

310
FAR

LAPORAN

STUDI EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM
POS OBAT DESA DI NUSA TENGGARA BARAT,
SULAWESI TENGGARA DAN LAMPUNG

DIP

1994/1995

PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI

LAPORAN

STUDI EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM POS OBAT DESA DI NUSA TENGGARA BARAT, SULAWESI TENGGARA DAN LAMPUNG

DIP

1994/1995

**PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI**

LAPORAN
STUDI EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM POS OBAT DESA
DI NUSA TENGGARA BARAT, SULAWESI TENGGARA
DAN LAMPUNG

1994/1995

PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI.
JALAN PERCETAKAN NEGARA NOMOR 29
JAKARTA 10560

KATA PENGANTAR

Laporan akhir dari Studi Evaluasi Program Pos Obat Desa di Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tenggara dan Lampung ini belum final, masih akan diperbaiki setelah mendapat masukan dari sejawat peneliti, maupun dari Tim Pembina di Puslitbang Farmasi.

Tabel yang diolah untuk memperlihatkan beberapa perbedaan dari ketiga daerah penelitian tersebut akan dicoba untuk juga disajikan. Tabel yang ada pada waktu ini menunjukkan data terinci dari POD yang diteliti secara keseluruhan. Dengan tabel yang ada belum dapat terlihat perbedaan ketiga daerah penelitian dengan jelas.

Masukan untuk memperbaiki laporan akhir ini sangat diharapkan. Terimakasih atas perhatian Anda yang memberi masukan untuk perbaikan laporan akhir ini.

Dra. Sri Sugati Sjamsuhidajat
Ketua Pelaksana

DAFTAR ISI

	halaman
Kata pengantar	i
Daftar isi	ii
Susunan Tim Peneliti	iii
Daftar Tabel	iv
Ringkasan untuk Eksekutif	1
Abstrak	3
I. PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	4
B. Permasalahan	6
C. Tujuan penelitian	7
D. Manfaat	7
II. METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan lokasi penelitian	8
B. Konsep penelitian	8
C. Populasi dan cara sampling	8
D. Responden, data yang dikumpulkan dan instrumen	8
E. Cara pengumpulan data	9
F. Pengolahan data	9
III. HASIL PENELITIAN	
A. Kader POD	12
B. Ketersediaan obat	14
C. Dukungan sosial	15
D. Jarak dan transportasi	15
E. Lain-lain	15
F. Penjelasan untuk setiap kecamatan lokasi penelitian	17
Penjelasan untuk setiap kecamatan lokasi penelitian	17
D. POD	20
RINGKASAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD)	21
IV. PEMBAHASAN	
Diskusi Kelompok Terarah (Fokus Group Discussion)	26
Informasi dari kuesioner	25
V. KESIMPULAN DAN SARAN	30
VI. DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran 1	31
Lampiran 2	34

SUSUNAN TIM PENELITIAN

Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK 00.06.2.1.1151 tentang pembentukan tim pelaksana penelitian bagian proyek penelitian dan pengembangan bidang farmasi proyek penelitian dan pengembangan kesehatan tahun 1994/1995, tim pelaksana penelitian adalah:

Ketua Pelaksana	: Sri Sugati Sjamsuhidajat, Apt
Peneliti Utama	: Nani Sukasediati, Apt, MS
Peneliti	: Sudibyo Supardi, Apt, MS-PH Mochammad Noerhadi, Apt Janahar Murad, Apt Ondri Dwi Sampurno, Apt Winarsih, SH
Peneliti Daerah	: 4 orang Dinas Kesehatan NTB 4 orang Dinas Kesehatan Sultera 4 orang Dinas Kesehatan Lampung
Pembantu Peneliti	: Thamsur
Pembantu Peneliti	: Daryanto, BA
Pembantu Administrasi	: Tri Wiwin Darsih
Konsultan	: Dr. Widyastuti Wibisana M.Sc

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Pos Obat Desa Dan Kader Di Lokasi Penelitian	12
Tabel 2. Data mengenai kader di lokasi penelitian	12
Tabel 3. Pengetahuan dan pendapat kader mengenai POD di lokasi penelitian	12
Tabel 4. Waktu luang dan motivasi kader di lokasi penelitian	13
Tabel 5 Lama menjadi kader dan alasan kader lain yang tidak aktif . .	13
Tabel 6. Jarak rumah kader dari POD di lokasi penelitian	14
Tabel 7. Data mengenai obat POD di lokasi penelitian	14
Tabel 8. Keadaan fisik, keamanan dan informasi	14
Tabel 9. Dukungan pada POD di lokasi penelitian	15
Tabel 10. Jarak dan transportasi dari POD ke puskesmas pembina . .	15
Tabel 11. Jumlah dan kader dan kegiatan tiap POD pada saat penelitian	15
Tabel 12. Nomor urut 10 (sepuluh) penyakit yang banyak diderita masya- rakat di lokasi penelitian	16
Tabel 13. Jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan di kecamatan lokasi penelitian	16

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1

Tabel 1. Pola penyakit di puskesmas kecamatan Gangga, Lombok Barat	31
Tabel 2. Kader POD tahun 1991-1994 di kecamatan Gangga, Lombok Barat	31
Tabel 3. Daftar sarana kesehatan di kecamatan Gangga, Lombok Barat	31
Tabel 4. Pola penyakit di puskesmas kecamatan Lambuya, Kab. Kendari	32
Tabel 5. Kader POD tahun 1991-1994 di kecamatan Lambuya, Kab. Kendari	32
Tabel 6. Daftar sarana kesehatan di kecamatan Lambuya, Kab. Kendari	32
Tabel 7. Pola penyakit di puskesmas kecamatan Natar, Lampung Selatan	33
Tabel 8. Kader POD tahun 1991-1994 di kecamatan Natar, Lampung Selatan	33
Tabel 9. Daftar sarana kesehatan di kecamatan kecamatan Natar, Lampung Selatan	33

Lampiran 2

Pedoman observasi Pos Obat Desa	34
Kuesioner Kader POD	36
Panduan Diskusi Kelompok Terfokus	38
Data Umum di Kantor Desa/kelurahan	39

STUDI EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM POS OBAT DESA DI NUSA Tenggara Barat, SULAWESI Tenggara DAN LAMPUNG

RINGKASAN UNTUK EKSEKUTIF

2

Pelaksanaan program pos obat desa telah banyak dilaksanakan di semua daerah, sejak program tersebut dicanangkan oleh Bapak Menteri Kesehatan pada tahun 1991 di Nusa Tenggara Barat. Dalam penelitian ini pemilihan propinsi dan daerah dilakukan agak terbatas. Hanya dipilih tiga propinsi, setiap propinsi diambil satu kabupaten dan setiap kabupaten diambil 1 kecamatan, setiap kecamatan diambil 2 desa. Di NTB pada tahun 1989 telah didirikan beberapa Pos Obat Desa dan digunakan dalam penelitian operasional oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Litbang Kesehatan. Survei dilakukan di Kabupaten Lombok Barat. Kemudian di Sulawesi Tenggara, Pemerintah Daerah dengan program Departemen Kesehatan untuk Pemberantasan Penyakit Menular mulai tahun 1989 juga mendirikan semacam POD, yang dinamakan P2M-PKMD (Pemberantasan Penyakit Menular-Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) sebagai perpanjangan tangan program pemberantasan penyakit menular dari Dep. Kes. Berangsur-angsur di Sultra, P2M-PKMD dinamakan POS Obat Desa. Survei dilakukan di Kabupaten Kendari. Sedangkan pendirian POD di Lampung menggunakan pedoman POD hasil penelitian Puslitbang Farmasi, setelah hasil penelitian tersebut diserahkan ke Direktorat Jenderal Binkesmas, Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat. Survei dilakukan di Kabupaten Lampung Selatan.

Tujuan studi evaluasi adalah untuk mengetahui dari ketiga daerah tersebut terutama mengenai faktor yang mendukung dan menghambat kegiatan POD. Selain itu juga untuk mengetahui keaktifan kader POD, ketersediaan obat dan jalur distribusi obat sampai ke POD, serta dukungan sosial dari tokoh masyarakat, pemerintah daerah dan instansi kesehatan se tempat terhadap kegiatan POD. Hasil studi ini dimaksudkan untuk memberi masukan dalam upaya meningkatkan pengembangan POD secara nasional dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjaga kesehatannya sendiri.

Hasil dari evaluasi yang penting adalah terutama perbandingan model POD di Kendari dan model POD di NTB (dan Lampung). Perbedaan sangat menyolok adalah 1) Jenis obat di Kendari hanya 4 macam terutama untuk menanggulangi penyakit menular: panas dan pneumonia ringan, diare, malaria dan untuk menemukan kasus pneumonia yang harus dirujuk ke puskesmas terdekat, sedang penemuan kasus dini tbc dengan cara pengambilan sampel sputum untuk diperiksa di laboratorium. Sedang di NTB dan Lampung jenis obat sesuai dengan pedoman pendirian POD hasil penelitian operasional, jumlahnya lebih banyak yang terutama ditujukan untuk pengobatan diri sendiri, seperti batuk, pilek, pusing, gatal-gatal, tetapi juga termasuk obat diare dan obat malaria. 2) Mengenai jalur distribusi: di Kendari sebagian obat diperoleh dari puskesmas secara cuma-cuma karena obat program pemberantasan penyakit menular dari Dep. kes. Jika obat habis, maka dokter puskesmas menulis resep untuk membeli obat yang habis di apotik di kabupaten. Di NTB dan Lampung obat yang habis dibeli ke apotik di Kabupaten dengan resep dokter puskesmas. Jadi tidak ada jaringan distribusi obat yang khusus untuk mencapai POD. 3) Mengenai keaktifan kader POD: di Kendari kader PKK juga kader kesehatan dan mempunyai tugas-tugas untuk semua upaya kesehatan, antara lain di Posyandu, KB, Pos Obat desa. Setiap POD mempunyai 10 orang kader, tetapi yang melakukan kegiatan POD cukup satu orang sedang lainnya

u. ang
dari
Mama

melakukan dasa wisma ke rumah-rumah penduduk untuk menemukan kasus dini tbc. Di NTB terlihat masih belum terpadu antara kader POD dengan kader kesehatan lainnya, sehingga keaktifan mereka kelihatannya hanya di POD saja, sedang kegiatan turun ke masyarakat tidak dilakukan. 4) Mengenai dukungan sosial: Di Kendari yang menjadi kader disini termasuk isteri pamong desa, dengan sendirinya POD disini telah mendapatkan dukungan yang baik jika dibandingkan dengan POD di NTB dan di Lampung. 5) Kegiatan POD lebih terlihat di desa-desa yang letaknya jauh dari puskesmas atau yang susah mencapai puskesmas. Selain itu, faktor lain ialah masyarakat di desa tersebut sudah sadar mengenai pemeliharaan kesehatannya. Beberapa POD sudah tidak operasional lagi karena di dekatnya telah berdiri puskesmas pembantu atau unit pelayanan kesehatan lainnya.

Sebagai kesimpulan: 1) POD di Kendari cukup baik dan dapat digunakan untuk menurunkan angka kematian yang disebabkan karena penyakit menular. Untuk dapat mengurangi angka kesakitan, maka POD disini perlu diberi pelatihan, sesuai pedoman pendirian POD yang telah ada. 2) POD di NTB di Lampung membantu masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan. Untuk dapat membantu mengurangi angka kematian yang disebabkan oleh penyakit menular, maka POD disini yang mengikuti pola hasil penelitian operasional dapat ditingkatkan fungsinya, tetapi diperlukan pelatihan tambahan.

ABSTRAK

Telah dilakukan studi untuk mengevaluasi Program Pos Obat Desa (POD) setelah Program tersebut dicanangkan oleh Bapak Menteri Kesehatan pada tahun 1991 di Nusa Tenggara Barat. Tujuan studi evaluasi adalah untuk mengetahui dari ketiga daerah tersebut terutama mengenai faktor yang mendukung dan menghambat kegiatan POD. Studi evaluasi ini hanya dilakukan pada tiga provinsi, yaitu: Nusa Tenggara Barat (Kab. Lombok Barat), Sulawesi Tenggara Kab. Kendari) dan Lampung (Kab. Lampung Selatan). Setiap provinsi diambil 1 (satu) kabupaten dan setiap kabupaten diambil 1 (satu) kecamatan, setiap kecamatan diambil 2 (dua) desa. Hasil dari evaluasi yang penting adalah terutama untuk membandingkan model POD di Kendari dan model POD di NTB (dan Lampung). Beberapa perbedaan dari kedua model POD tersebut antara lain: 1) Obat yang digunakan: 4 macam obat (Kendari), jenis obat lebih banyak (NTB dan Lampung) , sesuai dengan buku Pedoman Pendirian POD. 2) Jalur distribusi obat khusus sampai ke POD: belum ada. Obat diperoleh dari puskesmas pembina atau beli di apotik di kabupaten dengan resep dokter. 3) Keaktifan kader POD di Kendari cukup baik, karena merangkap kader PKK, Posyandu, KB, POD. Kader di NTB dan Lampung terlihat masih belum terpadu dengan kader kesehatan lainnya. 4) Dukungan sosial: POD di Kendari terlihat lebih mendapatkan dukungan yang baik dari tokoh masyarakat non-formal dan dari Pemerintah Daerah, jika dibandingkan dengan POD di NTB dan di Lampung. Kesimpulan studi evaluasi ini adalah sebagai berikut. POD di Kendari cukup baik karena tujuannya untuk menurunkan angka kematian penduduk karena penyakit menular. POD disini dapat diperluas untuk mengurangi angka kesakitan penduduk dengan jalan menyediakan berbagai jenis obat yang diperlukan untuk mengobati sendiri penyakit ringan yang diderita. Sebaliknya, POD di NTB dan Lampung dapat ditingkatkan untuk mengurangi angka kematian karena penyakit menular.

STUDI EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM POS OBAT DESA DI NUSA TENGGARA BARAT, SULAWESI TENGGARA DAN LAMPUNG

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pos Obat Desa atau disingkat POD adalah satu unit pelayanan obat yang berada di desa, yang berfungsi untuk menyediakan obat sederhana dan memberikan bimbingan pengobatan sendiri kepada masyarakat yang menderita sakit ringan. Pos Obat Desa tersebut dibiayai dan dikelola oleh masyarakat setempat yang mendapat bimbingan dari Puskesmas terdekat. Pendirian Pos Obat Desa dapat dibantu oleh Pemerintah atau pihak lain.

Di pedesaan Pos Obat Desa tersebut melengkapi pelayanan kesehatan untuk masyarakat setempat yang telah ada, yaitu Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu). Posyandu buka hanya satu kali satu bulan dan diperuntukkan bagi ibu dan anak saja, sedang POD buka setiap hari dan diperuntukkan bagi semua penduduk desa dari segala umur. Dengan adanya POD tersebut diharapkan adanya pemerataan pelayanan kesehatan terutama untuk masyarakat yang tinggalnya jauh dari Puskesmas.

Pengelolaan POD dilakukan oleh para kader kesehatan di desa dan agar dapat buka setiap hari rumah salah seorang kader digunakan untuk Pos Obat Desa. Obat yang diperlukan tersedia di POD dalam satu kotak atau almari yang terkunci dan pengadaannya melalui dokter Puskesmas, baik yang harus membeli, maupun yang berasal dari program pemberantasan penyakit menular dari Pemerintah.

POD tersebut dapat terus beroperasi, selain tergantung dari kesadaran masyarakat mengenai kesehatan, juga kemampuan masyarakat setempat dalam swadana. Pengembangan POD diawali dengan Penelitian Operasional yang dilakukan oleh Puslitbang Farmasi, Badan Litbang Kesehatan, pada tahun 1989 di dua propinsi, yaitu Jawa Timur (Lamongan) dan Nusa Tenggara Barat (Lombok). Hasil dari penelitian operasional tahun 1989 adalah bahwa POD dapat diselenggarakan di pedesaan oleh kader. Kader dimaksud adalah kader yang telah dilatih untuk mengelola POD. Pengelolaan obat POD mencakup penyediaan (pembelian obat atas bantuan dokter Puskesmas) obat POD, penyimpanan obat sehingga tidak lekas rusak, pelayanan obat kepada masyarakat, memilihkan obat untuk keluhan sakit masyarakat, pengelolaan uang sehingga POD dapat terus berfungsi, pencatatan keluhan masyarakat yang obatnya tidak tersedia di POD, rujukan ke Puskesmas terdekat untuk kasus sakit yang parah atau yang tidak dapat ditolong dengan pengobatan sendiri.

Dari penelitian operasional POD tahun 1989 tersebut diketahui bahwa setelah kira-kira 4 bulan, kader POD telah cukup dapat mengelola POD. Yang masih menjadi hambatan adalah tentang penyediaan obat murah sampai ke POD. Karena outlet distribusi obat tidak sampai di pedesaan, maka selanjutnya cara penyediaan obat di POD di berbagai pedesaan tidak seragam, dan lebih mengandalkan bantuan dari dokter Puskesmas agar dapat membeli obat di apotik di kabupaten/kotamadya.

Pengalaman dalam penelitian operasional tersebut setelah melalui jalan yang panjang akhirnya dapat diterima untuk dijadikan model POD di lain-lain provinsi dan pembinaan POD pada Departemen Kesehatan diserahkan kepada Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Buku pembinaan kader POD dari hasil penelitian operasional tersebut diangkat menjadi buku resmi pembinaan kader POD oleh Panitia Nasional POD yang berkedudukan di DitJen BinKesMas. Buku tersebut setelah dicetak dalam jumlah yang cukup banyak disebarluaskan dan menjadi buku pegangan di setiap POD di berbagai daerah. Pada tahun 1991 pada hari Kesehatan Nasional, pelaksanaan Pos Obat Desa dicanangkan oleh Bapak Menteri Kesehatan di Lombok. Pendirian POD di beberapa daerah dibantu oleh pabrik farmasi BUMN dengan sumbangan yang berupa obat dan kotak obat.

Selanjutnya, setelah POD berjalan lebih kurang 3 tahun, pada bulan November 1993 telah diselenggarakan Temu Evaluasi Pos Obat Desa oleh Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat. Pengalaman dari daerah yang telah melaksanakan POD dibicarakan dalam Temu Evaluasi tersebut. Wakil dari propinsi Lampung, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Jawa Barat dan Jawa Timur mengajukan makalah mengenai pengembangan POD di daerah masing-masing. Selain itu juga ada penyajian dari ISFI (Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia), dari PT (Persero) Kimia Farma sebagai wakil dari BUMN dan dari Dit. Bina Peran Serta Masyarakat. Hasil dari Temu Evaluasi POD merupakan masukan yang berharga bagi Tim Nasional POD untuk merumuskan strategi pengembangan POD di masa yang akan datang.

Dari Temu Evaluasi POD ini diketahui bahwa POD yang ada di beberapa propinsi tidak sama atau seragam tetapi mempunyai beberapa corak. Dua corak yang perbedaannya sangat menyolok adalah: 1) model POD sesuai hasil penelitian operasional tahun 1989, yaitu yang berada di provinsi selain provinsi Sulawesi Tenggara, dan 2) model POD yang sebelumnya dinamakan PKMD dan merupakan perpanjangan program pemberantasan penyakit menular Departemen Kesehatan, yaitu di provinsi Sulawesi Tenggara.

Dalam tahun anggaran 1994/1995, Puslitbang Farmasi mendapatkan biaya untuk melakukan studi evaluasi mengenai POD di beberapa provinsi. Daerah yang akan dievaluasi dipilih yang pendirian POD berasal dari akar yang berbeda, yaitu 1) provinsi Nusa Tenggara Barat: sebagai daerah yang digunakan untuk penelitian operasional POD pada tahun 1989/1990; provinsi Lampung yang mendapatkan anggaran biaya dari Dit. Bina Peran Serta Masyarakat, Dit.Jen Binkesmas untuk melatih kader dan mendirikan POD baru; dan 3) provinsi Sulawesi Tenggara: model POD sebagai kepanjangan program pemberantasan penyakit menular dari Departemen Kesehatan. Sedang yang tidak dievaluasi pada kesempatan ini adalah POD di provinsi Jawa Barat, Jawa Timur dan di Nusa Tenggara Timur, yang pada Temu Evaluasi pada bulan November tahun 1993 juga telah melaporkan perkembangan POD di daerah masing-masing.

Asumsi bahwa Pos Obat Desa akan berfungsi sebagaimana seharusnya, yaitu tersedianya pelayanan obat yang dapat digunakan masyarakat pedesaan yang tempat

tinggalnya jauh dari Puskesmas. Dengan kemajuan dalam pembangunan di Indonesia, maka kemungkinan besar Pos Obat Desa di satu desa tidak diperlukan lagi oleh masyarakat, karena perbaikan keadaan sosial ekonomi, masyarakat sudah mempunyai akses ke kecamatan dan kabupaten untuk memenuhi keperluan obat. Pos Obat Desa yang demikian tentu akan mati. Sedangkan di desa yang sangat jauh dari Puskesmas dan masyarakatnya merasa memerlukan dan mampu dalam swadaya, Pos Obat Desa yang demikian akan bertahan lama.

Jadi Pos Obat Desa sebetulnya tidak terlalu harus diartikan perlu bertahan hidup terus, baik diperlukan atau tidak oleh masyarakat setempat. Karena POD merupakan jawaban sementara untuk mensukseskan peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan, dalam hal ini terutama obat, sehingga jika telah ada bentuk-bentuk unit lain yang lebih sesuai dengan selera masyarakat setempat, maka pemenuhan kebutuhan masyarakat sudah dapat dipenuhi, dan bentuk POD tidak lagi diperlukan. Hanya dalam hal penyediaan obat, maka yang penting adalah sesuai peraturan yang berlaku, karena obat dapat menyembuhkan orang sakit, tetapi juga merupakan racun jika penggunaannya tidak sesuai petunjuk.

Jalur distribusi obat yang sifatnya tidak menguntungkan secara komersial, tidak dapat diharapkan dapat sampai ke kecamatan apalagi ke desa. Oleh karena itu, yang paling dirasakan susah adalah kemudahan untuk memperoleh obat POD. Puskesmas sebagai pembina POD mengupayakan dengan segala cara agar ketersediaan obat di POD dapat terjamin. Pada umumnya atas permintaan POD, dokter Puskesmas menulis di atas kertas resep obat yang diperlukan, kemudian obat dibeli oleh kader atau dibantu oleh petugas Puskesmas di apotik yang berada di daerah tk II, kalau tidak ada di daerah tk. I. Obat yang murah telah ada, yaitu yang masuk golongan obat generik.

B. Permasalahan

Pos Obat Desa yang jelas dapat diterima sebagai satu unit pelayanan obat pada masyarakat pedesaan perlu didirikan dan dimasyarakatkan di pedesaan lain. Untuk mengetahui perkembangan berbagai model POD yang ada sekarang, perlu dilakukan evaluasi di tempat. Agar manfaatnya lebih terlihat dan hasilnya dapat dijadikan masukan untuk pengembangan POD di daerah lain, evaluasi ditekankan kepada: a) POD-model-1: yaitu POD dengan model menurut hasil penelitian operasional tahun 1989, serta b) POD-model-2 yang merupakan penjelmaan dari P2M-PKMD (Pemberantasan Penyakit Menular dengan pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) yang telah ada di daerah dan pada tahun 1989 namanya diubah menjadi POD.

Sebetulnya tujuan jangka panjang kedua model POD tersebut adalah sama, yaitu dalam rangka menunjang goal pembangunan kesehatan: "Kesehatan bagi Semua Tahun 2000". Tetapi kegunaan atau manfaat langsung kedua model tersebut yang dapat dirasakan oleh masyarakat agak berbeda. POD-model-1 langsung membantu masyarakat untuk mengurangi kesakitan dan meningkatkan produktivitas, selain menjaring orang sakit yang tidak dapat diobati sendiri dan oleh karena itu harus

dirujuk ke Puskesmas. Dengan demikian, obat yang tersedia dalam POD-model-1 tersebut disesuaikan dengan kasus sakit atau keluhan sakit dalam masyarakat pedesaan dimana POD tersebut berada. Sedangkan POD-model-2 merupakan perpanjangan program pemerintah yang dalam meningkatkan cakupan dan jangkauan program pemberantasan penyakit menular. Dengan adanya POD-model-2 maka morbiditas dan mortalitas yang disebabkan karena penyakit menular akan menurun. Penyakit menular yang menjadi program prioritas adalah ISPA, Diare, dan Malaria. Kemudian juga tuberkulosa, tetapi tugas kader hanya untuk menemukan kasus tbc yang ada di masyarakat dan mungkin memonitor "compliance" masyarakat dalam meminum obat tbc.. Oleh karena itu, obat yang tersedia di POD-model-2 tersebut hanya ada 4 macam, yaitu: parasetamol, kotrimoksazol untuk ISPA, oralit untuk diare dan klorokuin untuk malaria. Rujukan dilakukan jika dalam 2 hari orang sakit yang diobati oleh kader tidak sembuh, harus dirujuk di Puskesmas. POD-model-2 tersebut sama sekali tidak boleh memberikan obat selain yang tersedia untuk program pemberantasan penyakit menular.

Semua provinsi mempunyai POD-model-1, kecuali Sulawesi Tenggara yang mempunyai POD-model-2.

Kedua bentuk POD tersebut masing-masing ada kelebihan dan kekurangannya. Faktor-faktor yang ditemukan baik untuk perkembangan POD selanjutnya akan dijadikan masukan kepada Departemen Kesehatan. Dalam evaluasi ini tidak dapat diukur perbedaan dampak perbaikan status kesehatan masyarakat di daerah yang dilayani kedua model POD tersebut.

Dari POD yang didirikan dan dimonitor selama 6 bulan dalam penelitian operasional tahun 1989/1990 ingin diketahui juga mengenai perkembangannya. Sebab-sebab mengapa telah tutup atau tidak berkembang, dan sebab-sebab mengapa POD tertentu dapat berkembang. Selain itu juga ingin diketahui mengenai kondisi kader, dukungan oleh tokoh masyarakat, ketersediaan obat, dan peran instansi kesehatan di daerah dimana POD berada.

C. Tujuan penelitian

Tujuan umum adalah pengembangan POD sebagai sarana penyediaan obat di masyarakat pedesaan dalam rangka pemerataan keterjangkauan obat.

Tujuan khusus:

1. Mengetahui ketersediaan dan jalur distribusi obat untuk POD.
2. Mengetahui keaktifan kader POD.
3. Mengetahui dukungan sosial dari tokoh masyarakat, pemerintah daerah dan instansi kesehatan setempat terhadap kegiatan POD.
4. Mengetahui faktor-faktor yang mendukung dan menghambat kegiatan POD.

D. Manfaat

Hasil penelitian digunakan sebagai masukan dalam upaya meningkatkan pengembangan POD secara nasional dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjaga kesehatannya sendiri.

II. METODE PENELITIAN

A. Jenis dan lokasi penelitian

Penelitian ini merupakan survai deskriptif pada beberapa POD di Kabupaten Lombok Barat provinsi NTB, Kabupaten Kendari provinsi Sulawesi Tenggara dan Kabupaten Lampung Selatan provinsi Lampung.

B. Konsep penelitian

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kegiatan POD dapat digambarkan dengan model berikut:

1. Faktor ketersediaan obat di POD.
2. Faktor kader POD (umur, pendidikan, tingkat ekonomi, pengetahuan dan sikap, motivasi, waktu luang dan lokasi POD).
3. Faktor dukungan sosial (masyarakat, pamong desa, instansi kesehatan/puskesmas dan Pemerintah Daerah).
4. Faktor dampak adanya POD terhadap status kesehatan masyarakat. (Faktor dampak terhadap status kesehatan tidak dilakukan dalam penelitian ini).

C. Populasi dan cara sampling

Populasi survai ini adalah POD di Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Kendari dan Kabupaten Lampung Selatan. Sampling dilakukan secara purposif disesuaikan dengan tujuan penelitian, keterbatasan waktu dan penunjukan lokasi POD yang akan diteliti oleh Pejabat Daerah setempat.

Cara pengambilan sampel adalah sebagai berikut: Dari tiap kabupaten diambil 1 (satu) kecamatan, dari tiap kecamatan diambil 2 (dua) desa, dan dari tiap desa diambil semua POD.

D. Responden, data yang dikumpulkan dan instrumen

Responden	Data yang dikumpulkan	Instrumen
1. Koordinator POD	- Ketersediaan obat	Pedoman Observasi POD (Lampiran 2)
	- Diskripsi POD	
	- Dukungan masyarakat	
	- Dukungan pemerintah daerah	
	- Dukungan instansi kesehatan	
	- Umur	
2. Kader POD		Kuesioner Kader POD (Lampiran 2)
	- Status pernikahan	
	- Pendidikan	
	- Tingkat ekonomi	
	- Pengetahuan	
	- Sikap	
	- Motivasi	
	- Waktu luang	
	- Lokasi POD	
	- Lama menjadi kader	
	- Masalah	
	- Saran	
3. Tokoh masyarakat		Panduan Diskusi Kelompok Terfokus (Lampiran 2)
	- Pendapat & saran terhadap:	
- Kepala dusun	- Kegiatan kader	

- Ketua PKK	- Pemilihan kader	
- Karang Taruna	- Kegiatan POD	
- Bidan Desa	- Dukungan masyarakat	
- Tokoh masyarakat lain	- Dukungan Pem. Desa	
- Kader		
4. Kepala Dinas Kesehatan Tk. II	- Pendapat, masalah dan pembinaan POD	Panduan Diskusi I
5. Kepala Dinas Kesehatan Tk. I	- Pendapat, masalah dan pembinaan POD	Panduan Diskusi II
6. Dokter Puskesmas dan Petugas Puskesmas Pembina POD	- Pendapat, masalah dan pembinaan POD.	Panduan Diskusi III

Sedapat mungkin juga dilakukan pengumpulan data sekunder dari Puskesmas, Kantor Desa, dan instansi lain yang berkaitan dengan POD.

E. Cara pengumpulan data

Pada hari pertama para peneliti melapor dan membicarakan rencana penelitian dengan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, menggunakan Panduan Diskusi I. Kemudian bertemu dengan Kepala Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II, menggunakan Panduan Diskusi II. Dari pembicaraan dengan Kepala Dinas Kesehatan ditetapkan Puskesmas Pembina POD yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Kemudian bertemu dengan Kepala Puskesmas dan mengatur cara pengumpulan data. Pada kesempatan ini sekaligus dikumpulkan data sekunder dari Puskesmas dan Kantor Desa.

Pengumpulan data dari POD dilakukan dengan kunjungan ke rumah kader untuk melakukan wawancara (menggunakan Kuesioner Kader POD), observasi dan wawancara dengan koordinator POD (menggunakan Pedoman observasi POD), dan melaksanakan Diskusi Kelompok Terfokus dengan para tokoh masyarakat dan pejabat pemerintah desa (menggunakan Panduan Diskusi Kelompok Terfokus).

F. Pengolahan data

Data yang berasal dari kuesioner dan observasi diolah dengan komputer program Dbase III Plus. Kemudian dibuat tabel distribusi frekuensi dan tabel silang berdasarkan konsep penelitian.

G. Cara skoring data

Untuk pembuatan tabel yang diperlukan, maka dilakukan skoring data sebagai berikut:

1. Umur kader (P2)

Umur dikategorikan sebagai:

- <30 tahun
- >30 tahun

2. Pendidikan kader (P3)

Pendidikan terakhir dikategorikan sebagai:

- tidak tamat SLA.
- tamat SLA

3. Tingkat ekonomi kader (P4, P7, P8)

Tingkat ekonomi dikategorikan sebagai:

- rendah
- tidak rendah

4. Pengetahuan kader (P14, P18, P20, P25, P29, P32)

Pengetahuan diberi skor berdasarkan kemampuannya menjawab dengan benar (skor = 1) pertanyaan berikut:

	skor
– Pernah mendapat pelatihan POD	1
– Punya buku pegangan kader	1
– Mengetahui tugas kader	1
– Mengetahui nama dan kegunaan minimal 3 obat POD	1
– Mengerti tujuan POD	1
– Mengetahui faktor yang berpengaruh thd. kader	1

Pengetahuan kader dikategorikan:

– tidak tahu	jika skor 0-4
– tahu	jika skor 5-6

5. Sikap kader (P11, P12, P23)

Sikap diberi skor berdasarkan pernyataan setuju (skor 2), ragu-ragu (skor = 1) dan tidak setuju (skor = 0) terhadap pernyataan berikut:

	skor setuju
– Senang sebagai kader POD	2
– Menjadi kader rangkap	2
– Lokasi POD di rumahnya	2

Sikap kader dikategorikan

– <i>kurang baik</i>	jika skor 0-4.
– <i>baik</i>	jika skor 5-6

6. Motivasi kader (P21)

Motivasi dikategorikan

- *keuntungan pribadi*, jika bersifat kongkrit keuntungan pribadi.
- *pengabdian masyarakat*, jika bersifat pengabdian atau abstrak

7. Waktu luang kader (P4, P6)

Waktu luang diberi skor berdasarkan:

	skor
– Tidak punya pekerjaan yang terikat waktu	1
– Tak punya anak BALITA	1

Ketersediaan waktu kader dikategorikan

– tidak tersedia	jika skor 0.
– tersedia	jika skor mencapai 1-2

8. Lokasi POD (P22)

Lokasi POD dari rumah kader dikategorikan:

- bukan di rumah sendiri
- di rumah sendiri

9. Faktor lama menjadi kader (P9)

Faktor lama menjadi kader dikategorikan

- 0 - 1 tahun
- Lebih setahun

10. Faktor ketersediaan obat (P12, P15, P16, P17, P20, P22)

Faktor obat diberi skor berdasarkan:

skor	
– Sumber obat dari swasta	1
– Harga pembelian obat lebih murah	1

- Item persediaan obat lengkap 1
- Keadaan obat dalam keadaan baik 1
- Tersedia wadah 1
- Ada informasi tertulis penggunaan obat 1

Faktor ketersediaan obat dikategorikan

- kurana baik jika skor 0-4.
- baik jika skor mencapai 5-6

11. Dukungan masyarakat (P241, P251, P261)

Dukungan masyarakat dinilai berdasarkan peran masyarakat terhadap:

- skor
- Pembiayaan kegiatan POD 1
- Pembinaan terhadap POD 1
- Penyuluhan masyarakat terhadap POD 1

Dukungan masyarakat dikategorikan:

- tidak ada jika skor 0.
- ada jika skor mencapai 1-3

12. Dukungan pamong desa (P242, P252, P262)

Dukungan pamong desa dinilai berdasarkan perannya terhadap:

- skor
- Pembiayaan kegiatan POD 1
- Pembinaan terhadap POD 1
- Penyuluhan masyarakat terhadap POD 1

Dukungan pamong desa dikategorikan

- tidak ada jika skor 0
- ada jika skor mencapai 1-3

13. Dukungan instansi kesehatan (P243, P253, P263)

Dukungan instansi kesehatan dinilai berdasarkan perannya terhadap skor

- Pembiayaan kegiatan POD 1
- Pembinaan terhadap POD 1
- Penyuluhan masyarakat terhadap POD 1

Dukungan instansi kesehatan dikategorikan

- tidak ada jika skor 0.
- ada jika skor mencapai 1-3

14. Kegiatan POD (P1, P101, P111, P112, P113, P23)

Kegiatan POD diberi skor berdasarkan adanya:

- Papan nama POD 1
- Buku pegangan kader untuk pengobatan sendiri 1
- Pencatatan keuangan sebulan terakhir 1
- Pencatatan pasien sebulan terakhir 1
- Pencatatan obat sebulan terakhir 1
- Pendistribusian obat sebulan terakhir 1

Kegiatan POD dikategorikan

- kurang baik jika skor 0-3.
- baik jika skor mencapai 4-6

III HASIL PENELITIAN

Penyajian hasil penelitian ini diusahakan agar dapat terlihat persamaan maupun perbedaan antara Pos Obat Desa (POD) di ketiga kecamatan dimana dilakukan studi evaluasi. Data yang dikumpulkan dikelompokkan dalam bab 1) Kader POD; 2) Ketersediaan obat; 3) Dukungan sosial; 4) Keadaan POD; dan 5) Lain-lain keterangan mengenai POD.

Penyajiaannya didahului dengan tabel, kemudian disusul narasi hasil penelitian yang terlihat menonjol pada tabel di lokasi POD di Lombok Barat, Kendari, dan Lampung Selatan.

A. KADER POS OBAT DESA

Tabel 1. Jumlah Pos Obat Desa dan kader di lokasi penelitian

	Jumlah		
	Lombok Barat	Kendari	Lampung Selatan
Pos Obat Desa	5	11	8
Kader	12	14	20

Tabel 2. Data mengenai kader di lokasi penelitian

Ichwal	Lombok Barat (%) (n = 12)	Kendari (%) (n = 14)	Lampung Selatan (%) (n = 20)
1. Jenis kelamin			
- Laki-laki	83,7	21,1	5,0
- Perempuan	16,7	78,6	95,0
2. Umur (tahun)			
20 - 25	42,9	0	20,0
26 - 30	16,7	35,7	35,0
31 - 35	16,7	7,1	25,0
36 - 40	8,3	28,5	10,0
41 - 51	8,3	28,5	10,0
3. Pendidikan			
- Tdk Tamat SD	0	0	5,0
- Tamat SD	33,3	42,9	45,0
- Tamat SLP	16,7	7,1	25,0
- Tamat SLA	41,7	50,0	25,0
- Tamat PT	8,3	0	0
4. Pekerjaan Kader			
- Petani	58,3	42,9	70,0
- Petani	58,3	42,9	70,0
- Guru	8,3	21,9	5,0
- Pamong Desa	8,3	14,3	0
- Karyawan swasta	0	0	15,0
- Buruh	16,7	0	0
- Pedagang	0	0	5,0
- Tdk ada	0	21,4	5,0
5. Status Pernikahan			
- Belum nikah	8,3	0	10,0
- Menikah	91,7	100,0	90,0
6. Tingkat Ekonomi			
- Rendah	58,3	42,9	55,0
- Sedang	41,7	57,1	30,0
- Tinggi	0	0	15,0

Tabel 3. Pengetahuan dan pendapat kader mengenai POD di lokasi penelitian

Ichwal	Lombok Barat (%) (n = 12)	Kendari (%) (n = 14)	Lampung Selatan (%) (n = 20)
1. Pengetahuan Kader			
- Pernah mengikuti pelatihan	100,0	100,0	100,0
- Punya buku pegangan	91,7	64,3	80,0
- Mengetahui tugas kader	83,3	85,1	85,5
- Mengetahui nama dan kegunaan obat	100,0	85,7	65,0
- Mengetahui tujuan POD	66,7	18,6	65,0
- Mengetahui faktor yang mempengaruhi	91,7	64,3	95,0
2. Sikap Kader			
- Senang sebagai kader	100,0	78,6	80,0
- Merangkap kader Posyandu/ POD	100,0	100,0	90,0
- Senang lokasi POD di rumah kader	41,7	64,3	90,0

Tabel 4. Waktu luang dan motivasi kader di lokasi penelitian

Ichwal	Lombok Barat (%) (n = 12)	Kendari (%) (n = 14)	Lampung Selatan (%) (n = 20)
1. Waktu Luang Kader			
- Tidak punya pekerjaan yang terikat waktu	91,7	78,6	80,0
- Tidak memiliki anak Balita	16,7	50,0	75,0
2. Motivasi Kader			
- Bersifat kebendaan	16,7	35,7	35,0
- Bersifat pengabdian	83,3	64,3	65,0

Tabel 5. Lama menjadi kader dan alasan kader lain yang tidak aktif

Ichwal	Lombok Barat (%) (n = 12)	Kendari (%) (n = 14)	Lampung Selatan (%) (n = 20)
1. Lama Menjadi Kader (tahun)			
0	8,3	7,1	25,0
1	50,0	14,3	30,0
3	33,3	0	35,0
4	8,4	28,6	10,0
5	0	50,0	0
2. Alasan Kader			
- Pindah rumah	41,7	28,6	20,0
- Bekerja	16,7	14,3	15,0
- Menikah punya anak	8,3	7,1	25,0
- Sakit kronis	0	0	0
- Kurang kesadaran	0	14,3	5,0
- Tidak menjawab	33,3	35,7	35,0

Tabel 6. Jarak rumah kader dari POD di lokasi penelitian

Ichwal	Lombok Barat (%) (n = 12)	Kendari (%) (n = 14)	Lampung Selatan (%) (n = 20)
Jarak rumah kader dari POD (m)			
0 - 10	91,7	64,3	90,0
11 - 100	8,3	7,1	10,0
100 - 500	0	28,6	0

B. Ketersediaan Obat

Tabel 7. Data mengenai obat POD di lokasi penelitian

	Lombok Barat (%) (n=5)	Kendari (%) (n=11)	Lampung Selatan (%) (n=8)
1. Sumber Pengadaan Obat			
- Apotik	0	27,3	12,5
- Puskesmas & Apotik	100,0	72,7	50,0
- Toko Obat	0	0	37,5
2. Cara Pengadaan Obat			
- Beli tidak langsung	20,0	45,5	0
- Beli langsung	80,0	18,2	100,0
- Dari Program	0	36,4	0
3. Harga Obat			
- Harga khusus/ada diskon	40,0	18,2	75,0
- Tidak ada diskon	60,0	63,6	12,5
- Gratis	0	18,2	12,5
4. Ketersediaan Obat			
- Ada obat demam/panas	80,0	63,6	87,5
- Ada obat flu/pilek6	60,0	0	25,0
- Ada obat batuk	60,0	27,3	50,0
- Ada obat diare	40,0	63,6	62,5
- Ada obat kulit	80,0	0	87,5
- Ada obat malaria	80,0	45,5	100,0
- Ada obat luka	60,0	0	75,0
- Ada Vitamin	80,0	0	87,5
5. Tempat Penyimpanan			
- Bercampur barang lain	0	0	12,5
- Tempat khusus	100,0	100,0	87,5

Tabel 8. Keadaan fisik, kemasan dan informasi obat di POD di lokasi penelitian

Ichwal	Lombok Barat (%) (n=5)	Kendari (%) (n=11)	Lampung Selatan (%) (n=8)
1. Keadaan Fisik Obat			
- Baik	80,0	72,7	50,0
- Ada yang kurang baik	20,0	0	50,0
- Tidak ada obat	0	27,3	0
2. Kemasan Obat			
- Kertas	40,0	36,4	87,5
- Plastik	40,0	45,5	12,5
- Kemasan seperti apotik	20,0	18,1	0
3. Informasi diberikan			
- Kalau perlu	60,0	9,1	0

- Secara lisan	20,0	83,8	82,5
- Secara tertulis	20,0	27,3	37,5

C. Dukungan Sosial

Tabel 9. Dukungan pada POD di lokasi penelitian

	Lombok Barat (%) (n=5)	Kendari (%) (n=11)	Lampung Selatan (%) (n=8)
1. Dukungan Masyarakat			
- Pembinaan POD	20,0	27,3	25,0
- Pembiayaan POD	50,0	81,8	87,5
- Penyuluhan Masyarakat	80,0	54,5	37,5
2. Dukungan Pamong Desa			
- Pembinaan POD	80,0	36,4	50,0
- Pembiayaan POD	80,0	18,2	0
- Penyuluhan masyarakat	20,0	45,5	12,5
3. Dukungan Puskesmas			
- Pelatihan kader	100,0	72,7	75,0
- Pembiayaan	20,0	18,2	12,5
- Penyuluhan Masyarakat	80,0	54,5	75,0
- Pelaporan POD	80,0	100,0	87,5

D. Jarak dan Transportasi

Tabel 10. Jarak dan transportasi dari POD ke puskesmas pembina

	Lombok Barat (%) (n=5)	Kendari (%) (n=11)	Lampung Selatan (%) (n=8)
1. Jarak POD - Puskemas (km)			
Kurang dari 1	20,0	0	12,5
1 - 5	40,0	36,4	50,0
6 - 10	20,0	36,4	25,0
12 - 30	20,0	27,2	12,5
2. Transportasi Umum			
- Tidak ada	20,0	36,4	23,0
- Sepeda/sepeda motor	40,0	9,1	25,0
- Cidomo/kendaraan rodatica	40,0	0	0
- Kendaraan roda empat	0	54,5	50,0

E. Lain-lain

Tabel 11. Jumlah kader dan kegiatan tiap POD pada saat penelitian

	Lombok Barat (%) (n=5)	Kendari (%) (n=11)	Lampung Selatan (%) (n=8)
1. Jumlah kader tiap POD			
0 - 05 orang	60,0	8,3	75,5
6 - 10 orang	20,0	75,0	12,5
11 - 20 orang	20,0	16,7	12,5
2. Kegiatan POD			
- Ada papan nama	80,0	54,5	50,0
- Ada buku pegangan	80,0	81,8	75,0
- Ada buku pengelolaan obat	80,0	27,3	50,0

- Ada catatan keuangan	100,0	45,5	87,5
- Ada catatan pasien	80,0	90,9	75,0
- Ada catatan obat	80,0	72,7	87,5
- Distribusi obat	80,0	81,8	100,0

Tabel 12. Nomor urut 10 (sepuluh) penyakit yang banyak diderita masyarakat di lokasi penelitian

	Lombok Barat	Kendari	Lampung Selatan
Nama penyakit			
- ISPA	01	01	01
- Penyakit kulit	02	02	03
- Malaria	03	--	--
- Mialgia	04	--	09
- Diare	05	08	--
- Mata	06	06	08
- Rongga mulut	07	--	04
- Tukak lambung	08	05	--
- Anemia	09	03	--
- Bronkitis	10	--	06
- Tuberkulosis	--	09	--
- Dermatitis	--	04	--
- THT	--	10	--
- Scabies	--	07	--
- Virus	--	--	02
- Kecacingan	--	--	05
- Infeksi	--	--	07
- Demam berdarah	--	--	10

*Sub
penelitian*

Tabel 13. Jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan di kecamatan lokasi penelitian

Nama fasilitas dan tenaga	Lombok Barat	Kendari	Lampung Selatan
- Dokter praktek	1	1	1
- Mantri praktek	6	0	6
- Puskesmas	1	1	1
- Pustu/Puskel	6	7	3
- Posyandu	52	14	74
- POD	9	11	4
- Bidan Desa	5	3	9
- PAKBD	0	12	0
- Dukun beranak	84	23	49

1. LOMBOK BARAT, NTB

A. KADER

Jumlah POD yang diteliti adalah 5 dengan kader 12 orang, yang sebagian besar adalah pria yang berumur sebagian besar antara 20-25 tahun. Pendidikan kader sebagian besar adalah tamatan SD dan tamatan SLTA, dengan pekerjaan sebagian besar adalah sebagai petani. Para kader umumnya telah menikah, dengan tingkat ekonomi rendah dan sedang (Tabel 1, 2).

Pengetahuan kader mengenai POD pada umumnya cukup baik, mereka semua pernah mengikuti pelatihan dan mempunyai buku pegangan, mengetahui tugasnya sebagai kader, dan mengetahui nama dan kegunaan minimal 3 obat, mengetahui tujuan POD, dan mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap kader. Semua kader menyatakan senang menjadi kader dan setuju menjadi kader rangkap dengan Posyandu dan POD. Tetapi hanya sebagian saja menyetujui POD berada di rumahnya (Tabel 3).

Sebagian besar kader tidak mempunyai pekerjaan yang terikat waktu, dan hanya sebagian kecil dari kader yang tidak mempunyai anak Balita. Sebagian besar kader menyatakan motivasinya menjadi kader karena pengabdian tidak karena kebendaan. Sebagian kader tersebut telah menjadi kader POD selama 1 tahun dan 3 tahun. Menurut kader yang aktif, kader POD yang tidak aktif tersebut alasannya karena pindah rumah. Sebagian besar dari kader tinggal di rumah yang berjarak 0-10 meter dari POD (Tabel 4, 5, 6).

B. KETERSEDIAAN OBAT

Persediaan obat di POD semua dari puskesmas dan apotik, sebagian besar dengan cara beli langsung, dan sebagian dari pembelian mendapat diskon. Jenis obat yang tersedia berbagai macam keluhan, yaitu demam/panas, flu/pilek, batuk, diare, kulit, malaria, luka dan vitamin. Semua POD menyimpan obat di tempat khusus tidak tercampur dengan barang lain. Keadaan fisik obat di POD hanya sebagian kecil yang kurang baik. Pada saat menyerahkan obat kepada masyarakat, sebagian besar POD hanya jika perlu menyertai informasi secara lisan maupun tertulis (Tabel 7, 8).

C. DUKUNGAN SOSIAL

Dukungan masyarakat terhadap pembiayaan POD cukup baik, demikian pula terhadap penyuluhan mengenai POD pada masyarakat. Sedang dukungan dari Pamong Desa mengenai pembinaan dan pembiayaan POD cukup baik. Dari Puskesmas dukungan yang besar berupa pelatihan kader, penyuluhan kepada masyarakat dan pelaporan POD (Tabel 9).

D. POD

Jarak POD ke Puskesmas pembina yang terbanyak antara 1-5 km, tetapi sebagian kecil jaraknya kurang dari 1 km. Umumnya transportasi umum yang digunakan berupa sepeda, sepeda motor, cidomo dan kendaraan beroda tiga. Sedang transportasi yang berupa kendaraan beroda empat tidak ada (Tabel 10).

Jumlah kader dalam POD yang terbanyak antara 1-5 orang. Hampir semua POD memasang papan nama dan menyimpan buku pedoman POD yang diterbitkan oleh Panitia Nasional POD. Hampir semua POD melakukan administrasi, yaitu memelihara: buku pengelolaan POD, buku catatan keuangan, buku catatan pasien, buku catatan obat dan distribusi obat bulan terakhir (Tabel

11).

2. KENDARI, SULAWESI TENGGARA

A. KADER

POD yang diteliti berjumlah 11 dengan kader berjumlah 14 orang. Sebagian besar adalah wanita, berumur antara 26-30 tahun, tetapi banyak juga yang berumur antara 36 tahun sampai dengan 51 tahun. Pendidikan kader sebagian besar adalah tamatan SD dan tamatan SLTA, dengan pekerjaan sebagian besar adalah sebagai petani. Tetapi berlainan dengan di Lombok Barat dan di Lampung Selatan, disini ada guru dan pamong desa yang menjadi kader. Tetapi disini banyak kader yang tidak bekerja. Para kader semua dalam status menikah, dengan tingkat ekonomi rendah dan sedang (Tabel 1, 2).

Pengetahuan kader mengenai POD pada umumnya cukup baik, semua pernah mengikuti pelatihan dan hanya sebagian yang mempunyai buku pedoman POD dari Panitia Nasional POD. Sebagian besar dari kader mengetahui tugasnya sebagai kader, mengetahui nama dan kegunaan minimal 3 obat, mengetahui tujuan POD, dan mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap kader. Sebagian kecil dari kader menyatakan tidak senang menjadi kader, tetapi semua menyatakan setuju menjadi kader rangkap dengan Posyandu dan POD. Sebagian kecil kader tidak menyetujui POD berada di rumahnya (Tabel 3).

Sebagian kader tidak mempunyai pekerjaan yang terikat waktu, separo jumlah kader tidak mempunyai anak Balita. Motivasi kader di Kendari selain untuk pengabdian juga karena kebendaan. Sebagian kader tersebut telah menjadi kader POD selama 4 tahun dan 5 tahun. Alasan untuk kader POD yang tidak aktif menurut kader yang aktif sebagian besar adalah karena pindah rumah. Sebagian besar dari kader tinggal di rumah yang berjarak 0-10 meter dan 100-500 meter dari POD (Tabel 4, 5, 6).

B. KETERSEDIAAN OBAT

Persediaan obat POD semua berasal dari apotik saja atau dari puskesmas dan apotik, sebagian besar POD memperoleh obat dari Program. Obat diperoleh dengan cuma-cuma (gratis) dan ada yang dibeli dengan harga khusus. Jenis obat yang tersedia terbatas, yaitu hanya untuk demam/panas, batuk, diare, dan malaria saja, berbeda dengan di POD di Lombok Barat dan Lampung Selatan. Semua POD menyimpan obat di tempat khusus tidak tercampur dengan barang lain. Keadaan fisik obat di semua POD baik, hanya sebagian kecil POD sudah tidak mempunyai persediaan obat. Pada saat menyerahkan obat sebagian besar POD menyertakan informasi secara lisan maupun tertulis (Tabel 7, 8).

C. DUKUNGAN SOSIAL

Dukungan masyarakat untuk pembiayaan POD cukup baik, demikian pula mengenai penyuluhan masyarakat terhadap POD. Sedang dari Pamong Desa, dukungan mengenai pembinaan dan pembiayaan POD cukup baik. Dari Puskesmas dukungan yang baik berupa pelatihan kader, penyuluhan kepada masyarakat dan pelaporan POD (Tabel 9).

D. POD

POD yang berjarak ke Puskesmas pembina antara 1-5 km, 6-10 km, dan 12-30 km, hampir sama banyaknya. Sedang yang berjarak kurang dari 1 km tidak ada. Masih sebagian besar POD tidak dapat dicapai dengan transportasi umum, tetapi sebagian POD dapat dicapai dengan kendaraan umum beroda empat (Tabel 10).

Jumlah kader dalam POD yang terbanyak antara 6-10 orang. Masih ada POD

yang tidak memasang papan nama. Sebagian besar POD menyimpan buku pedoman POD yang diterbitkan Panitia Nasional POD. Hampir semua POD melakukan administrasi, yaitu memelihara: buku catatan pasien, buku catatan obat dan distribusi obat bulan terakhir. Tetapi POD yang mempunyai buku catatan pengelolaan POD dan catatan keuangan tidak sebanyak di Lombok Barat, maupun di Lampung Selatan. Sedang POD yang memelihara buku catatan pasien di Kendari jauh lebih banyak daripada di Lombok Barat dan Lampung Selatan (Tabel 11).

3. LAMPUNG SELATAN, LAMPUNG

A. KADER

POD yang diteliti berjumlah 8 dengan kader 20 orang. Sebagian besar dari kader juga wanita, umur sebagian besar antara 20-35 tahun, tetapi sebagian kecil ada yang berumur antara 36 tahun sampai dengan 51 tahun. Pendidikan kader sebagian besar adalah tamatan SD dan sebagian kecil tamatan SLP dan SLA, tidak ada kader lulusan perguruan tinggi. Pekerjaan kader sebagian besar adalah sebagai petani, di samping petani ada juga karyawan swasta yang menjadi kader. Para kader hampir semua menikah, dengan tingkat ekonomi rendah dan sedang, tetapi ada juga kader yang tingkat ekonominya tinggi (Tabel 1, 2).

Pengetahuan kader mengenai POD pada umumnya cukup baik, semua pernah mengikuti pelatihan dan hanya sebagian besar yang mempunyai buku pedoman POD dari Panitia Nasional POD. Sebagian besar kader mengetahui tugasnya sebagai kader, mengetahui nama dan kegunaan minimal 3 obat, mengetahui tujuan POD, dan mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap kader. Sebagian besar dari kader menyatakan senang menjadi kader, setuju menjadi kader rangkap dengan Posyandu dan POD, dan senang bahwa POD berada di rumahnya (Tabel 3).

Sebagian besar kader tidak mempunyai pekerjaan yang terikat waktu, dan tidak mempunyai anak Balita. Motivasi kader di Kendari selain untuk pengabdian juga karena kebendaan, sama dengan di Kendari. Sebagian kader tersebut telah menjadi kader POD selama 0, 1, 3 tahun dan tidak ada yang telah menjadi kader selama 5 tahun. Menurut kader yang aktif, kader POD yang tidak aktif tersebut disebabkan karena pindah rumah, bekerja, dan menikah punya anak (jumlah hampir sama). Sebagian besar dari kader tinggal di rumah yang berjarak 0-10 meter (Tabel 4, 5, 6).

B. KETERSEDIAAN OBAT

Persediaan obat POD semua berasal dari apotik, sebagian besar dari puskesmas dan apotik. Disini ada juga obat yang diperoleh dari toko obat. Semuanya pembelian obat dilakukan secara langsung. Obat diperoleh sebagian besar dengan harga khusus. Jenis obat yang tersedia berbagai macam, yaitu untuk demam/panas, flu/pilek, batuk, diare, kulit, malaria, luka dan vitamin. Sebagian kecil dari POD masih ada yang menyimpan obat di tempat yang tidak khusus, yaitu tercampur dengan barang lain. Keadaan fisik obat di separo jumlah POD baik, tetapi di separo jumlah POD lagi kurang baik. Pada saat menyerahkan obat kepada masyarakat sebagian besar POD menyertai informasi secara lisan maupun tertulis (Tabel 7, 8).

C. DUKUNGAN SOSIAL

Dukungan masyarakat terbesar adalah untuk pembiayaan POD. Sedang dari Pamong Desa, dukungan terbesar adalah pembinaan POD. Dari Puskesmas 19

dukungan yang besar berupa pelatihan kader, penyuluhan kepada masyarakat dan pelaporan POD (Tabel 9).

D. POD

Jarak POD ke Puskesmas pembina yang terbanyak antara 1-5 km dan 6-10 km, hanya sebagian kecil saja yang jaraknya kurang dari 1 km atau 12-30 km. Masih ada yang tidak ada transportasi umum atau transportasi berupa sepeda, sepeda motor, tetapi sebagian besar POD telah dapat dicapai dengan transportasi umum kendaraan beroda empat (Tabel 10).

Jumlah kader dalam POD yang terbanyak antara 1-5 orang. Sebagian POD memasang papan nama dan sebagian besar menyimpan buku pedoman POD yang diterbitkan Panitia Nasional POD. Hampir semua POD melakukan administrasi, yaitu memelihara: buku pengelolaan POD, buku catatan keuangan, buku catatan pasien, buku catatan obat dan semua melakukan administrasi tentang distribusi obat bulan terakhir (Tabel 11).

E. LAIN-LAIN

Untuk penyakit menular. Penyakit menular, di ketiga kecamatan tersebut ISPA masih ada pada urutan pertama dalam Daftar 10 penyakit yang banyak diderita masyarakat. Malaria tidak ada di Kendari dan di Lampung Selatan, tetapi di Lombok Barat malaria masih nomor 3 dalam urutan tersebut. Diare masih menjadi penyakit nomor 3. Tuberkulosis di Kendari merupakan penyakit nomor 9. Sedang di Lombok Barat dan Lampung Selatan tidak terlihat ada kasus tuberkulosis, kemungkinan hal ini disebabkan karena belum dilakukan penemuan kasus dini di lapangan oleh kader kesehatan (seperti di Kendari) (Tabel 12).

Untuk penyakit tidak menular. Di Kendari anemia mendapat nomor urut 3, dermatitis nomor 4 dan tukak lambung nomor 5. Penyakit kulit banyak diderita di tiga lokasi penelitian, di Lombok Barat nomor 2, di Kendari nomor 2 dan di Lampung Selatan nomor 3 (Tabel 12).

Fasilitas dan tenaga kesehatan. Posyandu di Lombok Barat ada 52 sedang POD hanya 9 buah. Di Lampung Selatan jumlah Posyandu 74 buah, tetapi POD hanya 4 saja. Sedang di Kendari tidak terlalu banyak Posyandu (hanya 14). Tenaga kesehatan yang banyak di Lombok Barat dan di Lampung Selatan adalah dukun beranak. Yang agak menyolok juga adalah PAKBD (Pos Alat Keluarga Berencana) yang hanya ada di Kendari saja. di Kendari tidak ada mantri yang berpraktek. Dokter yang berpraktek di masing-masing lokasi hanya 1 orang (Tabel 13).

RINGKASAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD)

I. NUSA TENGGARA BARAT, KABUPATEN KENDARI, KECAMATAN LAMBUYA

A. Desa Tawarotebota

1. Kader

- Jumlah kader 10 orang. Jumlah ini dirasa cukup. Kader POD merangkap kader kesehatan pada umumnya: Posyandu, PKK, PPK3D, Dasa Wisma.
- Umumnya wanita (8 orang), sudah menikah. Pekerjaan kader: aparat desa, tani, ibu rumah tangga, guru TK.
- Kader pengelola POD hanya 1 orang, yang lain lebih banyak bekerja untuk penemuan kasus (ISPA, malaria, dan lain-lain).
- Kader dapat dikatakan cukup bertahan (lestari), terutama karena kesadaran mereka cukup tinggi dan bekerja.
- Pengetahuan tentang penyakit dan obat sesuai dengan program P2M-PKMD.
- Pernah merujuk sampai ke RS, dengan biaya dana sehat.
- Mengobati penderita KP sejumlah 120 orang, sampai tuntas 6 bulan.
- Kader mengikuti pelatihan dan pelatihan ulang.

2. POD dan Obat.

- POD Tawarotebota merupakan pergantian dari P2M-PKMD 1989, pada tahun 1992 menjadi POD.
- Obat yang tersedia 4 jenis: parasetamol, kotrimoksazol pediatrik, oralit dan klorokuin.
- Program ini terutama ditujukan untuk mengatasi ISPA, dan diare pada Balita.
- Obat diperoleh dengan cara membeli di apotik Bivalent di Unaaha (apotik kabupaten) berdasarkan resep dokter puskesmas.
- Obat-obat tersebut tidak dijual, diberikan cuma-cuma kepada warga desa yang menjadi anggota dana sehat.
- Iuran Dana sehat Rp. 100,-/KK/bulan, sejak 1989.
- Lokasi POD di rumah Kepala Desa (Kades), karena isteri Kades adalah kader POD.
- Cakupan pelayanan meliputi desa itu sendiri lebih kurang 121 Kepala Keluarga.
- POD buka tiap saat dibutuhkan.
- Sejak ada program ini, kematian balita akibat ISPA dan diare menjadi 0% .
- "Reward" yang diterima kader berupa kartu berobat cuma-cuma di puskesmas, seragam posyandu atau KB.
- PAKBD tidak ada. Kader merangkap kader KB.
- POD berkaitan erat dengan posyandu, dana sehat dan kegiatan Dasa Wisma. Bidan desa belum terlihat di lapangan.

3. Dukungan

- Dana diperoleh dari dana sehat.
- Penyuluhan dilakukan dari rumah ke rumah oleh kader. Pertemuan bulanan di desa juga dimanfaatkan untuk memperkenalkan POD kepada masyarakat.
- Penyuluhan "door to door" oleh kader sekaligus untuk penemuan dini, kasus-kasus ISPA dan lain-lain yang termasuk dalam program P2M-PKMD.

4. Pengamatan Umum

- Desa terletak di sepanjang jalan poros kendari-Kolaka.
- Cukup makmur atau subur.

- Transportasi relatif mudah.
- Hanya 1 atau 2 dusun yang terletak agak ke dalam lebih kurang 4 km dari jalan poros.

B. Desa Ameroro

Diskusi Kelompok Terarah dihadiri oleh Kepala Desa, Sekretaris Desa dan Tokoh Masyarakat antara lain guru serta kader (daftar terlampir).

1. Kader

- Jumlah kader 10 orang, semuanya merangkap kader Posyandu.
- Kader POD diambil dari posyandu yang dulu dipilih oleh pamong desa bersama dengan petugas puskesmas.
- Sebagian besar kader adalah ibu rumah tangga dengan pekerjaan selain mengurus rumah juga bertani.
- Status sosial ekonomi kader hampir sama dengan masyarakat sekelilingnya.
- Kader ada 10 orang tetapi obat hanya ada pada salah seorang kader, yang lain aktif memberitahukan kepada masyarakat tentang adanya POD.

2. POD dan obat

- Persediaan obat hanya 4 macam, yaitu paracetamol, kotrimoksazol, oralit dan klorokuin, dianggap tidak lengkap, masyarakat menginginkan obat yang lain.
- Pertama kali obat didrop/diperoleh secara gratis selanjutnya dibeli dari dana yang dikumpulkan melalui jimpitan dan penjualan kepada masyarakat dan sisa arisan.
- Cara membeli obat melalui puskesmas dengan membawa daftar obat yang dibutuhkan dengan kemungkinan: petugas puskesmas yang membelikan; dokter menulis resep dan kader membeli di apotik.
- Pembelian obat sesuai kebutuhan, jadi bila ada yang habis segera ke puskesmas untuk minta bantuan untuk membeli obat.
- POD terletak di rumah kader/ketua kader dan buka 24 jam.
- Kader pernah merujuk pasien ke puskesmas.
- Pembinaan oleh staf puskesmas tiap bulan.
- Dari pamong pada tiap pertemuan mengingatkan warga tentang adanya POD di desa.
- Pemasyarakatan melalui pengajian, arisan dan juga waktu posyandu.

II. LAMPUNG, KECAMATAN NATAR, LAMPUNG SELATAN

A. Muhajirun Negara Ratu

1. Kader

- Yang ikut pelatihan 5 orang, dua orang pindah karena kebutuhan direkrut 2 orang lagi tetapi dilatih sendiri.
- Kader POD berasal dari kader posyandu, jadi kader rangkap.
- Kader berdomisili di dusun Muhajirun.
- Ketua kader adalah seorang insinyur peternakan, Alumni IPB, dan bekerja sebagai guru.
- Pengunjung pada umumnya hanya dari desa Nuhajirun ini saja.

2. Obat

- Jenis obat dianggap kurang.
- Pengadaan obat dari sumbangan dan beli melalui puskesmas.

3. POD

- Tempat dibagi 3 bagian, masing-masing dikelola oleh kader yang sudah ikut pelatihan.

- Pencatatan keseluruhan hanya dilakukan oleh ketua kader
- POD buka sepanjang hari.

4. Dana

- Dana diperoleh dari masyarakat yang datang/membutuhkan obat dan membayar sesuai dengan jenis obat.

5. Partisipasi tokoh masyarakat

- Karena dusun Muhajirun ini merupakan dusun yang bernaafaskan Islam, maka partisipasi utama adalah dari tokoh agama dan disampaikan di masjid dan pengajian.

6. Harapan dari kader

- Antara lain adalah agar dilakukan pelatihan secara berkala agar dapat mengikutsertakan kader/calon kader.

B. Desa Candi Mas. Dusun bangun Sari

1. Kader

- Jumlah kader aktif 4 orang, merangkap kader posyandu 3 wanita dan 1 pria. Semula mereka adalah kader posyandu, lalu ditatar oleh puskesmas sebagai kader POD.
- Kader ditunjuk oleh pejabat desa melalui musyawarah, terutama dilihat dari pengalamannya.
- Pekerjaan utama kader tani tumpangsari/petani penggarap dengan bagi hasil.
- Status sosial ekonominya tidak berbeda dengan semua penduduk desa. Pendidikan umumnya SD-SMP.
- Ketrampilan kader sesuai buku pedoman POD BPSM. Pelatihan 1 kali. Pernah merujuk karena tidak tahu obatnya apa. Ada kader baru, belum terlalu tahu tentang obat dan penyakit.

2. POD dan Obat

- POD dibentuk sejak 1991. Pembinaan POD dari puskesmas (Ibu Natalia) dan bidan desa.
- Obat POD diperoleh melalui puskesmas. Petugas puskesmas membelikan obat sekaligus membeli kebutuhan obat puskesmas (swasta). Pernah juga persediaan obat habis sehingga menolak pasien.
- POD buka sehari 3 kali jam 7.00 ; jam 12.00 dan malam karena Bu Rusti (kader pemegang obat) juga pergi ke sawah pada jam-jam tertentu.
- Untuk menyimpan obat, kader berinisiatif membuat lemari khusus obat.
- Harga obat di POD murah dibanding warung, dan POD boleh diutang dulu. Warung tetap menjual obat.
- Harga obat dijual Rp.200,-/kunjungan.
- Lokasi POD di rumah Ibu Rusti dianggap memadai karena letaknya cukup di tengah-tengah POD melayani dusun Bangun Sari II saja (3 RT).
- Ada permintaan dari dusun tetangga untuk mendirikan POD dan dijawab perlu peninjauan terlebih dahulu
- Dana POD diperoleh dari jual beli obat. Tidak ada dana sehat.
- POD sangat bermanfaat karena menolong masyarakat yang butuh obat.
- Faktor pendukung POD: aktifitas kader, jarak dusun dengan puskesmas, aktifitas penyuluhan pejabat desa, sulitnya transportasi.
- PAKBD tidak ada; kegiatan KB dirangkap oleh kader-kader tersebut

3. Dukungan Masyarakat

- Tidak ada dukungan dana dari desa, hanya dari jual beli obat.
- Upaya pemasyarakatan POD dilakukan oleh kader pada acara pengajian,

PKK, Dasa Wisma.

4. Pandangan Umum

- ° Bangun sari dimana ada POD tergolong desa miskin. Lahan berupa sawah tadah hujan dan gersang. Rumah umumnya dinding gedeg, jalan desa bukan jalan aspal (jalan tanah). Biaya transport ke puskesmas Rp. 2.500,-/pp.
- ° Dari 4 kader yang ada, 1 kader (isteri Pak Kades) sangat aktif dan obat di simpan di rumahnya.

III. KABUPATEN LOMBOK BARAT

Dari diskusi dengan para pejabat Kepala Kanwilkes dan Kepala Dinkes Dati II dan dokter Puskesmas tentang program POD selama ini, adalah sebagai berikut:

- ° Program POD telah dilaksanakan di semua kabupaten, NTB sejak 1991. Khusus untuk Kabupaten Lombok Barat: 2 - 9 POD tiap puskesmas dan 1 - 2 POD tiap desa.
- ° Jalur pengadaan obat melalui puskesmas dan diadakan dengan bantuan Koperasi Karyawan Dinkes Dati II. Pengadaan obat melalui BUMN selama ini boleh dikatakan tidak ada, kecuali paket I pada Pencanangan POD (tahun 1991).
- ° Hampir semua POD merupakan kader rangkap (Posyandu, PKK, dll.) yang telah mempunyai reputasi keaktifan di desa/dusun. Pelatihan kader diadakan di puskesmas, menggunakan buku pedoman dari Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat dan dilaksanakan bersama CARE. Upaya pelestarian kader dilakukan antara lain dengan memberikan seragam dan dengan bantuan CARE memberikan kartu berobat ke puskesmas secara cuma-cuma kepada kader dan keluarganya.
- ° Dana awal mendirikan POD diperoleh dari swadaya masyarakat, bantuan puskesmas dan dari CARE. Pembinaan POD dilakukan oleh petugas puskesmas, bersamaan dengan pembinaan posyandu dan CARE terutama dalam hal peran serta masyarakat. Laporan obat dilakukan satu kali sebulan dan rujukan ke puskesmas sudah diatur menggunakan surat rujukan. Selama ini rujukan POD ke Puskesmas Gangga masih jarang.
- ° Pemasyarakatan program POD dilakukan oleh para pejabat daerah (Bupati, Kepala Dinkes Dati II) sampai pada kader sendiri. Pemasaran POD umumnya melalui pertemuan-pertemuan rutin yang diselenggarakan oleh dusun atau desa setempat atau tatap muka.
- ° Masalah yang masih dirasakan:
 - pengadaan obat dari BUMN belum ada,
 - adanya kekhawatiran melepas obat-obat kepada kader,
 - mencari upaya agar kader tetap bersedia bertugas di POD.

Dari hasil observasi, wawancara terstruktur dan tatap muka di 5 POD diperoleh gambaran sebagai berikut:

A. POD di Kecamatan Gangga

	Jugil	St. Asli	Bingkangan
Jumlah kader	5	3	2
Usia kader antara 20-26 thn			
Pendidikan SD-SLTA			
Usia POD > 1thn			
Pekerjaan	tani	tani	tani
Pengelolaan			

Buku pedoman	ada	ada	ada dimanfaatkan
Buku pencatatan	+	-	+
Tempat obat	kurang memadai	terbuka/kotor	
Jumlah jenis obat	13	9	34
Aktivitas pelayanan kepada warga	+	±	+
Frekuensi beli obat	2	-	tiap bulan
Rujukan	-	-	±
Inisiatif kader	+	±	+
Seragam/kartu berobat	+	±	+
Dukungan Toma	+	±	+
Aktivitas desa	+	±	+

Keterangan: + = cukup baik; ± = baik; - = kurang baik

B. POD di Senteluk dan Jringo

- Usia POD: 3 tahun
- Jumlah kader: 3 dan 6 orang
- Usia kader: 20 - 26 tahun

Merangkap kader posyandu POD bertahan hidup karena masyarakat sudah menyadari pentingnya atau keuntungan adanya POD. Kader merupakan aktifis desa yang berinisiatif untuk memajukan desanya pada berbagai aspek termasuk bidang kesehatan, terutama di POD Senteluk.

Beberapa hal yang perlu diupayakan untuk menunjang kehidupan POD:

- reward untuk kader dalam bentuk penghargaan, kemudahan atau lainnya,
- pelatihan ulang untuk kader,
- pengadaan pertemuan reuni untuk para kader POD, untuk saling tukar pengalaman dan saling belajar antara POD yang lama dan baru,
- memotivasi kader agar melakukan studi banding di tempat lain.

IV PEMBAHASAN

Dari ketiga lokasi penelitian, dilakukan pengumpulan data dengan berbagai cara yang sama, yaitu: diskusi kelompok terarah dengan tokoh masyarakat dan pemerintah di desa, wawancara dengan kader, setiap POD diusahakan 2 orang kader diwawancarai, dan dengan pengamatan mengenai fisik POD-nya sendiri.

Untuk itu telah dilakukan pengumpulan data pada 24 buah POD, dan wawancara dengan 46 orang kader.

DISKUSI KELOMPOK TERARAH (Fokus Group Discussion = FGD)

Dari diskusi kelompok diketahui bahwa di Kendari, ada dua desa dimana dapat dilakukan FGD dengan sangat baik. Informasi yang diperoleh juga sangat jelas, karena FGD dilaksanakan di rumah Kepala Desa (Kades) yang ketempatan POD dan isteri Kades adalah kader POD.

Kader POD ada 10 orang yang merangkap kader kesehatan, yaitu Posyandu, PKK, PPK3D, Keluarga Berencana (KB) dan Dasa Wisma. POD disini erat kaitannya dengan Posyandu, Dana sehat, dan kegiatan Dasa Wisma. Kader pengelola POD hanya 1 orang. Yang lainnya bertugas menemukan kasus di masyarakat dengan ISPA, malaria, tbc, dll. Kader telah mengikuti pelatihan dan pelatihan ulang.

Pengetahuan kader di Kendari tersebut lebih dari kader POD biasa, khususnya untuk mengenal kasus penyakit menular dan pengobatannya. Obat yang tersedia hanya 4 macam, yaitu: tablet parasetamol, tablet kotrimoksazol pediatrik, oralit dan tablet klorokuin. Di atas setiap tempat penyimpanan obat POD ditempelkan pada dinding petunjuk mengenai pengenalan penyakit dan pengobatannya.

Riwayat dari POD di Kendari adalah pergantian dari P2M-PKMD yang didirikan pada tahun 1989 dan berubah namanya menjadi POD dengan fungsi yang sama dengan sewaktu masih bernama P2M-PKMD.

Persediaan obat POD di satu desa dibeli dengan iuran dana sehat sebesar Rp. 100 per KK tiap bulan, sejak tahun 1989, dan obat diberikan cuma-cuma kepada warga. Di desa lainnya dana diperoleh dengan melalui jimpitan, penjualan obat POD dan sisa arisan. Pertama kali obat diberikan gratis oleh pemerintah. Pembelian obat selanjutnya dilakukan berdasarkan resep dokter Puskesmas di apotik kabupaten. Cakupan pelayanan di salah satu desa (Desa Tawarotobota) meliputi desa itu sendiri dengan 121 KK.

Para kader mendapatkan "reward" berbentuk kartu berobat cuma-cuma di Puskesmas, seragam Posyandu atau KB.

Penyuluhan dilakukan dengan intensif dari kader dari rumah ke rumah karena harus menemukan kasus, sekaligus mengenalkan POD kepada masyarakat. Pertemuan bulanan di desa, Posyandu, pengajian dan arisan juga dimanfaatkan untuk memperkenalkan POD pada masyarakat.

Diperoleh juga keterangan bahwa sejak adanya program P2M-PKMD kemudian dinamakan POD tersebut, kematian Balita akibat ISPA dan diare menjadi 0%. (Dalam penelitian ini evaluasi dampak model POD seperti ini di masyarakat tidak

dilakukan). Kader POD juga merujuk ke Puskesmas. Khusus kader yang menemukan orang yang batuk di salah satu keluarga, dilaporkan ke Puskesmas, kemudian sputum diambil oleh petugas Puskesmas untuk diperiksa apakah orang tersebut menderita TBC.

Di salah satu desa, masyarakat merasakan bahwa POD tersebut tidak lengkap, dan mereka menginginkan obat lain juga tersedia di POD. Sampai sekarang, POD di Kendari tidak diperkenankan menyerahkan obat lain, selain keempat obat tersebut.

Kesimpulan: Dari contoh contoh POD di dua desa di Kendari tersebut dapat diambil segi-segi positifnya. Pelaksanaan POD menyatu dengan unit-unit sosial dan kesehatan lainnya di desa, dengan pimpinan Kades dan isterinya. Kader POD demikian pula, merangkap menjadi kader posyandu, KB, dan mendapat latihan dan latihan ulang mengenai tugasnya. Tugas kader POD yang sangat baik ialah menyatu dengan pelaksanaan Dasa Wisma, untuk menemukan kasus dari rumah ke rumah. POD model ini sangat baik untuk menurunkan kematian yang disebabkan oleh ISPA, diare, malaria, dan TBC.

Jika POD ini dikehendaki untuk melayani obat yang diperlukan masyarakat untuk pengobatan sendiri penyakit ringan yang dideritanya, agar produktivitas masyarakat meningkat, maka POD dapat menambah jenis obatnya, dan kader diberi latihan untuk penggunaan obat baru yang tersedia di POD.

Yang dapat juga diambil segi positifnya adalah penempelan plakat di dinding berisi pedoman pengobatan di sebelah atas kotak atau almari obat POD, sehingga kader segera dapat membacanya jika agak lupa.

INFORMASI DARI KUESIONER

A. Kader POD

1. Dari ketiga daerah yang dievaluasi dapat diwawancara 46 orang kader, yang lebih banyak wanita daripada pria, dan telah menikah umumnya, sedang umur umumnya antara 20 sampai 30 tahun dua kali lebih banyak dari yang berumur 31 tahun sampai dengan 51 tahun. Pendidikan resmi antara SD tamat s/d SLA tamat.

Pada umumnya pekerjaan kader adalah sebagai petani dan ada beberapa yang pekerjaannya sebagai guru. Tingkat ekonomi kader pada umumnya rendah sampai menengah.

Pengetahuan kader mengenai Pos Obat Desa cukup baik, karena hampir semua kader pernah mendapat pelatihan POD dan mempunyai buku pegangan kader POD. Mereka umumnya mengetahui apa tugas sebagai kader POD dan mempunyai pengetahuan mengenai obat POD dan kegunaannya.

Mengenai tujuan POD masih ada 30% yang tidak mengetahui. Mereka juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kegiatan kader.

Mengenai sikap kader terhadap pekerjaannya, umumnya mereka senang menjadi kader dan merangkap sebagai kader Posyandu. Hanya sebagian (20%) yang tidak senang bahwa POD berlokasi di rumahnya.

Mengenai waktu luang kader: hanya 25% kader yang mempunyai pekerjaan terikat waktu, sedang lainnya tidak. Tetapi 50% dari kader masih mempunyai anak Balita.

Tempat tinggal kader POD tidak jauh dari lokasi POD. Lama menjadi kader POD ada yang sampai 5 tahun, tetapi yang banyak antara 1 sampai 3 tahun.

Hubungan umur kader dengan pengetahuannya: pengetahuan kader yang berumur antara 20-30 tahun hampir sama dengan yang berumur lebih dari 30 tahun. Demikian pula pengetahuan dari kader yang pendidikannya tidak tamat SLTA juga tidak berbeda dengan yang SLTA ke atas. Sedang kader dengan tingkat ekonomi rendah, ternyata pengetahuannya agak lebih baik dari yang dengan ekonomi tidak rendah.

Pengetahuan kader sesuai lama mereka menjadi kader tidak ada perbedaan, sedang sikap kader akan berangsur-angsur lebih setelah mereka lama menjadi kader. Mengenai hubungan motivasi menjadi kader dan lama menjadi kader, setelah agak lama menjadi kader, maka niat untuk keuntungan pribadi menjadi menurun sedang niat untuk pengabdian masyarakat menjadi bertambah.

Lama menjadi kader juga akan meningkatkan waktu luangnya yang tersedia untuk POD.

POD yang berlokasi di rumah kader ternyata lebih banyak dari kader yang masih baru, sedang untuk kader yang telah bekerja lebih dari 1 tahun lebih banyak yang tidak di rumah sendiri.

B. Ketersediaan obat

Pada waktu penyerahan obat bahan kemasan yang digunakan untuk membungkus adalah koran dan plastik. Sedang informasi saat diserahkan obat kepada orang sakit umumnya tidak ada atau hanya kadang-kadang secara lisan. Sedikit sekali yang dibuat secara tertulis.

Pembelian obat untuk persediaan di POD bersumber dari swasta dengan harga pembelian obat lebih murah hanya merupakan 50% dari POD, demikian pula kelengkapan ketersediaan 6 item juga kurang dari 50% POD. Mengenai tempat penyimpanan obat khusus POD hampir semua ada, tetapi keadaan fisik obat 30% POD yang diamati keadaannya tidak baik lagi. Mengenai informasi tertulis untuk penggunaan obat juga masih kurang, hanya 30% POD mempunyainya.

C. Dukungan sosial

Dukungan masyarakat yang berupa pembiayaan cukup banyak POD yang memperolehnya (80%), walaupun hanya 25% POD menerima pembinaan masyarakat. Sedang dari pamong praja hanya 25% POD menerima pembinaan berupa pembiayaan mendapat bantuan penyuluhan tentang POD pada masyarakat (30%). Sedang 50% dari POD menerima pembinaan dari pamong desa.

Mengenai dukungan pembiayaan kegiatan POD, hanya sedikit POD yang

?

menerima dari instansi kesehatan (18%), sedang 80% dari POD mendapat pembinaan dari instansi kesehatan. Juga penyuluhan kepada masyarakat lebih dari 60% POD menerima dukungan tersebut dari instansi kesehatan.

D. Kegiatan POD

Mengenai papan nama POD, masih banyak POD yang tidak memasang papan nama (66%), dan yang sudah ada papan nama sebagian besar juga belum mencantumkan nama dan alamat POD, dan nama-nama kader POD.

Jarak lokasi POD hanya sedikit yang dekat dengan Puskesmas Pembina (hanya 8% yang jaraknya kurang dari 1 km), yang terbanyak adalah jarak antara 1-5 km (41%), sedang yang jaraknya 6-10 km ada sebanyak 39%, sedang yang lebih dari 10 km ada 21% jumlahnya.

Kegiatan POD sebulan terakhir pada POD sebagian besar (lebih kurang 80%) berupa pendistribusian obat, pencatatan obat, pencatatan pasien, pencatatan keuangan dan membaca buku pegangan kader.

Kegiatan POD jika dihubungkan dengan lama menjadi kader, ternyata kader 0-1 thn lebih baik kegiatan di POD daripada yang kader yang lebih dari 1-5 thn.

Kegiatan pada POD dengan ketersediaan obat kurang baik, dan yang baik, sama yaitu kegiatannya umumnya baik (lebih dari 60%).

Kegiatan pada POD, baik yang mendapat dukungan maupun yang tanpa dukungan masyarakat umumnya cukup baik (lebih dari 60%). Demikian pula kegiatan pada POD yang mendapat dukungan dan tanpa dukungan pamong desa, sama yaitu umumnya baik (lebih kurang 60%).

Yang agak aneh ialah, bahwa POD yang tidak mendapat dukungan dari instansi kesehatan kegiatannya semua baik (100%), sedang yang mendapat dukungan dari instansi kesehatan, POD yang baik kegiatannya hanya 60%.

V KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Terdapat 2 model Pos Obat Desa, yang jika dapat diambil unsur dan faktor yang mendorong aktifitas kedua model tersebut, dapat dijadikan bahan untuk memperbaiki Pos Obat Desa yang telah ada.

1. Pos Obat Desa di Kendari, Sulawesi Tenggara pada umumnya cukup baik dan jika terus dibina dan dimonitor dapat mengakibatkan turunnya angka kematian anak yang disebabkan oleh penyakit menular seperti diare, malaria, ISPA, dan tuberkulosis.

2. Pos Obat Desa di Lombok Barat, NTB dan di Lampung Selatan, Lampung, pada umumnya cukup membantu masyarakat untuk mengobati sendiri dan memelihara kesehatannya sendiri. Dengan demikian, model Pos Obat Desa ini dapat mengurangi angka kesakitan, yang disebabkan karena berbagai penyakit.

Saran

Untuk membantu mengurangi angka kematian yang disebabkan oleh penyakit menular di desa, maka program Pos Obat Desa yang mengikuti pola Hasil Penelitian Operasional (tahun 1989/1990) dapat ditingkatkan fungsinya. Untuk itu perlu menyusun bahan untuk pelatihan yang sesuai dan mengadakan pelatihan ulang pada kader Pos Obat Desa yang telah aktif.

VI DAFTAR PUSTAKA

1. Sri Sugati Sjamsuhidajat dkk., Laporan Penelitian Oprasional Pengadaan Obat pada Posyandu. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes, 1989.
2. Weeking. Penelitian Pos Obat Desa. Lokakarya Nasional Pengembangan Pos Obat Desa, Cisarua 12-15 Agustus 1991. Departemen Kesehatan RI.
3. Tim Perumus Pos Obat Desa, Pos Obat Desa. Lokakarya Nasional Pengembangan Pos Obat Desa, Cisarua 12-15 Agustus 1991. Departemen Kesehatan RI.
4. Dr. Muharso, SKM, Kegiatan Pos Obat Desa pada 2 Wilayah Kecamatan di Kabupaten Lombok Barat-NTB, Lokakarya Nasional Pengembangan Pos Obat Desa, Cisarua 12-15 Agustus 1991. Departemen Kesehatan RI.
5. Dr.H. Mohammad Ali, Pos Obat Desa GERSAMATA, Lokakarya Nasional Pengembangan Pos Obat Desa, Cisarua 12-15 Agustus 1991. Departemen Kesehatan RI.
6. Dr. Satrya Thaifur, Pos Obat Desa (Pengalaman Lapangan Penerapan POD Dalam Lingkup Dana Sehat di Kabupaten Soppeng, Lokakarya Nasional Pengembangan Pos Obat Desa, Cisarua-12-15 Agustus 1991. Departemen Kesehatan RI.

DATA KESEHATAN DI PUSKESMAS

Tabel 1. Pola penyakit di puskesmas KECAMATAN GANGGA, LOMBOK BARAT

No.	Pola Penyakit Utama	Pasien	%
1.	ISPA	650	23,7
2.	Penyakit kulit	310	11,3
3.	Malaria	260	9,5
4.	Myalgia/ reumatik	130	4,7
5.	Diare	120	4,4
6.	Mata	90	3,3
7.	Rongga mulut	85	3,1
8.	Tukak lambung	80	2,9
9.	Anemia	50	1,8
10.	Bronchitis	40	1,5
11.	Lain-lain	920	33,8
Jumlah		2740	100,0

Tabel 2. Kader POD tahun 1991-1994 di KECAMATAN GANGGA, LOMBOK BARAT

Tahun	Jumlah POD	Jumlah kader
1991	0	0
1992	0	0
1993	9	9
1994	9	36

Tabel 3. Daftar sarana kesehatan di KECAMATAN GANGGA, LOMBOK BARAT

Sarana kesehatan	Jumlah
Dokter praktek	1
Mantri praktek	6
Puskesmas	1
Puskesmas pembantu/puskesmas keliling	6
Posyandu	52
Pos Obat Desa	9
Warung obat	0
Bidan di desa	5
Pos Alat KB desa	0
Dukun beranak	84
Pengobat tradisional	0

Tabel 4. Pola penyakit di puskesmas KECAMATAN LAMBUYA, KAB. KENDARI

No.	Pola Penyakit Utama	Pasien	%
1.	ISPA	179	12,7
2.	Penyakit kulit	162	11,5
3.	Defisiensi vitamin	124	8,8
4.	Dermatitis	98	6,9
5.	Tukak lambung	92	6,5
6.	Mata	67	4,7
7.	Scabies	51	3,6
8.	Diare lambung	49	3,5
9.	TB klinik	32	2,3
10.	HT	29	2,1
11.	Lain-lain	531	37,6
	Jumlah	1414	100,0

*dari m
Silva*

Tabel 5. Kader POD tahun 1991-1994 di KECAMATAN LAMBUYA, KAB. KENDARI

Tahun	Jumlah POD	Jumlah kader
1991	15	225
1992	15	225
1993	15	225
1994	11	165

Tabel 6. Daftar sarana kesehatan di KECAMATAN LAMBUYA, KAB. KENDARI

Sarana kesehatan	Jumlah
Dokter praktek	1
Mantri praktek	0
Puskesmas	1
Puskesmas pembantu/ puskesmas keliling	7
Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)	14
Pos Obat Desa (POD)	11
Warung obat	0
Bidan di desa	3
Pos Alat KB Desa (PAKBD)	12
Dukun beranak	23
Pengobat tradisional	0

?

Tabel 7. Pola penyakit di puskesmas KECAMATAN NATAR, LAMPUNG SELATAN

No.	Pola Penyakit Utama	Pasien	%
1.	ISPA	654	32,1
2.	Infeksi saluran usus	259	12,7
3.	Penyakit kulit	244	11,9
4.	Rongga mulut	206	10,0
5.	Kecelakaan	97	4,7
6.	ISPB	95	4,6
7.	Hipertensi	93	4,6
8.	Mata	75	3,7
9.	Rematik	69	3,4
10.	Demam bersdarah	38	1,9
11.	Lain-lain	211	10,3
	Jumlah	2040	100,0

Tabel 8. Kader POD tahun 1991-1994 di KECAMATAN NATAR, LAMPUNG SELATAN

Tahun	Jumlah POD	Jumlah kader
1991	3	15
1992	4	20
1993	4	20
1994	4	20

Tabel 9. Daftar sarana kesehatan di KECAMATAN NATAR, LAMPUNG SELATAN

Sarana kesehatan	Jumlah
Dokter praktek	1
Mantri praktek	6
Puskesmas	1
Puskesmas pembantu/ puskesmas keliling	3
Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)	74
Pos Obat Desa (POD)	4
Warung obat	0
Bidan di desa	5
Pos Alat KB Desa (PAKBD)	0
Dukun beranak	49
Pengobat tradisional	10

PEDOMAN OBSERVASI POS OBAT DESA (POD)

NAMA RESPONDEN

NAMA POD

NAMA DESA/KELURAHAN

KECAMATAN

KABUPATEN/KOTAMADYA

NAMA PEWAWANCARA

c. Catatan obat

d. Catatan lain

A. POS OBAT DESA

1. Papan nama POD
 - a. Tidak ada
 - b. Ada
2. Bila ada, keterangan pada papan nama POD
 - a. Nama POD
 - b. Alamat POD
 - c. Nama Kader
 - d. Jadwal kegiatan
 - e. Lainnya
3. Lokasi POD (*)
 - a. Rumah kader/tokoh masyarakat
 - b. Rumah pejabat desa
 - c. Rumah pejabat kesehatan
 - d. Lainnya
4. Jarak POD ke puskesmas pembina kira-kira berapa meter?
5. Transportasi yang digunakan bila ke puskesmas (*)
 - a. Sepeda motor/ojek
 - b. Cidomo/Delman/becak/kendaraan umum roda tiga
 - c. Kendaraan umum roda empat
 - d. Lainnya
6. Jumlah kader POD saat ini berapa orang? (*)
7. Struktur organisasi/pembagian kerja kader di POD (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Ada, gambarkan.
8. Jadwal buka POD
9. Penduduk desa yang dicakup POD KK (*)
10. Buku yang dimiliki POD saat ini
 - a. Buku pedoman kader pengobatan sendiri
 - b. Buku pedoman kader pengelolaan POD
 - c. Buku lainnya, sebutkan.
11. Catatan yang dibuat sehubungan dengan kegiatan POD
 - a. Catatan keuangan
 - b. Catatan pasien

B. OBAT

12. Sumber pengadaan obat (*)
 - a. PBF
 - b. Apotik rujukan/generik/umum
 - c. Puskesmas
 - d. Lainnya, sebutkan
13. Cara pengadaan obat (*)
 - a. Sumbangan cuma-cuma
 - b. Beli tunai
 - c. Beli kredit
 - d. Lainnya, sebutkan
14. Kesesuaian jumlah obat antara kebutuhan dengan pembelian (*)
 - a. Sesuai
 - b. Tidak sesuai, alasan
15. Harga obat yang dipesan (*)
 - a. Harga khusus/ ada korting
 - b. Sama dengan pembeli eceran
 - c. Lainnya, sebutkan
16. Obat yang tersedia di POD
 - a. Obat demam/ panas
 - b. Obat flu/pilek
 - c. Obat batuk
 - d. Obat diare
 - e. Obat pusing/sakit kepala
 - f. Obat kulit
 - g. Obat malaria
 - h. Obat luka
 - i. Vitamin
 - j. Obat program P2M-PLP
 - k. Lainnya, sebutkan
17. Tempat penyimpanan obat
 - a. Bercampur barang lain
 - b. Tempat khusus
18. Penyimpanan obat terlindung dari lembab
 - a. Tidak
 - b. Ya
 - c. Lainnya, sebutkan
19. Penyimpanan obat terlindung dari sinar matahari
 - a. Tidak
 - b. Ya
 - c. Lainnya, sebutkan
20. Keadaan fisik obat
 - a. Semua baik
 - b. Ada yang tidak baik, komentar

21. Kemasan saat penyerahan obat
 - a. Seadanya kertas/amplop
 - b. Kemasan obat resmi/pot obat/plastik beretiket
 - c. Lainnya, sebutkan
22. Informasi pada saat penyerahan obat (*)
 - a. Tidak ada/ kadang-kadang
 - b. Secara lisan
 - c. Secara tertulis
 - d. Lainnya, sebutkan

C. DUKUNGAN SOSIAL

23. Kegiatan yang dilakukan POD sebulan terakhir (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Menjual obat tunai
 - c. Menjual obat tidak tunai
 - d. Mendistribusikan obat program
 - e. Lainnya, sebutkan .
24. Biaya untuk kegiatan POD (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Dari swadaya masyarakat
 - c. Dari pemerintah daerah/desa
 - d. Dari puskesmas

Ceritakan
25. Pembinaan kegiatan POD (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Oleh tokoh masyarakat
 - c. Oleh Kepala Desa
 - d. Oleh Kepala Puskesmas

Ceritakan
26. Penyuluhan masyarakat terhadap kegiatan POD (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Oleh tokoh masyarakat
 - c. Oleh pejabat desa
 - d. Oleh pejabat puskesmas

Ceritakan
27. Pelaporan POD (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Kepada tokoh masyarakat
 - c. Kepada pemerintah desa
 - d. Kepada puskesmas

Ceritakan
28. Dukungan lainnya yang diberikan terhadap POD (*)
 - a. Tidak ada
 - b. Oleh tokoh masyarakat
 - c. Oleh pejabat desa
 - d. Oleh pejabat puskesmas

Ceritakan bentuknya.
29. Hubungan POD dengan Posyandu (*)
 - a. Tidak ada hubungan dengan posyandu
 - b. Lokasi sama dengan posyandu
 - c. Jadwal buka sama dengan posyandu
 - d. Kader sama dengan posyandu
 - e. Lainnya, sebutkan

Ceritakan
30. Tuliskan hasil catatan yang ada di POD (pertanyaan no.11)
 - a. Bentuk dan materi ang dicatat
 - b. Sumber obat
 - c. Frekuensi pengadaan selama 1994
 - d. Jumlah jenis obat
 - e. Harga penjualan
 - f. Omset
 - g. Jumlah nama pasien
 - h. Lokasi RT dan RW pasien
 - i. Lainnya yang dibutuhkan

KUESIONER KADER POS OBAT DESA (POD)

NAMA RESPONDEN

NAMA POD

NAMA DESA/KELURAHAN

KECAMATAN

KABUPATEN/KOTAMADYA

NAMA PEWAWANCARA

A. KARAKTERISTIK KADER

1. Jenis kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
2. Umur (angka dibulatkan ke bawah)
3. Pendidikan formal terakhir
 - a. Tidak tamat SD/kejar paket A/B
 - b. Tamat SD/Ibtidaiyah
 - c. Tamat SLP/Tsanawiyah
 - d. Tamat SLA/Aliyah atau lebih
4. Pekerjaan
 - a. Karyawan pemerintah
 - b. Karyawan swasta
 - c. Jasa
 - d. Buruh
 - e. Petani pemilik
 - f. Pedagang
 - g. Tidak bekerja
 - h. Lainnya
5. Status pernikahan
 - a. Belum menikah (langsung ke nomor 8)
 - b. Janda/duda (langsung ke nomor 8)
 - c. Menikah
6. Jumlah anak BALITA yang dimiliki berapa orang.
7. Pekerjaan suami/isteri
 - a. Tidak ada
 - b. Pekerja tidak tetap/jasa/buruh/tani/pedagang
 - c. Pegawai tetap/karyawan pemerintah
 - d. Pegawai/karyawan swasta
 - e. Lainnya
8. Barang berharga yang dimiliki (observasi)
 - a. Tidak ada
 - b. TV berwarna/kulkas
 - c. Sepeda motor/kerbau/sapi/cidomo
 - d. Rumah permanen/mobil keperluan pribadi
 - e. Lainnya

B. KEGIATAN KADER

9. Telah berapa lama Saudara menjadi kader POD berapa tahun
10. Siapa yang menunjuk/memilih Saudara menjadi kader POD?

- a. Dipilih oleh masyarakat
 - b. Ditunjuk pejabat daerah/desa
 - c. Ditunjuk pejabat kesehatan/puskesmas
 - d. Lainnya
11. Bagaimana perasaan Saudara setelah terpilih menjadi kader POD
 - a. Kurang senang
 - b. Ragu-ragu
 - c. SenangAlasan ?
 12. Apakah Saudara juga menjadi kader kegiatan lain/rangkap?
 - a. Tidak
 - b. Kader Posyandu
 - c. Kader PAKBD
 - d. Juru imunisasi
 - e. Bidan desa
 - f. Lainnya
 13. Kegiatan masyarakat apa yang pernah Saudara ikuti?
 - a. Tidak ada
 - b. Kegiatan informal (pengajian/olah raga/arisan)
 - c. Kegiatan formal desa (PKK/RT/RW dsb.)
 - d. Kegiatan kesehatan (PAKB/Bidan/desa/Posyandu)
 - e. Lainnya
 14. Apakah Saudara pernah mengikuti pelatihan kader POD?
 - a. Tidak (langsung no.14)
 - b. Ya, tahun berapa.
 15. Berapa orang yang mengikuti pelatihan bersama Saudara.
 16. Sekarang, berapa orang yang masih aktif sebagai kader POD?
 17. Apa kira-kira penyebab mereka tidak aktif lagi?
 - a. Pindah rumah
 - b. Sudah bekerja
 - c. Punya anak
 - d. Lainnya
 18. Apakah Saudara mempunyai buku pegangan kader?
 - a. Ya, sebutkan bukunya
 - b. Tidak
 19. Bagaimana menurut Saudara mempelajari/memahami buku itu?
 - a. Sulit dipahami
 - b. Ragu-ragu
 - c. Mudah dipahamiAlasan

20. Menurut Saudara apa tugas seorang kader POD?
21. Apa tujuan/ keinginan Saudara menjadi kader POD?

C. POS OBAT DESA

22. Berapa meter jarak POD dari rumah Saudara?
23. Bagaimana menurut Saudara jika lokasi POD di rumah Saudara?
 - a. Kurang setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Setuju
 Alasan
24. Berapa kali dalam sebulan Saudara datang ke POD?
25. Sebutkan 3 obat POD yang paling laku dan kegunaannya?
26. Bagaimana menurut Saudara dalam melayani kebutuhan orang sakit, POD perlu merujuk pasien ke puskesmas?
 - a. Tidak
 - b. Ragu-ragu
 - c. Ya
 Alasan
27. Di luar hari buka POD, apakah Saudara melakukan upaya untuk memperkenalkan POD kepada masyarakat?
 - a. Tidak (langsung ke nomor 29)
 - b. Ya
28. Bila "ya", menurut pengalaman Saudara bagaimana cara terbaik untuk mengingatkan masyarakat terhadap POD?
 - a. Pertemuan informal desa/arisan

- b. Pertemuan formal/desa
- c. Pertemuan kesehatan (PAKB, Bidan desa, Posyandu)
- d. Kunjungan langsung dari rumah ke rumah
- e. Lainnya

29. Menurut Saudara untuk tujuan apa diadakan POD?

D. DUKUNGAN SOSIAL

30. Siapa yang pernah memberi dukungan/perhatian terhadap kader POD?
 - a. Tidak ada (langsung ke nomor 32)
 - b. Tokoh masyarakat
 - c. Petugas kelurahan/desa
 - d. Petugas puskesmas
 - e. Lainnya
31. Dalam bentuk apa dukungan/perhatian tersebut?
 - a. Tidak ada
 - b. Sumbang saran/penghargaan/kemudahan di puskesmas
 - c. Sumbangan material/prasarana
 - d. Sumbangan dana/insentif
 - e. Piknik bersama
 - f. Baju seragam kader
32. Menurut Saudara hal-hal apa yang dapat meningkatkan/menurunkan kegiatan kader?
33. Menurut Saudara hal-hal apa yang dapat meningkatkan/menurunkan kegiatan POD?
34. Tuliskan pendapat pewawancara terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku responden dalam kegiatan POD.

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERFOKUS (Focus Group Discussion/FGD)

NAMA DESA/KELURAHAN
KECAMATAN
KABUPATEN/KOTAMADYA
NAMA PEMANDU FGD

I. Jelaskan maksud diadakan FGD. Mulai diskusi dengan pembicaraan tentang program Peran Serta Masyarakat dan program lain yang berkaitan dengan POD

II. DISKUSI

Materi yang didiskusikan dengan kelompok. Pembicaraan tidak perlu sesuai dengan urutan nomor.

1. KADER

- a. Berapa jumlah kader yang ada, kader apa saja? Berapa jumlah kader POD ?
- b. Bagaimana cara memilih kader POD
- c. Usia, jenis kelamin, status marital kader POD yang ada sekarang ini ?
- d. Pendidikan dan pekerjaan pokok/lain kader POD
- e. Status sosial ekonomikaderPOD
- f. Ketrampilan, kemampuan dan pengetahuan kader POD

Pengetahuan tentang obat, gejala penyakit, rujukan ke puskesmas, pengelolaan keuangan dan administrasi obat

2. OBAT

- g. Cara mendapatkan obat untuk kegiatan POD. Sumber dan jalur
- h. Jenis obat apa saja yang tersedia di POD ? Apakah jenis tersebut cukup, atau masih ada

yang perlu disediakan. Apakah ada terjadi penolakan oleh POD karena jenis obat tidak tersedia (karena persediaan habis atau memang tidak tersedia)

i. Harga obat di POD ?

3. PARTISIPASI MASYARAKAT

- j. Dukungan dana: dana sehat, arisan posyandu, bantuan swasta, bantuan program, swadaya desa, dll.
- k. Upaya yang dilakukan untuk menghidupkan POD. Upaya struktur kesehatan (puskesmas, dll.) sejauh diketahui oleh Tokoh Masyarakat.
- l. Cara-cara pemasyarakatan/ penyebarluasan POD

4. POS OBAT DESA

- m. Tempat/lokasi POD? Cukup memadai, tepat, dll.
- n. Sejauh mana cakupan POD? Seluruh penduduk dusun/desa, luar dusun/desa.
- o. Apakah jam buka POD cukup memadai.
- p. Apakah POD pernah merujuk orang sakit ke puskesmas atau dokter? Kasus apa dan mengapa dirujuk?
- q. Apakah manfaat kegiatan POD?
- r. Jika ada, faktor apa yang menghambat atau mendukung kegiatan POD?
- s. Apakah di desa ini ada PAKBD. Bagaimana dengan kader, pendanaan, sponsor, dsb. Kaitan POD dengan PAKBD, bidan desa, juru imunisasi, PKK, Posyandu, dll.

DATA UMUM DI KANTOR DESA/ KELURAHAN

NAMA DESA/KELURAHAN

KECAMATAN

KABUPATEN/KOTAMADYA

NAMA PEWAWANCARA

1. Kepala Desa/kelurahan
 - a. Nama Kepala desa/ Lurah lk/pr.
 - b. Umur/tahun
 - c. Pendidikan terakhir
 - d. Masa kerja (tahun)
2. Klasifikasi desa
 - a. Swadaya
 - b. Swakarya
 - c. Swasembada
3. Luas wilayah desa berapa ha
4. Penggunaan tanah di desa
 - a. Tanah darat (ha)
 - b. Sawah (ha)
 - c. Kebun (ha)
 - d. Lainnya (ha)
5. Jumlah Rukun tetangga, rukun warga
6. Jumlah penduduk/kepala keluarga
7. Susunan umur dan jenis kelamin penduduk desa
 - a. umur/laki-laki/perempuan (jumlah)
8. Jumlah sarana pendidikan
 - a. Pendidikan (jumlah)
 - b. Taman kanak-kanak
 - c. SD/ Madrasah Ibtidaiyah
 - d. SLP/ Madrasah Tsanawiyah
 - e. SLA/ Madrasah Aliyah
 - f. Pendidikan non formal
9. Pendidikan penduduk
 - a. Pendidikan (jumlah orang)
 - b. Taman kanak-kanak
 - c. SD/ Madrasah Ibtidaiyah
 - d. SLP/ Madrasah Tsanawiyah
 - e. SLA/ Madrasah Aliyah
 - f. Pendidikan non formal Jumlah
10. Mata pencaharian penduduk
 - a. Mata pencaharian/pekerjaan (jumlah orang)
 - b. Pegawai negeri/ABRI
 - c. Pegawai swasta
 - d. Buruh
 - e. Tani
 - f. Pedagang
 - g. Jasa
11. Sarana transportasi yang dimiliki
 - a. Sarana transportasi jumlah
 - b. Truk angkutan umum
 - c. Motor
12. Alat transportasi umum yang digunakan penduduk desa
 - a. Sarana transportasi Tarif
 - b. Angkutan roda empat
 - c. Angkutan roda tiga
 - d. Angkutan roda dua
13. Sarana komunikasi yang dimiliki penduduk
 - a. Sarana komunikasi jumlah
 - b. Televisi
 - c. Radio
14. Jumlah sarana kesehatan
 - a. Klinik
 - b. Dokter praktek
 - c. Mantri praktek
 - d. Toko /warung obat
 - e. Puskesmas
 - f. Puskesmas pembantu/ kel
 - g. Posyandu
 - h. Pos obat desa
 - i. Pos KB
 - j. Bidan desa
 - k. Dukun beranak
 - l. Pengobat tradisional/dukun
15. Gambarkan lokasi sarana kesehatan di RW desa tersebut

