

# EVALUASI PASCA-PELATIHAN YANG DILAKUKAN OLEH DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TERHADAP PETUGAS KESEHATAN POS KESEHATAN DESA UNTUK MEWUJUDKAN DESA SIAGA DI PROVINSI JAWA TIMUR

Didik Budijanto,<sup>1</sup> Turniani Laksmiarti<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Province Health Office of East Java has done a training process to health personnel's of all district in 2007. Training matters included community resource. base sanitarian. health mother and child. gaze family. operational medicine of community. community surveillance. implementation of disaster and emergency response. The aims research was post training evaluation and to carry out the series planning. **Methods:** Data was collected cross sectional method with the questionnaires and deep interview structure. To take the sampling was cluster random proportional sampling method for the amount 373 health personnel's or the respondents. The accumulative data was descriptive analyze. **Result:** The result was 98.4% respondents had the avocation and socialization. 81.9 % had carried SMD (Survey self outing) and MMD (Deliberation Village Community). 84.7% had carried inventory base sanitarian. 75.9% had not carried mapping gaze family. 85.6 % had not carried simulation operational medicine community. without the activities for mother health and child up to 80% was to committed in activities. for the activities disasters and emergency response 65.9% had not making the group disasters. A regards to self appreciate effect with the activities village post health (poskesdes). was 23.7% to experience to do for the inventory base sanitarian activities and 66% to appreciate for the mapping gaze family activities was difficulties. For the operational medicine community 6.6% was activities made to done. Recommendation. for self community in government for the of alert villages to make monitoring plane activities to be continued with facilities and motivation.

**Key words:** post training, alert village, post village, evaluation

## ABSTRAK

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2007 telah melakukan pelatihan terhadap petugas kesehatan di pos kesehatan desa pada semua kabupaten/kota. Materi yang diberikan meliputi pemberdayaan masyarakat. sanitasi dasar. keluarga sadar gizi. pengelolaan obat masyarakat. surveilans berbasis masyarakat. kesehatan ibu dan anak. kegawatdaruratan dan tanggap bencana. Tujuan penelitian untuk melakukan evaluasi pasca pelatihan dengan melihat pelaksanaan rencana tindak lanjut yang telah disusun. Metode pengambilan data secara potong lintang dengan menggunakan kuesioner dan wawancara terstruktur. Pengambilan sampel dilakukan secara kluster random proposional sampling dari jumlah responden 373 adalah tenaga kesehatan. Data yang terkumpul dianalisis secara diskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 98,4% responden telah melakukan advokasi dan sosialisasi. 81,9% telah melakukan SMD (Survei Mawas Diri) dan MMD (Musyawarah Masyarakat Desa). 84,7% responden telah melakukan inventarisasi inventarisasi sanitasi dasar. 75,9% belum melakukan pemetaan keluarga sadar gizi. 85,6% belum melakukan simulasi pengelolaan obat masyarakat. sedang untuk kegiatan KIA diatas 80% menyatakan adanya kesepakatan dalam kegiatan tersebut. untuk kegiatan tanggap bencana dan kegawatdaruratan 65.9% belum membentuk tim bencana. Adapun hasil penilaian terhadap diri sendiri tentang pelaksanaan kegiatan poskesdes. menyatakan bahwa 23.7% berpendapat bahwa pelaksanaan kegiatan inventarisasi sanitasi dasar dapat dilaksanakan. dan 66% menyatakan bahwa kegiatan pemetaan keluarga sadar gizi sulit dilaksanakan. Untuk pengelolaan obat masyarakat 6.6% pelaksanaan tersebut dapat dilaksanakan Rekomendasi. untuk mewujudkan kemandirian masyarakat dalam bentuk desa siaga maka kegiatan monitoring rencana tindak lanjut perlu dilaksanakan secara terus menerus juga terdapatnya pendampingan dan motivasi.

**Kata kunci:** pasca-pelatihan, desa siaga, pos kesehatan desa, evaluasi

Naskah Masuk: 21 Januari 2010; Review 1: 22 Januari 2010; Review 2: 22 Januari 2010; Naskah layak terbit: 28 Januari 2010

---

## PENDAHULUAN

<sup>1</sup> Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Jl Indrapura 17 Surabaya 60176.

Korespondensi: .....

E-mail: [Dmx\\_indigo@hotmail.com](mailto:Dmx_indigo@hotmail.com)

Berkaitan dengan waktu sebuah pelatihan, menurut Wills (1993) menyebutkan bahwa untuk kursus yang sederhana maka fasilitator dibanding peserta adalah 1:18 menggunakan waktu 18 hari. Selanjutnya menurut Wills dalam suatu kegiatan pelatihan waktu yang digunakan oleh fasilitator sebanyak 30% dan yang dimanfaatkan peserta sebanyak 40% dari waktu pelatihan yang digunakan.

Sebagaimana diketahui secara luas, ada 2 macam evaluasi yang dikenal yaitu evaluasi formatif (metode yang menilai keberhasilan program saat dalam proses) dan evaluasi sumatif (metode yang menilai keberhasilan program pada akhir proses). Menurut Kikpatrick (1994) evaluasi dari suatu pelatihan dapat dilaksanakan dalam 4 (empat) tahap atau level. Evaluasi tahap 1 dan 2 akan menghasilkan informasi untuk organisasi tentang penyelenggaraan pelatihan (formatif). dan dilakukan saat penyelenggaraan baik awal-tengah dan akhir. Sedangkan tahap 3 dan 4 menghasilkan informasi yang berfokus pada dampak pelatihan bagi organisasi (sumatif).

Tahap 1 (satu) adalah reaksi atau *Reaction Level* berupa perasaan, pemikiran dan keinginan tentang pelaksanaan pelatihan, pelatih atau fasilitator dan lingkungan pelatihan. Lembar penilaian yang digunakan dalam evaluasi ini mengansung pendapat peserta tentang fasilitator dan manfaat pelatihan berdasarkan relevansi materi dengan pekerjaan peserta serta cara penyampaian materi. Relevansi materi di sini berarti dapat digunakannya materi modul dalam pekerjaan sehari-hari.

Tahap 2 merupakan pembelajaran dari materi modul atau *learning level*. Tahap ini mengidentifikasi apa yang telah dipelajari peserta dan kemungkinan untuk dapat dilaksanakan di tempat kerja.

Tahap 3 merupakan tahap pengukuran perilaku atau *Behavior Level*. Perubahan perilaku pada tahap ini sangat penting karena peserta dipantau oleh atasan langsung atau supervisor berkaitan dengan kemajuan yang dicapai sebagai hasil dari pelatihan yang sudah diikuti.

Tahap 4 adalah *Result Level* atau hasil, yang bertujuan mengukur dampak atau outcome dari pelatihan pada organisasi. Dikatakan oleh Kickpatrick (1994) bahwa sebaiknya seluruh tahapan evaluasi pelatihan dilaksanakan, walaupun hasilnya mungkin tidak seperti yang diharapkan. Oleh karena itu di dalam analisis ini dilakukan dengan mengacu pada evaluasi tahap 3 (Behavior Level) dari Kickpatrick

karena evaluasi tahap 1 dan 2 telah dilakukan saat penyelenggaraan pelatihan.

Hasil analisis ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pengelola program untuk perencanaan selanjutnya dalam upaya pengembangan Desa Siaga di Jawa Timur.

Rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimanan gambaran pelaksanaan program Pemberdayaan Masyarakat oleh peserta latih?
2. Bagaimana gambaran pelaksanaan program sanitasi dasar oleh peserta latih?
3. Bagaimana gambaran program keluarga sadar gizi oleh peserta latih?
4. Bagaimana gambaran pelaksanaan program pengelolaan obat masyarakat oleh peserta latih?
5. Bagaimana gambaran pelaksanaan program suveilens berbasis masyarakat oleh peserta latih?
6. Bagaimana gambaran pelaksanaan program kesehatan ibu dan anak oleh peserta latih?
7. Bagaimanan gambaran pelaksanaan program tanggap bencana dan kegawatdaruratan oleh peserta latih?

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut (RTL) pelatihan petugas kesehatan dan bagas Poskesdes oleh peserta latihan dalam rangka mewujudkan desa siaga di Provinsi Jawa Timur.

## METODE

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rancangan deskriptif, yaitu menggambarkan sejelasa mungkin hasil pelatihan oleh tenaga kesehatan dan bagas. Evaluasi hasil pelatihan ini dilakukan mulai bulan Mei 2007 sampai dengan Juli 2007 di seluruh kab. kota seluruh Jawa Timur. Populasi di dalam evaluasi ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang telah dilatih. Di dalam evaluasi ini besar sampel adalah 373 orang Tenaga kesehatan yang diambil secara kluster random proposional sampling.

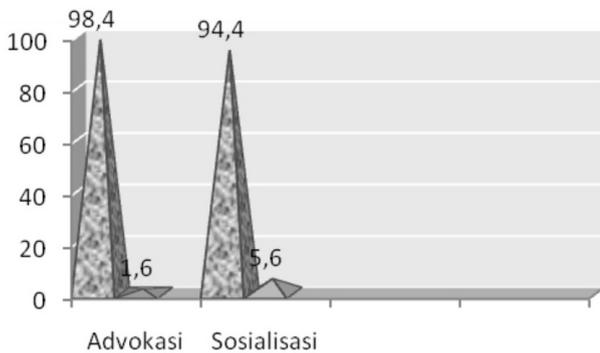
Variabel yang terlibat di dalam evaluasi ini adalah pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat (meliputi advokasi, sosialisasi, SMD, MMD, penyusunan rencana kegiatan hasil MMD, poskesdes) program inventarisasi sanitasi dasar, pemetaan kadarzi, pengelolaan obat masyarakat, pelaksanaan surveilen, kesiagaan KIA, tanggap bencana. hambatan pelaksanaan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan menggunakan kuesioner terstruktur oleh petugas pengumpul data yang sebelumnya

dilakukan pelatihan guna pemahaman isi kuesioner. Petugas pengumpul data terdiri dari staf Dinas Kesehatan Provinsi, Bapelkes dan Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan pengelolaan data dan analisis secara deskriptif dengan tabulasi frekuensi dan tabulasi silang.

**HASIL**

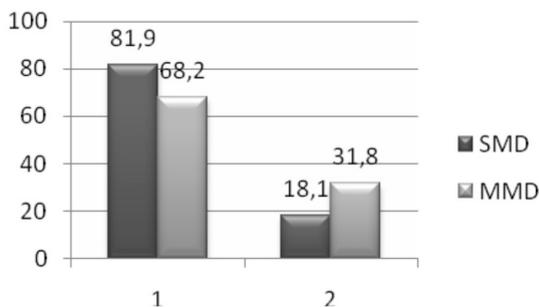
**Program Pemberdayaan Masyarakat**

Dari 373 orang peserta pelatihan, sebagian besar pada pasca pelatihan telah melakukan kegiatan advokasi dan sosialisasi 98,4% tenaga kesehatan telah melakukan advokasi dan 94,4% menyatakan telah mensosialisasikannya. Lebih rinci dapat dilihat gambar 1.



**Gambar 1.** Pelaksanaan Advokasi dan Sosialisasi hasil Pelatihan Desa Siaga (n = 372)

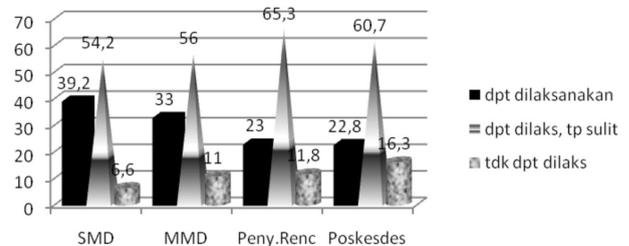
Pelaksanaan SMD (Survei Mawas Diri) dan MMD (Musyawarah Masyarakat Desa) masih terdapat



**Gambar 2.** Pelaksanaan SMD dan MMD hasil pelatihan Desa Siaga

18,1% belum melaksanakan SMD dan 31,8% belum melaksanakan MMD. Lebih rinci dapat dilihat pada gambar 2.

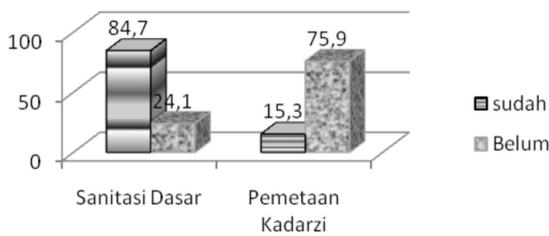
Selanjutnya kegiatan SMD (Survei Mawas Diri) 39,2% tenaga kesehatan menyatakan bisa dilaksanakan dan 54,2% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 6,6% menyatakan tidak dapat dilaksanakan. Kegiatan MMD (Musyawarah Masyarakat Desa). 33,0% tenaga kesehatan menyatakan bisa dilaksanakan dan 56,0% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 11,0% menyatakkn tidak bisa dilaksanakan. Di dalam kegiatan penyusunan rencana kegiatan desa siaga 23,1% tenaga kesehatan menyatakan bisa melaksanakan dan 65,3% tenaga kesehatan menyatakan pelaksanaannya sulit serta 11,8% menyatakan tidak bisa dilaksanakan. Kemudian pendapat tenaga kesehatan tentang pelaksanaan kegiatan di Poskesdes, 22,8% tenaga kesehatan menyatakan bisa melaksanakan dan 60,7% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 16,3% menyatakan tidak bisa dilaksanakan. Gambaran lebih rinci dapat dilihat pada gambar 3.



**Gambar 3.** Pelaksanaan MMD, SMD, Penyusunan Rencana, Poskesdes

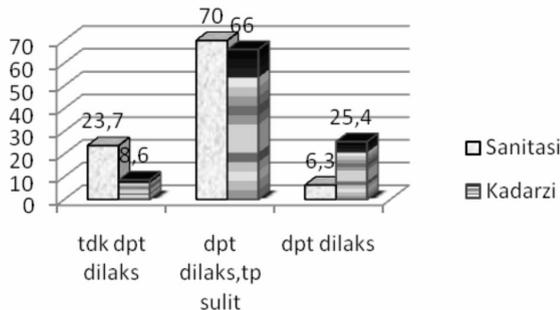
**Sanitasi Dasar dan Keluarga Sadar Gizi**

Dari 373 orang tenaga kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar menyatakan sudah melakukan inventarisasi Data Sanitasi Dasar (84,7%) dan sisanya menyatakan belum melakukan (15,3%). Selanjutnya pada program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) sebagian besar menyatakan belum melakukan pemetaan kadarzi (75,9%) dan sisanya menyatakan sudah melakukan (24,1%).



**Gambar 4.** Sanitasi Dasar dan Pemetaan Keluarga Sadar Gizi

Hasil penilaian terhadap diri sendiri tentang pelaksanaan kegiatan tersebut, maka untuk program sanitasi dasar hanya 23,7% saja yang berpendapat inventarisasi sanitasi dasar dapat dilaksanakan dan 70% menyatakan dapat dilaksanakan tetapi sulit serta sisanya 6,3% menyatakan tidak dapat dilaksanakan. Demikian pula dengan kegiatan pemetaan keluarga sadar gizi, hanya 8,6% saja tenaga kesehatan yang berpendapat pemetaan dapat dilaksanakan dan 66% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 25,4% berpendapat tidak dapat dilaksanakan.

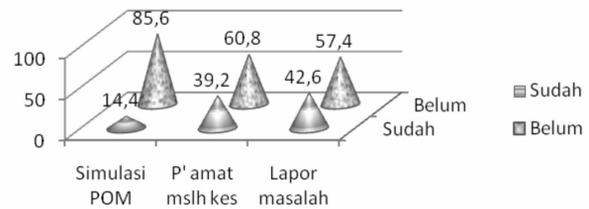


**Gambar 5.** Pendapat diri sendiri terhadap pelaksanaan kegiatan

### Pengelolaan Obat Masyarakat dan Survei Berbasis Masyarakat

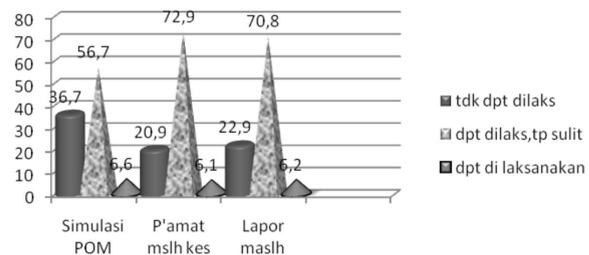
Dari 373 orang tenaga kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar menyatakan belum melakukan simulasi pengelolaan obat masyarakat (85,6%) dan sisanya menyatakan sudah melakukan (14,4%). Selanjutnya pada Program surveilans berbasis masyarakat, sebagian besar menyatakan belum melakukan pengamatan secara terus-menerus masalah kesehatan dan faktor risikonya (60,8%) dan sisanya menyatakan sudah melakukan (39,2%). Demikian pula dengan kegiatan pelaporan masalah kesehatan di wilayahnya, sebagian besar juga belum

melaksanakannya (57,4%) dan sisanya menyatakan telah melakukannya (42,6%).



**Gambar 6.** Pengelolaan Obat Masyarakat dan Surveilans Berbasis Masyarakat

Hasil penilaian terhadap diri sendiri tentang pelaksanaan kegiatan tersebut, maka untuk program pengelolaan obat masyarakat hanya 6,6% saja yang berpendapat pengelolaan obat masyarakat dapat dilaksanakan dan 56,7% menyatakan dapat dilaksanakan tetapi sulit serta sisanya 36,7% menyatakan tidak dapat dilaksanakan. Demikian pula dengan program surveilans, kegiatan pengamatan secara terus-menerus terhadap masalah kesehatan hanya 6,1% saja tenaga kesehatan yang berpendapat kegiatan tersebut dapat dilaksanakan dan 72,9% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 20,9% berpendapat tidak dapat dilaksanakan. Sedangkan kegiatan pelaporan masalah kesehatan dan faktor risiko yang ditemukan hanya 6,2% saja tenaga kesehatan yang berpendapat dapat dilakukan dan 70,8% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 22,9% menyatakan tidak dapat dilaksanakan.

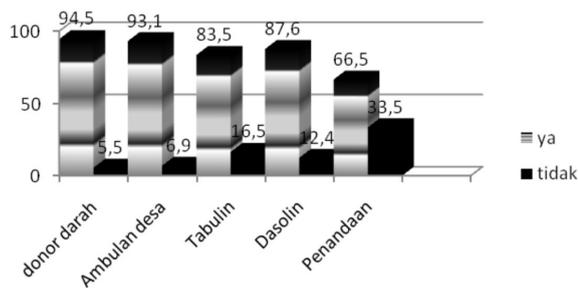


**Gambar 7.** Hasil penilaian diri sendiri terhadap kegiatan Simulasi Obat, Pengamatan masalah kesehatan, pelaporan masalah

### Pelaksanaan Kesehatan Ibu dan Anak

Dari 373 orang tenaga kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar menyatakan ada kesepakatan yang ditetapkan oleh warga dalam kegiatan Donor darah (94,5%) dan sisanya menyatakan

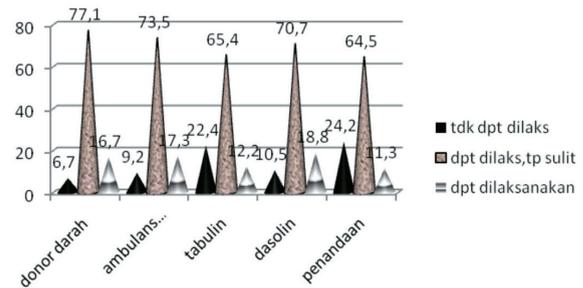
belum ada (5,5%). Kegiatan penyediaan Ambulans Desa, sebagian besar menyatakan ada kesepakatan (93,1%) dan sisanya menyatakan belum ada (6,9%). Demikian pula dengan kegiatan Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin) di wilayahnya, sebagian besar juga ada kesepakatan (85,5%) dan sisanya menyatakan belum ada kesepakatan (16,5%). Selanjutnya untuk kegiatan Dasolin (Dana Sosial Bersalin), sebagian besar menyatakan telah ada kesepakatan warga (87,6%) dan sisanya menyatakan belum ada kesepakatan (12,4%). Kegiatan Penandaan risiko pada ibu hamil. menurut tenaga kesehatan 66,5% menyatakan telah ada kesepakatan dan sisanya 33,5% menyatakan belum ada kesepakatan dengan warga.



**Gambar 8.** Pelaksanaan kegiatan KIA (donor darah, ambulans desa, tabulin, dasolin dan penandaan risiko)

Hasil penilaian terhadap diri sendiri tentang pelaksanaan dari kesepakatan warga tersebut dalam suatu kegiatan, maka untuk kesepakatan donor darah warga hanya 16,7% saja tenaga kesehatan yang berpendapat kesepakatan tersebut dapat dilaksanakan dalam suatu kegiatan nyata dan 77,1% menyatakan dapat dilaksanakan tetapi sulit serta sisanya 6,1% menyatakan tidak dapat dilaksanakan. Demikian pula dengan kesepakatan penyediaan ambulans desa hanya 17,3% saja tenaga kesehatan yang berpendapat kesepakatan tersebut dapat dilaksanakan dalam suatu kegiatan nyata dan 73,5% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 9,2% berpendapat tidak dapat dilaksanakan. Sedangkan kesepakatan pembentukan tabulin hanya 12,2% saja tenaga kesehatan yang berpendapat kesepakatan dapat dilakukan dalam suatu kegiatan nyata dan 65,4% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 22,4% menyatakan tidak dapat dilaksanakan. Kesepakatan pembentukan dasolin warga, 18,8% menyatakan kesepakatan dapat dilaksanakan dalam suatu kegiatan

nyata dan 70,7% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 10,5% menyatakan tidak dapat dilaksanakan. Kemudian tentang kesepakatan penandaan risiko ibu hamil pada warga. 11,3% tenaga kesehatan menyatakan dapat dilaksanakan dalam suatu kegiatan dan 64,5% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 24,2% menyatakan tidak dapat dilaksanakan.

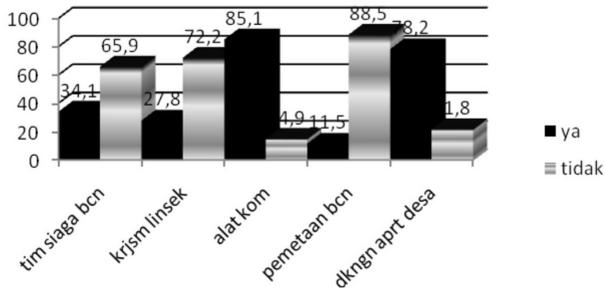


**Gambar 9.** Hasil kegiatan diri sendiri dan kesepakatan warga pada kegiatan donor darah, ambulans desa, tabulin, dasolin dan penandaan risiko

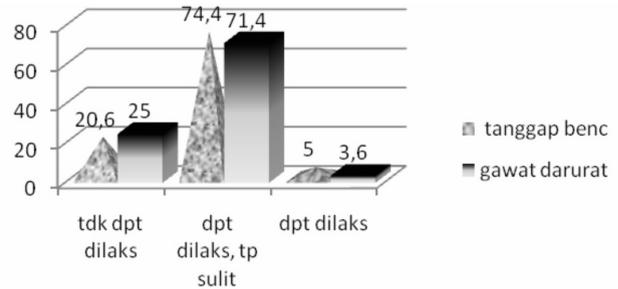
### Pelaksanaan Tanggap Bencana dan Kegawatdaruratan

Dari 373 orang tenaga kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar menyatakan belum terbentuk tim siaga bencana di wilayah (65,9%) dan sisanya menyatakan sudah ada (34,1%). Kerja sama lintas sektor sebagian besar menyatakan belum terbentuk (72,2%) dan sisanya menyatakan sudah ada (27,6%). Sedangkan alat komunikasi untuk menyebarluaskan informasi bencana pada masyarakat di wilayahnya, sebagian besar (85,1%) menyatakan ada (meskipun berbentuk kentongan atau speaker di masjid/mushola) dan sisanya menyatakan belum ada (14,9%). Selanjutnya untuk kegiatan pemetaan bencana, sebagian besar menyatakan belum dilakukan (11,5%). Kemudian bila ditanyakan dukungan aparat desa atau pamong sebagian besar (78,2%) menyatakan mendukung baik materiil maupun moril dan sisanya 22,8% menyatakan belum ada dukungan pamong.

Dari 373 orang tenaga kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar menyatakan pernah menangani kasus gawat darurat (67%) dan sisanya menyatakan belum pernah (33%). Kemudian ketika ditanyakan memiliki atau tidak alat balut bidai di poskesdes, sebagian besar menyatakan belum memiliki (86,2%) dan sisanya menyatakan sudah



**Gambar 10.** Kesiadaan sarana dalam kegiatan tanggap bencana dan kegawatdaruratan.

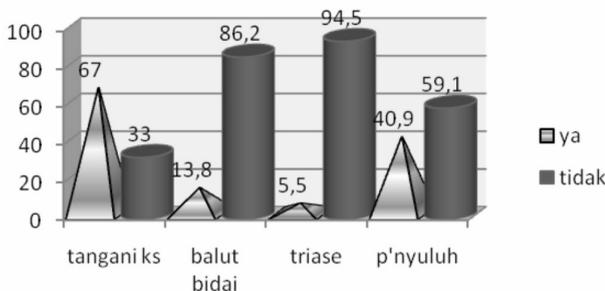


**Gambar 12.** Hasil penilaian kegiatan kegawatdaruratan dan tanggap bencana.

mempunyai (13,8%). Sedangkan alat bantu melakukan triase, sebagian besar (94,5%) menyatakan di poskesdes belum ada dan sisanya menyatakan ada (5,5%).

Selanjutnya untuk kegiatan penyuluhan tentang penanganan gawat darurat sebagian besar menyatakan telah melakukan (59,1%) dan sisanya masih 40,9% menyatakan belum melakukan.

Hasil penilaian terhadap diri sendiri tentang pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan kegawatdaruratan maka hanya 6,7% saja tenaga kesehatan yang berpendapat bahwa kegiatan tersebut dapat dilaksanakan dan 71,4% menyatakan dapat dilaksanakan tapi sulit serta sisanya 25% ternyata tidak dapat dilaksanakan. Demikian pula dengan kegiatan pelaksanaan tentang tanggap bencana di wilayahnya. maka hanya 5% saja tenaga kesehatan yang berpendapat kegiatan tersebut dapat dilaksanakan dan 74,4% menyatakan pelaksanaannya sulit serta 20,6% berpendapat tidak dapat dilaksanakan.



**Gambar 11.** Hasil kegiatan tanggap bencana dan kegawatdaruratan

### Alasan Belum Melaksanakan Menurut Tenaga Kesehatan

Dari tenaga kesehatan yang menyatakan belum melaksanakan kegiatan di atas alasan utamanya adalah:

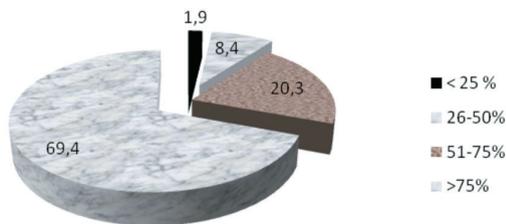
- a. Pemberdayaan Masyarakat:
  1. Advokasi: belum dapat dilaksanakan karena baru selesai di training dan ada pemilihan kepala desa.
  2. Sosialisasi: belum dilaksanakan karena ada pemilihan kepala desa menunggu dana dan menunggu pelantikan kader.
  3. Survei Mawas Diri: belum dilaksanakan karena adanya pemilihan kepala desa menunggu dana belum teragendakan dan adanya kesibukan bagas sebagai penyuluhan KB.
  4. Musyawarah Masyarakat Desa: belum dilaksanakan karena menunggu dana dan forum kurang mendukung.
- b. Pemetaan Keluarga Sadar Gizi: belum dapat dilaksanakan karena belum ada dana belum ada rencana oleh forum dan belum ada waktu masih merupakan rencana.
- c. Pengelolaan Obat Masyarakat: belum dapat dilaksanakan karena belum terbentuk masyarakat desa dekat dengan pelayanan kesehatan (khusus daerah perkotaan) masih rencana belum ada waktu dan masih terdapatnya prioritas program lainnya.
- d. Belum adanya tim tanggap bencana: belum terbentuk masih berupa rencana dan belum dibahas.
- e. Belum adanya peta bencana: karena jarang/tidak pernah terjadi bencana masih dalam rencana juga belum adanya bencana.

f. Peralatan Poskedes: belum terealisasikan karena belum adanya bantuan.

**Penilaian sendiri jika telah melakukan kegiatan**

Di dalam menilai diri sendiri apa yang telah dilakukan tenaga kesehatan diminta untuk mengkuualifikasikan dalam bentuk persentase. Kualifikasi ini terhadap kegiatan advokasi sosialisasi survei mawas diri dan musyawarah masyarakat desa.

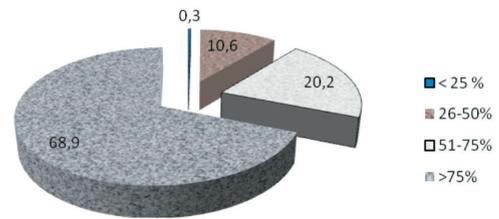
Kegiatan advokasi yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan menurut mereka 69,4% menyatakan telah melakukan kegiatan tersebut lebih dari 75% dan 20,3% tenaga kesehatan yang melakukan advokasi berpendapat telah melakukan kegiatan tersebut sebesar 51–75%. Kemudian 8,4% tenaga kesehatan menyatakan telah melakukan kegiatan advokasi antara 26–50% serta 1,9% tenaga kesehatan menyatakan melakukan kurang dari 25%.



**Gambar 13.** Kegiatan Advokasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan

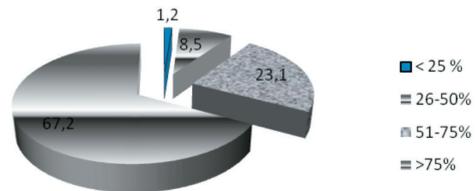
Kegiatan sosialisasi yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan menurut mereka 68,6% menyatakan telah melakukan kegiatan tersebut lebih dari 75% dan 22,4% tenaga kesehatan yang melakukan sosialisasi berpendapat telah melakukan kegiatan tersebut sebesar 51–75% kemudian 8,1% tenaga kesehatan menyatakan telah melakukan kegiatan sosialisasi antara 26–50% serta 0,9% tenaga kesehatan menyatakan melakukannya kurang dari 25%.

Kegiatan Survei Mawas Diri yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan menurut mereka 68,9% menyatakan telah melakukan kegiatan tersebut lebih dari 75% dan 20,2% tenaga kesehatan yang melakukan SMD berpendapat telah melakukan kegiatan tersebut sebesar 51–75% kemudian 10,6% tenaga kesehatan menyatakan telah melakukan kegiatan SMD antara 26–50% serta 0,3% tenaga kesehatan menyatakan melakukannya kurang dari 25%.



**Gambar 14.** Kegiatan Survei Mawas Diri yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan

Kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan menurut mereka 67,2% menyatakan telah melakukan kegiatan tersebut lebih dari 75% dan 23,1% tenaga kesehatan yang melakukan MMD berpendapat telah melakukan kegiatan tersebut sebesar 51–75%. Kemudian 8,5% tenaga kesehatan menyatakannya kurang dari 25%.



**Gambar 15.** Kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan

**PEMBAHASAN**

Dari hasil analisis pada pasca-pelatihan program desa siaga yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan yang dilakukan melalui program pemberdayaan masyarakat terlihat gambaran yang menarik jika diurutkan mulai dari kegiatan advokasi sosialisasi survei mawas diri dan musyawarah masyarakat desa. Gambaran di atas terlihat kecenderungan persentasenya menurun untuk pelaksanaan kegiatannya baik pada responden tenaga kesehatan yaitu: 98,4%, 94,4%, 81,9% dan 68,2% ataupun pada bagas yaitu: 98,6%, 92%, 83,2% dan 68,5% hal ini menunjukkan bahwa ke 4 kegiatan tersebut dalam program pemberdayaan masyarakat tingkat kesulitannya makin meningkat dalam pelaksanaannya. Kegiatan advokasi merupakan kegiatan yang paling mudah untuk dilaksanakan dan

kegiatan musyawarah masyarakat desa merupakan kegiatan yang tersulit untuk dilaksanakan. Keadaan ini kemungkinan karena ada beberapa faktor yang memengaruhinya di antaranya adalah kegiatan pelatihan dan evaluasi pasca-pelatihan yang terlalu pendek jarak waktunya sehingga belum bisa terlihat adanya suatu perubahan yang terevaluasi. Di samping itu secara teknis pelaksanaan kegiatan musyawarah masyarakat desa lebih banyak melibatkan sektor lain diluar institusi peserta latih sehingga dengan waktu yang pendek belum sempat dilaksanakan.

Analisis pendapat responden (tenaga kesehatan dan bagas) mengenai pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat menurut penilaian mereka sendiri secara umum responden yang berpendapat kegiatan tersebut dapat dilaksanakan masih di bawah 50% atau kurang dari separo. Keadaan ini memberikan gambaran bahwa responden kemungkinan masih belum memahami betul tentang materi yang diberikan saat pelatihan. Seperti yang tercetus pada alasan kenapa tidak melakukan kegiatan yang dilatih yaitu: “.....*belum memahami langkah kegiatannya*.....” Atau masih ragu untuk melakukannya karena belum adanya petunjuk seperti alasan: “.....*belum ada petunjuk dari bidan ....*” atau “.....*belum ada penjelasan dari bidan*.”

Pada program sanitasi dasar sebagian responden telah melakukan inventarisasi meskipun terdapat perbedaan persentase jumlah responden yang menyatakan telah melakukan kegiatan tersebut. Pada kelompok tenaga kesehatan 84,7% menyatakan telah melakukan kegiatan tersebut dan pada kelompok bagas 77,2%. Perbedaan 7,5% antar kedua kelompok tersebut merupakan jumlah yang kurang signifikan. Sedangkan pada program keluarga sadar gizi, pada kelompok tenaga kesehatan menyatakan 75,9% telah melakukan pemetaan kadarzi dan pada kelompok bagas hanya 59,9% yang menyatakan telah melakukan pemetaan kadarzi. Perbedaan 16% merupakan jumlah yang cukup besar dan signifikan. Hal ini kemungkinan terjadi perbedaan persepsi dan misscommunication antara tenaga kesehatan dan bagas di mana tenaga kesehatan merasa telah melakukan kegiatan pemetaan namun belum diketahui oleh bagas. Namun jika dilihat dari analisis pendapat responden mengenai pelaksanaan kedua program tersebut apakah dapat dilaksanakan atau tidak, secara umum persentasenya tidak jauh berbeda antara kedua kelompok dan jumlahnya sangatlah

minim yaitu di bawah 20%. Sehingga dapat dikatakan bahwa responden (tenaga kesehatan dan bagas) yang menilai kegiatan pemetaan kadarzi sangat sedikit atau dengan arti lain pemetaan kadarzi sulit untuk dilaksanakan.

Program pengelolaan obat masyarakat menurut kedua kelompok responden (tenaga kesehatan dan bagas) sebagian besar belum dilaksanakan dan menurut sebagian besar mereka menyatakan tidak dapat dilakukan. Sedangkan pada program surveilans terjadi perbedaan persepsi dan pendapat antara kedua kelompok responden, di mana pada kegiatan pengamatan masalah secara terus-menerus dan pelaporan masalah kesehatan menurut tenaga kesehatan sebagian besar menyatakan belum melakukan sedangkan menurut bagas telah melakukan. Hal ini kemungkinan terjadi bahwa bagas yang merupakan cerminan dari ujung tombak dari tenaga kesehatan telah melakukan pengamatan masalah dilapangan dan melaporkannya pada tenaga kesehatan, karena bagas lebih dekat dengan masyarakat dan tenaga kesehatan sebagai ‘pimpinan’ bagas sehingga bagas selalu melaporkan pada tenaga kesehatan. Sedangkan tenaga kesehatan merasakan tidak mengamati secara langsung masalah-masalah kesehatan karena telah diwakili oleh bagas. Di samping itu tenaga kesehatan juga merasakan belum melaporkan langsung ke dinas kesehatan setempat. Keadaan inilah yang menggambarkan kejadian perbedaan tersebut di atas.

Pada program kesehatan ibu dan anak terjadi perbedaan pendapat antara kedua kelompok responden tentang hasil kesepakatan kegiatan yang terkait KIA. Perbedaan tersebut terletak pada kegiatan donor darah, di mana menurut responden tenaga kesehatan sebagian besar telah terjadi kesepakatan dengan warga tentang donor darah, sedangkan menurut bagas sebagian besar belum terjadi kesepakatan. Demikian pula mengenai kegiatan tabulin, dasolin dan pendanaan. Hal ini menggambarkan kemungkinan terjadi stagnasi informasi dan komunikasi antara kedua kelompok responden tersebut di mana tenaga kesehatan merasa telah melakukan kesepakatan dengan warga namun tidak diketahui oleh bagas atau kemungkinan terjadi overclaim dari tenaga kesehatan. Namun jika dilihat dari analisis pendapat responden tentang bisa setidaknya kegiatan tersebut dilaksanakan, antara kedua kelompok terjadi kemiripan yaitu hanya di bawah 20% yang menyatakan dapat

dilaksanakan. Keadaan ini merupakan tantangan bagi program KIA mengingat kegiatan-kegiatan tersebut merupakan alat kunci bagi keberhasilan penurunan angka kematian ibu.

Program tanggap bencana dan kegawatdaruratan, antara kedua kelompok mempunyai kemiripan dalam pelaksanaannya yaitu sebagian besar belum membentuk tim siaga bencana, kerja sama lintas sektor dalam merencanakan tanggap bencana, belum melakukan pemetaan bencana. Alasan yang sama juga dilontarkan oleh kedua kelompok responden yaitu belum ada bencana. Keadaan yang demikian ini merupakan tantangan yang cukup berat karena pendapat dan persepsi tersebut menggambarkan kondisi masyarakat yang kurang tanggap terhadap adanya bencana yang bisa datang sewaktu-waktu. Oleh karena itu diperlukan suatu upaya yang sangat besar dengan mengerahkan segenap sumber daya yang ada guna merubah konsep berpikir dan berwawasan tentang bencana.

## KESIMPULAN

Dari hasil analisis dan pembahasan di atas maka kajian ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat yang meliputi advokasi, sosialisasi sebagian besar (98,4%) telah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan 94,4% tenaga kesehatan telah melakukan advokasi dan sosialisasi. Program kegiatan sanitasi dasar, yaitu dengan melakukan inventarisasi data sanitasi dasar yang belum tercapai pelaksanaannya 15,3%. Pemetaan keluarga sadar gizi sebagian besar belum dapat dilaksanakan karena belum ada dana serta belum adanya waktu yang tepat akan tetapi sudah tersusunnya rencana kegiatan tersebut. Pelaksanaan pengelolaan obat masyarakat sebagian besar (85,6%) belum dilakukan karena belum terbentuknya forum dan untuk daerah perkotaan lokasinya dekat dengan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan program KIA oleh tenaga kesehatan yang meliputi kegiatan donor darah, penyediaan ambulans desa, tabulin, dasolin dan penandaan risiko pada ibu hamil telah dilaksanakan, akan tetapi menurut bagas sebagian besar belum disepakati oleh warga dengan alasan sulit dalam pelaksanaannya. Pelaksanaan program tanggap bencana belum banyak dilaksanakan karena sebagian besar (65,9%) belum terbentuknya tim siaga bencana.

## SARAN

Dari kesimpulan di atas, dan masih banyaknya kegiatan yang belum dilaksanakan walaupun telah dilakukan pelatihan baik pada tenaga kesehatan dan bagas, maka untuk lebih efektifnya pelaksanaan program tersebut disarankan untuk dilakukan monitoring dan motivasi serta pendampingan pada petugas kesehatan di desa dalam pelaksanaan program, juga pendekatan kembali antara petugas puskesmas, lintas sektor terkait (kepala desa) dan dinas kesehatan kab/kota sebagai motivator dan pimpinan program untuk melakukan evaluasi dan kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan desa siaga. Untuk desa-desa yang mempunyai angka pencapaian pelaksanaan program lebih dari 75% perlu dilakukan monitoring secara berkelanjutan dalam mengantisipasi lemahnya pelaksanaan program desa siaga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan dsb. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No 546/MenKes/SKA/III/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*, Depkes., Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan tth., *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Modul 1*, Depkes, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan tth., *Penggerakan dan Pemberdayaan Masyarakat melalui Kemitraan. Modul 2*. Depkes, Jakarta.
- Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga Provinsi Jawa Timur*. Dinkes Prop. Jatim, Surabaya.
- Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi. 2006. *Kurikulum Pelatihan bagi Petugas Kesehatan dalam Rangka Mewujudkan Desa Siaga Provinsi Jawa Timur*, Dinkes. Prop. Jatim, Surabaya.
- Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi. 2006. *Penanggulangan Kegawatdaruratan Sehari-hari dan Bencana di Desa Siaga bagi petugas kesehatan Provinsi Jawa Timur*, Dinkes Prop. Jatim, Surabaya.
- Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi. 2007. *Evaluasi Paska Pelatihan Petugas Kesehatan dan Pembantu (Bagas) Pos Kesehatan Desa untuk Mewujudkan Desa Siaga di Provinsi Jawa Timur. Laporan Hasil Analisis*. Surabaya. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bekerja sama dengan Unit Research Candi Gemilang Sakti Surabaya, Dinkes. Prop. Jatim, Surabaya.

## *Note to authors*

Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (Bulletin of Health System Research) only publishes original papers, case reports, reports of trials, survey, review articles, and other articles on all aspects. Significant contributions relating to basic research, theory, and practice are. Scripts can be research, case reports, surveys, the concepts of innovative thinking and a literature review results are useful to support the advancement of science, knowledge and systems related to health policy (health efforts, health financing, health human resources, medicines and medical supplies, Empowerment and community health management).. This publication is designed to disseminate knowledge in this field to a worldwide audience. Manuscript should be written in English or in Indonesian. The text of trial report/manuscripts should be divided into the following sections:

*Title*, should be brief, specific and informative. Include a short title (not exceeding 40 letters and spaces).

*Name of Author(s)*, should include full names of authors, address to which proofs are to be sent, name and address of the Department(s) to which the work should be attributed.

*Abstract*, a concise description (not more than 250 words) of the purpose, methods, results and conclusions required. Key words (3–5 words) should be provided below the abstract.

*Introduction*, comprises the problem's background, its formulation and purpose of the work and prospect for the future.

*Methods*, containing clarification on used materials and schema of experiments. Method to be explained as possible in order to enable other examiners to undertake retrial if necessary. Reference should be given to the unknown mwthod.

*Results*, should be presented in logical sequence with the minimum number of tables and illustrations necessary for summarizing only important observations. The vertical and horizontal line in the table should be made at the least to simplify of view.

*Discussion*, explaining the meaning of the examination's results, in what way the reported result can solve the problems, differences and equalities with previous study and development possibilities.

This section should include the conclusion of the reported work and suggestion for further studies if necessary.

*Acknowledgements*, to all research contributors, if any, should be stated in brief at the manuscript, prior to references.

*References*, should be arranged according to the Harvard system. Each author's to be marked with consecutive numbers fitting to its appearance in the manuscript and stating: (a) for book: the author's name, editor (if any), full title of book, volume, edition, publisher, year and page; (b) for periodicalis; the author's name, the articles's title (abbreviated corresponding with Index Medicus), volume, year and page.

Examples:

### **Books:**

Harrington B. 2007. The Protean Career. Center for Work and Family, Boston.

### **Journals:**

Coca V & Nicolescen G. 2006. The Prevalence of the Metabolic Syndrome in a Male Population with Erectile Dysfunction, journal of Clinical Medicine, Vol 1, pp 23–28.

### **Internet:**

Competency Models and Skill Standards 2009, available at: [http://www.workinforamerica.org/toolki/competency\\_models.asp](http://www.workinforamerica.org/toolki/competency_models.asp).5 juni 2009.

The sections of the manuscripts other than the trial report should be consistent with the sections of the trial report described above. However, adjustment can be done as necessary by eleminating the parts, such as material and method, results of the study, etc.

*Mathematical Equations*, should be clearly stated. When mathematical symbols are not available on the typewriter, hand written symbols with soft lead pencil could be used.

*Decimal numbers*, should be separated by *point* (.) for English- written- manuscript, and be separated by *comma* (,) for Indonesian-written-manuscript.

*Table* should be numbered consecutively and be supplied with a brief title for each. Explanatory matter

should be placed in footnotes, not in the headings. Explain in footnotes all abbreviations used.

*Illustrations*, should be cited in the text in consecutive order. The titles and detailed explanations of the figures belong in the legends for illustrations (figures, graphs) not on the illustrations themselves.

*Photographs*, clear glossy, black and white photographs must be submitted for both illustrations and graphs. Photographs should be prepared with the minimum size of 125 × 195 mm.

The manuscript should be supplied in a diskette and be typed using any word processor's program. Three legible photocopies or an original plus two legible copies of manuscripts which are typed double space with wide margins on good quality A4 white paper (210 × 297 mm) should be enclosed. The length should not exceed 12 pages. The editor reserves the right to edit manuscript, fit articles into available, and ensure conciseness, clarity, and stylistic consistency. The rejected manuscript, if any, will be returned to the author. Three copies of the reprints will be transmitted to the author after publication.

# Petunjuk Penulisan Naskah

Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (*Bulletin of Health System Research*) hanya menerima naskah asli yang belum diterbitkan di dalam maupun di luar negeri. Naskah dapat berupa penelitian, laporan kasus, survey, konsep-konsep pemikiran inovatif hasil tinjauan pustaka yang bermanfaat untuk menunjang kemajuan ilmu, pengetahuan yang berkaitan dengan sistem dan kebijakan kesehatan (upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan). Naskah dapat di tulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris dengan gaya bahasa efektif dan akademis. Naskah hasil penelitian hendaknya disusun menurut sistematika sebagai berikut:

**Judul**, hendaknya menggambarkan isi pokok tulisan secara ringkas dan jelas, ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Ringkasan judul (tidak lebih dari 40 karakter) hendaknya juga disertakan.

**Nama-nama Penulis**, disertai catatan kaki tentang profesi dan instansi tempat penulis bekerja.

**Abstrak**, ditulis dalam bahasa Inggris, Indonesia dan tidak lebih dari 250 kata, dan merupakan intisari seluruh tulisan, meliputi: tujuan, metode, hasil dan simpulan. Di bawah abstrak disertakan 3–5 kata-kata kunci (*key words*).

**Pendahuluan**, meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah serta tujuan penelitian dan harapan untuk waktu yang akan datang.

**Metode**, berisi penjelasan tentang bahan-bahan dan alat-alat yang digunakan, waktu, tempat, teknik dan rancangan percobaan. Metode harus dijelaskan selengkap mungkin agar peneliti lain dapat melakukan uji coba ulang. Acuan (referensi) diberikan pada metode yang kurang dikenal.

**Hasil**, dikemukakan dengan jelas bila perlu dengan ilustrasi (lukisan, grafik, diagram) atau foto. Hasil yang telah dijelaskan dengan tabel atau ilustrasi tidak perlu diuraikan panjang-lebar dalam teks. Garis-garis vertikal maupun horisontal dalam tabel dibuat seminimal mungkin, agar memudahkan penglihatan.

**Pembahasan**, menerangkan arti hasil penelitian, bagaimana hasil penelitian yang dilaporkan dapat memecahkan masalah, perbedaan dan persamaan

dengan penelitian terdahulu serta kemungkinan pengembangannya.

Ucapan terima kasih, dapat ditujukan pada semua pihak yang membantu bila memang ada dan harus diterangkan sejelas mungkin. Diletakkan pada akhir naskah, sebelum daftar pustaka.

**Daftar Pustaka**, disusun alfabetis menurut sistem Harvard. Setiap nama pengarang diberi nomor urut sesuai dengan urutan pemunculannya dalam naskah, dan mencantumkan (a) untuk buku: nama-nama penulis, editor, penerbit, tahun, dan nomor halaman. (b) untuk terbitan berkala: nama-nama penulis, judul tulisan, judul terbitan (disingkat sesuai dengan Index Medicus), volume, tahun, dan nomor halaman. (c) Internet: website, judul naskah, waktu unduh. Contoh penulisan daftar pustaka:

## Rujukan dari buku:

Harrington B. 2007. *The Protean Career*. Center for Work and Family, Boston.

## Rujukan dari majalah (penerbitan berkala):

CocaV & Nicolescen G. 2006. The Prevalence of the Metabolic Syndrome in a Male Population with Erectile Dysfunction, *Journal of Clinical Medicine*, Vol 1, pp 23–28.

## Rujukan dari Internet:

Competency Models and Skill Standards 2009, available at: [http://www.workinforamerica.org/toolki/competency\\_models.asp](http://www.workinforamerica.org/toolki/competency_models.asp). 5 juni 2009.

Sistematika penyusunan naskah yang isinya bukan hasil penelitian hendaknya tetap merujuk format yang telah diuraikan di atas. Penyesuaian dapat dilakukan seperlunya dengan cara menghilangkan bagian-bagian seperti bahan dan metode, hasil penelitian dan sebagainya.

**Persamaan Matematis** dikemukakan dengan jelas. Jika simbol matematis tidak ada pada mesin tik dapat ditulis menggunakan pensil/pena dengan hati-hati. Kalau perlu beri keterangan simbol dengan tulisan tangan (pensil tipis).

**Angka desimal** ditandai dengan *koma* untuk bahasa Indonesia dan *titik* untuk bahasa Inggris.

*Tabel* diberi nomor dan diacu berurutan dalam teks, judulnya harap ditulis dengan singkat dan jelas. Keterangan diletakkan pada catatan kaki, tidak boleh pada judul. Semua singkatan atau kependekan harap dijelaskan pada catatan kaki.

*Ilustrasi*, dapat berupa lukisan, grafik atau diagram diberi nomor dan diacu berurutan pada teks. Keterangan diberikan dengan singkat dan jelas di bawah ilustrasi (tidak di dalam ilustrasinya).

*Foto* hitam putih, harus kontras, tajam, jelas dan di atas kertas mengkilap. Ukuran terkecil adalah 125 × 195 mm.

Naskah yang dikirim ke redaksi hendaknya diketik dalam disket dengan salah satu program pengolah kata (misalnya MS. Word, WP, dll.), disertai cetakan pada kertas HVS ukuran A4 (210 × 297 mm) dengan jarak dua spasi dan panjang tulisan berkisar antara 6–12 halaman. Naskah diserahkan rangkap tiga (satu asli dan dua salinannya). Bila diperlukan, naskah dapat diedit redaksi tanpa mengubah isi untuk disesuaikan dengan format penulisan yang telah ditetapkan oleh Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Setelah diterbitkan, penulis akan menerima 3 set cetak lepas. Naskah yang tidak memenuhi syarat akan dikembalikan kepada penulis.