

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Motivasi

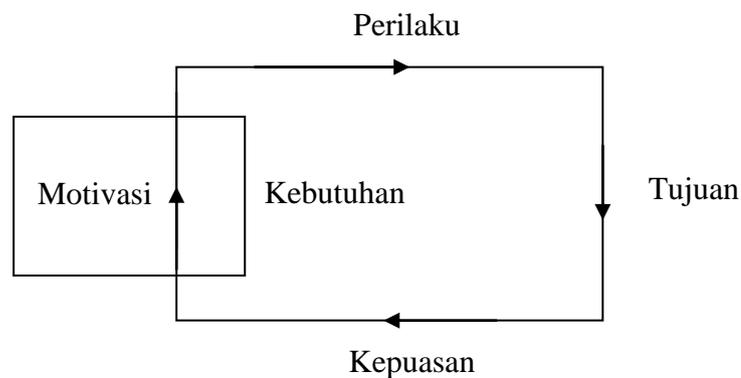
Kata motif diartikan sebagai daya upaya yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Motif dapat dikatakan sebagai daya penggerak dari dalam dan di dalam subjek untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu demi mencapai suatu tujuan. Berawal dari fakta motif itu, maka motivasi dapat diartikan sebagai daya penggerak yang telah aktif. Motif menjadi aktif pada saat-saat tertentu, terutama bila kebutuhan untuk mencapai tujuan sangat dirasakan atau mendesak (Sadirman, 2006).

Motivasi menurut Sumadi Suryabrata tahun 1984 adalah keadaan yang terdapat dalam diri seseorang yang mendorongnya untuk melakukan aktivitas tertentu guna pencapaian suatu tujuan. Sementara itu Gates tahun 1954 dan kawan-kawan mengemukakan bahwa motivasi adalah suatu kondisi fisiologis dan psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang mengatur tindakannya dengan cara tertentu. Adapun Greenberg tahun 1996 menyebutkan bahwa motivasi adalah proses membangkitkan, mengarahkan, dan memantapkan perilaku arah suatu tujuan.

Dari tiga definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah kondisi fisiologis dan psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang

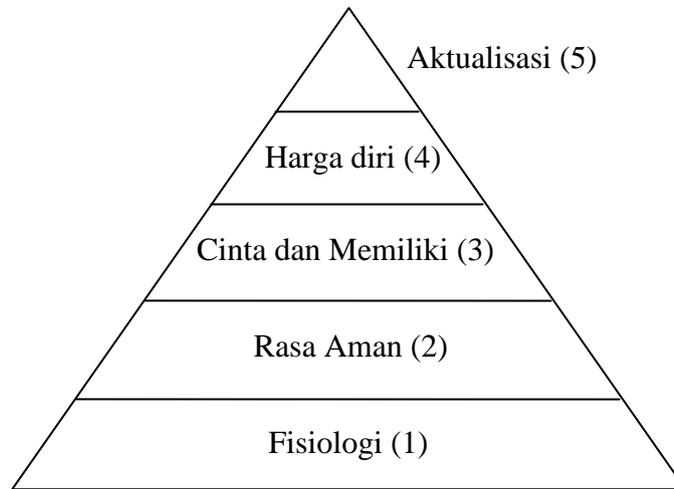
mendorongnya untuk melakukan aktivitas tertentu guna mencapai suatu tujuan (kebutuhan) (Djaali, 2008).

Motivasi merupakan arti dorongan berasal dari bahasa latin movere yang berarti mendorong atau menggerakkan. Motivasi inilah yang mendorong seseorang untuk berperilaku, beraktivitas dalam mencapai tujuan (Widayatun, 2000).



Gambar 1 Formulasi Teori Perilaku Lingkungan (Widayatun, 2000).

Teori di atas memberikan cermin bahwa motivasi itu bersifat alami dan kebutuhan menurut Maslow seperti pyramid yang tergelar dari motif yang paling dasar sampai kebutuhan yang berbentuk kerucut runcing dari pyramid yang paling tinggi, dengan kualitas paling sedikit itu kebutuhan aktualisasi. Teori Maslow tentang kebutuhan manusia ini akan sangat mempengaruhi dorongan atau motivasi seseorang justru dapat dikatakan bahwa urutan lajunya kebutuhan manusia sama dengan berlanjutnya kedalam jenjang motivasi seseorang (Widayatun, 2000).



Gambar 2 Piramida Hirarki Kebutuhan Maslow.

Macam-macam Motivasi menurut Sadirman (2006) yaitu :

a. Motif instrinsik

Motivasi yang datangnya dari dalam individu, timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan, sehingga manusia menjadi puas. Tidak perlu dirangsang dari luar, karena dalam setiap diri individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu. Dorongan tersebut merupakan keinginan dari hati nurani masing-masing individu/perangkat desa siaga untuk melaksanakan program-program yang telah disepakati.

b. Motif ekstrinsik

Motivasi yang datangnya dari luar individu karena pengaruh dari orang lain atau lingkungan ada rangsangan dari luar.

Macam motif ekstrinsik :

1) Motif biogenetis.

Motif yang berasal dari kebutuhan-kebutuhan organisme orang demi kelanjutan kehidupan secara biologis. Bercorak universal dan kurang terikat kepada lingkungan kebudayaan tempat manusia berada dan berkembang, berada dalam diri orang dan berkembang dengan sendirinya.

Contohnya : kebutuhan akan kegiatan dan istirahat.

2) Motif sosiogenetis.

Motif sosiogenetis adalah motivasi yang dipelajari orang dan berasal dari lingkungan kebudayaan tempat orang itu berada dan berkembang. Motivasi ini tidak berkembang dengan sendirinya, tetapi berdasarkan interaksi sosial dengan orang-orang atau hasil kebudayaan orang.

Contohnya : keinginan akan belajar, keinginan para perangkat untuk lebih meningkatkan pengetahuan terutama dari pengalaman dan tukar pikiran dengan teman.

3) Motif teogenesisis.

Motif teogenesisis merupakan motivasi manusia yang berasal dari Tuhan Yang Maha Esa, yaitu motivasi yang teogenesisis. Motivasi tersebut berasal dari interaksi antara manusia dengan Tuhan seperti yang nyata dalam ibadahnya dan dalam norma-norma agama tertentu. Manusia memerlukan interaksi dengan Tuhannya untuk dapat

menyadari akan tugasnya sebagai manusia yang berketuhanan di dalam masyarakat yang serba ragam itu.

Contohnya : keinginan untuk merealisasi norma-norma agama menurut petunjuk kitab-kitab suci sesuai keyakinan dalam melaksanakan program-program desa siaga.

Sedangkan menurut Widayatun, 2000 menambahkan :

c. Motif terdesak

Motivasi terdesak adalah motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit dan munculnya serentak serta menghentak dan cepat sekali munculnya pada perilaku aktifitas seseorang.

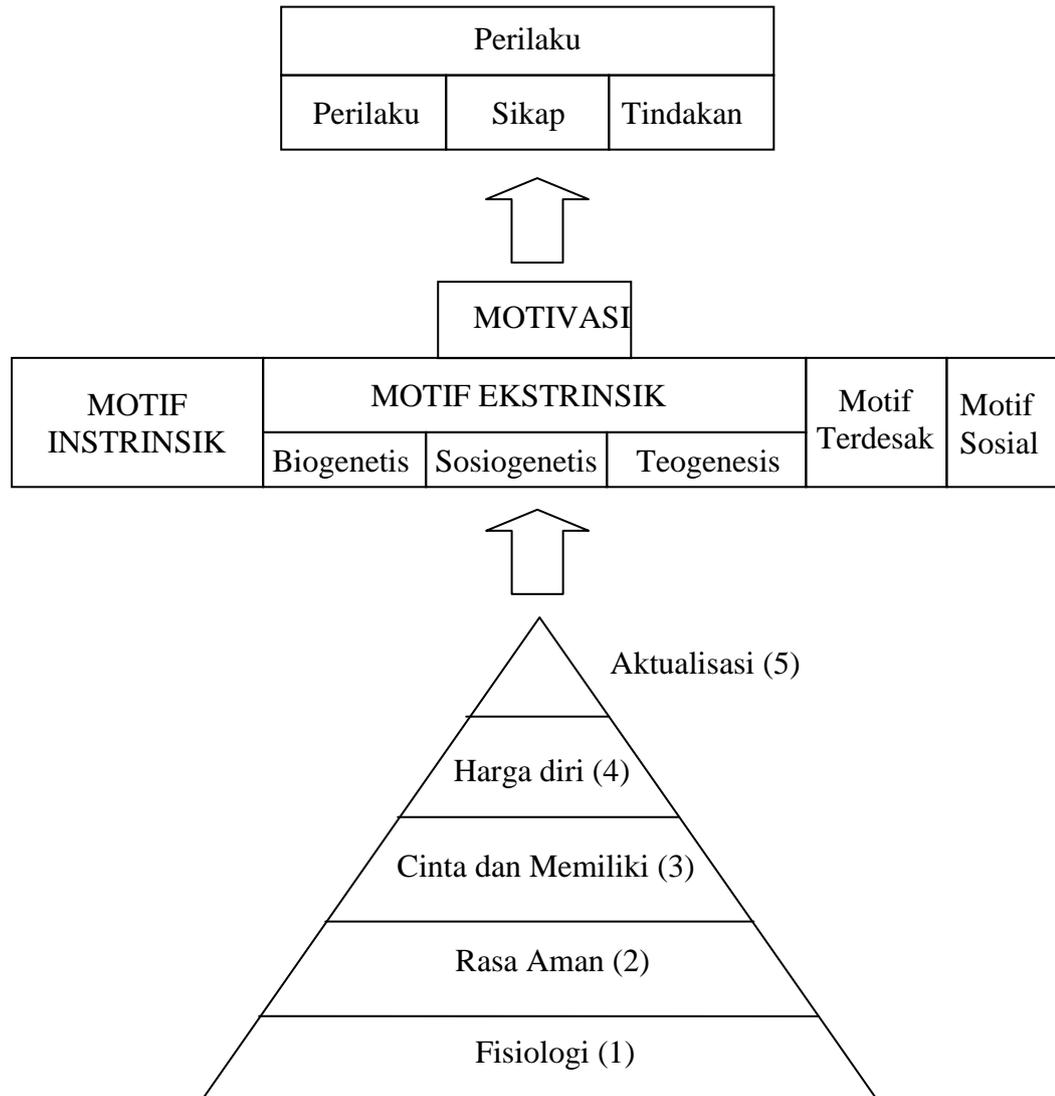
Contoh : dalam kondisi terdesak harus menyelamatkan diri maka ia mampu menyelamatkan diri yang dirasakan sebenar-benarnya tak mungkin dapat menyelamatkan diri.

d. Motif yang berhubungan dengan ideologi, politik, ekonomi, sosial, dan budaya (Ipoleksosbud) dan hankam yang sering menonjol adalah motivasi sosial karena individu itu memang makhluk sosial.

Contoh : motivasinya untuk bergabung dengan kelompok sukarelawan yang ada, dengan adanya kerusuhan yang menimbulkan korban jiwa, dan seterusnya ingin membantu meringankan beban.

Motivasi sebagai dasar pelaksanaan kegiatan desa siaga. Motivasi perangkat menghasilkan perilaku berupa pelaksanaan kegiatan desa siaga.

Seperti pada gambaran motivasi menurut Maslow di bawah ini.



Gambar 3 Gambaran Motivasi Menurut Maslow.

Suatu cita-cita biasanya dapat diraih apabila dilatarbelakangi dengan motivasi yang kuat, demikian juga dengan cita-cita/harapan dari perangkat desa yang ingin berhasil dalam pelaksanaan desa siaga. Jika perangkat desa

mempunyai motivasi yang kuat, maka akan tidak mudah menyerah atau putus asa dalam melaksanakan tugasnya.

Intinya, semakin banyak informasi yang di peroleh, maka semakin kuat motivasi perangkat desa melaksanakan tugas-tugasnya. Dengan demikian kepercayaan terhadap diri sendiri bahwa perangkat desa mampu melaksanakan tugasnya semakin tinggi. Seorang perangkat desa akan lebih siap menghadapi suatu kesulitan yang mungkin terjadi selama pelaksanaan desa siaga. Itulah sebabnya, seorang perangkat yang memiliki motivasi dan rasa percaya diri yang kuat untuk melaksanakan tugas akan lebih berhasil dalam pelaksanaannya, daripada perangkat desa yang enggan atau kurang memiliki motivasi dalam melaksanakan tugasnya.

Sehubungan dengan hal itu, akan lebih baik apabila perangkat desa siaga membekali dengan pengetahuan tentang pelaksanaan desa siaga.

Menurut definisi motivasi mengandung 3 komponen pokok yaitu :
menggerakkan, mengarahkan dan menopang tingkah laku manusia.

- a. Menggerakkan berarti menimbulkan kekuatan pada individu, memimpin seseorang untuk bertindak dengan cara tertentu.
- b. Mengarahkan atau menyalurkan tingkah laku dengan menyediakan suatu orientasi tujuan.
- c. Menjaga dan menopang tingkah laku, lingkungan sekitar harus menguatkan intensitas dan arah dorongan-dorongan dan kekuatan-kekuatan individu.

Dengan demikian dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan pengetahuan motivasi perangkat desa adalah suatu usaha yang disadari oleh perangkat desa untuk menggerakkan, mengarahkan dan menjaga tingkah laku agar seseorang terdorong melaksanakan sesuatu hal untuk mencapai hasil atau tujuan tertentu.

B. Desa siaga

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 (Depkes RI, 2006).

Desa yang dimaksud disini dapat berarti kelurahan atau istilah-istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan yang diakui dan dihormati dalam Pemerintah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Tujuan desa siaga (Depkes RI, 2006) yaitu :

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, kegawat-daruratan 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 di bidang kesehatan.

Landasan hukum (Depkes RI, 2006) yaitu :

- a. UU NO.23 TAHUN 1992 Tentang Kesehatan.
- b. UU NO.32 TAHUN 2004 Tentang Pemerintahan Daerah.
- c. PP NO.25 TAHUN 2004 Tentang Otonomi Daerah.
- d. Peraturan Gubernur Jateng NO.90 TAHUN 2005 Tentang PKD.
- e. Peraturan Gubernur Jateng NO.19 TAHUN 2006 Tentang Akselerasi Restra Propinsi Jawa Tengah.

Kriteria desa siaga menurut Depkes 2006 adalah :

- a. Memiliki sarana Pelayanan Kesehatan Dasar bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas, di kembangkan PKD.
- b. Memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu, Pos/Warung Obat Desa).
- c. Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.

- d. Memiliki kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.
- e. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.
- f. Memiliki lingkungan yang sehat.
- g. Memiliki masyarakat yang sadar gizi.
- h. Masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat.

Adapun penjelasan untuk masing-masing kriteria tersebut diatas adalah sebagai berikut :

- a. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Poskesdes adalah sarana kesehatan yang dibentuk di desa yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu. Dalam rangka menyediakan/ mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa.

- b. Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

UKBM adalah merupakan wahana pemberdayaan masyarakat, yang di bentuk atas dasar kebutuhan masyarakat dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya. UKBM terdiri atas :

- 1) Posyandu
- 2) Posyandu Usila
- 3) Poliklinik Kesehatan Desa (PKD)
- 4) Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD)
- 5) Kelompok Masyarakat Pemakai air (Pokmair)

c. Surveilans berbasis masyarakat

Surveilans berbasis masyarakat adalah pemantauan yang dilakukan oleh masyarakat terhadap masalah-masalah tersebut.

d. Kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.

Merupakan upaya yang dilakukan masyarakat untuk mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana, melalui langkah-langkah yang tepat guna dan berdayaguna.

e. Pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.

Dapat dibedakan dana masyarakat yang bersifat aktif dan dana masyarakat yang bersifat pasif.

f. Lingkungan sehat.

Pengembangan lingkungan sehat di desa diarahkan kepada terciptanya lingkungan yang tertata dengan baik, bebas dari pencemaran, sehingga menjamin warga/masyarakat.

g. Pengembangan keluarga sadar gizi (Kadarzi).

Pengembangan keluarga yang berperilaku gizi seimbang serta mampu mengenali dan mengatasi gizi anggota keluarganya.

h. PHBS.

PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang atau keluarga

dapat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dan berperan serta dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya.

Untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan desa siaga dibedakan menjadi tiga jenis (Anjayani, 2007) yaitu :

- a. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
- b. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat. Termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader serta petugas kesehatan.
- c. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana dan lain-lain. Seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat terkait, LSM, swasta, para donatur dan pemangku kepentingan lainnya.

Tahapan perkembangan desa siaga, pengembangan desa siaga dilaksanakan secara bertahap, berkaitan dengan hal tersebut maka ditetapkan adanya empat tingkatan desa siaga (Depkes RI, 2006) yaitu :

- a. Desa siaga pratama, bila memenuhi tiga kriteria yaitu :
 - 1) Memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu, di kembangkan Pos Kesehatan Desa).

- 2) Memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/Pos warung obat desa).
- 3) Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.

b. Desa siaga madya, bila memenuhi lima kriteria yaitu :

- 1) Memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu, di kembangkan Pos Kesehatan Desa).
- 2) Memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/Pos warung obat desa).
- 3) Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.
- 4) Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.

c. Desa siaga purnama, bila memenuhi lima kriteria yaitu :

- 1) Memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu, di kembangkan Pos Kesehatan Desa).
- 2) Memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/Pos warung obat desa).
- 3) Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.
- 4) Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.

5) Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.

d. Desa siaga mandiri, bila memenuhi tujuh kriteria yaitu :

- 1) Memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu, di kembangkan Pos Kesehatan Desa).
- 2) Memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/Pos warung obat desa).
- 3) Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.
- 4) Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.
- 5) Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.
- 6) Memiliki lingkungan yang sehat
- 7) Memiliki sadar gizi serta berperilaku hidup bersih dan sehat.

Pengembangan Desa siaga (Depkes RI, 2006) dilaksanakan dengan membantu/memfasilitasi/mendampingi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi yang dilakukan oleh forum masyarakat desa (pengorganisasian masyarakat). Yaitu dengan menempuh tahap-tahap :

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumberdaya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah.

- c. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak merencanakan dan melaksanakannya, serta
- d. Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

Meskipun di lapangan banyak variasi pelaksanaannya, namun secara garis besar langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh sebagai berikut :

- a. Pengembangan Tim Petugas
- b. Pengembangan Tim di Masyarakat
- c. Survei Mawas Diri
- d. Musyawarah Masyarakat Desa

Peran Jajaran Kesehatan (Dinkesjatim , 2006) yaitu :

- a. Peran Puskesmas

Adapun peran Puskesmas adalah sebagai berikut :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, termasuk Pelayanan Obstetrik & Neonatal Emergensi Dasar (PONED) bagi Puskesmas yang sudah dilatih, Puskesmas yang belum melayani PONED diharapkan merujuk ke Puskesmas PONED/RS terdekat untuk wilayah desa-desanya.
- 2) Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat kecamatan dan desa dalam rangka pengembangan desa siaga dan Poskesdes.
- 3) Memfasilitasi pengembangan desa siaga dan Poskesdes.
- 4) Melakukan monitoring evaluasi dan pembinaan desa siaga.

b. Peran Rumah Sakit

Rumah Sakit memegang peran penting sebagai sarana rujukan dan pembina teknis pelayanan medik. Oleh karena itu Rumah Sakit diharapkan berperan :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan rujukan, termasuk Pelayanan Obstetrik & Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Melaksanakan bimbingan teknis medis, khususnya dalam rangka pengembangan kesiap-siagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana di desa siaga
- 2) Menyelenggarakan promosi kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana.

c. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Sebagai penyelia dan pembina Puskesmas dan Rumah Sakit, peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota meliputi :

- 1) Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat Kabupaten/Kota dalam rangka pengembangan desa siaga
- 2) Merevitalisasi Puskesmas dan jaringannya sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar dengan baik, termasuk PONEK, dan pemberdayaan masyarakat.

- 3) Mendorong peningkatan kualitas Rumah Sakit sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan rujukan dengan baik, termasuk PONEK, dan promosi kesehatan di Rumah Sakit.
- 4) Merekrut/menyediakan calon-calon fasilitator untuk dilatih menjadi fasilitator pengembangan desa siaga
- 5) Menyelenggarakan pelatihan bagi petugas kesehatan dan kader.
- 6) Melakukan advokasi ke berbagai pihak (pemangku kepentingan) tingkat Kabupaten/Kota dalam rangka pengembangan desa siaga.
- 7) Bersama Puskesmas melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis terhadap desa siaga.
- 8) Menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi desa siaga.

d. Peran Dinas Kesehatan Provinsi

Sebagai penyelia dan pembina Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi berperan :

- 1) Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat provinsi dalam rangka pengembangan desa siaga.
- 2) Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengembangkan kemampuan melalui pelatihan-pelatihan manajemen, pelatihan pelatih teknis, dan cara-cara lain.
- 3) Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengembangkan kemampuan Puskesmas dan Rumah Sakit di bidang konseling

kunjungan rumah, dan pengorganisasian masyarakat serta promosi kesehatan, dalam rangka pengembangan desa siaga.

- 4) Menyelenggarakan pelatihan fasilitator pengembangan desa siaga dengan metode kalakarya
- 5) Melakukan advokasi ke berbagai pihak (pemangku kepentingan) tingkat provinsi dalam rangka pengembangan desa siaga
- 6) Bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pemantauan evaluasi dan bimbingan teknis terhadap desa siaga.
- 7) Menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi kelestarian desa siaga.

Peran pemangku kepentingan di semua administrasi Depkes RI, 2006 yaitu :

a. Pejabat-pejabat Pemerintah di tingkat desa

- 1) Memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk penyelenggaraan desa siaga.
- 2) Mengkoordinasikan penggerakan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan Poskesdes/Puskesmas/Pustu dan berbagai UKBM yang ada (Posyandu, Polindes).
- 3) Mengkoordinasikan penggerakan masyarakat untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan desa siaga dan UKBM yang ada.

- 4) Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan desa siaga secara teratur dan lestari.

b. Tim Penggerak PKK

- 1) Berperan aktif dalam pengembangan dan menyelenggarakan UKBM di Desa Siaga, (Posyandu, Polindes, KPKIA).
- 2) Menggerakkan masyarakat untuk mengelola, menyelenggarakan dan memanfaatkan UKBM yang ada
- 3) Menyelenggarakan penyuluhan kesehatan dalam rangka menciptakan kadarzi dan PHBS.

c. Tokoh Masyarakat.

- 1) Menggali sumber daya untuk kelangsungan desa siaga
- 2) Menaungi dan membina kegiatan desa siaga
- 3) Menggerakkan masyarakat berperan aktif kegiatan desa siaga.

d. Organisasi Kemasyarakatan/LSM/ Dunia Usaha/ Swasta.

- 1) Berperan aktif dalam penyelenggaraan desa siaga
- 2) Memberikan dukungan sarana dan dana untuk pengembangan dan penyelenggaraan desa siaga
- 3) Organisasi-organisasi masyarakat.

- e. Semua pihak yang mempunyai pengaruh terhadap pembentukan perilaku individu dan keluarga (kader kesehatan, karang taruna, tokoh masyarakat, LSM, BPD, LP2MPD/LKMD, TP PKK).

- 1) Kader kesehatan adalah perwujudan peran aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu.
- 2) Karang taruna adalah organisasi kepemudaan yang menaungi kegiatan warga dan diakui oleh pemerintah.
- 3) Tokoh masyarakat adalah orang-orang yang dihormati dan disegani dalam kelompoknya, karena aktifitas dalam kelompoknya serta kecakapan dan sifat-sifat yang dimilikinya.
- 4) LSM adalah lembaga-lembaga diluar maupun bisnis swasta yang bergerak dalam aktifitas pembangunan atau kepentingan umum dan menekankan perencanaan pola-pola alternatif serta pemberdayaan masyarakat.
- 5) BPD adalah badan yang mempunyai fungsi mengayomi adat-adat istiadat, membuat peraturan desa, menampung dan menyalurkan aspirasi serta melakukan pengawasan pemerintahan desa.
- 6) LP2MPD/LKMD adalah wadah yang dibentuk atas prakarsa pemerintah desa dan pemerintah kelurahan untuk menampung dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhan masyarakat dibidang pembangunan.
- 7) TP PKK adalah mitra kerja pemerintah yang organisasasi kemasyarakatannya berfungsi sebagai fasilitator, perencana, pelaksanaan, pengendali dan penggerak pada masing-masing jenjang untuk terlaksananya program PKK.

Indikator Keberhasilan upaya pengembangan desa siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikatornya (Anjayani, 2007), yaitu :

a. Indikator masukan.

Indikator masukan terdiri atas:

- 1) Ada/tidaknya Forum Masyarakat Desa
- 2) Ada/tidaknya sarana pelayanan kesehatan serta peralatannya.
- 3) Ada/tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat.
- 4) Ada/tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan).
- 5) Ada/tidaknya kader aktif
- 6) Ada/tidaknya sarana bangunan/Poskesdes sebagai pusat pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.
- 7) Ada/tidaknya alat komunikasi yang lazim dipakai masyarakat.

b. Indikator Proses

Indikator proses terdiri atas:

- 1) Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa.
- 2) Berfungsi/tidaknya UKBM Poskesdes.
- 3) Ada/ tidaknya pembinaan dari Puskesmas PONED.
- 4) Berfungsi/tidaknya UKBM yang ada.
- 5) Berfungsi/tidaknya Sistem Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Kegawatdaruratnya dan bencana.
- 6) Berfungsi/tidaknya Sistem Surveilans berbasis masyarakat.
- 7) Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah kadarzi dan PHBS.

8) Ada/tidaknya deteksi dini gangguan jiwa di tingkat rumah tangga.

c. Indikator Keluaran

Indikator keluaran terdiri atas :

- 1) Cakupan pelayanan kesehatan dasar (utamanya KIA).
- 2) Cakupan pelayanan UKBM- UKBM lain.
- 3) Jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang ada dan dilaporkan.
- 4) Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.
- 5) Tertanganinya masalah kesehatan dengan respon cepat.

d. Indikator Dampak.

Indikator dampak terdiri dari atas :

- 1) Jumlah penduduk yang menderita sakit.
- 2) Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia.
- 3) Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia.
- 4) Jumlah balita dengan gizi buruk.
- 5) Tidak terjadinya KLB penyakit.
- 6) Respon cepat masalah kesehatan.

C. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah proses, cara, perbuatan (melaksanakan, mengerjakan, menyampaikan, melakukan, memperbandingkan, menyamakan) suatu rancangan atau keputusan, harapan atau cita-cita (Poerwadaminta, 2007).

Pelaksanaan desa siaga (Pusdiknakes, 2006) meliputi :

- a. Melakukan musyawarah desa untuk menetapkan pemimpin yang peduli terhadap masalah kesehatan.
- b. Pemimpin masyarakat yang terpilih membentuk pengurus dan kader kesehatan untuk melakukan persiapan pembentukan desa siaga.
- c. Sosialisasi terbentuknya pengurus desa siaga dan kader kesehatan serta meminta dukungan dari seluruh masyarakat desa.
- d. Pemimpin/pengurus desa siaga beserta kader yang terpilih melakukan inventarisasi sumber daya yang dimiliki desa.
- e. Pembentukan Pos Kesehatan Desa sebagai alternatif jika di desa tersebut tidak terdapat puskesmas atau puskesmas pembantu.
- f. Pengurus desa siaga beserta kader kesehatan melakukan identifikasi masalah-masalah kesehatan.
- g. Pengurus desa siaga beserta kader kesehatan menyusun rencana kerja berdasarkan prionitas pemecahan masalah kesehatan.
- h. Membentuk UKBM baru atau mengembangkan/mengaktifkan UKBM yang sudah ada di desa, seperti : Posyandu Revitalisasi Posyandu yang sudah ada.
- i. Posbindu atau Pos Pembinaan Terpadu untuk golongan usia lanjut.
- j. Polindes atau Pondok Bersalin Desa.
- k. Warung sekolah sehat.
- l. Ambulan desa.

- m. Kelompok remaja peduli kesehatan.
- n. Kelompok yang peduli terhadap kebersihan lingkungan
- o. Mengadakan pelatihan kader posyandu. Materi pelatihan kader yang bisa diberikan meliputi :
 - 1) Pelayanan 5 meja di Posyandu
 - 2) Penimbangan balita dan pengisian hasil penimbangan di KMS
 - 3) Status gizi
 - 4) Gizi seimbang
 - 5) Keluarga sadar gizi (Kadarzi)
 - 6) Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS)
 - 7) Penatalaksanaan gizi buruk di rumah tangga
 - 8) Pemberian ASI eksklusif
 - 9) Pemberian makanan pendamping ASI
 - 10) Anemia gizi besi
 - 11) Kekurangan vitamin A
 - 12) Gangguan akibat kekurangan yodium.
- p. Pengurus desa siaga, kader atau anggota masyarakat melakukan pemantauan terhadap kemungkinan munculnya masalah-masalah kesehatan/ penyakit di desa.
- q. Pengurus desa siaga, kader atau anggota masyarakat menyiapkan diri untuk lebih siaga, dalam rangkaantisipasi adanya keadaan gawat darurat atau bencana.

- r. Pengurus desa siaga atau perangkat desa siaga dan kader kesehatan memberikan contoh dan mengajak anggota masyarakat lainnya untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Dalam mewujudkan PHBS secara terencana dan tepat diperlukan pemahaman dan tahapan (Pusdiknakes, 2006) sebagai berikut :

- 1) Memperkenalkan kepada masyarakat gagasan dan teknik perilaku Program promosi Hygiene Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), yang merupakan pendekatan terencana untuk mencegah penyakit diare melalui pengadopsian perubahan perilaku oleh masyarakat secara meluas.
- 2) Mengidentifikasi perubahan perilaku masyarakat, dalam tahap ini akan dilakukan identifikasi perilaku beresiko melalui pengamatan terstruktur. Sehingga dapat ditentukan cara pendekatan baru terhadap perbaikan hygiene sehingga diharapkan anak-anak terhindar dari lingkungan yang terkontaminasi.
- 3) Memotivasi perubahan perilaku masyarakat, langkah-langkah untuk memotivasi orang untuk mengadopsi perilaku hygiene.
- 4) Memilih beberapa perubahan perilaku yang diharapkan dapat diterapkan.
- 5) Mencari tahu apa yang dirasakan oleh kelompok sasaran mengenai perilaku tersebut melalui diskusi terfokus, wawancara dan melalui uji coba perilaku.

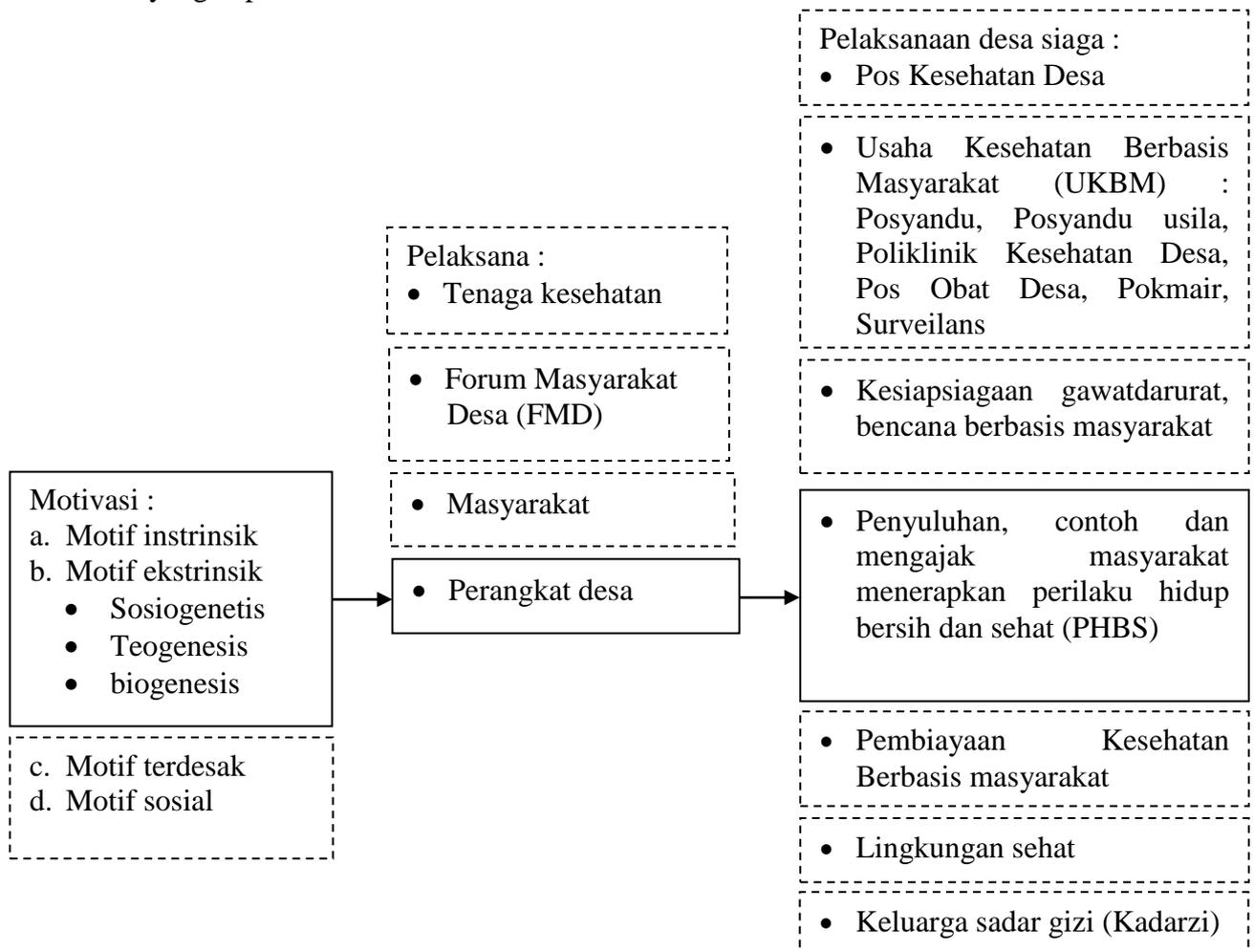
- 6) Membuat pesan yang tepat sehingga sasaran mau melakukan perubahan perilaku.
- 7) Menciptakan sebuah pesan sederhana, positif, menarik berdasarkan apa yang disukai kelompok sasaran.
- 8) Merancang paket komunikasi.
- 9) Merancang program komunikasi, pada tahap ini telah dapat menentukan perubahan perilaku dan menempatkan pesan dengan tepat dengan memadukan semua informasi yang telah dikumpulkan.

Sasaran PHBS tidak hanya terbatas tentang hygiene, namun harus lebih komprehensif dan luas(Pusdiknakes, 2006) mencakup :

- 1) Lingkungan fisik seperti sanitasi dan kebersihan perorangan, keluarga serta masyarakat, tersedianya air bersih, lingkungan perumahan, fasilitas mandi, cuci dan kakus (MCK) dan pembuangan sampah serta limbah.
- 2) Lingkungan biologi seperti tanaman dan hewan ternak.
- 3) Lingkungan sosial-budayaseperti pengetahuan, sikap perilaku dan budaya setempat yang berhubungan dengan PHBS.

D. Kerangka Teori Penelitian

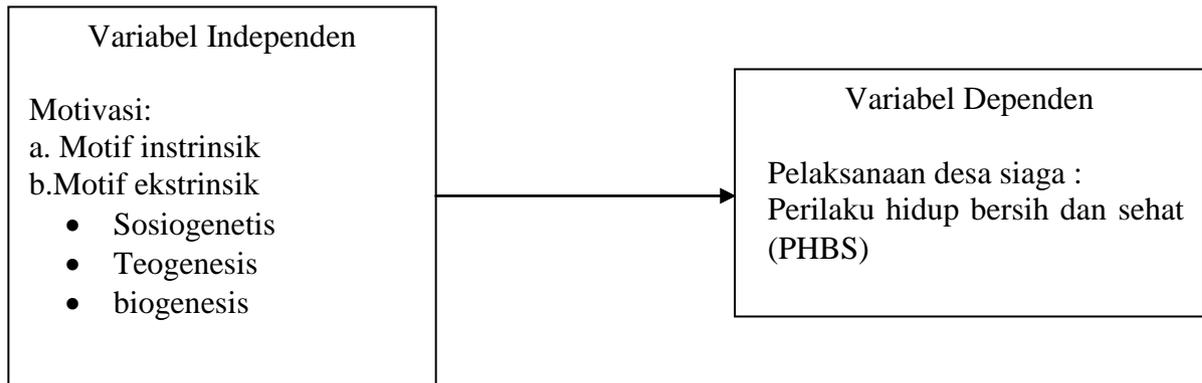
Berdasarkan tinjauan pustaka, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat dilihat dibawah ini.



Gambar 4. Kerangka teori penelitian

Ket : ————— Yang diteliti
 - - - - - Yang tidak diteliti

E. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 5. Kerangka teori penelitian

F. Hipotesis

Ada hubungan motivasi dengan pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di desa Temon, Baturetno, Wonogiri