

**JURNAL PENELITIAN**

**PEMBENTUKAN DESA SIAGA DI KECAMATAN PARIGI  
SELATAN KABUPATEN PARIGI MOUTONG  
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

***COUNTRYSIDE READY TO USHER TO TAKE CARE OF FORMING IN  
SUBDISTRICT OF PARIGI SOUTH REGENCY OF PARIGI MOUTONG  
PROVINCE CENTRAL SULAWESI***

**Bernadeth. Rante  
P1805206556**



**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

**PEMBENTUKAN DESA SIAGA DI KECAMATAN PARIGI  
SELATAN KABUPATEN PARIGI MOUTONG  
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

**COUNTRYSIDE READY TO USHER TO TAKE CARE OF *FORMING IN*  
*SUBDISTRICT OF PARIGI SOUTH REGENCY OF PARIGI MOUTONG*  
*PROVINCE CENTRAL SULAWESI***

**Bernadeth. Rante  
P1805206556**



**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

**PEMBENTUKAN DESA SIAGA DI KECAMATAN PARIGI  
SELATAN KABUPATEN PARIGI MOUTONG  
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

**COUNTRYSIDE READY TO USHER TO TAKE CARE OF *FORMING IN*  
*SUBDISTRICT OF PARIGI SOUTH REGENCY OF PARIGI MOUTONG*  
*PROVINCE CENTRAL SULAWESI***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Promosi Kesehatan

Disusun dan diajukan oleh

**Bernadeth. Rante**

**P1805206556**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

**TESIS**  
**PEMBENTUKAN DESA SIAGA DI KECAMATAN PARIGI**  
**SELATAN KABUPATEN PARIGI MOUTONG**  
**PROVINSI SULAWESI TENGAH**

Disusun dan diajukan oleh :

**Bernadeth. Rante**

**P1805206556**

Telah dipertahankan didepan panitia ujian tesis

Pada Tanggal 17 Juni 2008

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat

**Prof. Dr. Dr. H. Rusli Ngatimin, MPH**

Ketua

**Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsing**

Anggota

Mengetahui

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat PPS Unhas

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin

**Dr. Drg. A. Zulkifli Abdullah, M.S**

**Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, MSc**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Bernadeth. Rante

Nomor Pokok : P 1805206556

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 20 Juni 2008

Yang menyatakan,

**Bernadeth. Rante**

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa , atas segala rahmat dan Karunia-Nya kepada kita sehingga penelitian dan penulisan ini dapat selesai. Dalam penyelesaian tesis ini penulis menerima bantuan yang tak ternilai harganya dari berbagai pihak. Untuk itu rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan. Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Prof. Dr. dr. H. Rusli Ngatimin MPH selaku ketua komisi penasehat dan Prof. Dr. drg. A.Arsunan Arsing, M.Kes sebagai anggota penasehat tesis, atas segala bantuan, bimbingan, petunjuk dan kesabarannya mengarahkan saya selama penulisan tesis ini. Ucapan terima kasih penghargaan saya sampaikan kepada Prof. Dr. Ridwan M, Thaha, M.Sc, Dr. dr. Muh. Syafar, MS, dan dr. Hasunuddin Ishak, M.Sc., PHD atas kesediaannya menjadi penguji yang telah banyak memberikan masukan, arahan dalam penyusunan tesis ini.

Rasa terima kasih saya sampaikan kepada Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. dr. Idrus Paturusi, Sp.B, Sp.BO dan Prof. dr. A. Razak Thaha, MSc sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, MS sebagai ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Dr. dr. Muh. Syafar, MS , selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Terima kasih kepada segenap staf pengajar, yang telah banyak meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan, bimbingan dan terima kasih kepada pegawai di lingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan Konsentrasi Promosi Kesehatan khususnya, atas segala bantuan dan kerja sama yang baik dalam penyelesaian studi. Terima kasih penulis sampaikan kepada Pemda Kabupaten Parigi Moutong dan Camat Kepala

Wilayah Kecamatan Parigi Selatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah pemerintahannya.

Terima kasih kami sampaikan kepada Kepala Balit Bangda Provinsi Sulawesi Tengah yang telah menerbitkan izin penelitian dan atau memberikan izin penelitian. Terima kasih kami sampaikan kepada Direktur Politeknik Kesehatan yang telah memberikan izin, bantuan dan fasilitas selama mengikuti pendidikan sampai selesainya pendidikan ini serta seluruh rekan-rekan mahasiswa Konsentrasi Promosi Kesehatan yang telah membagi suka dan duka serta ilmu dan pengalamannya dalam mengikuti pendidikan.

Terima kasih kepada semua pihak yang secara langsung dan tidak langsung telah memberikan bantuan baik moril maupun materil yang sangat berharga dan tidak dapat disebutkan satu persatu. Terima kasih sebesar-besarnya serta rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya saya haturkan kepada kedua orang tua tercinta, dan mertua atas doa restu, kasih sayang serta didikannya sehingga penulis menyelesaikan pendidikan hingga hari ini. Akhirnya secara khusus penulis menyampaikan terima kasih kepada Suamiku dan anak-anakku tercinta dan tersayang atas segala doa, kesetiaan, pengorbanan, ketabahan dan pengertian yang diberikan kepada saya dalam merampungkan studi ini. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga mengharapkan kritik dan masukan yang dapat menyempurnakan penelitian ini dan semoga tesis ini dapat berdaya guna untuk semua khalayak dan penulis haturkan semuanya sebagai manifestasi kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, Amin .....

Makassar, 23 April 2008

Bernadeth, Rante

## ABSTRAK

**Bernadeth. Rante**, Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah (Dibimbing oleh H. Rusli Ngatimin dan A. Arsunan Arsing )

Desa SIAGA merupakan suatu konsep baru yang memerlukan pemahaman dan di dalam tatanan operasionalnya berpotensi menghadapi berbagai permasalahan dan memerlukan penyesuaian – penyesuaian berkaitan dengan kondisi spesifik daerah. Karena itu, sangat dibutuhkan komunikasi dua arah antara pemerintah cq Depkes RI dan masyarakat.

Penelitian ini bertujuan mengetahui (1) hubungan Poskesdes dan pembentukan Desa Siaga,(2)hubungan kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari dan pembentukan Desa SIAGA,(3) hubungan kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan pembentukan Desa Siaga (4) hubungan PHBS rumah tangga dan pembentukan Desa Siaga (5) hubungan Surveillance berbasis masyarakat dan pembentukan Desa Siaga, dan (6) hubungan pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat dan pembentukan Desa Siaga.

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong. Metode yang digunakan dalam penelitian adalah “*Crossectional Study*” dan melakukan survey lapangan dengan mewawancarai 160 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive Sampling. Data dianalisis dengan menggunakan analisis statistik melalui tabulasi silang yang dilanjutkan dengan uji Chi-square dan uji phi (?)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar (95,6%) responden menyetujui pembentukan Desa SIAGA dan ada hubungan yang bermakna antara Poskesdes, kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari, kesiapsiagaan penanggulangan bencana, perilaku hidup bersih dan sehat rumah tangga, surveilans berbasis masyarakat, dan pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat dengan pembentukan Desa SIAGA. Dalam pembentukan Desa SIAGA dilakukan advokasi, pengamatan tentang variabel pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat, diupayakan percepatan pengembangan Poskesdes, ditumbuh kembangkan UKBM, dan dilibatkan semua sektor (baik pemerintah, swasta, dan LSM yang ada).

Kata Kunci : Pembentukan Desa SIAGA, Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)

## **ABSTRACT**

**Bernadeth. Rante**, Countryside Ready to Usher to Take care of Forming in Sub district of Parigi of South Arch of Regency of Parigi Moutong Province Central Sulawesi (Guided by Rusli Ngatimin and A. Arsunan Arsing)

Countryside Ready to Usher to Take care of represent an new concept needing understanding and in its operational formation have is potency to face various problems and need the adjustment - adjustment go together the specific condition of] area. In consequence, very required by communications two direction of government of chq Health Department RI and society.

This research aim to know (1) Countryside Health Post relation and Countryside Ready to Usher to Take care of forming, (2) relation of alert dam emergency everyday health and Countryside Ready to Usher to Take care of forming, (3) relation of dam disaster and Countryside Ready to Usher to Take care of forming (4) relation of Healthy and Clean Life Behavior domestic and Countryside Ready to Usher to Take care of forming (5) relation of Surveillance base on the society and Countryside Ready to Usher to Take care of forming, and (6) relation of health defrayal base on the society and Countryside Ready to Usher to Take care of forming.

This research is executed in Sub district of Parigi of South Arch of Regency of Parigi Moutong. Method used in research is " Crossectional Study" and do the survey field by holding an interview with 160 responder. intake example by purposive is Sampling. Data analyses by using statistical analysis through tabulation traverse continued with the test Chi-Square and test phi (?)

Result of this research indicate that most (95,6%) responder agree the Countryside Ready to Usher to Take care of forming and there is relation/link meaning among/between Countryside Health Post, attentive embank the everyday emergency health, alert the disaster dam, behavioral of healthy and clean life of domestic, surveillance basic of society, and health defrayal base on the society with the Ready to Usher to Take care of forming. In by Countryside Ready to Usher to Take care of forming of advocacy, perception of about variable of health defrayal base on the society, strived by acceleration of development Countryside Health Post, grower to develop the Strive The Health Stem Society , and entangled by all sector good of government, private sector, and existing Self-Supporting Institute of Society

Keyword : Countryside Ready to Usher to Take care of Forming, Strive The Health Stem the Society (SHSS)

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
1. Tujuan Umum	11
2. Tujuan Khusus	11
D. Manfaat Penelitian	12

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Tinjauan Umum Tentang Poskesdes	13
B. Kesiapsiagaan Penanggulangan Kegawatdaruratan Kesehatan - Sehari-hari	19
C. Kesiapsiagaan Penanggulangan Bencana	28
D. Perilaku Hidup Sehat dan Bersih	32
E. Survei Ilans Berbasis Masyarakat	42
F. Tinjauan Umum Tentang Pembiayaan Kesehatan Bersumber Masyaakat	45
G. Tinjauan Umum Tentang Desa Siaga	51
H. Kerangka Teori	59
I. Kerangka Konsep Penelitian	61
J. Hipotesis Penelitian	70
BAB III METODE PENELITIAN	71
A. Desain Penelitian, Populasi dan Sampel	71
B. Identifikasi Variabel Penelitian	75
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	75
D. Definisi Operasional	75
E. Pengukuran Variabel	77
F. Kontrol Kualitas	84
G. Jenis dan Sumber Data	85
H. Pengumpulan Data	86
I. Pengolahan Data	86
J. Cara Analisis Data	87

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAAN	89
A. Hasil Penelitian	89
B. Pembahasan Hasil Penelitian	110
C. Keterbatasan Penelitian	134
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	136
A. Kesimpulan	136
B. Saran	137
DAFTAR KEPUSTAKAAN	139
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
1.	Jenis – Jenis Faktor Risiko Suatu Penyakit	44
2.	Kualifikasi Dana Sehat	49
3.	Pembagian tingkat Perkembangan Dana Sehat Pratama	50
4.	Desa SIAGA dan Desa yang belum Terbentuk Desa SIAGA Dengan Jumlah UKBM yang ada di Kecamatan Parigi Selatan kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2007	92
5.	Nilai Korelasi Variabel Independen terhadap variabel – dependennya (hasil Uji Kuesioner sebagai control kualitas) Pada Kecamatan Parigi Selatan kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	93
6.	Tingkat Kesesuaian Kemampuan peneliti pembantu dengan Dengan gold standarnya (hasil uji coba realibilitas atau – Validasi anggota peneliti sebagai control kualitas) Pada Kecamatan Parigi Selatan kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	94
7.	Distribusi Kelompok Umur Responden menurut Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	95
8.	Distribusi Jenis Kelamin Responden Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	96

9.	Distribusi tingkat pendidikan responden pembentukan Desa SIAGA di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	96
10.	Distribusi status kerja responden pembentukan Desa SIAGA di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	97
11.	Distribusi jenis pekerjaan responder pembentukan Desa SIAGA di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	97
12.	Distribusi Tingkat Persetujuan POSKESDES menurut- Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	98
13.	Distribusi Tingkat Persetujuan Kesiapsiagaan - Penanggulangan Kegawatdaruratan Kesehatan Sehari-hari menurut Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	99
14.	Distribusi Tingkat Persetujuan Kesiapsiagaan - Penanggulangan Bencana menurut Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	99
15.	Distribusi Tingkat Persetujuan PHBS menurut Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	100

16.	Distribusi Tingkat Persetujuan Surveilans Berbasis Masyarakat menurut Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	100
17.	Distribusi Tingkat Persetujuan Pembiayaan Kesehatan Bersumber Masyarakat menurut Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	101
18.	Distribusi Tingkat Persetujuan Pembentukan Desa Siaga menurut Persepsi Responden di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	101
19.	Hasil perhitungan nilai median dan penjumlahan (total skor) variabel independen dan dependen (upaya pembentukan Desa SIAGA) di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	103
20.	Hubungan Poskesdes dengan Upaya Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	104
21.	Hubungan Kesiapsiagaan Penanggulangan Kegawatdarutan Kesehatan Sehari-hari dengan Upaya Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	105

22.	Hubungan Kesiapsiagaan Penanggulangan Bencana dengan Upaya Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	106
23.	Hubungan PHBS dengan Upaya Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	106
24.	Hubungan Surveilans Berbasis Masyarakat dengan Upaya Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	107
25.	Hubungan Pembiayaan Kesehatan Bersumber Masyarakat dengan Upaya Pembentukan Desa Siaga di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	108
26.	Resume Hasil Uji Hubungan Variabel Independen dengan Dependen di Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Moutong Provinsi Sulawesi Tengah 2008	109

## DAFTAR GAMBAR

Gambar .	Judul	Halaman
1	Kedudukan dan Hubungan Kerja Poskesdes	17
2	Skema Arus Pelaporan Bencana Alam	31
3	Kerangka Teori Penelitian	60
4	Kerangka Konsep Penelitian	69

## DAFTAR LAMPIRAN

No	Nama Lampiran	Lampiran
1	Pengantar dan Kuesioner Penelitian Upaya Pembentukan Desa Siaga	1
2	Master Tabel Upaya Pembentukan Desa Siaga	2
3	Hasil Array Data Untuk Variabel Utama	3
4	Hasil Analisis Uji Statistik (chi-square) Program SPSS	4
5	Perhitungan Statistik (Uji ?)	5
6	Tabel Standar Chi-square	6
7	Surat Ijin Penelitian	7
8	Surat Keterangan Penelitian	8
9	Biodata Peneliti	9

## DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Keterangan
PDS	Pembentukan Desa Siaga
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
KPKKS	Kesiapsiagaan Penanggulangan Kegawatdarutan Kesehatan Sehari-hari
KPB	Kesiapsiagaan penanggulangan Bencana
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
SBM	Surveilans Berbasis Masyarakat
PKBM	Pembiayaan Kesehatan Bersumber Masyarakat
TSPDS	Total Skor Pembentukan Desa Siaga
TSPOSKESDES	Total Skor Pos Kesehatan Desa
TSKPKKS	Total Skor Kesiapsiagaan Penanggulangan Kegawatdaruratan Kesehatan Sehari-hari
TSKPB	Total Skor Kesiapsiagaam Penanggulangan Bencana
TSPHBS	Total Skor Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
TSSBM	Total Skor Surveilans Berbasis Masyarakat
TSPKBM	Total Skor Pembiayaan Kesehatan Bersumber Masyarakat.
Sulteng	Sulawesi Tengah
SPSS	Statistical Product and Service Solutions

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal diperlukan langkah-langkah peningkatan upaya kesehatan terutama kesehatan ibu dan anak yang merata keseluruh pelosok tanah air dengan penempatan di wilayah pedesaan. Desa SIAGA sebagai desa yang memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, menjadi strategis. Dari 1200 desa/kelurahan yang ada di Indonesia. Diharapkan pada akhir tahun 2008 nanti meningkat dua kali lipat, dan pada tahun 2009 diharapkan dapat mencapai sekitar 50 % desa bisa menjadi Desa SIAGA. Hal itu dikemukakan Depkes RI (2007) dalam Sosialisasi Pengembangan Desa SIAGA Kabupaten Kebumen di Hotel Grafika, Gombong, Kamis lalu. Sosialisasi yang dilaksanakan Depkes RI diikuti kader PKK, unsur desa dan kecamatan, dibuka Bupati (Rustriningsih, 2005).

Disadari bahwa Desa SIAGA merupakan suatu konsep baru yang memerlukan pemahaman dan di dalam tatanan operasionalnya berpotensi menghadapi berbagai permasalahan dan memerlukan penyesuaian-penyesuaian berkaitan dengan kondisi spesifik daerah. Karena itu, sangat dibutuhkan komunikasi dua arah, yaitu pemerintah cq Depkes RI dan masyarakat setempat. Untuk mewujudkan komunikasi dua

arah tersebut perlu didukung oleh promosi kesehatan (promosi Desa SIAGA), apa tujuannya, manfaat dan kegunaan serta sejauh mana keterlibatan masyarakat desa/kelurahan dan tokoh-tokoh masyarakat. Desa SIAGA hanya sebagai konsep dan atau wacana apabila tidak ditunjang oleh promosi kesehatan yang memadai. Karena itu, dalam mewujudkan Desa SIAGA yang mandiri (Desa SIAGA dari Masyarakat untuk Masyarakat). Slogam ini harus disebarluaskan ke seluruh Desa/kelurahan yang ada di Indonesia. Karena itu, peranan promosi kesehatan sangat diharapkan dan dibutuhkan dalam pembentukan dan pengembangan Desa SIAGA, terutama mendorong masyarakat untuk berperan serta dalam pembentukan dan pengembangan Desa SIAGA. Peran serta masyarakat yang dibutuhkan diantaranya masyarakat harus bertindak sebagai subjek dan bukan hanya objek. Pada sebagian masyarakat masih dirasakan kurangnya kesepakatan kebijaksanaan untuk menunjang pembangunan dan pengembangan Desa SIAGA.

Tanggapan atau tafsiran masyarakat mengenai kewajiban dan tanggung jawab tentang Desa SIAGA masih berbeda-beda. Sehingga mempengaruhi keikutsertaan dalam bertanggung jawab dan memberikan kontribusi dalam pembangunan Desa SIAGA. Peran serta masyarakat mempunyai arti yang sangat luas pada dasarnya bertolak dari masalah sikap dan perilaku. Indonesia yang masyarakatnya dilatarbelakangi oleh kebinekaan dalam budaya, bangsa ,agama, ras, pendidikan, pengetahuan, dan ekonomi mempunyai sistem sosial yang beraneka

ragam. Berdasarkan hal tersebut untuk mewujudkan peran serta masyarakat dalam pembangunan dan pengembangan Desa SIAGA digunakan pendekatan ekologi manusia melalui rekayasa manusia dan rekayasa sosial.

Rekayasa manusia dan rekayasa sosial untuk berpaling ke Desa SIAGA, peranan promosi kesehatan sangat menentukan. Untuk itu, promosi Desa SIAGA di Indonesia perlu dirancang berbagai bentuk sesuai dengan kondisi masyarakat dimana Desa SIAGA itu akan dibentuk. Kalau tidak melalui jalur ini Desa SIAGA hanya sebagai wacana saja, walaupun ia berjalan hanya jalan ditempat artinya kalau tidak digerakkan oleh pemerintah cq Depkes RI tidak ada kegiatan yang bisa kita harapkan.

Menurut Plt Kepala Dinas Kesehatan (Prabowo) , sesuai strategi Depkes adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat secara mandiri. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat bisa ditempuh melalui pendekatan edukatif, yakni memfasilitasi masyarakat guna menjalani proses belajar guna mencegah dan mengatasi masalah kesehatan. Menyadari keterbatasan pemerintah dari segi upaya maupun sumber daya, perlu menumbuhkan sikap kepedulian dan gotong royong masyarakat untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan melalui Desa SIAGA. Dalam mengembangkan Desa SIAGA diperlukan tenaga-tenaga fasilitator di tingkat kabupaten, kecamatan sampai ke desa. Berdasarkan Peraturan Presiden nomor 7

tahun 2005 telah ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004 – 2009 Pembangunan kesehatan yang merupakan bagian dari pembangunan sumber daya kesehatan. Sasaran yang ingin dicapai yaitu, meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun, menurunnya angka kematian bayi dari 45 menjadi 26 per seribu kelahiran hidup, menurunnya kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup, menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita dari 25,8 % menjadi 20 % ( Depkes RI, 2006 )

Kodrat manusia sebagai makhluk hidup harus berinteraksi dengan lingkungan sekitar, baik lingkungan fisik, kimia dan biologis. Dalam berinteraksi tersebut kadang terjadi hal-hal yang tidak diharapkan seperti kecelakaan sehingga kadang memerlukan tindakan kedaruratan dalam menangani pertolongan pertama untuk mengatasi permasalahan tersebut. Dalam penanganan atau pemberian pertolongan, ada batasan tertentu yang disesuaikan dengan sifat kecelakaan dan kemampuan dalam memberikan pertolongan sesegera mungkin, karena keterbatasan kemampuan kader dan alat yang dimiliki. Ada kriteria atau batasan yang dapat digunakan untuk memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan. Kriterianya adalah kecelakaan masih dalam tahap ringan, tidak terlalu bahaya, kondisi korban tidak dalam keadaan kritis, ketersediaan alat maupun bahan memadai untuk pertolongan, serta keterampilan dan kemampuan kader melakukan pertolongan pertama.

Masalah pembiayaan dan atau dana kesehatan yang bersumber dari masyarakat, belum berjalan dengan baik sesuai yang diharapkan. Dana sehat sudah lama dikembangkan di Indonesia jauh sebelum program JKPM direncanakan. Sejak pendekatan PKMD (Perkembangan Kesehatan Masyarakat Desa) digunakan pada tahun 1974. Dana sehat telah mulai marak, meski masih dalam bentuk yang sederhana. Jimpitan beras, sumbangan keluarga untuk PMT (pemberian makanan tambahan) balita, arisan jamban keluarga, arisan rumah sehat, adalah beberapa dari sekian banyak kegiatan yang bernuansa Dana Sehat.

Meskipun secara kuantitatif cukup banyak, namun pada skala mikro harus diakui bahwa Dana Sehat ini mengalami 2 fenomena yang menarik, yaitu fenomena gigi gergaji dan fenomena bonsai. Fenomena gigi gergaji artinya banyak Dana Sehat yang baru berdiri, kemudian jatuh, bangun lagi, sedangkan fenomena Bonsai artinya dana sehat yang berhasil melampaui fenomena gergaji akan menjadi Dana Sehat yang bertahan terus sampai bertahun-tahun, namun tetap kecil sehingga mirip bonsai. Hal ini terjadi karena pada model pendanaan seperti ini berlaku Hukum Bilangan Besar, sehingga bila pesertanya terbatas, manfaatnya juga amat terbatas. Seperti halnya Bonsai, dana sehat memerlukan dedikasi yang tinggi dari pengelolanya. Bila tidak ada pengolah yang dedukatif, Dana Sehat biasanya akan terbengkalai.

Bersamaan dengan keberhasilan pembangunan ekonomi Indonesia, "demand" masyarakat terhadap kesehatan makin meningkat.

Sejalan dengan itu terjadi perkembangan yang menarik, yakni meluasnya keinginan membentuk Dana Sehat dan membesarnya liputan wilayah dana sehat. Bila dulu dana sehat hanya sebatas pada desa, kini sudah mulai merambat ke tingkat kecamatan bahkan kabupaten. Institusi penyelenggara Dana Sehat juga mulai beragam, ada pola PKMD, pola UKS, pola Koperasi, pola UKK, pola pondok pesantren, pola PKK, kelompok agama, pola LSM, dan pola perusahaan swasta.

Inti kegiatan Desa SIAGA adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Karena itu, dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif yaitu upaya mendampingi (Memfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah kesehatan yang dihadapinya. Untuk menuju Desa SIAGA perlu dikaji berbagai kegiatan bersumberdaya masyarakat yang ada dewasa ini seperti posyandu, polindes, pos obat desa, dana sehat, siap antar jaga dan lain-lain, sebagai embrio atau titik awal pengembangan menuju Desa SIAGA. Dengan demikian mengubah desa menjadi Desa SIAGA akan lebih cepat apabila desa tersebut telah ada berbagai upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM)

Untuk lebih memantapkan penyelenggaraan berbagai UKBM yang ada di desa, perlu dikembangkan UKBM yang dapat berfungsi mengkoordinasikan seluruh UKBM yang ada, fungsi koordinasi ini diperlukan, agar penyelenggaraan UKBM tersebut dapat sinergis dalam

upaya mewujudkan Desa SIAGA, UKBM yang berfungsi koordinatif di desa tersebut adalah Pos Kesehatan Desa (POSKESDES). Pos Kesehatan Desa merupakan upaya kemandirian masyarakat yang dibentuk di desa dalam rangka memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes diharapkan bisa menjadi pusat pengembangan upaya kemandirian masyarakat desa. Poskesdes diharapkan bisa menjadi pusat pengembangan upaya kemandirian masyarakat desa dalam bidang, kesehatan, Poskesdes didukung oleh sumber daya kesehatan minimal seorang bidan dibantu oleh sekurang-kurangnya dua orang kader. Sarana fisik juga dipersiapkan berupa bangunan, perlengkapan dan peralatan kesehatan serta sarana komunikasi seperti telpon, ponsel atau kurir

Tugas dari poskesdes antara lain pengamatan epidemiologi sederhana terhadap penyakit, terutama penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB dan faktor risikonya serta kesehatan ibu hamil yang berisiko, penanggulangan penyakit, gizi dan kesehatan ibu hamil, kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan masalah kesehatan darurat lainnya, pelayanan pengobatan sesuai dengan kompetensi, promosi kesehatan khususnya masalah gizi keluarga, perilaku hidup bersih dan sehat serta penyehatan lingkungan.

Program Desa SIAGA merupakan program yang baru bergulir dan memerlukan keterlibatan dari berbagai pihak dan sasaran yang ingin dicapai adalah “ pada akhir Tahun 2008 seluruh desa telah menjadi Desa

SIAGA “ Hal ini tidak akan berjalan dan tercapai jika program yang dijalankan hanya sebatas actificial dan tidak mengangkat “ Roh “ dari misi tersebut. Kiranya telaah kritis yang dipaparkan oleh Hari Kusnanto (FK UGM) : “ Desa SIAGA bukanlah sekedar suatu hal yang berbentuk gedung atau baliho, akan tetapi lebih pada penggerakan dan pemberdayaan masyarakat desa dalam upaya promotif, preventif dan kuratif terhadap masalah kesehatan. Keberhasilan program Desa SIAGA sangat ditentukan oleh penerimaan masyarakat terhadap program tersebut khususnya di wilayah Kabupaten Parigi , namun tentunya hal ini membutuhkan kerja keras seluruh stakeholder dengan melihat kondisi sosial budaya masyarakat setempat, hal ini sejalan dengan pernyataan dari Ngatimin, dalam “DOA” bahwa sehat itu bisa diterapkan dimana saja dengan cara yang berbeda-beda dengan hasil yang sama.

Pemerintah Sulawesi Tengah menetapkan target awal tahun 2006 yaitu 150 desa di wilayahnya sebagai Desa SIAGA . Dalam kaitan itu masyarakat di 150 desa tersebut akan diberdayakan untuk mampu mencegah dan mengatasi masalah – masalah kesehatan secara mandiri. Kepala Dinas Kesehatan Sulawesi Tengah mengatakan tahun 2007 Pemerintah Sulteng mengembangkan 600 desa sebagai Desa SIAGA, sedangkan tahun 2008 seluruh desa diharapkan sudah menjadi Desa SIAGA

Pemerintah Kabupaten Parigi Moutong yang terdiri dari 14 Kecamatan pada tahun 2006 telah mengembangkan 32 desa menjadi

Desa SIAGA dan tahun 2007 ditambah lagi 30 desa menjadi Desa SIAGA dan selanjutnya secara bertahap seluruh desa di Kabupaten Parigi Moutong akan dikembangkan menjadi Desa SIAGA (Dinkes Kabupaten Parigi Moutong, 2007). Jumlah penduduk di Kabupaten Parigi Moutong 60.830 jiwa dengan jumlah KK 12.077. Untuk Kecamatan Parigi Selatan (lokasi penelitian) terdapat 8 desa dengan jumlah penduduk 21.001 jiwa dengan jumlah KK 4.220, kepadatan penduduk per rumah tangga 5 jiwa. Gambaran kesehatan masyarakat secara umum di kecamatan Parigi Selatan dapat dilihat dari indikator kesehatan tahun 2005, menunjukkan jumlah bayi lahir mati 5 orang, bayi mati 6 orang, jumlah balita mati 8 orang, kematian ibu hamil 1 orang, dan bersalin 2 orang, malaria 395 orang, Tuberculosis 71 orang dan berat bayi lahir rendah 3 orang, BGM 21 orang, PHBS (22 %) atau 285 RT dari 1260 RT yang dipantau (Dinas Kabupaten Parigi Moutong 2006).

Berdasarkan data tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti Program Desa SIAGA dalam hubungannya dengan upaya kesiapan pemantapan Poskesdes, Kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdarutan kesehatan sehari-hari, kesiapsiagaan penanggulangan bencana, PHBS rumah tangga, Surveilans berbasis masyarakat dan pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat dalam upaya pembentukan Desa SIAGA dalam wilayah Kabupaten Parigi Moutong.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

1. Bagaimanakah Poskesdes terhadap pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ?
2. Bagaimanakah kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdarutan kesehatan sehari-hari terhadap pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ?
3. Bagaimanakah kesiapsiagaan Penanggulangan bencana terhadap pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ?
4. Bagaimanakah PHBS rumah tangga terhadap terhadap pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ?
5. Bagaimanakah Surveilans berbasis masyarakat terhadap pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ?
6. Bagaimanakah pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat terhadap pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis beberapa faktor dan atau komponen yang berhubungan dengan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis hubungan antara Poskesdes dan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya .
- b. Menganalisis hubungan antara kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdarutan kesehatan sehari-hari dan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya
- c. Menganalisis hubungan antara kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya
- d. Menganalisis hubungan antara PHBS rumah tangga dan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya

- e. Menganalisis hubungan antara Surveillance berbasis masyarakat dan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya
- f. Menganalisis hubungan antara pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat dan pembentukan Desa SIAGA dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan di desanya.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Hasil penelitian ini diharapkan :

1. Sebagai sumber informasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Parigi Moutong dalam pembentukan dan pengembangan Desa SIAGA,
2. Sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya
3. Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang persiapan pembentukan Desa SIAGA.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Pos Kesehatan Desa (POSKESDES)**

##### **1. Pengertian**

Pos kesehatan desa (Poskedes) adalah upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM ) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/ menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes dapat dikatakan sarana kesehatan desa yang merupakan pertemuan antara upaya-upaya masyarakat dan dukungan pemerintah. Pelayanan meliputi upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya(Depkes RI, 2006 ).

##### **2. Tujuan Poskesdes ( Rijeki Sri Ns, 2007)**

###### **a. Tujuan Umum**

Terwujudnya masyarakat sehat yang SIAGA terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.

###### **b. Tujuan khusus**

- 1) Tersedianya promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan
- 2) Terselenggaranya pengamatan, pencatatan dan pelaporan dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan

masyarakat terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) serta faktor- faktor risikonya (termasuk status gizi dan ibu hamil yang berisiko)

- 3) terselenggaranya upaya pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dibidang kesehatan.
- 4) terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh masyarakat dan tenaga profesional kesehatan
- 5) terkoordinasinya penyelenggaraan UKBM lainnya yang di desa.

### 3. Fungsi Poskesdes (Hartono, 2006)

- a. Sebagai wahana peran aktif masyarakat dibidang kesehatan
- b. Sebagai wahana kewaspadaan dini terhadap berbagai risiko dan masalah kesehatan
- c. Sebagai wahana pelayanan kesehatan dasar, guna lebih mendekatkan pelayanan kepada masyarakat serta untuk meningkatkan jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan
- d. Sebagai wahana pembentukan jejaring berbagai UKBM yang ada di desa.

### 4. Ruang Lingkup Kegiatan

Ruang lingkup kegiatan Poskesdes meliputi upaya kesehatan yang menyeluruh mencakup upaya promotif, preventif dan kuratif yang

dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan ) dengan melibatkan kader atau tenaga kesehatan lainnya.

#### 5. Prioritas pengembangan

Meningkat poskesdes merupakan salah satu upaya pemerataan pelayanan kesehatan yang sekaligus wahana partisipasi masyarakat, maka prioritas pengembangannya antara lain :

- a. Desa atau kelurahan yang tidak terdapat sarana kesehatan (puskesmas dan rumah sakit). Adapun desa yang terdapat puskesmas pembantu memungkinkan untuk dikembangkannya poskesdes
- b. Desa dilokasi terisolir, terpencil, tertinggal, perbatasan atau kepulauan.

#### 6. Pengorganisasian (Depkes RI, 2006)

Prinsip pengorganisasian Pos kesdes adalah dikelola oleh masyarakat yang dalam hal ini kader dengan bimbingan tenaga kesehatan.

##### a. Tenaga Poskesdes

Agar Poskesdes dapat terselenggara, maka perlu didukung dengan tenaga sebagai berikut:

##### 1) Tenaga Masyarakat

- a) Kader
- b) Tenaga sukarela lainnya

Tenaga masyarakat sekurang-kurangnya berjumlah 2 (dua) orang yang mendapatkan pelatihan khusus.

## 2) Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan di Poskesdes minimal **Seorang Bidan** .

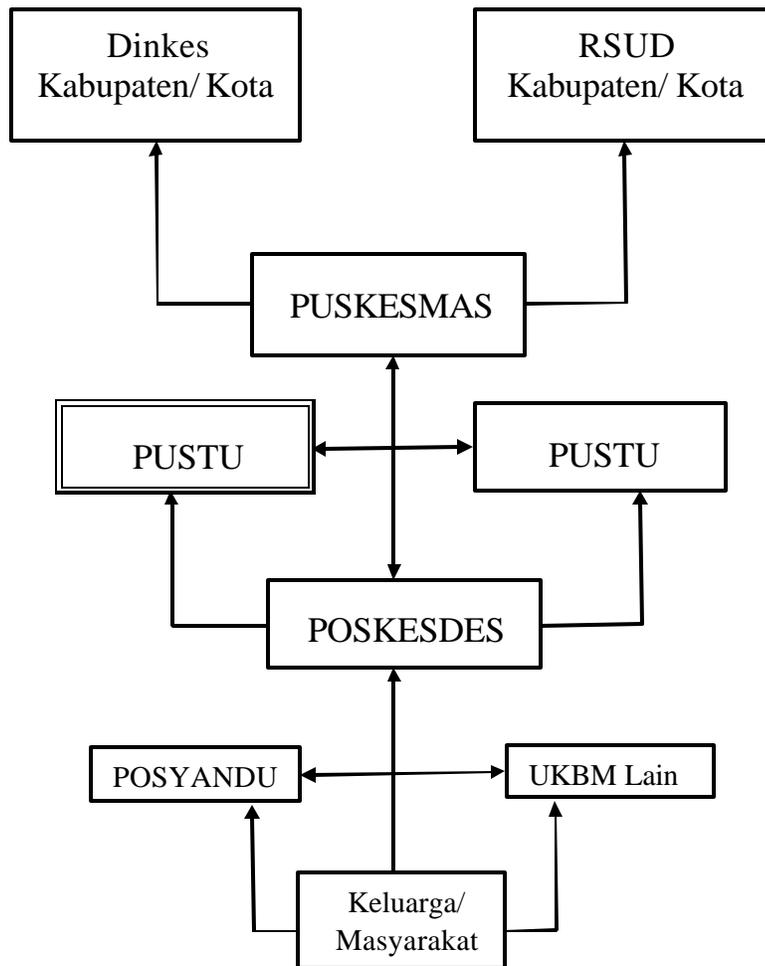
Pemenuhan tenaga kesehatan Poskesdes awalnya dapat dilakukan atas bantuan Pemerintah, dan selanjutnya diharapkan bisa dilakukan secara bertahap oleh masyarakat sendiri. Diharapkan tenaga kesehatan yang akan membantu Poskesdes berdomisili di desa/ kelurahan setempat.

### b. Kepengurusan (Depkes RI, 2006)

Kepengurusan Poskesdes dipilih melalui musyawarah dan mufakat masyarakat desa, serta ditetapkan oleh Kepala Desa. Struktur pengurus minimal terdiri dari Pembina, Ketua, Sekertaris, Bendahara dan Anggota. Susunan pengurus Poskesdes bersifat fleksibel, sehingga dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, kondisi dan permasalahan setempat.

### c. Kedudukan dan Hubungan Kerja

Kedudukan dan hubungan kerja antara Poskesdes dengan unit-unit serta masyarakat seperti gambar 1 di bawah ini :



**GAMBAR 1**

Kedudukan dan Hubungan Kerja Poskesdes

#### 7. Kegiatan Poskesdes

Poskesdes diharapkan dapat melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat desa, sekurang-kurangnya :

- a. Pengamatan epidemiologis sederhana, terutama penyakit menular dan penyakit berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB),

dan faktor risiko ( termasuk status gizi serta kesehatan ibu hamil yang berisiko)

- b. Penanggulangan penyakit terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, serta faktor-faktor risikonya (termasuk kurang gizi)
- c. Kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan
- d. Pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensinya

Kegiatan-kegiatan lain yaitu promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) penyehatan lingkungan dan lain-lain, merupakan kegiatan pengembangan. Poskesdes diharapkan sebagai pusat pengembangan atau revitalisasi berbagai UKBM lain yang ditimbulkan masyarakat desa (Warung obta desa, Kelompok pemakai air, Jamban keluarga dan lain-lain) dengan demikian Poskesdes sekaligus berperan sebagai koordinator dari UKBM tersebut (Hartono, 2006)

#### 8. Sumberdaya Poskesdes

Poskesdes diselenggarakan oleh tenaga kesehatan (Minimal seorang bidan ) dengan dibantu oleh sekurang-kurangnya 2 (dua ) orang kader. Untuk penyelenggaraan, pelayanan poskesdes harus tersedia saran fisik bangunan, perlengkapan, dan peralatan kesehatan guna kelancaran komunikasi dengan masyarakat dan dengan sarana

kesehatan (Khususnya Puskesmas), poskesdes seyogianya memiliki juga sarana komunikasi (telpon,dan ponsel)

Pembangunan sarana fisik poskesdes dapat dilaksanakan melalui berbagai macam dengan urutan alternatif sebagai berikut :

- a. Membangun pondok bersalin desa (Polindes) yang telah ada menjadi poskesdes
- b. Memanfaatkan bangunan yang sudah ada, misalnya balai RW balai desa, balai pertemuan desa dan lain- lain
- c. Membangun baru, yaitu pendanaan dari pemerintah (Pusat atau daerah), donatur, dunia usaha atau swadaya masyarakat (Depkes RI, 2006 ).

### **B. Kesiapsiagaan Penanggulangan Kegawatdaruratan Kesehatan Sehari-hari**

1. Pengenalan Pelaksanaan Pada Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan
  - a. Tujuan utama pertolongan pertama pada kecelakaan
    - 1) Mempertahankan penderita tetap hidup
    - 2) Membuat keadaan penderita tetap stabil
    - 3) Mengurangi rasa nyeri, ketidaknyamanan dan rasa cemas
  - b. Prinsip memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan
    - 1) Tenang dan tidak panik
    - 2) Bertindak cepat dan hati-hati

### 3) Melakukan langkah lanjutan

Langkah lanjutan dipilih yang tepat agar berguna bagi keselamatan dan kelangsungan hidup korban. Konsultasikan langkah-langkah yang dirasa perlu untuk menentukan tempat yang tepat agar korban dapat ditangani oleh tenaga ahli dan terampil dibidangnya.

#### c. Langkah-langkah pertolongan pertama pada kecelakaan

Sangat penting untuk mengetahui tahap-tahap pemberian pertolongan pertama, terutama pada keadaan yang membahayakan jiwa, misal dimana denyut jantung dan pernafasan telah berhenti, perdarahan, tersedak dan keracunan.

- 1) Bila mungkin, minta orang lain untuk memanggil bidan desa/ dokter sementara anda melakukan pertolongan pertama
- 2) Periksa adanya perdarahan hebat. Bila ada, hentikan perdarahan
- 3) Bila menduga adanya cedera tulang belakang, jangan merubah posisi penderita. (cedera tulang belakang bisa terjadi bila penderita jatuh dari tempat tinggi, kecelakaan lalu lintas yang serius atau mengalami rasa kebal/ hilang rasa/ tidak bisa menggerakkan anggota tubuh atas ataupun bawah)
- 4) Bila penderita pingsan tetapi pernafasan normal tanpa cedera tulang belakang, baringkan dalam posisi istirahat

5) Jangan meninggalkan penderita sebelum petugas medis datang. Bila anda sendirian dan tidak mungkin memanggil petugas medis, tetapi tidak ada cedera tulang belakang dan keadaan penderita cukup stabil, bawa penderita ke Puskesmas terdekat (Hartono,2006)

## 2. Penatalaksanaan Pertolongan Pertama Pada Luka Bakar

Luka bakar merupakan suatu kelainan akibat trauma terkena api, air panas atau air keras, apapun yang menyebabkan kulit rusak. Berat ringannya luka bakar tergantung pada luas jaringan tubuh yang terkena dan kedalaman luka tersebut.

### a. Pertolongan pertama menghadapi luka bakar ringan

Jangan lupa untuk melepaskan semua perhiasan dan pakaian yang menutupi daerah kulita yang terbakar, karena daerah tersebut dapat terjadi pembengkakan dan pakaian dapat menempel hingga mengakibatkan kerusakan yang lebih berat. Jika luka bakar itu terasa sangat sakit, mungkin itu hanya mengenai permukaan kulit saja. Anda harus segera mengurangi rasa sakit itu dengan mendinginkannya dengan air selama 1 menit, atau lebih jika rasa sakit itu masih ada. Berikan betadine 0,5% (antiseptik lokal) lalu tutupi luka bakar itu dengan kain steril. Setelah pertolongan pertama diberikan, bawalah korban segera ke puskesmas .

b. Pertolongan pertama menghadapi luka bakar berat

pada prinsipnya, harus diperhatikan tentang gangguan saluran pernafasan dan cara bernafas si korban apakah ada gangguan, serta kenali tanda-tandasyok: nadi lemah, bibir serta ujung jari tangan dan kaki pucat kebiruan.

3. Penatalaksanaan Pertolongan Pertama Pada Keracunan (Hartono,2007)

Keracunan adalah masuknya suatu zat ke dalam tubuh kit yang dapat mengganggu kesehatan bahkan dapat menimbulkan kematian. Seseorang dicurigai keracunan bila :

- a. Seorang yang sehat mendadak sakit
- b. Gejalanya tak sesuai dengan suatu keadaan pathologic tertentu
- c. Gejalanya menjadi cepat karena dosis yang besar
- d. Keracunan kronik diduga bila penggunaan obat dalam wktu lama atau lingkungan pekerjaan yang berhubungan dengan zat-zat kimia.

Zat yang dapat menimbulkan keracunan dapat berbentuk :

- a. Padat, misalnya obat-obatan, makanan
- b. Gas, misalnya CO
- c. Cair, misalnya alkohol, bensin, minyak tanah, zat kimia

Seseorang dapat mengalami keracunan dengan cara :

- a. Tertelan melalui mulut, keracunan makanan, minuman

- b. Terhisap melalui hidung, misalnya keracunan gas CO
- c. Terserap melalui kulit/ mata, misalnya keracunan zat kimia

#### 4. Keracunan Alkohol

Gejala keracunan alkohol :

- a. Kekacauan mental
- b. Pupil mata dilatasi
- c. Sering muntah-muntah
- d. Bau alkohol

Apa yang dapat dilakukan oleh kader :

- a. upayakan muntah bila pasien sadar
- b. pertahankan agar pernapasan baik
- c. bila sadar, beri minum kopi hitam
- d. bawa ke poskesdes

#### 5. Keracunan asetosal/ aspirin/ naspro

Gejala keracunan asetosal/ aspirin/ naspro :

- a. Nafas dan nadi cepat
- b. Gelisah
- c. Nyeri perut
- d. Muntah (sering bercampur darah)
- e. Sakit kepala

Apa yang dilakukan oleh kader :

- a. Upayakan pertolongan dengan membuat nyaman pasien
- b. Bila sadar beri minum air atau susu

c. Bawa ke poskesdes

6. Keracunan luminal dan obat tidur sejenisnya

Gejala keracunan luminal dan obat tidur sejenisnya :

- a. Refleksi berkurang
- b. Depresi pernapasan
- c. Pupil kecil → akhirnya diatasi
- d. Shock → bisa koma

Apa yang dapat dilakukan oleh kader :

- a. Bila penderita sadar, berikan air minum hangat serta upayakan agar penderita muntah
- b. Bila penderita tidak sadar, bersihkan saluran pernapasan
- c. Penderita dibawa ke Puskesmas terdekat

7. Keracunan arsen/ racun tikus (Hartono, 2007)

Gejala keracunan arsen/ racun tikus :

- a. Perut dan tenggorokan terasa terbakar
- b. Muntah, mulut kering
- c. Buang air besar seperti air cucian beras
- d. Nafas dan kotoran berbau bawang
- e. Kejang → syok

Apa yang dilakukan oleh kader :

- a. Usahakan minum agar dimintakan
- b. Beri minum air hangat atau larutan norit
- c. Segera kirim ke Puskesmas/ rumah sakit

8. Keracunan bensin/ minyak tanah (Abdullah, 2007)

Gejala keracunan bensin/ minyak tanah :

- a. Inhalasi : nyeri kepala, mual, lemah, sesak nafas
- b. Ditelan : muntah, diare, sangat berbahaya jika terjadi aspirasi

Apa yang dilakukan oleh kader :

- a. Jangan lakukan muntah buatan
- b. Beri minum air hangat
- c. Segera kirim ke Puskesmas/rumah sakit

9. Keracunan makanan laut ( Depkes RI, 2007)

Beberapa jenis makanan laut seperti keriting, rajungan dan ikan lautnya dapat menyebabkan keracunan.

Gejala :

- a. Masa laten 1/3– 4 jam
- b. Rasa panas disekitar mulut
- c. Rasa baal pada extremities
- d. Lemah
- e. Mual, muntah
- f. Nyeri perut dan diare

Apa yang dilakukan oleh kader :

- a. Netralisasi dengan cairan
- b. Upayakan muntah

#### 10. Keracunan jengkol (Hartono, 2007)

Keracunan jengkol terjadi karena terbentuknya kristal asam jengkol dalam saluran kencing. Ada beberapa hal yang diduga mempengaruhi timbulnya keracunan yaitu jumlah yang dimakan, cara penghidangan dan makanan penyerta lainnya.

Gejala :

- a. Nafas, mulut dan air kemih penderita berbau jengkol
- b. Sakit pinggang yang disertai sakit perut
- c. Nyeri waktu buang air kecil
- d. Buang air kecil kadang disertai darah

Apa yang dilakukan oleh kader :

- a. Minum air putih yang banyak
- b. Obat penghilang rasa sakit dapat diberikan untuk menghilangkan rasa sakitnya
- c. Segera kirim ke Puskesmas/ rumah sakit

#### 11. Keracunan jamur

Gejala alam muncul dalam jarak beberapa menit sampai 2 jam

Gejala :

- a. Sakit perut
- b. Muntah
- c. Diare
- d. Berkeringat banyak

Apa yang dapat dilakukan oleh kader, yaitu :

- a. Netralisasi dengan cairan
- b. Upayakan pasien muntah
- c. Segera kirim ke Puskesmas/ rumah sakit

#### 12. Keracunan makanan

Penyebab adalah *Staphylococcus*. Sering kali menyebabkan keracunan dengan masa laten 2-8 jam.

Gejala :

- a. Mual, muntah
- b. Diare
- c. Nyeri perut
- d. Nyeri kepala, demam
- e. Dehidrasi
- f. Dapat menyerupai disentri

Apa yang dapat dilakukan oleh kader :

- a. Muntah buatan
- b. Beri minuman yang banyak
- c. Segera kirim ke Puskesmas/ rumah sakit

#### 13. Prinsip penatalaksanaan keracunan

- a. Mencegah menghentikan penyerapan racun
  - 1) Bila racun ditelan
    - a) Encerkan racun yang ada dalam lambung, sekaligus menghalangi penyerapannya dengan cara memberikan

cairan dalam jumlah banyak. Cairan yang dipakai adalah air biasa atau susu.

- b) Upayakan pasien muntah, efektif bila dilakukan dalam 4 jam setelah racun ditelan. Dapat dilakukan dengan cara mekanik yaitu merangsang dinding faring dengan jari atau suruh penderita untuk berbaring tengkurap, dengan kepala lebih rendah dari pada bagian dada. Emisis tidak boleh dilakukan pada penderita tidak sadar.
- 2) Bila racun melalui kulit/ mata
- a) Pakaian yang terkontaminasi dilepas
  - b) Cuci/ bilas bagian yang terkena dengan air
  - c) Perhatikan jangan sampai penolong ikut terkena
- (Rejeki,2007)

### **C. Kesiapsiagaan Penanggulangan Bencana**

#### **1. Epidemiologi Bencana Alam (Bustan, 2000)**

Bencana alam (natural disaster) disini dimaksudkan sebagai berbagai bentuk kejadian alam yang mengganggu kesehatan masyarakat. Terhadap bencana alam gempa bumi misalnya, dikatakan bahwa Earthquake Injury Epidemiology is an emerging discipline with numerous implication for reducing advance environmental impacts and urban vulnerability.

Asia Disaster Preparedness Center mendefinisikan : Disaster is an event, natural or man-made sudden or progressive, which impact with such that affected community has to response by taking exceptional measures. Dengan ini dapat dipahami bahwa suatu bencana merupakan keadaan yang membawa korban banyak dengan keadaan yang serius, terjadi dalam waktu yang relatif singkat dan memerlukan usaha-usaha intervensi khusus.

Berbagai bentuk bencana alam yang dapat memporandakan bumi dan isinya ini bisa dalam berbagai bentuk seperti ::

- a. Gempa bumi (earthquake)
- b. Angin kencang (hurricane, typhoon, cyclone)
- c. Kekeringan (drought)
- d. Banjir (flood)
- e. Pasang (Tsunami)
- f. Letusan Gunung (volcanic eruption)

## **2. Organisasi dan Tata Laksana Penanggulangan Bencana**

Hirarki    Penanggung    Jawab    Pelayanan    Kesehatan  
Penanggulangan Bencana'

### a. Di Tingkat Pusat

Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana di tingkat pusat adalah Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI selaku Ketua Crisis Center, dibantu oleh Dirjen Pelayanan Medik, Dirjen PPM dan PLP, Dirjen POM, Dirjen Binkesmas, dan Kepala

Badan Litbang. Dalam melaksanakan tugas berkonsultasi dengan BAKORNAS-PB.

b. Di Tingkat Propinsi Daerah Tingkat I

Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana di Propinsi Daerah Tingkat I adalah Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan dibantu oleh Kepala Kesehatan Daerah Tingkat I dan Direktur Rumah Sakit Dati I di wilayahnya. Bila diperlukan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan baik melalui Depkes maupun langsung dapat meminta bantuan kepada rumah sakit yang menjadi rujukannya. Dalam melaksanakan tugas dibawah koordinasi SATKORLAK-PB yang diketuai oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I.

c. Di Tingkat Kabupaten/Kotamadya Dati II

Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana di Kabupaten/Kotamadya Dati II adalah Kepala Dinas Kesehatan Dati II dibantu oleh Kandep Kesehatan Kabupaten/kodya dan Direktur RS rujukan Dati II. Dalam melaksanakan tugas dibawah koordinasSATKORLAK-PB yang diketuai oleh Bupati/Walikota Kepala Daerah Tingkat II.

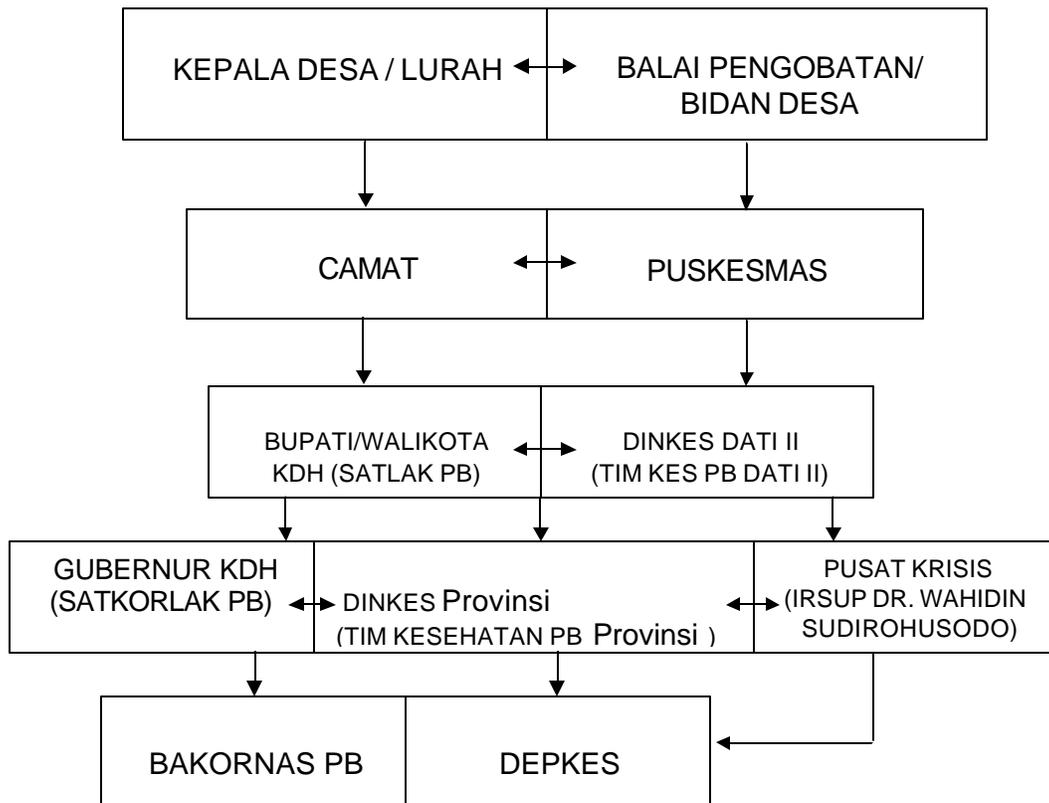
d. Di Tempat Triase (dilokasi bencana)

Pelayanan kesehatan penanggulangan bencana di Triase di bawah tanggung jawab Kepala Puskesmas di tempat terjadinya bencana. Setelah Kadinkes Dati II sedang untuk pengamanan,

evakuasi dll dibawah koordinasi Puskesmas setempat (Depkes RI, 1999)

### 3. Skema Arus Pelaporan Bencana (Depkes RI, 1999)

Bencana datang tak disangka-sangka dan harus siap SIAGA mealporkan apa yang terjadi dilokasi bencana itu dan melakukan tindakan pertolongan dan penanggulangannya. Untuk itu, agar proses kegiatan penanggulangan bencana dapat berjalan dengan baik, maka ditetapkan skema arus pelaporannya seperti gambar 2 di bawah ini :



**GAMBAR 2**  
**Skema Arus Pelaporan Bencana Alam**

**Keterangan : Media Pelaporan**

- TELEPON - FAX -RADIO CB/SSB

#### **D. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga**

##### 1. Rumah Tangga (Hartono, 2006)

Rumah tangga adalah wahana atau wadah yang terdiri dari bapak, ibu dan anak-anaknya dan anggota keluarga lainnya dalam melaksanakan kehidupannya sehari-hari

##### 2. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (Dachroni, 2002)(*sampai disini*)

Perilaku hidup bersih dan sehat adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya.

##### 3. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Program perilaku hidup bersih dan sehat adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar bagi perorangan, kelompok dan masyarakat dengan cara membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi guna meningkatkan pengetahuan sikap dan perilaku melalui pendekatan advokasi, bina suasana dan melakukan gerakan pemberdayaan masyarakat sehingga dapat menerapkan cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatannya.

#### 4. PHBS Di Rumah Tangga

Adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

#### 5. Rumah Tangga Sehat

Adalah rumah tangga memenuhi 7 indikator PHBS di rumah tangga dan 3 indikator. Gaya hidup sehat (Dachroni, 2002) sebagai berikut :

7 indikator PHBS di Rumah Tangga :

- a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan,
- b. Bayi diberi ASI saja sejak lahir sampai berusaha 6 bulan.
- c. Mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan.
- d. Ketersediaan air bersih.
- e. Ketersediaan jamban.
- f. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni.
- g. Lantai rumah bukan dari tanah.

#### 6. Indikator Gaya Hidup Sehat, yaitu :

- a. Makan buah dan sayur setiap hari
- b. Melakukan aktivitas fisik setiap hari

c. Tidak merokok di dalam rumah (Hartono Bambang, 2006).

#### 7. Indikator PHBS Di Rumah Tangga (Dachroni, 2006)

Guna mengukur keberhasilan pembinaan PHBS di Rumah Tangga maka perlu ditentukan indikator keberhasilan. Indikator keberhasilan adalah suatu petunjuk yang membatasi fokus perhatian suatu penilaian. Secara umum indikator PHBS di Rumah Tangga dibagi menjadi indikator masukan, proses dan keluaran. Indikator masukan berkaitan dengan penunjang pelaksanaan PHBS di Rumah Tangga. Indikator proses menggambarkan bagaimana kegiatan PHBS di Rumah Tangga berjalan dan indikator keluaran menggambarkan hasil kegiatan pembinaan PHBS di Rumah Tangga.

##### a. Indikator Masukan

- 1) Adanya kebijakan penyelenggaraan PHBS di Rumah Tangga mulai dari Provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan kelurahan/desa.
- 2) Adanya dukungan kebijakan untuk 7 indikator PHBS dan 3 indikator Gaya Hidup Sehat di Rumah Tangga.
- 3) Adanya pembiayaan kegiatan PHBS di Rumah Tangga dari desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten / kota baik sumber dari pemerintah, swasta, dunia usaha maupun dari swadaya.
- 4) Adanya kader yang telah dilatih PHBS di Rumah Tangga.

- 5) Adanya kader aktif yang membina PHBS di Rumah Tangga.
- 6) Adanya media pendukung untuk pembinaan PHBS di Rumah Tangga.

b. Indikator Proses

- 1) Adanya pelatihan PHBSB di Rumah Tangga untuk kader.
- 2) Adanya rencana kegiatan pembinaan PHBS di Rumah Tangga.
- 3) Adanya penyuluhan PHBS di Rumah Tangga.
- 4) Adanya pencatatan awal dan perkembangan PHBS di Rumah Tangga untuk setiap rumah tangga.
- 5) Frekuensi penyuluhan PHBS di Rumah Tangga.
- 6) Adanya kegiatan inovatif dalam pembinaan PHBS di Rumah Tangga

c. Indikator Keluaran

Indikator keluaran dibagi atas indikator Tunggal PHBS dan indikator komposif PHBS yang disebut sebagai Rumah Tangga Sehat.

- 1) Indikator tunggal
  - a) Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

- b) Persentase bayi yang diberi ASI saja sejak lahir sampai berusia 6 bulan.
- c) Persentase rumah tangga yang mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan.
- d) Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap air bersih.
- e) Persentase rumah tangga yang memiliki jamban.
- f) Persentase rumah yang memiliki kesesuaian lantai dengan jumlah penghuni.
- g) Persentase rumah yang lantainya bukan dari tanah.
- h) Persentase rumah tangga yang tidak merokok di dalam rumah.
- i) Persentase rumah tangga yang melakukan aktivitas fisik setiap hari.
- j) Persentase rumah tangga yang makan buah dan sayur setiap hari.

## 2) Indikator Gabungan (Composite)

Indikator gabungan adalah persentase Rumah Tangga Sehat yang diukur dari aktivitas rumah tangga yang memenuhi 7 indikator PHBS di Rumah Tangga. Apabila dalam rumah tangga tersebut tidak ada ibu yang pernah melahirkan dan tidak ada balita, maka pengertian

Rumah Tangga Sehat adalah rumah tangga yang memenuhi 5 indikator PHBS. Ke lima indikator PHBS rumah tangga tersebut harus ditunjang oleh konsep "DOA".

Disability Oriented Approach (DOA = Ngatimin, 2002), sebagai alat dalam mencapai tujuan promosi kesehatan "DOA" dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Sebagai "alat" untuk mendukung pengalaman perilaku sehat secara berkesinambungan sehingga "the mand behind the gun" perlu disiapkan untuk mampu memahami dan menggunakan alat sebaik mungkin dan seefisien mungkin,
- b. Sebagai "alat" yang kesuksesan pemakainnya memerlukan dukungan "man behind the gun" yang tepat maka "the man" harus memiliki kemampuan pendekatan yang komunikatif berdasar "inovasi, komunikasi dan motivasi (ICM)" serta kemampuan mengemas materi penyuluhan berbasis "medico-sosio-antropologik (MSA)". Pada pelaksanaan "DOA" secara optimal selalu didukung komitmen bahwa hidup sehat mutlak merupakan hak azasi manusia.
- c. Sebagai "alat" DOA yang dijabarkan berbasis pengetahuan kedokteran dan kesehatan "the man" harus mampu membawa masyarakat lansia yakin bahwa disability adalah sesuatu yang tidak enak, menyulitkan, menyebalkan, merugikan dan mungkin kehadirannya merupakan awal ancaman kematian.

- d. Melalui penjabaran "DOA" disability harus dicegah dengan cara menghindarkan diri agar tidak jatuh sakit dikarenakan mampu menjauhi pengalaman perilaku kesehatan yang buruk dan mencegah pengalaman perilaku berperan sebagai pemicu terjadinya gangguan keseimbangan antara "agen, host dan environment".
- e. Melalui penjabaran "DOA" disepakati bahwa timbulnya penyakit disebabkan "agent" dan karena pengalaman perilaku kesehatan.

Secara operasional perilaku dapat diartikan suatu respon seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari subyek tertentu.

Respon ini ada dua macam, yakni :

- a. Bentuk pasif adalah respon internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan (sikap batin) dan pengetahuan. Pengetahuan dan sikap merupakan perilaku yang terselubung (*covert behavior*)
- b. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservatie secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata (*everbehavior*) (Notoadmojo,2003)

Perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu :

- a. Faktor-faktor penguat (*predisposing factors*) yang terwujud dalam penegtahuan fisik, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedinya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas (*provider*) yang menjadi referensi perilaku masyarakat.

Perilaku manusia (termasuk lansia) sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang luas . Benyamin Bloom (1978) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu ke dalam tiga domain (ranah/kawasan) meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan-batasan yang jelas dan tegas. Ketiga kawasan itu adalah *knowledge*, *attitude*, dan *practice*. Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain itu diukur dari :

- a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (knowledge)

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Notoadmojo,2003). Sifat dasar dari manusia adalah keingintahuan yang terjadi melalui panca indera tentang sesuatu menyebabkan seseorang melakukan upaya-upaya pencarian. Serangkain pengalaman-pengalaman selama proses interaksi dengan lingkungannya menghasilkan suatu pengetahuan bagi

orang tersebut. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat merupakan pendorong motivasi untuk bersikap dan melakukan sesuatu tindakan bagi orang tersebut. Pengetahuan yang diperoleh sebagai hasil belajar yang mempunyai tingkatan-tingkatan yang dibagi atas enam bagian seperti dikutip oleh (Ngatimin ,2003) yaitu :

- 1) tingkat pengetahuan (*knowledge*), bila seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya.
- 2) perbandingan menyeluruh (*comprehension*), seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar, dia dapat menerangkan secara mendasar ilmu pengetahuan yang telah dipelajarinya.
- 3) penerapan(*application*), telah ada kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajarinya dan satu situasi kesituasi lainnya.
- 4) analisis (*analysis*), kemampuan lebih meningkat lagi, ia telah mampu untuk menerangkan bagian-bagian yang menyusun bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisis hubungan satu dengan yang lainnya.
- 5) sintesis (*syntesis*), di samping untuk menganalisis diapun mampu untuk menyusun kembali pengetahuan yang diperolehnya ke bentuk semula dan atau bentuk yang lain.
- 6) evaluasi (*Evaluation*), seseorang telah mempunyai kemampuan untuk mengevaluasi sesuatu sesuai kriteria yang telah ditentukan .Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada

orang dewasa dimulai pada domain kognitif, subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa obyek atau materi di luar dirinya sehingga menimbulkan respon bathin dalam bentuk sikap, terhadap obyek yang diketahuinya itu. Akhirnya obyek yang telah diketahuinya dan disadari sepenuhnya tersebut, akan menimbulkan respon lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan (*action*) terhadap stimulus tadi.

- b. Sikap atau tanggapan (*attitude*) peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan. Membicarakan tentang sikap seperti yang dikutip oleh Ngatimin (2003 ) bahwa *effective domain* terdiri 5 tingkat, antara lain :
- 1) penerimaan (*receiving*), ditandai adanya rangsang dari luar yang menyadarkan seseorang bahwa telah terjadi sesuatu.
  - 2) penjabaran (*responding*), rangsangan telah mampu mengubah seseorang untuk memberi perhatian dan ikut serta.
  - 3) memberikan nilai (*evaluing*), ditandai dengan adanya nilai baru di dalam masyarakat nilai itu belum merupakan nilai yang khas bagi masyarakat.
  - 4) pengorganisasian (*organization*), nilai yang ada itu, telah terorganisasi menjadi milik masyarakat

## **E. Surveillance Berbasis Masyarakat**

### **1. Pengertian Surveillance Epidemiologi**

Surveillance Epidemiologi adalah kegiatan pengamatan secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan serta kondisi yang mempengaruhi risiko terjadinya penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan pengolahan data dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan (Rejeki Sri. Ns, 2007).

### **2. Pelaksanaan Surveillance di Tingkat Desa**

Surveillance penyakit di tingkat desa dilaksanakan oleh kelompok kerja surveillance tingkat desa, dengan melakukan kegiatan pengamatan dan pemantauan situasi penyakit/kesehatan masyarakat desa dan kemungkinan ancaman terjadinya KLB secara terus menerus. Pemantauan tidak hanya sebatas penyakit. Pengamatan dan pemantauan suatu penyakit di suatu desa mungkin berbeda jenisnya dengan pemantauan dan pengamatan di desa lain. Hal ini sangat tergantung dari kondisi penyakit yang sering terjadi dan menjadi ancaman di masing-masing desa.

Hasil pengamatan dan pemantauan dilaporkan secara berkala sesuai kesepakatan (per minggu/ per bulan / bahkan setiap saat) ke petugas kesehatan di Poskesdes, informasi yang disampaikan berupa informasi :

- a. Nama penderita
- b. Penyakit yang dialami
- c. Alamat tinggal
- d. Umur
- e. Jenis kelamin
- f. Kondisi lingkungan tempat tinggal penderita, dll

Atau memberikan informasi tentang faktor-faktor risiko suatu penyakit, seperti terlihat pada tabel 1 pada halaman berikutnya :

Tabel 1  
Jenis-Jenis faktor Risiko Suatu Penyakit

No	Surveilans	Jenis Faktor Risiko
1	Diare	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Masyarakat kesulitan memperoleh air bersih.</li> <li>? Masyarakat merasakan kekurangan jamban.</li> <li>? Lingkungan tidak bersih (pengelolaan sampah yang tidak baik).</li> <li>? Terlihat beberapa tetangga/family menderita BAB cair.</li> </ul>
2	Campak	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Merasakan sebagian warganya masih kekurangan pangan.</li> <li>? Anak balita banyak yang tidak naik berat badannya.</li> <li>? Anak balita banyak yang belum mendapat Imunisasi dan Vitamin A.</li> <li>? Terlihat beberapa anak yang terserang campak.</li> <li>? Adanya anak-anak yang belum mendapat imunisasi.</li> </ul>
3	DBD dan Malaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Masyarakat melihat dan merasakan banyak nyamuk di wilayahnya.</li> <li>? Masyarakat melihat dan merasakan banyak air yang tergenang.</li> <li>? Banyak kaleng-kaleng bekas yang tidak dikubur.</li> <li>? Banyak menemukan jentik pada tempat-tempat penampungan air.</li> </ul>
4	ISPA/Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Melihat beberapa tetangga atau family terserang demam.</li> <li>? Masyarakat melihat dan merasakan timbulnya kasus batuk pilek yang menjurus pada sesak nafas terutama pada anak-anak.</li> <li>? Terjadinya kebakaran hutan yang mengakibatkan kabut asap dan mengganggu pernafasan.</li> </ul>
5	Flu Burung	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Terdapat kematian unggas secara mendadak dalam jumlah banyak.</li> <li>? Ditemukan warga yang menderita demam panas = 38<sup>o</sup> c disertai dengan satu atau lebih gejala berikut : batuk, sakit tenggorokan, pilek dan sesak nafas/ nafas pendek yang sebelumnya pernah kontak dengan unggas yang mati mendadak.</li> </ul>
6	Keracunan Makanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Dengan perayaan atau kendurian yang mengumpulkan masyarakat untuk berkumpul dan makan bersama.</li> <li>? Masyarakat melihat munculnya kasus diare, muntah-muntah ataupun pingsan dari beberapa orang sehabis menyantap makanan secara bersama-sama.</li> </ul>
7	Polio	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Masyarakat melihat adanya akan yang berusia kurang dari 15 tahun, mendadak lumpuh layu mendadak tanpa didahului traumia.</li> <li>? Cakupan imunisasi polio yang kurang.</li> <li>? Pemakaian jamban yang belum memadai.</li> </ul>

Apabila ditemukan faktor risiko seperti tersebut diatas, maka perlu dilakukan tindakan perbaikan oleh masyarakat dan apabila ditemukan diluar dari biasanya, misalnya ditemukan kasus “penderita” meningkat atau ditemukan kondisi lingkungan sumber air yang memburuk maka diharapkan masyarakat melapor kepada petugas untuk bersama-sama mengatasi masalah tersebut Ahmad Sjafii (2006).

## **F. Tinjauan Umum Tentang Pembiayaan Kesehatan Berbasis Masyarakat**

### **1. Tingkat Perkembangan Dana Sehat (Depkes RI, 2006)**

Dana sehat sudah lama dikembangkan di Indonesia jauh sebelum program JKPM direncanakan. Sejak pendekatan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) digunakan pada tahun 1974. Dana sehat telah mulai marak, meski masih dalam bentuk yang sederhana. Jimpitan beras, sumbangan keluarga untuk PMT (pemberian makanan tambahan) balita, arisan jamban keluarga, arisan rumah sehat, adalah beberapa dari sekian banyak kegiatan yang bernuansa Dana Sehat. Meskipun secara kuantitatif cukup banyak, namun pada skala mikro harus diakui bahwa Dana Sehat ini mengalami 2 fenomena yang menarik yaitu :

#### **a. Fenomena gigi gergaji**

Banyak Dana Sehat yang baru berdiri, kemudian jatuh bangun lagi dan dana sehat berdiri lagi, dan jatuh bangun lagi, dan seterusnya.

#### b. Fenomena Bonsai

Dana sehat yang berhasil melampaui fenomena gergaji akan menjadi Dana Sehat yang bertahan terus sampai bertahun-tahun, namun tetap kecil sehingga mirip bonsai. Hal ini terjadi karena pada model pendanaan seperti ini berlaku Hukum Bilangan Besar, sehingga bila pesertanya terbatas, manfaatnya juga amat terbatas. Seperti halnya Bonsai, dana sehat memerlukan dedikasi yang tinggi dari pengelolanya. Bila tidak ada pengolah yang dedukatif, Dana Sehat biasanya akan terbengkalai.

Bersamaan dengan keberhasilan pembangunan ekonomi Indonesia, “demand” masyarakat terhadap kesehatan makin meningkat. Sejalan dengan itu terjadi perkembangan yang menarik, yakni meluasnya keinginan membentuk Dana Sehat dan membesarnya liputan wilayah dana sehat. Bila dulu dana sehat hanya sebatas pada desa, kini sudah mulai merambat ke tingkat kecamatan bahkan kabupaten. Institusi penyelenggara Dana Sehat juga mulai beragam, ada pola PKMD, pola UKS, pola Koperasi, pola UKK, pola pondok pesantren, pola PKK, kelompok agama, pola LSM, pola perusahaan swasta, dll.

#### 2. Arah yang Dituju

Pada masa lalu, para pengelola cenderung untuk tetap mengelola Dana Sehat dalam skala kecil. Memang kecil itu indah,

namun kini dengan meningkatnya demand mereka pada pemeliharaan kesehatan, pemerintah telah menyiapkan alternatif untuk pemenuhan kebutuhan mereka, melalui beberapa ketentuan seperti yang dimuat pada Garis-garis Besar Haluan Negara 1993, Undang-Undang nomor 23 tentang Kesehatan dan perangkat peraturan lainnya.

Pembinaan Dana Sehat tentu saja diarahkan pada kondisi yang memenuhi syarat sebagai JPKM, seperti yang tertuang dalam UU nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Permenkes nomor 527/Menkes/Per/VII/1993 tentang JPKM dan Permenkes nomor 571/Menkes/Per/VII/1993 tentang Penyelenggaraan Program JPKM.

Bila diurai lebih lanjut menurut fungsi kepesertaan, pendanaan, pemeliharaan kesehatan dan organisasi. Maka arah pembinaan yang harus dituju adalah sebagai berikut :

### 3. Paket Pelayanan Dasar

Bila Dana Sehat akan mengarah ke JPKM, maka paket pelayanan kesehatan dasar harus meliputi :

#### a. Rawat jalan yang meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan pencegahan
- 2) Penyuluhan kesehatan
- 3) Pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan tindakan medis
- 4) Pelayanan pemulihan kesehatan
- 5) Termasuk didalamnya pemberian imunisasi, pelayanan KB dan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta persalinan.

- b. Rawat inap yang meliputi 5 hari rawat
- c. Pelayanan kesehatan penunjang termasuk
  - 1) Pelayanan radio diagnostik dan atau ultrasonografi
  - 2) Pelayanan pemeriksaan laboratorium klinik

#### 4. Jumlah Anggota dan Besarnya Iuran (Depkes RI, 2006)

Dikaitkan dengan paket pelayanan kesehatan dasar tersebut di atas, maka jumlah peserta dan besarnya iuran akan saling bergantung. Makin banyak peserta, makin kecil iurannya, sebaliknya bila jumlah peserta makin sedikit, iuran yang harus dibayar menjadi semakin besar. Dari perhitungan dengan menggunakan tarif dasar pelayanan kesehatan pemerintah yang berlaku sekarang ini, untuk peserta lebih dari 1000 KK atau 5000 orang, maka iuran yang harus dibayar adalah sebesar Rp. 800/kapita/bulan. Pada peserta yang sebesar ini, perlu organisasi BP JPKM yang :

- 1) Berbadan hukum (PT, Koperasi atau BUMN)
- 2) Cukup punya permodalan
- 3) Manajemen minimum dengan 8 orang tenaga "full time"

#### 5. Tahapan perkembangan(Wibisana, 1994)

Melihat standar minimal yang harus dilakukan bagi Dana Sehat yang mengarah ke JPKM, tampaknya cukup berat untuk dicapai. Meski potensi ke sana tetap ada, namun masih perlu waktu yang cukup panjang untuk menggapainya.

Untuk itu telah dirumuskan tahapan perkembangan Dana Sehat sebagai berikut :

- a. Dana Sehat pratama, yaitu Dana Sehat yang paling pemula tingkatnya.
- b. Dana Sehat madya, yaitu Dana Sehat yang sudah agak berkembang, tetapi belum seperti yang diinginkan.
- c. Dana Sehat purnama, yaitu Dana Sehat yang sudah mantap seperti yang kita inginkan dan mendekati persyaratan JPKM.

Bila dikaitkan dengan perhitungan berdasarkan tarif pelayanan kesehatan pemerintah yang berlaku saat ini, tahap perkembangan Dana Sehat tersebut dapat di kualifikasi seperti tabel 2 di bawah ini :

Tabel 2  
Kualifikasi Dana Sehat

Indikator	Pratama	Madya	Purnama
Kepesertaan:	<500 KK (2.500 org)	500-1.000 KK (2.500-5.000 org)	>1.000 KK (>5.000 org)
Pendanaan/ luran/premi	< 500 org /bln/kap	Rp. 500-800 /bln/kap	> Rp. 800 /bln/kap
Pemeliharaan Kesehatan:	Rawat jalan Sub. Puskesmas dan Puskesmas	Ditambah: Rawat inap dan persalinan	Pkt. Lengkap: Spt. tertulis dlm Permenkes
Organisasi	Institusi lokal 1-2 org tenaga purna waktu	Organisasi ada 3-7 org tenaga purna waktu	Organisasi Berbadan hukum >8 org tenaga purna waktu
Perkiraan tkt wilayah	Tingkat Desa	Tingkat Kecamatan	Lintas Kecamatan

Hasil pengamatan di lapangan menunjukkan bahwa banyak Dana Sehat yang masih dalam skala kecil, baik ditinjau dari aspek kepesertaan, besarnya iuran, paket pemeliharaan kesehatan maupun organisasinya. Oleh karena itu terpaksa dilakukan stratifikasi Dana Sehat Pratama menjadi :

- a. Dana Sehat Pratama I, artinya yang paling kecil
- b. Dana Sehat Pratama II, yang tergolong menengah
- c. Dana Sehat Pratama III, yang sudah mendekati kriteria maksimal Dana Sehat Pratama tersebut di atas. Adapun kriteria pembagiannya seperti tergambar dalam tabel 3 di bawah ini :

Tabel 3  
Pembagian Tingkat Perkembangan Dana Sehat Pratama

Indikator	Pratama I	Pratama II	Pratama III
Kepesertaan:	< 150 KK (750 org)	150-300 KK (750-1500 org)	300-500 KK (1500-2500 org)
Pendanaan/ Iuran/premi	< Rp. 150/ Kap/bln	Rp. 150-300/ Kap/bln	Rp. 300-500/ Kap/bln
Pemeliharaan Kesehatan:	Rawat jalan Sub. Puskesmas dan puskesmas dg pembatasan	Rawat jalan Sub. Puskesmas dan puskesmas dg pembatasan	Rawat jalan Sub. Puskesmas dan Puskesmas tanpa pembatasan
Organisasi	Institusi lokal Sukarelawan	Institusi lokal Sukarelawan	Institusi lokal 1-2 org tenaga purna waktu

6. Jenis Intervensi Pada Tiap Kategori Dana Sehat (Depkes RI, 2006)

Dana Sehat Pratama I, II dan III, jenis intervensi yang bisa dilakukan adalah meningkatkan frekuensi dan intensitas KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) dari petugas pembina kepada para pengurus Dana Sehat. Dana Sehat madya, jenis intervensinya adalah pelatihan manajemen operasional Dana Sehat. Pelatihan ini berkaitan dengan pengelolaan Dana Sehat secara keseluruhan, termasuk manajemen keuangannya. Dana Sehat purnama, jenis intervensinya adalah pelatihan JPKM, sebagai persiapan Dana Sehat tersebut untuk bergabung atau meningkatkan statusnya menjadi JPKM

### **G. Tinjauan Umum Tentang Desa SIAGA**

#### 1. Pengertian Desa SIAGA (BPPSDM Kes, Depkes RI, 2007)

Desa SIAGA adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri

Desa yang dimaksud disini dapat berarti kelurahan atau nagari atau istilah lain bagi kesatuan negara hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan negara kesatuan Republik Indonesia.

## 2. Tujuan Desa SIAGA (Depkes RI, 2006)

### a. Tujuan Umum

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

### b. Tujuan Khusus

- 1) meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan
- 2) meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya)
- 3) meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- 4) meningkatnya kesehatan lingkungan di desa
- 5) meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri dibidang kesehatan

## 3. Sasaran Pengembangan Desa SIAGA (Depkes RI, 2006)

Untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran dibedakan menjadi tiga kelompok, yang dalam pendekatannya harus dilakukan secara simultan. Ketiga kelompok sasaran tersebut antara lain :

### a. Sasaran Primer

Sasaran primer adalah semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.

b. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah individu atau kelompok seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader desa, serta petugas kesehatan, yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku sasaran primer atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut

c. Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah individu atau kelompok dan institusi seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan *stakeholders* lainnya yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana

4. Kriteria Desa SIAGA (Ahmad, 2006)

Sesuai dengan pengertian Desa SIAGA maka kriteria Desa SIAGA antara lain :

- a. Memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu, dikembangkan Poskesdes
- b. Memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu, Pos Warung Obat desa, dan lain-lain )
- c. Memiliki sistem pengamatan (surveilans penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat

- d. Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat-daruratan dan bencana berbasis masyarakat
  - e. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat
  - f. Memiliki lingkungan yang sehat
  - g. Masyarakatnya sadar gizi serta berperilaku hidup bersih dan sehat
5. Langkah Pengembangan Desa SIAGA (Depkes RI, 2006)
- a. Persiapan Internal

Adapun pendekatan yang perlu dilakukan dalam upaya penyediaan Desa SIAGA sebagai berikut :

- 1) menyiapkan program terpadu

Unsur yang terlibat dalam penyediaan Desa SIAGA masing-masing melakukan penyusunan program untuk selanjutnya dirumuskan bersama kemudian dipadukan untuk menentukan prioritas kegiatan yang dilaksanakan terutama mengenai :

- (a) waktu pelaksanaannya
- (b) jenis kegiatan yang dilaksanakan
- (c) tempat pelaksanaan
- (d) sasaran yang menjadi obyek pelaksanaan
- (e) sarana dan pra sarana yang diperlukan untuk pelaksanaan
- (f) tenaga yang melaksanakan kegiatan
- (g) sumber pembiayaan yang diperlukan

2) menyiapkan tenaga penggerak

Setelah menentukan prioritas kegiatan yang akan dilaksanakan di Desa SIAGA, maka masih diperlukan pula tenaga yang dapat menggerakkan baik petugas maupun sasaran agar kegiatan bisa terlaksana. Tenaga penggerak bisa berasal dari petugas kesehatan desa, tenaga penggerak sangat dibutuhkan untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan

3) menyiapkan Tenaga Kesehatan

Untuk bisa melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan untuk Desa SIAGA, maka diperlukan tenaga kesehatan yang dengan spesifikasi sebagai berikut :

- (a) mau bekerja didesa sepi sekalipun
- (b) berpihak kepada kepentingan masyarakat
- (c) dapat bekerja sama dalam satu tim kerja
- (d) memiliki integritas yang tinggi
- (e) bertanggung jawab
- (f) jujur dan terbuka
- (g) memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam bidang kesehatan lingkungan, pelayanan keperawatan, pelayanan kebidanan dan gizi kesehatan.

4) Menyiapkan Kader Kesehatan

Untuk bisa memperlancar pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan desa diperlukan

kader kesehatan desa, yang dapat membantu dalam bidang komunikasi, menentukan lokasi sasaran dan penyelesaian kegiatan

b. Persiapan Eksternal

Dukungan dari sektor luar dalam penyediaan Desa SIAGA sangat diperlukan khususnya dalam hal pemenuhan kebutuhan pembinaan , pengawasan, evaluasi, sarana prasarana dan biaya.

Dukungan itu datang dari :

1) lintas Sektor

Dalam upaya pelaksanaan kegiatan Desa SIAGA dukungan lintas sektor sangat dibutuhkan , dimana dukungan tersebut dapat berupa penyediaan bahan dan material, penyediaan alat, penyediaan tempat dan penyediaan reward.

2) dukungan Sektor Swasta

Dalam upaya penyediaan Desa SIAGA yang mandiri, baik dalam pemberian pelayanan kesehatan atau informasi kesehatan pada masyarakat guna mewujudkan masyarakat desa yang sehat, dukungan dari sektor swasta khususnya yang menyangkut pembiayaan sangat diperlukan karena masyarakat desa umumnya miskin dan untuk memperoleh pelayanan kesehatan memerlukan biaya, sehingga bantuan yang berasal dari sektor swasta berupa kemudahan memperoleh pelayanan kesehatan adalah sangat diharapkan dan menunjang sekali pelaksanaan kegiatan

pelayanan kesehatan untuk mewujudkan masyarakat mandiri untuk hidup sehat

3) dukungan masyarakat

Untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan di Desa SIAGA dukungan penuh dan keikutsertaan dari seluruh masyarakat sangat diharapkan agar tujuan terbentuknya Desa SIAGA yaitu untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran masyarakat akan pentingnya arti kesehatan bisa tercapai sehingga pelayanan kesehatan dan penyebaran informasi kesehatan dapat dilakukan sendiri dari masyarakat dan oleh masyarakat

4) dukungan LSM

Adapun dukungan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan Desa SIAGA adalah juga penting dalam hal membantu meningkatkan dan mengembangkan Desa SIAGA melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan pada masyarakat agar mungkin dapat memperoleh bantuan, baik bahan, maupun biaya, yang kesemuanya dapat digunakan untuk memudahkan pelaksanaan kesehatan bagi masyarakat sehat tercapai

c. Membangun Kemitraan

Dalam upaya penyediaan Desa SIAGA sangat dibutuhkan kemitraan agar terjalin kerjasama. Untuk mencapai tujuan membangun kemitraan dapat dilakukan dengan

1) hidupkan kembali Posyandu

Pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Desa SIAGA diperlukan adanya tukar menukar pengetahuan pengalaman antara sesama petugas atau kader kesehatan pada pos kesehatan desa agar tujuan menyetatkan masyarakat dapat berjalan dengan lancar

2) pihak swasta

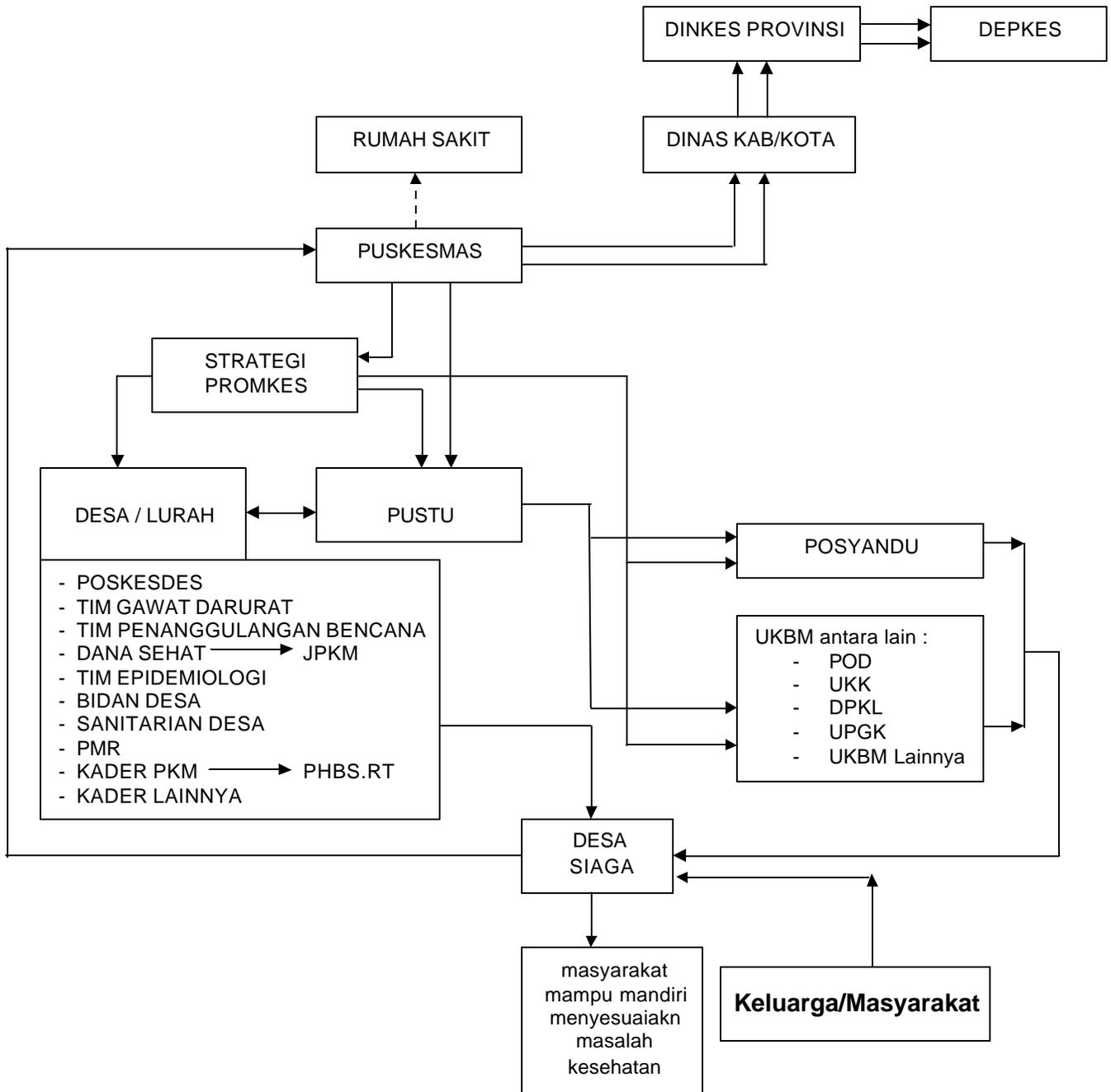
Perlunya menjalin hubungan kerjasama antara petugas kesehatan Desa SIAGA dengan pihak swasta. Pihak swasta adalah saling membutuhkan dan menguntungkan karena pihak swasta mungkin membutuhkan pelayanan kesehatan yang berasal dari tenaga kesehatan Desa SIAGA sementara pelaksanaan kegiatan pembiayaan kesehatan membutuhkan bantuan dana dari pihak swasta, sehingga dipandang perlu membangun kemitraan dengan pihak swasta.

3) kelompok masyarakat

Membangun kemitraan dengan kelompok masyarakat akan memberi kemudahan bagi petugas pelaksana kegiatan pelayanan Desa SIAGA untuk melayani masyarakat desa, karena bantuan yang diberikan berupa tenaga, ide dan rasa nyaman.

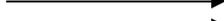
## **H. Kerangka Teori**

Berangkat dari teori hubungan kerja pelayanan Poskesdes yang ditetapkan Depkes RI dan kegiatan pelayanan Kesehatan Desa SIAGA, maka dalam penelitian ini, ditetapkan kerangka teori seperti gambar 3 pada halaman berikutnya.



**GAMBAR 3**  
**Kerangka Teori Penelitian**

**KETERANGAN :**

-  = Rujukan
-  = Pelaporan
-  = Elemen desa SIAGA

## I. Kerangka Konsep

### 1. Dasar Pemikiran variabel yang diteliti

#### a. Poskesdes

Pos Kesehatan Desa yang selanjutnya disingkat dengan Poskesdes merupakan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes dibentuk dalam rangka mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat serta sebagai sarana kesehatan yang merupakan pertemuan antara upaya masyarakat dan dukungan Pemerintah. Pelayanan Poskesdes meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rujukan yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya. Kegiatan Poskesdes lainnya yang merupakan kegiatan pengembangan yaitu promosi kesehatan, penyehatan lingkungan dan lain-lain dalam bidang kesehatan. Sebagai pertanggung jawaban kegiatan, maka dalam kegiatan poskesdes didukung dengan pencatatan dan pelaporan.

Poskesdes juga merupakan pusat pengembangan atau revitalisasi berbagai UKBM, menumbuh kembangkan partisipasi masyarakat, kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan

(stakeholder) terkait. Kegiatan dilakukan berdasarkan pendekatan edukatif atau kemasyarakatan yang dilakukan melalui musyawarah dan mufakat yang disesuaikan dengan kondisi dan potensi masyarakat setempat.

b. Kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdarutan kesehatan sehari-hari

Dalam setiap bidang pelayanan kesehatan yang dilakukan di daerah binaan. Dan program tersebut diprioritaskan untuk masyarakat lokal sebagai bagian dari transfer knowledge untuk kemajuan masyarakat desa tersebut, telah direncanakan dibidang kesehatan adalah Pelatihan Penanggulangan Gawat-Darurat. Alasan di perlunya dilakukan kegiatan tersebut, karena di Indonesia akhir-akhir ini selalu terjadi bencana misalnya banjir, kebakaran, gempa bumi dan lain-lainnya sehingga ditingkat desa perlu disiapsiagakan penanggulangan kegawatdarutan, dan di bidang kesehatan salah satu yang perlu dipersiapkan adalah dari sisi kapasitas (pengetahuan dan keterampilan) tenaga kesehatan diantaranya paramedis dan kader-kader kesehatan tingkat desa untuk menangani kasus-kasus emergency di tingkat desa. Idealnya, setiap desa sebaiknya telah mengantisipasi untuk persiapan penanganan kasus kegawatdaruratan medis karena hal tersebut tanpa adanya bencana sekali pun pasti akan terjadi misalnya keracunan makanan,

keracunan pestisida, keracunan alkohol, dan keracunan-keracunan lainnya.

c. Kesiapsiagaan penanggulangan bencana

Bencana yang dimaksud disini tidak teerbatas pada bencana alam semua bencana yang terjadi di suatu desa/kelurahan akan mendapat penanggulangan secara cepat dan tepat. Hal ini dapat dilakukan kalau di suatu lokasi terjadinya bencana tersedia tenaga yang siap pakai dan terampil (kesiapsiagaan penanggulangan bencana). Pelayanan kesehatan di lokasi bencana adalah tanggung jawab Kepala Puskesmas di tempat terjadinya bencana. Setelah Ka. Dinkes Kabupaten/kota sampai di tempat lokasi bencana, maka tanggung jawab diambil alih oleh Ka. Dinkes Kabupaten/kota. Sedangkan untuk pengamanan, evaluasi dan lain-lainnya di bawah koordinasi Puskesmas setempat.

d. PHBS Rumah Tangga

PHBS adalah singkatan dari perilaku hidup bersih dan sehat. PHBS adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS dalam tatanan rumah tangga setiap orang diwajibkan untuk mengamalkannya. Karena hal ini merupakan penyangga untuk mencapai hidup sehat dalam rumah tangga, Ada tuju kunci pokok dalam kegiatan PHBS rumah tangga, yaitu

pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi diberi ASI saja sejak lahir sampai berusia 6 bulan (susu eksklusif), mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni rumah, dan lantai rumah bukan dari tanah.

e. Surveilans Berbasis Masyarakat

Surveilans adalah pengumpulan data atau informasi untuk menentukan tindakan. Ciri khas surveilans epidemiologi, yaitu pengumpulan data epidemiologi, kompilasi data, analisis data, dan interpretasi data serta penyebarluasan dari hasil analisis dan interpretasi data kepada yang memerlukannya selain hasil tersebut dipakai sendiri, karena hasil tersebut merupakan informasi yang berharga untuk menentukan tindakan yang perlu diambil. Sedangkan surveilans berbasis masyarakat adalah kewaspadaan dan kegiatan mengamati timbulnya dan penyebaran penyakit beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya pada masyarakat, dan kegiatan ini dilakukan secara terus menerus, tepat waktu dan menyeluruh.

Tujuan surveilans berbasis masyarakat, untuk mengetahui berapa besar masalah penyakit tersebut di masyarakat, sehingga bisa dibuat perencanaan dalam hal pencegahan, penanggulangan maupun pemberantasannya dan mengetahui informasi yang up to date mengenai penyakit tersebut di masyarakat, informasi tersebut

akan berguna untuk memonitor program yang sedang berjalan, mengevaluasi hasil program, dan sistem kewaspadaan dini.

f. Pembiayaan Kesehatan Berbasis Masyarakat

Belum terbitnya kesadaran tentang tercapainya derajat kesehatan optimal sebagai syarat mutlak terwujudnya tatanan masyarakat bangsa yang berkeadaban, serta di pihak lain masih lekatnya anggapan bahwa pembangunan bidang kesehatan semata terkait dengan penanganan sejumlah penyakit tertentu dan penyediaan obat-obatan. Sudut pandang ini teramat sempit, ditambah dengan kecenderungan untuk mendahulukan hal lain yang sesungguhnya masih bisa ditunda. Minimnya Anggaran Negara yang diperuntukkan bagi sektor kesehatan, dapat dipandang sebagai rendahnya apresiasi kita akan pentingnya bidang ini sebagai elemen penyangga, yang bila terabaikan akan menimbulkan rangkaian problem baru yang justru akan menyerap keuangan negara lebih besar lagi. Sejenis pemborosan baru yang muncul karena kesalahan kita sendiri. Untuk itu, perlunya pembiayaan kesehatan bersumber masyarakat.

Selama ini yang dikembangkan adalah dana sehat ditingkat desa dan diharapkan akan berkembang menjadi JPKM (jaminan pelayanan kesehatan masyarakat). Program ini diharapkan dapat mendanai masalah kesehatan dirinya sendiri. Pembinaan Dana Sehat tentu saja diarahkan pada kondisi yang memenuhi syarat

sebagai JPKM, seperti yang tertuang dalam UU nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Permenkes nomor 527/Menkes/Per/VII/1993 tentang JPKM dan Permenkes nomor 571/Menkes/Per/VII/1993, tentang Penyelenggaraan Program JPKM. Bila diurai lebih lanjut menurut fungsi kepesertaan, pendanaan, pemeliharaan kesehatan dan organisasi. Maka arah pembinaan yang harus dituju mengarah ke JPKM, yaitu paket pelayanan kesehatan dasarnya meliputi rawat jalan (pelayanan kesehatan pencegahan, penyuluhan kesehatan, pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan tindakan medis, pelayanan pemulihan kesehatan, dan termasuk didalamnya pemberian imunisasi, pelayanan KB, pelayanan kesehatan ibu dan anak serta persalinan. Sedangkan rawat inap yang meliputi 5 hari rawat, dan pelayanan kesehatan penunjang (radio diagnostic dan atau ultrasonografi, pemeriksaan laboratorium klinik), serta pembiayaan Desa SIAGA.

g. Desa SIAGA

Kondisi lingkungan yang tidak sehat, dengan pengertian penyakit berbasis lingkungan, seperti flu burung, demam berdarah, kekurangan gizi, dan lain-lain. Pada kasus flu burung, sampai dengan bulan Januari 2006 jumlah pasien yang diduga flu burung (Avian Influenza) di Indonesia mencapai 257 kasus (data Posko KLB Depkes yang dihimpun dari berbagai provinsi, Pusat Komunikasi Publik Depkes). Komitmen Departemen Kesehatan, dalam

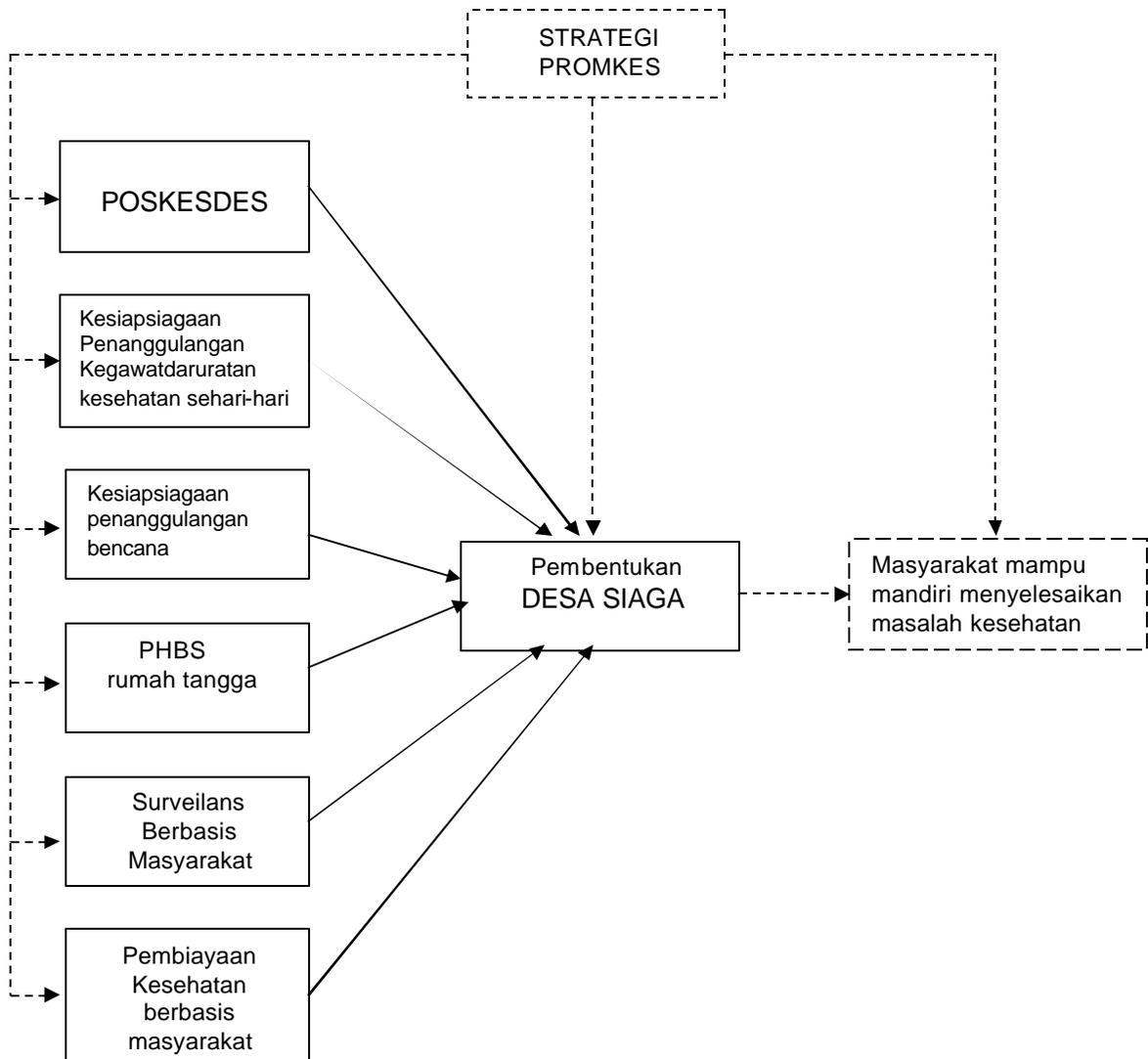
mewujudkan sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai di akhir tahun 2009, yaitu meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun, menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1000 kelahiran hidup, menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup, serta menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 25,8% menjadi 20%. Untuk melaksanakan komitmen Depertemen Kesehatan RI tersebut, melalui langkah-langkah pengkajian dan koordinasi dengan Dinkes Provinsi dan unit terkait, konsep pemikiran Desa SIAGA ini mempunyai sasaran, yaitu semua desa menjadi Desa SIAGA dan tersedianya SDM kesehatan yang kompeten di semua desa. Tahapan proses di dalam merencanakan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan kader untuk Desa SIAGA ini dilakukan secara terpadu dengan tahapan sebagai berikut :

- 1) Proses pengkajian kebutuhan pelatihan. Hal ini dilakukan untuk mengkaji kebutuhan pelatihan berdasarkan analisis, agar didapatkan data yang akurat, sehingga sasaran pelatihan sesuai dengan kebutuhan.
- 2) Proses merumuskan tujuan pelatihan. Tujuan diadakan pelatihan perlu dirumuskan agar gambaran tentang program yang akan dilaksanakan di Desa SIAGA tepat sasaran dan sesuai kompetensi yang diharapkan.

- 3) Proses merancang program pelatihan. Program pelatihan dirancang dengan skenario yang disusun oleh Pusdiklat SDM Kesehatan dengan alokasi waktu yang berisikan materi yang mengarah pada pencapaian kompetensi generik (kelas bersama), pemberian kompetensi yang mengarah pada pencapaian kompetensi spesifik yang diarahkan agar peserta berada/tinggal di desa untuk melakukan interaksi dengan masyarakat memakai metode Experiential Field Based Training, dan Pemberian kompetensi yang mengarah pada sharing experience, penguatan kembali sumber daya masyarakat, pembentukan tim kerja dan membangun komitmen (kelas bersama).
- 4) Proses melaksanakan program pelatihan. Pelaksanaan pelatihan akan difasilitatori oleh Pusdiklat bekerja sama dengan Bapelkes Nasional, Bapelkes Provinsi, Dinkes Provinsi, dan Unit terkait.  
dan
- 5) Proses evaluasi program pelatihan.

## 2. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian seperti gambar 4 pada halaman berikutnya.



**GAMBAR 4.**  
**Kerangka Konsep Penelitian**

**Keterangan :**

----- = Garis Hubungan Kerja Sama

————— = Variabel yang diteliti

## **J. Hipotesis Penelitian**

1. Ada hubungan Poskesdes dengan pembentukan Desa SIAGA
2. Ada hubungan kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdarutan dengan pembentukan Desa SIAGA
3. Ada hubungan kesiapsiagaan penanggulangan bencana dengan pembentukan Desa SIAGA
4. Ada hubungan PHBS rumah tangga dengan pembentukan Desa SIAGA,
5. Ada hubungan Surveilans berbasis masyarakat dengan pembentukan Desa SIAGA,
6. Ada hubungan pembiayaan kesehatan bersumber masyarakat dengan pembentukan Desa SIAGA