

EFEK LARUTAN GULA GARAM TERHADAP KELELAHAN PADA PEKERJA WANITA

Mardiana
IKM FIK UNNES
E-mail : mardiana.ikm@gmail.com

ABSTRAK

Pekerja yang terkena paparan panas selama bekerja dapat menyebabkan kelelahan jika asupan cairan tidak cukup. Penambahan larutan gula garam selama bekerja dapat mencegah terjadinya kelelahan. Pekerja wanita di bagian ironing perusahaan garmen terpapar panas dalam bekerja sehingga berisiko mengalami kelelahan.

Tujuan penelitian adalah mengetahui efek larutan gula garam terhadap kelelahan pada pekerja wanita. Desain penelitian *nonrandomized pre-post test control group design*. Populasi adalah pekerja wanita perusahaan garmen berusia 18-35 tahun di bagian *ironing*. Subjek berjumlah 33 orang untuk masing-masing kelompok yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi. Subjek dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Subjek diukur kelelahan sebelum dan setelah bekerja selama tiga hari berturut-turut untuk setiap perlakuan. Kelelahan diukur melalui kecepatan dalam merespon cahaya dengan menggunakan alat *reaction timer*. Data dianalisis menggunakan *independent t test*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa larutan gula garam memberikan efek positif terhadap kelelahan ($p=0,0001$). Pada kelompok intervensi, waktu reaksi rangsang cahaya menurun sebesar $12,2\pm 49,0$ millidetik setelah pemberian larutan gula garam dan meningkat sebesar $26,4\pm 33,8$ millidetik pada kelompok kontrol.

Simpulan : Pemberian larutan gula garam dapat menurunkan kelelahan.

Kata Kunci : larutan gula garam, kelelahan, pekerja wanita

EFFECT OF SUGAR-SALT SOLUTION ON FATIGUE AMONG WOMEN WORKERS

Mardiana
IKM FIK UNNES
E-mail : mardiana.ikm@gmail.com

ABSTRACT

Workers are exposed to heat exposure during work can cause fatigue if fluid intake is not sufficient. The addition of sugar-salt solution during work can help prevent fatigue. Women workers at ironing department in garment industry at risk of fatigue because the heat exposed.

The research objective was to determine the effect of sugar-salt solution on fatigue among women workers. Study design of pre-post test control group design. Population of this study was women workers aged 18-35 years in ironing department of garment industry. Subjects totaled 33 for each group are selected based on inclusion criteria. Subjects were divided into two groups, there were control group and intervention group. Fatigue of the subjects were measured on the third, fourth, and fifth intervention days before and after each treatment. Fatigue was measured by reaction timer to flash light. Data were analyzed using independent t test. The results showed that the sugar-salt solution gives a positive effect on fatigue ($p = 0.0001$). In the intervention group, the reaction timer to flash light decreased by 12.2 ± 49.0 millidetik after given sugar-salt solution and increased by 26.4 ± 33.8 milliseconds in the control group

Conclusion: Sugar-**salt** solution decreased fatigue among women workers.

Keywords: Sugar-salt solution, fatigue, women workers

PENDAHULUAN

Era globalisasi dan pasar bebas *Asean Free Trade Asia* (AFTA) 2003, kesehatan dan keselamatan kerja merupakan salah satu persyaratan yang ditetapkan dalam hubungan antar negara yang harus dipenuhi oleh seluruh anggota termasuk Indonesia. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2003, pekerja di Indonesia mencapai 100.316.007 yang terdiri dari 64,63% pekerja laki-laki dan 35,37% pekerja wanita (Pusat Kesehatan Kerja, 2010). Peningkatan tenaga produktif ini menimbulkan masalah kesehatan dan gizi pekerja yang akibatnya akan menurunkan produktivitas kerja, terutama pada tenaga kerja wanita.

Tenaga kerja wanita mempunyai karakteristik yang berbeda dengan laki-laki, wanita mempunyai kecenderungan lebih rentan terhadap bahaya yang ditimbulkan oleh proses produksi, salah satunya adalah terpapar panas. Wanita mempunyai toleransi panas yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Tenaga kerja wanita yang bekerja dengan kondisi suhu yang tinggi (panas) dapat menyebabkan hilangnya cairan tubuh yang terdiri dari elektrolit dan mineral.

Cairan tubuh normal yang berisi elektrolit dan mineral tidak dapat digantikan hanya dengan pemberian air minum selama bekerja. Oleh karena itu, pemberian larutan gula garam dapat menambahkan asupan energi dan mengikat Na^+ tetap berada di dalam sel. Defisiensi elektrolit dalam waktu lama dapat mengganggu beberapa fungsi normal tubuh yang berakibat terjadinya kelelahan (Patterson, 2004).

Menurut Suma'mur pada tenaga kerja yang bekerja dengan kondisi suhu yang tinggi, maka kebutuhan air minum sebagai pengganti cairan tubuh yang hilang perlu diperhatikan (Suma'mur P.K., 1996:6). Tenaga bekerja pada lingkungan yang panas, akan mengakibatkan kenaikan suhu kulit dan lebih banyak darah yang disalurkan ke permukaan kulit. Dalam rangka mempertahankan keseimbangan suhu tubuh dengan lingkungan, maka tenaga kerja akan berkeringat dengan penguapan di permukaan kulit. Kemampuan berkeringat semakin lama semakin berkurang, kondisi ini akan mengakibatkan terjadinya kelelahan pada tenaga kerja tersebut (Suma'mur P.K., 1988:20).

Penelitian mengenai kelelahan yaitu hasil penelitian yang dilakukan oleh Naely Mazia (2002:52-55) di bagian finishing di PT Tri Sinar Purnama bahwa ada 6,3% tenaga kerja mengalami kelelahan sedang dan 70,3% kelelahan ringan akibat konsumsi air minum <1,5 liter sebanyak 12,5% dan konsumsi air minum sebanyak 1,5 – 3 liter sebanyak 53,1%.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan pada bulan Agustus tahun 2010, konsumsi air minum pekerja rata-rata 600 ml selama 8 jam bekerja. Berdasarkan perhitungan kecukupan air minum, dengan penurunan berat badan 0,5 kg/minggu, maka konsumsi rata-rata air minum yang dianjurkan sebanyak 1100 ml. Hal ini menunjukkan konsumsi air minum pekerja kurang, jika kondisi ini berlangsung lama dapat menyebabkan kelelahan, dehidrasi, dan gangguan ginjal (Irawan, 2007).

Data Kesehatan perusahaan sampai dengan Bulan Agustus tahun 2010 terjadi dua kasus gagal ginjal kronik (GGK) yang diduga salah satunya penyebabnya adalah kekurangan cairan (Poliklinik Perusahaan, 2010). Selain itu, pekerja mengeluh pusing, pegal-pegal bagian tangan dan punggung, hal ini disebabkan kondisi kerja yang berdiri dan membungkuk.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efek larutan gula garam terhadap kelelahan pada pekerja wanita. Berdasarkan latar belakang dan tujuan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai efek larutan gula garam terhadap kelelahan.

METODE PENELITIAN

1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu (*Quasy experimental*) dengan menggunakan rancangan *nonrandomized pre and post test control group design*. Pembagian kondisi pada penelitian ini dilakukan secara nonrandom yaitu berdasarkan kesediaan subjek dan kriteria inklusi. Oleh karena itu, penelitian ini termasuk eksperimen semu. Dalam penelitian ini baik kondisi perlakuan maupun kondisi kontrol merupakan subjek yang sama yang membedakan adalah jenis perlakuan (Campbell, 1963).

Pretes	Perlakuan	Postes
O1 -----	X1-----	O2 (minggu I)
O1 -----	X2-----	O3 (minggu II)

Keterangan :

- O1 Pengukuran kelelahan sebelum bekerja (minggu I)
- O1 Pengukuran kelelahan sebelum bekerja (minggu II)
- O2 : Pengukuran kelelahan dan pengukuran sisa cairan sesudah bekerja (minggu I)
- O3 : Pengukuran kelelahan, pengukuran sisa cairan sesudah bekerja (minggu II)
- X1 Kelompok kontrol
- X2 : Kelompok kontrol (pemberian larutan gula garam selama 5 hari)

2. Prosedur Penelitian

Penelitian dilakukan dalam dua tahap. Pada tahap pertama, subjek ditimbang berat badan, diukur tinggi badan, serta diberi kuesioner penyaringan untuk mendapatkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi. Subjek yang

memenuhi kriteria inklusi sebanyak 33 orang. Pada tahap pertama, subjek tanpa diberi minuman (kelompok kontrol), kelelahan sebelum dan sesudah bekerja pada hari ketiga sampai kelima intervensi dan *recall* asupan cairan.

Tahap kedua, subjek diberi larutan gula garam sebanyak 1500 ml (Widjasena, 2003). Subjek kelelahan sebelum dan sesudah bekerja pada hari ketiga sampai kelima intervensi dan pengukuran sisa asupan cairan.

3. Teknik Pengumpulan Data

a. Data pemberian larutan gula garam

Data pemberian larutan gula garam diperoleh dengan cara *recall* asupan cairan pada kelompok kontrol dan pengukuran sisa asupan cairan pada kelompok perlakuan. Masing-masing perlakuan selama 5 hari. Pada hari ke-3 sampai ke-5 dilihat sisa cairan yang dikonsumsi selama bekerja.

b. Data kelelahan

Data kelelahan diperoleh dengan pengukuran menggunakan *reaction timer* yaitu dengan cara menilai kecepatan subjek dalam merespon suatu rangsang cahaya. Pengukuran diambil sebanyak 20 kali, nilai kedipan mata ke-5 sampai ke-15 diambil untuk dirata-rata. Rata-rata dibandingkan dengan standar kelelahan. Data kelelahan kerja diperoleh dengan cara rerata waktu respon terhadap cahaya sesudah dikurangi rerata waktu respon terhadap cahaya sebelum.

4. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$)

a. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di bagian *laundry* dengan jumlah subjek 20 orang. Suatu instrumen dikatakan valid atau sah apabila mampu mengukur apa yang diinginkan. Uji validitas menggunakan uji korelasi *pearson*. Dari 20 pertanyaan, sebanyak 16 pertanyaan dinyatakan valid dengan $p<0,05$, sedangkan empat pertanyaan (no. 1, no.5, no.7 dan no.20) dinyatakan tidak valid. Dan dikatakan reliabilitas apabila instrumen dapat digunakan berkali-kali dengan ketepatan yang sama. kuesioner tersebut

layak digunakan sebagai pengumpul data karena nilai $r_{\alpha=0,886} > r_{\text{tabel}=0,444}$ pada $\alpha=0,05$, $n=20$.

b. Analisis Univariat

Kelelahan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik dengan melihat rerata dan standar deviasi.

c. Analisis Bivariat

Dalam penelitian ini, antar variabel diuji menggunakan *independent t test* karena data berdistribusi normal.

5. Populasi dan Subjek Penelitian

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pekerja wanita bagian *ironing* di Industri Garmen 'X', Kabupaten Semarang.

b. Subjek Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari pekerja wanita bagian *ironing* di Industri Garmen 'X' yang dipilih dengan menggunakan teknik restriksi sesuai kriteria inklusi sebagai berikut : (Murti, 1997).

Kriteria Inklusi Subjek adalah

1. Pekerja wanita bersedia menjadi responden
2. Pekerja wanita berusia 15-40 tahun
3. Pekerja wanita yang bekerja di bagian operator *ironing* pada industri garmen
4. Pekerja wanita mempunyai Indeks Massa Tubuh Normal/Kurus
5. Pekerja wanita tidak sedang mengalami dismenorea
6. Pekerja wanita tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi.

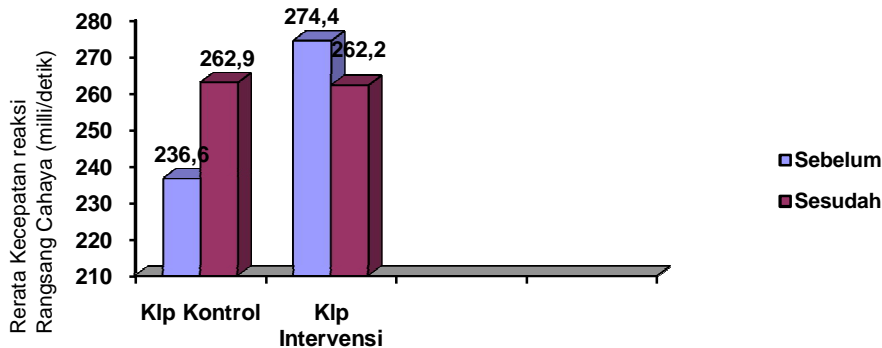
Subjek minimal diukur dengan menggunakan rumus subjek minimal (Sastroasmoro, 2000) sehingga diperoleh 31 subjek penelitian. Untuk mengatasi *drop-out* maka subjek penelitian ditambah 10 % sehingga menjadi 33 orang.

6. Variabel Penelitian

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah larutan gula garam, sedangkan variabel terikatnya adalah kelelahan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian



Gambar 7

Rerata Kecepatan Reaksi Rangsang Cahaya Subjek Sebelum dan Sesudah Bekerja pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Berdasarkan uji *independent t test* didapatkan hasil bahwa larutan gula garam dapat menurunkan kelelahan ($p=0,0001$). Selisih kecepatan reaksi terhadap rangsang cahaya pada kelompok kontrol sebesar $26,4\pm 33,8$ milli/detik. Selisih kecepatan reaksi terhadap rangsang cahaya pada pemberian larutan gula garam sebesar $-12,2\pm 49,0$ milli/detik

2. Pembahasan

Kelelahan kerja dapat dilihat melalui kecepatan seseorang dalam merespon rangsang cahaya. Semakin kecil nilai rangsang cahaya maka tingkat kelelahan semakin rendah. Selisih kecepatan reaksi terhadap rangsang cahaya pada kelompok control sebesar $26,4\pm 33,8$ milli/detik. Selisih kecepatan reaksi terhadap rangsang cahaya pada larutan gula garam sebesar $-12,2\pm 49,0$ milli/detik. Semakin kecil nilai reaksi rangsang terhadap cahaya menunjukkan tingkat kelelahan yang berkurang. Berdasarkan *independent t test* menunjukkan bahwa larutan gula garam memberikan efek terhadap kelelahan.

Pekerja yang terpapar panas akan terjadi peningkatan suhu kulit dan lebih banyak darah yang dialirkan ke permukaan kulit. Untuk menjaga keseimbangan suhu tubuh, maka dikeluarkannya keringat. Keluarnya keringat disertai dengan hilangnya elektrolit. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya dehidrasi. Dehidrasi dapat menyebabkan kelelahan karena deplesi *Adenosin Tri*

Phosphat (ATP) dan *phospocreatin*. Menurut Williams (2007), pemberian larutan gula garam dapat memperbaiki keseimbangan cairan dan mencegah kelelahan.

SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

Larutan gula garam memberikan efek positif dalam menurunkan kelelahan ($p=0,0001$).

2. Saran

Pekerja diharapkan dapat mengkonsumsi cairan dalam jumlah yang cukup. Pada penelitian ini, larutan gula garam sebanyak 700 ml dapat menurunkan kelelahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier Sunita. 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. PT.Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Anies. 2005. Penyakit Akibat Kerja, Jakarta: PT.Gramedia, hal 23-35.
- Rodahl A. 1986. Body Fluids, Blood and Circulation. In Textbook of Work Physiology: Physiology Bases of Exercise. Mc. Graw Hill Book Company. New York.
- Budiono AM Sugeng, dkk. 2003. Bunga Rampai Hiperkes dan Keselamatan Kerja, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ediningsih ES. 2005. Gizi Kerja, Makalah pada Pelatihan Hiperkes dan Keselamatan Kerja Bagi Dokter Perusahaan/Instansi. Balai Higiene Perusahaan Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Grandjean E. 1995. Fitting the Task to the Man, 4th ed. London : Taylor & Francis Inc.
- Irawan MA. 2007. Konsumsi Cairan dan Olahraga. Polton Sports Science and Performance Lab Vol.1, no.2.
- Kepmenaker No.Kep-51/men/1999. Nilai Ambang Batas Iklim Kerja.
- Murti B. 1997. Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi. Yogyakarta: UGM Press.
- Campbell D T, Stanley J C. Experimental and Quasi_experimental Designs for Research. Chicago : Rand Msnally College Publishing Company.
- Patterson, MJ. Stocks, JM Taylor, NAS. 2004. Sustained and Generalized Extracellulairn Fluid Expansion Following Heat Acclimatization. In: Journal of Physiology. Download Agustus 2010.URL: www.Jap. Physiology.org.
- Sastroasmoro S, Sofyan Ismael. 2002. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Sagung Seto, Jakarta.
- Suma'mur P.K. 1996. Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja, Jakarta: PT Toko Gunung Agung.
- Tarwaka, dkk. 2004. Ergonomi Untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas, Surakarta: Uniba Press.
- William. 2007. Nutrition for Health, Fitness, and Sport. Eight Edition. Americas, New York

KAJIAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA DI KABUPATEN OGAN ILIR

Misnaniarti, Asmaripa Ainy, Nur Alam Fajar
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Sriwijaya, Indralaya

ABSTRAK

Latar belakang: Salah satu strategi untuk mewujudkan Indonesia Sehat adalah program desa siaga seperti diatur dalam SK Menteri Kesehatan nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006. Hasil observasi pada profil kesehatan Kabupaten Ogan Ilir tahun 2007, angka kesakitan berbasis lingkungan masih tinggi yaitu diare 7.011 kasus, demam berdarah 30 kasus, malaria klinis 68 kasus dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) 11.637 kasus serta Tuberkulosis Paru 295 kasus. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat permasalahan kesehatan yang perlu ditangani secara menyeluruh baik oleh pemerintah maupun masyarakat. Tujuan penelitian adalah menyusun rekomendasi model pengembangan desa siaga berdasarkan sumber daya lokal di Kabupaten Ogan Ilir.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan di Dinas Kesehatan Ogan Ilir, seluruh puskesmas dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Ogan Ilir, dan 40 desa yang telah menjadi percontohan desa siaga di wilayah Kabupaten Ogan Ilir..

Hasil: Pengembangan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir masih berbasis *top down*, dan pembentukan desa siaga belum secara sepenuhnya memanfaatkan potensi dari berbagai kegiatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang ada.

Kesimpulan: Pemberdayaan masyarakat masih perlu ditingkatkan agar masyarakat mampu menggali sendiri potensi sumber daya yang ada dan pemerintah daerah cukup sebagai fasilitator.

Kata kunci: desa siaga, upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), pemberdayaan masyarakat.

STUDY OF THE DEVELOPMENT OF ALERT VILLAGES IN OGAN ILIR DISTRICT

ABSTRACT

Background: One strategy to achieve Healthy Indonesia is alert village program as stipulated in Decree of the Minister of Health number 564/Menkes/SK/VIII/2006. The observation through document review of Ogan Ilir health profile in year 2007, environment-based morbidity is still high at 7.011 cases of diarrhea, 30 cases of dengue fever, 68 cases of clinical malaria and 11.637 cases of upper respiratory infections and 295 cases of pulmonary tuberculosis. It showed that there're still health problems that need to be handled by both government and society. Objective of this research was to develop recommendations of alert village development based on local resources in Ogan Ilir district.

Methods: This was an observational study with quantitative and qualitative approaches. The data was collected in Ogan Ilir Health Office, all Health Centers in the working area of Ogan Ilir, and 40 villages that have become the pilot of alert village program in Ogan Ilir.

Results: Development of alert villages in Ogan Ilir still top down, and the establishment of alert villages have not been fully utilizing the potency of various community based health activities.

Conclusion: The community empowerment still needs to be improved so that local community can dig their own potential resources. The local government and health centers only as facilitators.

Keywords: alert village, community based health activities, community empowerment.

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Pengembangan desa siaga merupakan salah satu strategis dalam mewujudkan Indonesia sehat. Pada akhir tahun 2010 ditargetkan seluruh desa yang ada di Indonesia sudah menjadi desa siaga. Desa siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular, kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong menuju desa sehat.¹

Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006.² Inti kegiatan desa siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu, dalam pengembangan desa siaga diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif, yaitu upaya mendampingi (menfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya melalui

upaya-upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) sebagai embrio atau titik awal pengembangan menuju desa siaga.

Kabupaten Ogan Ilir terbentuk melalui undang-undang nomor 37 tahun 2003 yang merupakan hasil pemekaran dari kabupaten Ogan Komering Ilir dan diresmikan pada tanggal 7 Januari 2004. Mempunyai luas wilayah 2.666,07 km² atau seluas 266,607 hektar. Administrasi pemerintahan Kabupaten Ogan Ilir terdiri dari 16 Kecamatan dan 241 desa.³

Pada tahun 2006, telah dikeluarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir nomor 440/III/KES/2006 tentang Pembentukan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir dan Surat Keputusan Bupati Kabupaten Ogan Ilir nomor 317/KEP/DINKES/2006 tentang Perubahan Nama dan Peningkatan Status Polindes menjadi Poskesdes di Kabupaten Ogan Ilir.^{4,5} Pada tahun 2007 Dinas Kesehatan Ogan Ilir juga telah mencanangkan 40 desa sebagai desa siaga percontohan dan pada tahun 2009 seluruh desa telah menjadi desa siaga yaitu sebanyak 241 desa siaga. Namun hasil observasi awal melalui telaah dokumen profil kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2008, angka kesakitan berbasis lingkungan masih tinggi yaitu diare sebanyak 7.011 kasus, demam berdarah sebanyak 30 kasus, malaria klinis sebanyak 68 kasus dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) sebanyak 11.637 kasus serta penyakit Tuberkulosis Paru sebanyak 295 kasus di tahun 2007. Hal tersebut menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan masyarakat masih perlu ditangani secara menyeluruh oleh pemerintah dan tentunya dengan dukungan masyarakat setempat. Strategi pemberdayaan masyarakat dalam menangani permasalahan kesehatan pada program desa siaga dilakukan melalui peningkatan fungsi upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM).

Berdasarkan uraian tersebut, maka perlu dilakukan kajian pengembangan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir. Selanjutnya akan disusun rekomendasi model pengembangan desa siaga yang sesuai sumber daya lokal di Kabupaten Ogan Ilir menuju visi Indonesia Sehat Mandiri.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir beserta seluruh puskesmasnya.

Pengumpulan data dilakukan oleh tim peneliti dibantu oleh enumerator (petugas pengumpul data di lapangan) untuk pengumpulan data primer maupun sekunder. Data primer terdiri dari hasil wawancara mendalam dan hasil observasi langsung ke 40 desa siaga percontohan yang telah ditetapkan sesuai SK Bupati Ogan Ilir nomor 3891 tahun 2006. Data sekunder diperoleh dari berbagai dokumen pelaksanaan desa siaga di masing-masing puskesmas maupun di dinas kesehatan Kabupaten Ogan Ilir.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Ogan Ilir memiliki luas wilayah 2.666,07 km². Observasi dilakukan di 40 desa/kelurahan siaga yang telah ditetapkan sesuai SK Bupati Ogan Ilir nomor 3891 tahun 2006. Diperoleh hanya 25 desa yang mempunyai dokumentasi cukup lengkap tentang berbagai indikator keberhasilan desa siaga. Alasan yang dikemukakan oleh informan adalah karena mereka tidak wajib untuk membuat dan mengumpulkan laporan pelayanan poskesdes ke dinas kesehatan sehingga dokumentasi pelaksanaan poskesdes tergantung dari tenaga pelaksana desa siaga.

Hal ini juga dikuatkan dengan hasil *cross check* ke pihak dinas kesehatan yang menyebutkan bahwa pelaporan pelaksanaan desa siaga baru digiatkan dengan adanya pergantian pimpinan yang baru saat ini.

“Pihak dinas kesehatan baru mendistribusikan format pelaporan kegiatan desa siaga ke masing-masing desa siaga yang telah ditetapkan berdasarkan SK Bupati...” (Informan 1)

“...belum ada laporan dari pertama pembentukan desa siaga secara khusus tetapi terintegrasi dengan laporan yang lain”. (Informan 2)

Upaya yang dilakukan adalah setiap bidan desa yang mengelola poskesdes diberikan format laporan untuk diisi dan setiap bulannya dilaporkan ke dinas kesehatan melalui puskesmas.

Indikator Keberhasilan Desa Siaga

1. Indikator Masukan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator input dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1.
Indikator Keberhasilan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir
Berdasarkan Indikator Masukan

No	Indikator Masukan	Hasil Observasi
1.	Forum Masyarakat Desa (FMD)	Sejumlah 20 desa sudah memiliki FMD, dan pelaksanaannya ada yang dalam 3 bulan sekali dan ada juga pada saat ditemukannya masalah. Terdapat 2 desa yang memiliki FMD namun tidak berjalan, serta 3 desa tidak memiliki FMD.
2.	Poskesdes dan Sarananya	Dari 25 desa 22 desa diantaranya sudah memiliki Poskesdes dan sarana yang cukup memadai. Sedangkan 3 lainnya yakni di Muara Penimbung Ulu, Siring Alam ada namun kondisinya sudah rusak, dan Tanjung Lubuk ternyata tidak memiliki Poskesdes. Meskipun tidak memiliki bangunan fisik yakni poskesdes, namun koordinasi Poskesdes dengan Puskesmas dalam menangani masyarakat yang berobat sudah baik.
3.	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)	UKBM yang sudah ada di kabupaten Ogan Ilir antara lain: posyandu balita, posyandu lansia, polindes, PKK, serta Jumantik di beberapa desa.
4.	Tenaga Kesehatan dan Kader Aktif	Semua desa siaga percontohan telah memiliki bidan rata-rata 1 orang bidan. Sedangkan untuk kader aktif rata-rata memiliki 2-3 orang kader aktif. Namun ada juga desa yang memiliki kader aktif sampai 8 orang. Kader tersebut juga merupakan kader dari posyandu. Secara khusus, kader untuk desa siaga tidak ada.

Masih adanya FMD yang belum berjalan disebabkan antara lain karena minimnya dana yang ada serta tingginya tingkat kesibukan masyarakat. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa informan.

2. Indikator Proses

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator proses dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.
Indikator Keberhasilan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir
Berdasarkan Indikator Proses

No	Indikator Proses	Hasil Observasi
1.	Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa (FMD)	Frekuensi pertemuan untuk FMD rata-rata 1 kali selama satu tahun, namun ada juga yang setiap 2 kali selama satu tahun. Namun ada pula desa yang melaksanakan FMD setiap ada instruksi dari bidan desa.
2.	Keberfungsian Poskesdes	Poskesdes yang ada di desa siaga dalam Kabupaten Ogan Ilir sudah berfungsi sebagaimana mestinya, antara lain sebagai tempat melayani pengobatan umum, tempat persalinan, imunisasi, penyuluhan tentang PHBS dan tumbuh kembang anak yang baik.
3.	Keberfungsian UKBM	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat yang sudah ada di desa siaga sudah berfungsi dengan baik. Seperti pada kegiatan Posyandu beberapa kader memberikan penyuluhan, dan juga pelaksanaannya sudah rutin dilakukan.
3.	Keberfungsian sistem Surveilans berbasis Masyarakat	Rata-rata sistem Surveilans berbasis Masyarakat di desa siaga dalam Kabupaten Ogan Ilir belum dilaksanakan secara optimal. Ada Jemantik di desa namun pelaksanaannya belum maksimal.
4.	Keberfungsian kegiatan Kadarzi dan PHBS	Sebagian besar desa siaga sudah aktif melaksanakan upaya-upaya agar terciptanya Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan PHBS. Seperti penyuluhan-penyuluhan oleh bidan desa maupun kader aktif yang ada. Namun dibandingkan kadarzi, kegiatan peningkatan PHBS masih kurang.

Dari indikator frekuensi pertemuan FMD ini dapat dilihat bahwa keberhasilan program desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir ini dapat dinilai berhasil, sebagaimana pada pedoman desa siaga bahwa FMD minimal dilaksanakan 1 kali dalam setahun. Hal ini juga sejalan dengan hasil evaluasi desa siaga di Kecamatan Goligondang.⁶

3. Indikator Keluaran

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator keluaran dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.
Indikator Keberhasilan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir
Berdasarkan Indikator Keluaran

No	Indikator Keluaran	Hasil Observasi
1.	Cakupan pelayanan kesehatan di Poskesdes	Pelayanan yang diberikan di Poskesdes untuk masyarakat di desa siaga antara lain untuk Ibu hamil K1, Ibu hamil K4, Ibu yang memiliki faktor risiko,

		Persalinan, Kunjungan Neonatus dan Kunjungan KB aktif.
2.	Cakupan pelayanan kesehatan di UKBM yang ada	Masing-masing UKBM memberikan pelayanan sesuai dengan spesifiknya masing-masing, misalnya: posyandu balita untuk pelayanan imunisasi balita, pemeriksaan kesehatan balita, juga untuk ibunya. Posyandu lansia memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia baik penyuluhan maupun pengobatan. PKK lebih kepada pemberian penyuluhan yang terkait dengan peningkatan kesejahteraan keluarga.
3.	Jumlah kasus kegawatdaruratan dan kejadian luar biasa yang dilaporkan dan diatasi	Ditemukan 2 kasus kegawatdaruratan dan KLB yang telah dilaporkan terjadi di desa Talang Sari Kecamatan Tebing Gerinting. Pelaporan kejadian kegawatdaruratan merupakan suatu proses survei mawas diri (SMD)
4.	Cakupan rumah tangga yang mendapatkan promosi kesehatan untuk kadarzi dan PHBS	Promosi kesehatan telah dilakukan untuk memberikan informasi kepada masyarakat desa mengenai kadarzi dan PHBS

4. Indikator Dampak

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator dampak dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.
Indikator Keberhasilan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir
Berdasarkan Indikator Dampak

No	Indikator Dampak	Hasil Observasi
1.	Jumlah masyarakat yang menderita sakit	Penyakit yang sering terjadi di masyarakat Kabupaten Ogan Ilir, meliputi: ISPA, rematik, diare, hipertensi, gastritis, typhoid, gangguan neurotik, asma, alergi kulit, sakit gigi
2.	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia	Tidak ada kematian ibu melahirkan hingga tahun 2009
3.	Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia	Tidak ada kematian bayi dan balita hingga tahun 2009
4.	Jumlah balita dengan gizi buruk	Hasil observasi menunjukkan bahwa masih terdapat balita dengan gizi kurang yakni di desa: Senuro Barat, Tanjung Raja, Tanjung Raja Utara, Soak Bato, Talang Aur, Sakatiga, Ulak Kembahang, Siring Alam, Tanjung Lubuk, Talang Balai Baru, dan Sukaraja Baru

5. Hasil Lokakarya Mini

Pemberdayaan masyarakat desa diawali dengan bagaimana masyarakat tersebut dapat mengidentifikasi serta menganalisis permasalahan yang ada sehingga dapat menyusun rencana untuk menuju keberhasilan program kesehatan menuju Indonesia Sehat. Oleh karena itu, untuk menggali permasalahan dan merumuskan alternatif pemecahan masalah dalam pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir, telah dilakukan lokakarya mini. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa masalah yang terjadi dalam pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir adalah:

- a. Dana operasional yang minim
- b. Pendampingan oleh petugas kesehatan yang dirasa masih kurang
- c. Fasilitas dan alat kesehatan di poskesdes belum lengkap

Pada tabel berikut disajikan hasil rumusan alternatif pemecahan masalah dari kegiatan lokakarya mini tersebut.

Tabel 5
Alternatif Pemecahan Masalah dalam Pengembangan Desa Siaga
di Kabupaten Ogan Ilir

No	Masalah	Alternatif pemecahan masalah
1.	Dana operasional yang minim	<ul style="list-style-type: none">- Penggalangan dana masyarakat- Pencarian bantuan dana dari pihak swasta- Pengembangan usaha masyarakat yang dapat menghasilkan uang untuk dana operasional desa siaga
2.	Pendampingan oleh petugas kesehatan yang dirasa masih kurang	<ul style="list-style-type: none">- Pelatihan berkala petugas kesehatan sebagai fasilitator desa siaga- Adanya insentif petugas dalam pelaksanaan pendampingan kegiatan desa siaga- Adanya surat tugas/SK yang mengatur tentang kegiatan pendampingan desa siaga
3.	Fasilitas dan alat kesehatan di poskesdes belum lengkap	<ul style="list-style-type: none">- Pendataan yang akurat tentang kebutuhan alat kesehatan/fasilitas di masing-masing desa- Bantuan dana dari pemerintah daerah untuk peningkatan kuantitas dan kualitas alat kesehatan

6. Analisis Pelaksanaan Desa Siaga

Berdasarkan hasil penelitian, pembentukan desa siaga belum mengkaji secara lebih rinci mengenai berbagai kegiatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang telah ada. Pemerintah secara langsung diwakilkan oleh puskesmas menentukan desa mana yang akan dikembangkan menjadi desa siaga, tanpa mengkaji masalah-masalah utama yang mereka butuhkan.

Selain itu, pelaksanaan pelatihan tenaga kesehatan dan pelatihan tenaga kader desa siaga juga masih terbatas sehingga kegiatan pendampingan ke desa siaga masih dinilai kurang oleh sebagian warga masyarakat. Kegiatan desa siaga yang telah dilaksanakan di Kabupaten Ogan Ilir meliputi: pos kesehatan desa atau poskesdes, pos pelayanan terpadu atau posyandu, gotong royong pembersihan lingkungan. Pemantauan terhadap masalah kesehatan di desa juga telah dilakukan melalui forum musyawarah masyarakat desa (MMD) berdasarkan hasil survei mawas diri (SMD).

Pelaksanaan desa siaga di Ogan Ilir masih bersifat *top down* belum bersifat *bottom up*. Hasil observasi konkret menunjukkan bahwa kader posyandu yang ada langsung ditetapkan sebagai kader desa siaga dan tidak melalui sumbang saran dari masyarakat setempat sehingga kendala yang dihadapi adalah keterbatasan kemampuan kader dalam menggiatkan desa siaga. Penetapan desa sebagai desa siaga dilakukan secara langsung oleh pemerintah setempat dalam hal ini dinas kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Polisiri, M (2009)⁷, bahwa pemilihan desa menjadi desa siaga di wilayah Kota Tidore Kepulauan tidak berdasarkan permasalahan-permasalahan utama yang benar-benar dibutuhkan oleh desa tersebut, tetapi hanya mengadaptasi dari kegiatan desa siaga secara umum. Padahal, dalam pedoman yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI (2007)⁸, pemerintah dalam hal ini dinas kesehatan dan puskesmas seharusnya cukup menjadi fasilitator saja.

Sejauh ini, pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir belum menekankan pada aspek pemberdayaan masyarakat. Padahal seyogyanya, aspek pemberdayaan masyarakat memegang peranan penting dalam keberhasilan pelaksanaan desa siaga. Menurut Wahab (1998)⁹, penggunaan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan mengandung makna bahwa hakikat dan pendekatan dalam pemberian pelayanan kesehatan yang semua berkiblat pada kepentingan birokrasi (*bureacratic-oriented*) atau

berorientasi pada produsen (*producer-oriented*) berubah menjadi berorientasi pada konsumen yaitu masyarakat (*consumer-driven approach*).

Evaluasi terhadap program pembentukan desa siaga percontohan di Kabupaten Ogan Ilir belum pernah ada, sehingga dokumentasi kegiatan desa siaga sejak dibentuknya tahun 2006, belum lengkap. Dokumentasi sistem pelaporan dan pemantauan terhadap kemajuan pengembangan desa siaga masih secara lisan. Tentu saja hal ini akan menjadi masalah dalam pengembangan desa siaga selanjutnya, karena umpan balik yang dibutuhkan dalam menentukan arah kegiatan desa siaga selanjutnya belum ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir masih berbasis *top down* dan hanya mengadopsi pedoman desa siaga yang telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
2. Pembentukan desa siaga belum secara sepenuhnya memanfaatkan potensi dari berbagai kegiatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang ada.
3. Pemberdayaan masyarakat belum berjalan optimal, dilihat dari dana operasional desa siaga hanya semata-mata dari pemerintah pusat saja.

Saran

1. Pelaksanaan desa siaga sebaiknya dikembangkan dari pedoman pelaksanaan desa siaga yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI dan bukan semata-mata mengadopsi pedoman tersebut.
2. Keterlibatan masyarakat secara langsung dalam pengembangan desa siaga harus lebih ditingkatkan misalnya penggerakan dana bersumber dari masyarakat dan pelaksanaan desa siaga didasarkan pada masalah dan sumber daya di desa.
3. Meningkatkan dana operasional melalui kemitraan dengan pihak pengusaha swasta dan donatur yang difasilitasi dan diarahkan oleh Pemerintah Desa.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada pihak DP2M Ditjen Pendidikan Tinggi melalui Lembaga Penelitian Universitas Sriwijaya yang telah membiayai penelitian ini, dan kepada semua pihak di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir yang turut terlibat hingga penelitian ini selesai dilaksanakan.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga*. Jakarta.
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir. 2007. *Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2007(Lembar Situasi Kesehatan Tahun Kerja 2008)*. Indralaya.
4. Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir nomor 440/III/KES/2006 tentang Pembentukan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir
5. Surat Keputusan Bupati Kabupaten Ogan Ilir nomor 317/KEP/DINKES/2006 tentang Perubahan Nama dan Peningkatan Status Polindes menjadi Poskesdes di Kabupaten Ogan Ilir.
6. Kurniawan, A., Widodo, HB., Nurhayati, S. 2008. *Analisis Keberhasilan Proses Program Desa Siaga di Desa Penolih Kecamatan Kaligondang, Kabupaten Purbalingga*. Jurnal Pembangunan Pedesaan Volume 7 Nomor 3 Desember 2007 – Maret 2008 ISSN 1411-9250.
7. Polisiri, M. 2009. *Implementasi Desa Siaga di Kota Tidore Kepulauan*. Tesis Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. UGM. Yogyakarta.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Tingkat Puskesmas dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta.
9. Wahab, Solichin Abdul. 1998. *Reformasi Pelayanan Publik Menuju Sistem Pelayanan yang Responsif dan Berkualitas*. Program Pascasarjana Universitas Brawijaya Malang.