interview
5	Persepsi	Keyakinan informan yang diperoleh dari hasil pengamatan, pengalaman dan pengetahuan dari informan terhadap obyek .	Kuesioner Interview
6	Risiko Keselamatan Kesehatan Kerja	Potensi bahaya keselamatan dan kesehatan selama bekerja di TPS Tegallega	Kuesioner Interview
7	Alat Pelindung Diri	Masker, sarung tangan, topi dan sepatu <i>booth</i>	Kuesioner Interview

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian eksploratif dengan pendekatan kualitatif. Analisis dilakukan secara deskriptif untuk menggambarkan persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan dari tempat kerja mereka yaitu Tempat Penampungan sampah Sementara (TPS). Pemilihan desain penelitian ini didasarkan atas beberapa pertimbangan, diantaranya penelitian kualitatif digunakan untuk mendeskripsikan latar belakang dan interaksi yang lengkap dari informan dan juga memberikan informasi yang lebih mendalam sehingga dapat memberikan pemahaman yang lebih besar dibandingkan dengan teknik kuantitatif. Desain ini cocok untuk menggali informasi-informasi yang menjadi faktor penyebab masalah. Disamping itu, alasan pragmatis juga menjadi pertimbangan dalam penelitian ini adalah biaya murah, waktu yang cukup singkat dan rancangan penelitian yang dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung.

#### 4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Tempat Penampungan sampah Sementara (TPS) Tegallega Bandung. Waktu penelitian dilakukan selama 2 bulan terhitung mulai awal April hingga akhir Mei 2010.

#### 4.3. Informan Penelitian

Yang menjadi informan adalah pemulung yang bekerja di TPS Tegallega dan bersedia untuk melakukan diskusi dan *interview* untuk mendapatkan hasil penelitian. Diawali dengan peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, kemudian meminta keikhlasan mereka untuk menjadi informan dan melakukan diskusi kelompok (*Focus Group Discussion*). Hanya 6 orang pemulung yang menyatakan kesediaan mereka dan mau menandatangani surat kesediaan untuk menjadi informan. Data mereka adalah sebagai berikut:

Tabel. 4.1 Karakteristik informan

Urutan Informan	Usia (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Lama Kerja (tahun)
Informan 1	32	L	SD	21
Informan 2	47	p	SD	19
Informan 3	45	L	SD	28
Informan 4	45	L	Tak Sekolah	5
Informan 5	47	L	SD	21
Informan 6	53	P	SD	28

#### 4.4. Pengumpulan dan Pengolahan Data

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui kuesioner yang digunakan untuk mencari jawaban dari pertanyaan penelitian. Peneliti juga melakukan observasi untuk melihat langsung kondisi lingkungan kerja dan tempat tinggal informan. Data sekunder diperoleh melalui dokumen-dokumen yang ada di TPS yang digunakan untuk mengetahui kondisi TPS, sarana, dan prasarana yang ada di TPS. Dimana data sekunder ini nantinya akan digunakan untuk membantu pada saat pembahasan hasil penelitian.

Diskusi dan *interview* dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang pengetahuan dan persepsi terhadap risiko kesehatan dan keselamatan selama bekerja di TPS dikaitkan dengan penggunaan APD. Sehingga diperoleh alasan utama mengapa selama ini pemulung tidak menggunakan seluruh APD yang sewajarnya digunakan untuk pekerjaan di TPS ini, seperti masker, sarung tangan, topi, dan sepatu *booth*.

#### **4.5 Teknik Pemeriksaan dan Keabsahan Data**

Teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan adalah triangulasi. Triangulasi ini meliputi triangulasi sumber, triangulasi metode, dan triangulasi data/analisis. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara *cross-check* data dengan fakta dari sumber lainnya dan menggunakan kelompok informan yg berbeda. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara *cross-check* data dengan fakta dari informan yang berbeda. Triangulasi metode dilakukan dengan cara menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data. Selain menggunakan metode wawancara terhadap informan, observasi juga dilakukan untuk memastikan kondisi yang sebenarnya.

Triangulasi data/analisis dilakukan dengan cara mengecek kembali jawaban yang diberikan informan dengan cara menanyakan kembali maksud dari jawaban informan untuk memastikan kebenaran jawaban.

#### **4.6 Pengolahan dan Analisis Data**

Pengolahan data dilakukan dengan teknik analisis kualitatif. Teknik ini mentranskrip data mentah yang didapat dari hasil wawancara terstruktur. Hasil penelitian ini diperoleh dengan langkah *sorting data* (mengolah informasi yang diperoleh sehingga sistematis berdasarkan variabel yang diteliti), *classifying data* (mengklasifikasikan informasi yang disusun sebelumnya agar dapat dibandingkan informan). Sedangkan untuk menganalisa data dipakai cara *content analysis* (teknik yang digunakan untuk menarik kesimpulan melalui usaha untuk menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistematis).

#### **4.7 Penyajian Data**

Penyajian data akan dikembangkan dengan bentuk tekstular dan tabel. Bentuk teks digunakan dalam penyajian kutipan hasil wawancara dengan para informan. Sedangkan bentuk tabel digunakan untuk penyajian hasil jawaban yang telah dikategorisasi.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran TPS Tegallega**

Tempat Penampungan sampah Sementara (TPS) Tegallega merupakan salah satu TPS induk yang berada di wilayah Karees, tepatnya di Jl. Moh. Toha kota Bandung, dan berjarak kurang lebih 1 (satu) km dari pusat kota. Jumlah sampah yang ditampung sementara di TPS ini cukup banyak, ini ditunjukkan dengan banyaknya truk sampah yang masuk untuk mengangkut ke Tempat Pengolahan Akhir (TPA). Dalam satu hari mencapai 6-8 Truk sampah. Truk sampah ini adalah milik dari Perusahaan Daerah (PD) Kebersihan yang bertanggungjawab dalam mengelola TPS Tegallega.



Gambar 5.1 Kondisi TPS Tegallega

Dilihat dari komposisi sampah yang ada, dalam satu hari, sampah yang masuk ke TPS Tegallega 2-5% adalah sampah organik dan 95-98% sampah nonorganik, dan sampah yang masuk masih dalam keadaan tercampur. Hal ini dipengaruhi oleh sumber sampah yaitu berasal dari pemukiman penduduk, tempat hiburan, mall, dan sekolah yang mayoritas penghuninya memanfaatkan produk-produk non-organik untuk berkegiatan, seperti kaleng, kotak makan, kertas, kaca, besi, dan benda-benda tajam lainnya.



Gambar 5.2 Sampah di TPS Tegallega

## 5.2 Karakteristik Pemulung Tegallega

Jumlah pemulung yang bekerja di TPS Tegallega sebanyak 40 orang, mereka umumnya berasal dari luar kota Bandung yang bermigrasi untuk mencari pekerjaan. Selain memilah sampah diantara mereka juga ada yang bekerja sebagai pekerja serabutan (kerja apapun) dan menjadi tukang parkir. Tingkat usia pemulung yang ada di TPS Tegallega berkisar dari 20 -70 tahun.

Dari 6 orang informan, semua berusia diatas 30 tahun. Dengan variasi tingkat pendidikan yang tidak terlalu jauh. Rata-rata pendidikan terakhir pemulung adalah Sekolah Dasar bahkan ada yang tidak sekolah.

Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Informan

Urutan Informan	Usia (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Lama Kerja (tahun)
Informan 1	32	L	SD	21
Informan 2	47	p	SD	19
Informan 3	45	L	SD	28
Informan 4	45	L	Tak Sekolah	5
Informan 5	47	L	SD	21
Informan 6	53	P	SD	28

Melihat aktifitas informan Tegallega yang ada, terlihat bahwa informan bekerja lebih kurang 8 jam/hari. Informan Tegallega bekerja dimulai pada pagi hari sekitar pukul 07.00. Diawali dengan sarapan di warung di lokasi TPS. Mereka menyadari bila akan bekerja harus makan dulu, kalau tidak sering mual dan pusing saat bekerja. Selanjutnya para kaum lelaki segera mulai menarik gerobak untuk menjemput sampah dari titik-titik sumber sampah yang menjadi tanggungjawab mereka. Sementara sang istri melanjutkan memilah sampah kemarin yang belum selesai dilakukan. Sampah yang berguna dipisahkan dan disimpan untuk menunggu pengiriman ke lapak/bandar yang menjadi penampung mereka. Sedangkan sampah yang tidak bernilai guna lagi, langsung dinaikkan ke truk sampah Dinas Kebersihan untuk diangkut ke TPA. Jam kerja mereka berakhir pada pukul 17.30 sore, sebagian besar dari mereka mengaku mandi dulu di MCK TPS sebelum pulang ke rumah, untuk menghilangkan bau sampah yang melekat di badan agar tidak mengganggu orang lain saat naik angkot pulang.

Sebagian besar informan tinggal di lokasi TPS dan ada pula yang mengontrak tidak jauh dari TPS yaitu di daerah Jl.Moh Toha. Informan yang tinggal di TPS membangun rumah dengan menggunakan seng bekas, ataupun kayu-kayu bekas, sangat jauh dari hidup layak.

Karakteristik sifat dari informan di TPS Tegallega umumnya sama dengan karakteristik pemulung lainnya, yaitu mereka mengumpulkan barang dan menjual barang secepat mungkin ke lapak/bandar untuk mendapatkan uang. Barang bekas yang mereka jual harus dibayar tunai, yang pada prinsipnya ada uang ada barang.

Penghasilan yang mereka dapatkan bervariasi tergantung banyak atau tidaknya barang yang dikumpulkan, dalam satu hari ada yang mendapat 15 ribu rupiah atau bahkan bisa mendapat 35 ribu rupiah, itu memang tergantung seberapa banyak barang yang dapat dikumpulkan.

### 5.3 Gambaran Pengetahuan Informan Mengenai Kesehatan

Berikut adalah gambaran pengetahuan informan mengenai risiko kesehatan yang dialami selama bekerja di TPS Tegallega.

Tabel 5.2 Gambaran pengetahuan informan mengenai kesehatan

No	Masalah kesehatan	Pengetahuan Informan	Ungkapan Informan
1	Kepala pusing, mual, sakit perut.	Menurut Informan Penyebabnya adalah tidak makan atau sarapan sebelum bekerja	"... <i>biar ga pusing kerja pagi-pagi makan bala-bala dan minum kopi...</i> <b>(informan 3).</b> "..... <i>mamih sebelum kerja makan roti dulu biar ga pusing dan sakit kepala.....</i> " <b>(informan 2).</b>
2	Sakit pinggang, Pegal-pegal, dan Sakit punggung	Menurut Informan penyebabnya adalah posisi yang lama saat bekerja yaitu menjongkok dan membungkuk saat memilah sampah, mengangkat berat dan bolak-balik dari gerobak ke truk sampah sambil mengangkat sampah.	"..... <i>sakit yang sering mah pegal-pegal kaki, pinggang ama punggung, gimana ngga atuh neng...angkut sampah banyak ama jongkok saat milah....</i> <b>(informan 6)</b> "..... <i>kalau pulang semua badan pegal neng, kebanyakan jongkok ama angkut sampah....</i> " <b>(informan 5)</b>
3	Gatal-gatal	Menurut informan gatal-gatal yang sering dialami terjadi pada saat hujan saja. Dimana kalau hujan TPS becek dan berbau.	"..... <i>kalau hujan TPS jadi becek dan bau, sering kali gatal di kaki ama tangan, susah nyucinya...ampe malam gatal...'</i> <b>(informan 1)</b>
4	Tifus	Menurut Informan tifus terjadi musiman saja, hanya terjadi pada	"..... <i>semua yang kerja disini pasti bakal kena sakit tipes, ini penyakit selalu dialami semua yang kerja disini</i>

		saat pertama kali kerja di TPS dan setiap pemulung pasti mengalaminya.	.....( <b>informan 5</b> )
<b>5</b>	Batuk-batuk, pusing dan sesak napas	informan mengakui batuk, pusing dan sesak nafas terjadi karena faktor usia dan perubahan cuaca dari panas ke hujan.	"...kadang ada bangkai tikus yang keluarkan bau dari sampah....bikin mual dan sesak napas..."( <b>informan 3</b> ) "...kalau musim hujan neng, disini jadi bau, buat batuk-batuk dan sesak ga bisa napas lega...."( <b>informan 4</b> ).

Informan mengetahui risiko sakit yang terjadi akibat bekerja di tempat sampah, informan mengetahui penyakit tersebut karena semua informan pernah mengalaminya, namun informan tidak mengetahui penyebab utamanya atau *hazard* yang sesungguhnya. Informan meyakini penyakit tersebut terjadi karena tidak sarapan sebelum makan, faktor usia, perubahan cuaca dan alasan lain yang mereka yakini dengan keterbatasan pengetahuan yang dimiliki.. Berikut gambaran kehidupan Pemulung di TPS Tegallega yang berkaitan dengan masalah kesehatan.



Gambar 5.3 Postur janggal yang dilakukan informan saat bekerja (membungkuk untuk memilah sampah dalam waktu yang lama)



Gambar 5.4 Informan mengangkat beban berat  
(bolak balik membawa sampah dari gerobak ke truk sampah)



Gambar 5.5 Tempat MCK TPS Tegallega



Gambar 5.6 Informan Mencuci Tangan sebelum makan



Gambar 5.7 Informan makan menggunakan sendok di samping timbunan sampah

#### 5.4 Gambaran Pengetahuan Informan Mengenai Keselamatan

Berikut adalah gambaran pengetahuan informan mengenai Keselamatan

yang dikaitkan dengan kecelakaan kerja yang terjadi.

Tabel 5.3 Gambaran pengetahuan informan mengenai keselamatan

No	Masalah keselamatan	Pengetahuan Informan	Ungkapan Informan
1	Luka pada tangan dan kaki karena benda tajam yang terkandung di sampah	Informan pernah mengalami kecelakaan kerja yaitu terpeleset dan jatuh ditumpukan kaca. Luka yang dialami informan sembuh dalam waktu yang lama, dan badan terasa panas dingin	".....saya pernah luka di pantat neng...mau lihat? Jangan atuh....saya waktu itu kepeleset dan jatuh di atas tumpukan sampah yang ada kacanya....lama neng sembuhnya, mungkin karena dipantat yah....badan panas dingin" (informan 5)
2	Terbentur kontainer hingga luka pada kening	Informan pernah mengalami kecelakaan kerja yaitu terbentur kontainer. Luka yang dialami informan membuatnya tidak bisa bekerja selama satu minggu, dan membuat informan pusing	"....Pak Iding pernah kebentur kontainer neng....ampe seminggu ga kerja karena luka dan katanya pusing...." (informan 2)
3	Jatuh dari truk, jatuh dari tangga saat memanjat truk, tertimpa sampah saat memilah di atas truk, terpeleset saat bekerja di TPS	informan terkena sampah yang dilempar dari bawah truk dan jatuh dari tangga saat angkat sampah ke truk	"....Mamih pernah lagi kerja milah di atas truk ketimpa sampah yang dilempar dari bawah..." (informan 2). "....kalau saya pernah jatuh dari tangga saat angkat sampah ke truk...." (informan 3)
4	Tertusuk Jarum suntik	Kecelakaan kerja yang terjadi adalah tertusuk jarum suntik	".....kalau mak pernah luka ditangan karena kena jarum suntik waktu lagi milah, ....." (informan 6).
5	Penyebab Kecelakaan:	Informan meyakini bahwa penyebab kecelakaan: 1. Tidak membaca doa 2. Tidak makan sebelum kerja 3. Faktor usia	"...kalau mau ga celaka, makanya kalau mau kerja baca bismillah..." (informan 5). "....makanya makan neng biar ga pusing jadi ga jatuh waktu kerja..." (informan 4) "...biar ga pusing makanya makan dulu, pake bala-bala aja juga uda bisa kerja...." (informan 6) ".....kadang jatuh karena pusing neng, udah tua karena ga makan dulu...." (informan 1)

Informan mengetahui risiko kecelakaan yang terjadi akibat bekerja di tempat sampah, informan mengetahui karena semua informan pernah mengalami kecelakaan tersebut kecuali terkena jarum suntik hanya diakui oleh satu orang yaitu

informan 6. Informan tidak mengetahui penyebab utama terjadinya kecelakaan atau *hazard* yang sesungguhnya.

Informan meyakini kecelakaan yang terjadi karena kelalaian sendiri, dimana mereka tidak makan dulu sebelum bekerja sehingga merasa pusing dan tidak was bekerja atau karena mereka tidak berhati-hati dalam bekerja. Informan meyakini bahwa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecelakaan adalah dengan makan sebelum bekerja dan membaca *bismillah* saat akan bekerja serta tentunya dengan lebih berhati-hati dalam bekerja.

### **5.5 Gambaran Pengetahuan Informan Mengenai Alat Pelindung Diri (APD)**

Tabel 5.4 memberikan gambaran pengetahuan informan mengenai Alat Pelindung Diri (APD) yang seharusnya digunakan untuk mengurangi kejadian kecelakaan selama bekerja.

Informan tidak mengenal istilah Alat Pelindung Diri (APD). Pada saat peneliti menanyakan "*Apa upaya yang dilakukan untuk mengurangi kecelakaan yang terjadi?*" informan menjawab "*...dengan makan pagi sebelum bekerja dan membaca bismillah serta bekerja lebih hati-hati...*" dan saat ditanya lebih lanjut, kenapa menggunakan sepatu *booth*, barulah dijawab "*...karena takut luka dan bila luka sembuhnya lama...*". Pada saat peneliti menjelaskan bahwa sepatu *booth* tersebut adalah salah satu dari APD yang dimaksud. Barulah informan mengerti bahwa sebenarnya mereka sudah menggunakan salah satu APD yang dimaksud. Namun mereka tidak mengetahui istilah APD yang disebutkan.

Berikut, beberapa gambar yang menjelaskan kondisi Pemulung TPS Tegallega yang bekerja tanpa menggunakan APD.



Gambar. 5.8 Salah seorang informan penelitian bekerja tanpa menggunakan sarung tangan



Gambar 5.9 Informan menggunakan topi pelindung



Gambar 5.10 Informan yang menggunakan *Booth*, sarung tangan dan topi



Gambar 6.11 Informan tidak menggunakan APD

Tabel 5.4 Gambaran pengetahuan informan mengenai APD

No	Alat pelindung Diri	Pengetahuan Informan	Ungkapan Informan
1	Apa itu APD?	Informan tidak mengetahui istilah alat pelindung diri	"...apa itu APD neng?...mamih ga pernah tahu tuh...". <b>(Informan 2)</b>
2	Upaya mengurangi resiko celaka	Untuk mengurangi kecelakaan, informan percaya bahwa dapat dilakukan dengan membaca bismillah dan makan sebelum bekerja serta berhati-hati	<i>kalau mau ga celaka, makanya kalau mau kerja baca bismillah...</i> <b>(informan 5).</b>  <i>"...kan tadi saya udah bilang neng, makan pagi sebelum kerja dan hati-hati..."</i> <b>(informan 3).</b>
3	Alasan Menggunakan APD khususnya sepatu booth	Informan menggunakan sepatu booth dan sarung tangan untuk melindungi diri dari beling dan kaca  Sepatu booth yang digunakan adalah hasil memulung, vkalau tidak ada, informan hanya menggunakan sandal saja	<i>"....ooh yang saya pake itu namanya APD...?"</i> <b>(informan 1)</b>  <i>"....kalau saya taunya pake sepatu booth biar ga luka aja...."</i> <b>(informan 4)</b>  <i>"....Saya menggunakan sepatu booth bekas, abis takut kena beling, kalau luka susah jalan susah kerja..."</i> <b>(informan 3).</b>  <i>"....kalau emak pake sepatu booth juga sarung tangan, abis banyak kaca di sampah...."</i> <b>(informan 6)</b>  <i>"...saya mah ga pernah beli, pake sepatu booth kalau dapat mulung aja, kalau ga ya pake sandal aja, kadang ga pake juga..."</i> <b>(informan 5)</b>

## 5.6 Gambaran Persepsi Informan Terhadap Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja dikaitkan dengan Penggunaan APD

Berikut adalah gambaran Persepsi Pemulung terhadap Risiko Kesehatan Keselamatan Kerja Terkait dengan penggunaan APD.

Tabel 5.5 Gambaran persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan keselamatan kerja terkait dengan penggunaan APD

No	Komponen HBM	Pertanyaan Acuan	Keterangan
1	<b>Perceived susceptibility</b>	<p>Untuk mengetahui keyakinan informan bahwa tubuhnya rentan terhadap risiko penyakit dan kecelakaan sebagai akibat bekerja di TPS.</p> <p><i>“Apakah Bapak/Ibu merasakan tubuh mudah terkena penyakit selama bekerja di TPS ini?”</i></p> <p><i>“Apakah Bapak/Ibu merasakan mudah celaka selama bekerja di TPS ini?”</i></p>	<p>Informan meyakini bahwa tubuh mereka rentan terhadap penyakit dan kecelakaan. Namun semua itu diyakini karena kelalaian mereka yang tidak makan sebelum bekerja, tidak membaca bismillah dan tidak berhati-hati selama bekerja</p>
2	<b>Perceived severity</b>	<p>Untuk mengetahui keyakinan informan terhadap ancaman yang diyakini paling parah menurut mereka.</p> <p><i>“Penyakit apa yang dirasakan paling parah menurut Bapak dan Ibu, dan apa alasannya?”</i></p> <p><i>“Kecelakaan apa yang paling parah menurut Bapak/Ibu? apa alasannya?”</i></p> <p><i>“Apa upaya yang telah bapak/ibu lakukan untuk mengurangi ancaman tersebut?”</i></p>	<p>Informan mengungkapkan penyakit dan kecelakaan yang terjadi merupakan hal yang biasa sehingga tidak dikategorikan sebagai ancaman yang serius, tetapi akibat dari suatu pekerjaan.</p> <p>Ancaman parah yang diyakini mereka adalah ancaman luka pada kaki karena berdampak bengkak, panas dingin, lama sembuh dan tidak dapat bekerja sehingga mengurangi pendapatan keluarga.</p> <p>Tidak ada upaya yang</p>

			dilakukan selain makan pagi, membaca bismillah dan berhati-hati.
3	<b>Manfaat</b>	<p>Untuk mengetahui keyakinan informan akan manfaat APD yang digunakan</p> <p><i>"Apa alasan bapak/ibu menggunakan sepatu booth?"</i></p> <p><i>'Apa alasan bapak menggunakan topi saat bekerja?</i></p>	<p><i>"....Saya menggunakan sepatu booth bekas, abis takut kena beling, kalau luka susah jalan susah kerja..."</i> <b>(informan 3).</b></p> <p><i>"....kalau emak pake sepatu booth juga sarung tangan, abis banyak kaca di sampah...."</i><b>(informan 6)</b></p> <p><i>"...saya mrengunakan topi biar ga kena sampah aja saat angkut sampah ke truk...takut ketumpahan saat nuang ke truk"</i> <b>(informan 3)</b></p>
4	<b>Hambatan</b>	<p>Untuk mengetahui kendala atau hambatan yang menyebabkan informan tidak menggunakan APD</p> <p><i>Kenapa bapak dan ibu tidak menggunakan APD yang lain seperti masker dan sarung tangan?</i></p> <p><i>Bapak kenapa tidak menggunakan topi saat bekerja?</i></p>	<p><i>"....kalau lagi angkat berat kan kita perlu tarik napas, kalau pake masker jadi susah rasanya... ga lega ...."</i> <b>(informan 2).</b></p> <p><i>"....jangan kasih sarung tanganlah, mending sepatu,...sarung tangannya kaku, susah buat megang, kerjaan jadi lama...."</i> <b>(informan 1).</b></p> <p><i>"...pake topi ama ga pake topi sama aja neng....kalau ada ya dipake kalo ga ada ya gapapa..".</i> <b>(informan 4)</b></p>

Persepsi informan terhadap risiko kesehatan dan keselamatan bekerja dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelidngun Diri (APD) sangat bervariasi. Semua informan mempunyai persepsi yang sama terhadap risiko kesehatan yaitu mereka semua mempunyai kerentanan terhadap sakit akibat bekerja di TPS dengan kondisi yang seperti saat ini. Kerentanan tersebut dianggap wajar sebagai risiko bekerja ditempat yang kumuh dan dikaitkan dengan kebiasaan

mereka yang kadang tidak sarapan dulu sebelum bekerja. Alasan lain yang disebutkan adalah mudah sakit karena usia yang telah tua dan perubahan cuaca.

Ancaman terparah yang diyakini informan hanya luka pada kaki karena dapat menimbulkan bengkak, panas dingin, lukanya lama dan tidak dapat bekerja dalam waktu cukup lama sehingga mengurangi pendapatan keluarga. Untuk kondisi ini para informan menggunakan sepatu booth atau alas kaki lainnya seperti sandal agar terhindar dari luka. Bahkan ada yang bersedia mencicil setiap minggu untuk mendapatkan sepatu booth tersebut.

Berbeda dengan pemakaian topi, keberadaan topi sebagai APD tidak mendapatkan prioritas. Boleh dipakai boleh tidak, dan alasan penggunaanpun hanya karena agar tidak terkena sampah, bukan karena *hazard* sampah yang ada.

Pemakaian sarung tangan ditolak oleh 5 orang informan karena merasa terhambat dalam bekerja, berbeda dengan informan 6 yang merasa jera setelah pernah luka pada tangan karena tertusuk jarum suntik. Jera dialami karena luka tangan tersebut membuat bengkak dan panas dingin. Dengan demikian persepsi informan terhadap penggunaan APD berbeda-beda, tergantung dari apa yang pernah di alami oleh masing-masing informan.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 TPS Tegallega dan Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

Kondisi lingkungan sangat mempengaruhi kesehatan seseorang, hal ini didasari oleh teori *Blum* yang menyatakan bahwa derajat kesehatan seseorang dapat dilihat dari prilaku, lingkungan, pelayanan kesehatan dan genetik. Untuk masalah kesehatan pemulung Tegallega, kondisi lingkungan menjadi faktor utama yang sangat mempengaruhinya, karena pemulung di Tegallega bekerja dan menetap di sekitar area TPS, artinya pemulung terpapar sampah dan lingkungan yang tidak sehat secara terus menerus dan berkelanjutan.

Ada beberapa penyakit yang umumnya dialami oleh pemulung saat bekerja di TPS Tegallega. Penyakit yang dimaksud adalah sakit kepala, gatal-gatal, sakit perut/maag, batuk-batuk, sakit pinggang, pegal-pegal, sakit punggung, sesak napas, tipes, dan mata. Hal ini sesuai dengan temuan Sony (2008) yang menyebutkan bahwa penyakit yang ditemukan pada pemulung sangat beragam mulai dari infeksi pernafasan, alergi dan infeksi kulit, muntaber, sakit kepala, infeksi paru-paru dan sesak nafas.

Sampah yang masuk ke TPS Tegallega bercampur antara sampah organik dan sampah anorganik. Sampah organik akan mengalami penguraian dengan mengeluarkan gas  $\text{CO}_2$ ,  $\text{NH}_3$  dan  $\text{H}_2\text{S}$  yang dapat mengganggu kesehatan. Pemulung secara tidak sadar menghirup gas ini sehingga menimbulkan sakit kepala, pusing, sesak napas ataupun mual. Sampah juga melepaskan debu yang mengandung partikel lepas dari bangkai hewan atau kotoran manusia. Debu ini akan masuk ke tubuh manusia dan akan menimbulkan penyakit seperti batuk-batuk dan ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas). Sony (2008) menyebutkan, biasanya pusing kepala pada pemulung dapat disebabkan suhu yang tidak seimbang karena adanya perbedaan suhu badan dan suhu lingkungan sekitar, sedangkan menurut informan, penyebab sakit kepala, mual, sakit perut dan pusing disebabkan oleh tidak makan atau sarapan sebelum bekerja.

Menurut informan, sakit pinggang, pegal-pegal, dan sakit punggung disebabkan oleh posisi yang lama saat bekerja yaitu menjongkok dan membungkuk saat memilah sampah, mengangkat berat dan bolak-balik dari gerobak ke truk sampah sambil mengangkat sampah.

Dari aktifitas fisiknya, seorang pemulung melakukan beberapa postur janggal yang dapat mendatangkan risiko *Musculoskeletal Disorder* atau MSDs yaitu gangguan pada otot dan rangka tubuh. Humantech (1995) menyebutkan cedera yang ditimbulkan oleh gangguan MSDs diekspresikan sebagai rasa sakit atau kesemutan, nyeri tekan atau pegal. Postur janggal yang dilakukan antara lain jongkok, menunduk, hingga mengangkat beban berat. Apalagi aktifitas ini dilakukan berulang-ulang dan dalam waktu yang lama, sehingga akan menyebabkan pegal-pegal dan kesakitan pada otot, sesuai dengan Bridger (1995) yang menyatakan bahwa aktifitas fisik yang berulang, pergerakan yang cepat dan membawa beban yang berat dapat menstimulus saraf reseptor mengalami sakit.

Genangan air yang terjadi pada musim hujan dapat meningkatkan jumlah sumber penyakit, karena genangan air membawa debu, kotoran dan kuman ke area yang lebih terbuka dan luas (Mausar, 2009). Kondisi area TPS yang digenangi oleh air hujan yang bercampur dengan sampah membuat sampah mengalami perubahan terutama sampah-sampah organik karena adanya pembusukan dan penguraian sehingga menghasilkan air sampah yang bau dan mengandung bakteri ataupun kuman penyakit. Gatal-gatal yang dirasakan pemulung ternyata diakibatkan oleh kontak pemulung dengan air sampah dan kondisi lingkungan yang lembab juga dapat meningkatkan pertumbuhan mikroorganisme (Mukono, 2010), salah satunya adalah mikroorganisme penyebab penyakit kulit. Ini bisa terjadi tanpa disadari pemulung saat bekerja tanpa menggunakan Alat Pelindung Diri yang benar.

Batuk-batuk, pusing dan sesak napas yang dirasakan oleh informan diakui karena faktor usia dan perubahan cuaca dari panas ke hujan. Penyakit yang sering menyerang tubuh di musim pancaroba atau musim peralihan adalah flu, batuk, pilek, demam, gangguan saluran napas atau infeksi saluran pernapasan, radang tenggorokan, masuk angin, influenza, gangguan

pencernaan seperti diare, dan tifus abdominalis. Itu disebabkan karena banyaknya bakteri atau virus yang mencemari lingkungan sekitar, menurunnya daya tahan atau stamina pada musim peralihan. Pengaruh perubahan cuaca sangat berpotensi mengganggu saluran pernapasan. Gejala awal gangguan saluran pernapasan yaitu batuk, bronkhitis, pilek atau influenza disertai bersin-bersin dan peningkatan suhu tubuh (Faizal oleh Syam, 2009). Oleh karena itu, tidak heran, pemulung Tegallega mengalami batuk dan sesak nafas yang disertai sakit kepala karena peralihan musim panas ke musim penghujan membuat kondisi dan stamina tubuh menurun karena efek penyesuaian tubuh, kondisi ini juga bertambah parah akibat di lingkungan sekitar TPA yang lembab dan banyaknya sumber penyakit. Menurut *U.S. National Library of Medicine*, semakin tua usia, semakin besar risiko terkena infeksi, oleh karena itulah pemulung dengan faktor usia lanjut akan lebih rentan mengalami sakit, batuk, pusing dan sesak nafas.

Informan juga menyatakan bahwa bau yang keluar dari sampah bersumber dari bangkai tikus, bangkai anjing, cumi, insang ikan. Sedangkan batuk-batuk dianggap akibat debu yang berasal dari serbuk gergaji, pecahan semen dan debu sampah.

Penyakit Tifus dan mata diakui pemulung sebagai penyakit musiman saja, hanya terjadi pada saat pertama kali kerja di TPS. Mereka menganggap penyakit tersebut adalah penyakit awal bila bekerja di TPS. Pekerjaan memulung di TPS dalam 1 bulan pertama pasti akan mengalami sakit ini. Dari pengakuan informan mengenai penyakit Tifus, tergambar bahwa penyakit Tifus merupakan penyakit yang dekat dengan kehidupan pemulung. Penyakit ini dianggap biasa. Kejadian penyakit Tifus dianggap sudah dialami oleh setiap pemulung, karena Tifus merupakan penyakit yang cepat penularannya, yaitu melalui kontak dengan seseorang atau hewan yang terinfeksi (Syam, 2009). Pembuangan air kotoran yang tidak memenuhi syarat dan kondisi sanitasi lingkungan buruk menjadi faktor terbesar dalam penyebaran penyakit ini, dan ini terjadi di TPS Tegallega yang kondisi lingkungannya penuh sampah serta perilaku pemulung yang tidak menggunakan APD.

Tempat MCK TPS Tegallega merupakan tempat mandi dan toilet yang digunakan oleh seluruh pemulung yang bekerja di TPS, dilihat dari kondisinya, Tempat MCK TPS Tegallega tidak dirawat dan dibersihkan dengan baik, hal ini juga merupakan salah satu tempat sumber penyakit.

Mengenai *personal hygiene*, informan menyatakan bahwa mereka mencuci tangan sebelum makan, dengan alasan untuk menghilangkan warna hitam dan bau tangan akibat sampah, bukan bertujuan untuk membersihkan tangan dari kuman penyebab penyakit.

Saat makan, informan menggunakan peralatan makan seperti sendok, tetapi perilaku makan di tempat kerja yaitu tempat sampah, merupakan ancaman kesehatan yang juga tidak disadari oleh pemulung.

## **7.2 Sosialisasi dan Penyuluhan Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

Informan mengakui bahwa ketika informan mengalami sakit ataupun luka yang mereka anggap tidak begitu parah, biasanya mereka meracik obat sendiri dari bahan-bahan alami, tetapi ketika sakit atau luka tidak sembuh dan menurut mereka parah, maka informan langsung berobat ke Puskesmas yang ada di sekitar TPS. Puskesmas sudah dianggap sebagai tempat pelayanan kesehatan secara *kuratif* atau pengobatan oleh informan. Puskesmas mempunyai tanggung jawab tidak hanya aspek *kuratif*, tetapi juga aspek *preventif*. Upaya-upaya preventif dalam kesehatan bisa dilakukan dengan promosi dan penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat sekitar tentang risiko kesehatan dan keselamatan kerja. Diakui informan, selama bekerja di TPS ini, belum pernah ada penyuluhan ataupun pendidikan mengenai Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) selama bekerja di TPS baik dari Puskesmas maupun dari instansi terkait lainnya, padahal penyuluhan merupakan bentuk komunikasi dalam rangka mempromosikan K3 pada pemulung dan merupakan bagian dari faktor penentu persepsi seseorang sesuai yang dijelaskan oleh Slovic (1987). Dengan penyuluhan dan pemberian pendidikan mengenai K3 berarti ada transfer informasi bahaya terhadap pekerja.

Informan juga mengakui bahwa beberapa kali ada pengunjung datang ke TPS hanya untuk wawancara mengenai kesehatan dan pendapatan pemulung. Ada pengunjung dari institusi tertentu yang memberikan bantuan berupa masker, sepatu *booth* dan sarung tangan. Karena lemahnya *risk communication* menyebabkan pemulung kehilangan informasi terhadap bahaya/risiko, sehingga persepsi pemulung tidak terbentuk, baik terhadap risiko kesehatan, keselamatan maupun penggunaan APD dalam bekerja. Ketika komunikasi tidak berjalan maka terbentuk persepsi yang berbeda, yang tidak sesuai dengan yang seharusnya maka terbentuklah perilaku, karena sikap dibangun oleh 3 komponen, yang salah satunya adalah kepercayaan dan keyakinan, sesuai dengan teori Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003).

Tidak adanya pembekalan mengapa diberikan Alat Pelindung Diri dan kenapa harus digunakan menyebabkan pemulung tidak menggunakan perlengkapan tersebut.

Menurut Peraturan Perundang-undangan kesehatan kerja dari Departemen Kesehatan, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi yang turut melindungi pekerja sektor ini antara lain berupa undang-undang No.23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pasal 22 ayat (2) tentang Pelaksanaan Kesehatan Lingkungan Kerja, Pasal 23 ayat (1,2,3) tentang kewajiban melaksanakan kesehatan kerja yang mencakup pelayanan, pencegahan PAK dan syarat kesehatan kerja, serta Pasal 84 tentang sanksi pidana bagi yang tidak melaksanakan. Pelaksanaan kesehatan kerja bagi pekerja di sektor ini, antara lain: UMKM, petani, nelayan, pedagang kaki lima dan pekerja di sektor lainnya yang tidak memiliki akses pelayanan kesehatan kerja seperti umumnya yang terorganisir di perusahaan, dibina oleh Puskesmas dengan pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK). Pos UKK seperti layaknya Posyandu, adalah upaya kesehatan kerja yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dibina oleh Puskesmas setempat dan dibentuk antara lain dengan mekanisme Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Maka sangat diperlukan peran dari Dinas Kesehatan, Dinas Kebersihan dan semua pihak terkait lainnya seperti Akademia, Lembaga Swadaya Masyarakat untuk

bersama-sama memberikan pembekalan pengetahuan kepada informan agar derajat kesehatan dan keselamatan mereka dapat meningkat. Apalagi dengan peran mereka yang sangat besar dalam masalah sampah dan pengelolaannya

### **7.3 Pengetahuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Pemulung**

Dari hasil diskusi dan wawancara yang dilakukan dengan informan, diketahui bahwa pengetahuan informan terhadap risiko kesehatan dan kecelakaan sangat rendah sekali. Informan meyakini bahwa risiko sakit yang mereka alami selama ini hanya sebagai akibat kelalaian mereka sendiri yang tidak selalu makan pagi lebih dulu sebelum bekerja. Akibat tidak sarapan, maka mereka sering menjadi pusing, lemah, mual dan kadang menjadi jatuh saat bekerja. Kecelakaan kerja yang dialami diyakini karena tidak sarapan. Alasan lain yang disampaikan juga karena faktor usia yang sudah tua serta perubahan cuaca. Semua kondisi ini diyakini mempengaruhi tingkat kesehatan mereka.

Penilaian pengetahuan ini diketahui melalui pertanyaan terbuka yang dilanjutkan dengan pertanyaan yang lebih mendalam. Sebagai contoh: *Apakah Bapak/Ibu mengetahui risiko penyakit yang dapat timbul akibat bekerja dengan sampah di TPS?*. Informan menjawab *tahu*, maka sebutkan contoh penyakit tersebut, informan menjawab *gatal-gatal*. Setelah ditanya lebih dalam tentang penyebab gatal-gatal tersebut mereka menjawab *karena becek, kaki basah terus*. Disini mereka tidak menjawab *hazard*-nya melainkan keyakinan mereka akan penyebabnya. Dengan tidak terjawabnya penyebab penyakit tersebut maka peneliti memberikan defenisi bahwa informan tidak mengetahui risiko penyakit akibat bekerja dengan sampah di TPS.

Demikian pula halnya dengan pengetahuan tentang kecelakaan akibat kerja. Informan meyakini setiap kecelakaan yang terjadi bukanlah karena lingkungan kerja yang tidak aman melainkan karena kelalaian informan dan keyakinan akan hubungan informan dengan Tuhan. Ucapan *bismillah* di awal bekerja serta makan atau sarapan sebelum kerja diyakini mereka sebagai kunci untuk mengurangi kecelakaan yang terjadi.

Gambaran di atas menunjukkan tingkat pengetahuan informan yang kurang baik terhadap Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja di TPS. Hal ini dapat dipengaruhi oleh usia, jenjang pendidikan, dan lama kerja. Seperti halnya yang diampaikan oleh Rosenstock I, Stretcher V dan Becker (1994) yang menyatakan bahwa keyakinan seseorang dipengaruhi oleh latar belakang usia, jenjang pendidikan, dan lama kerja.

Jenjang pendidikan informan yang hanya Sekolah Dasar hingga Sekolah Menengah Pertama, bahkan ada yang tidak sekolah, menyebabkan mereka tidak mengetahui secara pasti penyebab penyakit yang dialami dan kecelakaan yang pernah di alami.

Selain karena tuntutan keluarga yang harus dipenuhi, usia informan yang rata-rata adalah usia produktif, membuat mereka merasa tetap kuat dan bersemangat dalam bekerja. Sehingga informan merasa selalu kuat dan tidak sakit.

Lama kerja sebagai pemulung di lokasi TPS tidak mempengaruhi keyakinan informan akan Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja menjadi lebih baik karena mereka bekerja di tempat yang sama dan tingkat pendidikan yang sama juga, sehingga mereka mempunyai keyakinan yang kurang lebih sama. Sehingga keyakinan yang terbentuk diperoleh dari pengalaman selama bekerja di TPS tersebut. Biasanya, seorang informan yang telah lama sebagai pemulung menginformasikan pengalaman mereka pada pemulung yang lain sehingga terbentuklah keyakinan yang sama terhadap suatu stimulus yang datang. Seperti yang disampaikan oleh Soekidjo Notoadmodjo, 2003 yang menyatakan bahwa sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui penginderaan mata dan telinga.

Dengan melihat kondisi yang ada dimana tempat kerja yang begitu mempunyai risiko keselamatan dan kesehatan yang tinggi, namun para pekerjanya tidak mengetahui risiko tinggi tersebut. Dirasakan sangat perlu untuk meningkatkan derajat pengetahuan mereka terutama untuk pemahaman risiko keselamatan dan kesehatan di tempat kerja. Peran pemerintah terutama Dinas Kesehatan dan Dinas Kebersihan perlu memberikan penyuluhan dan pemahaman akan risiko yang ada. Peran Pelayanan kesehatan juga

ditingkatkan agar pola hidup sehat dan lebih mengupayakan pada pencegahan sakit dapat dilakukan oleh pemulung dalam kesehariannya

#### **7.4 Pengetahuan Alat Pelindung Diri (APD)**

Informan tidak tahu istilah Alat Pelindung Diri (APD), namun setelah diskusi lebih dalam pada informan, mereka mengerti bahwa sepatu *booth* yang digunakan selama ini adalah salah satu dari APD yang dimaksud. Informan menyatakan alasan mereka menggunakan sepatu *booth* adalah untuk menghindari luka, karena selama ini luka yang dirasakan dianggap informan sebagai ancaman yang serius karena membuat mereka tidak bisa bekerja dan beraktifitas, saat luka biasanya mereka mengalami panas dingin yang sangat mengganggu.

Selain sepatu *booth*, alat pelindung diri lain yang seharusnya digunakan oleh informan selama bekerja adalah masker, topi, dan sarung tangan.

Ada beberapa informan yang bekerja dengan menggunakan topi tetapi alasan penggunaannya adalah karena takut kejatuhan sampah yang sedang dipikul. Tidak ada informan yang memberikan alasan penggunaan topi untuk menahan sinar ultraviolet dan panas matahari agar tidak langsung mengenai kepala dan wajah atau untuk menghindari luka akibat kena benturan atau kejatuhan benda tajam lainnya. Menurut informan, mereka nyaman menggunakan topi, tetapi penggunaan topi saat bekerja bukan suatu kewajiban, sehingga muncul anggapan tidak apa jika tidak menggunakan topi saat bekerja.

Penggunaan sarung tangan untuk sebagian besar informan dianggap sebagai gangguan. Tetapi masih ada juga informan yang menggunakan sarung tangan dengan alasan jera, informan tidak ingin luka lagi akibat benda tajam yang menusuk tangan, karena menurut pengalaman informan, luka pada tangan akan membengkak, membuat tubuh panas dingin dan membutuhkan waktu yang lama dalam proses penyembuhannya, sehingga informan tidak bisa bekerja dan hal ini mempengaruhi pendapatan keluarga.

Informan lain tidak menggunakan sarung tangan karena merasa tidak nyaman untuk meraih dan memilah sampah. Sehingga produktivitas mereka menjadi menurun.

Informan mengaku bahwa mereka sangat tidak nyaman menggunakan masker karena membuat mereka sulit bernapas bebas, terutama saat mengangkut barang berat dan memanjat ke truk sampah.

Informan tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) tertentu karena tidak mengetahui fungsi atau manfaat dari APD tersebut. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya pengetahuan tentang risiko *hazard* yang ada di lokasi tempat mereka bekerja.

Dan disisi lain, informan yang menggunakan salah satu APD seperti sepatu *booth* mengakui bahwa pemakaian sepatu *booth* karena adanya efek jera terhadap akibat yang ditimbulkan jika tidak menggunakan sepatu *booth*. Alasan ini muncul dari pengalaman yang tidak menyenangkan jika terluka dan sakit, sehingga informan tidak mau mengalaminya lagi.

Dari kondisi yang dijelaskan di atas, tampak bahwa keyakinan informan terhadap penggunaan APD bersumber pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman dalam keseharian.

Pengetahuan tentang gas yang keluar dari sampah seperti CO<sub>2</sub>, NH<sub>3</sub>, CH<sub>4</sub> dan H<sub>2</sub>S tidak dipahami sehingga informan tidak merasakan adanya ancaman. Demikian juga dengan debu yang keluar dari sampah. Informan tidak merasakan dampak kesehatan yang terjadi secara langsung, karena biasanya dampak ini akan dirasakan dikemudian hari. Berbeda dengan kecelakaan seperti luka yang dialami pada kaki, yang menyebabkan bengkak dan panas dingin sehingga mereka tidak dapat bekerja. Pada kecelakaan ini, dampak yang timbul langsung dirasakan informan sehingga efek jera muncul dan membuat informan mau menggunakan sepatu *booth*. Seperti yang disampaikan oleh Kolluru (1996) membagi risiko yang dapat terjadi di tempat kerja ke dalam 5 kategori yaitu risiko keselamatan, risiko kesehatan, risiko lingkungan/ekosistem, risiko keselamatan publik dan risiko finansial. Kolluru menjelaskan bahwa risiko keselamatan pada umumnya mempunyai probabilitas rendah, konsekuensi tinggi, bersifat akut/tak terduga,

menimbulkan dampak langsung, penanggulangan yang dibutuhkan adalah dalam bentuk respon tanggap darurat, penyebabnya dapat lebih diketahui dengan jelas serta lebih fokus pada aspek keselamatan manusia dan pencegahan timbulnya kerugian. Risiko kesehatan pada umumnya mempunyai ciri-ciri probabilitas tinggi, pemajanan terjadi melalui kontak atau masuknya bahan berbahaya ke dalam tubuh melalui cara tertentu. Dampak konsekuensi berupa penyakit akibat gangguan fisiologis dan metabolisme tubuh, mempunyai periode waktu yang panjang dan bersifat kronis, hubungan sebab akibat diketahui dan hal ini berfokus kepada aspek kesehatan manusia.

Apabila informan dibekali dengan pengetahuan tentang *hazard* yang ada pada sampah, risiko sakit yang terjadi, dampak sakit yang dialami maka kemungkinan besar mereka akan mau untuk menggunakan APD tersebut.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menekan risiko keselamatan dan kesehatan selama bekerja adalah dengan pemberian pembekalan pengetahuan tentang APD, penyuluhan tentang risiko keselamatan dan kesehatan kerja oleh Dinas Kebersihan, Dinas Kesehatan, KLH ataupun pihak terkait lainnya sehingga dengan adanya komunikasi ini pengetahuan pemulung tidak terbangun hanya oleh pengalaman yang dialami. Namun dapat dilakukan upaya pencegahan PAK sejak dari awal.

Perusahaan Daerah Kebersihan kota Bandung sebagai pengelola lokasi TPS dapat mengeluarkan aturan wajib menggunakan APD bagi pemulung selama bekerja di areal TPS. Dan bagi yang melanggarnya diberikan sanksi seperti tidak dapat bekerja di TPS dalam waktu satu minggu. Sehingga dengan adanya upaya hukum membuat pemulung menjadi termotivasi untuk menggunakan APD selama bekerja.

#### **7.5 Persepsi Informan terhadap Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja dikaitkan dengan APD dengan Teori *Health Belief Model (HBM)***

Semua teori perilaku individu berusaha untuk menafsirkan atau menganalisis perilaku kesehatan pada tingkat individu, di mana niat tidak bergantung pada tindakan nyata seseorang. *Health Belief Model (HBM)* adalah model

psikologis yang berupaya menjelaskan dan meramalkan perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. Sikap dan kepercayaan individu mempengaruhi perilaku kesehatan individu tersebut. Sikap dan kepercayaan individu dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki sehingga membangun persepsi tertentu.

Persepsi pada informan dibangun dari pengetahuan dan pengalaman yang ada seperti yang disampaikan oleh David Krech (1962) yang menyatakan bahwa persepsi seseorang dapat dipengaruhi oleh: (1) *Frame of reference*, yaitu kerangka pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan, pengamatan, atau bacaan. (2) *Field of experience*, yaitu pengalaman yang telah dialami yang tidak terlepas dari lingkungan sekitarnya.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Rosentock, dkk (1990) dalam Atmahadi Widodo (2005), yang menyatakan bahwa persepsi seseorang akan dipengaruhi oleh *frame of refence* (pendidikan/pengetahuan) dan *frame of experience* (lingkungan/pengalaman). Dengan demikian persepsi seseorang dipengaruhi oleh kerangka pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan, pengamatan, atau bacaan serta pengalaman yang telah dialami yang tidak terlepas dari lingkungan sekitarnya.

Persepsi informan dibangun terutama oleh pengalaman yang selama ini di alami. Tingkat pengetahuan dari jenjang pendidikan yang rendah menyebabkan informan hanya menerima pengetahuan dari apa yang dilihat dan didengar dari lingkungannya. Seperti yang disampaikan Soekidjo Notoadmodjo, 2003 yang menyatakan bahwa faktor eksternal sering merupakan faktor yang dominan yang membentuk dan mewarnai perilaku seseorang. Karena informan bekerja di tempat yang sama dan dengan rekan yang mempunyai latar belakang pendidikan yang sama pula, maka mereka mempunyai persepsi yang sama terhadap risiko keselamatan dan kesehatan yang dihadapi di lingkungan kerja.

Guna melihat persepsi informan terhadap Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang dikaitkan dengan penggunaan alat pelindung diri (APD) dapat dijelaskan sebagai berikut.

Informan memiliki keyakinan bahwa mereka mempunyai kerentanan terhadap risiko penyakit yang ada di TPS dimana mereka bekerja. Namun

kerentanan yang ada dianggap sebagai hal yang biasa sebagai risiko bekerja di tempat yang kumuh. Dengan makan pagi setiap akan bekerja, cukup istirahat dan membaca bismillah diyakini akan dapat menekan bahaya yang terjadi tanpa perlu menggunakan alat pelindung diri.

*Perceived Severity* tergambar pada saat informan mengalami luka pada kaki. Dimana dampak yang dirasakan sangat besar yaitu kaki membengkak, badan meriang, waktu penyembuhan luka yang lama, yang membuat informan tidak bisa bekerja sehingga mengurangi pendapatan keluarga. Dampak yang dirasakan ini sangat berat maka para informan meyakini ancaman kecelakaan terbesar bagi mereka adalah luka pada kaki akibat benda tajam seperti beling, tusuk sate ataupun jarum suntik. Karena merasa terancam maka informan menggunakan sepatu *booth* dalam bekerja. Walau terkadang sepatu *booth* didapat dari hasil memulung namun informan juga bersedia mencicil untuk membeli sepatu *booth*, mengingat manfaat yang diperoleh jauh lebih besar dari upaya pengobatan yang dikeluarkan saat mengalami kecelakaan.

Berbeda halnya dengan penggunaan APD lainnya seperti masker dan sarung tangan. Informan merasakan hambatan yang besar bila menggunakan sarung tangan dan masker, yaitu tidak nyaman dan mengganggu dalam bekerja, berdampak mengurangi produktivitas dan pendapatan mereka. Keyakinan informan muncul karena pengalaman kesehatan yang dialaminya bukan dampak langsung yang dapat dilihat, informan meyakini sakit akibat tidak menggunakan masker sebagai sakit akibat tidak sarapan sebelum bekerja, karena usia dan perubahan cuaca.

Penolakan informan pada penggunaan sarung tangan terjadi karena tidak merasakan manfaat yang besar dengan menggunakan sarung tangan tersebut. Informan berkeyakinan bahwa dengan bekerja secara hati-hati maka luka pada tangan dapat dihindari sehingga mereka tidak perlu menggunakan sarung tangan saat bekerja. Sesuai dengan pernyataan Glanz (2002) yang menyebutkan bahwa hambatan dalam teori *Health belief Model* dapat diartikan sebagai aspek negatif dalam bagian pelaksanaan tindakan seperti masalah biaya, ketidaknyamanan dan lainnya yang menjadi penyebab seseorang tidak melakukan sesuatu.

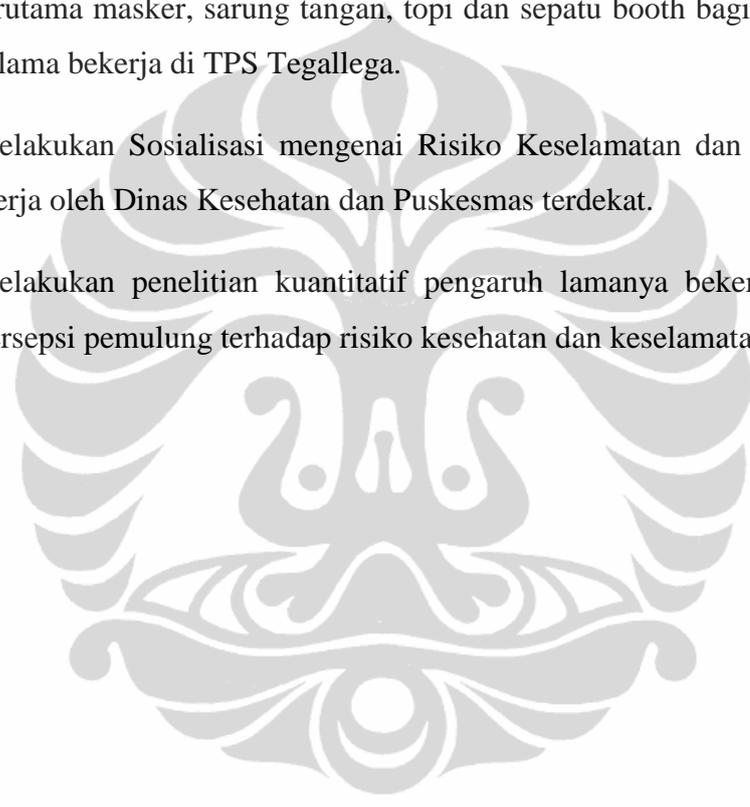
## BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1 Kesimpulan

1. Di TPS Tegallega terdapat berbagai macam risiko kesehatan seperti sakit ISPA, Tifus, batuk, gatal-gatal dan lainnya. Risiko kecelakaan yang sering terjadi adalah luka pada tangan dan kaki karena pecahan kaca dan benda tajam lainnya.
2. Pemulung yang bekerja di Tegallega mengetahui risiko keselamatan dan kesehatan tetapi tidak mengetahui *hazard* sesungguhnya.
3. Pengetahuan pemulung terhadap Keselamatan dan Kesehatan Kerja tidak terlalu baik karena pemulung hanya mengetahui risiko penyakit dan kecelakaan yang terjadi hanya melalui pengalaman.
4. Pengetahuan pemulung mengenai APD juga tidak terlalu baik, karena pemulung tidak mengetahui istilah APD, fungsi APD dan jenis APD yang seharusnya minimal digunakan untuk bekerja di TPS.
5. Berdasarkan teori *Health Belief Model*,
  - Informan mempunyai tingkat pendidikan yang sama, usia yang relatif sama dan pekerjaan yang sama maka persepsi yang timbul juga sama.
  - Persepsi ancaman yang serius hanya luka pada kaki
  - Persepsi hambatan adalah pada ketidaknyamanan saat bekerja.
  - Persepsi manfaat adalah hanya pada APD sepatu *booth*
6. Informan tidak menggunakan seluruh APD yang seharusnya digunakan selama bekerja bukanlah karena ketidakmampuan mereka dari sisi keuangan namun karena keterbatasan pengetahuan akan risiko keselamatan dan kesehatan kerja serta keterbatasan pengetahuan tentang manfaat penggunaan APD.

## 7.2 Saran

1. Pembekalan pengetahuan Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan pentingnya penggunaan Alat Pelindung Diri oleh Dinas Kesehatan, Dinas Kebersihan ataupun Kementerian Negara Lingkungan Hidup (KLH) dan dinas terkait lainnya.
2. Menyarankan kepada Dinas Kebersihan kota Bandung untuk mengeluarkan aturan wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) terutama masker, sarung tangan, topi dan sepatu booth bagi pemulung selama bekerja di TPS Tegallega.
3. Melakukan Sosialisasi mengenai Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas terdekat.
4. Melakukan penelitian kuantitatif pengaruh lamanya bekerja dengan persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aboejoewono, A. 1985. Pengelolaan Sampah Menuju ke Sanitasi Lingkungan dan Permasalahannya; Wilayah DKI Jakarta Sebagai Suatu Kasus. Jakarta.
- Azwar, Asrul. 1990. Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan . Mutiara Sumber Widya. Jakarta.
- Bird, Frank E. Jr. 1982. Loss Control Management. Published by Institute Press. Louanville. Georgia. USA
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Bandung dan Badan Statistik Kota Bandung, Katalog Bandung Dalam Angka 2007, Katalog 1401.3273, Bandung 2008.
- Botkin,B.Daniel dan Keller, A. Edward, 2001, Environemntal Science, Earth as a Living Planet, 3nd ed. Jhon Wiley & Sons, Inc, New York
- Bratasida, Liana. 1996. Prospek Pengembangan Sistem Manajemen Lingkungan di Indonesia. BAPEDAL. Jakarta.
- Braver, Roger L. 1990. Safety and Health for Engineers. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Chaplin, James P. 2000. Kamus Lengkap Psikologi, Ed. 1. Cet. 6 (Penerjemah: Kartini Kartono). Jakarta. PT. RajaGrafindo Persada.
- Damanhuri, Enri. 2006. Teknis-Operasional Secara Umum: Pedoman Pengelolaan TPA. Departemen Teknik Lingkungan FTSP ITB
- Damanhuri, Enri. 2007. Sampah Indonesia . Teknik Lingkungan ITB. Bandung.
- Daniel, T. S., Hasan, P. dan Vonny, S. 1985. Tehnologi Pemanfaatan Sampah Kota dan Peran Pemulung Sampah : Suatu Pendekatan Konseptual. PPLH ITB. Bandung.
- Darmasetiawan, Martin. 2004. Perencanaan Tempat Pembuangan Akhir (TPA). Ekamitra Engineering. Jakarta.
- Dinas Kebersihan Jakarta, 2008, Bahan Paparan Gubernur tanggal 18 Juli 2008, 2008
- Fielding, R.: [www.pitt.edu](http://www.pitt.edu)
- Gardner, D. 1995. Risk Perception and Decision Making.
- Goldberg, A.I., Dar-El, E.M., & Rubin, A. 1991. Threat Perseption and The Readiness to Participate in Safety Program. Journal of Organizational Behaviour, 12 pp.109-122.

- Gunawan, T. 2007. Pendekatan ekosistem bentang lahan sebagai dasar pembangunan wilayah berbasis lingkungan. Fakultas Geografi UGM. Yogyakarta.
- Hadiwiardjo, Bambang, 1997. ISO 14001- Panduan Penerapan Sistem Manajemen Lingkungan. Gramedia. Pustaka Utama. Jakarta.
- Handbook Risk Management Guidelines Companion to AS/NZS 4360:2004. Standards Australia International Ltd. GPO Box. Sydney. Ed. 2004
- Jean Cross. 1998. Risk Management. University of New South Wales. Department of Safety Science. Sydney
- Julianto, R. Konsentrasi Metana antara LEL dan UEL, Dapat Menyebabkan Ledakan di TPA Sampah. : [www.issdp.or.id](http://www.issdp.or.id).
- Kajian Model Pengembangan Usaha di Kalangan Pemulung, Jawa Tengah, Bappeda Kota Semarang, 2007
- Kartikawan, Yudhi, 2007, Pengelolaan Persampahan, J. Lingkungan Hidup, Yogyakarta.
- Kertonegoro, S. 1996. Manajemen Resiko dan Asuransi. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung.
- Kimberly F. Kodrat. 2002. Sistem Manajemen Lingkungan ISO 14001: makalah filsafat sains, Program Pasca Sarjana (S3) – IPB. Bogor.
- Kodoatie, Robert. 2005. Fakultas Teknik Sipil Universitas Diponegoro.
- Kolluru R V et all. 1996. Risk Assessment and Management Handbook. New York.
- Krech, D. Cruchfield, R.S., & Ballachey, E.L. 1962. Individual in Society: A Textbook of Social Psychology. New York: McGraw-Hill.
- Laporan Satgas ITB Peduli Leuwigajah. 2005: [www.itb.ac.id](http://www.itb.ac.id)
- Louvar Joseph F and Louvar B Diane. 1998. Health and Environmental Risk Analysis. USA
- Modjo, Robiana, 2006, Pengembangan dan Penerapan Model Program Promosi Kesehatan Kerja yang efektif untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Murtadho, D. dan Sa'id, E. G. 1988. Penanganan Pemanfaatan Limbah Padat. Sarana Perkasa. Jakarta.
- Nasiruddin, Moh Nur. 2002. Analisa persepsi kebutuhan hidup pengungsi di kota Pontianak (studi kasus). Program Pacasarjana, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Depok: Universitas Indonesia.
- Outerbridge, Thomas (ed). 1991. Limbah Padat di Indonesia : Masalah atau Sumber Daya. Yayasan Obor Indonesia. Jakarta.
- Pasang, Haskarlianus, 2005, Pengelolaan Sampah yang Regional dan Terintegrasi,

<http://www.Sarwono.net>.

- Pedoman Pengoperasian Dan Pemeliharaan Tempat Pembuangan Akhir (TPA) Sistem Controlled Landfill Dan Sanitary Landfill. 2006. Jakarta: Departemen Pekerjaan Umum, Direktorat Jenderal Cipta Karya,
- Puthson, P. 1998. Untersuchungen zur Verbesserung der Peroxidbleiche von Sekundärfaserstoffen durch Einsatz verschiedener addtive. Doktorarbeit Universität Hamburg.
- Robbins, Stephen P. 2001. Organizational Behavior. 9 edition, New Jersey: Prentice Hall, inc.
- Sarwono, Sarlito Wirawan. 1999. Teori-teori Psikologi Sosial. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Sidik, M. A., Herumartono, D. dan Sutanto, H. B. 1985. Tehnologi Pemusnahan Sampah dengan Incinerator dan Landfill. Direktorat Riset Operasi Dan Manajemen. Deputi Bidang Analisa Sistem Badan Pengkajian Dan Penerapan Teknologi. Jakarta.
- Slovic, Paul. 1987. Perception of Risk. Science, 236 (4799) pp. 280-285.
- Soekidjo, Notoatmodjo. 1993, Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan. Yogyakarta: Andi Offset.
- Soekidjo, Notoatmodjo. 2003, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta, Jakarta
- Soekidjo, Notoatmodjo. 2003, Pengembangan Sumber Daya Manusia, Rineka Cipta, Jakarta
- Sony, Tri Bangun L & Bagong Suyoto, Pemulung Sang Pelopor 3R Sampah, Jakarta, Pidus Zero Waste Indonesia, 2008
- Sudrajat. 2006. Mengelola Sampah Kota. Jakarta: Penerbit Swadaya.
- Suryabrata, Sumadi. 2000. Pengembangan Alat Ukur Psikologis. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Suyoto, Bagong. 2008. Fenomena Gerakan Mengolah Sampah, Jakarta, Prima Media, 2008.
- Suyoto, Bagong. 2004. Malapetaka Sampah: Kasus TPA Bantar Gebang, Kasus TPA/IPLT Sumur Batu, Kasus TPST Bojong. Jakarta: Pusat Industri Daur Ulang Sampah (PIDUS), Aliansi Masyarakat Sipil untuk Demokrasi (YAPPIKA) & PT. Adi Kencana Aji (AKA Printing).
- Trihendradi, Cornelius. 2005. Step by Step SPSS 13 Analisis Data Statistik. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Widodo, Atmahadi. 2005. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Operator Produksi Terhadap Risiko Bahaya Timbal di Industri Manufaktur Lead Acid Storage

Battery. Program Pascasarjana, Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Depok: Universitas Indonesia.

Wikantika, Ketut. 2005. Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM). Departemen Teknik Geodesi dan Geomatika ITB.

T. Kathleen and Galvin. 1991. *A critical review of the health belief model in relation to cigarette smoking behavior*.  
<http://www3.interscience.wiley.com/journal>. [diunduh pada 15 Juni 2010 pukul 14.58 ]

*An examination of issues concerning obesity in high risk groups using the health belief model*. 2009. <http://www.academon.com> [unduh pada 15 juni 2010 pukul 15.14]

*An examination of how osteoporosis could be treated by the Health Belief Model (HBM), which is a systematic mode of predicting and, thus, preventing health behavior*. 2004. <http://www.academon.com/> [diunduh pada 15 Juni 2010]

Raymond C. Sinclair, PhD, Stacy W. Smallwood, MPH, and Amanda M. Gust, MPH. *Cues to Action: Using the Health Belief Model to guide Occupational Safety and Health Communications*. 2005  
<http://apha.confex.com> [diunduh pada 15 Juni 2010]

Norman Paul and Brain Kate. *An application of the health belief model to the prediction of breast self-examination in a national sample of women with a family history of breast cancer*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/normanb.pdf>. [ di unduh pada 15 juni 2010]

Pooya Arash dkk, 2006. *The Effect of Zinc and Health Belief Model Based Education on Common Cold Prevention in Soldiers*.  
<http://www.scipub.org.pdf> [diunduh pada 16 juni 2010]

<http://digilib-ampl.net/detail/detail>. *Sampah Ancaman Bandung*. Pikiran Rakyat . 2007 Di unduh pada 20 Juni 2010 <http://mukono.blog.unair.ac.id>.  
*Pengaruh Kualitas Udara Dalam Ruangan Ber-AC terhadap Gangguan Kesehatan*. 2009. Diunduh 21 juni 2010

<http://republika.co.id:8080/berita>. *Ketika Sistem Imunitas Tubuh Lemah*. 2009. Republika. Diunduh pada 21 Juni 2010

**Lampiran 1**  
**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN**

Penelitian ini berjudul **“PERSEPSI PEMULUNG TERHADAP RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DIKAITKAN DENGAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DI TEMPAT PENAMPUNGAN SAMPAH SEMENTARA (TPS) TEGALLEGA, BANDUNG, 2010”**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja di Tempat Penampungan Sampah Sementara (TPS) dikaitkan dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), kemudian menemukan alasan utama kenapa pemulung tidak menggunakan APD selama bekerja.

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan data yang akurat mengenai pengetahuan dan persepsi pemulung terhadap risiko kesehatan dan keselamatan kerja sehingga dapat dikembangkan program yang tepat sesuai sasaran guna meningkatkan derajat kesehatan dan keselamatan pemulung dalam bekerja.

Dalam penelitian ini tidak ada paksaan dari pihak mana pun dan merupakan kerelaan Anda untuk menjadi informan. Anda boleh menerima atau menolak penelitian ini dan bila setelah penelitian berlangsung, bila Anda tidak berkenan melanjutkan wawancara, Anda berhak menghentikannya. Anda pun boleh menolak menjawab pertanyaan bila Anda tidak ingin menjawab pertanyaan tersebut. Selain itu, Anda tidak akan diperlakukan berbeda dengan yang lain bila Anda mengikuti atau tidak mengikuti penelitian ini. Nama Anda sebagai informan tidak akan dipublikasikan dan hanya menggunakan inisial saja.

Bila Anda bersedia menjadi informan, wawancara akan dilakukan selama 1 jam dengan waktu yang dapat Anda sesuaikan dengan jadwal kegiatan Anda. Apabila setelah penelitian ini terdapat pertanyaan atau hal yang tidak berkenan, Anda dapat menghubungi peneliti dengan nomor kontak 0811 820 4587.

Setelah penjelasan tersebut diatas, peneliti memohon kesediaan klien untuk menjadi informan dalam penelitian tersebut.

Berikut pernyataan dari klien :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa, saya rela dan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh : Saudari Herlinda dari FKM UI. Dalam hal ini saya berjanji akan memberikan keterangan yang sebenar-benarnya sesuai dengan kebutuhan informasi yang diperlukan dengan tanpa rekayasa dan paksaan dari berbagai pihak.

Demikian pernyataan dan informasi yang saya sampaikan, semoga dapat dipergunakan dengan sebaik-baiknya demi kepentingan ilmu pengetahuan dan kemajuan dalam peningkatan kesehatan pada umumnya.

Jakarta, 14 Juni 2010

( )



13	Pola Hidup Sehat
	Kebiasaan makan siang di tempat kerja a. Membawa makanan dari rumah b. Membeli makan di warung sekitar TPS c. Makan makanan yang diperoleh di TPS d. _____
	Saat makan menggunakan apa? a. Tangan b. Sendok
	Bila menggunakan tangan apakah, a. mencuci tangan dengan air saja b. atau mencuci tangan dengan air menggunakan sabun Dimana mencucinya? _____
	Kebiasaan mandi: a. 1 x sehari b. 2x sehari c. 3x sehari d. Tidak menentu
	Mandi dimana? a. di rumah b. tempat lain: _____ b. di MCK TPS
	Apakah Bapak/Ibu membedakan antara pakaian kerja dengan yang lain, a. Membedakan b. Sama Apa alasan Bapak/Ibu membedakannya? _____ _____
	Sanitasi a. MCK di TPS b. MCK di rumah sendiri c. _____
14	Status Gizi: Tinggi: _____ cm      Lingkar tubuh: _____ cm      Berat badan: _____ cm
15	Akses pelayanan kesehatan masyarakat, Jika sakit Bapak/Ibu kemana? _____ Dan membeli obat dengan cara membeli dari mana? a. Warung b. Puskesmas c. Apotik d. Rumah Sakit e. Racik sendiri f. _____
16	Berapa lama bekerja dalam 1 hari ? a. 08.00-12.00      b. 13.00-17.00      c. 08.00-17.00      d. 05.00-12.00







42	Selama 3 bulan terakhir sudah berapa orang dari rekan Bapak/Ibu di TPS ini yang meninggal dunia ? _____ orang, Sakit apa ? _____ karena apa ? Jelaskan _____ _____
43	Adakah keluarga yang sakit seperti daftar dibawah ini: a. Sakit kepala, siapa? _____ e. Sakit pinggang, siapa? _____ b. Gata-gatal, siapa? _____ f. Pegal-pegal, siapa? _____ c. Sakit perut, siapa? _____ g. Sakut punggung, siapa? _____ d. Batuk-batuk, siapa? _____ h. Sesak napas, siapa? _____ Sakit yang lain: _____
44	Apa yang menjadi penyebab utama Bapak/Ibu mau menggunakan APD selama bekerja? Jelaskan : _____ _____
45	Bila tidak menggunakan APD, Apa alasan Bapak/ Ibu tidak menggunakan APD tersebut? Jelaskan : _____ _____
46	Apa alasan utama bapak ibu menggunakan salah satu APD ? Jelaskan : _____ _____
48	Apa alasan utama bapak ibu tidak menggunakan APD ? Jelaskan : _____ _____
49	Apakah Bapak Ibu merasakan ada manfaat selama menggunakan APD ? a. YA b. TIDAK Bila Ya, jelaskan : _____ _____

TTD

(\_\_\_\_\_)

Lampiran 2  
PEDOMAN WAWANCARA  
(UNTUK INFORMAN)  
**“PERSEPSI PEMULUNG TERHADAP  
RISIKO KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA  
DIKAITKAN DENGAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)  
DI TEMPAT PENAMPUNGAN SAMPAH SEMENTARA (TPS)  
TEGALLEGA BANDUNG 2010”**

1. Apa alasan informan bekerja di TPS?
2. Bagaimana pola hidup sehat informan (*personal hygiene*, sarana sanitasi di TPS, kebiasaan ke pelayanan kesehatan)
3. Apakah informan mengetahui risiko penyakit bekerja di TPS Tegallega Bandung?  
Bila Ya, berikan contohnya, dan apa penyebabnya
4. Apakah informan mengetahui risiko kecelakaan bekerja di TPS Tegallega Bandung?  
Bila Ya, berikan contohnya, dan apa penyebabnya
5. Apa upaya yang dilakukan informan untuk mengurangi atau menghindari risiko penyakit akibat bekerja di TPS?
6. Apa upaya yang dilakukan informan untuk mengurangi atau menghindari risiko kecelakaan akibat bekerja di TPS?
7. Apakah informan mengetahui alat pelindung diri (APD)?
8. Bila Ya, berikan contohnya, APD apa saja yang digunakan oleh informan selama ini? Apa alasan menggunakan APD tersebut
9. APD apa saja yang tidak digunakan selama ini, dan apa alasan tidak menggunakannya?
10. Apakah informan merasa tubuhnya rentan terhadap penyakit akibat bekerja di TPS? Bila Ya, sakit apa yang sering dirasakan?
11. Ancaman sakit atau kecelakaan apa yang diyakini oleh informan sebagai ancaman yang serius? Berikan contohnya?

Lampiran 3

Content Analysis

Materi	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6
<b>Pengetahuan Kesehatan</b>	<p>"...saya kalau udah ampe rumah semua badan pegal, pinggang ama punggung pegal..."</p> <p>".....kalau hujan TPS jadi becek dan bau, sering kali gatal di kaki ama tangan, susah nyucinya...ampe malam gatal ....(informan 1).</p>	<p>".....mamih sebelum kerja makan roti dulu biar ga pusing dan sakit kepala....."(informan 2)</p> <p>".....mamih mah pernah sakit mata waktu awal kerja disini, papi juga alamin....tapi ini musiman sih neng...kalau musim panas ajah...(informan 2).</p>	<p>"...biar ga pusing kerja pagi-pagi makan bala-bala dan minum kopi...(informan 3)</p> <p>"...kadang ada bangkai tikus yang keluar bau dari sampah....bikin mual dan sesak napas..."(informan 3)</p>	<p>"...kalau musim hujan neng, disini jadi bau, buat batuk-batuk dan sesak ga bisa napas lega...."(informan 4).</p>	<p>".....kalau pulang semua badan pegal neng, kebanyakan jongkok ama angkut sampah...."(informan 5)</p> <p>".....semua yang kerja disini pasti bakal kena sakit tipes, ini penyakit selalu dialami semua yang kerja disini ....(informan 5)</p>	<p>"....sakit yang sering mah pegal-pegal kaki, pinggang ama punggung, gimana ngga atuh neng...angkut sampah banyak ama jongkok saat milah....(informan 6)</p>
<b>Pengetahuan Keselamatan</b>		<p>"....Mamih pernah lagi kerja milah di atas truk ketimpa sampah yang dilempar dari bawah..." (informan 2)</p> <p>"....Pak Iding pernah kebentur kontainer neng....ampe seminggu ga kerja</p>	<p>"....kalau saya pernah jatuh dari tangga saat angkat sampah ke truk...." (informan 3)</p>	<p>"....makanya makan neng biar ga pusing jadi ga jatuh waktu kerja...(informan 4).</p>	<p>".....saya pernah luka di pantat neng...mau lihat? Jangan atuh....saya waktu itu kepeleset dan jatu di atas tumpukan sampah yang ada kacanya...lama neng sembuhnya, mungkin karena dipantat yah....badan panas dingin" (informan 5)</p>	<p>...."...biar ga pusing makanya makan dulu, pake bala-bala aja juga uda bisa kerja...."</p> <p>"....kadang jatuh karena pusing neng, udah tua karena ga makan dulu...." (informan 6)</p> <p>"....kalau mak pernah luka ditangan</p>

		karena luka dan katanya pusing.....(informan 2)”			”...kalau mau ga celaka, makanya kalau mau kerja baca bismillah...” (informan 5).	karena kena jarum suntik waktu lagi milah, .....” (informan 6).
<b>Pengetahuan APD</b>	<p>”....ooh yang saya pake itu namanya APD...?(informan 1)</p> <p>”.....jangan kasih sarung tanganlah, mending sepatu,...sarung tangannya kaku, susah buat megang, kerjaan jadi lama.....” (informan 1).</p> <p>”...sarung tangan yang dikasih kaku, susah ditekuk jarinya, jadi susah buat pegang sampah, bikin susah saat milah...”(informan 1).</p>	<p>”...apa itu APD neng?...mamih ga pernah tahu tuh...”.</p> <p>”.....kalau lagi angkat berat kan kita perlu tarik napas, kalau pake masker jadi susah rasanya... ga lega ....”(informan 2).</p> <p>”...tapi sepatu booth nya cuma dapat dipake satu setengah bulan setelah itu robek, air sampah disini bikin robek sepatu.....(informan 2).</p>	<p>”...kan tadi saya udah bilang neng, makan pagi sebelum kerja dan hati-hati...” (informan 3).</p> <p>”....Saya menggunakan sepatu booth bekas, abis takut kena beling, kalau luka susah jalan susah kerja...” (informan 3).</p> <p>“...saya mrenggunakan topi biar ga kena sampah aja saat angkut sampah ke truk...takut ketumpahan saat nuang ke truk” (informan 3).</p>	<p>”....kalau saya taunya pake sepatu booth biar ga luka aja....(informan 4)”</p> <p>”...pake topi ama ga pake topi sama aja neng.....kalau ada ya dipake kalo ga ada ya gapapa..”(informan 4)</p>	<p>”..saya mah ga pernah beli, pake sepatu booth kalau dapat mulung aja, kalau ga ya pake sandal aja, kadang ga pake juga...” (informan 5)</p>	<p>”....kalau emak pake sepatu booth juga sarung tangan, abis banyak kaca di sampah....”(informan 6)</p> <p>”.....kalo sepatu booth kadang kita beli nyicil, ada orang yang datang ke TPS, cicilannya 5000 perminggu, lumayan lah neng, jadi tetap bisa kerja....(informan 6)</p>
<b>Persepsi</b>	”...semua	”....kalau buat mamih	”...kalo udah tua mah	”...saya sakit juga	”...ampae sekarang	”...emak pernah

<p><b>terhadap risiko kesehatan dan keselamatan</b></p>	<p><i>sakit yang dialami seperti pegal-pegal dan sakit punggung mah biasa, karena banyak kerja jongkok...” (informan 1)</i></p>	<p><i>sih, semua sakit tersebut juga biasa, yang ditakutin tuh ketusuk tusukan sate atau kena beling aja...” (informan 2)</i></p> <p><i>”...ada kemarin yang meninggal tapi tukang baso, dia ga kerja mulung...” (informan 2)</i></p>	<p><i>biasa neng, cepat capek, pegal, cepat sakit kalo hujan....” (informan 3)</i></p>	<p><i>karena tua aja.....jarang sakit saya....”(informan 4)</i></p>	<p><i>belum ada yang meninggal akibat kerja di TPS ini....” (informan 5)</i></p>	<p><i>ketusuk jarum suntik, tapi gapapa....” (informan 6)</i></p>
---	---	---	--	---	--	---

