



UNIVERSITAS INDONESIA

ANALISIS KESIAPAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA
DI KABUPATEN KONAWE SELATAN
PROVINSI SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2009

MANUSKRIP

OLEH :
ENDANG SUMPENA
NPM : 0706188605

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
Depok, 2009



UNIVERSITAS INDONESIA

ANALISIS KESIAPAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA
DI KABUPATEN KONAWE SELATAN
PROVINSI SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2009

Manuskrip ini telah diperiksa dan disetujui untuk diserahkan ke
Perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
dan Unit Riset Pengabdian Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

OLEH :
ENDANG SUMPENA
NPM : 0706188605

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009

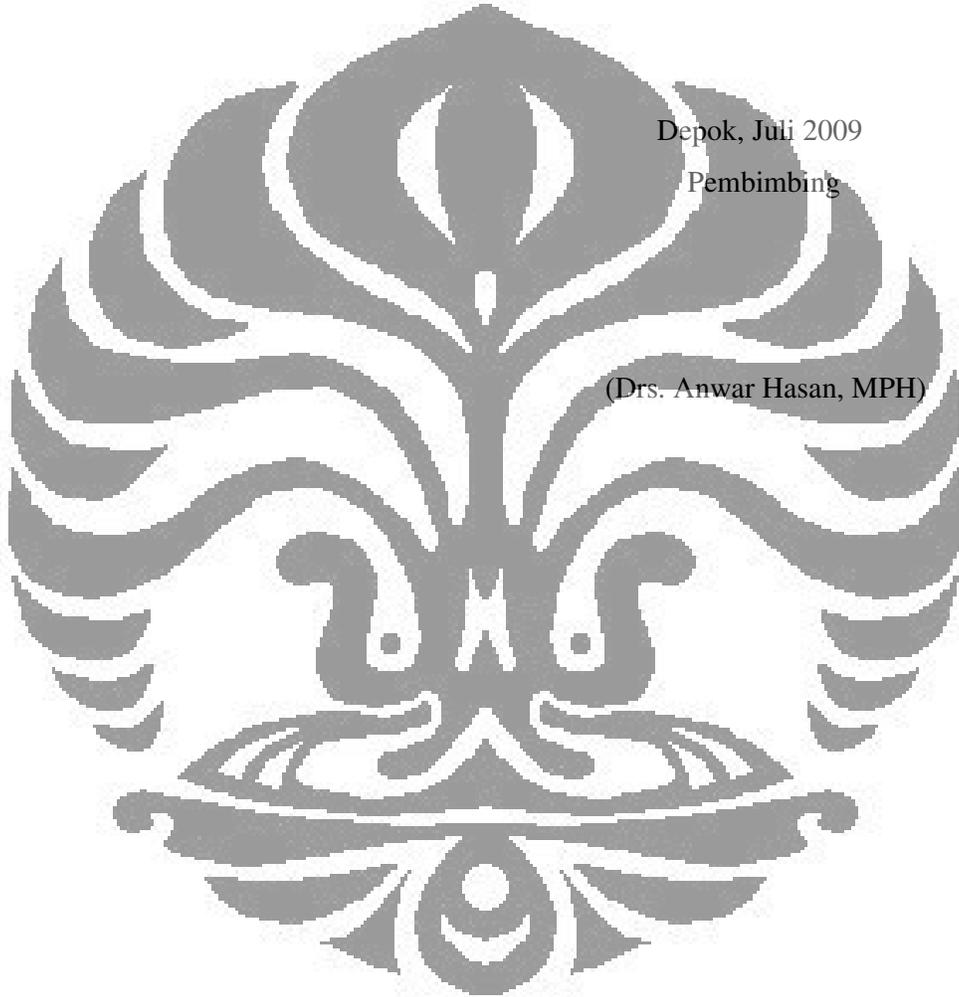
PERNYATAAN PERSETUJUAN

Manuskrip ini telah diperiksa dan disetujui untuk diserahkan ke Perpustakaan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan Unit Riset Pengabdian
Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, Juli 2009

Pembimbing

(Drs. Anwar Hasan, MPH)



ABSTRAK

Nama : Endang Sumpena
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Kesiapan Pengembangan Desa Siaga Di
Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara
Tahun 2009

Desa siaga merupakan salah satu program yang digulirkan Depkes. Komponen kesiapan menjadi salah satu faktor penting terhadap terlaksananya program desa siaga. Penelitian ini bertujuan mengetahui kesiapan pengembangan desa siaga di Kabupaten Konawe Selatan, dengan menggunakan desain kualitatif untuk mengetahui informasi keberadaan komponen pengembangan desa siaga. Pengumpulan data dilakukan dengan metode diskusi kelompok terarah dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari Sembilan variabel yang harus dimiliki dalam pengembangan desa siaga, baru empat variabel yang sudah dimiliki. Kesimpulannya secara umum Kabupaten Konawe Selatan belum siap untuk pengembangan desa siaga. Dinkes Kabupaten diharapkan mampu meningkatkan pengadaan sarana prasarana Poskesdes yang sudah berjalan baik dan meningkatkan kemitraan dengan pemerintah kecamatan dan desa.

Kata kunci: Desa siaga, kesiapan

ABSTRACT

Name : Endang Sumpena
Program of Study : Health Public Service
Title : Analysis of Readiness in Village Alert Development at
South Konawe District of South East Sulawesi 2009

Village alert was one program that published by Health Departement. The readiness component be an important factor to implementate village alert programs. The objective of this study was to identify "the readiness in village alert development at South Konawe district", which used a qualitative method to get more information about availability of components of village alert development. Data collected with focus group discussion and in depth interview. The findings of this study showed that the village in South Konawe just have four variables from nine variables that must be available. The conclusion was South Konawe district have not been ready for village alert development. It is recommended for Health Departement to improve Poskesdes facilities that have been going on and to improve collaboration with village and sub district government.

Key words: Village alert, readiness

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal tesis ini yang berjudul “Analisis Kesiapan Dalam Pengembangan Desa Siaga Di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara”. Proposal ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Proposal ini tidak akan terwujud tanpa bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak yang telah banyak mendukung penulis. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada:

1. Drs. Bambang Wispriyono, Apt., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Dr. drg. Ella Nurlaella Hadi, M.Kes, selaku Ketua Departemen PKIP Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang senantiasa memberikan motivasi selama proses pembelajaran.
3. Drs. Anwar Hassan, MPH, sebagai pembimbing yang dengan ketulusan beliau telah berkenan meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis.
4. Seluruh Dosen dan Staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
5. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia angkatan 2007 atas kerjasama dan kekompakannya selama mengikuti pendidikan di FKM UI.

6. Seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan perhatian dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan perkuliahan dengan baik.

Kiranya Allah SWT senantiasa memberi limpahan rahmat yang tidak pernah putus atas segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari bahwa proposal ini masih jauh dari sempurna, maka dengan tangan terbuka penulis mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun demi perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga penelitian ini dapat menjadi bagian dari perkembangan profesi promosi kesehatan masyarakat. Amin.

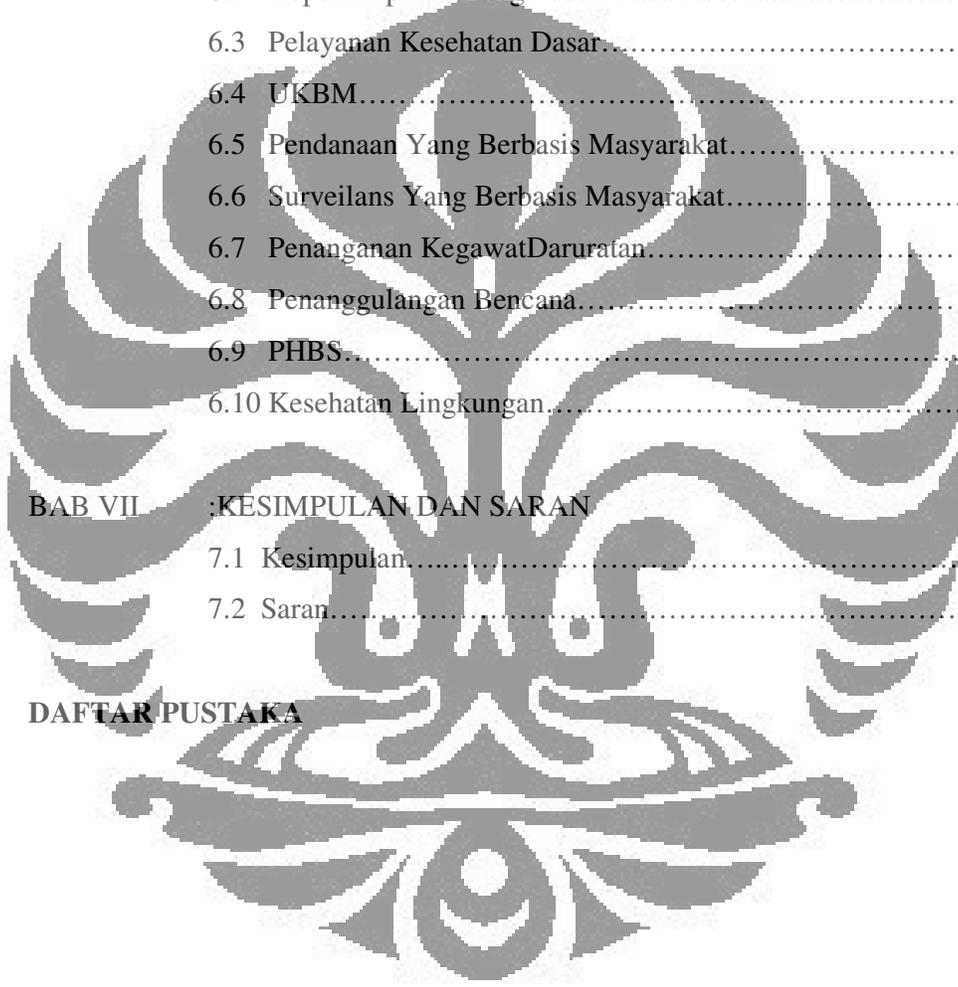
Depok, Juli 2009

Penulis

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB I : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Desa Siaga	
2.1.1 Pengertian Desa Siaga.....	9
2.1.2 Tujuan Desa Siaga.....	10
2.1.3 Kriteria Desa Siaga.....	11
2.1.4 Tingkatan Desa Siaga.....	11
2.1.5 Pengembangan Desa Siaga.....	13

2.2 Konsep Kesiapan.....	17
2.2.1 Penanganan Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Bencana.....	18
2.2.2 PHBS.....	18
2.2.3 Kesehatan Lingkungan.....	20
2.2.4 Sistem Pendanaan.....	21
2.2.5 UKBM.....	22
2.2.6 Surveilans.....	28
2.2.7 Sumber Daya Kesehatan.....	29
2.3 Konsep Masyarakat.....	32
2.4 Peran Serta Masyarakat.....	34
2.5 Teori Sistem.....	40
2.6 Kerangka Teori.....	43
BAB III : KERANGKA KONSEP	
3.1 Kerangka Konsep.....	44
3.2 Definisi Istilah.....	44
BAB IV : METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	49
4.2 Lokasi Penelitian.....	49
4.3 Waktu Penelitian.....	49
4.4 Informan Penelitian.....	50
4.5 Alat Pengumpul Data.....	56
4.6 Prosedur Penelitian.....	56
4.7 Analisis Data.....	57
BAB V : HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum Lokasi penelitian.....	58
5.2 Gambaran Informan.....	73
5.3 Distribusi Informan.....	75
5.4 Hasil Penelitian.....	76



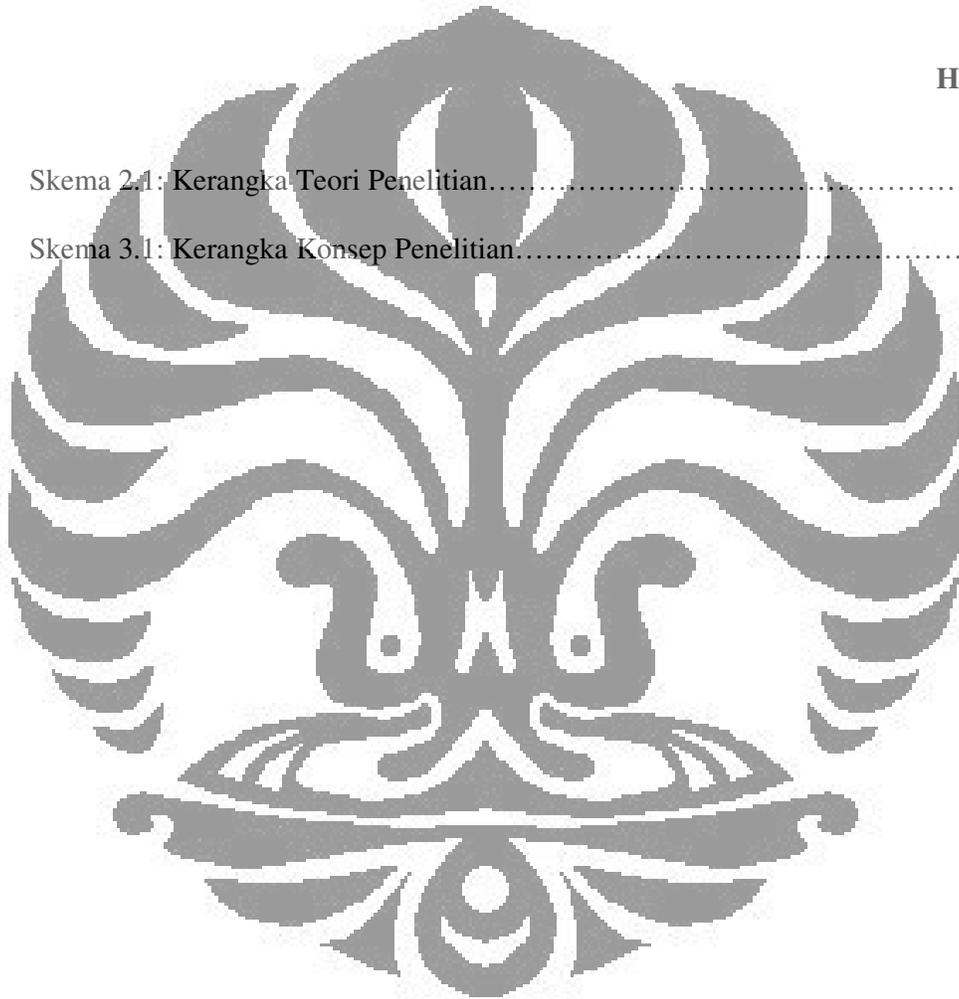
BAB VI	: PEMBAHASAN	
6.1	Keterbatasan Penelitian.....	101
6.2	Kepemimpinan Yang Peduli Pada Kesehatan.....	
6.3	Pelayanan Kesehatan Dasar.....	
6.4	UKBM.....	
6.5	Pendanaan Yang Berbasis Masyarakat.....	
6.6	Surveilans Yang Berbasis Masyarakat.....	
6.7	Penanganan KegawatDaruratan.....	
6.8	Penanggulangan Bencana.....	
6.9	PHBS.....	
6.10	Kesehatan Lingkungan.....	
BAB VII	:KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Kesimpulan.....	117
7.2	Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1: Pemilihan Informan Berdasarkan Prinsip Kesesuaian.....	50
Tabel 4.2: Pertanyaan, Variabel, Sumber Informasi, dan Tehnik Pengambilan Data	52
Tabel 4.3: Daftar Informan dan Jenis Informasi Variabel Kesiapan Masyarakat	55
Tabel 4.4: Triangulasi Sumber dan Triangulasi Metode Penelitian.....	57
Tabel 5.1: Luas Wilayah Kabupaten Konawe Selatan Menurut Kecamatan Tahun 2007.....	60
Tabel 5.2: Persebaran Penduduk Kabupaten Konawe Selatan Menurut Kecamatan Tahun 2008.....	61
Tabel 5.3: Karakteristik Desa.....	73
Tabel 5.4: Karakteristik Informan FGD Masyarakat.....	74
Tabel 5.4: Karakteristik Informan Wawancara Mendalam.....	75
Tabel 5.5: Kesiapan Desa terhadap variabel Pengembangan desa Siaga.....	116

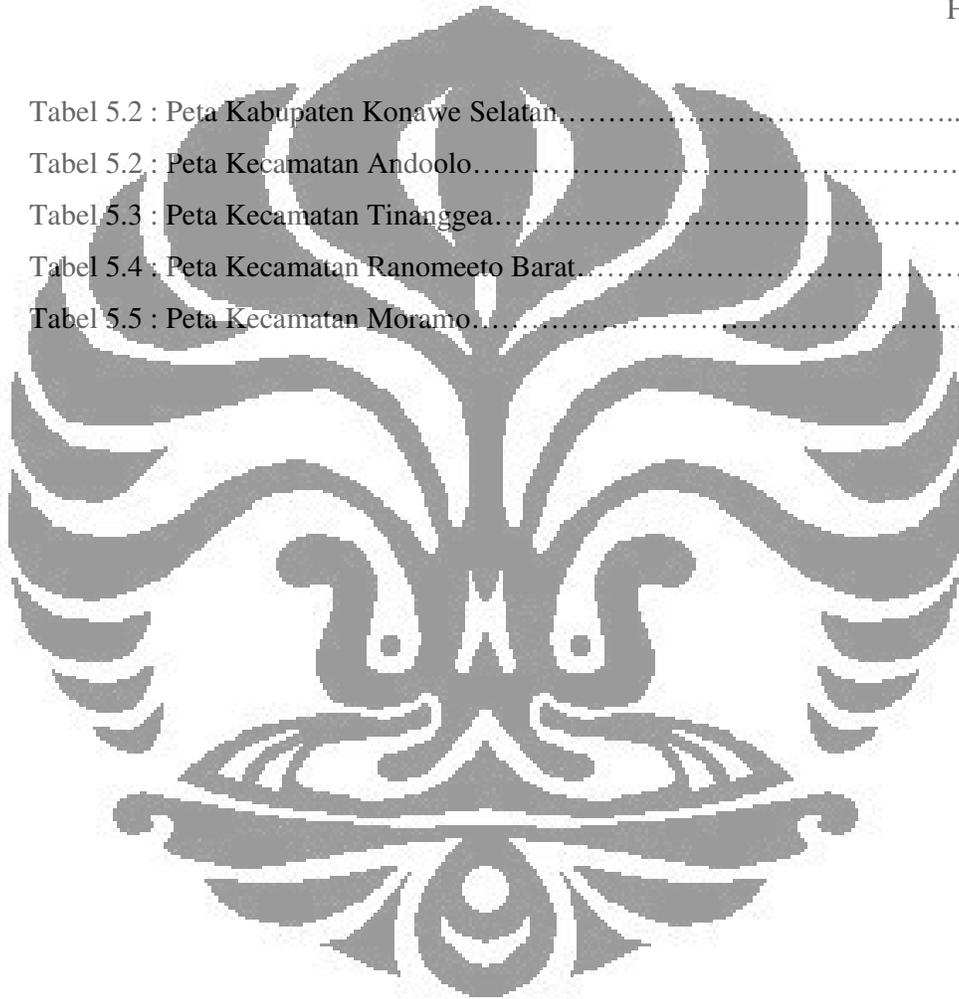
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1: Kerangka Teori Penelitian.....	43
Skema 3.1: Kerangka Konsep Penelitian.....	44

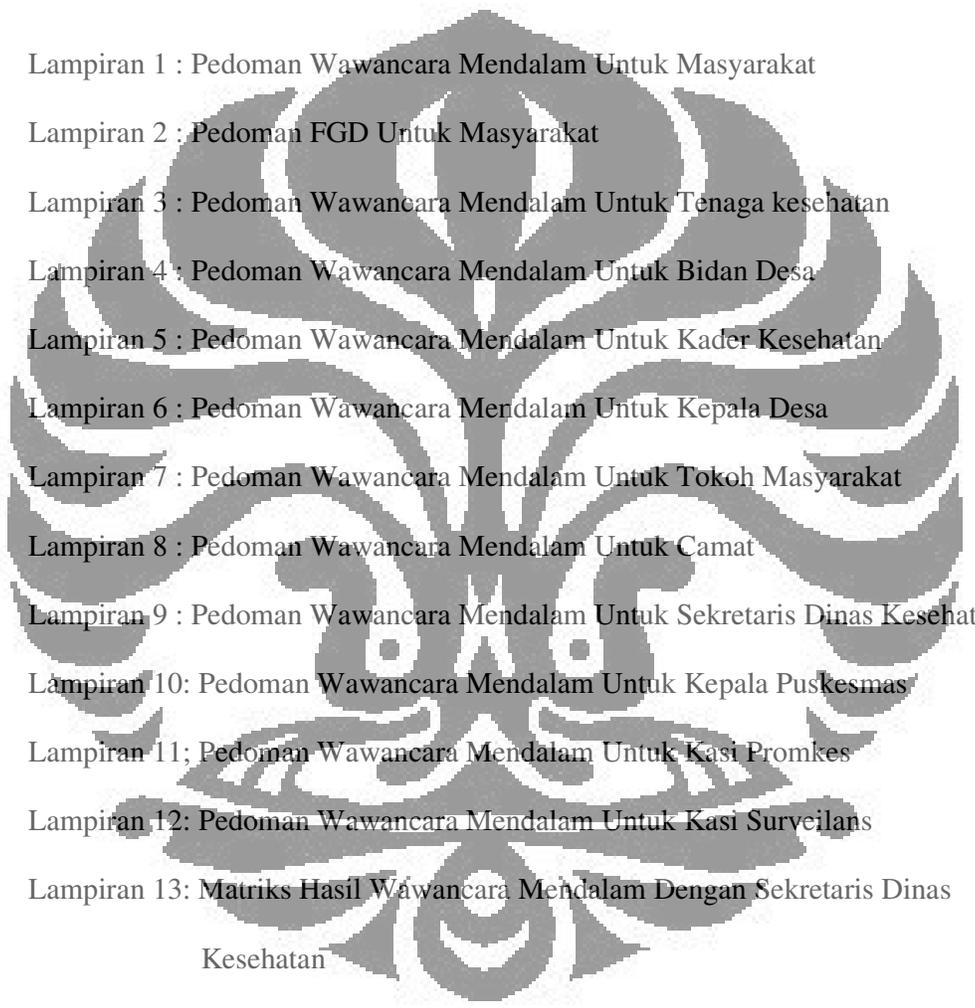


DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Tabel 5.2 : Peta Kabupaten Konawe Selatan.....	59
Tabel 5.2 : Peta Kecamatan Andoolo.....	63
Tabel 5.3 : Peta Kecamatan Tinanggea.....	66
Tabel 5.4 : Peta Kecamatan Ranomeeto Barat.....	69
Tabel 5.5 : Peta Kecamatan Moramo.....	71



DAFTAR LAMPIRAN

- 
- Lampiran 1 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Masyarakat
- Lampiran 2 : Pedoman FGD Untuk Masyarakat
- Lampiran 3 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Tenaga kesehatan
- Lampiran 4 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Bidan Desa
- Lampiran 5 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kader Kesehatan
- Lampiran 6 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kepala Desa
- Lampiran 7 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Tokoh Masyarakat
- Lampiran 8 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Camat
- Lampiran 9 : Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Sekretaris Dinas Kesehatan
- Lampiran 10: Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kepala Puskesmas
- Lampiran 11: Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kasi Promkes
- Lampiran 12: Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kasi Surveilans
- Lampiran 13: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Sekretaris Dinas Kesehatan
- Lampiran 14: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Kasi surveilans
- Lampiran 15: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Kasi Promkes
- Lampiran 16: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Camat
- Lampiran 17: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Tokoh Masyarakat
- Lampiran 18: Matriks Hasil FGD Dengan Masyarakat

Lampiran 19: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Kepala Puskesmas

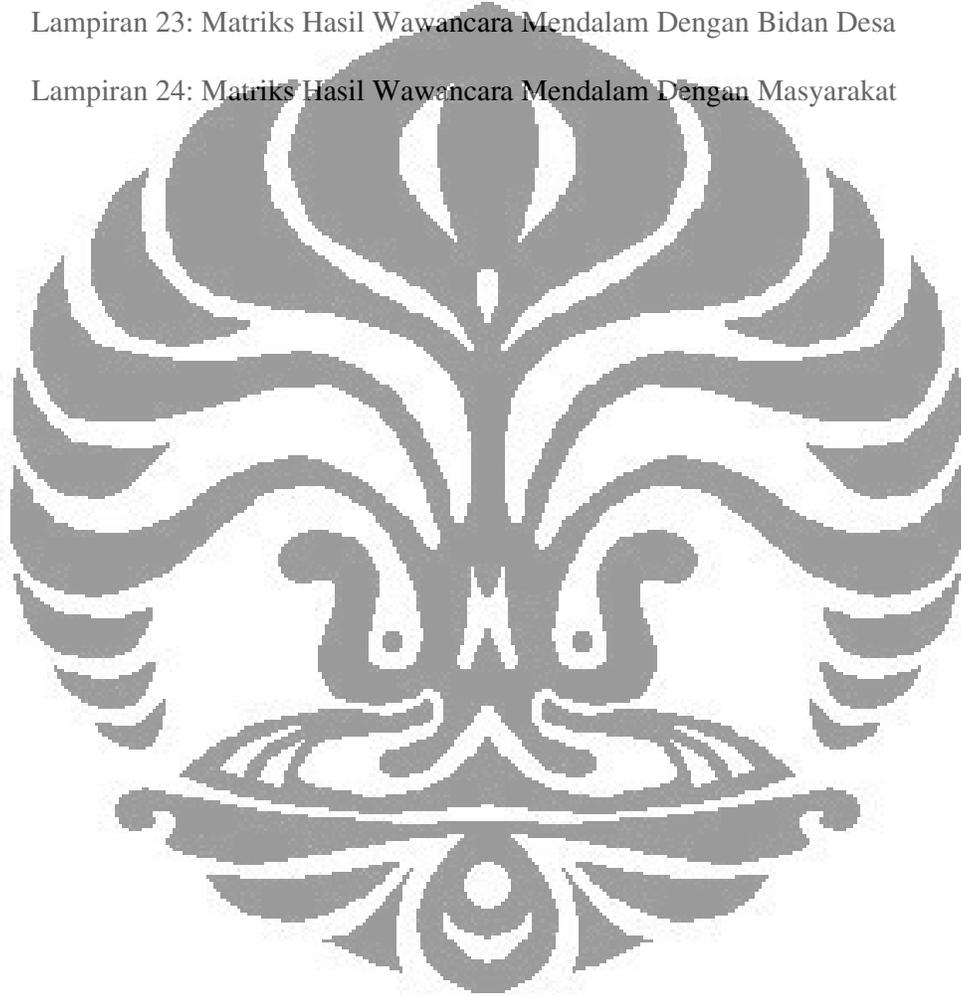
Lampiran 20: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Tenaga Kesehatan

Lampiran 21: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Kader Kesehatan

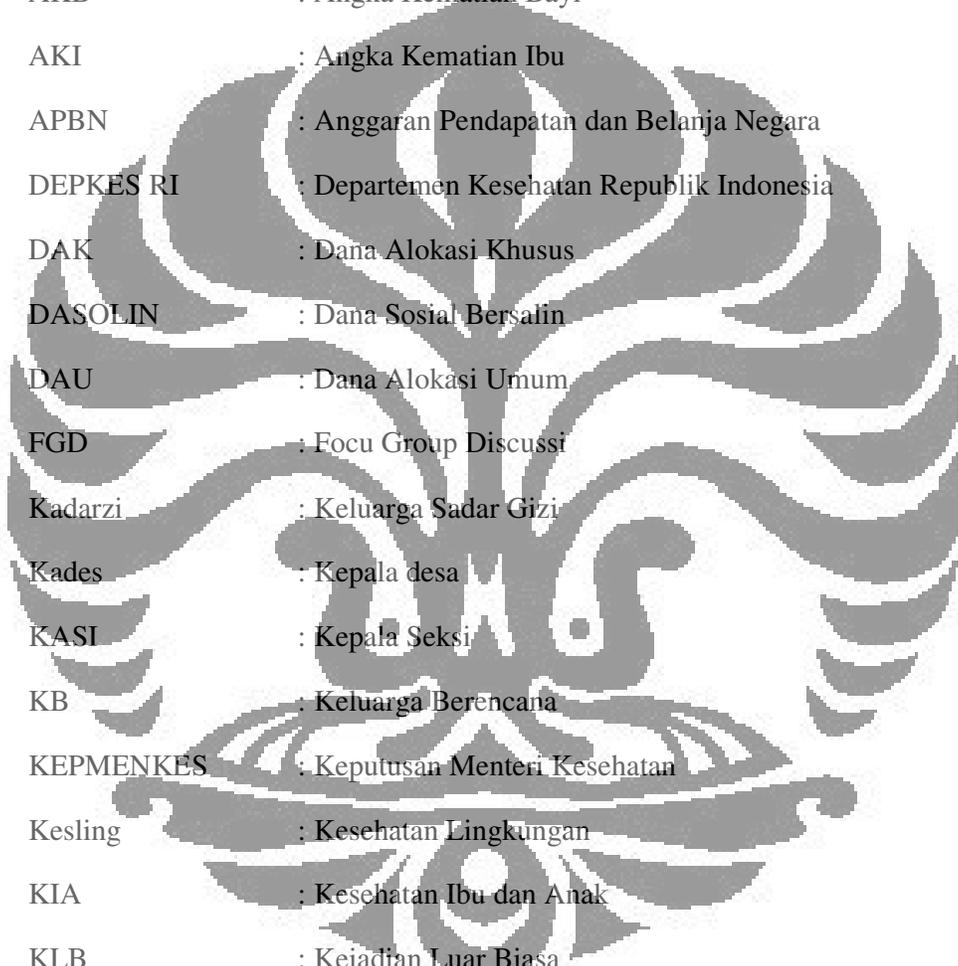
Lampiran 22: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Kepala Desa

Lampiran 23: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Bidan Desa

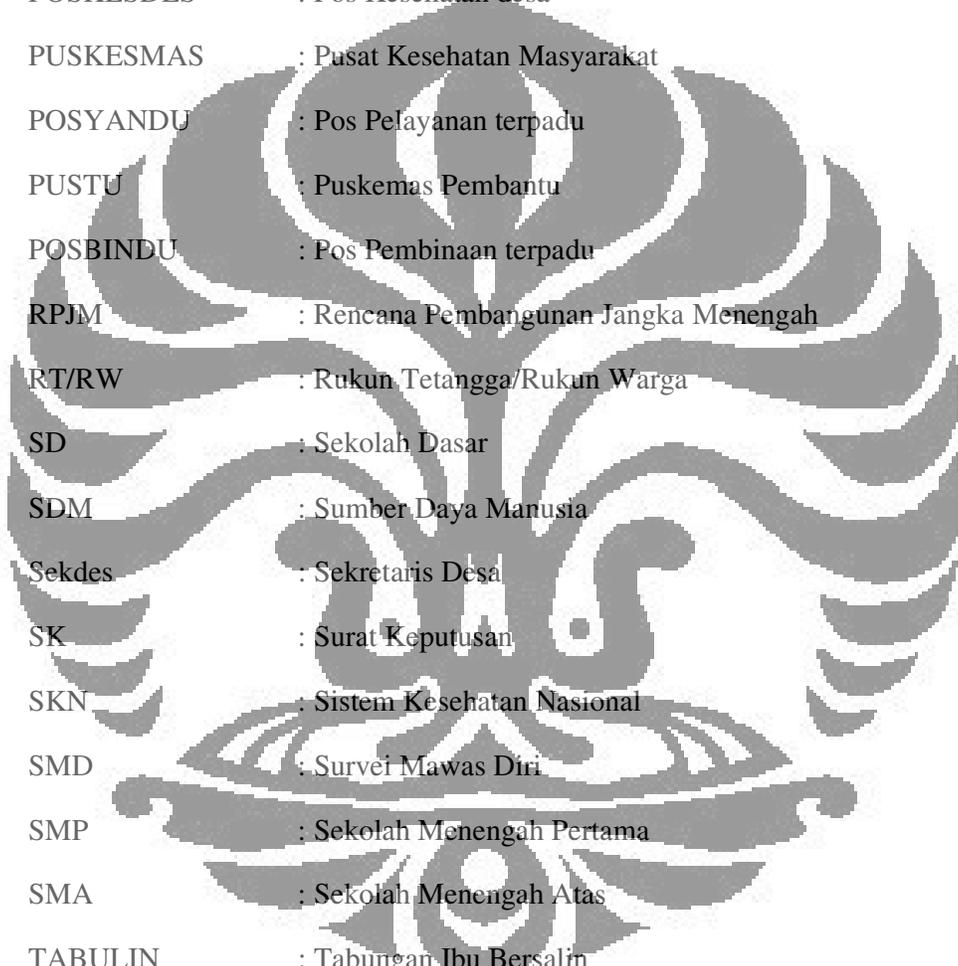
Lampiran 24: Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Masyarakat



DAFTAR SINGKATAN



AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DASOLIN	: Dana Sosial Bersalin
DAU	: Dana Alokasi Umum
FGD	: Focu Group Discussi
Kadarzi	: Keluarga Sadar Gizi
Kades	: Kepala desa
KASI	: Kepala Seksi
KB	: Keluarga Berencana
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
Kesling	: Kesehatan Lingkungan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KLB	: Kejadian Luar Biasa
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MENKES	: Menteri Kesehatan
MMD	: Musyawarah Masyarakat Desa
PAGU	: Penetapan Anggaran Umu
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan



PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
POLINDES	: Pondok Bersali Desa
POSKESDES	: Pos Kesehatan desa
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
POSYANDU	: Pos Pelayanan terpadu
PUSTU	: Puskemas Pembantu
POSBINDU	: Pos Pembinaan terpadu
RPJM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RT/RW	: Rukun Tetangga/Rukun Warga
SD	: Sekolah Dasar
SDM	: Sumber Daya Manusia
Sekdes	: Sekretaris Desa
SK	: Surat Keputusan
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SMD	: Survei Mawas Diri
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
TABULIN	: Tabungan Ibu Bersalin
TOGA	: Tokoh Agama
TOMA	: Tokoh Masyarakat
UHH	: Umur Harapan Hidup
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kebijakan Indonesia Sehat 2010 menetapkan tiga pilar utama yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan bermutu adil dan merata. Untuk mendukung pencapaian visi Indonesia Sehat 2010, telah ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 13/Menkes/SK/II/2004 dan salah satu subsistem dari SKN adalah Subsistem Pemberdayaan Masyarakat (Dinkes Pemprop Sulsel, 2006).

Visi, misi dan nilai-nilai Departemen Kesehatan dalam rangka mencapai visi pembangunan kesehatan diwujudkan dalam nilai yang berpihak kepada rakyat, bertindak cepat dan tepat, melakukan kerjasama tim, mempertahankan integritas yang tinggi, serta adanya transparansi dan akuntabilitas. Melalui nilai tersebut akan dicapai misi untuk membuat rakyat sehat dan visi untuk mencapai masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat, dengan demikian akan tercapai visi pembangunan kesehatan yaitu Indonesia sehat 2010 (Suparmanto, S.A., 2006).

Dalam tatanan otonomi daerah, visi Indonesia Sehat 2010 akan terwujud apabila telah tercapai secara keseluruhan kabupaten/ kota sehat. Oleh karena itu, selain harus dikembangkan sistem kesehatan kabupaten/ kota yang merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional, harus ditetapkan pula kegiatan minimal yang harus dilaksanakan oleh kabupaten/ kota sesuai yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Minimal Promosi Kesehatan (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/ Kota. Standar Pelayanan Minimal Promosi Kesehatan yang merupakan acuan kabupaten/ kota adalah Rumah Tangga Sehat (65%), ASI Eksklusif (80%), Desa dengan garam beryodium (90%), dan Posyandu Paripurna (40%) (Dinkes Pemprop Sulsel, 2006). Kabupaten/ kota sehat ini akan tercapai secara keseluruhan jika telah tercapai kecamatan sehat yang didasari oleh tercapainya desa sehat.

Dalam Peraturan Presiden No.7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM-N), telah ditetapkan sasaran pembangunan kesehatan sampai tahun 2009 yaitu diharapkan Umur Harapan Hidup (UHH) dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun, Angka Kematian Bayi (AKB) dari 35 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Ibu (AKI) dari 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup, dan Gizi Kurang Anak Balita dari 25,8% menjadi 20%. Keempat sasaran yang ditetapkan berkaitan dengan kesepakatan global, yaitu dalam upaya pencapaian MDGs, dimana pada tahun 2015 (MDGs), diharapkan Angka Kematian Bayi dapat diturunkan menjadi 15 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu dapat diturunkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup.

Daya dorong (*driving forces*) untuk pencapaian sasaran pembangunan kesehatan tahun 2009 tersebut salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan ibu dan anak lebih ditingkatkan, serta semua desa telah memiliki desa siaga. Dalam setiap desa siaga ini terdapat Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang dilengkapi dengan sarana dan biaya operasional yang memadai.

Departemen Kesehatan telah menggulirkan program desa siaga. Program ini diluncurkan karena program Visi Indonesia Sehat 2010 terancam tak bisa tercapai tepat waktu. Desa siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan mencegah serta mengatasi masalah-masalah kesehatan. Program desa siaga bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, meningkatkan kemampuan dan kemauan masyarakat desa menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan, serta meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa, sehingga masyarakat dapat mengetahui berbagai risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, seperti bencana dan wabah penyakit. Program desa siaga ini juga diharapkan dapat meningkatkan kesehatan lingkungan desa.

Desa Siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan (bencana dan kegawatdaruratan kesehatan) secara mandiri. Pengembangan desa Siaga dilaksanakan dengan pendekatan penggerakan dan pengorganisasian masyarakat agar kelestariannya lebih terjamin. Dengan demikian, peran promosi kesehatan sangat besar. Selain itu, berbagai pihak yang bertanggung jawab untuk pengembangan desa siaga (*stakeholders*) mempunyai peran yang besar dalam menentukan keberhasilan pengembangan Desa Siaga.

Persyaratan yang harus dipenuhi untuk membentuk sebuah desa siaga adalah dengan memiliki pelayanan kesehatan dasar seperti pos kesehatan desa atau puskesmas pembantu. Selain itu, harus dilengkapi berbagai unit kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) sesuai kebutuhan masyarakat setempat, seperti posyandu, polindes, pos-obat desa, dan lain-lain. Poskesdes sebagai bentuk upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat melaksanakan kegiatan-kegiatan minimal dan kegiatan-kegiatan lainnya sebagai bentuk kegiatan pengembangan, yang memegang peranan penting dalam menentukan keberhasilan pengembangan desa siaga untuk mencapai desa sehat dan pencapaian Indonesia sehat 2010.

Menurut Pramudho, K. (2006) kriteria pengembangan suatu desa menjadi desa siaga, jika: Memiliki pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas atau puskesmas pembantu; Memiliki berbagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) sesuai kebutuhan masyarakat setempat; Memiliki sistem surveilans yang berbasis masyarakat; Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat-daruratan dan bencana berbasis masyarakat; Masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat; Memiliki lingkungan yang sehat. Selain itu kepemimpinan di masyarakat yang peduli terhadap kesehatan merupakan salah satu komponen yang harus dimiliki dalam pengembangan desa siaga.

Departemen Kesehatan telah menargetkan pada tahun 2006 akan membentuk 12.000 desa menjadi desa siaga, dan pada akhir tahun 2008 ditargetkan

seluruh desa di Indonesia telah menjadi desa siaga. Tetapi target Departemen Kesehatan tersebut belum bisa terpenuhi, hal ini dapat di lihat dari presentase pembentukan desa siaga yang sampai awal tahun 2009 baru sekitar 50%. Kenyataan ini diperkuat oleh pernyataan Menteri Kesehatan pada Hari Kesehatan Nasional (HKN) tahun 2008 yang kembali menyatakan bahwa pada tahun 2009 seluruh desa telah menjadi desa siaga, hal ini berarti menunjukkan tidak tercapainya target Departemen Kesehatan bahwa tahun 2008 seluruh desa telah menjadi desa siaga.

Program Desa Siaga merupakan program nasional yang harus didukung oleh seluruh daerah di Indonesia. Kabupaten Konawe Selatan sebagai salah satu kabupaten di provinsi Sulawesi Tenggara merupakan salah satu target Departemen Kesehatan yang harus menjadikan seluruh desanya menjadi desa siaga.

Kabupaten Konawe Selatan dengan ibukotanya Andoolo, secara geografis terletak di bagian Selatan Khatulistiwa. Luas wilayah daratan Kabupaten Konawe Selatan 451.421 ha atau 11,83 % dari luas wilayah daratan Kabupaten Konawe Selatan, sedangkan luas wilayah perairan (laut) \pm 11.960 km² (termasuk perairan Kabupaten Konawe). Secara administratif, pemerintahan Kabupaten Konawe Selatan terbagi menjadi 11 kecamatan dengan 299 desa/ kelurahan dan diantaranya terdapat 66 desa yang tergolong desa terpencil. Kecamatan Laonti dari keseluruhan desanya tergolong desa terpencil dan dapat ditempuh melalui laut, menyusul kecamatan Kolono terdapat 9 desa yang tergolong desa terpencil.

Peluang pembentukan dan keberhasilan program desa siaga harus didukung oleh berbagai pihak yaitu *stakeholders* dalam hal ini meliputi unsur pemerintah, tokoh masyarakat, masyarakat, serta semua pihak yang berkepentingan terhadap program desa siaga ini, dengan demikian perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait kesiapan dalam pengembangan desa siaga di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara.

1.2 Rumusan Masalah

Kabupaten Konawe Selatan sebagai salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan sasaran program Departemen Kesehatan yang mengharuskan seluruh desanya menjadi desa siaga pada tahun 2009. Kabupaten Konawe Selatan mempunyai 299 desa/kelurahan tetapi sampai awal tahun 2009 baru 30 desa atau 10% yang menjadi desa siaga. Rendahnya cakupan pengembangan desa siaga menjadi salah satu permasalahan dalam menyukseskan program desa siaga di Kabupaten Konawe Selatan. Faktor kesiapan bisa jadi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya cakupan pengembangan desa siaga, sehingga perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui gambaran kesiapan dalam pengembangan desa siaga.

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka dilakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana kesiapan pengembangan desa siaga di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara.

1.3 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana kesiapan pengembangan desa siaga di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara.

1.4.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan Khusus penelitian ini adalah:

1. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan kepemimpinan di masyarakat yang peduli terhadap kesehatan
2. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan pendanaan yang berbasis masyarakat
3. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan pelayanan kesehatan dasar di masyarakat
4. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan UKBM di masyarakat

5. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat
6. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan penanggulangan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat
7. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan penanganan bencana yang berbasis masyarakat
8. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan penerapan PHBS di masyarakat
9. Diperolehnya gambaran tentang keberadaan kesehatan lingkungan di masyarakat

1.4 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten

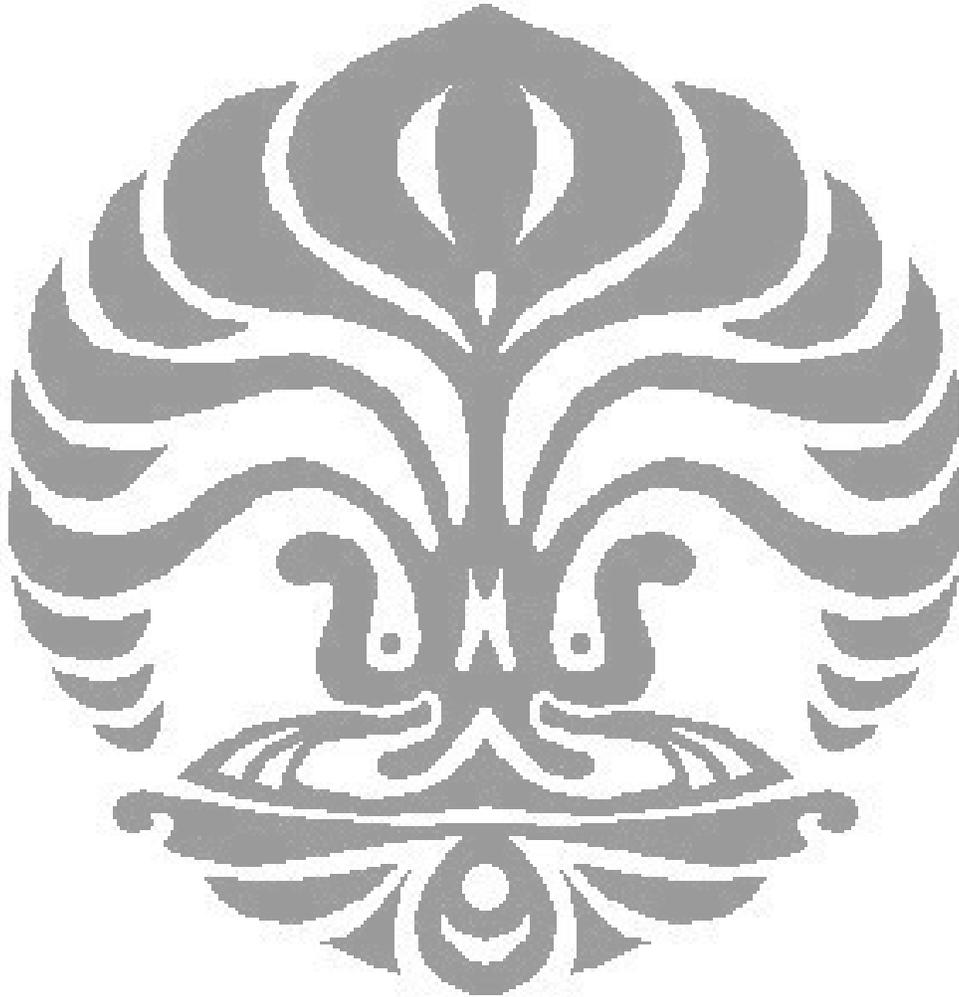
Memberikan gambaran dan masukan kepada Instansi Dinas Kesehatan Kabupaten untuk meningkatkan perannya mendukung kesiapan sumber daya, penyediaan sarana prasarana, dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan oleh masyarakat secara mandiri, melalui pemberdayaan masyarakat serta menggunakan secara optimal sumberdaya-sumberdaya yang ada di masyarakat.

1.5.2 Manfaat bagi Pemerintah kabupaten

Memberikan masukan kepada pemerintah dan penentu kebijakan lainnya untuk mendukung pengembangan desa siaga melalui pendekatan penggerakan dan pengorganisasian masyarakat, serta penetapan kebijakan yang menguntungkan bagi pengembangan program desa siaga baik dukungan dana maupun dukungan politis.

1.5.3 Manfaat bagi peneliti

Menambah pengetahuan, wawasan, dan meningkatkan kemampuan diri dalam menganalisa masalah-masalah kesehatan dan program yang mendukung khususnya terkait dengan pengembangan desa siaga dan poskesdes.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Desa Siaga

2.1.1 Pengertian Desa Siaga

Desa siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan (bencana dan kegawatdaruratan) secara mandiri (Suparmanto, S.A., 2006). Pengertian desa siaga mencakup konsep mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, mensiapsiagakan masyarakat menghadapi ancaman dan masalah kesehatan, mengembangkan surveilans dan sistem informasi kesehatan yang berbasis masyarakat, serta menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat (Depkes, 2006). Berdasarkan KEPMENKES No. 564/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, desa siaga merupakan basis bagi Indonesia Sehat (Depkes R.I, 2008).

Sehubungan dengan pengertian tersebut, maka ciri-ciri desa siaga adalah:

- a. Memiliki pemimpin atau tokoh masyarakat yang peduli kepada kesehatan
- b. Memiliki organisasi kemasyarakatan yang peduli kepada kesehatan masyarakat desa
- c. Memiliki berbagai upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM)
- d. Memiliki poskesdes yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan dasar
- e. Memiliki sistem surveilans (penyakit, gizi, kesling, dan PHBS) yang berbasis masyarakat
- f. Memiliki sistem pelayanan kegawatdaruratan (*safe community*) yang berfungsi dengan baik
- g. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat (mandiri dalam pembiayaan kesehatan seperti adanya Tabulin, Dasolin, Dana Sehat, Dana Sosial Keagamaan, dan lain-lain)

h. Masyarakat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

2.1.2 Tujuan Desa Siaga

Menurut Suparmanto, S.A. (2006), pembentukan desa siaga mempunyai tujuan umum (jangka panjang) dan tujuan khusus (tujuan jangka pendek). Adapun tujuan pembentukan desa siaga adalah sebagai berikut:

2.1.2.1 Tujuan Umum

Terwujudnya desa dengan masyarakat yang sehat, peduli dan tanggap terhadap masalah-masalah kesehatan (bencana dan kegawatdaruratan kesehatan) didesanya.

2.1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan dan melaksanakan PHBS.
- 2) Meningkatkan kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan
- 3) Meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah penyakit, dan sebagainya)
- 4) Meningkatkan kesehatan lingkungan di desa.

2.1.3 Kriteria Desa Siaga

Perwujudan sebuah desa untuk menjadi desa siaga memiliki satu kriteria yang harus dipenuhi yaitu adanya minimal satu Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau puskesmas pembantu, dengan sumber daya minimal satu orang bidan dan dua orang kader. Poskesdes juga harus memiliki bangunan fisik yang didukung dengan perlengkapan dan peralatan, serta ditunjang dengan alat komunikasi ke masyarakat dan ke puskesmas. Selain itu, harus dilengkapi berbagai unit kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) sesuai kebutuhan masyarakat setempat, seperti posyandu (Bambang, 2006 dalam Siswono, 2006).

2.1.4 Tingkatan Desa Siaga

Menurut Pramudho, K. (2006 dalam Isdiany, 2006) menjelaskan hal-hal yang menjadi kriteria pengembangan suatu desa menjadi desa siaga, jika:

- a. Memiliki pelayanan kesehatan dasar, seperti puskesmas atau puskesmas pembantu, namun bagi desa yang belum memiliki akses puskesmas/ puskesmas pembantu, maka dikembangkan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).
- b. Memiliki berbagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) sesuai kebutuhan masyarakat setempat, seperti Pos Pelayanan Terpadu (posyandu), Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Klinik Desa/ Balai Pengobatan Desa dan lain-lain.
- c. Memiliki sistem surveilans yang berbasis masyarakat untuk memantau kejadian penyakit yang muncul di masyarakat desa dan tanggap terhadap faktor-faktor risiko yang berpotensi munculnya suatu penyakit atau menyebarnya suatu penyakit di desa tersebut, sehingga dengan cepat dan tepat dapat ditanggulangi secara mandiri.
- d. Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat-daruratan dan bencana berbasis masyarakat. Kemampuan ini perlu dukungan dan pemerintah daerah setempat, lintas sektor terkait atau pelayanan kesehatan terdekat seperti rumah sakit setempat.
- e. Masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Sasaran PHBS ini mulai dari balita, remaja, ibu hamil, ibu menyusui, pasangan usia subur, sampai dengan usia lanjut.
- f. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat. Pengumpulan dana dapat berupa iuran, sumbangan, jimpitan, arisan, penyisihan hasil usaha, dana sosial keagamaan (zakat, infaq, shodaqoh, wasiat, hibah, waris, dan lain-lain).
- g. Memiliki lingkungan yang sehat.

Disebutkan pula ada 4 tingkatan desa siaga, yaitu:

- 1) Desa Siaga Pratama, jika desa telah memenuhi kriteria point a, b (Yankes dasar dan UKBM),
- 2) Desa Siaga Madya, jika desa telah memenuhi kriteria point a, b, c (Yankes dasar, UKBM, surveilans),
- 3) Desa Siaga Purnama, jika desa telah memenuhi kriteria point a, b, c, d, e (Yankes dasar, UKBM, surveilans, kesiagaan, PHBS),
- 4) Desa Siaga Mandiri, jika desa telah memenuhi seluruh kriteria (Yankes dasar, UKBM, surveilans, kesiagaan, PHBS, pembiayaan, lingkungan).

2.1.5 Pengembangan Desa Siaga

2.1.5.1 Sasaran

Pengembangan desa siaga dilakukan dengan sasaran sebagai berikut:

- 1) Semua individu dan keluarga di desa yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
- 2) Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perilaku individu dan keluarga di desa atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut yaitu tokoh-tokoh pemerintah/ masyarakat/ agama/ perempuan/ pemuda, PKK, karang taruna, media massa dan sebagainya.
- 3) Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain, yaitu kepala desa, camat, pejabat pemerintah lainnya, dunia usaha, donator dan *stakeholders* lain.

2.1.5.2 Langkah Pengembangan Desa Siaga

Strategi utama (*grand strategy*) dalam pengembangan desa siaga adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup

sehat (Dirjen Binkesmas, 2006, dalam Rafei, 2007), sehingga seluruh keluarga sadar gizi serta melakukan PHBS, dan pada tahun 2008 seluruh desa menjadi desa siaga. Menurut Suparmanto, S.A. (2006) bahwa pengembangan desa siaga meliputi langkah persiapan, pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi.

1) Persiapan yang dilakukan meliputi:

- a) Tingkat pusat: melakukan penyusunan pedoman dan juknis; pembuatan modul pelatihan; dan pelatihan pelatih (bagi tenaga propinsi).
- b) Tingkat propinsi: melakukan pelatihan pelatih (bagi tenaga kabupaten/ kota).
- c) Tingkat kabupaten/ kota: melakukan pelatihan tenaga kesehatan dan kader.

2) Pelaksanaan kegiatan dilakukan dari tingkat pusat sampai tingkat kecamatan, yaitu:

- a) Tingkat pusat: melakukan penyediaan dana dan dukungan sumber daya lain.
- b) Tingkat propinsi: melakukan penyediaan dana dan dukungan sumber daya lain.
- c) Tingkat kabupaten/ kota: melakukan penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lain, serta menyiapkan puskesmas dan rumah sakit untuk penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.
- d) Tingkat kecamatan: melakukan pengembangan dan pembinaan desa siaga.

3) Pemantauan dan evaluasi pengembangan desa siaga sebagai berikut:

- a) Tingkat pusat: melakukan pemantauan dan mengevaluasi.
- b) Tingkat propinsi: melakukan pemantauan dan melaporkan perkembangan ke pusat.
- c) Tingkat kabupaten/ kota: melakukan pemantauan dan melaporkan perkembangan ke propinsi.

- d) Tingkat kecamatan: melakukan pemantauan wilayah setempat dan melaporkan perkembangan ke kabupaten/ kota.

2.1.5.3 Indikator Keberhasilan Desa Siaga

Indikator keberhasilan pengembangan desa siaga dapat diukur dari indikator masukan, indikator proses, indikator keluaran, dan indikator dampak (Suparmanto, S.A. 2006).

- 1) Indikator masukan (*input*)
 - a) Ada/ tidaknya forum masyarakat desa
 - b) Ada/ tidaknya poskesdes dan sarananya
 - c) Ada/ tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan)
 - d) Ada/ tidaknya UKBM lain
- 2) Indikator proses (*process*)
 - a) Frekuensi pertemuan forum masyarakat desa
 - b) Berfungsi/ tidaknya poskesdes
 - c) Berfungsi/ tidaknya UKBM yang ada
 - d) Berfungsi/ tidaknya sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana
 - e) Berfungsi/ tidaknya sistem surveilans (pengamatan dan pelaporan)
 - f) Ada/ tidaknya kunjungan rumah untuk Kadarzi dan PHBS (oleh tenaga kesehatan dan atau kader)
- 3) Indikator keluaran (*output*)
 - a) Cakupan pelayanan kesehatan poskesdes
 - b) Cakupan pelayanan UKBM yang ada
 - c) Jumlah kasus kegawatdaruratan dan kejadian luar biasa yang dilaporkan/ diatasi
 - d) Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk Kadarzi dan PHBS
- 4) Indikator dampak (*outcome*)
 - a) Jumlah yang menderita sakit (kesakitan kasar)
 - b) Jumlah yang menderita gangguan jiwa
 - c) Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia

- d) Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia
- e) Jumlah balita dengan gizi buruk

2.1.5.4 Hambatan Pengembangan Desa Siaga

Menurut Rafei (2007), hambatan dalam pengembangan desa siaga adalah:

- 1) Hambatan dari pelaksana (*actor*) desa siaga, diantaranya adalah:
 - a) Pelaku kesehatan pada pelaksanaan desa siaga terbatas, misalnya bidan domisili dan tempat kerja berbeda.
 - b) Kader terbatas.
 - c) Masyarakat yang belum siap untuk berperan serta.
- 2) Hambatan proses
 - a) Proses pembentukan desa siaga memerlukan waktu.
 - b) Dalam proses pembentukan desa siaga memerlukan kesiapan infrastruktur.
- 3) Hambatan dalam *content*
 - a) Pengetahuan tentang desa siaga belum secara baik dan luas diterima oleh masyarakat.
 - b) Kondisi setiap desa bervariasi sehingga perlu penyesuaian situasi dan kondisi setempat.

2.2 Konsep Kesiapan

Kesiapan dalam beberapa kamus Bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai berikut: Menurut Ahmad (2006), kesiapan sama dengan kesediaan, artinya adanya kesediaan melakukan sesuatu karena segala sesuatunya sudah tersedia dan dalam keadaan siap, sedangkan menurut Poerwadarminta (2006), jika diartikan dari kata dasarnya 'siap' adalah sesuatu yang tinggal dipakai atau digunakan.

Berdasarkan beberapa arti kesiapan di atas maka dalam penelitian ini penulis mengartikan kesiapan sebagai komponen yang telah ada dan siap untuk digunakan dalam pelaksanaan suatu program. Adapun variabel dari kesiapan masyarakat dalam pengembangan desa siaga adalah sebagai berikut:

2.2.1 Penanganan Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Bencana

Desa siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman kesehatan di masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular, kejadian bencana, kasus gawatdarurat, dan lain-lain. Masyarakat dituntut untuk berperan serta di dalam penanganan kegawatdaruratan dan penanggulangan bencana dengan cara meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, misalnya bencana, wabah penyakit, kegawatdaruratan, dan sebagainya.

2.2.2 PHBS

PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya. PHBS bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat agar hidup bersih dan sehat, serta meningkatkan peran serta aktif masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha, dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Sasaran PHBS adalah terdiri dari berbagai tatanan yaitu rumah tangga (pasangan usia subur, ibu hamil dan menyusui, anak dan remaja, usia lanjut, pengasuh anak), institusi pendidikan, tempat umum, sarana kesehatan, dan tempat kerja, yang meliputi lingkup:

- a. PHBS bidang gizi dan farmasi misal makan dengan gizi seimbang, minum tablet Fe selama hamil, memberi bayi ASI eksklusif, mengkonsumsi garam beryodium, dan lain sebagainya.
- b. PHBS bidang KIA dan KB misal memeriksakan kehamilan, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, menimbang balita secara regular, mengimunisasi lengkap balita, dan lain sebagainya.

- c. PHBS bidang penyakit dan kesehatan lingkungan misal menghuni rumah sehat, punya persediaan air bersih, punya pembuangan limbah, punya akses jamban, dan lain sebagainya.
- d. PHBS bidang pemeliharaan kesehatan misal punya jaminan pemeliharaan kesehatan, aktif mengurus UKBM/ sebagai kader, memanfaatkan Puskesmas/ sarana kesehatan lain.
- e. PHBS bidang gaya hidup sehat misal tidak merokok, melakukan aktivitas fisik/ olah raga, makan dengan gizi seimbang, istirahat yang cukup, dan lain sebagainya.
- f. PHBS bidang obat dan farmasi misal memiliki tanaman obat keluarga, tidak menggunakan napza, minum oralit jika diare, dan lain sebagainya

Dalam program desa siaga masyarakat diharuskan menerapkan PHBS ini dalam kehidupan sehari-hari.

2.2.3 Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan dalam konsep desa siaga adalah peran serta masyarakat dalam menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan untuk mencegah penyakit yang dapat ditimbulkan akibat lingkungan yang kurang sehat. Sifat gotong royong masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan adalah kunci sukses masyarakat dalam hal kesehatan lingkungan.

Kebersihan lingkungan merupakan aspek penting dalam kesehatan, karena banyak penyakit yang dapat timbul akibat lingkungan yang tidak bersih. Perilaku masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan sangat berperan dalam menciptakan lingkungan yang sehat. Namun demikian, perilaku masyarakat dalam membersihkan lingkungan sangat bervariasi. Masyarakat yang sadar akan pentingnya kebersihan dan kesehatan lingkungan secara rutin akan membersihkan rumah dan lingkungan di sekitarnya.

2.2.4 Sistem Pendanaan

Pendanaan bidang kesehatan bersumber dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana alokasi umum bidang kesehatan adalah dana yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), sedangkan dana alokasi khusus kesehatan bersumber dari Departemen Kesehatan. Pendanaan kesehatan yang berbasis masyarakat adalah sistem pembiayaan suatu program kesehatan yang bersumber dari masyarakat, dikelola oleh masyarakat, dan digunakan untuk kepentingan masyarakat itu sendiri.

Kebijakan khusus Departemen Kesehatan untuk penggunaan DAK Bidang Kesehatan tahun 2008, diprioritaskan untuk:

- a. Mendukung pelaksanaan pengembangan program desa siaga melalui pembangunan poskesdes atau peningkatan polindes menjadi poskesdes sehingga 85% desa menjadi desa siaga pada tahun 2008.
- b. Menunjang percepatan pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar terutama di wilayah yang terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan termasuk pulau-pulau kecil terluar atau daerah pemekaran.
- c. Mempercepat pelaksanaan rehabilitasi dan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar akibat terjadinya suatu bencana atau kerusakan atau dampak kerusakan suatu lingkungan di daerah tersebut.
- d. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar penduduk miskin serta pelayanan fasilitas rawat inap kelas III rumah sakit di kabupaten/ kota.
- e. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan darah di rumah sakit kabupaten/ kota dalam rangka penurunan angka kematian ibu melahirkan akibat perdarahan dengan membangun unit transfusi darah rumah sakit.
- f. Mengurangi angka penularan penyakit yang dapat ditularkan melalui transfusi darah (HIV/AIDS), Hepatitis B, Hepatitis C, dan Sifilis yang disebabkan karena transfusi langsung/ tanpa pemeriksaan yang dilakukan di daerah yang tidak tersedia unit transfusi darah.

Penetapan anggaran umum (pagu) DAK Bidang Kesehatan dalam suatu kabupaten/ kota untuk sarana pelayanan kesehatan dasar, akan digunakan sebesar 30% untuk kegiatan bangunan fisik dan 70% untuk pengadaan alat- alat kesehatan. Bila sarana fisik dan atau alat kesehatan sudah memadai di kabupaten/ kota, maka komposisi presentase tersebut dapat disesuaikan dengan kabupaten/ kota. Pembiayaan Dinas Kesehatan di Kabupaten Konawe Selatan pada tahun 2006 sebesar Rp 20.816.437.000 dengan rincian dari dana alokasi khusus sebesar Rp. 7.140.000.000 dan bersumber dari APBD sebesar Rp. 13.676.437.000.

2.2.5 UKBM

UKBM adalah wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Berbagai bentuk UKBM telah kita kenal selama ini seperti posyandu, polindes, pos obat desa, dana sehat, dan sebagainya. Untuk itu perlu didorong dan dipacu untuk munculnya inovasi baru berbagai bentuk UKBM lainnya.

Desa siaga dapat dikatakan merekonstruksi atau membangun kembali berbagai UKBM. Pengembangan desa siaga sebenarnya upaya merajut berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat, dan membangun kembali kegotongroyongan kesehatan yang ada di desa, serta membangun jejaring (*networking*) berbagai UKBM yang ada di desa.

Desa siaga yang menjadi embrio desa sehat nantinya diharapkan dapat melengkapi komponen-komponennya yang terdiri dari adanya Poskesdes atau UKBM lainnya yang akan mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, penerapan PHBS oleh masyarakat, kesiapsiagaan masyarakat dalam *Safe Community*, survailans, survailans kesehatan berbasis masyarakat, serta pembiayaan kesehatan yang berbasis masyarakat.

2.2.5.1 Pos Kesehatan Desa

2.2.5.1.1 Pengertian

Poskesdes adalah suatu upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang melakukan kegiatan-kegiatan minimal dan kegiatan-kegiatan lain merupakan kegiatan pengembangan (Suparmanto, S.A., 2006). Sedangkan menurut Dinkes Purbalingga (2007), Poskesdes adalah suatu wujud dari UKBM yang dibentuk oleh dan untuk masyarakat atas dasar musyawarah dalam rangka meningkatkan PHBS, kesiapsiagaan masyarakat desa, kemampuan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri, merupakan salah satu wadah yang dikelola oleh tenaga profesional di desa yang diharapkan dapat memfasilitasi terwujudnya desa siaga, serta menjadi rujukan pertama dari berbagai upaya kesehatan masyarakat.

2.2.5.1.2 Sumberdaya Poskesdes

Poskesdes harus memiliki minimal satu orang bidan dan dua orang kader. Selain itu poskesdes juga harus ditunjang dengan sarana berupa fisik bangunan, perlengkapan dan peralatan, serta alat komunikasi ke masyarakat dan ke puskesmas. Jika desa yang bersangkutan tidak memiliki Poskesdes, maka terdapat alternatif lain, yaitu: polindes yang dikembangkan menjadi poskesdes; memanfaatkan bangunan lain yang sudah ada, misalnya balai desa; atau dibangun baru dengan alternatif oleh pemerintah (pusat dan daerah), oleh donator, oleh dunia usaha, atau swadaya masyarakat (Suparmanto, S.A., 2006).

Tenaga Utama Poskesdes dalam peningkatan PHBS, kesiapsiagaan masyarakat desa dan kemampuannya dalam menolong diri sendiri adalah kader kesehatan dibantu tenaga kesehatan. Sedangkan tenaga utama dalam memfasilitasi terwujudnya desa siaga dan pelayanan terhadap rujukan pertama masalah kesehatan adalah bidan di desa dibantu tenaga

pendamping bidan (perawat, tenaga gizi, maupun sanitarian) (Dinkes Purbalingga, 2007).

2.2.5.1.3 Kegiatan Poskesdes

Menurut Suparmanto, S.A. (2006), kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh Poskesdes meliputi:

- a) Kegiatan-kegiatan minimal
- b) Pengamatan epidemiologis penyakit menular dan yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa (KLB) serta faktor-faktor risikonya
- c) Penanggulangan penyakit menular dan yang berpotensi menjadi KLB serta kekurangan gizi
- d) Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan
- e) Pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan kompetensinya
- f) Kegiatan-kegiatan pengembangan seperti promosi kesehatan untuk Kadarzi dan PHBS, penyehatan lingkungan, dan kegiatan lain sesuai dengan kebutuhan desa setempat.

2.2.5.2 Pos Pelayanan Terpadu

Posyandu atau pos pelayanan terpadu merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan ibu dan anak di tingkat desa. Kegiatan posyandu sangat tergantung pada keaktifan kader-kadernya. Motivasi kader sebagai penggerak posyandu di tingkat desa harus selalu mendapat perhatian dari pengurus desa siaga. Meskipun dalam pelaksanaan kegiatan posyandu bersifat mandiri, namun tidak terlepas dari pembinaan berbagai pihak seperti puskesmas, pengurus PKK dan perangkat desa setempat.

Posyandu merupakan kegiatan pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat dan akan memberikan efek jangka panjang untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di Indonesia, sebagaimana dikutip melalui Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan

Otonomi Daerah Nomor: 411.3/1116/Si tanggal 13 juni2001 tentang Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu, ditujukan kepada Gubernur dan Bupati/ Walikota di seluruh Indonesia “...pelaksanaan posyandu dihimpun dari seluruh kekuatan masyarakat agar dapat berperan secara aktif sesuai kemampuannya, posyandu perlu dilanjutkan sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia...”.

Jumlah posyandu di Kabupaten Konawe Selatan pada tahun 2006 tercatat 353 buah, dimana rasio posyandu terhadap puskesmas adalah 20,76 artinya setiap puskesmas membawahi rata-rata 20 posyandu. Sedangkan ratio posyandu terhadap desa pada tahun 2006 adalah 1,18, artinya rata-rata setiap desa mempunyai satu posyandu. Jumlah Pos Obat Desa di Kabupaten Konawe Selatan tahun 2006 tercatat satu buah.

2.2.5.3 Pos Persalinan Desa

Polindes atau Pondok Bersalin Desa dengan pelayanan yang diberikan mengutamakan ibu hamil seperti pemeriksaan ibu hamil, pemberian tablet Fe, memotivasi kesiapan ibu untuk persalinan, pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas, cara perawatan bayi baru lahir, cara menyusui bayi yang benar, pemeriksaan dan pemasangan alat kontrasepsi pada ibu usia subur (KB). Selain fungsi utama tersebut, pemanfaatan polides bisa juga untuk pengobatan awal penyakit infeksi ringan pada balita seperti diare, demam, batuk, pilek, muntah, dan lain-lain. Polindes ini dapat digunakan jika suatu waktu terjadi keadaan darurat medis (kegawatdaruratan) sebagai pertolongan awal seperti kecelakaan dan adanya bencana.

2.2.5.4 Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu)

Posbindu atau Pos Pembinaan Terpadu untuk golongan usia lanjut. Pelayanan yang dapat diberikan adalah pemeriksaan fisik (seperti status gizi, tekanan darah, suhu, nadi, respirasi), pemeriksaan biokimia secara sederhana (seperti kadar hemoglobin, glukosa darah puasa/ 2

jam *post prandial*), pemeriksaan kesehatan mulut dan gigi, serta perawatan diri pada lansia dan konsultasi diet pada beberapa penyakit yang sering muncul pada lansia.

Penyediaan sarana kesehatan di Kabupaten Konawe Selatan telah menyebar sampai ke desa-desa terpencil melalui peningkatan jumlah Puskesmas Perawatan, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu, Pos Obat Desa, Pondok Persalinan Desa, Puskesmas Keliling Laut serta Puskesmas Keliling Darat. Penyediaan sarana tersebut di atas merupakan kebutuhan pokok dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan menjadi salah satu perhatian utama pembangunan dibidang kesehatan yang bertujuan agar semua lapisan masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan.

2.2.6 Surveilans

Menurut Depkes, surveilans atau surveilans epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan. Definisi Sistem Surveilans Epidemiologi menurut Kepmenkes No. 1116 tahun 2003 adalah " ... tatanan prosedur penyelenggaraan surveilans epidemiologi yang terintegrasi antar unit penyelenggara surveilans dengan laboratorium, sumber-sumber data, pusat penelitian, pusat kajian dan penyelenggara program kesehatan, meliputi tata hubungan surveilans epidemiologi antar wilayah Kabupaten/ Kota, Propinsi dan Pusat". Sedangkan definisi Surveilans Kesehatan Masyarakat menurut Thacker & Berkelman adalah pengumpulan, analisis, dan penafsiran data *outcome-specific* secara terus menerus dan sistematis untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat.

Dalam program desa siaga masyarakat diharapkan dapat berperan serta dalam sistem pencatatan dan pelaporan keadaan penyakit di masyarakat. Masyarakat diharapkan mampu melaporkan kasus penyakit yang terjadi di masyarakat kepada petugas kesehatan terdekat, masyarakat juga diharapkan memiliki system surveilans yang berbasis masyarakat untuk memantau kejadian penyakit yang muncul dimasyarakat desa dan tanggap terhadap faktor-faktor resiko yang berpotensi munculnya suatu penyakit atau menyebarnya suatu penyakit di desa tersebut, sehingga dengan cepat dan tepat dapat ditanggulangi secara mandiri.

2.2.7 Sumber Daya Manusia Kesehatan

Departemen Kesehatan telah menetapkan salah satu strategi untuk mengatasi masalah yang prioritas yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat melalui desa siaga. Pelaksanaan strategi tersebut perlu didukung oleh sumberdaya manusia (SDM) kesehatan yang kompeten, tersedia dalam jumlah yang cukup, terdistribusi secara adil dan merata, serta dimanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam rangka pengembangan desa siaga.

Ketersediaan SDM kesehatan yang berkualitas sangat menentukan keberhasilan pengembangan desa siaga. Peran tenaga kesehatan dalam mewujudkan desa siaga sangat penting, dapat dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara menggalang kemitraan dengan masyarakat, melibatkan peran aktif masyarakat dalam pihak luar, baik pemerintah maupun organisasi-organisasi non pemerintah.

Berdasarkan data yang diperoleh bahwa di seluruh Indonesia saat ini tercatat lebih kurang 69.000 desa yang akan dikembangkan menjadi desa siaga untuk jangka panjang yaitu hingga tahun 2008. Untuk jangka pendek diprioritaskan sekitar 12.000 desa yang akan dikembangkan menjadi desa siaga karena tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Dalam pengembangan desa siaga

diperlukan tenaga kesehatan yang kompeten yang mampu mengatasi berbagai permasalahan kesehatan di masyarakat melalui pemberdayaan, pengembangan dan pengorganisasian masyarakat.

Tenaga kesehatan tersebut harus memiliki kemampuan berikut:

- a. Diperlukan tenaga kesehatan yang memiliki wawasan luas mengenai kesehatan masyarakat dengan pemahaman yang mendalam mengenai berbagai aspek tentang masyarakat dan kemasyarakatan, memiliki pengetahuan dan sikap, menghargai terhadap aspek sosio-budaya dalam masyarakat yang dinamis.
- b. Diperlukan tenaga kesehatan yang memiliki kemauan dan kemampuan untuk bekerjasama di desa dengan motivasi yang tinggi untuk melakukan perubahan perilaku masyarakat. Mereka juga harus memiliki kemampuan mengelola atau mengorganisir dan mengembangkan masyarakat dengan metoda yang tepat sesuai dengan perkembangan masyarakat.
- c. Diperlukan SDM yang memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan memberikan pelayanan kesehatan baik untuk upaya promotif, preventif maupun kuratif dan rehabilitatif. Tenaga kesehatan yang secara langsung berkaitan dengan pengembangan desa siaga adalah Perawat, Bidan, Ahli Gizi, Sanitarian, dan Ahli Kesehatan Masyarakat. Kita sadar sepenuhnya bahwa membangun desa siaga memerlukan peran multisektor dan multidisiplin ilmu, sehingga diperlukan SDM yang dapat bekerja dalam tim (*networking*) yang dapat menerapkan keilmuannya secara terpadu di masyarakat.

Kompetensi dari masing-masing tenaga kesehatan dapat diuraikan berikut ini:

- a. Perawat (DIII Keperawatan). Tenaga perawat, mereka memiliki kemampuan pengetahuan dan praktik asuhan keperawatan komunitas yang dapat diandalkan sebagai pelaksana asuhan secara komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif maupun

- rehabilitatif, mereka juga memiliki pengalaman belajar bagaimana memberdayakan masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat.
- b. Bidan (DIII Kebidanan). Tenaga bidan, mereka handal dalam menangani masalah kesehatan ibu dan bayi sehingga akan dapat berkolaborasi dengan perawat.
 - c. Ahli Gizi (DIII Gizi). Ahli gizi, mereka handal dalam menangani masalah gizi masyarakat serta memperbaiki status gizi masyarakat melalui pengelolaan gizi seimbang.
 - d. Sanitarian (DIII Kesehatan Lingkungan). Sanitarian, mereka handal dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh kondisi lingkungan yang kurang sehat serta mampu mengembangkan program penyehatan lingkungan.
 - e. Ahli Kesehatan Masyarakat (S1 Kesehatan Masyarakat). Mereka handal dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat karena selama proses pendidikan mereka praktik berbasis komunitas dan klinik.

Berdasarkan kompetensi yang dimiliki oleh masing-masing tenaga kesehatan, diharapkan mereka mampu bekerja dalam tim dan saling mengisi dalam mewujudkan desa siaga. Untuk mengembangkan desa siaga, seyogyanya tenaga kesehatan berada di desa dekat dengan masyarakat sehingga mereka mengetahui secara langsung apa yang terjadi di masyarakat dan dapat membantu masyarakat untuk mengatasi berbagai permasalahan yang ada serta meningkatkan kesehatan mereka. Kedudukan tenaga kesehatan seyogyanya terintegrasi dengan struktur organisasi pemerintahan desa, dimana penanggung jawab desa siaga (ahli kesehatan masyarakat) bertanggung jawab secara langsung kepada kepala desa dan secara tidak langsung kepada kepala puskesmas serta bekerjasama dalam tim dengan tenaga perawat, bidan, ahli gizi dan sanitarian dalam membantu masyarakat mengatasi berbagai permasalahan kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat.

2.3 Konsep Masyarakat

Ada berbagai definisi mengenai masyarakat di antaranya menurut JL Gillin (sosiolog) dan JP Gilin (antropolog) masyarakat adalah sekelompok orang yang satu sama lain merasa terikat oleh kebiasaan tertentu, tradisi, perasaan, dan perilaku yang sama. Sedangkan menurut Koentjaraningrat masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi sesuai dengan adat istiadat tertentu yang sifatnya berkesinambungan, dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama.

Menurut Koentjaraningrat, masyarakat memiliki ciri-ciri:

1. Merupakan kesatuan hidup bersama yang saling berinteraksi dan berkesinambungan
2. Memiliki kebiasaan-kebiasaan, adat istiadat, norma, hukum, serta aturan yang mengatur semua pola tingkah laku warga dan dipatuhi oleh seluruh anggotanya.

Dalam program desa siaga, masyarakat mempunyai peran yang strategis baik dari pembentukan desa siaga, pelaksanaan sampai keberhasilan program desa siaga itu sendiri. Sebagaimana tujuan umum dari desa siaga yaitu terwujudnya desa dengan masyarakat yang sehat, peduli dan tanggap terhadap masalah-masalah kesehatan (bencana dan kegawatdaruratan kesehatan) di desanya. Maka masyarakat bisa dikatakan adalah aktor utama dalam program desa siaga, hal ini diperkuat dalam tujuan khusus desa siaga yaitu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang PHBS, meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, serta meningkatkan kesehatan lingkungan di desa.

Dalam penelitian sebelumnya oleh Toni (2008), dikatakan bahwa tingkat kesiapan dalam pengembangan desa siaga dipengaruhi oleh beberapa variabel, yaitu : sistem kepemimpinan di masyarakat; sistem pendanaan kesehatan di masyarakat; sistem pelayanan kesehatan dasar di masyarakat; keberadaan dan peran UKBM; sistem surveilans di masyarakat; sistem penanganan

keawatdaruratan di masyarakat; sistem penanganan bencana di masyarakat; penerapan PHBS di masyarakat; dan sistem Kesehatan lingkungan di masyarakat.

2.4 Peran Serta Masyarakat

Tujuan desa siaga akan tercapai dengan meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan, meningkatnya kemampuan masyarakat desa untuk menolong dirinya dibidang kesehatan, meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, meningkatnya dukungan dan peran aktif para *stakeholders*. Semua itu diharapkan agar dapat mewujudkan kesehatan masyarakat desa serta meningkatnya peran masyarakat desa yang melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.

Kegiatan yang dapat dilakukan masyarakat di desa siaga adalah:

1. Promosi kesehatan berupa pemberian informasi kesehatan yang dapat dilakukan oleh kader desa siaga atau tokoh masyarakat yang telah dilatih.
2. Pencegahan penyakit dengan mengidentifikasi faktor risiko yang dapat menimbulkan penyakit.
3. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-hari.
4. Gotong royong masyarakat dalam rangka menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan untuk mencegah penyakit yang dapat ditimbulkan akibat lingkungan yang kurang sehat.
5. Pemantauan tumbuh kembang balita melalui kegiatan posyandu.
6. Pemantauan kesehatan ibu hamil, pasca persalinan melalui kegiatan Poskesdes.
7. Gerakan keluarga sadar gizi (kadarzi) dalam rangka pemenuhan kebutuhan gizi seimbang bagi anggota keluarga Survei Mawas Diri (SMD) dalam rangka mengidentifikasi masalah kesehatan dan penyebabnya, mencari alternatif penyelesaian masalah, melakukan kegiatan dalam mengatasi masalah yang dilakukan masyarakat melalui Musyawarah Masyarakat desa (MMD).

Untuk melakukan berbagai kegiatan tersebut diatas, peran aktif masyarakat merupakan kunci keberhasilannya. Agar masyarakat bisa berperan aktif maka mereka harus dibantu agar berdaya, artinya masyarakat menyadari masalah dan kebutuhan mereka serta mampu mencari alternatif dalam menyelesaikannya.

2.4.1 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan penyelesaian masalah dengan memanfaatkan potensi masyarakat setempat tanpa bergantung bantuan dari luar. Pola pemberdayaan masyarakat yang dibutuhkan bukan kegiatan yang sifatnya *top-down intervention* yang tidak menjunjung tinggi aspirasi dan potensi masyarakat untuk melakukan kegiatan swadaya, akan tetapi yang paling dibutuhkan masyarakat lapisan bawah terutama yang tinggal di desa adalah pola pemberdayaan yang sifatnya *bottom-up intervention* yang menghargai dan mengakui bahwa masyarakat lapisan bawah memiliki potensi untuk memenuhi kebutuhannya, memecahkan permasalahannya, serta mampu melakukan usaha-usaha produktif dengan prinsip swadaya dan kebersamaan.

Pola pendekatan yang paling efektif untuk memberdayakan masyarakat adalah *the inner resources approach*. Pola ini menekankan pentingnya merangsang masyarakat untuk mampu mengidentifikasi keinginan-keinginan dan kebutuhan-kebutuhannya dan bekerja secara kooperatif dengan pemerintah dan badan-badan lain untuk mencapai kepuasan bagi mereka. Pola ini mendidik masyarakat menjadi perhatian akan pemenuhan dan pemecahan masalah yang dihadapi dengan menggunakan potensi yang mereka miliki.

2.4.2 Tujuan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan potensi masyarakat agar mampu meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik bagi seluruh masyarakat melalui kegiatan-kegiatan swadaya. Memberdayakan masyarakat bertujuan untuk mendidik dan membantu masyarakat agar mampu mendidik dan membantu diri mereka sendiri. Tujuan yang akan dicapai melalui usaha pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat yang mandiri, berswadaya, mampu mengadopsi inovasi, dan memiliki pola pikir yang kosmopolitan.

2.4.3 Prinsip pemberdayaan masyarakat

Prinsip pemberdayaan masyarakat adalah menumbuh kembangkan potensi masyarakat, meningkatkan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, mengembangkan gotong-royong, bekerja bersama masyarakat, KIE berbasis masyarakat, kemitraan dengan LSM dan organisasi masyarakat lain serta desentralisasi.

2.4.4 Proses pemberdayaan masyarakat

2.4.4.1 *Getting to know the local community*. Mengetahui karakteristik masyarakat setempat (lokal) yang akan diberdayakan, termasuk perbedaan karakteristik yang membedakan masyarakat desa yang satu dengan yang lainnya. Mengetahui artinya untuk memberdayakan masyarakat diperlukan hubungan timbal balik antara petugas dengan masyarakat.

2.4.4.2 *Gathering knowledge about the local community*. Mengumpulkan pengetahuan yang menyangkut informasi mengenai masyarakat setempat. Pengetahuan tersebut merupakan informasi faktual tentang distribusi penduduk menurut umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, termasuk pengetahuan tentang nilai, sikap, ritual dan *custom*, jenis pengelompokan, serta faktor kepemimpinan baik formal maupun informal.

2.4.4.3 *Identifying the local leaders.* Segala usaha pemberdayaan masyarakat akan sia-sia apabila tidak memperoleh dukungan dan pimpinan/ tokoh-tokoh masyarakat setempat. Untuk itu faktor *the local leaders* harus selalu diperhitungkan karena mereka mempunyai pengaruh yang kuat di dalam masyarakat.

2.4.4.4 *Stimulating the community to realize that it has problems.* Di dalam masyarakat yang terikat terhadap adat kebiasaan, sadar atau tidak sadar mereka tidak merasakan bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan. Karena itu, masyarakat perlu pendekatan persuasif agar mereka sadar bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan, dan kebutuhan yang perlu dipenuhi.

2.4.4.5 *Helping people to discuss their problem.* Memberdayakan masyarakat bermakna merangsang masyarakat untuk mendiskusikan masalahnya serta merumuskan pemecahannya dalam suasana kebersamaan.

2.4.4.6 *Helping people to identify their most pressing problems.* Masyarakat perlu diberdayakan agar mampu mengidentifikasi permasalahan yang paling menekan, dan masalah yang paling menekan inilah yang harus diutamakan pemecahannya.

2.4.4.7 *Fostering self-confidence.* Tujuan utama pemberdayaan masyarakat adalah membangun rasa percaya diri masyarakat. Rasa percaya diri merupakan modal utama masyarakat untuk berswadaya.

2.4.4.8 *Deciding on a program action.* Masyarakat perlu diberdayakan untuk menetapkan suatu program yang akan dilakukan. Program *action* tersebut perlu ditetapkan menurut skala prioritas, yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Tentunya program dengan skala prioritas tinggilah yang perlu didahulukan pelaksanaannya.

2.4.4.9 *Recogniton of strengths and resources.* Memberdayakan masyarakat berarti membuat masyarakat tahu dan mengerti bahwa

mereka memiliki kekuatan-kekuatan dan sumber-sumber yang dapat dimobilisasi untuk memecahkan permasalahan dan memenuhi kebutuhannya.

2.4.4.10 *Helping people to continue to work on solving their problems.* Pemberdayaan masyarakat adalah suatu kegiatan yang berkesinambungan. Karena itu, masyarakat perlu diberdayakan agar mampu bekerja memecahkan masalahnya secara kontinyu.

2.4.4.11 *Increasing people's ability for self-help.* Salah satu tujuan pemberdayaan masyarakat adalah tumbuhnya kemandirian masyarakat. Masyarakat yang mandiri adalah masyarakat yang sudah mampu menolong diri sendiri. Untuk itu, perlu selalu ditingkatkan kemampuan masyarakat untuk berswadaya.

Berdasarkan konsep pemberdayaan yang telah diuraikan dan jika kita melihat kondisi yang ada saat ini bahwa bentuk pemberdayaan masyarakat yang sudah dilakukan melalui penyediaan SDM di masyarakat yaitu dengan memberdayakan kader desa siaga. Saat ini hampir di seluruh wilayah yang melaksanakan program posyandu memiliki tenaga kader, sehingga mereka bisa diberdayakan dengan memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan kader. Bagi desa yang akan dikembangkan menjadi desa siaga dan belum memiliki tenaga kader, seyogyanya mempersiapkannya melalui proses rekrutmen pemberdayaan kader sebagai tenaga potensial di masyarakat diharapkan mampu mendukung pengembangan desa siaga. Untuk mendukung tercapainya masyarakat yang dapat diberdayakan secara optimal, maka diperlukan sejumlah tenaga kesehatan yang kompeten dalam membangun masyarakat tersebut.

2.5 Teori Sistem

Dari sekian banyak teori sistem salah satunya adalah teori menurut Azwar (1996) dimana sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan suatu yang telah ditetapkan. Sedangkan pendekatan sistem adalah cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi.

Menurut pandangan statis objek dari sistem harus menjadi bagian dimana suatu sistem berada. Namun demikian, menurut pandangan fungsional bahwa objek dari sistem adalah fungsi-fungsi dasar yang dibentuk oleh bagian-bagian sistem. Ada tiga jenis objek yaitu *Inputs, Processes, and Outputs* (Schoderbek et.all, p.13, 1985).

2.5.1 Input.

Input merupakan bagian awal dari sistem yang menyediakan kebutuhan operasi bagi sistem. Input ini akan berbeda-beda sesuai dengan sasaran operasi dari suatu sistem, misalnya bahan baku untuk digunakan dalam proses produksi, bahan kuliah untuk digunakan dalam pembelajaran. Namun demikian, adakalanya untuk operasional dari sistem dibutuhkan berbagai input yang berbeda satu sama lainnya. Dalam pembahasan desa siaga yang menjadi input adalah individu dan keluarga di desa; petugas kesehatan; dana; serta infrastruktur.

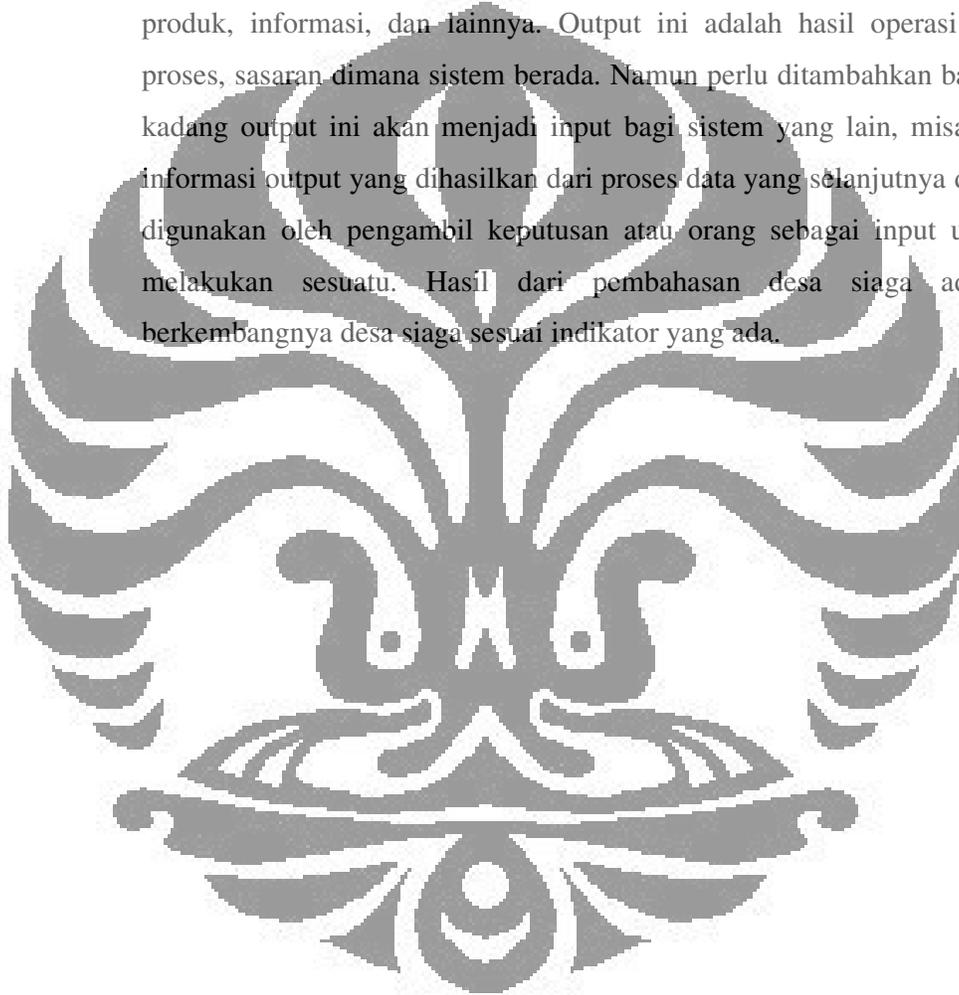
2.5.2 Proses.

Proses merupakan cara untuk merubah input menjadi suatu output. Proses ini misalnya yang dilakukan mesin, tugas yang dilakukan oleh anggota dari organisasi, dan lain-lain. Namun demikian, dalam situasi tertentu, proses tidak dapat diketahui secara detail karena transformasi yang dilakukan terlalu kompleks. Kombinasi input yang berbeda, atau urutan pemakaiannya yang berbeda mungkin akan menghasilkan output yang berbeda. Proses dalam pembahasan desa siaga terjadi melalui

dukungan pihak penentu kebijakan, peraturan perundangan, dana, sarana, dan tenaga; peran tenaga kesehatan, kader dan masyarakat (kesiapan masyarakat); serta Poskesdes yang meliputi pelaksanaan kegiatan minimal dan kegiatan pengembangan lain.

2.5.3 Output.

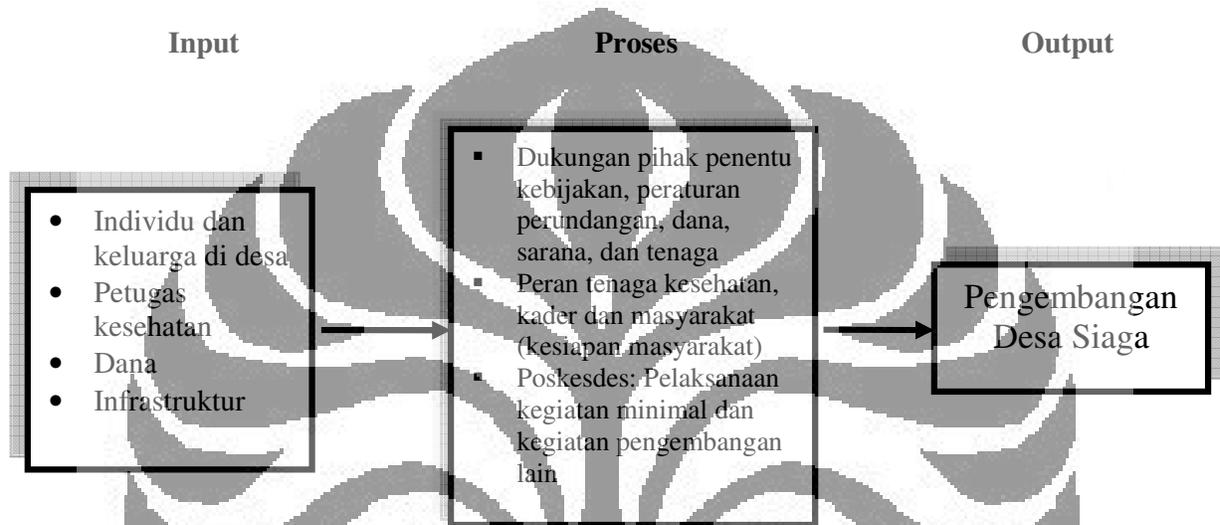
Output mungkin dapat berbentuk fisik maupun non fisik. Misalnya produk, informasi, dan lainnya. Output ini adalah hasil operasi dari proses, sasaran dimana sistem berada. Namun perlu ditambahkan bahwa kadang output ini akan menjadi input bagi sistem yang lain, misalnya informasi output yang dihasilkan dari proses data yang selanjutnya dapat digunakan oleh pengambil keputusan atau orang sebagai input untuk melakukan sesuatu. Hasil dari pembahasan desa siaga adalah berkembangnya desa siaga sesuai indikator yang ada.



2.6 Kerangka Teori

Berdasarkan pembahasan desa siaga di atas, maka kerangka teori penelitian yang di angkat adalah berdasarkan teori sistem:

Skema 2.1
Kerangka Teori Penelitian



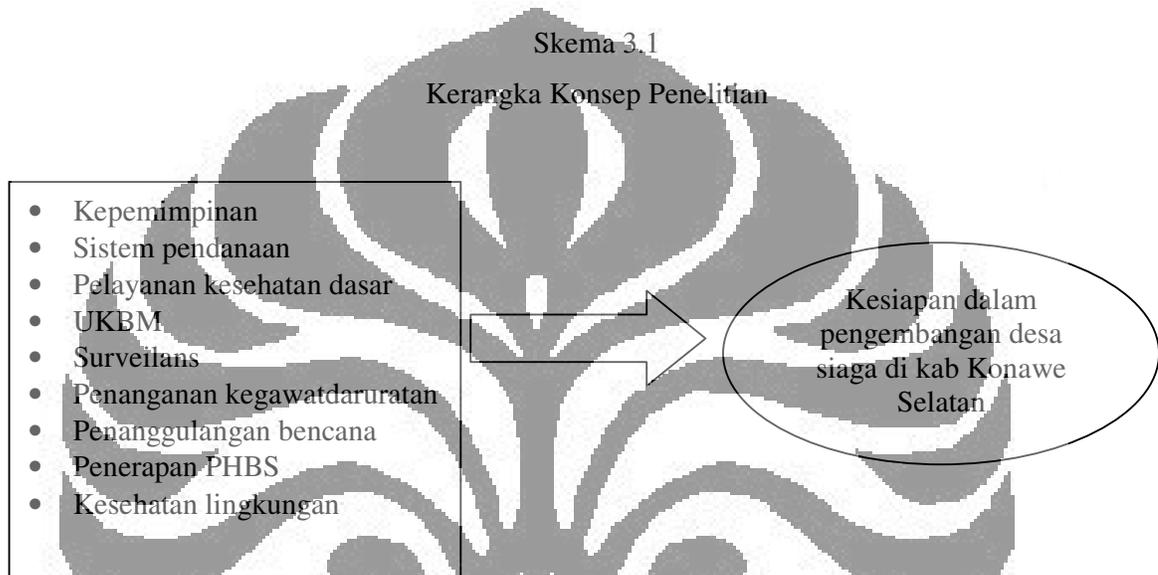
Pengembangan desa siaga dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah kesiapan desa itu sendiri. Kesiapan desa dalam hal ini adalah tersedianya variabel-variabel yaitu Kepemimpinan, Sistem pendanaan, Pelayanan kesehatan dasar, UKBM, Surveilans, Penanganan kegawatdaruratan, Penanggulangan bencana, Penerapan PHBS, dan Kesehatan lingkungan.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka konsep

Berdasarkan teori-teori tentang desa siaga yang telah dipaparkan di bab sebelumnya, maka kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



3.2 Definsi Istilah

Berikut ini adalah definisi atau pengertian dari variabel-variabel diatas :

3.2.1 Kesiapan dalam pengembangan desa siaga adalah sikap, perilaku, dan komitmen masyarakat dan pemerintah desa dalam mengaplikasikan rencana pembentukan desa siaga.

Dalam penelitian ini, kesiapan desa akan dikategorikan menjadi dua yaitu siap dan tidak siap berdasarkan variabel kesiapan pengembangan desa siaga. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD), sehingga gambaran kesiapan desa dapat diketahui.

3.2.2 Kepemimpinan yang peduli pada kesehatan adalah sifat atau perilaku individu dalam mengorganisir kegiatan-kegiatan di masyarakat serta memperhatikan dan menganggap kesehatan sebagai sesuatu yang penting.

Pada penelitian ini, kepemimpinan merupakan salah satu variabel kesiapan desa yaitu kepemimpinan yang berpihak pada program-program kesehatan yang ada di masyarakat. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu bagaimana pengorganisasian masyarakat, bagaimana sistem pemerintahan desa, bagaimana kepedulian tokoh masyarakat terhadap program kesehatan, dan bagaimana kegiatan kader kesehatan, sehingga diperoleh gambaran keberadaan kepemimpinan di masyarakat yang peduli terhadap kesehatan.

3.2.3 pendanaan kesehatan yang berbasis masyarakat adalah pendanaan program kesehatan yang berasal dari masyarakat, dikelola masyarakat, dan manfaatnya untuk masyarakat.

Pada penelitian ini, pendanaan yang berbasis masyarakat merupakan variabel kesiapan desa untuk melaksanakan program desa siaga. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan FGD yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu bentuk pendanaan program kesehatan di masyarakat, peran serta masyarakat dalam pendanaan program kesehatan, keberadaan pendanaan kesehatan yang berbasis masyarakat, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan pendanaan kesehatan yang berbasis masyarakat.

3.2.4 Pelayanan kesehatan dasar adalah kegiatan yang dilakukan petugas kesehatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan di masyarakat baik itu di puskesmas, pusku, poskesdes, maupun polindes.

Pada penelitian ini, pelayanan kesehatan dasar merupakan variabel kesiapan dalam pengembangan desa siaga. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan dasar, keberadaan pelayanan kesehatan dasar, sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar, kompetensi petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan pelayanan kesehatan dasar di masyarakat.

3.2.5 UKBM adalah suatu bentuk kegiatan di bidang kesehatan dimana yang berperan aktif dalam pelaksanaannya maupun pendanaannya adalah masyarakat itu sendiri, misalnya posyandu, pos obat desa, dana sehat, tabulin, toga, dasolin.

UKBM merupakan salah satu persyaratan dalam pembentukan desa siaga sekaligus variabel kesiapan dalam pembentukan desa siaga, informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu keberadaan UKBM di masyarakat, peran serta masyarakat di UKBM, manfaat UKBM bagi masyarakat sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan UKBM di masyarakat.

3.2.6 Surveilans yang berbasis masyarakat adalah sistem pencatatan dan pelaporan keadaan suatu penyakit yang dilakukan oleh masyarakat.

Surveilans di masyarakat merupakan salah satu variabel kesiapan dalam pembentukan desa siaga, informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan FGD yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat, siapa yang melakukan surveilans, bagaimana surveilans berjalan, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat.

3.2.7 Penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat adalah kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dalam menghadapi dan mengatasi risiko atau bahaya yang timbul di masyarakat.

Penanggulangan bencana di masyarakat merupakan salah satu variabel kesiapan dalam pembentukan desa siaga, informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan FGD yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu keberadaan system penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat, peran masyarakat dalam penanggulangan bencana, bencana yang pernah terjadi dan bagaimana penanggulannya, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat.

3.2.8 Penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat adalah kegiatan atau tindakan yang dilakukan oleh masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama dalam kasus-kasus kesehatan yang mengancam jiwa jika tidak ditangani sesegera mungkin.

Penanganan kegawatdaruratan merupakan salah satu variabel kesiapan dalam pembentukan desa siaga. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan FGD yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu bagaimana sistem penanganan kegawatdaruratan di masyarakat, bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan, kegawatdaruratan apa yang pernah terjadi di masyarakat, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat.

3.2.9 Penerapan PHBS di masyarakat adalah aktifitas masyarakat dalam kehidupan sehari-hari yang sesuai dengan standar kesehatan.

Penerapan PHBS di masyarakat merupakan salah satu variabel kesiapan dalam pembentukan desa siaga. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan FGD yang berisi pokok-pokok pertanyaan yaitu keberadaan masyarakat yang melakukan PHBS, masyarakat yang memiliki jamban dan menggunakan air bersih, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan penerapan PHBS di masyarakat.

3.2.10 Kesehatan lingkungan adalah situasi atau keadaan lingkungan fisik dan sosial di sekitar tempat tinggalnya yang sesuai dengan standar kesehatan.

Kesehatan lingkungan merupakan salah satu variabel kesiapan dalam pembentukan desa siaga. Informasi didapatkan dengan cara wawancara mendalam dan FGD, yang berisi pokok-pokok pertanyaan tindakan masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungannya, gambaran masyarakat yang melakukan gotong-royong, sehingga diperoleh informasi gambaran keberadaan kesehatan lingkungan di masyarakat.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Disain Penelitian

Disain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif untuk mengetahui informasi yang mendalam mengenai kesiapan dalam pengembangan desa siaga di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara yang merupakan salah satu kabupaten sasaran untuk pengembangan desa siaga oleh Departemen Kesehatan.

4.3 Waktu Penelitian

Waktu penelitian direncanakan sebagai berikut:

1. Persiapan penelitian dimulai dari bulan Februari 2009.
2. Pelaksanaan penelitian direncanakan dilakukan pada bulan Mei 2009.
3. Penyusunan laporan hasil penelitian direncanakan dilaksanakan mulai bulan Mei sampai juni 2009.
4. Sidang hasil penelitian dan sidang tesis direncanakan pada awal bulan juli 2009.

4.4 Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini ditentukan berdasar prinsip pengambilan sampel pada penelitian kualitatif yaitu prinsip kesesuaian dan kecukupan. Prinsip kesesuaian adalah informan yang dipilih sesuai dengan informasi yang ingin di ketahui tentang program desa siaga yaitu Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Camat/Sekcam, Tenaga Kesehatan, kader kesehatan, Kepala Desa, Tokoh Masyarakat, dan Masyarakat.

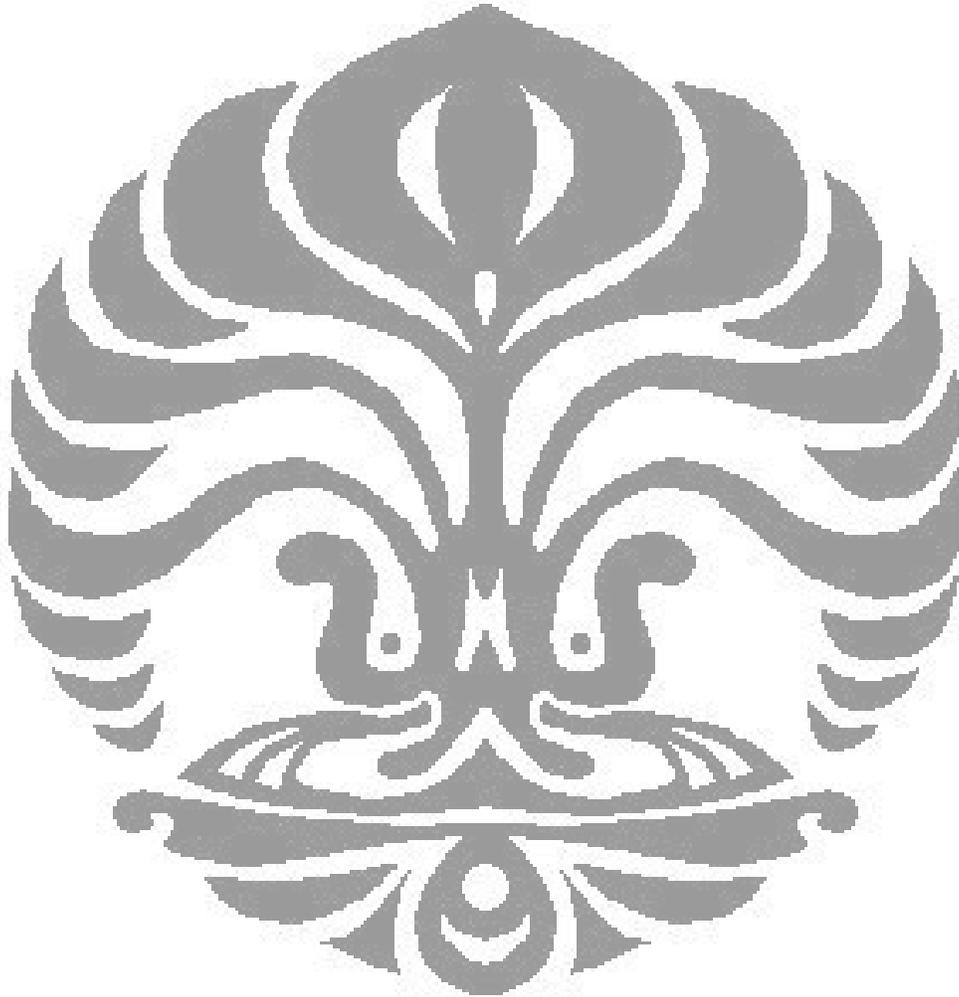
Tabel 4.1 Pemilihan Informan Berdasarkan Prinsip Kesesuaian

Informan	Dasar Pemilihan
<ul style="list-style-type: none"> • Kepala Dinas Kesehatan • Kepala Puskesmas • Camat/Sekcam • Kepala Desa • Tenaga Kesehatan • Kader kesehatan • Tokoh Masyarakat • Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui masalah kesehatan dan program-program kesehatan yang dilaksanakan di lingkup kabupaten • Mengetahui program kesehatan di tingkat kecamatan dan desa sekaligus penanggung jawabnya • Pengambil kebijakan di tingkat kecamatan yang membawahi desa-desa • Pengambil kebijakan di tingkat desa • Pelaksana program-program kesehatan di masyarakat • Pembantu/mitra tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program kesehatan di desa • Mengetahui situasi masyarakat desa sekaligus panutan masyarakat desa • Sasaran utama program desa siaga

Pemilihan daerah penelitian terdiri dari 4 kecamatan yaitu kecamatan yang mewakili daerah pegunungan, kecamatan yang mewakili daerah pinggir pantai, kecamatan yang terdekat dengan ibukota kabupaten, serta kecamatan yang terjauh dari ibukota kabupaten. Dari keempat kecamatan tersebut masing-masing di pilih dua desa tempat penelitian, kecuali kecamatan yang terdekat dengan ibukota kabupaten hanya dipilih satu desa.

Jumlah informan terdiri dari : 1 kepala dinas kesehatan, 2 kepala puskesmas, 2 camat/sekcam, 4 kepala desa, 4 petugas kesehatan, 4 kader kesehatan, 4 tokoh masyarakat, 1 kelompok FGD masyarakat, 6 masyarakat, sehingga jumlah informan sementara adalah 34 informan

Prinsip kecukupan adalah informan yang dipilih, mewakili atau menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan program desa siaga. Variasi kategori diharapkan dapat memberikan data yang lebih bervariasi sesuai dengan topik penelitian.



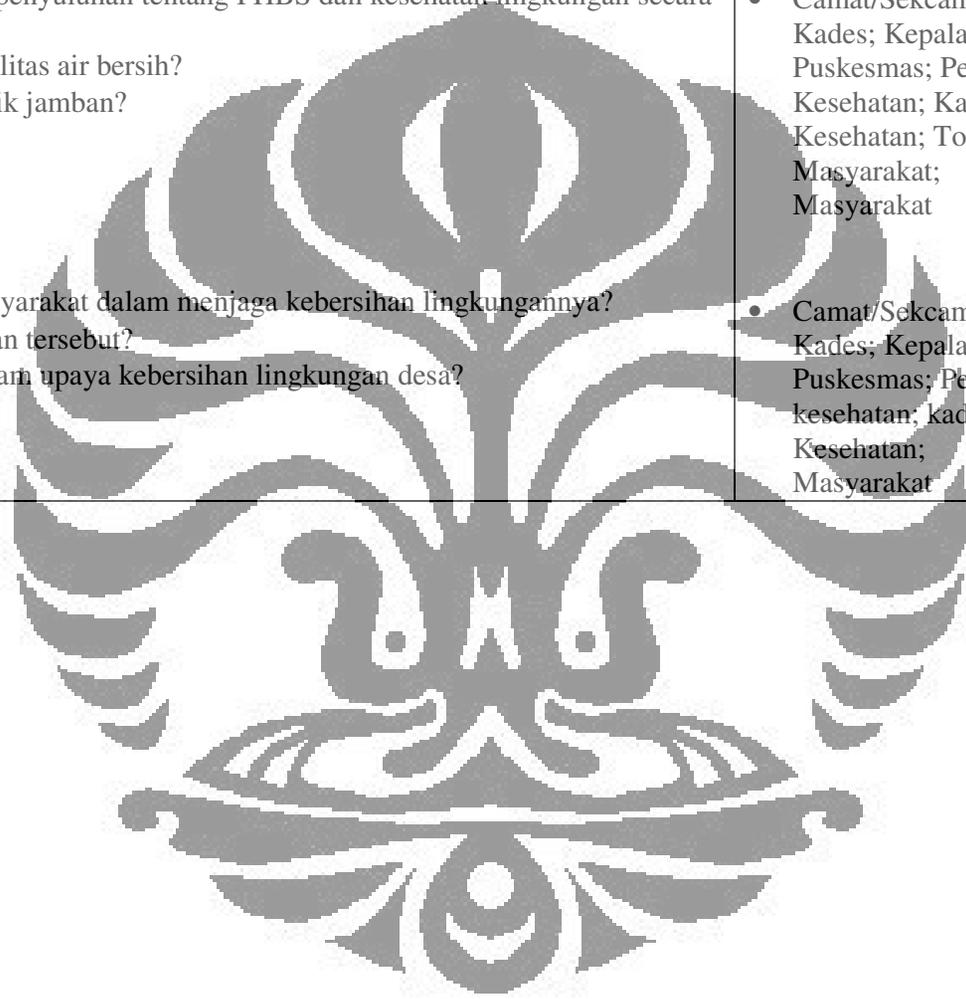
Tabel 4.2

Pertanyaan Variabel, Sumber Informasi, dan Tehnik Pengambilan Data

Variabel	Informan	Cara Pengumpulan Data
<p>Kepemimpinan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program kesehatan apa yang ada di desa? • Bagaimana peran serta kepala desa dalam program kesehatan di desa? • Bagaimana peran tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan! • Bagaimana peran kader dalam mengorganisir kegiatan kesehatan di masyarakat? • Bagaimana kemampuan kader kesehatan dalam melakukan tugasnya? • Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa? • Menurut kades seberapa penting program-program kesehatan yang ada di desa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Camat/Sekcam; Kades; Kepala Puskesmas Tokoh Masyarakat; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • WM; WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM
<p>Sistem Pendanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat? • Bagaimana peran serta masyarakat dalam pembiayaan kegiatan-kegiatan di desa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Camat/Sekcam; Kades; Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Tokoh Masyarakat; Kader Kesehatan; Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • WM; WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM
<p>Pelayanan Kesehatan Dasar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa? • Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa? • Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut? • Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat? • Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan? • Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu? 	<ul style="list-style-type: none"> • Camat/Sekcam; Kades; Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • WM; WM; WM; WM; FGD/WM

<p>UKBM</p> <ul style="list-style-type: none"> • UKBM apa yang ada di desa? • Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut? • Bagaimana system pembiayaan kegiatan UKBM tersebut? • Bagaimana mamfaat yang dirasakan masyarakat terhadap UKBM tersebut? • Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut?jelaskan! • Kapan kegiatan dilaksanakan? • Apa peran petugas kesehatan dalam kegiatan tersebut? • Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut? <p>Surveilans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana pelaksanaan pencatatan dan pelaporan penyakit? • Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit? • Bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat? • Apakah masyarakat sudah diikutsertakan dalam surveilans? Jelaskan! <p>Penanganan Kegawatdaruratan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana penanganan kegawatdaruratan di masyarakat? • Bagaiman peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan? • Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi? • Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan? <p>Penanggulangan Bencana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bencana apa yang pernah terjadi? • Tindakan apa yang dilakukan dalam menghadapi bencana tersebut? • Kegiatan apa yang dilakukan untuk mengantisipasi jika terjadi bencana? • Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana? 	<ul style="list-style-type: none"> • Camat/Sekcam; Kades; Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Tokoh Masyarakat; Masyarakat • Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Masyarakat • Kades; Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Tokoh Masyarakat; Masyarakat • Camat/Sekcam;Kades; Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Tokoh Masyarakat; Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • WM; WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM • WM; WM; WM; FGD/WM • WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM • WM; WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM
--	--	--

<p>Penerapan PHBS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah Bapak/ Ibu memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan! • Apakah masyarakat memiliki fasilitas air bersih? • Apakah masyarakat sudah memiliki jamban? <p>Kesehatan Lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan apa yang dilakukan masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungannya? • Siapa yang mengorganisir kegiatan tersebut? • Fasilitas apa yang ada di desa dalam upaya kebersihan lingkungan desa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Camat/Sekcam; Kades; Kepala Puskesmas; Petugas Kesehatan; Kader Kesehatan; Tokoh Masyarakat; Masyarakat • Camat/Sekcam; Kades; Kepala Puskesmas; Petugas kesehatan; kader Kesehatan; Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • WM; WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM • WM; WM; WM; WM; WM; FGD/WM
---	--	--



Tabel 4.3

Daftar Informan dan Jenis Informasi Variabel Kesiapan

Informan Informasi	Kadis Kesehatan	Kepala Puskesmas	Camat/Sekcam	Kades	Tenaga Kesehatan	Kader Kesehatan	Tokoh Masyarakat	Masyarakat
• Kepemimpinan	X	X	X	X	X	X	X	X
• Sistem pendanaan	X	X	X	X	X	X	X	X
• Pelayanan kesehatan dasar	X	X	X	X	X	X	X	X
• UKBM	X	X	X	X	X	X	X	X
• Surveilans	X	X	X	X	X	X	X	X
• Kegawatdaruratan	X	X	X	X	X	X	X	X
• Bencana	X	X	X	X	X	X	X	X
• Penerapan PHBS	X	X	X	X	X	X	X	X
• Kesehatan lingkungan	X	X	X	X	X	X	X	X

4.5 Alat Pengumpul Data

Dalam pengumpulan data penelitian ini adalah menggunakan pedoman Wawancara Mendalam dan pedoman Fokus Group Diskusi (FGD). Wawancara mendalam digunakan untuk informan individu, sedangkan FGD digunakan untuk informan berkelompok. Pedoman wawancara mendalam dan pedoman FGD dibuat sesuai dengan kebutuhan peneliti yaitu dapat memberikan gambaran informasi sesuai dengan tujuan khusus penelitian ini.

4.6 Prosedur Penelitian

Prosedur pengumpulan data dilakukan sebagai berikut:

1. Prosedur Administrasi dengan mendapatkan surat pengantar penelitian dari institusi pendidikan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Mendapatkan izin dari Pemerintah Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara sebagai tempat penelitian, dalam hal ini izin dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan.
3. Meminta calon informan yang telah dipilih untuk bersedia menjadi responden setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, serta hak dan kewajiban bila menjadi responden (*informed consent*). Memberikan kesempatan pada informan untuk bertanya. Jika calon informan bersedia, selanjutnya informan diminta untuk menandatangani lembar *informed consent*.
4. Melakukan pengumpulan data dengan menggunakan teknik wawancara mendalam dan FGD.

4.7 Analisis Data

Informasi yang dikumpulkan segera dianalisis, tidak menunggu sampai semua informan selesai diwawancarai. Semua informasi yang diperoleh baik dari wawancara mendalam maupun diskusi kelompok terarah, direkam ke dalam kaset (jika informan mengizinkan). Segera setelah informasi dikumpulkan, catatan lapangan dilengkapi dengan informasi yang diperoleh dari rekaman kaset. Data kemudian di kelompokkan melalui program EZTEXT dan

dilanjutkan dengan meringkas informasi, membuat matriks, diagram, dan sebagainya. Analisis yang digunakan adalah tematek analisis.

Triangulasi sumber dan triangulasi metode di gunakan dalam penelitian ini. Triangulasi sumber untuk mendapatkan informasi yang sama dari informan yang berbeda, sedangkan triangulasi metode untuk mendapatkan data dengan beberapa cara yaitu wawancara mendalam diskusi kelompok terarah.

Tabel 4.4: Triangulasi Sumber dan Triangulasi Metode Penelitian

		Triangulasi Metode	
		FGD	WM
Triangulasi Sumber			
	• Kepala Dinas Kesehatan	-	X
	• Kepala Puskesmas	-	X
	• Camat	-	X
	• Kepala Desa	-	X
	• Tenaga Kesehatan	-	X
	• Kader kesehatan	-	X
	• Tokoh Masyarakat	-	X
	• Masyarakat	X	X

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Konawe Selatan dengan ibukotanya Andoolo secara geografis terletak di bagian Selatan Khatulistiwa, melintang dari Utara ke Selatan antara $3.58.56^0$ dan $4.31.52^0$ lintang Selatan, membujur dari Barat ke Timur antara $3.58.56^0$ dan $4.31.52^0$ bujur Timur.

Batas wilayah Kabupaten Konawe Selatan adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Konawe dan Kota Kendari
- Sebelah Timur berbatasan dengan Laut Banda dan Laut Maluku.
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Bombana dan Kabupaten Muna.
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Kolaka.

Luas wilayah daratan Kabupaten Konawe Selatan, 451.421 Ha atau 11,83 persen dari luas wilayah daratan Sulawesi Tenggara. Sedangkan luas wilayah perairan (laut) ± 9.368 Km². Selain jazirah tenggara Pulau Sulawesi, terdapat juga pulau kecil yaitu Pulau Cempedak. Menurut Kecamatan, wilayah terluas adalah Kecamatan Tinanggea 528 km² (11,70 persen), kemudian berturut-turut Kecamatan Angata (9,69 persen), Moramo (8,95 persen), kecamatan lainnya memiliki luas wilayah dibawah 8 persen. Kecamatan yang paling kecil wilayahnya adalah Kecamatan Ranomeeto Barat (0,40 persen) dan Palangga (0,47 persen).



Gambar 5.1 Peta Kabupaten Konawe Selatan

Seperti daerah-daerah lain di Indonesia, di Kabupaten Konawe Selatan dikenal dua musim yaitu musim kemarau dan musim penghujan. Keadaan musim banyak dipengaruhi oleh arus angin yang bertiup diatas wilayahnya. Pada bulan Nopember sampai dengan Maret, angin banyak mengandung uap air yang berasal dari Benua Asia dan Samudera Pasifik, setelah sebelumnya melewati beberapa lautan. Pada bulan-bulan tersebut terjadi musim Penghujan. Sekitar bulan April, arus angin selalu tidak menentu dengan curah hujan kadang-kadang kurang dan kadang-kadang lebih. Musim ini oleh para pelaut setempat dikenal sebagai Musim Pancaroba. Sedangkan pada bulan Mei sampai dengan Agustus, angin bertiup dari arah Timur yang berasal dari Benua Australia kurang mengandung uap air. Hal ini mengakibatkan minimnya curah hujan di daerah ini. Pada bulan Agustus sampai dengan Oktober terjadi musim Kemarau. Sebagai akibat perubahan kondisi alam yang sering tidak menentu, keadaan musim juga sering menyimpang dari kebiasaan.

Tabel 5.1
Luas Wilayah Kabupaten Konawe Selatan Menurut
Kecamatan Tahun 2007

NO.	KECAMATAN	LUAS WILAYAH (Km²)	Presentase (%)
1	2	3	
1	Tinanggea	528	11,70
2	Lalembuu	150	3,32
3	Andoolo	257	5,70
4	Buke	151	3,35
5	Palangga	23	0,47
6	Palangga Selatan	159	3,52
7	Baito	207	4,59
8	Lainea	282	6,25
9	Laeya	122	2,70
10	Kolono	335	7,42
11	Laonti	246	5,45
12	Moramo	404	8,95
13	Moramo Utara	127	2,81
14	Konda	132	2,93
15	Wolasi	151	3,35
16	Ranomeeto	197	4,37
17	Ranomeeto Barat	18	0,40
18	Landono	142	3,15
19	Mowila	141	3,13
20	Angata	437	9,69
21	Benua	149	3,30
22	Basala	156	3,46
KAB/KOTA		4.514	100,00

Sumber: BPN Kabupaten Konawe Selatan

Berdasarkan data 2008 Jumlah penduduk Kabupaten Konawe Selatan sebesar 240.053 jiwa. Sebaran penduduk yang tertinggi di Kecamatan Tinanggea sebesar 8,00% dan yang terendah di Kecamatan Wolasi sebesar 1,78%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel terlampir.

Tabel 5.2
Persebaran Penduduk Kab Konawe Selatan Menurut Kecamatan
Tahun 2008

No	Kecamatan	Penduduk	Persebaran (%)
1	Tinanggea	19204	8,00
2	Lalembuu	15699	6,54
3	Andoolo	16444	6,85
4	Buke	11547	4,81
5	Palangga	10562	4,40
6	Palangga Selatan	5209	2,17
7	Baito	6769	2,82
8	Lainea	7874	3,28
9	Laeya	16348	6,81
10	Kolono	13851	5,77
11	Laonti	8954	3,73
12	Moramo	11619	4,84
13	Moramo Utara	6265	2,61
14	Konda	14931	6,22
15	Wolasi	4273	1,78
16	Ranomeeto	12795	5,33
17	Ranomeeto Barat	6121	2,55
18	Landono	11451	4,77
19	Mowila	10250	4,27
20	Angata	13491	5,62
21	Benua	9362	3,90
22	Basala	7034	2,93
	Kab Konawe Selatan	240053	100

Sumber: BPS Kab Konawe Selatan

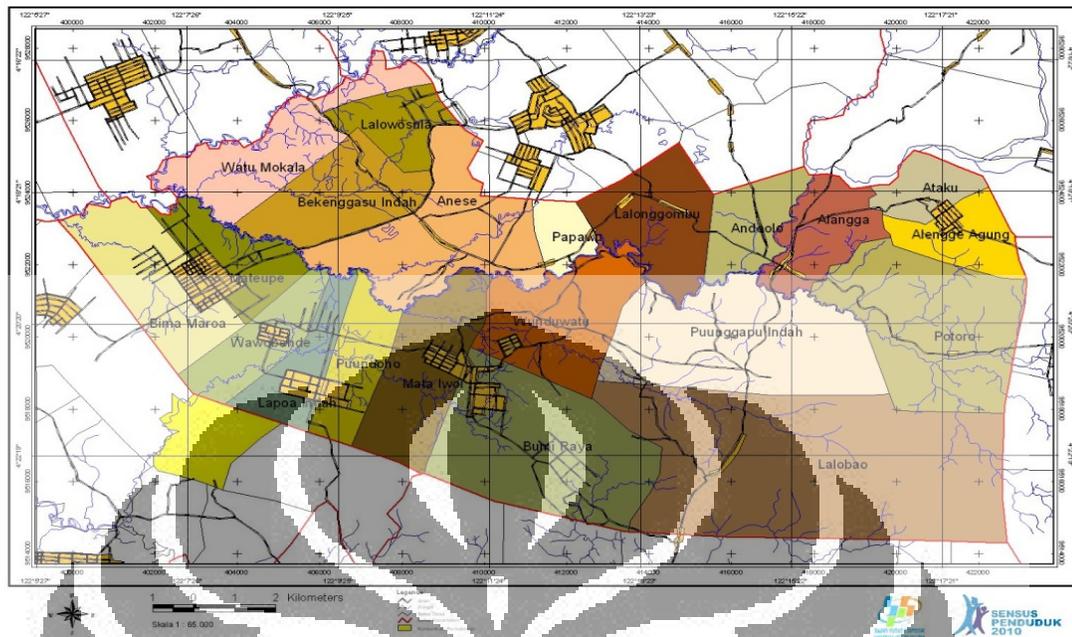
Permukaan tanah pada umumnya bergunung dan berbukit yang diapit dataran rendah yang sangat potensial untuk pengembangan sektor pertanian. Kabupaten Konawe Selatan mempunyai beberapa sungai besar yang cukup potensial untuk pengembangan pertanian, irigasi dan pembangkit tenaga listrik seperti; Sungai Lapoa, Sungai Laeya, dan Sungai Roraya. Bendungan irigasi Benua Aporo mengairi sawah sekitar 2.602 Ha. Selain sungai-sungai yang telah disebutkan di atas terdapat pula Rawa Aopa yang sangat potensial untuk pengembangan usaha perikanan darat.

Penyediaan sarana kesehatan di Kabupaten Konawe Selatan telah menyebar sampai kedesa-desa terpencil melalui peningkatan jumlah Puskesmas Perawatan, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu, Pos Obat Desa, Pondok Persalinan Desa, Puskesmas Keliling Laut serta Puskel Darat. Penyediaan sarana tersebut diatas merupakan kebutuhan pokok dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan menjadi salah satu perhatian utama pembangunan dibidang kesehatan yang bertujuan agar semua lapisan masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan.

5.1.1 Kecamatan Andoolo

Kecamatan Andoolo dengan ibukota kecamatan Desa Andoolo adalah Kecamatan tempat kedudukan ibukota Kabupaten Konawe Selatan. Luas wilayah Kecamatan andoolo kurang lebih 257 km², dengan batas-batas wilayah kecamatan yaitu :

- Sebelah Utara berbatasan dengan kecamatan Benua dan Kecamatan Buke
 - Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Basala dan Lalembu
 - Sebelah Selatan berbatasan dengan kecamatan Tinanggea
 - Sebelah Timur berbatasan dengan kecamatan Palangga dan Baito
- Jumlah penduduk di kecamatan Andoolo pada tahun 2008 kurang lebih 16.444 jiwa.



Gambar 5.1 Peta Kecamatan Andoolo

5.1.1.1 Desa Andoolo

Walapun sebagai ibukota pemerintahan Andoolo masih berbentuk pemerintahan desa yang dikepalai oleh seorang kepala desa. Penduduk andoolo terdiri dari berbagai suku yaitu tolaki sebagai suku mayoritas, bugis, jawa, muna, buton, dan lain-lain. Berbagai macamnya suku yang ada di desa Andoolo tidak terlepas dari kedudukannya sebagai tempat ibukota pemerintahan kabupaten, sehingga banyak penduduk terutama Pegawai Negeri Sipil yang hijrah dan tinggal di Andoolo selain itu dengan lokasi yang strategis sebagai ibukota kabupaten banyak masyarakat yang datang untuk mencoba peruntungan dengan berusaha di Andoolo membuka toko-toko Sembilan bahan pokok, selain kebutuhan lain seperti foto copy, bengkel kendaraan bermotor, penjahit, dan lain sebagainya.

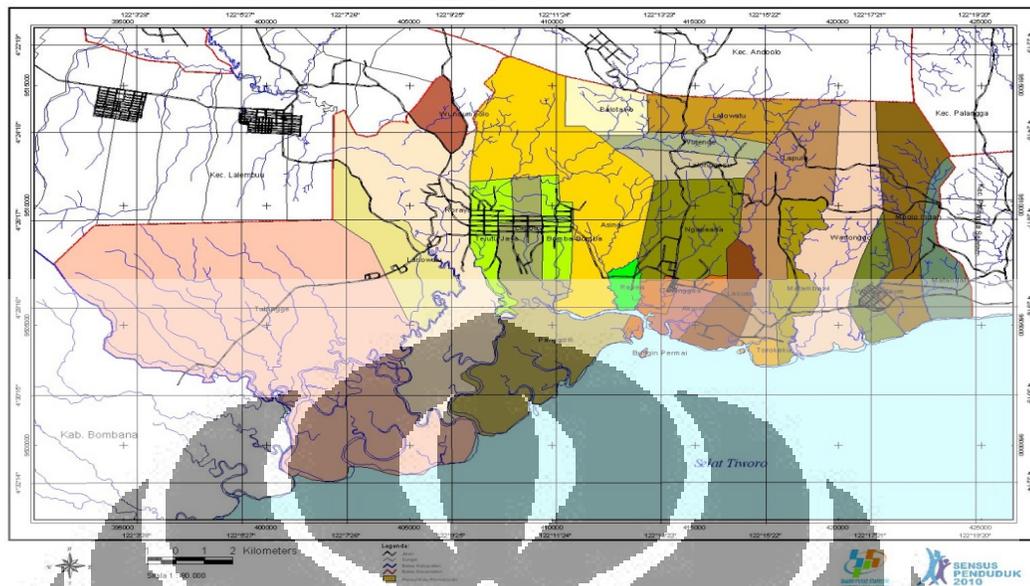
Pelayanan kesehatan yang ada di desa Andoolo adalah sebuah Rumah Sakit Kabupaten yang baru beroperasi pada tahun 2007. Walaupun ada rumah sakit tetapi masyarakat di Andoolo terutama masyarakat tidak mampu dan Pegawai Negeri sipil, masih menggunakan Puskesmas Bima Maroa yang cukup jauh jaraknya yaitu sekitar 10 Km dari Andoolo. Penggunaan puskesmas oleh masyarakat dan PNS tidak luput dari fasilitas pengobatan gratis yang disediakan oleh pemerintah yaitu Jamkesmas untuk masyarakat miskin dan Askes bagi pegawai negeri sipil.

5.1.2 Kecamatan Tinanggea

Kecamatan Tinanggea dengan ibukota kecamatan adalah Kelurahan Tinanggea termasuk kecamatan yang terletak di pinggiran pantai, dimana sebagian wilayahnya langsung berhubungan dengan lautan. Letak kecamatan Tinanggea cukup dekat dengan ibukota pemerintahan kabupaten dimana perjalanan dapat di tempuh selama 10 sampai 30 menit.

Jumlah penduduk kecamatan Tinanggea pada tahun 2008 adalah 19.204 jiwa dan luas wilayah 528 Km², dengan batas-batas kecamatan sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatas dengan kecamatan Andoolo
- Sebelah Barat berbatas dengan kecamatan Lalembu dan Kabupaten Bombana
- Sebelah Selatan berbatas dengan selat Tiworo
- Sebelah Timur berbatas dengan kecamatan Palangga dan Keccamat Palangga Selatan.



Gambar 5.2 Peta Kecamatan Tinanggea

5.1.2.1 Desa Telutu Jaya

Desa Telutu Jaya merupakan desa transmigrasi yang didirikan pada tahun 1978, dimana penduduknya didatangkan dari pulau Jawa dan Bali. Penduduk desa Telutu Jaya terdiri dari 3 suku besar yaitu suku Jawa, suku Sunda, dan suku Bali, selain suku-suku tersebut ada juga suku pribumi walaupun jumlahnya tidak banyak seperti suku Tolaki dan suku Bugis. Mata pencaharian penduduk Telutu Jaya mayoritas adalah petani yang menggantungkan hidupnya dari hasil pertanian seperti sawah dan kebun, selain itu ada juga warga yang menambah penghasilan dengan mencari hasil laut, terutama jika aktifitas persawahan mereka lagi kosong.

Tempat pelayanan kesehatan yang ada di desa Telutu Jaya adalah terdiri dari 2 orang bidan dan 1 orang mantri yang melayani pengobatan dari tempat yang mereka sediakan sendiri di rumah pribadi mereka.

5.1.2.2 Desa Torokeku

Desa Torokeku merupakan desa yang keseluruhan wilayahnya berada dipinggiran pantai, bahkan rumah-rumah warga didirikan dipinggiran pantai yang kalau air pasang ketinggian air bisa mencapai 2 meter dari permukaan tanah. Penduduk Torokeku hampir semua bersuku Bugis, dengan mata pencaharian sebagai nelayan.

Tempat pelayanan kesehatan belum ada di desa torokeku, masyarakat kalau berobat menuju ke puskesmas Tinanggea dengan jarak tempuh kurang lebih 5 menit menggunakan kendaraan bermotor roda dua. Masyarakat masih menganggap jarak tempuh tersebut masih dekat, kecuali kalau ada yang sakit tiba-tiba di malam hari masyarakat menganggap jarak tempuh tersebut cukup jauh.

Fasilitas air bersih di desa Torokeku masih sangat minim, untuk memasak warga menggunakan air bersih yang dialirkan di dapat dengan berlangganan air bersih yang disalurkan dari sumur bor melalui pipa kerumah-rumah warga dengan biaya berlangganan 30.000 perbulan, hal ini cukup memberatkan bagi warga yang tidak mampu sehingga ada juga warga yang tidak berlanggan air bersih tersebut tetapi hanya membeli perember seharga 500.

5.1.3 Kecamatan Ranomeeto Barat

Kecamatan Ranomeeto Barat dengan ibukota kecamatan desa Lameuru adalah kecamatan yang baru dimekarkan dari kecamatan Ranomeeto. Kecamatan Ranomeeto Barat mempunyai luas wilayah 18 Km² dan jumlah penduduk pada tahun 2008 sebesar 6.121 jiwa, merupakan daerah yang termasuk wilayah pegunungan yang jauh dari wilayah lautan.

Batas-batas kecamatan Ranomeeto Barat adalah

- Sebelah Utara berbatas dengan Kabuten Konawe
- Sebelah Barat berbatas dengan kecamatan Landono
- Sebelah Selatan berbatas dengan Kecamatan ranomeeto
- Sebelah Timur berbatas dengan kecamatan Ranomeeto



Gambar 5.3 Peta Kecamatan Ranomeeto Barat

5.1.3.1 Desa Sindang Kasih

Desa Sindang Kasih merupakan desa transmigrasi dengan suku mayoritas suku Sunda, selain suku sunda ada suku lain seperti suku Bali, suku tolaki, dan suku Bugis. Mata pencaharian penduduk adalah bertani yang terdiri dari sawah dan kebun.

Tempat pelayanan kesehatan yang ada di desa Sindang Kasih adalah Bakesra (balai kesehatan rakyat) yang dilayani oleh seorang bidan dan bertempat tinggal di desa Sindang Kasih.

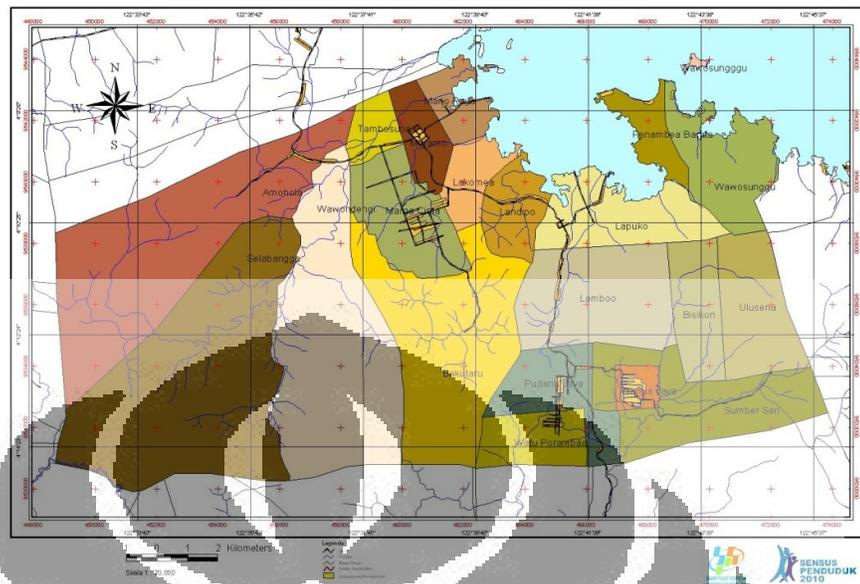
5.1.3.2 Desa Jati Bali

Desa Jati Bali merupakan desa transmigrasi yang didatangkan dari pulau Bali, berdasarkan asal daerah penduduk tersebut maka hampir semua penduduk Jati Bali adalah bersuku Bali. Mata pencaharian penduduk adalah bertani dengan bersawah dan berkebun.

Tempat pelayanan kesehatan yang ada adalah bidan desa yang melayani pengobatan masyarakat dari rumah pribadinya.

5.1.4 Kecamatan Moramo

Kecamatan moramo merupakan salah satu kecamatan yang terjauh dari pusat pemerintahan Kaupaten Konawe Selatan, mempunyai jarak tempuh kurang lebih 200 Km dengan waktu tempuh kurang lebih 4 jam. Kecamatan Moramo termasuk kecamatan yang sebagian wilayahnya berbatasan dengan lautan, mempunyai luas wilayah 404 Km² dan jumlah penduduk pada tahun 2008 sebesar 11.619 jiwa.



Gambar 5.4 Peta Kecamatan Moramo

5.1.4.1 Desa lapuko

Desa Lapuko merupakan ibukota kecamatan Moramo, termasuk desa yang berada dipinggiran pantai dimana sebagian wilayahnya langsung berbatasan dengan lautan. Penduduk lapuko termasuk penduduk pribumi yang telah puluhan tahun bermukim di desa tersebut. Terdapat dua suku yang ada di Lapuko yaitu suku Tolaki sebagai suku mayoritas dan suku Bugis.

Mata pencaharian penduduk adalah sebagian besar sebagai nelayan tetapi tidak sedikit juga yang menggantungkan nasibnya dari hasil pertanian. Selain nelayan dan petani ada juga warga Lapuko yang berprofesi sebagai pedagang, hal ini tidak luput dari status desa lapuko sebagai ibukota kecamatan.

Pelayanan kesehatan yang ada di desa Lapuko adalah sebuah Puskesmas Moramo sebagai Puskesmas Kecamatan, selain puskesmas banyak petugas kesehatan yang melayani

pengobatan di rumah seperti perawat dan bidan terutama yang berdomisili di perumahan Puskesmas.

Sumber air bersih penduduk berasal dari Perusahaan Air Bersih yang telah ada, hanya kendalanya kalau musim kemarau tiba sumber air PAM tersebut kadang kering atau berubah warna, tetapi hal ini diantisipasi oleh warga dengan menyediakan sumber air cadangan di rumah berupa sumur bor dan sumur gali.

5.1.4.2 Landipo

Desa Landipo termasuk desa yang jaraknya cukup dekat dengan ibukota kecamatan Moramo yaitu wilayahnya bersebelahan dengan Desa Lapuko. Keadaan desa Landipo tidak jauh beda dengan desa Lapuko, baik dari segi suku maupun mata pencaharian.

Pelayanan kesehatan yang ada hanya di puskesmas Moramo, tetapi hal ini tidak dipermasalahkan oleh penduduk Landipo karena jaraknya cukup dekat, bahkan ada yang tidak sampai 500 m dari puskesmas ke rumah penduduk. Begitu pula sumber air bersih menggunakan pasilitas PAM yang telah ada.

Tabel 5.3
Karakteristik Desa

No	Desa	Status Desa	Spesifik Wilayah	Jumlah Penduduk	Suku
1	Telutu Jaya	Bukan Kota Kec	Daerah Transmigrasi	1882	Jawa,Sunda,Bali, Tolaki Bugis
2	Torokeku	Bukan Kota Kec	Daerah Pribumi, Pingiran Pantai	783	Bajo,Bugis
3	Andoolo	Kota Kec	Daerah Pribumi, Terdekat Kota Kab	780	Tolaki, Bugis
4	Sindang Kasih	Bukan Kota Kec	Daerah transmigrasi, Pegunungan	1459	Sunda, Jawa, Bali
5	Jati Bali	Bukan Kota Kec	Daerah transmigrasi, Pegunungan	1243	Bali
6	Lapuko	Kota Kec	Daerah Pribumi, Terjauh Kota Kab	1048	Tolaki, Bugis
7	Landipo	Bukan Kota Kec	Daerah Pribumi, Terjauh Kota Kab	554	Tolaki, Bugis

5.2 Gambaran Informan

FGD terhadap masyarakat dilakukan sekali dengan jumlah peserta sebanyak 6 orang. Peserta berusia 27- 45 tahun, sedangkan pendidikan peserta terbagi dari SD, SMP, dan SMA, pekerjaan peserta adalah semua petani. Semua peserta adalah kepala keluarga yang mempunyai tanggungan 3 sampai 7 anggota keluarga.

Tabel 5.4
Karakteristik Informan FGD Masyarakat

Kode	Informan	Umur (Thn)	Pekerjaan	Pendidikan	Jumlah
N1-N6	Kepala Keluarga	27-45	Petani	SD, SMP, SMA	6

Wawancara mendalam dilakukan terhadap 1 orang Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten, pendidikan S2, berumur 53 tahun; 1 orang kepala seksi Surveilans, pendidikan SPK, berumur 53 tahun; 1 orang kepala seksi Promosi Kesehatan, pendidikan S1, berumur 49 tahun; 1 orang kepala puskesmas pendidikan S1, berumur 47 tahun; 2 orang camat pendidikan S1 dan S2, berumur 40 dan 37 tahun; 3 orang kepala desa pendidikan semuanya SMA, berumur 45-61 tahun; 4 orang Tenaga Kesehatan, pendidikan rata-rata D3 dari jurusan Perawat, Gizi dan Kesling, berumur 26 sampai 40 tahun; 4 orang Bidan pendidikan D1 dan D3, berumur 25 sampai 48 tahun; 2 orang tokoh masyarakat, pendidikan SMP dan SMA, berumur 59 dan 55 tahun, pekerjaan petani; 5 orang masyarakat pendidikan SD, SMP, dan SMA, berumur 30 sampai 55 tahun, pekerjaan petani, nelayan, dan pedagang.

Tabel 5.5
Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

Kode	Informan	Umur (Thn)	Pekerjaan	Pendidikan	Jumlah
S	Sekretaris Dinas kesehatan	53	PNS	S2	1
A	Kasi Promkes Dinas Kesehatan	49	PNS	SPK	1
E	Kasi Surveilans Dinas Kesehatan	53	PNS	S1	1
C1-C2	Camat	37-38	PNS	S1-S2	2
F	Kepala Puskesmas	47	PNS	S1	1
D1-D3	Kepala desa	45-61	Kepala Desa	SMA	3
P1-P3	Petugas Kesehatan	26-40	PNS	D3	4
B1-B4	Bidan	25-45	PNS	D1,D3	4
K1-K5	Kader Kesehatan	23-40	Petani, Pedagang	SD-SMA	
T1-T2	Tokoh Masyarakat	50-59	Petani	SMP	2
M1-M4	Masyarakat	25-50	Petani, Nelayan, Pedagang	SD-SMA	5

5.3 Distribusi Informan

Distribusi informan terdiri dari Informan Dinas kesehatan Kabupaten yaitu sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten, Kasi Surveilans, Kasi Promkes, yang diharapkan dapat memberikan gambaran informasi keadaan Kabupaten secara umum; informan Kecamatan yaitu Camat, Kepala Puskesmas, Petugas Kesehatan, yang diharapkan dapat memberikan informasi keadaan Kecamatan secara umum; Informan desa terdiri dari Kepala desa, Bidan Desa, Kader Kesehatan, Tokoh Masyarakat, Masyarakat, yang diharapkan dapat memberikan informasi keadaan desa. Khusus informan desa dipilih minimal mewakili 3 jenis informan yang ada, sehingga informasi yang didapat bisa lebih bervariasi dan bisa di triangulasi sumber.

5.4 Hasil Penelitian

5.3.1 Kepemimpinan Yang Peduli Pada Kesehatan

Kepemimpinan yang peduli pada kesehatan adalah pemimpin di masyarakat baik itu kepala desa beserta jajarannya sebagai kepala pemerintahan di desa maupun tokoh masyarakat, tokoh agama, kader kesehatan dan semua yang berperan di masyarakat dan dapat dijadikan panutan oleh masyarakat serta dapat mengorganisir kegiatan-kegiatan di masyarakat. Pada informan ditanyakan siapa yang berperan atau mengkoordinir kegiatan-kegiatan di desa, seberapa penting kesehatan menurut para pemimpin di desa, peran apa saja yang dilakukan pemimpin tersebut dalam bidang kesehatan, sehingga diketahui keberadaan kepemimpinan yang peduli terhadap kesehatan.

Pada masyarakat desa yang mengorganisir kegiatan-kegiatan di desa adalah kepala desa, dusun, RT, serta aparat desa lainnya, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...yang organisir biasa kepala dusun, ketua RT-nya...saya juga ikut mengawasi tapi yang berwenang disitu kepala dusun dan ketua RT, karena sudah saya limpahkan kepada mereka.” (D1)

“...saya yang pimpin langsung kalau ada kegiatan di desa, biasa saya dibantu oleh pada dusun dan pa erte, misalkan ada gotong royong.”(D2)

“...disini kalau ada kegiatan-kegiatan harus saya yang turun, karena masyarakat disini lebih mendengar kalau saya yang perintahkan.”(D3)

Informasi ini diperkuat dengan ungkapan informan berikut :

“...kalau kebersihan di rumah dilakukan oleh warga sendiri, sedangkan kebersihan di RT dilakukan gotong royong oleh masyarakat yang dikordinir oleh pa desa”(B1)

“...disini sudah rutin gotong royong membersihkan lingkungan satu minggu satu kali, dipimpin langsung oleh kepala desa dan dibantu aparatnya.”(B2)

“...Jumat bersih sudah mulai berjalan, yang kordinir pemerintah desa, kepala desa dan aparatnya.”(T1)

“...padesa yang pimpin kalau ada kegiatan di desa seperti gotong royong.” (M3)

“...itu padesa yang langsung turun kalau ada kegiatan di desa.”(M4)

Selain kepala desa, kader kesehatan dan petugas kesehatan juga berperan dalam kegiatan-kegiatan di desa, terutama kegiatan di bidang kesehatan, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...saya kordinator..yang turun ke posyandu tim...jadi jurim turun, gizinya turun, bidannya turun..jadi tiga ini ada turun.” (F)

“...kita sebagai petugas posyandu datang untuk melayani program kesehatan.” (B1)

“...kader menyiapkan tempatnya dan segala keperluan posyandu, jurim memberikan imunisasi, gizi mencatat, bidan memeriksa ibu hamil.”(B2)

Informasi ini diperkuat oleh pernyataan informan berikut :

“...yang mengorganisir, ya kadernya dengan ibu bidan.”(D1)

“...petugas puskesmas beserta kader yang organisir posyandu”.(D2)

“...tenaga kesehatan yang atur pelaksanaan posyandu”.(D3)

Pemimpin di masyarakat desa menganggap bahwa kesehatan merupakan hal yang penting dan harus didukung pelaksanaanya, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...ya sangat penting sekali, kesehatan itu sangat penting sekali.”(D1)

“...penting sekali pa kesehatan itu.”(D2)

“...menurut saya sudah jelas kalau kesehatan itu sangat penting, karena apalah artinya kita hidup kalau kita tidak sehat.” (D3)

“...sa kira kalo kesehatan ini cukup penting karena menyangkut kesehatan orang to, kalau tidak sehat tidak mungkin bisa produktif. Kalau menurut saya kesehatan ini memegang peranan yang sangat penting.” (T1)

Dukungan pemimpin di masyarakat terhadap kesehatan ditunjukkan dengan penyediaan sarana kesehatan, sebagaimana diungkapkan informan berikut

“...waktu ada dana blok grant dari provinsi kami pemerintah desa membuat satu pos tempat pelaksanaan posyandu.”(D1)

“...tempat posyandu sudah ada, barusan dibikin sama padesa.”(B1)

“...padesa baru-baru ini buat pos tempat pelayanan posyandu”.(T1)

Kepemimpinan di masyarakat terutama di masyarakat desa sudah peduli terhadap kesehatan dan menganggap bahwa kesehatan merupakan suatu hal yang penting dalam kegiatan di masyarakat, kesadaran akan pentingnya kesehatan diwujudkan dengan mendukung program-program kesehatan yang ada di desa seperti Pustu, Polindes, Bakesra, Posyandu, dan lain-lain.

Walaupun begitu masih ada juga pemimpin di masyarakat desa yang bersifat pasif yaitu mendukung program kesehatan tetapi peran sertanya sendiri belum optimal, namun secara umum peran serta pemimpin-pemimpin di masyarakat terhadap program kesehatan sudah berjalan dengan baik

5.3.2 Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar adalah tempat pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat yang ada di desa. Berdasarkan hasil wawancara baik itu dari dinas kesehatan, puskesmas, pemerintah desa, masyarakat, dan informan lainnya, diketahui bahwa tempat pelayanan kesehatan yang ada di desa antara lain Pustu, polindes, bakesra, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...ya palingan posyandu, pustu, puskel, itu saja secara garis besar pelayanan kesehatan yang ada di desa.” (F)

“...kalau tempat pelayanan kesehatan yang ada disini namanya bakesra, itu tempatnya yang di depan balai desa.”(B3)

“...di sini ada polindes.” (B4)

“...polindes dengan pustu.” (P3)

“...disini ada bakesra tapi kalau kita mau berobat kita kerumahnya ibu bidan, kebetulan rumahnya dekat dari bakesra.”(M1)

Sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan di desa belum semuanya terpenuhi, masih ada bidan atau petugas kesehatan yang melayani di rumah pribadinya, seperti penuturan informan berikut :

“...disini tidak ada pustu atau polindes, jadi kami melayani pengobatan masyarakat dari rumah sendiri, kami dirikan tempat praktek disebelah rumah.” (B1)

Hal ini diperkuat dengan informasi dari informan berikut :

“...Disini baru ada pos tempat pelaksanaan posyandu, kalau untuk tempat berobat belum ada, masyarakat berobat kerumah ibu bidan atau rumah pa mantri.”(D1)

“...kalau berobat dirumah bu bidan atau biasa juga di rumah pa mantri.”(N1)

Tetapi ada juga bidan yang melayani pengobatan dari rumah pribadinya, meski ada sarana yang tersedia dengan alasan sudah punya rumah pribadi, seperti penuturan informan berikut :

“...bakesra disini tersedia fasilitas rumah dan peralatan pengobatannya, tetapi saya lebih sering melayani masyarakat dari rumah pribadi karena disini pelayanan saya berikan dua puluh empat jam, selain itu sayang kalau rumah saya ini tidak ditempati.” (B3)

Tempat pengobatan dari rumah warga tidak begitu jauh dan tidak memberatkan masyarakat dalam menempuh perjalanannya, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...tempat berobat sangat dekat, bahkan masyarakat kalau mau berobat cukup jalan-jalan kaki saja.” (D1)

“...ya untuk desa kita mudah, puskesmas juga dekat di ngapaaha situ.” (F1)

“...bapak bisa liat sendiri jarak rumah warga ketempat saya ini, sangat dekat biasa mereka Cuma jalan kaki saja.”(B2)

Meski sebagian besar di lokasi penelitian mengungkapkan jarak ke tempat pelayanan kesehatan sudah dekat tetapi masih ada juga yang mengungkapkan kalau jarak ketempat pelayanan kesehatan cukup jauh serta akses transportasi yang tidak lancar, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...jauh karena transportasi yang tidak lancar itu saja kendalanya, baru jalanan yang rusak.” (P3)

“...Cukup jauh karena kalau kita mau berobat harus ke puskesmas Bima Maroa, itu tempatnya di DU(nama kampung) itu harus naik motor.”

“...Lumayan jauh juga karena masyarakat disini kalau mau berobat itu ke puskesmas Tinanggea, harus naik ojek sekitar 5 kilo jaraknya.”(D2)

Namun masyarakat sudah cukup merasakan mamfaat dari pelayanan kesehatan yang telah ada, baik itu dari faktor jarak tempuh maupun dari segi biaya, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...sekarang berobat tidak susah, kita punya kartu jamkesmas jadi berobat kepuskesmas atau kerumah ibu bidan gratis.” (N3)

“...jarak kerumah ibu bidan juga tidak jauh bisa jalan kaki saja.”(N5)

“...sekarang ada jamkesmas jadi kita rajin berobat kepuskesmas.”(M3)

“...pengobatan sekarang gratis jadi kalau saya atau anggota keluarga sakit saya bawa kepuskesmas.” (M4)

Sebagian besar lokasi penelitian sudah mempunyai tempat pelayanan kesehatan yang melayani masyarakat selama 24 jam, tempat pelayanan kesehatan itu terdiri dari Rumah Sakit Kabupaten, Puskesmas, Pustu, Bakesra, Polindes, serta pelayanan kesehatan dari rumah pribadi bidan. Meski begitu masih ada juga lokasi penelitian yang belum mempunyai tempat pelayanan kesehatan.

Kesadaran masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah sudah cukup besar, hal ini didukung oleh kesadaran masyarakat itu sendiri akan pentingnya kesehatan serta fasilitas pemerintah dalam bidang kesehatan yang memudahkan masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan itu sendiri seperti sarana dan prasarana yang semakin dekat dan memadai, serta fasilitas pengobatan gratis yang diberikan bagi masyarakat miskin.

5.3.3 UKBM

Upaya kesehatan berbasis masyarakat atau biasa disingkat UKBM adalah suatu bentuk kegiatan dimasyarakat dimana yang berperan aktif dalam kegiatan tersebut adalah masyarakat itu sendiri. Dari hasil wawancara dengan para informan diketahui berbagai macam UKBM

yang ada di masyarakat, baik yang pernah ada dan sudah tidak berjalan maupun yang masih ada.

UKBM yang ada di masyarakat posyandu, kelompok kesehatan ibu dan anak, pos obat desa, warung obat desa, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...Ya itulah tadi yang saya maksud tadi, mengenai upaya kesehatan masyarakat yang lain dari swadaya masyarakat, itu kan sudah ada sudah berjalan, kalau disini ada ukbm posyandu, ukbm kkia, kelompok kesehatan ibu dan anak, adalagi pos.obat desa, apa ini warung obat desa.”(S)

“...semua desa di kecamatan ini sudah ada posyandunya, malahan ada beberapa desa yang mempunyai dua posyandu.” (F)

“...disini selain posyandu sudah ada yang namanya pos obat desa dan warung obat desa.” (B3)

“...Posyandu satu bulan satu kali, setiap tanggal enam.”(D1)

“...di sini rutin kegiatan posyandu.” (T1)

Peran kader kesehatan dalam kegiatan posyandu sangat menunjang pelaksanaan posyandu itu sendiri, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...partisipasi mereka itu baik sekali, kenapa saya katakan begitu, posyandu kan berjalan tiap bulan, kadernya paling kurang itu yang datang delapan, jadi itu kan cukup tinggi.”(B1)

“...petugas kesehatan di posyandu hanya melaksanakan pemeriksaan ibu hamil, imunisasi, penyuluhan kesehatan, selebihnya semua yang kerjakan adalah kader kesehatan, tetapi walaupun begitu kita selalu memantau kalau ada yang salah misalkan pengisian KMS maka kami akan mengajarkan yang benar.” (B2)

“...kader-kader di sini rata-rata rajin dan mau bekerja, kalau posyandu mereka selalu datang duluan menyiapkan segala sesuatu kebutuhan posyandu.” (P1)

“...pecatatan, penimbangan bayi dan lain-lain kegiatan di posyandu semua yang lakukan itu kami kader, petugas kesehatan hanya bagian pengobatan, pemeriksaan ibu hamil, imunisasi.” (K1)

Kemampuan kader dalam berperan serta di kegiatan UKBM sudah cukup bagus sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“... ya lumayan sudah bagus, Cuma tidak merata, tidak semua desa dia punya kadernya bisa berperan aktif, ada juga seperti anak yang dipukul pantatnya baru mau gerak tapi memang ada juga yang aktif sekali.” (F)

“...kemampuan mereka sudah cukup bagus, kalau kerja sudah bisa ditinggalkan sendiri.” (B1)

“...kader disini rata-rata sudah terlatih dan pengalaman karena mereka sudah cukup lama jadi kader, sudah tahunan.” (P1)

Dalam meningkatkan kemampuan kader, mereka selalu dilakukan penyegaran dan pelatihan, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...pernah pelatihan kader, kalau informal dilakukan pada saat posyandu misalnya ada yang salah mengisi KMS nah disitu dibimbing sama petugas.” (F)

“...biasa dari kita mengadakan penyegaran, kalau memang ada dana buat pelatihan kalau tidak ada ya pelatihan saja dan setiap bulan diberikan bimbingan.” (B1)

“...sudah berapa kali kami lakukan pelatihan kader, bahkan tiap pelaksanaan posyandu kami selalu memberikan penjelasan kalau masih ada yang salah.” (B3)

Kader juga diberikan motivasi agar tidak jenuh dan bosan menjadi kader kesehatan, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...naa berapa tahun belakangan ini diadakan lomba kader, na dengan lomba kader itu bagaimana mereka merasa diperhatikan, artinya semacam taktik begitu merangsang masyarakat supaya mau hadir.” (F)

“...kader diberikan fasilitas pengobatan gratis oleh puskesmas, bahkan kalau datang berobat ditempat saya, saya gratiskan biar mereka senang juga menjadi kader.”(B1)

“...setiap bulan ada lima ribu rupiah kami kader dikasih oleh petugas puskesmas, Cuma itu kasian sedikit sekali.”(K2)

Masyarakat sudah merasakan manfaat dari keberadaan UKBM terutama posyandu, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...kita punya anak bisa diimunisasi gratis di posayandu, kalau hamil bisa kita periksa gratis.” (M1)

“...bisa imunisasi gratis, kalau istri hamil juga bisa periksa di posyandu.” (M4)

“...anak-anak kita bisa kita ketahui kesehatannya..kalau ditimbang beratnya tidak turun berarti dia sehat.”(N1)

Semua lokasi penelitian telah mempunyai UKBM yaitu Posyandu, dimana pelaksanaannya rutin setiap bulan sekali. Peran masyarakat terutama kader kesehatan mempunyai andil yang besar terhadap pelaksanaan posyandu tersebut, begitu juga masyarakat sudah berpartisipasi aktif dengan menggunakan fasilitas-fasilitas posyandu yang ada seperti pemeriksaan ibu hamil, imunisasi balita, penyuluhan, bahkan turut menyumbangkan dana secara rutin untuk kegiatan posyandu tersebut. Peran pemerintah desa juga tidak kalah pentingnya dengan menyediakan sarana dan prasarana posyandu sampai memberikan himbauan kepada masyarakatnya untuk menggunakan fasilitas posyandu. Meski begitu tetap saja masih ada pemerintah desa

yang bersifat pasif, dengan hanya memberikan dukungan tanpa kontribusi yang jelas.

5.3.4 Sistem Pendanaan Yang Berbasis Masyarakat

System pendanaan yang berbasis masyarakat adalah suatu kegiatan dimana sumber dananya berasal dari masyarakat, dikelola oleh masyarakat dan kegunaannya untuk masyarakat itu sendiri. Dalam kegiatan kesehatan dan swadaya masyarakat ini sangat menunjang pelaksanaan kegiatan-kegiatan kesehatan yang ada di desa dan masyarakat akan semakin sadar dengan kesehatannya sendiri jika mereka dilibatkan dalam kegiatan-kegiatan kesehatan tersebut.

Hampir semua di lokasi penelitian ini belum ada dana yang berbasis masyarakat untuk kegiatan-kegiatan di bidang kesehatan, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...tidak ada dana begitu pa disini.” (D2)

“...belum ada pendanaan yang seperti didesa ini.” (D3)

“...tidak pernah kita kumpul uang begitu, kecuali arisan sering ji kita lakukan disini tapi uangnya untuk kita pake sendiri.” (M1)

Meski begitu sudah ada dilokasi penelitian dana yang bersumber dari masyarakat diantaranya dana sehat, tabulin, pos obat desa, warung desa, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...semua disini kegiatan posyandu menggunakan dana masyarakat, karena mereka mereka membayar iuran terus ada PMT-nya...” (B1)

“...tabulin dan arisan setiap posyandu, di masing-masing posyandu, dananya digunakan untuk kegiatan posyandu, kecuali arisan digunakan untuk sepenuhnya keperluan sendiri, kebutuhan rumah tangga dan kebutuhan sehari-harinya...”(P3)

Sistem pendanaan di bidang kesehatan yang berbasis masyarakat hampir semua dilokasi penelitian belum ada, tetapi masyarakat sudah mengenal pengumpulan dana yang namanya arisan meski dana tersebut untuk kepentingan pribadi. Beberapa desa sudah ada pendanaan kegiatan kesehatan dengan menggunakan dana dari masyarakat seperti dana sehat, tabulin, dan lain-lain. Petugas kesehatan terutama yang berurusan langsung dengan posyandu, terutama kepala puskesmas, juru imunisasi, petugas gizi, bidan, telah berupaya untuk mengembangkan peran serta masyarakat terutama dari segi pendanaan tetapi hal ini belum sepenuhnya di respon oleh masyarakat itu sendiri.

5.3.5 Surveilans Yang Berbasis Masyarakat

Surveilans yang berbasis masyarakat adalah pengamatan dan pelaporan penyakit melibatkan masyarakat, dimana masyarakat berperan serta dalam memantau terjadinya suatu penyakit di masyarakat dan melaporkan dengan segera ke petugas kesehatan terdekat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan diketahui system Pencatatan dan pelaporan penyakit yaitu masih dilakukan sepenuhnya oleh petugas kesehatan, baik itu bidan desa, petugas kesehatan yang melayani pengobatan, petugas pustu, petugas puskesmas, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...sistem surveilans terpadu artinya kita ambil laporan dari puskesmas, segala pencatatan dari puskesmas setiap bulan melapor...selain itu dari rumah sakit juga, trus laporan dari masyarakat.” (E)

“...ada petugas yang mencatat dan membuat laporan dari puskel, pustu, polindes, dan yang datang berobat ke puskesmas.” (F)

“...kalau saya punya register sendiri.” (B1)

“...register dari pengobatan dipuskesmas, pustu dan polindes.” (P1)

“...itu dicatat dari jumlah masyarakat yang datang berobat baik di polindes, pustu, maupun puskesmas kemudian direkap dikirim ke dinkes. (P3)

Kader kesehatan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan didesa, dalam hal pelaporan dan pengamatan penyakit kader kesehatan sudah terlibat baik pelaporan penyakit, maupun himbauan kepada masyarakat agar berobat, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...kalau ada warga yang sakit saya lapor sama ibu bidan, biasa saya minta agar dia berobat sama ibu bidan atau langsung ke dokter.” (K1)

“...biasa juga saya lapor kalo pas ketemu ibu bidan.” (K2)

“...selalu saya sampaikan kalo ada yang sakit, apalagi kalo tetangga dekat agar dia pergi berobat.” (K3)

Masyarakat belum dilibatkan dalam hal pencatatan dan pelaporan penyakit, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...belum ada karena secara khusus tidak ada.” (F)

“...masyarakat belum dilibatkan dalam hal pelaporan suatu penyakit.” (P1)

“...paling yang melaporkan itu dari keluarga pasien, agar mendapatkan pengobatan.” (D1)

“belum.” (D2)

“...kalau dilaporkan sih tidak, yang melaporkan itu keluarga yang sakit itu.” (T)

Surveilans yang dijalankan di lokasi penelitian ini adalah system pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, dari sumber pelayanan pengobatan baik itu dari puskesmas, pustu, polindes, bakesra, posyandu, dan dari rumah-rumah praktek tenaga kesehatan. Masyarakat belum dilibatkan dalam system surveilans, meski begitu masyarakat kadang melaporkan jika ada anggota masyarakat yang jatuh sakit terutama jika yang sakit itu adalah sanak family (keluarga).

5.3.6 Penanganan Kegawatdaruratan

Penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat adalah masyarakat berpartisipasi aktif jika ada anggota masyarakat yang memerlukan pertolongan medis secara cepat, baik itu penyediaan alat transportasi maupun bantuan lain yang diperlukan.

Penanganan kegawatdaruratan dilakukan di puskesmas, kalau tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit kabupaten atau rumah sakit provinsi, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...puskesmas disini tersedia UGD yang melayani kasus kegawatdaruratan selama 24 jam, kecuali kasusnya berat maka kami akan rujuk ke rumah sakit kabupaten bahkan biasa langsung ke rumah sakit provinsi.” (A)

“...jelas dilarikan ke puskesmas..kalau dulu kedukun, masyarakat sekarang sudah maju kalau sakit-sakit ke puskesmas.” (T1)

Hampir semua dilokasi penelitian belum ada sistem di masyarakat yang menangani secara khusus jika terjadi kasus-kasus kegawatdaruratan, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...belum ada sistem begitu disini, kalau ada yang sakit paling keluarganya yang antar atau tetangga dekatnya.”(D1)

“...tidak ada yang khusus menangani.” (D2)

“...belum, belum ada.” (D3)

Meski begitu sudah ada juga yang mempunyai sistem penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...sudah dibentuk disini, jadi ada ambulans desanya yang khusus menangani kalau ada kasus-kasus gawat darurat terutama jika ada ibu bersalin yang perlu rujukan.” (B3)

“...sudah ada pa, jadi kalau ada warga yang butuh kendaraan untuk berobat secara tiba-tiba, kita tinggal hubungi yang punya mobil itu.”(K4)

“...kalau kita butuh mobil karena ada keluarga yang sakit tiba-tiba, kita Cuma kasih pembeli bensinnya sama yang punya mobil baru diantar kerumah sakit.”

Walaupun sudah ada desa yang menerapkan penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat namun, secara umum penanganan kegawatdaruratan yang dilakukan masih bersifat individual dan kekeluargaan, dimana jika terjadi kasus kedaruratan maka yang berperan disitu baik itu penyediaan kendaraannya, dananya, dan fasilitas lainnya masih dilakukan oleh keluarga dekatnya.

5.3.7 Penanggulangan Bencana

Penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat adalah masyarakat telah siap dalam menghadapi terjadinya bencana dan ada satu system khusus di masyarakat yang bekerja jika terjadi bencana.

Penanganan terjadinya bencana di masyarakat dilakukan oleh pemerintah kecamatan dan berkordinasi dengan pemerintah kabupaten, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...kalau terjadi bencana di masyarakat, maka pemerintah kecamatan akan membentuk tim khusus yang menangani dan segera berkordinasi dengan pemerintah kabupaten untuk langkah-langkah penanganannya.” (C1)

“...disini sudah dibentuk tim kecamatan yang bertugas jika tiba-tiba terjadi suatu bencana, jadi tim ini yang akan bekerja dengan melibatkan pemerintah desa dan berkordinasi dengan pemerintah kabupaten dan pemerintah provinsi.” (C2)

Meski begitu belum ada dari tim kecamatan tersebut yang mendapat pelatihan penanganan bencana, hal ini diungkapkan oleh informan berikut:

“...belum pernah dapat pelatihan.” (C1)

“...kalau pelatihan memang belum pernah dapat.” (C2)

Dalam penanggulangan bencana, masyarakat masih bersifat spontanitas artinya jika terjadi bencana masyarakat baru gotong royong bahu membahu mengatasinya, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...di desa kita kalau ada terjadi bencana, masyarakat secara gotong royong akan bekerja mengatasinya, seperti yang pernah terjadi angin puyuh beberapa tahun yang lalu, masyarakat secara gotong royong dan swadaya bekerja memperbaiki rumah warga yang rusak.” (D1)

“...kita kerja bakti saja kalau ada bencana, seperti angin keras.” (D2)

“...masyarakat turun semua membantu kalau terjadi bencana.” (D3)

Untuk menghadapi jika terjadi bencana, masyarakat tidak mempunyai sistem khusus untuk menanganinya, hal ini diungkapkan oleh informan berikut :

“...tidak ada cara-cara kalau terjadi bencana, tapi mudah-mudahan jangan terjadi bencana laa.” (D1)

“...tidak ada, tidak ada cara khusus dan kita tidak mintakan terjadi bencana.” (D2)

“...belum ada.” (D3)

Sebagian besar masyarakat dalam penelitian ini belum mempunyai sistem dalam menghadapi dan menanggulangi kejadian bencana, jika terjadi bencana masih dikordinir oleh pemerintah kabupaten dan kecamatan, selain itu masih bersifat spontanitas masyarakat yang secara gotong royong bahu membahu dalam menghadapinya.

5.3.8 PHBS

Perilaku hidup bersih dan sehat adalah penerapan sikap perilaku yang sesuai dengan standar kesehatan. Penerapan PHBS ini sangat penting di masyarakat karena dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat itu sendiri.

Dari segi penggunaan air bersih untuk keperluan sehari-hari masyarakat sudah menggunakan sumber air yang bersih dan layak, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

"...penggunaan air bersih didesa Telutu Jaya rata-rata sudah mempunyai sumur, sumurnya sumur gali." (D1)

"...katau air bersih sakira di desa kita ini rata-rata sudah sudah punya sumur to, adapun sumur itu masuk kategori baik atau tidak saya tidak tau, tapi minimal masyarakat kita sudah ada sumber-sumber air yang dia tidak ambil lagi di kali atau di tempat-tempat yang kurang baik to."(T1)

"...orang semua disini menggunakan sumur dan kadang-kadang secara tidak sengaja ada penjual yang bawa abate mereka beli..tidak ada yang menggunakan kali, walaupun tidak punya sumur mereka numpang sama tetangga."(B1)

Hal ini diperkuat oleh ungkapan informan berikut :

"...rata-rata kami sudah punya sumur, walaupun tidak punya biasa numpang disumur tetangga."(N2)

"...saya tidak punya sumur tapi untuk keperluan sehari-hari saya ambil dirumah tetangga."(N4)

"...kalau tidak ambil air disumur walupaun itu numpang, maka tidak ada tempat ambil air lain karena tidak ada kali disini, sekalipun ada kan kotor kalau mau pake air kali untuk kebutuhan sehari-hari."(N6)

Keadaan jamban dimasyarakat bukan hal yang baru, masyarakat sudah mempunyai jamban hamper di setiap rumah, walaupun belum tentu memenuhi standar kesehatan. Hal ini diungkapkan oleh informan berikut:

“...sakira kalo jamban disini, hampir semua warga sudah mempunyai jamban, Cuma masalah sudah sehat atau tidak saya tidak tau, tapi yang pasti mereka sudah buat jamban cemplung.”(T1)

“...rata-rata kami sudah punya jamban cemplung.”(N5)

“...ada kakus kita bikin dibelakang rumah.”(M1)

“...kakus darurat saja yang kita punya, kita bikin dibelakang rumah.”(M3)

“...kalo kakus kita punya di belakang rumah.”(M5)

Hal ini diperkuat oleh informan berikut :

“...kalo jamban disini de, hampir semua warga sudah punya. Kesadaran warga disini cukup tinggi untuk pengadaan jamban walaupun itu Cuma jamban darurat(cemplung).”(B1)

Masyarakat juga sudah mengerti akan pentingnya jamban bagi kesehatan dan aktifitas sehari-hari, sebagaimana diungkapkan oleh informan berikut:

“...soalnya kalo tidak bikin kakus, kotoran akan gampang dihindangi lalat, takut kena diare pa.”(N4)

“...kalo kita tiba-tiba mau buang air besar malam hari, kita tidak repot-repot ke tempat yang jauh.”(M1)

“...kalo buang air besar sembarangan selain gampang dihindangi lalat, juga mudah terinjak-injak kan kotor.”(M3)

“...kalo ada kakus kita tidak buang air sembarangan, jadi baunya tidak kemana-mana, juga tidak mudah disentuh lalat.”

Kesadaran masyarakat dalam penerapan PHBS sudah cukup tinggi hal ini ditunjukkan dengan usaha masyarakat untuk mendapatkan akses penyediaan air bersih baik itu dari sumur gali, sumur bor, PAM, bahkan dengan berlangganan terhadap penyedia air bersih dari masyarakat lainnya ataupun numpang di sumur tetangga. Begitu pula dengan keadaan jamban masyarakat sudah begitu baik, masyarakat sudah sadar akan pentingnya jamban dalam kehidupan sehari-hari, meskipun masih ada juga desa yang belum memenuhi standar kesehatan terutama desa yang berada dipinggiran pantai.

5.3.9 Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan sangat menentukan derajat kesehatan masyarakat, karena dari lingkungan yang tidak sehat bisa terjadi berbagai macam penyakit. Kesadaran masyarakat terhadap kebersihan lingkungan sudah cukup baik hal ini tidak luput dari peran pemerintah terutama pemerintah desa yang senantiasa melakukan upaya-upaya kebersihan lingkungan terutama gotong royong dilingkungan desa.

Dalam menjaga kesehatan lingkungan, peran pemerintah desa dan masyarakat adalah melakukan kebersihan lingkungan dengan cara gotong royong, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

"...gotong royong masyarakat setiap hari jumat, itu yang namanya jumat itu yang namanya jumat bersih..gotong royong baik itu dilorong, di jalan raya dan dimana saja."(D1)

"...sudah rutin disini jumat bersih, gotong royong itu untuk kebersihan lingkungan desa, saya sendiri yang kordinir."(D3)

"...disini sudah rutin gotong royong membersihkan lingkungan satu minggu satu kali, dipimpin langsung oleh kepala desa dan dibantu aparatnya."(B2)

“...Jumat bersih sudah mulai berjalan, yang kordinir pemerintah desa, kepala desa dan aparatnya.”(T1)

Masyarakat juga sudah terbiasa menjaga kebersihan didalam rumahnya, sedangkan di halaman rumah kadang-kadang saja kalau ada kesempatan, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...kalau didalam rumah biasa membersihkan yaitu menyapu lantai, sedang di halaman rumah kadang-kadang saja kalau ada kesempatan baru bersih-bersih.” (K1)

“...Istri setiap hari menyapu lantai di dalam rumah, kecuali diluar rumah jarang, maklum pa soalnya kita petani jadi setiap hari kita disawah atau diladang, jadi jarang ada kesempatan.” (N2)

“...paling membersihkan di dalam rumah, kalau diluar kan tidak ada halaman(laut) jadi tidak pernah dibersihkan.”(K2)

“...warga disini tidak punya halaman jadi kebersihan itu paling didalam rumah yang dibersihkan.” (D3)

Kesadaran Masyarakat masih kurang dalam membuang sampah, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut :

“...sampah dibuang dibelakang rumah tidak dibuatkan tempat khusus.”(N1)

“...dibuang dilaut kalo naik air kan dibawa sama air.”(K2)

“...kita buang saja disamping rumah.” (M1)

“...sabuang saja di halaman belakang, masih luasji halaman belakang (M4)

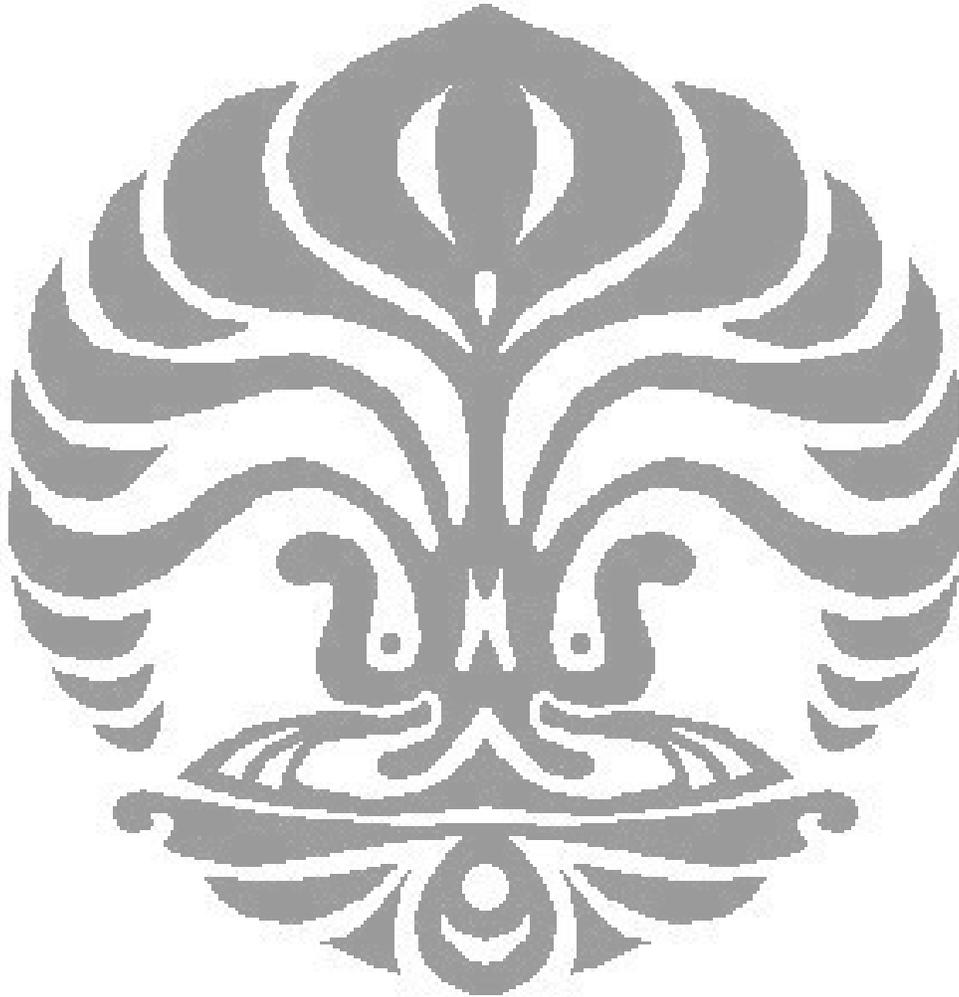
“...sa cari saja tempat kosong baru sabuang.”(M5)

Tetapi sudah ada juga masyarakat yang menyediakan tempat khusus untuk buang sampah, sebagaimana yang diungkapkan informan berikut:

“...itu ada lubang dibelakang rumah dibuatkan sama bapanya untuk buang sampah.”(K1)

“...dibuatkan lubangnya biar tidak berhamburan nanti banyak lalat.”(M2)

Sebagian besar masyarakat dilokasi penelitian belum menjaga kebersihan lingkungannya dengan baik dan masih membuang sampah bukan pada tempatnya. Meskipun begitu tidak sedikit juga masyarakat yang sudah terbiasa menjaga kebersihan terutama di dalam rumah.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini dilapangan, tidak terlepas dari berbagai tantangan dan hambatan yang dihadapi, meskipun peneliti telah berupaya semaksimal mungkin agar penelitian ini bisa berkualitas namun tetap saja hambatan itu ada. Adapun hambatan-hambatan yang dialami peneliti adalah :

- Keberadaan pemerintah desa dan pemerintah kecamatan yang sering tidak berada di tempat, serta masyarakat yang lebih banyak mencari nafkah disiang hari menjadi kendala untuk bertemu. Sehingga kadang wawancara dilakukan pada malam hari setelah warga pulang dari kerja.
- Pendidikan masyarakat yang pada umumnya masih rendah menyulitkan baik untuk izin wawancara maupun proses wawancara itu sendiri. Sehingga untuk melakukan wawancara terhadap masyarakat biasa memerlukan bantuan dari kepala desa atau petugas kesehatan bahkan kader kesehatan yang telah diberi penjelasan tentang penelitian ini.

6.2 Kepemimpinan Yang Peduli Pada kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara terutama kepala desa, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, bidan desa, yang diperkuat oleh masyarakat bahwa Hampir semua kegiatan-kegiatan di desa dikordinir Kepala Desa dan dibantu oleh aparatnya yaitu kepala dusun dan ketua RT. Sedangkan kegiatan-kegiatan dibidang kesehatan dikordinir oleh petugas kesehatan dan para kader kesehatan, akan tetapi pemerintah desa tetap berperan dalam kegiatan kesehatan tersebut baik dalam memantau kegiatan, turut serta dalam kegiatan, maupun sebagai penanggung jawab.

Dalam penelitian ini juga ditemukan adanya peran tokoh agama yang berpengaruh di masyarakat, dimana peran tokoh agama ini sangat kental di masyarakat terutama di masyarakat yang beretnis Hindu. Pemerintah desa dan petugas kesehatan selalu mengikutsertakan tokoh agama ini dalam kegiatan-

kegiatan dimasyarakat baik itu kegiatan dibidang kesehatan maupun kegiatan dibidang lainnya.

Menurut Green dalam Notoatmodjo(2003) perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama, salah satu faktor yang berpengaruh adalah faktor-faktor penguat (reinforcing factors) yaitu faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat(toma), tokoh agama(toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan, sikap positif, dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan.

Pemerintah desa menganggap bahwa kesehatan itu merupakan hal penting yang harus diperhatikan dan dijaga dengan baik. Pemerintah desa juga sangat peduli dengan kegiatan-kegiatan kesehatan yang ada di desanya, hal ini dapat terlihat oleh peran sertanya dalam berbagai kegiatan kesehatan yang ada, baik itu menyediakan sarannya berupa tempat pelaksanaan, himbauan kepada masyarakat agar mengikuti kegiatan tersebut, bahkan menjadi penanggung jawab kegiatan tersebut.

Seorang pemimpin harus memiliki kemampuan : sebagai pemegang kemudi organisasi untuk membawa organisasinya ketempat tujuan yang ditetapkan; berperan sebagai katalisati artinya mampu meningkatkan laju jalannya organisasi; berperan sebagai integrator artinya mampu menyatukan semua komponen yang ada; berperan sebagai bapak yaitu memberikan rasa aman kepada anggotanya; dan berperan sebagai pendidik yaitu mengalihkan pengetahuan kepada orang lain. Siagian (2000).

Berdasarkan hasil wawancara pada semua informan ditemukan adanya kepemimpinan yang peduli pada kesehatan, hal ini bukan hanya ditunjukkan dengan ungkapan verbal semata tetapi ditunjukkan dengan kegiatan-kegiatan yang mendukung terhadap program-program kesehatan yang ada didesa baik itu dukungan terhadap kegiatannya maupun penyediaan saran prasarannya.

Jika dilihat dari kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel kepemimpinan yang peduli terhadap kesehatan *siap* untuk pengembangan desa siaga di kabupaten Konawe Selatan

6.3 Pelayanan Kesehatan Dasar

Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat. Hal ini berarti bahwa peningkatan kesehatan ini baik kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat harus diupayakan. Upaya mewujudkan kesehatan ini dilakukan oleh individu, kelompok, masyarakat, lembaga pemerintahan, ataupun swadaya masyarakat (LSM). Upaya mewujudkan kesehatan tersebut dapat dilihat dari dua aspek yakni pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup dua aspek, yakni kuratif (pengobatan penyakit) dan rehabilitative (pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit atau cacat). Sedangkan peningkatan kesehatan mencakup dua aspek yakni: preventif (pencegahan penyakit) dan promotif (peningkatan kesehatan itu sendiri). Kesehatan perlu ditingkatkan karena kesehatan itu relatif dan mempunyai bentangan yang luas, oleh sebab itu upaya kesehatan promotif ini mengandung makna bahwa kesehatan seseorang, kelompok, atau individu harus selalu diupayakan sampai tingkat yang optimal.

Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana kesehatan. Jadi sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

Dari hasil wawancara dengan para informan ditemukan berbagai pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat yaitu berupa poskesdes, bakesra, pustu, dan polindes. Selain beberapa tempat pelayanan kesehatan dasar tersebut ada juga beberapa desa yang mempunyai bidan atau perawat yang berdomisili di desa tersebut dan memberikan pelayanan kesehatan dasar dengan biaya yang terjangkau. Selain sarana prasarana yang tidak tersedia, petugas kesehatan itu

memang berdomisili secara tetap sehingga mempunyai tempat tinggal pribadi dan mempunyai ruang praktek. Ada juga sarana prasarana tersedia tetapi petugas kesehatan lebih memilih melayani masyarakat dari rumah pribadinya dengan alasan sudah punya rumah sendiri sehingga sayang kalau tidak ditempati.

Dari semua lokasi penelitian, sebagian besar sudah mempunyai tempat pelayanan kesehatan dasar yang memadai, baik itu sarana prasarana maupun petugas kesehatannya. Hal ini juga didukung oleh upaya dari Dinas kesehatan membangun Poskesdes di setiap desa, serta upaya dari Puskesmas dengan menetapkan seorang bidan untuk bertanggung jawab terhadap sebuah desa sebagai desa binaan dan tidak sedikit bidan yang telah menetap di desa binaannya walaupun sarana prasarana belum memadai bahkan menggunakan fasilitas pribadinya.

Petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan sudah cukup baik sebagaimana terungkap dari hasil wawancara baik itu masyarakat maupun pemerintah desa, begitu pula dengan kompetensinya sudah cukup baik, dimana petugas kesehatan yang memberikan pelayanan di desa adalah bidan desa yang sebagian berpendidikan Diploma tiga sedangkan bidan desa yang berpendidikan diploma satu telah sering mendapat pelatihan baik yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan kabupaten maupun dinas kesehatan provinsi.

Pelayanan berkualitas serta diiringi dengan kompetensi yang baik sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat, hanya yang menjadi kendala di Kabupaten Konawe Selatan adalah kurangnya tenaga kesehatan terutama tenaga bidan dan perawat serta penyebaran tenaga kesehatan yang tidak merata sehingga berdampak pada banyaknya desa yang belum mendapatkan tenaga kesehatan yang bertugas melayani pelayanan kesehatan di desa.

Berdasarkan hasil wawancara maka diketahui bahwa sebagian besar sudah ada pelayanan kesehatan dasar di masyarakat, meski tidak sedikit juga yang belum mempunyai akses pelayanan kesehatan dasar serta jarak tempuh yang cukup

jauh. Namun berdasarkan kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel pelayanan kesehatan dasar siap untuk pengembangan desa siaga.

6.4 UKBM

Secara umum di semua lokasi penelitian telah memiliki UKBM, yaitu Posyandu. Kegiatan posyandu rutin diadakan setiap bulan sekali, yang dikordinir oleh kader-kader kesehatan dibantu dan diarahkan oleh petugas kesehatan serta dipantau oleh pemerintah desa.

Melalui kegiatan posyandu ini banyak manfaat yang didapat oleh masyarakat seperti imunisasi balita, pemeriksaan ibu hamil, pelayanan pengobatan, sampai kepada penyuluhan-penyuluhan kesehatan. Manfaat yang dirasakan oleh masyarakat ini membuat antusiasme masyarakat sangat tinggi terhadap pelaksanaan posyandu ini, bahkan beberapa tempat lokasi penelitian masyarakat secara sadar dan ikhlas mengumpulkan iuran yang dananya digunakan untuk kepentingan posyandu itu sendiri.

Dana yang dikumpulkan dari masyarakat diposyandu digunakan untuk kepentingan masyarakat itu sendiri misalkan pemberian makanan tambahan (PMT) dan keperluan lain yang berkaitan dengan pelaksanaan posyandu. Selain iuran tersebut masyarakat kadang juga melakukan arisan tetapi dana yang terkumpul digunakan untuk kepentingan pribadi atau keperluan sehari-hari.

UKBM adalah wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, dengan demikian maka peran serta masyarakat dalam program-program kesehatan bukanlah sesuatu yang baru. Sebab sudah diketahui bahwa wujud nyata peran serta masyarakat dalam bentuk-bentuk UKBM telah ada sebelumnya.

Berdasarkan hasil wawancara dalam penelitian ini, UKBM telah tersedia di semua lokasi penelitian maka sesuai kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel UKBM siap untuk pengembangan desa siaga.

6.5 Pendanaan Yang Berbasis Masyarakat

Menurut Depkes Ri (2004) pemberdayaan masyarakat dalam pendanaan kesehatan diupayakan melalui perhimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun untuk kepentingan masyarakat. Jadi dana yang dikumpulkan untuk pendanaan kesehatan merupakan dana sukarela dari masyarakat untuk digunakan bersama dalam bidang kesehatan.

Dari hasil wawancara dengan informan hampir semua lokasi penelitian belum mempunyai sistem pendanaan yang berbasis masyarakat. Meski begitu sudah ada beberapa tempat yang mengumpulkan dana dari masyarakat untuk digunakan masyarakat itu sendiri dalam bidang kesehatan, misalkan dana sehat yang dikumpulkan pada saat posyandu. Dana sehat itu nantinya digunakan untuk keperluan-keperluan dalam kegiatan posyandu tersebut, namun yang melakukan hal demikian hanya sebagian kecil saja dari lokasi penelitian.

Pengumpulan dana dalam kegiatan lain, diluar kegiatan kesehatan sudah biasa masyarakat lakukan namun tidak rutin hanya sekali-kali, misalkan pengumpulan dana dari masyarakat untuk perbaikan fasilitas-fasilitas umum seperti balai desa, mesjid, dan lain-lain. Sehingga jika masyarakat akan diberdayakan terutama dalam pendanaan kesehatan yang berbasis masyarakat tidak begitu sulit.

Meskipun secara umum masyarakat belum mempunyai sistem pendanaan yang berbasis masyarakat, namun untuk menuju ke arah itu sudah tersedia, tinggal bagaimana kemampuan pemerintah desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, dan segala yang berpengaruh di masyarakat untuk mengembangkan peran serta masyarakat dalam hal pendanaan yang berbasis masyarakat terutama untuk kegiatan di bidang kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara, jika dilihat dari kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel pendanaan yang berbasis masyarakat belum siap untuk pengembangan desa siaga.

6.6 Surveilans Yang Berbasis Masyarakat

Surveilans yang dilakukan di Kabupaten Konawe Selatan adalah sistem pelaporan terpadu artinya pelaporan dikumpul dari rumah sakit, puskesmas, pustu, poskesdes, polindes, serta tempat-tempat pelayan kesehatan lainnya, di mana laporan dari tempat-tempat pelayanan kesehatan tersebut direkap di Dinas Kesehatan oleh bidang surveilans dan dibuatkan dalam laporan bulanan dan laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten.

Peran serta masyarakat sangat mendukung keberhasilan suatu program, karena masyarakat bukan sekedar obyek tapi bisa menjadi subjek sehingga akan mudah dalam pelaksanaan suatu program. Jadi keikutsertaan masyarakat dalam system surveilans akan sangat besar manfaatnya, karena masyarakat pasti lebih tahu masalah kesehatannya, mengamati faktor resiko penyakit tentunya akan lebih mudah terdeteksi, Karena faktor resiko itu ada di tengah-tengah masyarakat.

Surveilans dalam tingkat masyarakat luas belum dilakukan, tetapi dalam skala kecil sudah dilakukan, dimana kader kesehatan sudah memiliki modal untuk melakukan surveilans, tinggal bagaimana petugas kesehatan dalam hal ini dinas kesehatan dan puskesmas, menggerakkan mereka.

Masyarakat belum dilibatkan dalam sistem surveilans, akan tetapi masyarakat sudah dihimbau baik itu berupa penyuluhan pada saat kegiatan posyandu maupun pada saat kegiatan-kegiatan kesehatan lainnya, agar melapor kepada petugas kesehatan jika ada anggota masyarakat yang menderita suatu penyakit tertentu. Walaupun masyarakat belum berperan secara aktif dalam surveilans tetapi jika ada anggota keluarganya yang sakit atau menderita suatu penyakit maka akan dilaporkan kepada petugas kesehatan agar mendapatkan pengobatan. Jadi sistem surveilans yang berbasis masyarakat sudah mulai

berjalan walaupun masih bersifat individual dan kekeluargaan akan tetapi dasar-dasar surveilans itu sudah mulai ada dimasyarakat.

Dari hasil wawancara terhadap semua informan tidak ditemukan surveilans yang berbasis masyarakat, jika dilihat dari kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel surveilans yang berbasis masyarakat belum siap untuk pengembangan desa siaga.

6.7 Penanganan Kegawatdaruratan

Berdasarkan wawancara terhadap para informan terutama petugas kesehatan dan masyarakat, penanganan kegawatdaruratan masih bersifat individual dan kekeluargaan, artinya jika ada masyarakat yang membutuhkan pertolongan medis secara tiba-tiba baik itu karena kasus kecelakaan maupun karena persalinan maka yang mengurus segala sesuatunya baik itu transportasinya, pendanaannya, dan kebutuhan lainnya hanya dilakukan secara pribadi dan keluarga terdekat saja. Penanganan yang berbasis masyarakat, baik itu tersedianya ambulans desa, pendanaannya, dan kebutuhan lainnya belum ada hampir disemua lokasi penelitian. Meskipun begitu sudah ada desa yang mempunyai penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat, dimana sudah tersedia ambulans desa, pendanaannya, bidan yang mendampingi dalam perjalanan ke tempat rujukan.

Berdasarkan hasil wawancara juga di temukan bahwa pelayanan kegawatdaruratan langsung ditangani di Puskesmas dan kalau puskesmas tidak sanggup mengatasi akan langsung dirujuk rumah sakit kabupaten bahkan langsung ke rumah sakit provinsi. Masyarakat juga masih menikmati pelayanan gratis dari pemerintah melalui program jamkesmas, dimana program jamkesmas ini sangat membantu masyarakat terutama masyarakat yang tidak mampu.

Sebenarnya dasar tolong menolong sudah ada di masyarakat, jika ada tetangga dekat yang membutuhkan pertolongan maka dia akan siap menolongnya, sehingga ini merupakan dasar dari system penanganan kegawatdaruratan

yang berbasis masyarakat tinggal bagaimana petugas kesehatan memanfaatkan potensi yang ada ini di masyarakat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan tidak ditemukan adanya penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat, jika dilihat dari kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel penanganan kegawatdaruratan yang berbasis masyarakat belum siap untuk pengembangan desa siaga.

6.8 Penanggulangan Bencana

Penanggulangan bencana yang dilakukan masyarakat berdasarkan hasil wawancara dengan informan masih dilakukan oleh pemerintah kabupaten yang berkordinasi dengan pemerintah provinsi dan pemerintah kecamatan. Satuan tugas penanggulangan bencana dibentuk di pemerintah kecamatan oleh pemerintah kabupaten bekerja sama dengan pemerintah provinsi. Masyarakat belum dilibatkan dalam hal penanggulangan bencana, akan tetapi semangat gotong royong masyarakat masih sangat kuat jika terjadi bencana maka secara spontanitas masyarakat akan bahu membahu membantu masyarakat lain yang terkena bencana.

Penanggulangan bencana yang dilakukan masyarakat selama ini hanya bersifat spontanitas, artinya jika terjadi bencana maka masyarakat akan terpanggil dengan sendirinya untuk memberikan bantuan baik itu berupa tenaga maupun berupa bantuan material. Masyarakat juga tidak mempunyai strategi khusus untuk mengatasi dan menghadapi terjadinya bencana.

Pemerintah kecamatan sebenarnya telah ada yang membentuk satuan tugas untuk penanggulangan bencana, namu hanya ada di tingkat kecamatan dan belum berjalan dengan baik, begitu pula pelatihan terhadap anggota satuan tugas belum pernah dilakukan pelatihan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan tidak ditemukan penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat, Jika dilihat dari kriteria

siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat belum siap untuk pengembangan desa siaga.

6.9 PHBS

Penerapan PHBS dimasyarakat berdasarkan hasil wawancara dengan informan sudah cukup bagus terutama dari penggunaan air bersih untuk keperluan hidup sehari-hari. Hampir semua di lokasi penelitian telah memiliki akses ketersediaan air bersih baik itu untuk masak, mandi maupun cuci. Memang masih ada juga masyarakat yang kesulitan terhadap ketersediaan air bersih terutama untuk desa yang berada dipinggiran pantai, tetapi masih dapat diatasi oleh masyarakat dengan berlangganan air bersih dari pihak swasta. Hampir semua di lokasi penelitian juga telah mempunyai jamban kecuali desa yang berada dipinggiran pantai, karena kondisi rumah yang berada diatas laut sehingga jamban yang ada belum memenuhi standar kesehatan, namun telah dilakukan upaya-upaya untuk meminimalisir dampak tinja tersebut yaitu dengan cara dibuatkan penampungan sementara nanti datang air pasang tinja tersebut akan terbawa oleh air laut. Memang cara tersebut belum memenuhi standar kesehatan lingkungan namun kemauan masyarakat untuk berperilaku sehat terutama untuk ketersediaan jamban telah direspon dengan baik oleh masyarakat.

Kesadaran masyarakat untuk menjaga kesehatan juga ditunjukkan dengan peran aktif masyarakat dalam kegiatan posyandu serta penggunaan pelayanan kesehatan yang cukup tinggi baik itu ke puskesmas, pusku, polindes, dan lain-lain. Masyarakat telah menggunakan dengan baik fasilitas pengobatan gratis yang disediakan oleh pemerintah.

Pengetahuan masyarakat tentang PHBS salah satunya dipengaruhi oleh faktor layanan kesehatan, seperti penyuluhan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan, penyuluhan kesehatan sering diberikan pada saat posyandu atau terjadi KLB. Sehingga masyarakat sedikit banyaknya sudah mengerti tentang penerapan PHBS.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan ditemukan penerapan PHBS di masyarakat meskipun masih ada juga yang belum menerapkan dengan baik namun secara umum masyarakat sudah menerapkan PHBS, Jika dilihat dari kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel penerapan PHBS siap untuk pengembangan desa siaga.

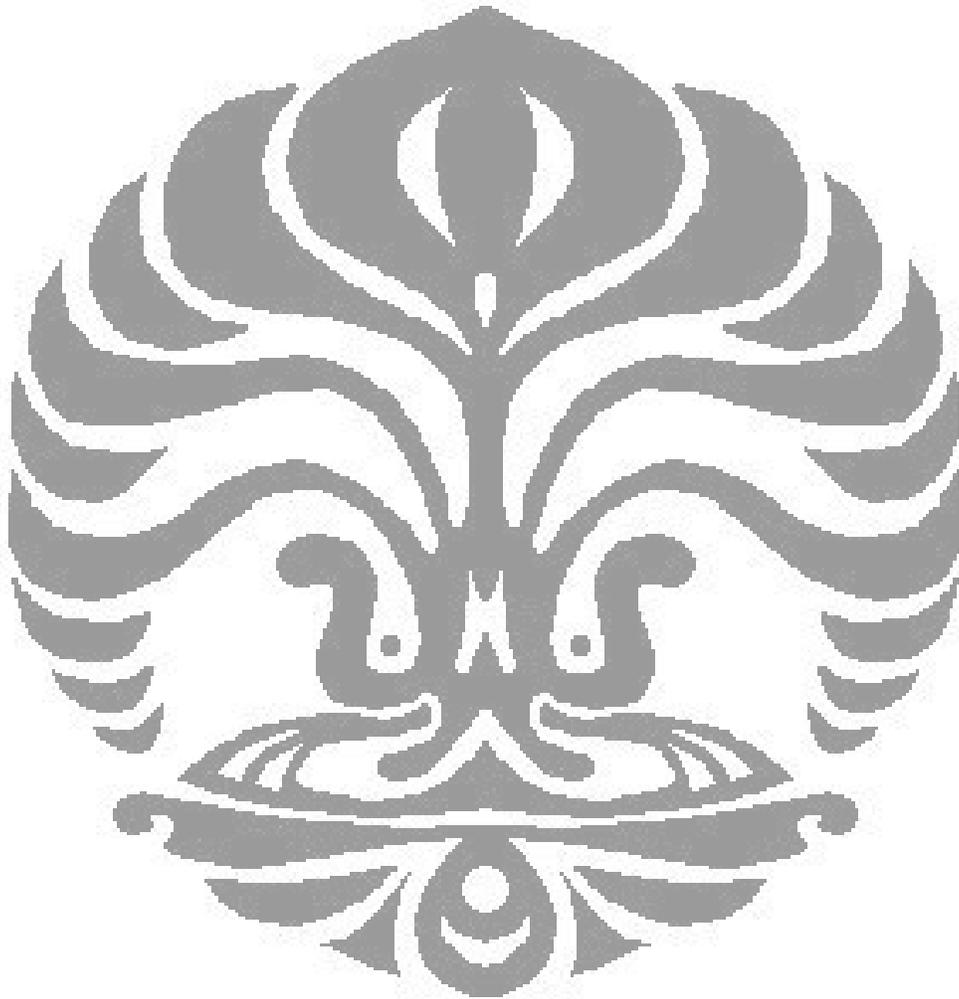
6.10 Kesehatan Lingkungan

Berdasarkan hasil wawancara dengan masyarakat dan pemerintah desa, kesadaran masyarakat terhadap kebersihan lingkungan masih sangat rendah, hal ini ditandai dengan upaya menjaga kebersihan lingkungan yang tidak rutin. Meskipun sudah ada masyarakat yang di wilayah tempat tinggalnya yang menerapkan Jumat bersih secara rutin, namun sebagian besar masyarakat masih ada yang belum secara rutin menjaga kebersihan lingkungannya.

Banyak merebak berbagai macam penyakit yang terjadi akhir-akhir ini lebih disebabkan karena kondisi lingkungan yang tidak sehat, dengan pengertian penyakit berbasis lingkungan, seperti flu burung, demam berdarah, kekurangan gizi, dan lain-lain. Kondisi lingkungan yang tidak sehat sangat berperan pada tingginya kasus flu burung ini.

Pengetahuan akan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi rendahnya kesadaran masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan. Dalam Notoatmodjo (2005), dikatakan pengetahuan kesehatan meliputi pengetahuan tentang cara memelihara kesehatan, pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan menghindari kecelakaan. Green(1980) mengatakan pengetahuan merupakan faktor predisposisi yaitu faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, artinya dengan pengetahuan yang baik memudahkan seseorang dalam berperilaku. Memiliki pengetahuan tentang kebersihan lingkungan, diharapkan memiliki sikap yang positif dalam melakukan kebersihan lingkungan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan tidak ditemukan kebersihan lingkungan di masyarakat meskipun sudah ada juga masyarakat yang menjaga kebersihan lingkungannya dengan baik namun secara umum kebersihan lingkungan di masyarakat belum berjalan dengan baik, Jika dilihat dari kriteria siap yaitu sudah tersedia dan tinggal memakai maka variabel kesehatan lingkungan belum siap untuk pengembangan desa siaga.



Tabel 6.1
Kesiapan terhadap variabel pengembangan desa siaga

No	Desa Variabel	Telutu Jaya		Torokeku		Andoolo		Sindang Kasih		Jati Bali		Lapuko		Landipo	
		Siap	Tidak Siap	Siap	Tidak Siap	Siap	Tidak Siap	Siap	Tidak Siap	Siap	Tidak Siap	Siap	Tidak Siap	Siap	Tidak Siap
1	Kepemimpinan	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2	Pelayanan Kesehatan Dasar	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	X	-	-	X
3	UKBM	X	-	X	-	X	X	X	-	X	-	X	-	X	-
4	Sisten Pendanaan Yang Berbasis Masyarakat	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	X	-	X
5	Sistem Surveilans	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	X	-	X
6	Penanganan Kegawatdaruratan	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	X	-	X
7	Penanggulangan Bencana	-	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-	X	-	X
8	Penerapan PHBS	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	X	-	X	-
9	Kesehatan Lingkungan	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	X	-	-	X
	Tingkatan Desa Siaga	Desa Siaga Pratama		Belum Siap		Desa Siaga Pratama		Desa Siaga Mandiri		Belum Siap		Desa Siaga Pratama		Belum Siap	

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan variabel-variabel yang diteliti, maka secara umum di Kabupaten Konawe Selatan *belum siap* untuk pengembangan desa siaga. Jika berdasarkan tingkatan desa siaga maka sebagian besar pada lokasi penelitian di Kabupaten Konawe Selatan telah *siap* untuk menjadi desa siaga pratama dengan syarat mempunyai pelayanan kesehatan dasar dan UKBM. Kesungguhan Dinas Kesehatan Kabupaten dalam pengembangan desa siaga dapat terlihat dalam perencanaan tahunan yang memasukan program pembentukan Poskesdes di hampir semua desa terutama yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang berdomisili di desa tersebut. Kesiapan desa untuk variabel penelitian adalah sebagai berikut :

7.2 Saran-saran

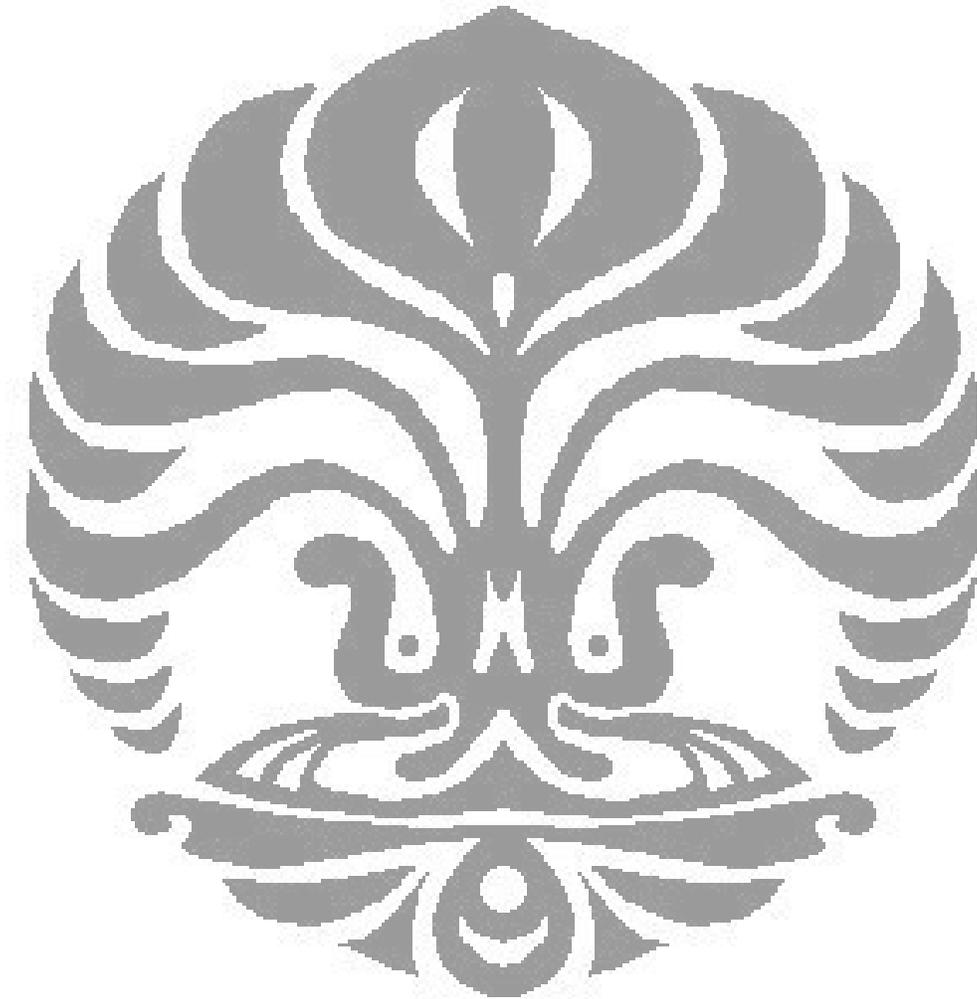
7.2.1 Dinas Kesehatan kabupaten Konawe Selatan

Pengadaan sarana prasarana poskesdes di Kabupaten Konawe Selatan harus terus ditingkatkan karena Poskesdes merupakan salah satu pendukung utama dalam pengembangan desa siaga, Fasilitas air bersih terutama untuk desa di pinggir pantai lebih diperhatikan, serta tempat pembuangan sampah untuk masyarakat bisa diadakan penyuluhan untuk pengadaannya, hendaknya hal ini dibarengi dengan peningkatan kemitraan terutama dengan pemerintah kecamatan dan pemerintah desa dalam kegiatan-kegiatan kesehatan serta penyediaan sarana prasarana.

Pemberdayaan masyarakat dalam program-program kesehatan bisa lebih ditingkatkan baik melalui petugas kesehatan yang ada di puskesmas ataupun melalui petugas kesehatan yang ada di dinas kesehatan kabupaten.

7.2.2 Pemerintah Kabupaten Konawe Selatan

Pemerintah Kabupaten Konawe Selatan bisa lebih meningkatkan dukungan dalam program-program kesehatan terutama program desa siaga, bukan hanya dukungan politis saja tetapi bisa diberikan dalam bentuk peningkatan anggaran untuk program-program kesehatan.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan variabel-variabel yang diteliti, maka secara umum di Kabupaten Konawe Selatan *belum siap* untuk pengembangan desa siaga. Jika berdasarkan tingkatan desa siaga maka sebagian besar pada lokasi penelitian di Kabupaten Konawe Selatan telah *siap* untuk menjadi desa siaga pratama dengan syarat mempunyai pelayanan kesehatan dasar dan UKBM. Kesungguhan Dinas Kesehatan Kabupaten dalam pengembangan desa siaga dapat terlihat dalam perencanaan tahunan yang memasukan program pembentukan Poskesdes di hampir semua desa terutama yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang berdomisili di desa tersebut. Kesiapan desa untuk variabel penelitian adalah sebagai berikut :

7.2 Saran-saran

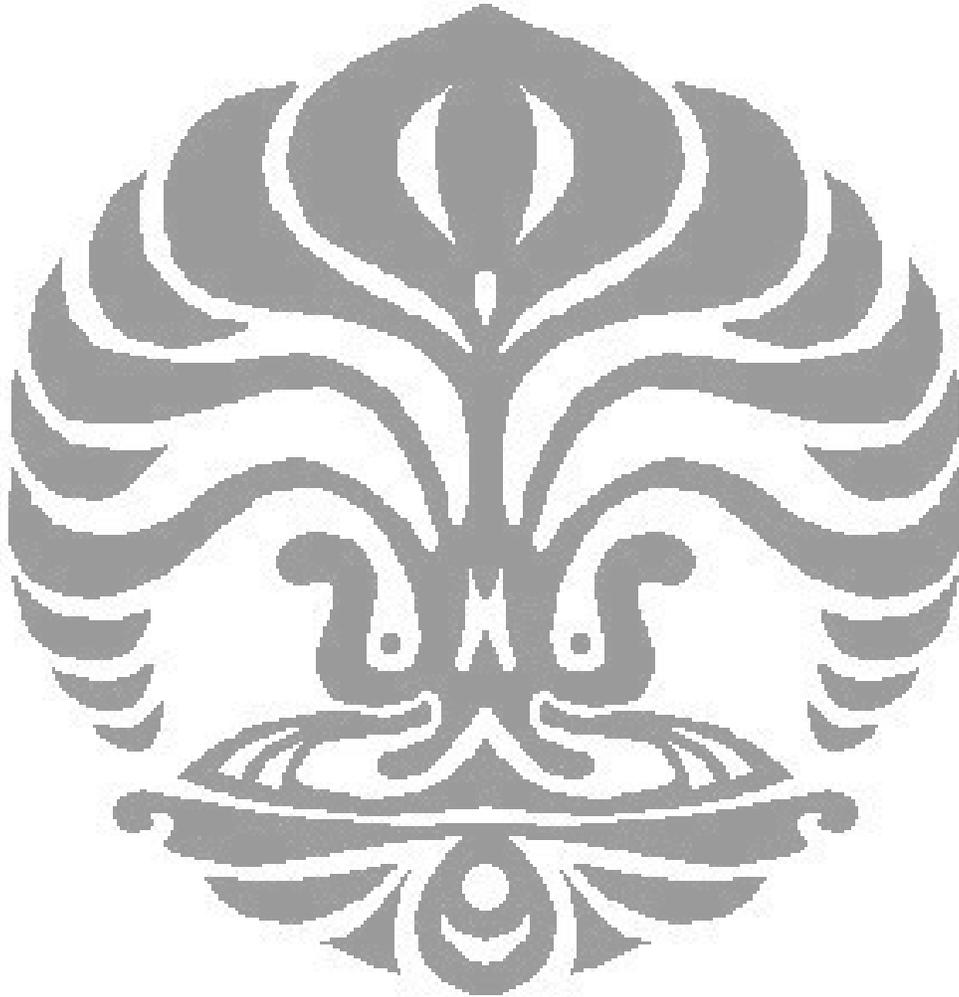
7.2.1 Dinas Kesehatan kabupaten Konawe Selatan

Pengadaan sarana prasarana poskesdes di Kabupaten Konawe Selatan harus terus ditingkatkan karena Poskesdes merupakan salah satu pendukung utama dalam pengembangan desa siaga, Fasilitas air bersih terutama untuk desa di pinggir pantai lebih diperhatikan, serta tempat pembuangan sampah untuk masyarakat bisa diadakan penyuluhan untuk pengadaannya, hendaknya hal ini dibarengi dengan peningkatan kemitraan terutama dengan pemerintah kecamatan dan pemerintah desa dalam kegiatan-kegiatan kesehatan serta penyediaan sarana prasarana.

Pemberdayaan masyarakat dalam program-program kesehatan bisa lebih ditingkatkan baik melalui petugas kesehatan yang ada di puskesmas ataupun melalui petugas kesehatan yang ada di dinas kesehatan kabupaten.

7.2.2 Pemerintah Kabupaten Konawe Selatan

Pemerintah Kabupaten Konawe Selatan bisa lebih meningkatkan dukungan dalam program-program kesehatan terutama program desa siaga, bukan hanya dukungan politis saja tetapi bisa diberikan dalam bentuk peningkatan anggaran untuk program-program kesehatan.



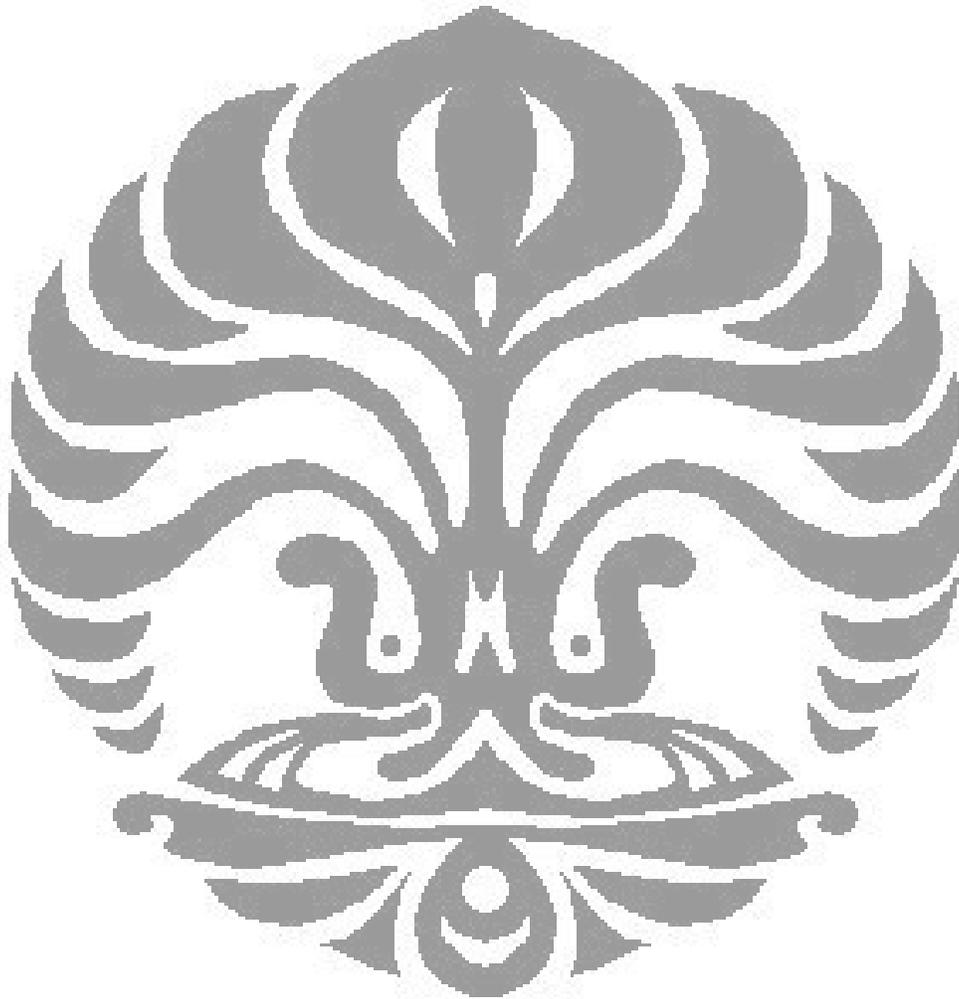
DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad. (2006). *Kamus lengkap bahasa Indonesia*. Jakarta: Reality Publisher.
- Anonim. (2008). *Mencegah kejadian luar biasa dengan konsep desa siaga*, <http://drjamesditataba.wordpress.com/2008/02/28/mencegah-kejadina-luar-biasa-dengan-konsep-desasiaga/>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: PT Binarupa Aksara.
- Bapelkes Salaman. (2008). *Bapelkes Salaman dengan desa binaan menyongsong desa siaga*, <http://pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=86&tbl=infobadan>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- BPPSDMK. (2008). *Pemberdayaan organisasi profesi dalam pelaksanaan desa siaga*, <http://www.pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=77&tbl=infobadan>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- BPPSDMK. (2008). *Konsep pemikiran dan langkah-langkah pusat pendidikan dan pelatihan, SDM kesehatan dalam persiapan pelatihan penyiapan SDM kesehatan desa siaga*, <http://www.pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=71&tbl=infobadan>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- Depkes R.I. (2008). *Desa Siaga: menuju Indonesia sehat 2010*. <http://www.poskesdes.com/pages/desasiaga.html>, diperoleh tanggal 6 Maret 2008.
- Dinkes Pemprop Sulsel. (2006). *Pedoman pengembangan kabupaten/ kota percontohan program perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)*. Makassar: Subdin Promosi dan Kesehatan Masyarakat Dinkes Pemprop Sulsel.
- Dinkes Purbalingga. (2007). *Peranan PKD dalam pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Purbalingga*, diperoleh tanggal 6 Maret 2008.
- Isdiany, N. (2006). *Peran Poltekkes Dalam Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Untuk Desa Siaga(bagian I)*. <http://pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=106&tbl=infobadan>, diperoleh tanggal 28 februari 2009.

- Kelana, A. (2008). Desa siaga busung lapar, http://www.eramuslim.net/?buka=show_artikel&id=239, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- Kresno, S. et al. (1999). *Aplikasi Penelitian Kualitatif Dalam Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Menular*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat & Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Depkes RI.
- Miftah, T.A. (2008). *Optimalisasi peran serta masyarakat dalam program masyarakat dalam program desa siaga*, <http://www.pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=85&tbl=infobadan>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*, edisi revisi. Bandung: PT. Rosdakarya Offset.
- Muljati, W.H. (2008). *Penggagas desa siaga: Melangit di langit perempuan*, <http://www.langitperempuan.com/2008/03/sri-kusyuniati-sang-penggagas-desa-siaga/>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- Notoatmodjo, S. et al. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pane, R.T.H. (2008). *Analisis kesiapan masyarakat dalam pengembangan desa siaga di kabupaten sintang kalimantan barat tahun 2008*. Tesis. Program Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Poerwadarminta. (2006). *Kamus umum bahasa Indonesia*, edisi 3. Jakarta: Balai Pustaka.
- Polit, D.F, Beck & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research*. 5th edition. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Rafei, U. M. (2007). *Lesson-learn pemberdayaan masyarakat 2007*. Bandung: Program Magister IKM Pascasarjana FK Universitas padjadjaran.
- Riasmini, M. (2006). *Peran Tenaga Kesehatan Dalam Pemberdayaan Masyarakat Untuk Mewujudkan Desa Siaga*. <http://pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=105&tbl=infobadan>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009.
- Sastroasmoro & Ismael. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Schoderbek, et al. (1985). *Management system conceptual considerations*. Business Publications.

Siswono. (2006). *Depkes Gulirkan Desa Siaga*. http://www.gizi.net/cgi_bin/berita/fullnews.cgi?newsid1149242593,38026, diperoleh tanggal 17 Maret 2008.

Suparmanto, S.A. (2006). *Pengembangan Desa Siaga dan pos kesehatan desa*. Jakarta: Dirjen Bina Kesmas Depkes RI.



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK MASYARAKAT

Tanggal :
Tempat :
Nama Informan :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Jenis kelamin :

Pertanyaan :

Variabel Kepemimpinan

1. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan di desa? dalam bidang kesehatan?
2. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa
3. Bagaimana peran tokoh masyarakat, tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!

Variabel Sistem Pendanaan

4. Apakah bapak/ibu ikut dalam suatu kegiatan, mengumpulkan dana setiap minggu atau setiap bertemu yang dananya digunakan untuk kepentingan bersama?
5. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

6. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
7. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut?
8. Kalau bapak/ibu atau keluarga sakit berobat kemana? alasannya apa
9. Berapa jauh tempat berobat dari rumah bapak/ibu?
10. Pelayanan apa saja yang diberikan?

Variabel UKBM

11. Kegiatan-kegiatan kemasyarakatan apa yang ada di desa bapak/ibu? Jelaskan!
12. Apa saja kegiatan kemasyarakatan khusus kesehatan? Sebutkan!
13. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? aktif sebagai apa? jelaskan!
14. Apakah bapak/ibu ikut dalam kegiatan tersebut? kalau ikut sebagai apa dan apa alasannya ikut? kalau tidak ikut apa alasannya?
15. Apa bapak/ibu mau menjadi kader? Kalau mau apa alasannya? Kalau tidak apa alasannya?

Variabel Surveilans

16. Penyakit apa yang sering terjadi di desa ibu? Jelaskan!
17. Apakah bapak/ibu mengetahui tanda-tanda akan terkena penyakit tersebut?
18. Kalau tahu, apakah bapak/ibu langsung melaporkannya ke petugas kesehatan? alasannya apa?
19. Apakah bapak/ibu ada kewajiban khusus untuk melapor kalau ada warga yang terkena penyakit?

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

20. Kalau ada warga sakit memerlukan pertolongan darurat, siapa biasanya yang mengantar warga tersebut ke petugas kesehatan? Biasanya pakai apa mengantarnya?
21. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi?
22. Apakah sudah ada dimasyarakat yang khusus menangani jika ada warga yang butuh pertolongan darurat? Ambulans desa apakah ada?

Variabel Penanggulangan Bencana

23. Bencana apa yang pernah terjadi di desa ibu? Jelaskan!
24. Apa yang ibu lakukan untuk menangani bencana tersebut?
25. Apakah yang bapak/ibu lakukan untuk menghadapi atau mencegah terjadinya suatu bencana? Jelaskan!
26. Apakah sudah ada semacam satuan tugas dimasyarakat yang bekerja jika terjadi bencana?

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

27. Apakah bapak/ibu sudah mempunyai jamban? Kalau ya, sejak kapan? Jika tidak, apa alasanannya?
28. Bapak/Ibu menggunakan sumber air dari mana untuk minum, mandi dan cuci?
29. Upaya apa yang dilakukan bapak/ibu dan masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan?
30. Kapan saja bapak/ibu membersihkan lingkungan? Kalau gotong royong kapan dilakukan?
31. Siapa biasanya yang mengorganisasi kegiatan tersebut?

PEDOMAN FGD UNTUK MASYARAKAT

Tanggal :
Tempat :
Nama Informan :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Jenis kelamin :

Pertanyaan :

Variabel Kepemimpinan

1. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan di desa? dalam bidang kesehatan?
2. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa
3. Bagaimana peran tokoh masyarakat, tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!

Variabel Sistem Pendanaan

4. Apakah bapak/ibu ikut dalam suatu kegiatan, mengumpulkan dana setiap minggu atau setiap bertemu yang dananya digunakan untuk kepentingan bersama?
5. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

6. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
7. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut?
8. Kalau bapak/ibu atau keluarga sakit berobat kemana? alasannya apa
9. Berapa jauh tempat berobat dari rumah bapak/ibu?
10. Pelayanan apa saja yang diberikan?

Variabel UKBM

11. Kegiatan-kegiatan kemasyarakatan apa yang ada di desa bapak/ibu? Jelaskan!
12. Apa saja kegiatan kemasyarakatan khusus kesehatan? Sebutkan!
13. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? aktif sebagai apa? jelaskan!
14. Apakah bapak/ibu ikut dalam kegiatan tersebut? kalau ikut sebagai apa dan apa alasannya ikut? kalau tidak ikut apa alasannya?
15. Apa bapak/ibu mau menjadi kader? Kalau mau apa alasannya? Kalau tidak apa alasannya?

Variabel Surveilans

16. Penyakit apa yang sering terjadi di desa ibu? Jelaskan!
17. Apakah bapak/ibu mengetahui tanda-tanda akan terkena penyakit tersebut?
18. Kalau tahu, apakah bapak/ibu langsung melaporkannya ke petugas kesehatan? alasannya apa?
19. Apakah bapak/ibu ada kewajiban khusus untuk melapor kalau ada warga yang terkena penyakit?

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

20. Kalau ada warga sakit memerlukan pertolongan darurat, siapa biasanya yang mengantarkan warga tersebut ke petugas kesehatan? Biasanya pakai apa mengantarnya?
21. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi?
22. Apakah sudah ada dimasyarakat yang khusus menangani jika ada warga yang butuh pertolongan darurat? Ambulans desa apakah ada?

Variabel Penanggulangan Bencana

23. Bencana apa yang pernah terjadi di desa ibu? Jelaskan!
24. Apa yang ibu lakukan untuk menangani bencana tersebut?
25. Apakah yang bapak/ibu lakukan untuk menghadapi atau mencegah terjadinya suatu bencana? Jelaskan!
26. Apakah sudah ada semacam satuan tugas dimasyarakat yang bekerja jika terjadi bencana?

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

27. Apakah bapak/ibu sudah mempunyai jamban? Kalau ya, sejak kapan? Jika tidak, apa alasanannya?
28. Bapak/Ibu menggunakan sumber air dari mana untuk minum, mandi dan cuci?
29. Upaya apa yang dilakukan bapak/ibu dan masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan?
30. Kapan saja bapak/ibu membersihkan lingkungan? Kalau gotong royong kapan dilakukan?
31. Siapa biasanya yang mengorganisasi kegiatan tersebut?

PEDOMAN WM UNTUK TENAGA KESEHATAN

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Jenis Kelamin :

Pertanyaan

Variabel Kepemimpinan

1. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa?
2. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa?
3. Bagaimana peran tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!
4. Bagaimana peran kader dalam mengorganisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan?
5. Bagaimana kemampuan kader kesehatan dalam melakukan tugasnya?

Variabel Sistem Pendanaan

6. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
7. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

8. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
9. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut?
10. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
11. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
12. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan?
13. Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu

Variabel UKBM

14. UKBM apa yang ada di desa
15. Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut
16. Bagaimana system pembiayaan kegiatan UKBM tersebut
17. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
18. Kapan kegiatan dilaksanakan?

Variabel Surveilans

19. Bagaimana pelaksanaan pencatatan dan pelaporan penyakit
20. Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit
21. Bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat
22. Apakah masyarakat sudah diikutsertakan dalam surveilans? Jelaskan!

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

23. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan dilakukan selama ini?
24. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
25. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan
26. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi

Variabel Penanggulangan Bencana

27. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
28. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
29. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

30. Apakah Bapak/ Ibu memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan!
31. Apakah masyarakat kita sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
32. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
33. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!
34. Gotong royong apakah ada di masyarakat dalam menjaga kebersihan

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK BIDAN DESA

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis Kelamin :

Pertanyaan

Variabel Kepemimpinan

1. Program kesehatan apa yang ada di desa?
2. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa?
3. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa?
4. Bagaimana peran tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!
5. Usaha apa yang dilakukan Dinkes atau puskesmas dalam memberdayakan kader dan tokoh masyarakat dalam program kesehatan?
6. Bagaimana peran kader dalam mengorganisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan?
7. Bagaimana kemampuan kader kesehatan dalam melakukan tugasnya?
8. Apakah ada pelatihan untuk kader dalam upaya peningkatan kemampuannya?

Variabel Sistem Pendanaan

9. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
10. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

11. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
12. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut? Siapa yang melayani masyarakat di tempat tersebut?
13. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
14. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
15. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan?
16. Apakah ibu pernah mendapat pelatihan? pelatihan apa saja?

Variabel UKBM

17. UKBM apa yang ada di desa
18. Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut
19. Bagaimana sistem pembiayaan kegiatan UKBM tersebut
20. Apa upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan/ puskesmas untuk membina UKBM-UKBM tersebut?
21. UKBM apa yang potensial dikembangkan di masyarakat?
22. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
23. Kapan kegiatan dilaksanakan?

Variabel Surveilans

24. Bagaimana pelaksanaan pencatatan dan pelaporan penyakit
25. Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit? Apakah masyarakat dilibatkan dalam system surveilans?
26. Kalau masyarakat dilibatkan, apakah sudah mendapat pelatihan surveilans?
27. Bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

28. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi
29. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan dilakukan selama ini?
30. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
31. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan

Variabel Penanggulangan Bencana

32. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
33. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
34. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

35. Apakah petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan!
36. Apakah masyarakat kita sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
37. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
38. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!

PEDOMAN WM UNTUK KADER KESEHATAN

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis kelamin :

Pertanyaan

Variabel Kepemimpinan

1. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa?
2. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa?
3. Bagaimana peran tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!
4. Bagaimana peran bapak/ibu dalam mengorganisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan?

Variabel Sistem Pendanaan

5. Apakah ibu mengetahui atau ikut dalam suatu kegiatan, mengumpulkan dana setiap minggu atau setiap bertemu dan dananya digunakan untuk kepentingan bersama?
6. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

7. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa?
8. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut?
9. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa?
10. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
11. Pelayanan apa saja yang diberikan?

Variabel UKBM

12. Kegiatan-kegiatan kemasyarakatan apa yang ada di desa ibu? Jelaskan!
13. Apa saja kegiatan kemasyarakatan khusus kesehatan? Sebutkan!
14. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
15. Apa peran petugas kesehatan dalam kegiatan tersebut?
16. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?
17. Sudah berapa lama ibu menjadi kader?
18. Apakah ibu sudah pernah mengikuti pelatihan, pelatihan apa saja? Jelaskan!
19. Apa yang ibu lakukan dalam setiap kegiatan tersebut/posyandu?
20. Sebagai kader, apa yang ibu-ibu lakukan di luar kegiatan posyandu?

Variabel Surveilans

21. Penyakit apa yang sering terjadi di desa ibu? Jelaskan!
22. Apa yang ibu lakukan jika ibu mengetahui penyakit tertentu dan penyakit tersebut setahu ibu berbahaya?
23. Kalau jawabannya dilaporkan, kepada siapa biasanya dilaporkan?
24. Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit?

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

25. Kalau ada warga sakit memerlukan pertolongan darurat, siapa biasanya yang mengantar warga tersebut ke petugas kesehatan? Biasanya pakai apa mengantarnya?
26. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
27. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan?
28. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi?

Variabel Penanggulangan Bencana

29. Bencana apa yang pernah terjadi di desa ibu? Jelaskan!
30. Apa yang ibu lakukan untuk menangani bencana tersebut?
31. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
32. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana?
33. Apakah ada usaha bapak/ibu dengan warga untuk menghadapi terjadinya suatu bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

34. Apakah ibu dan masyarakat di sini sudah mempunyai jamban? Kalau ya, sejak kapan? Jika tidak, apa alasannya?
35. Apakah ibu pernah membantu bidan atau petugas kesehatan dalam mendata jamban warga?
36. Ibu menggunakan sumber air dari mana untuk minum, mandi dan cuci?
37. Upaya apa yang dilakukan ibu dan masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan?
38. Siapa biasanya yang mengorganisasi kegiatan tersebut?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA DESA

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis Kelamin :

Pertanyaan :

Variabel Kepemimpinan

1. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan di desa
2. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa
3. Bagaimana peran bapak dalam program kesehatan di desa
4. Menurut bapak seberapa penting program-program kesehatan yang ada di desa? Jelaskan

Variabel Sistem Pendanaan

5. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
6. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

7. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
8. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut?
9. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
10. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
11. Pelayanan apa saja yang diberikan?
12. Sebagai pelayan kesehatan, menurut bapak apakah petugas kesehatan di desa ini sudah memberikan pelayanan yang baik? alasannya

Variabel UKBM

13. Program kesehatan apa saja yang ada di desa
14. Kegiatan apa saja yang dilakukan di program tersebut
15. Bagaimana system pembiayaan kegiatan kesehatan tersebut
16. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
17. Kapan kegiatan dilaksanakan?
18. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?

Variabel Surveilans

19. Apakah di masyarakat sudah berlaku bahwa masyarakat akan melapor ke petugas kesehatan apabila mengetahui masyarakat lain menderita suatu penyakit tertentu?

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

20. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan yang dilakukan selama ini?
21. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
22. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan
23. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi
24. Apakah ada pertemuan di tingkat desa yang secara rutin dilakukan untuk membahas masalah-masalah yang terjadi di desa terutama untuk kesehatan?

Variabel Penanggulangan Bencana

25. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
26. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
27. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
28. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

29. Apakah masyarakat sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
30. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
31. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!
32. Gotong royong apakah ada di masyarakat dalam menjaga kebersihan

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK TOKOH MASYARAKAT

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis Kelamin :

Pertanyaan :

Variabel Kepemimpinan

1. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan yang ada di desa
2. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa
3. Bagaimana peran bapak dalam program kesehatan di desa
4. Menurut bapak seberapa penting program-program kesehatan yang ada di desa? Jelaskan

Variabel Sistem Pendanaan

5. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
6. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

7. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
8. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut?
9. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
10. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
11. Pelayanan apa saja yang diberikan?
12. Sebagai pelayan kesehatan, menurut bapak apakah petugas kesehatan di desa ini sudah memberikan pelayanan yang baik? alasannya

Variabel UKBM

13. Program kesehatan apa yang ada di desa
14. Kegiatan apa saja yang dilakukan program kesehatan tersebut
15. Bagaimana system pembiayaan kegiatan tersebut
16. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
17. Kapan kegiatan dilaksanakan?
18. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?

Variabel Surveilans

19. Apakah di masyarakat sudah berlaku bahwa masyarakat akan melapor ke petugas kesehatan apabila mengetahui masyarakat lain menderita suatu penyakit tertentu?

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

20. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan yang dilakukan selama ini?
21. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
22. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan
23. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi
24. Apakah ada pertemuan di tingkat desa yang secara rutin dilakukan untuk membahas masalah-masalah yang terjadi di desa terutama untuk kesehatan?

Variabel Penanggulangan Bencana

25. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
26. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
27. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
28. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

29. Apakah masyarakat sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
30. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
31. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!
32. Gotong royong apakah ada di masyarakat dalam menjaga kebersihan
33. Siapa biasanya yang mengorganisasi kegiatan yang ada di masyarakat?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM BAGI CAMAT

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis Kelamin :

Pertanyaan :

Variabel Kepemimpinan

1. Bagaimana pendapat bapak tentang kepemimpinan di masyarakat desa, apakah sudah memiliki kemampuan untuk menggerakkan masyarakat dalam berperan serta apada kegiatan-kegiatan kemasyarakatan?
2. Bagaimana peran pemerintah kecamatan dalam program-program kesehatan?Jelaskan

Variabel Sistem Pendanaan

3. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
4. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

5. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
6. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan apakah sudah memenuhi standar untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat?
7. Pelayanan apa saja yang diberikan?
8. Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu

Variabel Penanggulangan Bencana

9. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
10. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
11. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
12. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

13. Apakah ada program di pemerintah kecamatan yang berkaitan yang berkaitan dengan kebersihan lingkungan? Jelaskan!
14. Apakah ada program di kecamatan tentang penyediaan air bersih buat masyarakat? Jelaskan!
15. Siapa biasanya yang mengorganisasi kegiatan yang ada di masyarakat?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK SEKRETARIS DINAS KESEHATAN

Tanggal :
Tempat :
Nama Informan :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Jenis Kelamin :

Pertanyaan

Variabel Kepemimpinan

1. Program kesehatan apa yang ada di desa?
2. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa?
3. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa?
4. Bagaimana peran tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!
5. Bagaimana koordinasi Dinkes atau puskesmas dengan kepala desa dalam menjalankan program kesehatan?
6. Usaha apa yang dilakukan Dinkes atau puskesmas dalam memberdayakan kader dan tokoh masyarakat dalam program kesehatan?
7. Bagaimana peran kader dalam mengorganisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan?
8. Bagaimana kemampuan kader kesehatan dalam melakukan tugasnya?
9. Apakah ada pelatihan untuk kader dalam upaya peningkatan kemampuannya?

Variabel Sistem Pendanaan

10. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
11. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

12. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
13. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut? Siapa yang melayani masyarakat di tempat tersebut?
14. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
15. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
16. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan?
17. Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu? Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensinya?

Variabel UKBM

18. UKBM apa yang ada di desa
19. Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut
20. Bagaimana sistem pembiayaan kegiatan UKBM tersebut
21. Apa upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan/ puskesmas untuk membina UKBM-UKBM tersebut?
22. UKBM apa yang potensial dikembangkan di masyarakat?
23. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? Jelaskan!
24. Kapan kegiatan dilaksanakan?
25. Apa peran petugas kesehatan dalam kegiatan tersebut?
26. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?

Variabel Surveilans

27. Bagaimana pelaksanaan pencatatan dan pelaporan penyakit
28. Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit? Apakah masyarakat dilibatkan dalam system surveilans?
29. Kalau masyarakat dilibatkan, apakah sudah mendapat pelatihan surveilans?
30. Bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

31. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi
32. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan dilakukan selama ini?
33. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
34. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan

Variabel Penanggulangan Bencana

35. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
36. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
37. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
38. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

39. Apakah petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan!
40. Apakah masyarakat kita sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
41. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
42. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA PUSKESMAS

Tanggal :
Tempat :
Nama Informan :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Jenis Kelamin :

Pertanyaan

Variabel Kepemimpinan

1. Program kesehatan apa yang ada di desa?
2. Siapa yang biasanya mengorganisir kegiatan-kegiatan kesehatan di desa?
3. Bagaimana peran pemerintah desa atau kepala desa dalam program kesehatan di desa?
4. Bagaimana peran tokoh adat dan agama dalam kegiatan kesehatan? Jelaskan!
5. Bagaimana koordinasi Dinkes atau puskesmas dengan kepala desa dalam menjalankan program kesehatan?
6. Usaha apa yang dilakukan Dinkes atau puskesmas dalam memberdayakan kader dan tokoh masyarakat dalam program kesehatan?
7. Bagaimana peran kader dalam mengorganisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan?
8. Bagaimana kemampuan kader kesehatan dalam melakukan tugasnya?
9. Apakah ada pelatihan untuk kader dalam upaya peningkatan kemampuannya?

Variabel Sistem Pendanaan

10. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
11. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

12. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
13. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut? Siapa yang melayani masyarakat di tempat tersebut?
14. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
15. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
16. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan?
17. Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu? Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensinya?

Variabel UKBM

18. UKBM apa yang ada di desa
19. Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut
20. Bagaimana system pembiayaan kegiatan UKBM tersebut
21. Apa upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan/ puskesmas untuk membina UKBM-UKBM tersebut?
22. UKBM apa yang potensial dikembangkan di masyarakat?
23. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
24. Kapan kegiatan dilaksanakan?
25. Apa peran petugas kesehatan dalam kegiatan tersebut?
26. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?

Variabel Surveilans

27. Bagaimana pelaksanaan pencatatan dan pelaporan penyakit
28. Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit? Apakah masyarakat dilibatkan dalam system surveilans?
29. Kalau masyarakat dilibatkan, apakah sudah mendapat pelatihan surveilans?
30. Bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

31. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi
32. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan dilakukan selama ini?
33. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
34. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan

Variabel Penanggulangan Bencana

35. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
36. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
37. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
38. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

39. Apakah petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan!
40. Apakah masyarakat kita sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
41. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
42. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA SEKSI PROMKES

Tanggal :
Tempat :
Nama Informan :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Jenis Kelamin :

Pertanyaan

Variabel Sistem Pendanaan

1. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
2. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut?
Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

3. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
4. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut? Siapa yang melayani masyarakat di tempat tersebut?
5. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
6. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
7. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan?
8. Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu? Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensinya?

Variabel UKBM

9. UKBM apa yang ada di desa
10. Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut
11. Bagaimana system pembiayaan kegiatan UKBM tersebut
12. Apa upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan/ puskesmas untuk membina UKBM-UKBM tersebut?
13. UKBM apa yang potensial dikembangkan di masyarakat?
14. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
15. Kapan kegiatan dilaksanakan?
16. Apa peran petugas kesehatan dalam kegiatan tersebut?
17. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?

Variabel Penanggulangan Bencana

18. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
19. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
20. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
21. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

22. Apakah petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan!
23. Apakah masyarakat kita sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
24. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
25. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA SEKSI SURVEILANS

Tanggal :
 Tempat :
 Nama Informan :
 Umur :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis Kelamin :

Pertanyaan

Variabel Sistem Pendanaan

1. Kegiatan apa yang ada di desa dengan dana swadaya masyarakat
2. Kalau dalam bidang kesehatan, apakah ada kegiatan dengan menggunakan dana tersebut? Jelaskan!

Variabel Pelayanan Kesehatan Dasar

3. Tempat pelayanan kesehatan apa yang ada di desa
4. Bagaimana sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan tersebut? Siapa yang melayani masyarakat di tempat tersebut?
5. Apakah tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat?
6. Sepengetahuan bapak/ibu masyarakat kalau sakit berobat kemana? alasannya apa
7. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan?
8. Bagaimana kompetensi bidan atau petugas kesehatan yang melayani di tempat pelayanan kesehatan itu? Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensinya?

Variabel UKBM

9. UKBM apa yang ada di desa
10. Kegiatan apa saja yang dilakukan UKBM tersebut
11. Bagaimana system pembiayaan kegiatan UKBM tersebut
12. Apa upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan/ puskesmas untuk membina UKBM-UKBM tersebut?
13. UKBM apa yang potensial dikembangkan di masyarakat?
14. Siapa saja yang aktif dalam kegiatan tersebut? jelaskan!
15. Kapan kegiatan dilaksanakan?
16. Apa peran petugas kesehatan dalam kegiatan tersebut?
17. Bagaimana peran masyarakat dalam kegiatan tersebut?

Variabel Surveilans

18. Bagaimana pelaksanaan pencatatan dan pelaporan penyakit
19. Bagaimana peran serta masyarakat dalam pelaporan suatu penyakit? Apakah masyarakat dilibatkan dalam system surveilans?
20. Kalau masyarakat dilibatkan, apakah sudah mendapat pelatihan surveilans?
21. Bagaimana keberadaan surveilans yang berbasis masyarakat

Variabel Penanganan Kegawatdaruratan

22. Kasus kegawatdaruratan apa saja yang pernah terjadi
23. Bagaimana penanganan kegawatdaruratan dilakukan selama ini?
24. Apakah sudah ada sistem yang bekerja di masyarakat untuk menangani kegawatdaruratan?
25. Bagaimana peran masyarakat dalam penanganan kegawatdaruratan

Variabel Penanggulangan Bencana

26. Bagaimana dengan penanganan bencana di masyarakat? Jelaskan!
27. Apakah sudah ada Satuan Tugas (Satgas) di masyarakat yang berfungsi mengatasi keadaan tersebut dengan cepat?
28. Apakah ada di masyarakat pelatihan penanggulangan bencana
29. Bagaimana peran serta masyarakat dalam penanganan bencana? Jelaskan!

Variabel Penerapan PHBS dan Kesehatan Lingkungan

30. Apakah petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang PHBS dan kesehatan lingkungan secara rutin? Jelaskan!
31. Apakah masyarakat kita sudah menggunakan air bersih dalam aktivitas sehari-hari? Jelaskan!
32. Apakah masyarakat di daerah ini sudah memiliki jamban?
33. Bagaimana mengenai kebersihan lingkungan di wilayah ini? Jelaskan!

