

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN DESA
DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF
(Studi Kepmenkes RI No. 1529/MENKES/SK/X/2010)
DI KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT**



**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelara Magister Sains Dalam Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

ARIF SUSANTO

NIM. 018264422

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2013**

ABSTRACT
THE IMPLEMENTATION OF DEVELOPMENT POLICY OF THE ACTIVE STAND-BY VILLAGES
(STUDY THE DECISION THE MINISTER OF HEALTH INDONESIAN NUMBER 1529/MENKES/SK/2010 AT KOTAWARINGIN BARAT REGENCY)

ARIF SUSANTO
MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION, TERBUKA UNIVERSITY
arifdiskeskoobar@gmail.com

Key Word : *Autonomy, Stand-By Villages, Empowerment And Habitual For Life Health*

The aim of the research want to know implementation of development policy of the active stand-by villages. The background of research above several successful and failure the villages to develop active stand-by villages. The aim this research to know implementation of policy to develop active stand-by villages, how long application the guidance to development villages and active family. The other case which know to see inhibite factor and booster factor above the implementation to development policy active stand-by villages and role decision maker on the operating to development active stand-by villages programe.

This research is kind applied research or field research the cualitative approach which decription result the experience performance programe. This research result are describe implemantation stand-by villages at Kotawaringin Barat regency achieve 56 percent (%) and has to threaten refer on guidance technis, but same basic situation not yet implemented. The factor which booster to development stand-by active villages that effort empowerment will dig up society potention which supported by basic health service demand. The right motivation and respect from government decision maker on the villages, together true perception about esencial development stand-by villages, was develop participation from decision maker and society.

The other side failed or inhibite factor development stand-by villages they are *whether perception of stand-by villages on practice structure or concept for decision maker* give effect weakly supported unbuilding coordination team and team work (Pokjandal) at regency will give effect for weakly coordination, sinergisme and synchronization the other sector decision maker. Failure advocation and limited accses knowledge transformation on understand villages because human resource factor (SDM) wheither provider about low *motivation from employer of healthy either the decision maker to understand the stand-by villages concept on practice structure*. Limited human resource (SDM) give effect double jobs so that reduce the performe study village programe.

Conclution from this research is the active stand-by village the implemition programe in Kotawaringin Barat regency has followed the introduction technice programe. But the performance of programe not enough about implementation on the field with performance and Indicator target. To improve the performance programe need new strategic communication intens and adequate advocation with the other stake holder.

ABSTRAK

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF (STUDI KEPMENKES RI NO 1529/ MENKES/SK/X/2010 DI KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT)

Arif Susanto

Program Magister Administrasi Publik

Universitas Terbuka

arifdiskeskobar@gmail.com

Kata Kunci : Kemandirian, Pemberdayaan, Perilaku Hidup Sehat

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Implementasi kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga. Penelitian ini dilatar belakangi atas beberapa keberhasilan dan kegagalan desa dan kelurahan dalam mengembangkan desa siaga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi kebijakan pengembangan desa siaga, sejauh mana Pedoman Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian terapan atau penelitian lapangan dengan pendekatan kualitatif yang mendeskripsikan hasil temuan terhadap pelaksanaan program. Hasil penelitian menggambarkan bahwa implementasi desa dan kelurahan siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat mencapai 56% dan telah mengacu pada pedoman teknis, namun beberapa hal pokok dalam tahapan banyak yang belum dilaksanakan. Faktor yang mendorong pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif bahwa upaya pemberdayaan ini akan menggali potensi masyarakat yang didukung tuntutan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar. Tingginya motivasi dan respek pemangku kepentingan baik pada pemerintah desa dan kelurahan, serta persepsi yang benar akan esensi pengembangan desa siaga telah mendorong partisipasi dari para pemangku kepentingan dan masyarakat.

Disisi lain kegagalan atau faktor yang menghambat pengembangan desa siaga antara lain persepsi desa dan kelurahan siaga dalam tatanan praktis maupun konsep bagi para pemangku kepentingan berdampak pada lemahnya dukungan. Belum terbentuknya Tim Koordinasi dan Pokjanel Kabupaten berdampak pada lemahnya koordinasi, sinergisme dan sinkronisasi lintas sektoral/ pemangku kepentingan.

Kegagalan advokasi dan faktor keterbatasan akses transformasi pengetahuan dalam memahami desa dan kelurahan juga dikarenakan faktor SDM baik pada pihak provider motivasi petugas kesehatan yang rendah maupun para pemangku kepentingan dalam mencerna konsep desa siaga dalam tatanan praktis. Banyaknya tugas rangkap akibat keterbatasan SDM kesehatan juga menurunkan kinerja program desa dan kelurahan siaga aktif.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah implementasi desa dan kelurahan siaga aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat telah mengacu pedoman teknis dan belum sepenuhnya terlaksana sesuai kriteria desa dan kelurahan siaga aktif. Saran yang diberikan perlu upaya pencapaian indikator dan kriteria desa siaga menurut pedoman teknis sebagai acuan mengembangkan desa dan kelurahan siaga aktif dan meningkatkan komunikasi/ advokasi.

LEMBAR PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**JUDUL TAPM : IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN
DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF (Studi
Kepmenkes RI NO 1529/ Menkes/SK/X/2010 di
Kabupaten Kotawaringin Barat)**

NAMA : ARIF SUSANTO

NIM : 018264422

PROGRAM STUDI : S2. ADMINISTRASI PUBLIK

Pembimbing I


ANDY FEFTA WIJAYA, MDA, Ph.D

NIP. 131 966 869

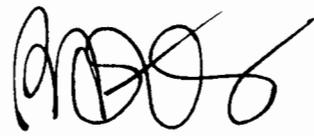
Pembimbing II


Dr. H. UTUYAMA HERMANSYAH, M.Si

NIP. 19540417197803 1 001

Mengetahui,

Kepala Bidang Ilmu/
Program Magister Administrasi Publik


FLORENTINA RATIH W, S.IP, M.Si
NIP: 19710629 199802 2 001

Direktur Program Pascasarjana


SUCIATI, M.Sc. Ph.D
NIP. 19520213 198503 2 001

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

N A M A : ARIF SUSANTO
N I M : 018264422
PROGRAM STUDI : Magister Administrasi Publik
Judul TAPM : **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN
 DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF (Studi
 Kepmenkes RI NO 1529/ Menkes/SK/X/2010 di
 Kabupaten Kotawaringin Barat)**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister Adminastrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada :

Hari/Tanggal : Sabtu , 20 Juli 2013
W a k t u : 12.00 – 14.00 WIB

dan telah dinyatakan LULUS/~~TIDAK LULUS~~

Panitia Penguji TAPM

Ketua Komisi Penguji
Prof. Dr. Holten Sion, M.Pd

:



Penguji Ahli
Dr. Roy V. Salomo, M.Soc. Sc

:



Pembimbing I
Andy Fefta Wijaya, M.DA, Ph.D

:

Pembimbing II
Dr. H. Utuyama Hermansyah, M.Si

:



KEMENTERIAN
PENDIDIKAN NASIONAL

Universitas Terbuka

Jl. Cabe Raya, Pondok Cabe,
Pamulang, Tangerang Selatan
15418

Telephone : (021) 7490941
(021) 7490147
(021) 7434290

E-Mail : info@p2m.ut.ac.id
Homepage : <http://www.ut.ac.id>

PERNYATAAN

Tesis/Tugas Akhir Program Magister (TAPM) dengan judul ;
“IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN DESA DAN
KELURAHAN SIAGA AKTIF (STUDI KEPMENKES RI NO 1529/
MENKES/SK/X/2010 DI KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT)”

adalah hasil karya saya sendiri dan seluruh sumber yang dikutip maupun yang
dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila dikemudian hari ternyata
ditemukan penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi
akademik yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya sebagai bahan
selanjutnya.

Jakarta, Juni 2013

Yang Menyatakan,

METERAI
TEMPEL
PAJAK MENBANGUN BANGSA
TGL. 20
E09CAABF770522563
ENAM RIBU RUPIAH
6000 DJP

ARIF SUSANTO

NIM. 018264422

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, Tuhan yang Mahas Esa pada saat ini penulis telah menyelesaikan Penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program S2 Administrasi Publik. Penyusunan Tugas Akhir Program Magister ini untuk memberikan proses pembelajaran dan merupakan persyaratan dalam meraih gelar akademik .

Implementasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif merupakan strategi nasional dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Terwujudnya masyarakat mandiri untuk hidup sehat sebagai kondisi ideal dalam pelaksanaan pembangunan yang secara teknis didukung dengan kebijakan program dan pelayanan komprehensif kesehatan. Hambatan yang terjadi dalam pengembangan desa siaga adalah bagaimana memformulasikan gerakan pemberdayaan ini melalui pengorganisasian dan penggerakan peranserta masyarakat. Fenomena implementasi perlu dikaji atau diteliti lebih lanjut faktor yang berpengaruh dalam kegagalan maupun keberhasilannya.

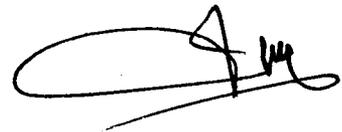
Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka
2. Prof Dr. Holten Sion, M.Pd, selaku pengelola UPBJJ UT Palangka Raya
3. Bapak Andy Fefta Wijaya, Ph.D, selaku Dosen Pembimbing I Penyusunan TAPM atas arahan dan bimbingannya selama menyusun TAPM

4. Bapak Dr. Utuyama Hermansyah, M.Msi , selaku Dosen Pembimbing II
5. Bapak Dr. Roy V. Salomo, M. Soc.Sc Selaku Penguji Ahli
6. Kabid FISIP Program Pasca Sarjana selaku penanggung jawab program
7. Istri dan anak-anaku tercinta, yang telah memberikan dukungan selama mengikuti perkuliahan
8. Teman-teman program Magister Administrasi Publik Kelas Pangkalan Bun dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian penyusunan laporan Tugas Akhir Program Magister ini.

Penyusun menyadari bahwa Tugas Akhir Program Magister ini masih banyak terdapat kekurangan dan kesalahan baik dalam tata bahasa maupun konten penulisannya. Saran dan masukan dari semua pihak sangat kami harapkan dalam rangka penyempurnaan penulisan ini.

Demikian atas perhatian dan masukan dari pembimbing maupun pembaca yang budiman saya ucapkan terima kasih.



Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Abstract/Abstrak	i-ii
Lembar Persetujuan TAPM.....	iii
Lembar Pengesahan TAPM.....	iv
Lembar Pernyataan.....	v
Kata Pengantar	vi-vii
Daftar Isi.....	viii-ix
Daftar Tabel.....	x-xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Kegunaan Penelitian.....	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kajian Teori	10
1. Definisi dan teori Implementasi dan Kebijakan Publik.....	10
2. Teori Pemberdayaan masyarakat, partisipasi, komunikasi, advokasi dan pengembangan masyarakat.....	19
B. Kajian Terdahulu.....	31
C. Kerangka Berpikir.....	34
D. Pokok Bahasan	37
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	38
B. Informan (Narasumber).....	39
C. Pedoman wawancara.....	41
D. Pemilihan Narasumber.....	42
E. Metode Analisa data.....	44

BAB IV. TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

A.1. Gambaran Geografis.....	51
A.2. Pemerintahan Daerah	51
A.3. Kependudukan Sosial Ekonomi Masyarakat dan Sarana Transportasi	52
A.4. Akses Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan	55

B. Temuan Penelitian

B.1. Kebijakan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat.....	57
B.2. Tahapan Implementasi Desa Siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat.....	61
B.3. Cakupan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat.....	80
B.4. Peran Pemangku Kepentingan dari Sektor Terkait dalam Pengembangan Desa Siaga.....	97
B.5. Faktor – faktor penghambat dalam Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif	110
B.6. Faktor-faktor pendorong dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif	121
B.7. Manfaat Pengembangan Desa Siaga bagi Masyarakat.....	

C. Pembahasan.....	130
--------------------	-----

BAB V. SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan	156
5.2. Saran-saran	157
DAFTAR PUSTAKA.....	158

DAFTAR TABEL	Hal
1. Tabel 2.1. Tabel Penelitian Terdahulu.....	31
2. Tabel 4.1. Wilayah Administrasi Pemerintahan Pada Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2011.....	52
3. Tabel 4.2.a. Jumlah Penduduk Dan Rasio Jenis Kelamin Menurut Kecamatan Di Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2011.....	53
4. Tabel 4.2.b. Usulan Revisi Struktur Dinas Kesehatan.....	59
5. Tabel 4.3. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Tahun 2012.....	83
6. Tabel 4.4. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Kotawaringin Lama Tahun 2012.....	84
7. Tabel 4.5. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Riam Durian Tahun 2012.....	85
8. Tabel 4.6. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Arut Selatan Tahun 2012.....	86
9. Tabel 4.7. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Mendawai Tahun 2012.....	87
10. Tabel 4.8. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Madurejo Tahun 2012.....	88
11. Tabel 4.9. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Natai Palingkau Tahun 2012.....	88
12. Tabel 4.10. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Kumpai Batu Atas Tahun 2012.....	89

13. Tabel 4.11. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Kumai Tahun 2012.....	90
14. Tabel 4.12. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Sungai Rangit Tahun 2012.....	91
15. Tabel 4.13. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Teluk Bogam Tahun 2012.....	91
16. Tabel 4.14. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Pangkalan Lada Tahun 2012.....	92
17. Tabel 4.15. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Pandu Senjaya Tahun 2012.....	93
18. Tabel 4.16. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Semanggang Tahun 2012.....	94
19. Tabel 4.17. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Karang Mulya Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Tahun 2012.....	95
20. Tabel 4.18. Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Arut Utara Tahun 2012.....	96

DAFTAR GAMBAR	Hal
1. Gambar 2.1. Skema Kerangka Pikir	36
2. Gambar 4.1. Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Kelompok Profesi di Kotawaringin Barat Periode Tahun 2007 s.d Tahun 2011.....	56
3. Gambar 4.2. Foto Kegiatan Pelatihan bagi bidan desa sebagai penggerak desa siaga di desa.....	64
4. Gambar 4.3. Struktur organisasi dan mekanisme Desa Siaga di Desa Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng	64
5. Gambar 4.4. Foto Kegiatan SMD dan MMD di Kelurahan Candi, Sungai Kapitan dan hasil identifikasi masalah dalam diskusi.....	65
7. Gambar 4.5. Foto Kegiatan Pelatihan Tokoh dan Kader Penggerak Masyarakat Tingkat Kecamatan Arut Selatan	66
8. Gambar 4.6. Foto Posyandu dan kegiatan di Posyandu, dan penyuluhan..	68
9. Gambar 4.7. Foto Ambulans Desa Siaga	69
10. Gambar 4.8. Kegiatan Advokasi dan Sosialisasi di Desa Pangkalan Tiga Kecamatan Pangkalan Lada.....	97
11. Gambar 4.9. Advokasi yang dilakukan kepada camat dan tokoh masyarakat di Kecamatan Pangkalan Banteng	98
12. Gambar 4.10. Foto Kegiatan Bina Suasana dalam musyawarah kelompok masyarakat	100
13. Gambar 4.11. Foto kegiatan Penyegaran Kader di alam terbuka	109

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran – 1 : Curriculum Vitae
2. Lampiran – 2 : Instrumen Wawancara untuk informan
3. Lampiran – 3 : Daftar Informan
4. Lampiran – 4 : Contoh Transkrip Wawancara
5. Lampiran – 5 : Ijin Penelitian
6. Lampiran – 6 : SK Menkes Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010
7. Lampiran – 7 : Foto kegiatan pengumpulan data

Universitas Terbuka

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada September 2000 dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebanyak 189 negara anggota PBB sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium yang kemudian dijabarkan dalam kerangka praktis Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals / MDGs). MDGs menempatkan

pembangunan manusia sebagai fokus, dan memiliki tenggat waktu tahun 2015 dan indikator kemajuan yang terukur.

Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dalam (terjemahan Laman [http // en.wikipedia.org](http://en.wikipedia.org)) adalah delapan pembangunan internasional , tujuan ke-193 negara anggota PBB dan setidaknya 23 organisasi internasional telah sepakat untuk mencapai pada tahun 2015. Tujuan adalah:

1. Memberantas kemiskinan ekstrim dan kelaparan ,
2. Mencapai yang universal pendidikan dasar ,
3. Mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Mengurangi tingkat kematian anak ,
5. Meningkatkan kesehatan ibu ,
6. Memerangi HIV / AIDS , malaria , dan penyakit lainnya,
7. Menjamin lingkungan keberlanjutan , dan
8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

Saat ini tersisa waktu tiga tahun bagi negara berkembang anggota PBB untuk mewujudkan pencapaian 8 tujuan pembangunan millennium. Komitmen Negara Indonesia untuk mencapai MDGs adalah mencerminkan komitmen untuk mensejahterakan rakyat dan memberikan kontribusi kepada peningkatan kesejahteraan masyarakat dunia. Enam tujuan pembangunan milenium sangat erat hubungannya dengan sektor kesehatan antara lain ; memberantas kemiskinan ekstrim dan kelaparan, mengurangi kematian anak , meningkatkan kesehatan ibu , memerangi HIV / AIDS , malaria , dan penyakit lainnya dan menjamin lingkungan keberlanjutan .

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan didasarkan pada prikemusiaan, pemberdayaan dan kemandirian yang adil dan merata serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia dan keluarga miskin.

Indikator dalam menurunkan Angka Kematian Balita dan Angka Kematian Bayi berdasarkan survei demografi pedesaan mengalami penurunan dari 97 per 1000 kelahiran hidup tahun 1991 , menjadi 44 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 dan diharapkan tahun 2015 menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup. Demikian pula dengan Indikator Kematian Bayi dari 68 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1999 menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Target RPJMN 2014 serta target MDGs pada tahun 2015 Angka Kematian Bayi sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Disparitas

derajat kesehatan masih terjadi antar wilayah, baik antar provinsi, antar kabupaten dalam provinsi, karena kesenjangan sosial ekonomi sangat menentukan kelangsungan hidup anak. (Bappenas 2010:11)

Indikator Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup juga sudah menunjukkan penurunan dari tahun 1991 sebesar 390 menjadi 228 pada tahun 2007. Target RPJPMN 118 sampai tahun 2014 dan MDGs menargetkan turun menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini dimungkinkan apabila pelayanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan serta pasca persalinan oleh tenaga kesehatan makin meningkat (Bappenas 2010 :12).

Indikator penyakit menular terutama yang menyangkut prevalensi penyakit HIV/AIDS Tahun 2009 sekitar 2 % berdasarkan estimasi populasi rawan tertular HIV (Kemenkes 2006) dengan target nasional dibawah 0,5 %. Penyakit lain yang menjadi prioritas adalah malaria dan tuberculosis. Selain penyakit menular indikator menurunkan proporsi penduduk tanpa akses air minum dan sanitasi layak baik di perkotaan maupun perdesaan pada tahun 2015 (Bappenas 2010).

Thomas R Dye (dalam Kismartini 2010: 1.8,) mengemukakan kebijakan publik sebagai apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan . Dalam mencapai tujuan Negara pemerintah perlu mengambil langkah tindakan yang dapat berupa melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Tidak melakukan suatu apapun merupakan suatu kebijakan publik karena merupakan upaya pencapaian tujuan dan pilihan tersebut memiliki dampak yang sama besarnya dengan pilihan langkah untuk melakukan sesuatu terhadap masyarakat. Kebijakan dalam Bidang Kesehatan telah banyak disusun baik

pada tingkatan strategis, manajerial maupun teknis seperti UU No 36 Tahun 2009 dan dalam aspek manajerial telah disusun Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Selain dua hal tersebut Kementerian Kesehatan juga telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan yang salah satu indikatornya adalah persentase cakupan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (Kemenkes 2010:3).

Salah satu upaya pembangunan kesehatan dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah melalui upaya pemberdayaan masyarakat. Gerakan Desa Siaga merupakan upaya merevitalisasi program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) dimana melibatkan seluruh sektor pemerintahan saling bahu membahu memfasilitasi dan menggerakkan masyarakat desa untuk membangun kesehatan desanya sendiri. Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga sebenarnya telah dimulai pada tahun 2006, dan hingga tahun 2009 kondisi nasional mencatat 42.295 telah dibentuk desa siaga (56,1%), namun dalam pelaksanaan kelembagaan Desa Siaga banyak yang belum mampu menciptakan desa siaga yang sesungguhnya yang disebut desa siaga aktif atau kelurahan siaga aktif (Kemenkes 2010:3).

Dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif tidak akan terlepas dari semua pemangku kepentingan dan peran masyarakat khususnya yang dipelopori oleh para tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh adat. Peran organisasi atau lembaga swadaya masyarakat seperti PKK, Karang Taruna, dan organisasi lainnya di berbagai tingkat administrasi akan turut menentukan dalam penggerakan masyarakat dan memperkuat kelembagaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Peran dinas teknis terkait seperti Dinas

Kesehatan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa secara tugas pokok dan fungsinya memerlukan dukungan lintas sektoral secara simultan dalam membina keberlangsungan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif.

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif memiliki komponen:

- a. Pelayanan kesehatan dasar.
- b. Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan.
- c. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Desa dan Kelurahan Siaga aktif telah ditetapkan sebagai Indikator Standar Pelayanan Minimal Kesehatan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Menkes/Per/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota dan diperkuat dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 , Tentang Pedoman Teknis SPM Bidang Kesehatan yang mengamanatkan pencapaian 80 % Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (Kemenkes 2010:3).

Kriteria dalam mengembangkan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dengan delapan kriteria yaitu:

- a. Kepedulian Pemerintahan Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
- b. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari.
- d. Keberadaan UKBM dan melaksanakan : penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, survailans berbasis masyarakat, penyehatan lingkungan.
- e. Tercakupnya pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha
- f. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- h. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga.

Di Kabupaten Kotawaringin Barat sejak dicanangkannya gerakan Desa dan Kelurahan Siaga yang telah dimulai pada tahun 2007 dengan melakukan upaya sosialisasi desa siaga kepada para pemangku kepentingan termasuk kepada seluruh kepala desa dan lurah. Pelatihan bidan desa dalam rangka pembentukan Desa Siaga juga telah dilaksanakan, sehingga pada tahun 2008 seluruh desa telah membentuk struktur kepengurusan Desa dan Kelurahan Siaga. Beberapa hambatan yang turut mempengaruhi terhadap gerakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara lain masih lemahnya koordinasi , komunikasi dan persepsi pada berbagai level organisasi baik para pemangku kepentingan, leading sector , serta pengorganisasian Desa dan Kelurahan Siaga itu sendiri. Komunikasi yang baik dan efektif akan mampu

memberikan nilai persepsi dan arah pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif interaksi sosial dan kebudayaan masyarakat turut mempengaruhi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga , maupun strategi pemberdayaan masyarakat yang belum maksimal.

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan bentuk gerakan terpadu lintas sektoral terkait , di berbagai jenjang administrasi dan sebagai wujud peran serta elmen masyarakat, dunia swasta dalam mewujudkan masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Selain dukungan para pemangku kepentingan, hal lain yang berpengaruh adalah komunikasi yang dijalankan oleh antar para pemangku kepentingan sehingga terbentuk suatu persepsi yang sama akan penyelenggaraan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, sehingga pengorganisasian Desa dan Kelurahan Siaga Aktif akan terwujud.

Karakteristik masyarakat, latar belakang budaya dan sosial ekonomi masyarakat di Kabupaten Kotawaringin Barat turut menentukan terhadap progress atau perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Di daerah potensial yaitu desa dan kelurahan potensial telah mampu menyelenggarakan secara mandiri khususnya dalam mengembangkan sarana kendaraan tanggap darurat berupa ambulans desa yang sudah terlaksana pada 15 desa dari 94 desa dan kelurahan yang ada (sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat 2012). Peran masyarakat dalam kegiatan kegotong-royongan juga dikembangkan melalui gerakan bersama dalam mencegah penyakit seperti pemberantasan sarang nyamuk, penimbangan balita , gerakan pemberian vitamin A dan sebagainya.

Penggerakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif menuntut peran para pemangku kepentingan di berbagai tingkat pemerintahan baik peranan Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten, Kecamatan sampai ke jenjang Pemerintahan Desa atau Kelurahan itu sendiri. Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan bagian pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM) untuk kabupaten /kota. Meskipun hanya bagian dari indikator SPM namun kegiatan dalam Desa dan Kelurahan Siaga akan turut mendukung tercapainya seluruh indikator SPM, karena Indikator Indonesia Sehat dan Indikator MDGs, akan ditentukan oleh tercapainya Indikator SPM tersebut pada pencapaian masing-masing desa dan kelurahan. Pada tahun 2012 Umur Harapan Hidup (UHH) di Kabupaten Kotawaringin Barat sebesar 71 tahun, sementara Angka Kematian Bayi 9,7/1.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Ibu 218/100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan 2012). Upaya pemberdayaan masyarakat akan memerlukan unsur pemerintah, swasta dan masyarakat secara bersinergi. Kenyataan yang terjadi peran tersebut masih menemui hambatan dalam advokasi, koordinasi dan komunikasi bagi para pemangku kepentingan yang menyebabkan lemahnya dukungan dan partisipasi masyarakat dan swasta dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga.

Di Kabupaten Kotawaringin Barat saat ini sudah terbentuk desa siaga yang mayoritas pada strata pratama, dan sebagian mulai aktif pada Strata Madya , sedangkan sebagian kecil lainnya pada Strata Purnama dengan indikator tingkat keaktifannya mencapai 47 % pada tahun 2011 (sumber : Dinas Kesehatan) , sehingga masih memiliki kesenjangan 33 % dari target

tahun 2015 yaitu 80%. Dengan kondisi bahwa tingkat partisipasi masyarakat yang dihadapi semakin sulit, sedangkan partisipasi masyarakat yang muncul sejak awal telah membentuk Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, maka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif kedepan masih banyak menemui hambatan dan tantangan. Potensi desa yang sebenarnya akan mampu sebagai daya ungkit dalam pemberdayaan berupa modal sosial, sikap saling memerlukan dan kebersamaan akan menjadi tolok ukur sebuah desa atau kelurahan siaga.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis mengajukan penelitian Implementasi Kebijakan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat.

B. Perumusan Masalah

Belum optimalnya perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif di wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah implementasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif mengacu pedoman umum pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Kep/Menkes/XI/2010
2. Faktor-faktor apa saja yang berpengaruh dalam pemberdayaan masyarakat pada pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat.

C. Tujuan Penelitian

1. Menganalisis dan mendiskripsikan implementasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Kep/Menkes/XI/ 2010 dalam pengembangan

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat berdasarkan pedoman umum yang ada.

2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh dalam pemberdayaan masyarakat pada pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat.

D. Kegunaan penelitian :

1. Kegunaan Teoritis

Hasil penelitian dapat memberikan kontribusi bagi penelitian implementasi kebijakan yang relevan dengan konten administrasi dan pemberdayaan masyarakat

2. Manfaat praktis

- a. Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi para pemangku kepentingan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat antara lain : bagi Dinas Kesehatan pentingnya payung hukum (aspek legal formal) dalam pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang mengatur kebijakan, strategi, pencapaian target, dan koordinasi lintas sektoral
- b. Dapat digunakan sebagai bahan masukan dan advokasi kepada para pemangku kepentingan maupun tatanan operasional didesa dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori Implementasi dan Kebijakan Publik

1. Definisi Implementasi Kebijakan Publik

Pengertian Implementasi yang dikemukakan oleh Solikhin Abdul wahab dalam bukunya yang berjudul *Analisis Kebijakan : dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara* adalah sebagai berikut :

“Implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu atau pejabat-pejabat kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan-keputusan kebijakan” (Wahab, 2012).

Dari pengertian tersebut implementasi sudah menggambarkan kegiatan-kegiatan atau langkah-langkah proses dalam rangka mencapai tujuan kebijakan, baik dalam rangka melakukan sesuatu atau dalam tidak melakukan sesuatu sekalipun.

Sedangkan Kebijakan Publik menurut William Dunn (dalam Kismartini 2010 : 1.8) Kebijakan Publik adalah sebagai berikut;

“Kebijakan Publik adalah Pola ketergantungan kompleks dari pilihan-pilihan kolektif yang saling tergantung, termasuk keputusan untuk tindak bertindak , yang dibuat oleh Badan atau Kantor pemerintah”

Thomas R Dye (dalam Kismartini 2010: 1.8,) mengemukakan kebijakan publik sebagai apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan . Dalam mencapai tujuan Negara pemerintah perlu

mengambil langkah tindakan yang dapat berupa melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Tidak melakukan suatu apapun merupakan suatu kebijakan publik karena merupakan upaya pencapaian tujuan dan pilihan tersebut memiliki dampak yang sama besarnya dengan pilihan langkah untuk melakukan sesuatu terhadap masyarakat.

Selain itu George C. Edwards III dan Sharkansky (dalam Kismatini, 2010) mendefinisikan :

Kebijakan publik adalah apa yang dinyatakan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang dapat ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan atau dalam policy statement yang berbentuk pidato-pidato dan wawancara yang diungkapkan pejabat politik dan pejabat pemerintah yang segera ditindak lanjuti dengan program-program atau tindakan pemerintah.

Pendapat Edward sejalan dengan pendapat Thomas R Dye dimana sebuah kebijakan dapat diartikan melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu dalam menghadapi focus atau persoalan.

Harold D. Laswell dan Abraham Kaplan (dalam Kismartini, 2010) memandang bahwa :

Kebijakan publik sebagai pengalokasian nilai masyarakat yang dilakukan pemerintah sementara James Anderson berpendapat bahwa kebijakan publik adalah kebijakan-kebijakan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah.

Hubungan antara kebijakan publik dengan kepentingan publik mengandung pengertian bahwa kebijakan publik tersebut berasal dari publik, disusun oleh publik dan berlaku untuk publik, oleh karena itu kebijakan publik sangat erat dengan kepentingan publik.

Menurut Yehezkel Dror (Abdul Wahab : 2011 : 49-56) bahwa ciri dari kebijakan publik terdiri dari 12 macam antara lain :

1. Sangat kompleks
2. Prosesnya bersifat dinamis

3. Komponen-komponennya beraneka ragam
4. Peran masing-masing sub sektor berbeda
5. Memutuskan
6. Sebagai pedoman umum
7. Untuk mengambil tindakan
8. Diarahkan pada masa depan
9. Secara formal untuk mencapai tujuan tertentu
10. Apa yang tercermin dalam kepentingan umum
11. Dilakukan dengan cara sebaik mungkin.

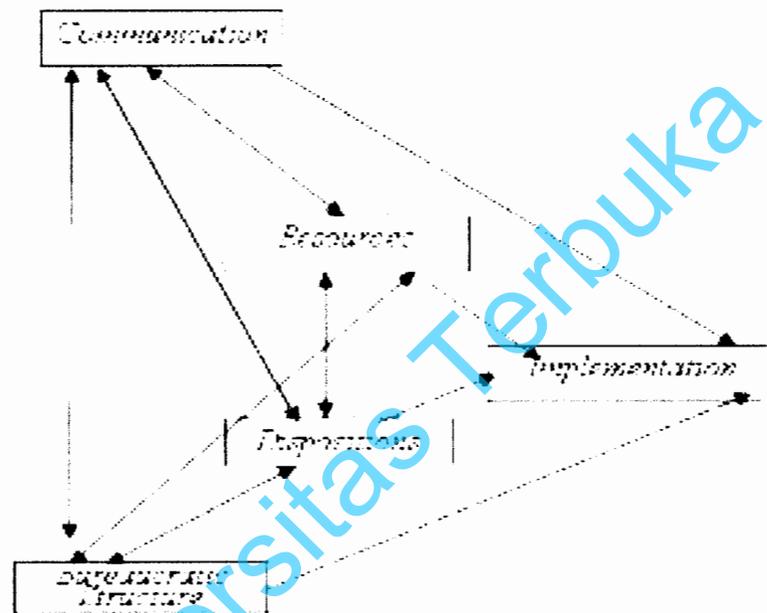
2. Teori Implementasi Kebijakan

Pendekatan yang digunakan dalam menganalisis implementasi kebijakan tentang pengembangan desa siaga adalah teori yang dikemukakan oleh George C. Edwards III. Dimana implementasi dapat dimulai dari kondisi abstrak dan sebuah pertanyaan tentang apakah syarat agar implementasi kebijakan dapat berhasil, menurut George C. Edwards III ada empat variabel dalam kebijakan publik yaitu Komunikasi (Communications), Sumber Daya (resources), sikap (dispositions atau attitudes) dan struktur birokrasi (bureaucratic structure)

Ke empat faktor di atas harus dilaksanakan secara simultan karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang erat. Tujuan kita adalah meningkatkan pemahaman tentang implementasi kebijakan. Penyederhanaan pengertian dengan cara membreakdown (diturunkan) melalui eksplanasi implementasi kedalam komponen prinsip.

Implementasi kebijakan adalah suatu proses dinamik yang mana meliputi interaksi banyak faktor. Sub kategori dari faktor-faktor mendasar ditampilkan sehingga dapat diketahui pengaruhnya terhadap implementasi. (Mulyono, Artikel Model implementasi kebijakan menurut George Edward III)

Diagram : Dampak langsung dan tidak langsung dalam Implementasi



Sumber : George III Edward :implementing public policy, 1980 (Mulyono)

Faktor –faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan menurut George C. Edwards III sebagai berikut :

a. Komunikasi

Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan

tujuan perlu dikomunikasikan sehingga implementors mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan itu. Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Seseorang bisa menahannya hanya untuk kepentingan tertentu, atau menyebarkan.

Di samping itu sumber informasi yang berbeda juga akan melahirkan interpretasi yang berbeda pula. Agar implementasi berjalan efektif, siapa yang bertanggungjawab melaksanakan sebuah keputusan harus mengetahui apakah mereka dapat melakukannya. Sesungguhnya implementasi kebijakan harus diterima oleh semua personel dan harus mengerti secara jelas dan akurat mengenai maksud dan tujuan kebijakan. Jika para aktor pembuat kebijakan telah melihat ketidakjelasan spesifikasi kebijakan sebenarnya mereka tidak mengerti apa sesungguhnya yang akan diarahkan. Para implemetor kebijakan bingung dengan apa yang akan mereka lakukan sehingga jika dipaksakan tidak akan mendapatkan hasil yang optimal. Tidak cukupnya komunikasi kepada para implementor secara serius mempengaruhi implementasi kebijakan.

b. Sumberdaya

Tidak menjadi masalah bagaimana jelas dan konsisten implementasi program dan bagaimana akuratnya komunikasi dikirim. Jika personel yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program kekurangan sumberdaya dalam melakukan tugasnya. Komponen sumberdaya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa

program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana dan sarana prasarana. Sumberdaya manusia yang tidak memadai (jumlah dan kemampuan) berakibat tidak dapat dilaksanakannya program secara sempurna karena mereka tidak bisa melakukan pengawasan dengan baik. Jika jumlah staf pelaksana kebijakan terbatas maka hal yang harus dilakukan meningkatkan skill/kemampuan para pelaksana untuk melakukan program. Untuk itu perlu adanya manajemen SDM yang baik agar dapat meningkatkan kinerja program. Ketidakmampuan pelaksana program ini disebabkan karena kebijakan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif merupakan hal yang baru bagi mereka dimana dalam melaksanakan program ini membutuhkan kemampuan yang khusus, paling tidak mereka harus menguasai teknik-teknik pemberdayaan masyarakat.

Informasi merupakan sumberdaya penting bagi pelaksanaan kebijakan. Ada dua bentuk informasi yaitu informasi mengenai bagaimana cara menyelesaikan kebijakan/program serta bagi pelaksana harus mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dan informasi tentang data pendukung kepatuhan kepada peraturan pemerintah dan undang-undang. Kenyataan dilapangan bahwa tingkat pusat tidak tahu kebutuhan yang diperlukan para pelaksana dilapangan. Kekurangan informasi/pengetahuan bagaimana melaksanakan kebijakan memiliki konsekuensi langsung seperti pelaksana tidak bertanggungjawab, atau pelaksana tidak ada di tempat kerja sehingga menimbulkan inefisien. Implementasi kebijakan membutuhkan kepatuhan

organisasi dan individu terhadap peraturan pemerintah yang ada. Sumberdaya lain yang juga penting adalah kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membebankan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan staf, maupun pengadaan supervisor. Fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi seperti kantor, peralatan, serta dana yang mencukupi. Tanpa fasilitas ini mustahil program dapat berjalan.

c. Disposisi atau Sikap

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan ; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara sembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program. Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program dapat mencapai tujuan secara efektif

dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan ini adalah Menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program, memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain. Disamping itu penyediaan dana yang cukup guna memberikan insentif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan/program.

d. Struktur Birokrasi

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Van Horn dan Van Meter menunjukkan beberapa unsur yang mungkin berpengaruh terhadap suatu organisasi dalam implementasi kebijakan, yaitu:

1. Kompetensi dan ukuran staf suatu badan;
2. Tingkat pengawasan hirarkhis terhadap keputusan-keputusan sub unit dan proses-proses dalam badan pelaksana;
3. Sumber-sumber politik suatu organisasi (misalnya dukungan di antara anggota legislatif dan eksekutif);
4. Vitalitas suatu organisasi;
5. Tingkat komunikasi “terbuka”, yaitu jaringan kerja komunikasi horizontal maupun vertikal secara bebas serta tingkat kebebasan yang

secara relatif tinggi dalam komunikasi dengan individu-individu di luar organisasi;

6. Kaitan formal dan informal suatu badan dengan badan pembuat keputusan atau pelaksana keputusan.

Bila sumberdaya cukup untuk melaksanakan suatu kebijakan dan para implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, implementasi masih gagal apabila struktur birokrasi yang ada menghalangi koordinasi yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan. Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, serta pemborosan sumberdaya akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi individu dan secara umum akan mempengaruhi sistem dalam birokrasi (Mulyono, Artikel, Model-model Implementasi Kebijakan Menurut Goerge Edward III).

B. Teori Pemberdayaan, Partisipasi Masyarakat, Komunikasi, Advokasi, Persepsi dan Pengembangan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan

1. Pemberdayaan Masyarakat dalam Promosi Kesehatan

Konsep pemberdayaan mengemuka sejak dicanangkanya strategi global WHO tahun 1984 yang ditindaklanjuti dengan rencana aksi dalam piagam Ottawa (1986). Dalam deklarasi tersebut dinyatakan tentang perlunya mendorong terciptanya a) terciptanya kebijakan berwawasan kesehatan, b) lingkungan yang mendukung, c) reorientasi dalam pelayanan kesehatan c) Keterampilan individu dan d) gerakan masyarakat.

Pemberdayaan dapat didefinisikan sebagai :

- a. To give power or Authority (memberikan kekuasaan, mengalihkan kekuatan atau mendelegasikan otoritas ke pihak lain,
- b. To give ability to or enable (upaya untuk memberikan kemampuan atau keberdayaan.

Dengan demikian maka pemberdayaan sebagai suatu proses aktif , dimana masyarakat yang diberdayakan harus berperan aktif dalam berbagai kegiatan.

Beberapa perkembangan adopsi pemberdayaan dalam konsep promosi kesehatan terdapat beberapa tonggak sebagai berikut :

- a. Piagam Ottawa (1986) menyatakan bahwa “ partisipasi adalah elemen utama dalam definisi kesehatan.
- b. Wallerstein dan Bernstein (1988) pemberdayaan masyarakat diadopsi kedalam promosi kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan efektivitas program dan menjaga kelestarian (sustainability) program.
- c. Nutbeam (1998) mengatakan bahwa pemberdayaan adalah inti dari promosi kesehatan.

Menurut Suyono (dalam Soekijo, 2005:255) mengatakan paling tidak ada tiga syarat dalam proses pemberdayaan masyarakat antara lain :

- a. Kesadaran, kejelasan, serta pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan.

- b. Pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak (termasuk masyarakat) tentang hal apa, dimana, dan siapa yang akan diberdayakan.
- c. Adanya kemauan dan keterampilan kelompok sasaran untuk menempuh proses pemberdayaan.

Disisi lain dalam pemberdayaan kesehatan Hubley (2002) mengatakan bahwa pemberdayaan kesehatan (health empowerment) , melek /sadar kesehatan (health literacy) dan promosi kesehatan (health promotion) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (self efficacy) dari teori belajar social (sukijo, 2005: 262)

Pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu sebagai proses dan hasil. Sebagai hasil pemberdayaan masyarakat adalah suatu perubahan yang signifikans dalam aspek sosial politik yang dialami individu dan masyarakat , yang seringkali berlangsung pada waktu yang cukup panjang , bahkan seringkali lebih dari 7 tahun (Raeburn, 1993 dalam Sukijo : 268) sedangkan sebagai suatu proses pemberdayaan masyarakat melibatkan komponen sebagai berikut :

- a. Pemberdayaan personal
- b. Pengembangan kelompok kecil
- c. Pengorganisasian masyarakat
- d. Kemitraan
- e. Aksi sosial dan politik.

Dengan demikian pemberdayaan masyarakat mempunyai spektrum yang cukup luas, meliputi jenjang sasaran yang diberdayakan (level of objects, kegiatan internal masyarakat / komunitas maupun eksternal berbentuk kemitraan (partnerships) atau jejaring (networking)).

Beberapa pandangan tentang pemberdayaan masyarakat menurut Ife, 1996 (dalam Ginanjar 1997) antara lain sebagai berikut :

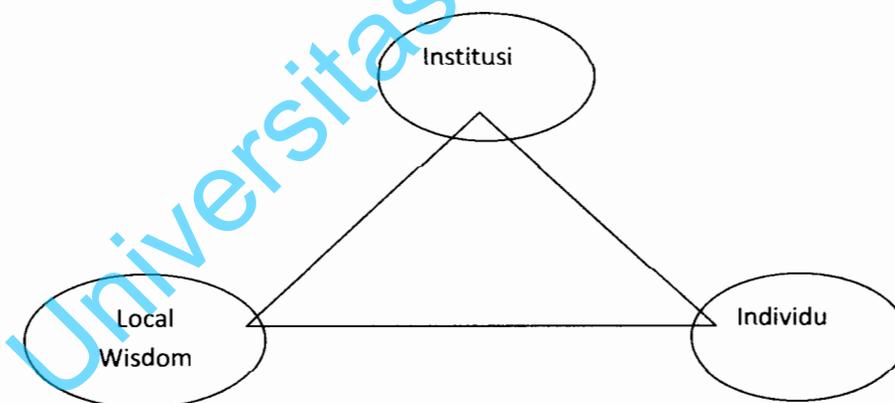
- a. *Struktural*, pemberdayaan merupakan upaya pembebasan, transformasi struktural secara fundamental, dan eliminasi struktural atau sistem yang operesif.
- b. *Pluralis*, pemberdayaan sebagai upaya meningkatkan daya seseorang atau sekelompok orang untuk dapat bersaing dengan kelompok lain dalam suatu 'rule of the game' tertentu.
- c. *Elitis*, pemberdayaan sebagai upaya mempengaruhi elit, membentuk aliniasi dengan elit-elit tersebut, serta berusaha melakukan perubahan terhadap praktek-praktek dan struktur yang elitis.
- d. *Post-Strukturalis*, pemberdayaan merupakan upaya mengubah diskursus serta menghargai subyektivitas dalam pemahaman realitas sosial.

Pemberdayaan masyarakat adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai sosial. Konsep ini mencerminkan paradigma baru pembangunan, yakni yang bersifat "*people centred, participatory, empowering, and sustainable*" (Chambers, 1995 dalam Ginanjar, 1997). Konsep ini lebih luas dari hanya semata-mata memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs*) atau menyediakan mekanisme untuk

mencegah proses pemiskinan lebih lanjut (*safety net*), yang pemikirannya belakangan ini banyak dikembangkan sebagai upaya mencari alternatif terhadap konsep-konsep pertumbuhan di masa yang lalu. Konsep ini berkembang dari upaya banyak ahli dan praktisi untuk mencari apa yang antara lain oleh Friedman 1992 (dalam Ginanjar , 1997 : 55) disebut sebagai *alternative development*, yang menghendaki “*inclusive democracy, appropriate economic growth, gender equality and intergenerational equity*”.

Untuk itulah nilai-nilai lokal menjadi pedoman potensi masyarakat (Pheny Chalid : 2010: 5.16). Skema itu dapat digambarkan sebagai berikut :

Skema 5.2. Skema Pemberdayaan Masyarakat



Sumber : Teori dan Isu Pembangunan, Modul UT

2. Partisipasi masyarakat

Partisipasi adalah peran serta aktif anggota masyarakat **dalam** pengambilan keputusan, impleisimentasi program, evaluasi serta memperoleh manfaat dari keterlibatannya dalam pembangunan program. Partisipasi adalah suatu proses sosial dimana anggota suatu kelompok

masyarakat yang tinggal pada wilayah geografis tertentu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhannya, mengambil keputusan dan memantapkan mekanisme untuk memenuhi kebutuhannya.

Studi Heller (1971) terhadap 260 orang eksekutif bisnis menunjukkan bahwa partisipasi memberikan manfaat antara lain :

- a. Meningkatkan kualitas teknis dari pengambil keputusan
- b. Meningkatkan kenyamanan
- c. Meningkatkan komunikasi
- d. Memberi latihan kepada bawahan
- e. Memfasilitasi perubahan.

Ada tiga dimensi dalam partisipasi :

- a. Keterlibatan dari semua unsur atau keterwakilan kelompok (group representation) dalam pengambilan keputusan.
- b. Kontribusi massa sebagai pelaksana /implementator dari keputusan yang diambil
- c. Anggota masyarakat secara bersama-sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan (Sukijo, 2005:275)

Cary (1970) dalam (Soekijo 2005: hal 275) mengatakan bahwa partisipasi dapat tumbuh jika tiga kondisi berikut terpenuhi :

- a. Merdeka untuk berpartisipasi, berarti adanya kondisi yang memungkinkan anggota-anggota masyarakat untuk berpartisipasi.
- b. Mampu untuk berpartisipasi, adanya kapasitas dan kompetensi masyarakat sehingga mampu untuk memberikan sumbang saran yang konstruktif.

- c. Mau berpartisipasi , kemauan atau kesediaan anggota masyarakat untuk berpartisipasi dalam program.

3. Model-model komunikasi didalam komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan merupakan ilmu baru yang bersifat multidisipliner dengan disiplin ilmu utamanya Ilmu Komunikasi. Adapun teori komunikasi yang relevan dengan komunikasi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Model Shanon – Weaver

Dalam model ini komunikasi dipandang sebagai suatu sistem dimana sumber informasi (source) memilih informasi yang dirumuskan (encode) menjadi pesan (message) dan selanjutnya pesan dikirim melalui isyarat (signal) melalui saluran (channel) kepada penerima. Kemudian penerima menterjemahkan dan meneruskan pesan tersebut ke tempat tujuan.

2. Model SMCR

Model SMCR melihat proses komunikasi berlangsung berdasarkan keterampilan, sikap, pengetahuan dan latar belakang budaya yang berbeda dengan sumber informasi. Pesan tersebut dikirim melalui saluran yang melibatkan pendengaran, penglihatan, sentuhan, bau dan rasa. Kemudian receiver menginterpretasikan pesan tersebut juga berdasarkan keterampilan, sikap, pengetahuan dan latar belakang sosio budaya yang berbeda (David K Berlo, dalam Soekijo 2005 : 149-150)

3. Speech communication model

Model ini pertama kali dikembangkan oleh Miller (1972) yang melihat proses komunikasi terdiri dari tiga variabel yakni pembicara (speaker), pendengar (receiver) dan umpan balik (feedback), dalam hal ini pembicara menyampaikan pesan dengan sikap tertentu dan penerima menginterpretasikan dengan sikap yang berbeda dan memberikan umpan balik kepada pembicara baik positif maupun negatif. Dengan demikian terjadi proses komunikasi yang hidup dan dinamis.

4. Motivasi

Ada dua aliran teori motivasi yaitu motivasi yang dikaji dengan mempelajari kebutuhan-kebutuhan, atau content theory dan ada yang mengkaji dengan mempelajari prosesnya atau yang disebut dengan Process theory. Salah satu teori berdasarkan analisa kebutuhan adalah teori kebutuhan berhirarki oleh Maslow. Teori kebutuhan merinci tingkatan kebutuhan sebagai berikut :

1. Kebutuhan Fisiologis
2. Kebutuhan akan rasa aman
3. Kebutuhan untuk dicinta dan mencintai
4. Kebutuhan untuk dihargai
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Motivasi seseorang dalam mengemban tugas dan melaksanakan program akan dimungkinkan terkait dengan skala kebutuhan diatas.

Motivasi dan advokasi yang kuat juga menghasilkan koordinasi yang kuat dalam membangun struktur organisasi desa dan kelurahan siaga. Wibowo 2003 : halaman 334 menyatakan :

Pengkoordinasian organisasi dicapai melalui penyelarasan planning, organizing , actuat in serta controlling dalam kegiatan manajemen . Dengan menempatkan ke empat fungsi manajemen ini secara baik , maka akan diperoleh koordinasi yang baik pula. Koordinasi sangat diperlukan dalam mengelola suatu organisasi sebab :

1. Menghindari konflik / pertentangan
2. Menghindari perebutan sumber daya
3. Menghindari pemborosan sumber daya
4. Menghindarkan dualism pekerjaan
5. Menghindarkan bertumpuknya tugas pada seseorang
6. Menghindarkan kekosongan pekerjaan
7. Menghindarkan perasaan lepas satu sama lain
8. Menjamin kesatuan sikap
9. Menjamin kesatuan tindakan
10. Menjamin kesatuan kebijaksanaan
11. Menjamin kesatuan pelaksanaan
12. Menyadarkan bahwa masing-masing merupakan bagian dari keseluruhan

5. Konsep Masyarakat dan Desa

Sehubungan dengan pembahasan tentang pemberdayaan masyarakat yang didalamnya meliputi pengorganisasian masyarakat dan pembangunan masyarakat , maka masyarakat selain dilihat dari aspek geografis juga ditelaah dari aspek non geografis diantaranya dari karakteristik etnisitas, pekerjaannya, aspirasi politiknya dan sebagainya(Fellin dalam Soekijo Hal 256). Hal lain dikemukakan Hunter mengatakan bahwa masyarakat dapat dipahami sebagai :

1. Unit fungsional dalam wilayah dalam wialayah tertentu yang berusaha memenuhi kebutuhan dasarnya dalam mempertahankan kehidupan.
2. Unit interaksi sosial yang berpola

3. Unit simbolik yang memberikan identitas kolektif.

Dalam pendapat lain Minkler dan Wallerstein mengatakan terdapat dua kelompok teori masyarakat yaitu kelompok teori dengan perspektif sistem ekologi dan teori dengan perspektif sistem sosial. Sistem ekologi mengarah pada pendekatan masyarakat sebagai kesatuan individu yang tinggal di suatu wilayah, sedangkan sistem sosial menjelaskan tentang sistem pengorganisasian pada masyarakat, menggali antar subsistem dalam masyarakat secara horizontal dan secara vertikal kepada kelompok masyarakat yang lebih besar (Fellin 1995)

Pengertian Desa/pedesaan menurut Sutardjo Kartohadi Kusuma (dalam Green Leen 2012) mengemukakan sebagai berikut :

“Desa adalah suatu kesatuan hukum di masa hukum di mana bertempat tinggal suatu masyarakat pemerintahan sendiri”.

Adapun yang menjadi ciri-ciri masyarakat pedesaan antara lain :

- a. Di dalam masyarakat pedesaan di antara warganya mempunyai hubungan yang lebih mendalam dan erat bila di bandingkan dengan masyarakat pedesaan lain di luar batas-batas wilayahnya.
- b. Sistem kehidupan umumnya berkelompok dengan dasar kekeluargaan
- c. Sebagian besar warga masyarakat pedesaan hidup dari pertanian.
- d. Masyarakat tersebut homogen seperti dalam hal mata pencarian, agama, adat istiadat, dsb.

6. Konsep advokasi dalam program kesehatan

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Menurut John Hopkins advokasi adalah usaha-usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif, atau suatu upaya atau proses untuk memperoleh komitmen yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (approach) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang akan dilaksanakan. Target kegiatan advokasi adalah para pimpinan organisasi atau instansi dan institusi kerja dilingkungan pemerintah, swasta dan organisasi kemasyarakatan diberbagai jenjang administrasi. Dalam advokasi memerlukan komunikasi yang efektif antara lain pesan yang disampaikan harus jelas, benar, konkret, lengkap, ringkas, meyakinkan, kontekstual, berani, hati-hati dan sopan (Soekijo, 2005 : 203-205)

7. Teori pengembangan masyarakat dan sosiologi masyarakat desa

Pengembangan masyarakat yang juga dikenal dengan pembangunan masyarakat merupakan proses dinamis yang berkelanjutan dari masyarakat untuk mewujudkan keinginan dan harapan hidup yang lebih sejahtera dengan strategi menghindari kemungkinan tersudutnya masyarakat desa sebagai penanggung eksekusi dari pembangunan regional atau nasional. Pengertian tersebut mengandung makna, betapa pentingnya inisiatif lokal, partisipasi masyarakat sebagai bagian dari model-model pembangunan

yang dapat menyejahterakan masyarakat desa (Soelaiman, dalam <http://green-leean.blogspot.com>, 30 Oktober 2012)). Program pembangunan masyarakat ini tidak berpusat pada birokrasi melainkan berpusat pada masyarakat atau komunitasnya sendiri. Pemberian kekuasaan pada inisiatif lokal dan partisipasi masyarakat menjadi kata kunci dalam pembangunan masyarakat. Esensi yang terkandung dalam pembangunan masyarakat pada hakekatnya tidak sekedar membantu masyarakat dalam mengatasi kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi, namun lebih dari itu pembangunan masyarakat merupakan usaha untuk membentuk kemandirian mereka, sehingga dapat menghadapi permasalahannya sendiri. (Teori dan Konsep Dasar Pengembangan Masyarakat, <http://green-leean.blogspot.com>, 30 Oktober 2012).

Dalam pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif tidak terlepas dari kegiatan pengorganisasian, baik organisasi formal maupun non formal. Barry Cushway mengakui meskipun ada bermacam-macam organisasi, hanya sedikit terdapat persamaan, tetapi upaya membandingkan organisasi supaya mengetahui kekurangan dan kelebihan. Walaupun semua organisasi mempunyai karakteristik yang khas (variasi), semua organisasi mempunyai hal-hal tertentu yang sama yaitu :

- Satu tujuan
- Suatu struktur
- Proses untuk mengkoordinasikan kegiatan
- Orang-orang yang melaksanakan peran-peran yang berbeda.

B. Kajian Terdahulu

Kajian terdahulu tentang pengembangan desa siaga dapat dilihat dalam tabel dibawah ini :

Tabel. 2.1. Tabel Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul	Tujuan	Hasil	Relevansi
1	Marhami (2010)	Pengaruh Pembiayaan Kesehatan Terhadap Pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Aceh Besar	Mengetahu pengaruh pembiayaan kesehatan terhadap pengembangan Desa Siaga di Aceh Besar	Tidak ditemukan pengaruh yang bermakna pembiayaan kesehatan terhadap pengembangan Desa Siaga di aceh Besar	Apakah di Kabupaten Kotawaringin Barat Pembiayaan Kesehatan dapat mendukung Desa Siaga aktif
2	Erfan Nasrullah (2011)	Analisis Pelaksanaan Desa Siaga di Desa Kilensari Situbondo	Mengetahui bentuk kegiatan desa siaga	Desa Siaga sudah dilaksanakan sesuai ketentuan namun belum ada inovasi kegiatan berdasarkan masalah	Apakah di Kabupaten Kotawaringin Barat telah dilaksanakan kegiatan inovatif
3	Taufik Nur azhar,dkk (2007)	Pelaksanaan Desa Siaga Percontohan di Desa Ci batu	Mengetahui pelaksanaan desa siaga	Desa siaga telah melaksanakan revitalisasi posyandu, pembentukan Poskesdes, Penggalangan dana	Apakah kegiatan serupa sudah dikembangkan oleh desa siaga di Kotawaringin Barat
4	Daniell P	Implementasi Desa siaga ditinjau dari perspektif provider	Menjelaskan implementasi program Desa Siaga ditinjau dari perspektif provider di wilayah kerja puskesmas Layeni Kecamatan TNS Kabupaten Maluku Tengah tahun 2010 .	Implementasi program Desa Siaga di wilayah kerja puskesmas Layeni belum dapat terlaksana dengan maksimal. Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman provider tentang kebijakan,sasaran dan pengukurannya, dukungan pendanaan dari pemerintah daerah dan partisipasi	Apakah di Kabupaten Kotawaringin Barat juga terjadi ketidakmaksimalan pada peran provider dalam mengembangkan desasiaga

				masyarakat dalam pembiayaan kesehatan belum maksimal, keterbatasan SDM yang mengakibatkan bidan dan kader kerja rangkap tugas.	
--	--	--	--	--	--

Sehubungan dengan permasalahan dan tujuan penelitian ini sebagai kajian awal pernah dilakukan penelitian (thesis) yang dilakukan oleh Marhami, Program S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara pada tahun 2010 dengan judul “ Pengaruh Pembiayaan Kesehatan Terhadap Pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Aceh Besar “(diunduh dari <http://repository.usu.ac.id> tanggal 30 Oktober 2012).

Adapun hasil penelitian menyatakan bahwa di Kabupaten Aceh Besar, sejak 2006 sampai 2010, dari 604 desa, baru terbentuk 188 desa siaga. Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong royong. Jenis penelitiannya adalah explanatory survey untuk menganalisis pengaruh pembiayaan kesehatan terhadap pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Aceh Besar. Populasi dalam penelitian adalah seluruh Desa Siaga, yang berjumlah 188 desa di dalam wilayah Kabupaten Aceh Besar. Besar sampel sebanyak 65 desa siaga, yang ditentukan dengan teknik simple random sampling. Responden adalah Kepala Desa (penanggung jawab), tokoh masyarakat, kader

Desa Siaga, pemegang kas Desa Siaga, dan tenaga kesehatan (bidan) yang bertugas di Desa Siaga. Dari setiap desa ada 5 responden sehingga dari 65 Desa Siaga akan diperoleh 325 responden. Data dikumpulkan dengan kuesioner dan in-depth interview dengan petugas promosi kesehatan kabupaten dan kecamatan. Data dianalisis menggunakan regresi linear berganda. Hasil analisis regresi linear berganda menunjukkan bahwa semua variabel kecukupan dana, mekanisme pengelolaan dana, kemampuan sumber daya manusia dan pengawasan tidak berpengaruh terhadap pengembangan Desa Siaga. Disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar untuk dapat memprioritaskan semua unsur yang terkait dengan pembiayaan kesehatan termasuk didalamnya kecukupan dana, mekanisme pengelolaan dana, kemampuan sumber daya manusia, dan pengawasan untuk program Desa Siaga yang berkesinambungan, untuk terlaksananya program Desa Siaga ini. Melihat hasil penelitian perlu diteliti lebih lanjut factor apa saja yang dominan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif mengingat faktor kecukupan anggaran dan manajemennya tidak mempunyai pengaruh terhadap pengembangan Desa Siaga.

Laporan penelitian yang ditulis dr. Erfan Nasrullah dkk, Puskesmas Panarukan tentang Analisis pelaksanaan Desa Siaga di Desa Kilensari Kecamatan Panarukan, Kabupaten Situbondo tahun 2011 (<http://enasrulla.files.wordpress.com>) bahwa beberapa kegiatan desa siaga telah dilaksanakan sesuai pedoman pengembangan desa siaga, namun belum ada inovasi program yang dicanangkan berdasarkan permasalahan riil kesehatan yang ada di desa. Jika dinilai dari indikator proses maka pelaksanaan desa siaga

di Desa Kilensari masih pada tahap bina dan memerlukan pembinaan intensif dari petugas kesehatan dan petugas sektor lainnya. Peran tokoh masyarakat termasuk kepala desa perlu ditingkatkan lagi dalam menggerakkan masyarakat berpartisipasi aktif dalam desa siaga. Dalam penelitian Implementasi Kebijakan Program Dana Bantuan Pembangunan Desa dan Pemberdayaan Masyarakat oleh Abdul Halim, studi di Desa Awang Besar, Kecamatan Barabai, Hulu Sungai Tengah Program Dana Bantuan Pembangunan Desa dan Pemberdayaan Masyarakat telah memberikan dampak cukup berarti terutama dalam membangun kembali semangat gotong royong yang mulai terkikis dalam pembangunan di desa. Dampak negatif yang kurang membangun yaitu ketergantungan terhadap dana bantuan yang ada sehingga kemampuan menggali potensi di desa tidak menjadi fokus pemerintah desa. Harapan para aparatur desa pun muncul supaya dana bantuan ini berkesinambungan atau terus menerus. Penelitian di desa siaga percontohan Cibatu telah menunjukkan pengaktifan komponen Desa Siaga, hal ini berbeda dengan hasil penelitian di Maluku Tengah yang menilai provider belum maksimal dalam mengembangkan desa siaga yang lebih disibukkan tugas rangkap di Puskesmas. Beberapa penelitian terdahulu mempunyai relevansi didalam kerangka pikir penelitian ini sebagai pembanding yang relevan.

C. Kerangka Berpikir

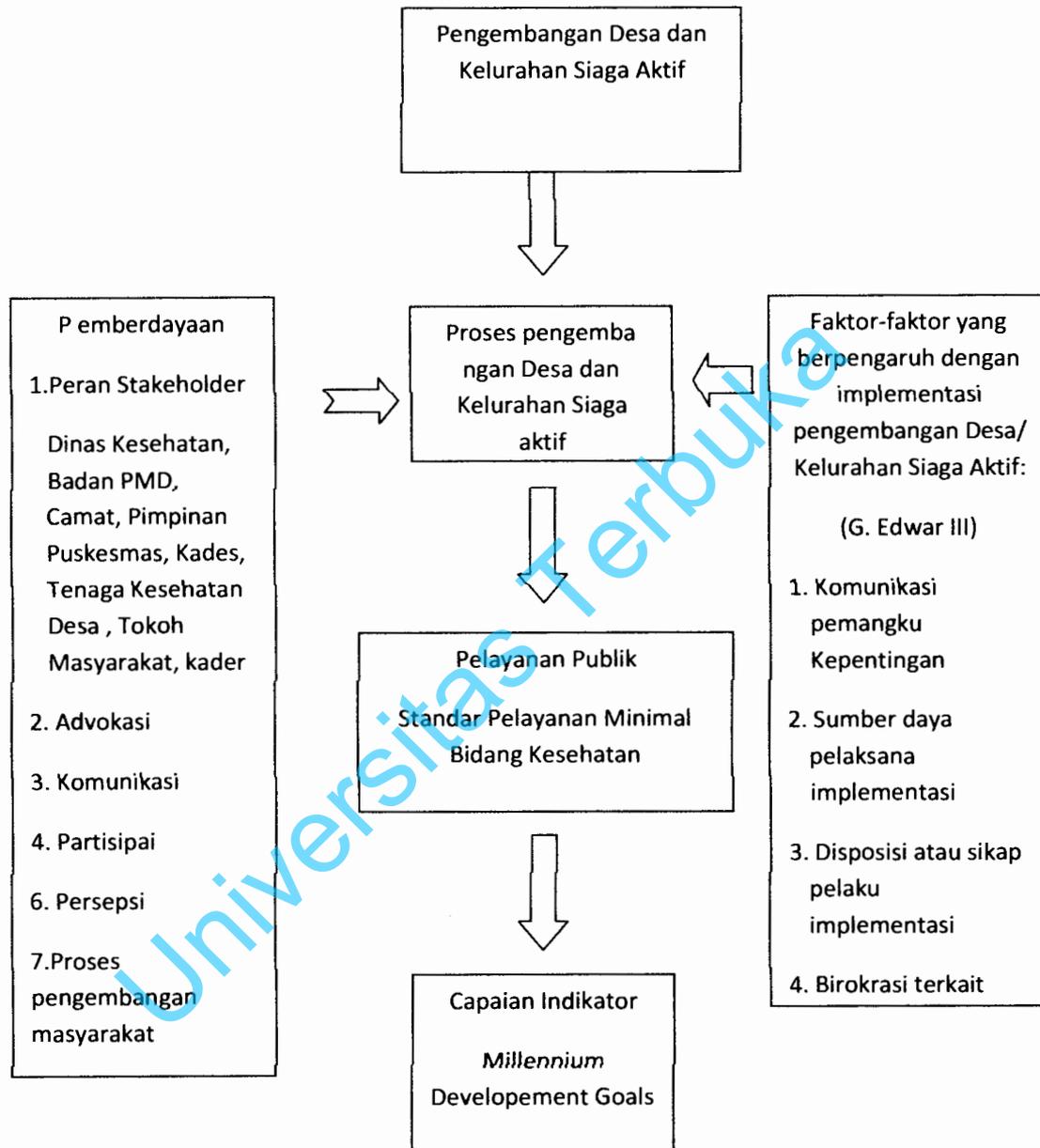
Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat

dan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan implementasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat.

Kerangka pikir ini berpijak pada kajian teoritik bahwa kebijakan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif sebagai upaya mewujudkan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan guna mewujudkan indikator standar pelayanan minimal maupun Millennium Development Goals (MDGs) sebagai indikator derajat kesehatan dan kesejahteraan rakyat. Faktor – faktor yang mempengaruhi dalam mengembangkan desa siaga aktif meliputi aspek manajemen khususnya dalam pergerakan, pengorganisasian, komunikasi, latar belakang sosial budaya, pengetahuan, persepsi tentang desa siaga, dan dukungan sumber daya baik SDM maupun biaya dalam mengembangkan desa dan kelurahan siaga aktif.

Diagram atau model kerangka berpikir sebagaimana diagram berikut ini :

Diagram 2.1. Kerangka pikir Penelitian



D. Pokok Bahasan / Definisi Operasional

1. Implementasi adalah tahapan penerapan dan pelaksanaan suatu kegiatan program atau aktifitas dalam rangka mencapai tujuan sebuah kebijakanyang telah ditetapkan.
2. Kebijakan adalah suatu tindakan yang diambil pemerintah untuk melakukan sesuatu dalam rangka mewujudkan tujuan yang telah ditetapkan.
3. Pengembangan adalah suatu upaya dinamis dan sistematis yang dilakukan secara berkelanjutan untuk menuju suatu hal yang lebih baik dan meningkat.
4. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah suatu desa yang telah yang menggerakkan masyarakatnya sadar , mau dan mampu mengatasi masalah kesehatan bersumberdaya potensi masyarakat.
5. Keputusan Menteri Kesehatan No 1529/Menkes/SK/X/2010 adalah kebijakan nasional yang mengatur penatalaksanaan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif
6. Kabupaten Kotawaringin Barat adalah satu kesatuan wilayah administrasi dan hukum sebagai daerah otonom yang menjalankan urusan pemerintahan dan dikepalai oleh seorang Bupati , serta merupakan bagian dari Negara Kesatuan Republik Indonesia berada di wilayah Kalimantan Tengah.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode penelitian ini adalah penelitian ini menggunakan perspektif pendekatan analisis kualitatif. Pendekatan kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Pada pendekatan ini, peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan. Bila dilihat dari manfaat atau kegunaannya, maka penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan dengan menggambarkan implementasi pengembangan desa dan kelurahan siaga serta mendiskripsikan beberapa faktor yang berpengaruh pelaksanaan kegiatan pengembangan desa dan kelurahan siaga yang sedang berjalan. Penelitian dengan pendekatan kualitatif lebih menekankan analisisnya pada proses penyimpulan induktif serta analisis terhadap dinamika pola hubungan/keterkaitan antar fenomena yang diamati dengan menggunakan metode ilmiah. Hal ini bukan berarti pendekatan kualitatif sama sekali tidak membutuhkan data kuantitatif akan tetapi penekanannya tidak pada pengujian hipotesis melainkan pada usaha menjawab pertanyaan penelitian melalui cara-cara berfikir formal dan argumentatif. Dilihat dari pendekatan analisisnya ini merupakan penelitian diskriptif. Penelitian diskriptif melakukan analisis kualitatif hanya

sampai taraf diskripsi yaitu menganalisis dan menyajikan fakta secara sistematis sehingga lebih mudah untuk dipahami dan disimpulkan.

B. Informan (Narasumber)

1. Informan sebagai sumber data

Dalam penelitian ini subyek yang telah diwawancarai sebanyak 35 orang dalam pengumpulan data dilakukan secara purposive sebagai informan kunci antara lain para penanggung jawab lintas sektoral dalam pengembangan Desa /Kelurahan Siaga Aktif antara lain :

- a. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat
- b. Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa
- c. Pengurus TP-PKK Kabupaten Kotawaringin Barat yang membidangi Pokja Kesehatan
- d. Camat
- e. Pimpinan Puskesmas
- f. Petugas Kesehatan Bidan di Desa
- g. Kepala Desa
- h. Tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan masyarakat

Pemilihan informan secara purposive ini dilakukan dari tingkat pengambil kebijakan puncak di kabupaten seperti Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa serta lintas sektoral tingkat kabupaten untuk mengetahui sejauh mana koordinasi sosialisasi dan advokasi telah dilakukan. Pada pelaksanaan implementasi didapatkan informasi dari camat, pimpinan puskesmas, kepala desa, tenaga kesehatan di desa dan pemangku kepentingan lain ditingkat kecamatan dan desa

sehingga telah mendapatkan gambaran hal-hal yang telah dilaksanakan atau dilakukan sampai saat ini dan menggali informasi atas keberhasilan atau kegagalannya.

2. Lingkup Penelitian dan lokasi Penelitian

Lingkup penelitian dibatasi pada faktor-faktor atau hal-hal yang berhubungan atau berkaitan dengan implementasi dan pemberdayaan dalam pengembangan desa siaga aktif di wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat.

3. Fokus Penelitian

Dalam rumusan sederhana variabel adalah segala sesuatu yang diteliti oleh seorang peneliti yang memiliki variasi nilai.

Dalam penelitian ini yang menjadi fokus antara lain :

- a. Desa Siaga aktif : yaitu desa yang secara mandiri telah melaksanakan analisis pemecahan masalah kesehatan melalui :
 - 1) Memiliki struktur organisasi desa siaga
 - 2) Ada forum desa siaga/ musyawarah (frekuensi)
 - 3) Mempunyai program kegiatan dan pembiayaan.
- b. Unsur Desa Siaga meliputi :
 - 1) Koordinasi dan komunikasi
 - 2) Potensi Desa
 - 3) Dukungan pemerintah desa / kepala desa
 - 4) Peran pemberdayaan masyarakat
 - 5) Persepsi dan pemahaman para pelaku desa siaga

C. Pedoman Wawancara

Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa pedoman wawancara mendalam dan pedoman pelaksanaan FGD. Peneliti dalam penelitian kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya. Cara penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti mengumpulkan data sekunder yang berkaitan dengan jumlah desa, jumlah kader, jumlah UKBM, dengan menggunakan *check list*.
- b. Peneliti melaksanakan pengambilan narasumber atau informan secara *purposive* dengan membuat kriteria khusus untuk menentukan informan yang di wawancarai menggunakan instrumen wawancara untuk masing masing karakteristik informan.
- c. Peneliti mencatat semua hasil wawancara mendalam dari informan/narasumber
- d. Peneliti merumuskan dan menganalisis hasil wawancara mendalam dengan informan.
- e. Peneliti melakukan diskusi dengan metode FGD kepada pimpinan Puskesmas untuk mengetahui realita pelaksanaan desa dan kelurahan siaga.
- f. Peneliti mengatur jalannya kegiatan FGD telah dijadwalkan pada tanggal 20 Mei 2013

- g. Peneliti mencatat dan merumuskan serta menganalisis data hasil pelaksanaan FGD

D. Prosedur Pengumpulan Data dan Pemilihan Narasumber

1. Sumber Data Data

Pendekatan waktu dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah *Survey Cross Sectional* atau penelitian transversal yaitu suatu penelitian dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya setiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subyek penelitian diamati pada waktu yang sama. Untuk mendapatkan data atau informasi tentang proses pengembangan desa siaga melalui pengumpulan data yang terkait dengan unsur-unsur dan proses desa siaga.

Berdasarkan sumbernya data dalam penelitian ini meliputi :

a. Data Primer

b. Data sekunder

2. Pengumpulan data primer

Data primer adalah data yang diambil langsung tanpa perantara dari sumbernya. Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara :

a. Wawancara mendalam

Wawancara dilakukan secara langsung antara pewawancara (*interviewer*) dengan terwawancara (*interviewee*). Selaku pewawancara dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Sedangkan terwawancara

berjumlah 35 orang adalah sebagai informan. Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan, Badan Pemberdayaan Kasubag perencanaan Dinkes, Masyarakat, Camat, Pimpinan Puskesmas, Kepala Desa, Pengurus Desa Siaga, Unsur Lembaga Desa, Bidan Desa, Tokoh Masyarakat, Masyarakat dan Kader Kesehatan.

b. Diskusi Kelompok Terfokus (*Focus Group Discussion*)

Focus Group Discussion (FGD) adalah teknik pengumpulan data yang umumnya dilakukan pada penelitian kualitatif dengan tujuan menemukan makna sebuah tema menurut pemahaman sebuah kelompok dalam hal ini dilakukan dengan para pimpinan Puskesmas. Teknik ini digunakan untuk mengungkap pemaknaan dari suatu kelompok berdasarkan hasil diskusi yang terpusat pada suatu permasalahan tertentu. FGD juga dimaksudkan untuk menghindari pemaknaan yang salah dari seorang peneliti terhadap fokus masalah yang sedang diteliti. Pelaksanaan FGD dilakukan untuk melihat sejauh mana tahapan proses pengembangan desa siaga dilaksanakan, menjelaskan peranan masing-masing unsur yang terlibat dalam pengembangan desa siaga.

3. Pengumpulan data sekunder

Data skunder adalah data yang diambil secara tidak langsung dari sumbernya, yang dapat diambil dari dokumen. pengumpulan data sekunder terdiri dari dokumen, laporan yang meliputi :

- a. Data desa siaga yang telah dibentuk kelembagaannya di wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat.

- b. Data desa siaga yang telah aktif kegiatannya di wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat.
- c. Jenis dan data Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat di Kabupaten Kotawaringin Barat.

Sebagai subyek penelitian ini adalah Penanggungjawab Program Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga kabupaten beserta stakeholdernya meliputi Dinas Kesehatan, Dinas Pemberdayaan dan Masyarakat Desa, Camat, Pimpinan Puskesmas, Kepala Desa, Pengurus Desa Siaga, Unsur Lembaga Desa, Bidan Desa, Tokoh Masyarakat, dan Kader Kesehatan. Pengambilan informan didasarkan pada pertimbangan dan alasan kriteria sesuai keperluan. *Purposive sampling* yaitu pengambilan sampel dalam hal ini narasumber atau informan didasarkan atas pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan dan bukan merupakan representasi dari populasi. Dari 89 desa yang ada di Kabupaten Kotawaringin Barat akan diambil informan dari desa siaga terpilih yang telah aktif maupun belum aktif dalam mengembangkan desa siaga.

E. Metode Analisis Data

E.1. Pengumpulan Data Mentah

Pengumpulan data mentah merupakan tahap pengumpulan data yang dilakukan melalui kegiatan wawancara, observasi lapangan dan kajian pustaka. Pengumpulan data lapangan dilakukan dengan wawancara mendalam dengan narasumber sesuai dengan kepentingan penggalan data. Perekaman data wawancara menggunakan recorder dan catatan hasil

wawancara. Observasi dilakukan melalui pengamatan keadaan di lapangan yang terkait atau menunjang hasil wawancara dan didokumentasikan dengan kamera. Pencatatan hasil wawancara akan ditulis apa adanya (Verbatim) tanpa ditambah atau dikurangi tanpa dicampuri dengan pendapat atau komentar peneliti.

E.2. Transkrip Data

Pada tahap transkrip data akan dilakukan penulisan dari catatan atau hasil rekaman wawancara menjadi kalimat- kalimat atau hasil rekaman apa adanya . Peneliti tidak akan menambahkan atau mencampuri tulisan transkrip dengan pendapat, opini atau komentar lainnya. Data hasil wawancara dan pertanyaan diformulasikan sebagai transkrip hasil wawancara yang memuat identitas narasumber, karakteristik narasumber, tanggal wawancara, hasil wawancara, dan review dari hasil wawancara oleh peneliti

Dalam kertas transkrip data akan disediakan tempat kosong untuk melakukan koding data.

E.3. Pembuatan Koding

Proses ini memerlukan kecermatan dalam melihat transkrip data dengan teliti atas pernyataan - pernyataan strategis yang diberikan narasumber kemudian dilakukan identifikasi kata-kata kunci dari pernyataan narasumber. Pada tahap ini seluruh transkrip telah dilakukan koding yang telah memuat” kata kunci” dari pernyataan atau jawaban narasumber. Hal ini dilakukan pada bagian kolom kode pada trnskrip hasil wawancara.

E.4. Kategorisasi Data

Setelah data transkrip dikoding, maka pada tahap ini dilakukan penyederhanaan atau mensarikan transkrip data kedalam item yang telah mengikat konsep-konsep (kata kunci) sehingga dari sejumlah kata kunci yang banya akan di kategorikan menjadi beberapa kategori untuk mempermudah pengelompokan dari kata kunci.

Menurut Bodan & Biklen dalam Modul Metodologi Penelitian Administrasi bahwa kode-kode ini meliputi : Setting Codes, Perspective codes, process codes, activity codes, strategy codes, relationships and social structure codes, methods, dan preassigned coding system.

E.5. Penyimpulan sementara

Dari hasil kategorisasi data peneliti sudah dapat mengambil kesimpulan yang 100 % mutlak harus berdasarkan hasil data, yang masih bersifat sementara. Dalam tahapan ini peneliti dapat melakukan komentar atau Observer Coment (OC) . Observer Coment ini dapat berupa :

- a. Persetujuan terhadap apa yang dilakukan atau dikatakan oleh subyek (narasumber)
- b. Ketidak setujuan
- c. Menghubungkan data dengan teori
- d. Pertanyaan baru setelah adanya data di lapangan
- e. Perbandingan data dari pernyataan informan yang satu dengan lainnya
- f. Peringatan untuk peneliti agar bisa memahami lebih lanjut dari data yang diperoleh dilapangan.
- g. Hal-hal yang terkait dengan subyektifitas peneliti.

6. Triangulasi

Triangulasi merupakan proses check and` recheck antara satu sumber data dengan sumber data lainnya. Dalam hal ini akan diperoleh berbagai kemungkinan, antara lain :

- a. Satu sumber cocok atau senada dengan sumber lain (kohern)
- b. Satu Sumber berbeda dengan sumber lainnya , tetapi tidak terjadi pertentangan
- c. Satu Sumber bertentangan 180 derajat (bertolak belakang) dengan sumber yang lainnya.

Dalam hal lain menurut Bodan & Biklen analisis data juga dapat didefinisikan sebagai proses mencari dan mengatur secara sistematis transkrip interview, catatan di lapangan dan bahan-bahan lain yang kita dapatkan untuk meningkatkan pemahaman terhadap suatu fenomena membantu mempresentasikan penemuan kepada orang lain. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan jawaban informan, misalnya antar bidan desa, antar pimpinan puskesmas untuk meyakinkan terhadap hasil jawaban yang telah diperoleh.

Data hasil wawancara mendalam dengan informan dan pelaksanaan FGD diolah dan dianalisis dengan metode *content analysis*. Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilah mana yang penting

dan akan dipelajari dan selanjutnya mengambil kesimpulan sehingga mudah dipahami baik oleh diri sendiri maupun orang lain.

Analisis data kualitatif memilah-milahnya menjadi yang dapat dikelola, mensistensiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Analisis data terutama difokuskan selama proses di lapangan bersamaan dengan pengumpulan data. Analisis data pada penelitian ini dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Aktivitas dalam analisis data dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas. Langkah langkah dalam analisis data secara interaktif adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan tahapan awal yaitu melakukan wawancara dengan informan sesuai dengan pola purposive karena penelitian ini ingin menggali dari informan sesuai kelompok karakteristiknya, misalnya Kepala Dinas, Camat, Pimpinan Puskesmas, Bidan, Kades dan sebagainya. Selain wawancara juga dikumpulkan data melalui dokumentasi laporan, foto kegiatan, Focus Group Discussion dengan pimpinan Puskesmas dan bidan desa.

b. Reduksi data (*data reduction*)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal hal yang pokok, memfokuskan pada hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dalam

mereduksi data, peneliti dipandu oleh tujuan utama yang ingin dicapai.

Tujuan utama penelitian kualitatif adalah adanya temuan.

c. Penyajian data (*data display*)

Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat yaitu dengan teks yang bersifat naratif.

d. Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusions drawing /verifying*)

Untuk menguji keabsahan data dalam penelitian, biasanya dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel pada penelitian kualitatif yang diuji adalah datanya. Oleh karena itu penelitian kualitatif lebih menekankan pada aspek validitas.

a. Validitas (*validity*)

Pengujian validitas (keabsahan) terhadap hasil penelitian dilakukan dengan cara triangulasi. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan waktu. Dengan demikian terdapat triangulasi sumber, triangulasi teknik pengumpulan data dan triangulasi waktu. Hal ini dilakukan dengan melakukan pertanyaan yang sama dengan informan lain, dan ditanyakan kembali pada waktu yang lain apakah jawaban informan tetap konsisten.

b. Reliabilitas (*reliability*)

Pada penelitian ini uji reliabilitas (kepercayaan) dilakukan dengan cara audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Proses penelitian yang diaudit meliputi penentuan fokus masalah, peneliti masuk ke lapangan, menentukan sumber data, analisis data, uji keabsahan data, sampai dengan penarikan kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti. Peneliti melakukan

evaluasi rangkaian urutan wawancara baik antar informan berdasarkan karakteristiknya maupun waktu wawancara untuk menghindari kesalahan atas pertanyaan dan jawaban pada informan yang satu dengan yang lainnya.

Universitas Terbuka

BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

A.1. Gambaran Geografis

Kabupaten Kotawaringin Barat beribukota di Pangkalan Bun secara astronomis terletak diantara $1^{\circ} 19'$ sampai $3^{\circ} 36'$ LS dan $110^{\circ} 25'$ sampai $112^{\circ} 50'$ BT terletak diantara tiga kabupaten Tetangga yaitu Kabupaten Lamandau, Kabupaten Sukamara dan Kabupaten Seruyan. Luas Kabupaten Kotawaringin Barat sebesar 10.759 km^2 atau $7,01 \%$ dari total luas Provinsi Kalimantan Tengah. Secara Umum daerah ini beriklim Tropis yang dipengaruhi oleh musim kemarau/kering dan musim hujan. Suhu udara maksimum berkisar $31,4^{\circ}$ sampai $33,6^{\circ} \text{ C}$ dan curah hujan tertinggi selama tahun 2011 sebesar 487 mm . Kelembaban $88,83\%$ dan hari hujan sebanyak 292 hari. Secara topografi desa desa di Kabupaten Kotawaringin Barat terdiri atas 59 desa dataran, 7 desa di lereng, 10 desa pesisir dan 18 desa dilembah DAS.

Di Kabupaten Kotawaringin Barat terdapat 3 buah sungai besar antara lain Sungai Kumai dengan panjang 175 km, Sungai Arut dengan panjang 250 km dan Sungai Lamandau dengan panjang 300 km.

(Sumber : BPS Kobar Tahun 2012)

A.2. Pemerintahan Daerah

Secara Administrasi Kabupaten Kotawaringin Barat memiliki 6 wilayah kecamatan yaitu ; Kecamatan Kotawaringin Lama, Kecamatan Arut Selatan,

Kecamatan Kumai, Kecamatan Arut Utara, Kecamatan Pangkalan Lada dan Kecamatan Pangkalan Banteng. Jumlah desa sampai tahun 2012 sebanyak 94 desa / kelurahan dengan rincian 81 desa dan 13 kelurahan dengan jumlah RT

Tabel 4.1
Wilayah Administrasi Pemerintahan
Pada Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2011

No.	Kecamatan	Luas Wilayah	JUMLAH		JUMLAH
		(km ²)	Desa	Kelurahan	Desa + Kelurahan
1	Kotawaringin Lama	1.257,2	15	2	17
2	Arut Selatan	2.400,0	13	7	20
3	Kumai	2.921,0	15	3	18
4	Pangkalan Banteng	1.306,0	17	0	17
5	Pangkalan Lada	229,0	11	0	11
6	Arut Utara	2.685,0	10	1	11
JUMLAH (KAB/KOTA)		10.798,2	81	13	94

Sumber : BPS Kotawaringin Barat 2012

Pemerintahan Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat terdiri 36 SKPD dan UPT Dinas yang tersebar di seluruh wilayah kabupaten. Anggaran APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat sebesar Rp. 21.891.321.468 pada tahun 2011, Rp 13.489.072.000, Pada tahun 2012 dan Rp.24.146.568.000 Pada tahun 2013 (sumber : DPA SKPD Dinas Kesehatan).

A.3. Kependudukan , Sosial Ekonomi Masyarakat, dan Sarana

transportasi

Jumlah penduduk Kabupaten Kotawaringin Barat pada tahun 2011 sebanyak 245.762 jiwa dengan tingkat pertumbuhan 1,81 % . Selama 3 tahun

berturut turut kenaikan jumlah penduduk yang tidak begitu berarti dengan luas wilayah 10.759 km², kepadatan penduduk Kabupaten Kotawaringin Barat sebesar 23 jiwa/ km². Secara umum jumlah penduduk laki-laki lebih besar daripada penduduk perempuan dimana untuk setiap 100 penduduk perempuan terdapat 113 penduduk laki-laki atau sex ratio sebesar 112, 59.

Usia penduduk pada angkatan kerja sebesar 65 % atau usia 15 tahun keatas, dan pada tahun 2011 menjadi 74 %.

Tabel 4.2.a.
Jumlah Penduduk Dan Rasio Jenis Kelamin Menurut Kecamatan
Di Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2011

No	Kecamatan	Jumlah Rumah Tangga	PENDUDUK			Rasio Jenis Kelamin	Rata-rata Jiwa/ Rumah Tangga
			Laki-laki	Perempuan	Jumlah		
1	Kotawaringin Lama	4.729	9062	8038	17358	112,74	3,62
2	Arut Selatan	26.956	52246	48115	101805	108,59	3,72
3	Kumai	10.827	24617	22544	47674	109,20	4,36
4	Pangkalan Banteng	9.014	17012	14547	32270	116,95	3,50
5	Pangkalan Lada	7.868	15158	13335	28909	113,67	3,62
6	Arut Utara	4.710	9654	7055	17746	136,84	3,55
JUMLAH (KAB/KOTA)		64.104	125749	112634	245762	112,42	3,77

Sumber : BPS Kobar 2012

Jumlah penduduk tiap rumah tangga/KK berkisar 3-4 jiwa. Dalam skala kabupaten dengan luas wilayah 10.759 km², seperti tertera pada Tabel 2.1 maka tingkat kepadatan penduduk rata-rata tahun 2011 mencapai 23 jiwa/km²

6,22-124,42 jiwa/km². Kecamatan yang memiliki kepadatan tertinggi adalah Pangkalan Lada 124,42 jiwa/km² dan terendah Arut Utara 6,22 jiwa/km² (BPS dalam profil kesehatan 2012: 7)

Mata pencaharian masyarakat di Kabupaten Kotawaringin Barat lebih dari separuhnya adalah di sektor pertanian, kehutanan dan perikanan. Pertumbuhan sektor pertanian, khususnya dalam perkebunan tumbuh sangat pesat baik yang berupa investor perkebunan besar sawit dengan luas lahan 151.101 Ha, maupun kebun masyarakat mencapai 40.483 Ha dengan hasil panen keseluruhan mencapai 3,3 juta ton palm oil (BPS Kotawaringin Barat, 2012). Tanaman perkebunan yang kedua adalah karet dengan luasan lahan PBS 2003 Ha dan perkebunan rakyat 13.187 Ha dengan produksi 10 ribu ton lebih. Potensi ini setidaknya akan menggambarkan menggeliatnya perekonomian masyarakat terutama sebagian dari plasma sawit yang akan menjadi penghasilan andalan bagi masyarakat di pedesaan.

Perkembangan perkebunan sawit juga telah menumbuhkan kekuatan ekonomi berbasis koperasi (KUD) di desa-desa yang memiliki lahan plasma, yang mulai memberikan kontribusi dalam pergerakan ekonomi di desa. Sampai pada tahun 2011 jumlah KUD sebanyak 25 buah dengan keanggotaan 9168 dan non KUD sebanyak 191 dengan anggota 29.281 peserta. Dengan tingkat angkatan kerja dan yang bekerja sebanyak 97 %, artinya pangsa pasar kerja di Kabupaten Kotawaringin Barat cukup tinggi. Upah Minimum Kabupaten (UMK) terus mengalami peningkatan dan pada tahun 2011 sebesar Rp. 1.239.000,-

Sarana transportasi merupakan urat nadi perekonomian maupun akses masyarakat menuju luar daerah dan membuka keterisolasian desa - desa pedalaman di Kabupaten Kotawaringin Barat. Dalam hal transportasi darat Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Barat telah membangun jalan sepanjang 2185 KM, dengan 1000 KM lebih merupakan jalan jalan masuk pedesaan. Sebagian besar jalan (70%) belum diaspal, kondisi ini masih menggambarkan masih belum lancarnya transportasi terlebih pada saat musim hujan sebagian jalan ini menjadi licin dan rawan putus.

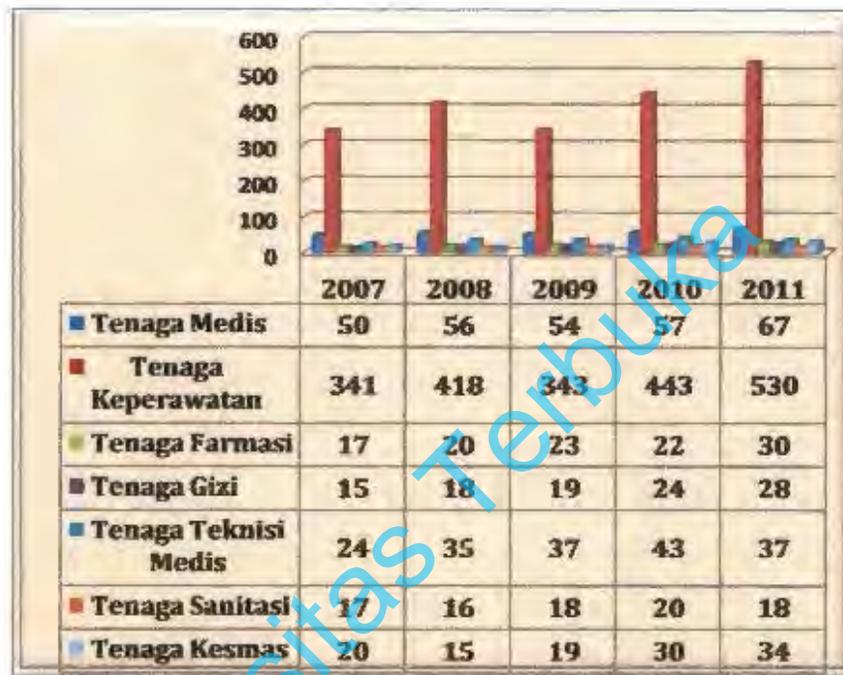
A.4. Akses Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan

Puskesmas di Kabupaten Kotawaringin Barat berjumlah 15 unit yang tersebar di 6 kecamatan, lima diantaranya adalah puskesmas perawatan, yaitu Puskesmas Kotawaringin Lama, Semanggang, Arut Utara, Kumai dan Karang Mulya, sementara lainnya merupakan puskesmas non perawatan. Rasio Puskesmas dengan penduduk Kotawaringin Barat pada tahun 2011 yaitu sebesar 6,2 per 100.000 penduduk. (profil kesehatan, 2012)

Dalam upaya meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas didukung oleh sarana pelayanan kesehatan berupa puskesmas pembantu (Pustu) dan pos kesehatan desa (Poskesdes) yang dikhususkan untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Pada tahun 2011 terdapat 76 unit Pustu dan 53 unit Poskesdes (profil kesehatan 2012). Terdapat satu buah rumah sakit tipe C di Kabupaten Kotawaringin Barat yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin. Rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Barat tersebut hingga tahun 2011 memiliki kapasitas 159 tempat tidur (TT) dengan jumlah hari perawatan 37.674 hari. Jumlah dan rasio tempat tidur rumah sakit terhadap penduduk sebesar 65,87 per 100.000 penduduk, angka ini dapat digunakan untuk menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, termasuk sebagai sarana pelayanan kesehatan

rujukan. Proporsi tempat tidur rumah sakit sebagian besar adalah Kelas III (profil kesehatan 2012).

Dilihat dari SDM tenaga kesehatan di Kabupaten Barat dapat digambarkan sebagai grafik berikut :



GAMBAR 4.1

Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Kelompok Profesi di Kotawaringin Barat Periode Tahun 2007 s.d Tahun 2011

Sumber : Profil Kesehatan 2012

Dilihat menurut kelompok profesi menunjukkan jumlah tenaga dalam kelompok medis, keperawatan (perawat, perawat gigi dan bidan), farmasi, gizi, teknisi medis dan sanitarian sejak tahun 2007 sampai dengan tahun 2009 mengalami fluktuasi data. Fluktuasi data selain karena memang ada pengurangan dan penambahan juga dimungkinkan terjadi kesalahan dalam pengumpulan data. Sedangkan pada tahun 2010 – 2011 mengalami peningkatan dari 649 meningkat menjadi 744 tenaga kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Instalasi Farmasi Kabupaten, Laboratorium Kesehatan

Daerah dan di seluruh Puskesmas dan jaringannya pada tahun 2011 mencapai 744 orang. Tenaga kesehatan tersebut terdiri dari tenaga medis 67 orang (9%), tenaga keperawatan 530 orang (71%), farmasi 30 orang (4%), gizi 28 orang (4%), teknisi medis 37 orang (5%), sanitasi 18 orang (2%) dan kesmas 34 orang (5%).

B. Temuan Penelitian

B.1. Kebijakan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif di

Kabupaten Kotawaringin Barat

Desa dan Kelurahan Siaga merupakan wadah pemberdayaan masyarakat dalam pilar pembangunan kesehatan. Dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga sebagai indikator SPM Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dalam pembangunan bidang kesehatan harus menjadi ujung tombak dan strategi utama yang harus dilakukan oleh Dinas Kesehatan. Kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif mempunyai kedudukan yang sangat penting sebagaimana dinyatakan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat drg. Indrawan Sakti, M.Kes

Salah satu strategi pembangunan kesehatan adalah pemberdayaan masyarakat dalam mewujudkan masyarakat sehat yang mandiri. Desa siaga adalah pilar pemberdayaan masyarakat, saya menginginkan nantinya semua program harus mengembangkan kegiatannya dalam pemberdayaan masyarakat melalui satu pintu desa/kelurahan siaga aktif. Anggaran anggaran program yang terkait dengan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat harus dipadukan dalam desa siaga. Tidak mungkin kita dapat mengaktifkan desa siaga tanpa memberikan stimulan sumber daya melalui anggaran program-program kesehatan. Kedepan saya berharap dapat menjadikan desa siaga aktif dalam upaya pencapaian indikator SPM Bidang Kesehatan terlebih dalam mewujudkan komitmen global Millennium Development Goals (MDGs).

Dalam hal kebijakan pengelolaan program indikator yang keberhasilan mengacu pada indikator SPM Program Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat dimana secara bertahap telah ditetapkan keberhasilan membentuk desa dan kelurahan siaga aktif dengan target 65 % pada tahun 2012, 75 % pada tahun 2013 ,75 % pada tahun 2014 dan 15 % pada tahun 2015. Dalam hal kebijakan program Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat melakukan kajian terhadap program-program yang masih dibawah target dan menentukan strategi eskalasi dalam mengejar target dengan pembiayaan sesuai kebutuhan program.

Pengelolaan program pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif seharusnya dikelola oleh struktural Bidang Promosi Kesehatan, namun pada kenyataannya dalam struktur Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat nomenklatur itu tidak ada sehingga Program Promosi Kesehatan dititipkan pada salah satu bidang yaitu Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PSDMK). Menurut Kepala Dinas Kesehatan hal ini sedikit menghambat dari sisi Tupoksi, karena Bidang PSDMK sendiri tidak tertera akan kegiatan promosi kesehatan. Berdasarkan informasi dari Kepala Dinas Kesehatan dengan dokumen yang ada sebenarnya pihak Dinas Kesehatan telah mengusulkan perubahan struktur organisasi pada Bagian Ortal Setda Kotawaringin Barat untuk mengakomodir hal tersebut, namun hingga saat ini belum terealisasi perubahan yang diinginkan untuk meningkatkan kinerja dan kesesuaian nomenklatur struktur dengan jenis program yang dijalankan sebagaimana dalam petikan analisis usulan revisi struktur organisasi Dinas Kesehatan pada tahun 2011 sebagai berikut :

Aspek pengorganisasian dan sumberdaya manusia merupakan faktor yang menentukan dalam mencapai visi misi pembangunan dan pengembangan kesehatan. Untuk menjamin obyektivitas, keadilan, dan transparansi pengangkatan PNS dalam jabatan struktural perangkat daerah bidang kesehatan dan guna menjamin keberhasilan tugas dan fungsi organisasi, diantaranya dalam upaya mencapai Indikator MDGs dan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Berdasarkan nomenklatur struktur organisasi Dinas Kesehatan berdasarkan Perda 18 Tahun 2008, belum ditemukan beban kerja yang belum terdistribusi dengan optimal baik berdasarkan capaian indikator SPM, MDGs, maupun berdasarkan jumlah urusan kewenangan wajib yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah. Berdasarkan permasalahan tersebut perlu dilakukan analisis terhadap nomenklatur struktur organisasi Dinas Kesehatan agar pelaksanaan pembangunan kesehatan terkafer melalui Bidang dan Seksi Teknis dapat berjalan maksimal (analisis usulan revisi struktur organisasi Dinas Kesehatan Kotawaringin Barat).

Berikut adalah rancangan usulan nomenklatur Struktur Organisasi Dinas Kesehatan yang diharapkan mampu untuk menjawab kebijakan dalam menuju kesesuaian program-program kesehatan dengan nomenklatur structural yang mampu mengakomodir sebagaimana dalam uraian dibawah ini :

Tabel 4.2.b
Usulan Revisi Struktur Organisasi Dinas Kesehatan
Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2011

NO.	STRUKTUR LAMA		STRUKTUR USULAN	
	NAMA BIDANG	NAMA SEKSI	NAMA BIDANG	NAMA SEKSI
1	BIDANG PENGENDALIAN MASALAH KESEHATAN	A. SEKSI. KESLING	BIDANG PENGENDALIAN MASALAH KESEHATAN	A. SEKSI KESLING
		B. SEKSI PENGENDALIAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT		B. SEKSI PENGENDALIAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT
		C. SIE WABAH&BENCANA		C. SIE WABAH&BENCANA
2	BIDANG PELAYANAN KESEHATAN	A. SEKSI PELAYANAN KESEHATAN DASAR	BIDANG PELAYANAN KESEHATAN	A. SEKSI PELAYANAN KESEHATAN DASAR

		B. SEKSI PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS		B. SIE PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS DAN RUJUKAN
		C. SEKSI PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN		C. SEKSI JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
3	BIDANG PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN	A. SEKSI PENDIDIKAN DAN PELATIHAN	BIDANG PROMOSI KESEHATAN DAN KESEHATAN KELUARGA	A. SEKSI PROMOSI KESEHATAN
		B. SEKSI REGISTRASI DAN AKREDITASI		B. SEKSI KESEHATAN IBU DAN ANAK
		C. SEKSI PERENCANAAN DAN PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN		C. SEKSI GIZI
4	BIDANG SARANA DAN PRASARANA	A. SEKSI JAMINAN KESEHATAN	BIDANG SUMBER DAYA KESEHATAN	A. SEKSI PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN
		B. SEKSI KEFARMASIAN		B. SEKSI KEFARMASIAN DAN MAKANAN MINUMAN
		C. SEKSI SARANA DAN PERALATAN KESEHATAN		C. SEKSI SARANA DAN PERALATAN KESEHATAN
	SEKRETARIAT	TETAP	SEKRETARIAT	TETAP

Sumber : Dokumen usulan revisi struktur organisasi Dinas Kesehatan Tahun 2011

Strategi dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Barat menempatkan pemberdayaan masyarakat sebagai pintu gerbang peran serta masyarakat. Desa siaga sebagai lembaga formal pemberdayaan masyarakat memerlukan pengorganisasian dengan menerapkan visi misi yang jelas dalam menuju masyarakat desa sehat dan mandiri.

Selain kebijakan dalam nomenklatur struktur organisasi kebijakan penyusunan anggaran program kesehatan disusun berdasarkan identifikasi fokus masalah yang dihadapi program dan disusun melalui rapat perencanaan anggaran program dilingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin

Barat. Hal tersebut disampaikan oleh H. Amat Sulkan selaku Kasubag
Perencanaan dan Pengendalian Program sebagai berikut :

Di Dinas Kesehatan sebagai Kasubag Perencanaan dimana sebagai salah satu fungsinya adalah penyusunan anggaran.. e.. sebetulnya sangat setuju bahwa promosi itu harus ditingkatkan, bagaimanapun juga promosi itu tetap menjadi prioritas di dalam ...didalam goal pencapaian kesehatan kita, sehingga tidak hanya kuratif tetapi promotif dan preventif. Disana.. disana kita lihat promotifnya. Nah.. untuk penganggaran kami dari subag perencanaan sesuai dengan apa yang telah dinyatakan kepala dinas bahwa promosi sebagai pendorong atau sebagai...sebagai penggerak utama untuk mencapai derajat kesehatan. Untuk penganggaran saya kira dari tahun ke tahun untuk Promkes terutama dalam hal ini nantinya dalam pencapaian desa siaga , karena dari desa siaga semuanya bermuara dari sanalah nanti kesehatan itu akan bisa tertata. Secara otomatis kita berkewajiban atau mendorong moral kita untuk melakukan pembiayaan yang.. yang signifikans. Kemudian untuk itu dari segi kinerja pencapaian SPM kita masih belum bisa mencapai itu. Makanya untuk tahu 2014, 2015 kita , penganggaran lebih diupayakan untuk mencapai target itu. Untuk itu perlu dirancang terutama di program promkes untuk mengaktifkan desa siaga itu kegiatan apa yang harus dilakukan itu. Dari sisi penganggaran saya kira tidak masalah, kami dukung selagi itu tetap menjadi acuan untuk di SPM, karena kerangka kita adalah berangkat dari SPM, karena desa siaga masuk dalam tatanan SPM berapa anggarannya kita dukung agar 2014, 2015 tinggal dua tahun lagi agar tercapai. Jadi kami tetap komitment untuk menganggarkan desa siaga.

Dukungan penganggaran dalam program pengembangan desa siaga secara kebijakan mendapat dukungan kebijakan prioritas dan anggaran dari Kepala Dinas Kesehatan maupun dari segi implementasi dari Kasubag Perencanaan dan Pengendalian Program Dinas Kesehatan .

B.2. Tahapan Implementasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat

Program Desa Siaga mulai diluncurkan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 2006 yang kemudian diatur dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 644/Menkes/SK/X/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan

Pengembangan Desa Siaga, yang kemudian di sempurnakan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1529/Menkes/SK /X/2010 yang lebih mengedepankan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Berdasarkan pengertian dalam SK Menkes tersebut Desa atau Kelurahan Siaga Aktif memiliki komponen :

- (1) Pelayanan kesehatan dasar,
- (2) Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan,
- (3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Desa dan Kelurahan Siaga aktif memiliki indikator antara lain

- 1) Kepedulian Pemerintahan Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
- 2) Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 3) Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari.
- 4) Keberadaan UKBM dan melaksanakan : penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, survailans berbasis masyarakat, penyehatan lingkungan.
- 5) Tercakupnya pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha

- 6) Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 7) Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 8) Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga.

Tahapan pertama adalah melaksanakan pelatihan Bidan Poskesdes dalam mengembangkan desa siaga pada tahun 2007 yang dilanjutkan dengan pembentukan struktur pengurus desa siaga di seluruh wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat pada tahun 2008. Kegiatan tersebut diawali dengan sosialisasi tentang desa siaga kepada para tokoh masyarakat, para kepala desa yang dilaksanakan secara regional di 6 kecamatan untuk menyamakan persepsi dan mendapatkan dukungan dalam pembentukan desa siaga. Sesuai dengan buku pedoman pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif, setelah penguatan fasilitator kabupaten dilatih oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah maka tahap selanjutnya adalah melatih petugas kesehatan yang dilaksanakan di tingkat kabupaten. Pelaksanaan pelatihan tenaga kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Barat diberikan kepada bidan Poskesdes di desa yang diikuti oleh 56 orang yang dilakukan secara bertahap. Proses tersebut dapat tergambarkan dalam foto berikut ini :



Gambar 4.2

Foto Kegiatan Pelatihan bagi bidan desa sebagai penggerak desa siaga di desa, Sumber : Dokumen Program Promkes Dinas Kesehatan

Pembentukan struktur desa siaga diharapkan menjadi embrio bagi berkembangnya desa siaga, meskipun pada awalnya pembentukan bersifat formalitas untuk mendorong desa siaga bagi semua desa yang terdiri dari kader-kader dan tokoh masyarakat yang terlibat. Contoh struktur desa siaga di desa Sidomulya bisa dilihat dalam foto berikut ini :



Gambar 4.3

Struktur organisasi dan mekanisme Desa Siaga Desa Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng , Sumber : Dokumen Program Promkes Dinas Kesehatan

Kegiatan pada tahap yang kedua melakukan pelatihan kader dan tokoh masyarakat dalam menggerakkan pembentukan desa siaga pada tahun 2009

yang dilanjutkan dengan melakukan Survei Mawas Diri (SMD) dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) di 89 desa yang ada di Kotawaringin Barat dengan dana bantuan sosial Departemen Kesehatan yang bertujuan memperoleh identifikasi masalah kesehatan yang terjadi di desa dengan dana sebesar Rp 112.200.000,- (sumber : laporan dana bantuan sosial).

Berikut gambar suasana MMD dan SMD yang menghasilkan identifikasi masalah, prioritas masalah dan alternatif pemecahan masalah dalam sebuah dokumen hasil proses MMD.



Gambar 4.4

Foto Kegiatan SMD dan MMD di Kelurahan Candi, Desa Sungai Kapitan dan hasil identifikasi masalah dalam diskusi (Sumber : Dinas Kesehatan)

Gambaran proses pelatihan kader dan tokoh penggerak masyarakat dalam pengembangan desa dan kelurahan aktif adalah sebuah proses pembelajaran self problem solving sebagai bentuk perencanaan partisipatif melalui sebuah siklus pemecahan masalah yang dimulai dari tahap pengumpulan data, identifikasi masalah, identifikasi potensi yang menghasilkan rancangan pemecahan masalah, sebagaimana dapat dilihat dalam gambar berikut ini :



Gambar 4.5

Foto Kegiatan Pelatihan Tokoh dan kader penggerak masyarakat Tingkat Kecamatan Arut Selatan

Secara konsep pengertian bahwa desa siaga harus memiliki tiga komponen menurut buku pedoman pengembangan desa siaga aktif. Berdasarkan buku Pedoman Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam lampiran SK Menkes Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010, di Kabupaten Kotawaringin Barat telah memiliki infrastruktur yang cukup memadai dalam hal kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar (komponen 1) , karena di seluruh desa telah tersedia Puskesmas atau Pustu atau Poskesdes bahkan beberapa desa memiliki Pustu dan Poskesdes seperti di Desa Makarti Jaya , meskipun sampai saat ini masih ditangani oleh satu orang bidan desa. Pada tahun 2011 sebagaimana dalam temuan akses pelayanan kesehatan dari 94 desa kelurahan terdapat 76

unit Pustu dan 53 unit Poskesdes (profil kesehatan 2012). Masing- masing desa juga telah dibekali dengan pelatihan bidan desa, tenaga penggerak masyarakat dan advokasi kepada kepala desa yang saat itu sedang menjabat sehingga beberapa desa telah melakukan tindak lanjut seperti yang dilakukan di Desa Makarti Jaya seperti diungkapkan Bidan Irma sebagai berikut :

Mungkin saya ceritakan dari yang pertama ya pak , dulu waktu kami di Makarti Jaya itu kan belum punya Poskesdes...nah saya menolong persalinan masih di rumah-rumah, alhamdulillah sampai 80 % ditolong oleh bidan, kemudian saya pindah menolong di Pustu dengan alat seadanya pakai lampu senter dan alhamdulillah pada tahun 2009, eh bulan Desember 2008 itu kalau nggak salah Poskesdes mulai dibangun, saya merasa senang sekali karena dengan adanya poskesdes ini niat saya supaya persalinan itu bisa berlangsung di Poskesdes tercapai. Nah kemudian bersama pada tahun itu juga kita ada pertemuan di Pangkalan Tiga dan semenjak itu membentuk Desa Siaga. Dengan demikian pikiran saya itu tambah terbuka bahwa ini telah didukung dengan adanya poskesdes, desa siaga dapat berlangsung dan kemudian kami mengadakan pertemuan di masyarakat , dari situ itu kita menemukan masalah yang selama ini di Makarti. Setelah itu kita menyajikan mengundang dari kecamatan dan Puskesmas akhirnya tersimpulkanlah bahwa di desa makarti jaya ini yang belum... apa namanya terlaksana adalah kesling lingkungan , nah untuk persalinan waktu itu sudah 80 % ditangani oleh tenaga kesehatan. Kemudian saya dan kader-kader bertemu lagi dengan tokoh masyarakat bertemu lagi bagaimana caranya agar kegiatan kesling dan desa siaga itu bisa terlaksana dengan baik...

Komponen 2 yaitu upaya pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) baik yang sudah ada seperti Posyandu, Posbindu Lansia, sebagian juga sudah mengembangkan kelompok Kelas Ibu Hamil. Tahapan pelaksanaan Desa dan Kelurahan Siaga telah meningkatkan upaya – upaya kesehatan melalui cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan seperti yang telah disampaikan bidan Irma dari Desa Makarti Jaya , pendidikan kesehatan kepada masyarakat dan membantu masyarakat mengenali masalah kesehatan yang dihadapi didesanya. Berikut adalah

gambaran UKBM Posyandu dan Pelayanannya merupakan bentuk riil pelayanan berbasis masyarakat dalam arti dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Implementasi kegiatan desa siaga yang berdampak langsung pada akses dan peran serta masyarakat yang nantinya mewujudkan kemandirian masyarakat untuk berperilaku sehat.



Gambar 4.6

Foto Posyandu dan kegiatan di Posyandu, penyuluhan kesehatan
(Sumber : Dinas Program Promkes Kesehatan kab. Kotawaringin Barat)

Selain itu potensi sumber daya masyarakat akan dapat tersalur melalui program prioritas seperti pentingnya pelayanan rujukan yang cepat apabila terjadi kedaruratan ibu hamil maupun penyakit lainnya. Hal tersebut disampaikan oleh Bidan Evaliani dari Desa Lada mandala Jaya (SP2) yang lebih memprioritaskan upaya memiliki ambulans desa sebagai langkah desa

siaga sebagai komponen 2 dalam hal kedaruratan dan bencana sebagai berikut

ini :

Kalau untuk SP 2 Lada kalau dulu hambatannya kita mengadakan ambulans desa, karena pada saat mau merujuk sesuatu yang darurat , kita pelan pelan ke masyarakat kita konfirmasi untuk mencari gimana solusinya untuk mendapatkan ambulans desa setidaknya bisa digunakan untuk mengantar sesuatu pasien yang hitungannya darurat perlu dirujuk..., nah kebetulan dari desa punya sumber dayanya karena masalahnya mereka kurangnya konfirmasi jadi mereka tidak tahu kemana bila ingin menyalurkan sumber daya yang ada. Nah karena ada kami yang menghubungi akhirnya , makanya terjadilah keinginan untuk pengadaan seperti itu desa cepat untuk menyalurkan sumber daya yang ada di masyarakat.

Berikut adalah gambar sebagian ambulans Desa Siaga



Gambar 4.7

Foto ambulans desa siaga

Sumber : Hasil observasi di lapangan

Data desa yang telah memiliki ambulans desa adalah sebagai berikut :

1. Desa Pangkalan Tiga Kecamatan Pangkalan Lada
2. Desa Pangkalan Dewa Kecamatan Pangkalan Lada
3. Desa Lada Mandala Jaya Kecamatan Pangkalan Lada
4. Desa Purbasari Kecamatan Pangkalan Lada
5. Desa Sumber Agung Kecamatan Pangkalan Lada
6. Desa Sungai Melawan Kecamatan Pangkalan Lada
7. Desa Makarti Jaya Kecamatan Pangkalan Lada
8. Desa Kedipi Atas Kecamatan Pangkalan Lada
9. Desa Pangkalan Satu Kecamatan Kumai
10. Desa Bumiharjo Kecamatan Kumai
11. Desa Amin Jaya Kecamatan Pangkalan Banteng
12. Desa Karang Mulya Kecamatan Pangkalan Banteng
13. Desa Kumpai Batu Bawah Kecamatan Arut Selatan
14. Desa Medangsari Kecamatan Arut Selatan
15. Desa Kumpai Batu Atas

Beberapa desa siaga juga telah menyampaikan rencana realisasi pengadaan ambulans desa pada tahun 2013 antara lain :

1. Desa Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng
2. Desa Arga Mulya Kecamatan Pangkalan Banteng
3. Desa Sagu Suka Mulya Kecamatan Kotawaringin Lama
4. Desa Dawak Kecamatan Kotawaringin Lama

(Sumber : Program Promosi Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat)

Hal lain yang dirasakan oleh Bidan Desa Sidomulyo yang resah, karena upaya pengadaan ambulans desa belum mendapat dukungan kesepakatan dari Kepala Desa untuk saat ini, akibat perbedaan persepsi jenis ambulans yang diinginkan. Hal tersebut dinyatakan Bidan Sepni sebagai berikut :

Dukungan dari pihak pemerintah desa khususnya kurang pak, Kepala Desa sangat susah orangnya gimana ya.. sangat susah untuk kita bicara. Misalnya kita bicara begini tanggapan dia lain. Jadi ya susah sekali ya.. Kalau bisa ya pengertian dari Kepala Desa jangan terlalu muluk muluk, ia mintanya harus muluk-muluk akhirnya tidak terlaksana. Untuk yang menghambat itu dari segi kita untuk rujukan ya disitu kita sih sudah dapat desa siaga tetapi kita ingin mengembangkan apa ya... di dalam misalnya kita punya ide mau kita ke kepala desa tapi kepala desanya kayaknya cuek-cuek aja, Dia minta ambulans ambulans harga mahal jadi kita maunya kita itu.. apa, kalau bisa itu apa adanya yang penting terlaksana, jadi penghambat itu batas komunikasi antara komunikasi kita dengan aparat desa.

Tidak semua desa menemukan langkah awal yang baik dalam mengembangkan desa siaga, beberapa bidan desa juga mengeluhkan sulitnya mengembangkan desa siaganya, khususnya bagi bidan desa sebagai provider dalam mengembangkan desa siaga, terlihat dari pernyataan bidan Hermita di Desa Kumpai Batu Bawah berikut :

Kalau di Kumpai Batu Bawah sepertinya desa siaga itu kurang aktif pak, yang pertama dari kesadaran masyarakatnya, faktor juga terutamanya ya dari ketua, SDM yang ada di situ kayaknya apa ya.. kurang paham tentang desa siaga itu kayak apa? Jadi kurang dukungan. Yang mendukung itu memang Kepala Desa tetapi aparat yang ada di BPD sepertinya nggak ada dukungan. Kalau Kadesnya sih kayak saya kemarin mau mengadakan ambulans desa kami mulai mencari dana ya.. sudah ada jalannya sih, tetapi dari BPD dan kaur-kaur lainnya kaya menghambat ... akhirnya nggak jadi.

Permasalahan lain juga diungkapkan oleh Bidan Sepni dari Desa Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng :

Dukungan dari desa khususnya kepada kader kurang pak. Kepala Desa sangat susah orangnya gimana ya.. sangat susah untuk kita bicara. Misalnya kita bicara begini tanggapan dia lain. Jadi ya susah sekali ya.. Kalau bisa ya pengertian dari kepala desa jangan tidak terlalu muluk muluk , ia mintanya harus muluk-muluk akhirnya tidak terlaksana. Kepala desa sangat susah orangnya gimana ya.. sangat susah untuk kita bicara. Misalnya kita bicara begini tanggapan dia lain. Jadi ya susah sekali ya..

Persepsi desa siaga yang belum sepenuhnya diterima dengan esensi yang tepat oleh masyarakat, tokoh masyarakat, maupun pejabat Kepala Desa dan aparatumnya sama-sama mempunyai andil dalam memulai membentuk desa siaga aktif. Kalau dibandingkan antara Desa Kumpai Batu Bawah dan Desa Sido Mulyo persepsi Kepala Desa Kumpai Batu Bawah sudah memasuki pemahaman yang baik dan mendukung melalui kebijakan, sedangkan dukungan Kepala Desa` Sidomulyo lebih kepada performa prestise yaitu ambulans desa harus baik, pada hal menurut bidan desa yang penting ada sarana ambulans dulu secepatnya agar mempermudah rujukan. Kebijakan Kepala Desa Kumpai Batu Bawah justru tidak mendapat dukungan dari tokoh masyarakat atau BPD nya.

Fokus atau prioritas pembangunan didesa juga akan mempunyai peran penting dalam pengembangan desa siaga, bagi desa yang masih memprioritaskan kegiatan-kegiatan fisik masih belum fokus dalam program desa siaga yang tidak berdampak cepat seperti pembangunan fisik. Hal tersebut terjadi di Desa Pangkalan Satu Kecamatan Kumai, yang awal mengadvokasikan pengembangan desa siaga belum mendapat respon dari pemerintah desa, sebagaimana kutipan yang disampaikan Bidan Jamilah :

Karena dari dulu sebenarnya saya sudah mengusulkan ke desa bagaimana kita untuk membuat desa siaga dan waktu itu kepala desanya

menjawab kita siap untuk MMD segala macam belum tercapai semuanya karena menyangkut biaya nah waktu itu juga desanya masih belum siap untuk mendanai karena dana sudah difokuskan untuk hal-hal yang berhubungan dengan desa jadi dana ke situ sepertinya masih belum bisa difokuskan.

Dalam kegiatan implementasi suatu program memang tidak bisa langsung berjalan dengan baik sebagaimana yang diharapkan. Memerlukan proses dan waktu yang cukup untuk meyakinkan berbagai pihak untuk dapat dukungan dan persepsi yang sama tentang program yang akan dijalankan.

Advokasi sebagai upaya untuk meyakinkan dan mendapatkan dukungan dari pihak lain terhadap hal yang kita inginkan, memerlukan strategi dan waktu yang tepat. Desa dan Kelurahan Siaga merupakan salah satu bentuk kegiatan promosi kesehatan memerlukan upaya terpadu dan melibatkan masyarakat.

Program Promosi Kesehatan menekankan aspek "bersama masyarakat". maksudnya adalah

1. Bersama dengan masyarakat fasilitator mempelajari aspek-aspek penting dalam kehidupan masyarakat untuk memahami apa yang mereka kerjakan, perlukan dan inginkan.
2. Bersama dengan masyarakat fasilitator menyediakan alternatif yang menarik untuk perilaku kesehatan yang beresiko dalam desa siaga misalnya perilaku sehat untuk menghindari penyakit atau rujukan melalui pengadaan ambulans desa.
3. Bersama dengan masyarakat petugas merencanakan program promosi kesehatan dan memantau dampaknya secara terus-menerus.

Advokasi dan kerjasama lintas sektor di tingkat kabupaten merupakan payung koordinasi dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga, baik yang bersifat program sejenis maupun program pemberdayaan masyarakat. Salah

satu stakeholder pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga ditingkat kabupaten adalah Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa , sebagai leading sektor program pemberdayaan masyarakat. Diakui bahwa dalam Program Desa dan Kelurahan Siaga belum terjadi sinkronisasi dan koordinasi yang memadai, masih terkesan berjalan dengan menggunakan bendera-bendera program sektoral, padahal seharusnya sudah pada implementasi terpadu. Hal tersebut diungkap oleh Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa (BPMD) Kabupaten Kotawaringin Barat , Drs. Encep Hidayat:

Memang ke depan perlu kita cermati apakah ..kita itu sama-sama Dinas Kesehatan ada disitu, PMD ada di situ perlu kita dirembug dulu , direncanakan dulu , mungkin kami itu ada beberapa bidang yang semuanya harus terkait. Karena semua pemberdayaan ada disitu, nanti kita aktualisasikan apa yang bisa kita action nyata untuk desa siaga itu barangkali yang harus kita sepakati kan ya... Saya khawatirnya begini , di tingkat pusat ini nyambung, iya kan , ditingkat provinsi karena saya tidak terlalu tahu mungkin nyambung, lalu ditingkat kabupaten yang sangat penting yang kita ketahui di lapangan ini yang kurang koordinasi, upamanya begitu yang saya takutkan. Nah oleh karena itu mungkin kita khusus untuk desa siaga ini perlu ada pertemuan terbatas ya kita , monggo dari sana siapa, nanti kita rancang dulu dengan bidang mana, kalau kami rasa-rasanya seluruh bidang harus masuk. Yang terkait dengan bidang kelembagaan di Bidang Pak Siswanto, yang pemberdayaan dibidang Pak Amir, itu yang saya harapkan begitu.

Melihat pernyataan Kepala BPMD tersebut memang menggambarkan belum ada komunikasi keterpaduan yang intensif dalam program desa siaga ditingkat kabupaten. Dari pernyataan tersebut juga mempertanyakan apakah sinkronisasi ditingkat provinsi sudah berjalan antara BPMD dan Dinas Kesehatan, sementara di tingkat Pusat sudah memberikan pedoman kerjasama Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan dengan jelas. Pendekatan Program Desa dan Kelurahan Siaga aktif harus dilandasi bahwa ini merupakan urusan

wajib pemerintah daerah karena juga dituangkan dalam Standar Minimal Pelayanan Kesehatan. Yang kedua bahwa dukungan dari pemerintah desa dan yang ketiga keterpaduan dengan program pemberdayaan lain seperti PNPMD. Jelas diakui oleh Kepala BPMD pendekatan kedua dan ketiga berkaitan langsung dengan BPMD dan potensi itu sama-sama dimiliki di Kabupaten Kotawaringin Barat. Hal tersebut diperjelas dalam pendapat Drs. Enecep Hidayat berikut :

Sebenarnya kita sama-sama sudah bergerak, tetapi tidak sepenuhnya dalam kapasitas sebagai desa siaga, hanya masih belum ada koordinasi, kita hanya membawa bendera masing-masing (sambil tertawa)..., barangkali itu yang perlu kita inikan dulu karena saya... berpikir begini, mungkin saja didesa siaga itu nanti ditemukan misalnya ada potensi yang ditangani di Bidang Pak Muis ini TTG nya, kan gitu ya.. kan bisa saja dari situ, kemudian dibidangnya pak Aspan disitu mungkin ada Raskinnya, ekonomi masyarakatnya, saya sebenarnya sudah proses tapi, belum ada konsep yang benar. Sebenarnya kita sudah jelas bergerak hanya masih menggunakan benderanya masing-masing kan gitu... maunya kita itu walaupun itu tidak disama ratakan dengan desa PM2L tetapi tetapi arahnya sebenarnya sama. Itu yang mungkin perlu di obrolkan. Ini untuk pengembangan Desa siaga itu itu di SK kan kan? Ya istilahnya kita kan seperti itu, kita jalan dengan benderanya masing-masing, katakanlah disitu diisyaratkan harus ada Poskesdes kan..tetapi sebetulnya itu kan bukan cetusan.. kalau mau jujur nih..itu kan bukan cetusan dari PMD, yak am kita hanya mengakomodir dalam koridor program PNPMD, tetapi kalau mau jujur itu kan bukan dari kita yang mengarahkan. Mungkin nanti harus ada kegiatan-kegiatan yang kita pandu khusus, kalau seperti selama ini kan dalam konsep kebetulan.

Secara asas manfaat dan tujuan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif sangat sejalan dengan PNPMD, ditinjau dari proses tahapan pemberdayaan dan musyawarah yang menjadi lembaga identitas disetiap proses akan mampu mewujudkan masyarakat sadar dan mandiri dalam kegiatan pembangunan maupun dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Masih kurangnya koordinasi ditingkat kabupaten, lain halnya di tingkat kecamatan justru sudah

ada kendali koordinasi camat meskipun ada beberapa konsep yang harus dibedakan, karena setiap kecamatan mempunyai karakteristik masyarakat yang berbeda, bahkan di Kecamatan Arut Selatan juga memiliki tiga karakteristik masyarakat yang berbeda antara masyarakat perkotaan, pedesaan eks transmigrasi dan desa asli atau yang disebut desa batih. Kenyataan ini disampaikan oleh Camat Arut Selatan Drs. Rody Iskandar, M.Si:

“Wilayah Arsel ini kan ibu kota kabupaten pada umumnya, berikutnya juga karakteristik wilayahnya terdiri dari 20 desa dan kelurahan itu yah.. lebih kearah perkotaan oleh karena itu aspek heterogenitas dan kekompleksitasannya masyarakat itu sangat bermain peran oleh karena itu kita menggunakan pola pemilahan dalam penerapan desa siaga ini. Oleh karena karakteristik masyarakatnya itu hampir diatas 60 % bertempat di perkotaan dengan permasalahan yang sangat kompleks. Kita dalam mengembangkan desa siaga itu pada aspek yang lebih spesifik pada tingkat-tingkat wilayah itu sesuai dengan karakteristik masyarakat setempat. Memang yang harus kita akui ternyata dalam Kecamatan Arut Selatan yang dalam sosiologi disebut desa batih, yaitu desa asli yang keberadaan desa itu sejak zaman dulu kala sudah ada, tapi, faktanya harus kita akui walau keberadaan mereka sejak dulu kala tetapi dari aspek kemajuan dan lain sebagainya mereka boleh dikatakan relatif tertinggal, Sehingga penanganan dalam desa siaga ini kita harus memilah-milah.”

Perbedaan karakteristik juga membuat pola dan kesulitan dalam mengembangkan desa dan kelurahan siaga sangat bervariasi. Khusus masyarakat perkotaan penduduknya relatif kurang respon akibat sikap individualistik dan kesibukan untuk berperan didalam kegiatan pemberdayaan, sementara di desa asli juga menemui kesulitan untuk mendorong sikap respon akibat ketertinggalan sebagaimana pernyataan Camat Arut Selatan maupun beberapa pimpinan Puskesmas dibawah ini.

Pernyataan dr. Rita Wey, Pimpinan Puskesmas Arut Selatan :

Saya sampaikan bahwa wilayah Puskesmas Arsel itu ada perkotaan dan ada pedesaan, cara mengelolanya juga berbeda, berbeda banget untuk yang kota dengan kesulitan kota dan yang desa dengan kesulitan desa penduduk asli, itu yang menjadi masalah.

Atau bisa kita cermati pernyataan H. Nafis , pimpinan Puskesmas Riam Durian yang lebih mengelompokkan desa asli dalam suatu kelompok kendala:

Kemudian yang ke empat adalah kendala pada beberapa desa karakteristik desa desa asli itu SDM kita sangat kurang sekali , jadi dengan adanya SDM yang kurang ini kami sangat kesulitan memilih kader desa itu yang bisa aktif yang mau merangkul orang-orang yang ada didesa itu, jadi dalam hal ini kami kesulitan untuk menggerakkan desa-desa karakteristik masyarakat asli.

Tahapan yang ketiga dalam implementasi desa siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat adalah penyelenggaraan desa siaga yang ditandai dengan meningkatkan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat UKBM seperti pengaktifan Posyandu, Posbindu Lansia, Pos Usaha Kesehatan Kerja dan Kelas Ibu Hamil yang dibentuk di desa untuk memberikan pelayanan swadaya kepada masyarakat yang juga dibantu melalui anggaran program melalui Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Berdasarkan petunjuk teknis BOK jelas termaktub kegiatan prioritas yang dapat didanai dengan dana BOK adalah kegiatan promotif dan preventif termasuk didalamnya adalah Musyawarah Masyarakat Desa Siaga (MMD).

Pemahaman Desa dan Kelurahan Siaga bagi para unsur yang terkait sebagai kata kunci dalam sebuah pelaksanaan program dan kegiatan seharusnya sudah mengerucut pada persepsi dan prioritas-prioritas menuju langkah yang sama. Di lapangan memang sebagian sudah sesuai dengan pedoman namun sebagian yang lainnya masih belum memahami definisi dan konsepnya terutama yang diluar institusi pelayanan kesehatan, atau bahkan ada beberapa petugas juga belum memahami desa siaga secara benar. Pemahaman seorang

kepala desa tentang desa siaga sangat bervariasi meskipun upaya sosialisasi sejak awal program, namun pergantian kepala desa juga berpengaruh dalam memberikan dukungan desa siaga sebagaimana diungkapkan Kepala Desa

Arga Mulya Suharto :

Yang jelas kami untuk desa siaga ya pemahamannya belum tahu persis , kami sebatas mendukung, secara politis saya mendukung sekali ya itu utamanya yaitu musyawarah dan mufakat bersama masyarakat menyisihkan APBDes dan sebagainya , memang masih sangat terbatas , tetapi saya terus mendorong ke masyarakat untuk digali dari desa , Dana Sehat untuk JPKM , itu ya kalau ada orang sakit itu dibantu Rp. 5000 setiap KK, terus orang melahirkan juga gitu....artinya ya secara kultur budaya sudah berjalan dengan baik.

Meskipun sudah melalui proses sesuai tahapan pergerakan desa siaga selain masih belum terpadunya pemahaman , forum kesehatan desa melalui kegiatan survey mawas diri (SMD) maupun musyawarah masyarakat desa (MMD) tidak sepenuhnya menghasilkan kesepakatan yang bermakna, karena esensi dari kegiatan tersebut harus mampu melakukan identifikasi masalah dan mencari alternatif pemecahan masalah yang sederhana dan mudah dilaksanakan masyarakat. Bahkan mungkin SMD dan MMD di beberapa desa hanya sekedar memenuhi formalitas tanpa dibarengi semangat pemberdayaan dan kemandirian dalam memecahkan masalah kesehatan yang ditemui didesanya. Hal ini bisa kita cermati dari pendapat dr. Lilik S. Umroh Pimpinan Puskesmas

Natai Palingkau :

Kita mungkin juga belum mempunyai rencana untuk mencari dana yang akhirnya tidak membebani semua pihak , itu yang harus dicari untuk menemukan cara itu. Kemudian kalau yang dari sisi petugas petugas Pustu atau petugas Polindes atau Puskesmas induk itu memang saya akui kita belum memahami betul, desa siaga , Itu bagi saya sulit sekali saya mau mejustment kepada masyarakat karena selama ini saya menganggap

terlalu abstrak pak dalam bentuk..., belum ini mempunyai gambaran yang tepat . Jadi selama ini mungkin hanya SMD ya SMD., MMD ya MMD... itu aja. Untuk menggerakkan kelanjutan kita belum ini... (bingung).

Hal yang sama juga terjadi pada saat bidan Zairina , bidan desa Sungai Pakit menjelaskan definisi desa siaga :

Desa siaga itu kan yang apa namanya ... desa secara mandiri bisa apa., bisa mengetahui apa... kegawat daruratan apa ..bencana tanggap secara ... (Masih bingung). Dalam diri kita mungkin kita masih kurang sosialisasinya sama masyarakat , motivasinya masyarakat belum optimal , dan yang dari luarnya apa itu... dari pemerintah desanya masih kurang mendukung pak selama ini. Begitu juga sa ma tokoh masyarakatnya.. ya kurang dukungan soalnya apa .. karena pemerintahan desanya seperti itu maka tokoh-tokoh masyarakatnya , apa lagi selama ini banyak permasalahan di desa saya seperti itu pak . Konflik di desa mempengaruhi kinerja desa siaga.

Dari pernyataan bidan Zairina akibat pemahaman tentang desa siaganya belum mantap maka motivasi untuk melakukan sosialisasi dan advokasi kepada pihak pemerintah desa, tokoh masyarakat maupun kepada masyarakat umum kurang maksimal. Kurangnya advokasi lintas sektoral jelas akan menghambat program. Karena dukungan dari pihak yang diharapkan memberi kontribusi yang besar belum memberikan dukungan.

Dari pendapat dr. Lilik S Umroh masih terlihat tatanan konsep desa siaga bagi kalangan provider sendiri belum sama, atau memang di kalangan petugas kesehatan pun desa siaga ini belum melekat sebagai program yang utama meskipun diberbagai pertemuan di tingkat Dinas Kesehatan selalu mendapat muatan tentang desa siaga. Hal tersebut bisa menjadi gambaran bagi desa-desa lain yang belum mengembangkan desa siaga aktif pada awalnya dimulai karena

persepsi tentang desa siaga di level provider, lintas sektor apa lagi sampai lapisan masyarakat belum memadai.

B. 3. Cakupan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di

Kabupaten Kotawaringin Barat

Desa dan Kelurahan Siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat sebenarnya telah dicanangkan pada tahun 2007 sesuai program nasional untuk membentuk desa siaga di semua desa. Pembentukan desa siaga lebih ditekankan pada formalitas namun belum mencapai pada entitas yang dimaksud dengan dibentuknya desa siaga. Perbaikan dan penyusunan program telah ditetapkan secara berkesinambungan dengan indikator bahwa Desa dan Kelurahan Siaga aktif merupakan indikator wajib Standar Pelayanan Minimal dengan target bertahap lima tahun yaitu 60 % pada tahun 2011, 65% pada tahun 2012, 70 % pada tahun 2013, 75 % pada tahun 2014 dan 80 % pada tahun 2015. Upaya untuk mencapai tahapan telah dilakukan, tetapi memang hambatan dan penggerakan desa siaga aktif sangat memerlukan upaya terintegrasi dan bersinergi.

Pada setiap tingkatan administratif seharusnya membentuk Tim Koordinasi dan membentuk Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) yang melibatkan sektor terkait. Sebagaimana diungkapkan Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa, selama ini belum dibentuk Tim Koordinasi Kabupaten, namun demikian Dinas Kesehatan telah melakukan fasilitasi forum koordinasi ditingkat kecamatan untuk membina desa dalam mengkoordinasikan dengan sektor terkait sebagaimana yang diungkapkan dua orang camat berikut ini :

Pendapat Camat Pangkalan Banteng Drs. Aliransyah :

Desa siaga memang kita sudah melakukan koordinasi, dari Dinas Kesehatan kan sudah menyampaikan itu..kendala ditingkat Puskesmas yah..terutama dari desa kita sudah mensosialisasikan, sudah menawarkan masing-masing pada rapat, APBDes' di desa agar institusi leading sector di desa itu agar dialokasikan anggaran, nah kelemahan dan kendala dilapangan bahwa, para kades katakan bahwa anggaran yang tersedia di ADD yang ada aja yang 40 - 60 % nggak mencukupi, nah..ini yang kendala awal. Usul para kades agar bisa dibalik kebijakan dari dana ADD yang tersedia dialokasikan, 60 % untuk rutin, 40 % untuk pembangunan karena 40 % itu dengan catatan begini...untuk seluruh desa itu kan dinas dan seluruh SKPD kabupapaten sudah melakukan memenuhi standar-standar pembangunan secara umum, sehingga jadi dana ADD itu bisa memenuhi belanja 60 %, baru Desa bisa napas, nah ini yang menjadi persoalan utama, karena yang sifatnya honorarium yang ada di kelurahan, PKK itu tidak tercukupi apalagi nanti menggagas desa siaga, mereka katakan seperti itu.

Sedangkan Camat Arsel Drs Rody Iskandar, M.Si berpendapat :

Kami kemarin sudah konfirmasi dengan Puskesmas yang menjadi tanggung jawab wilayah kita mulai dengan sosialisasi desa siaga yang paling gampang kemarin saya mencontohkan bagaimana kalau dalam konsep desa siaga kita persempit dalam hal sanitasi dulu..apakah misalnya jambanisasi, kebersihan lingkungan sanitasi dan sebagainya kita masuk dalam hal-hal yang fokus pada masalah yang ada seperti itu. Kita dalam pengkajian misal contoh yang gampang saja keberadaan mereka yang desa batih itu dibantaran sungai itu merubah mindset mereka bagaimana misalnya kita tidak buang air besar di kali saja itu merupakan pekerjaan menurut saya bisa gampang dan bisa susah,oleh karena itu pemahaman sosialisasi dan perubahan mindset secara bertahap itu mungkin perlu lebih dahulu.

Dari pernyataan kedua pejabat camat tersebut terlihat Camat Pangkalan Banteng lebih mendorong upaya koordinasi melalui jalur advokasi anggaran desa bagi kades untuk mendukung anggaran desa siaga meskipun kondisi sumber daya anggaran desa banyak terkait dengan ketentuan yang belum mampu mengakomodir pembiayaan desa siaga, tetapi mengajak mencari terobosan sumber daya non pemerintah dari sektor pengusaha atau investor besar yang ada didesa. Camat Arut Selatan berkoordinasi mengatur strategi desa prioritas untuk dikembangkan dan didorong menjadi desa siaga aktif sedangkan desa yang sulit didorong akan digarap kemudian. Strategi ini akan

menghemat energi dan sumber daya serta akan memperoleh out put progress yang lebih cepat dalam mengembangkan Desa dan Kelurahan Siaga.

Secara kumulatif capaian pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat telah mencapai 53 dari 94 desa/kelurahan atau setara 56%. Strategi pengelola program desa siaga adalah dengan tetap mempertahankan desa desa siaga aktif serta meningkatkan stratanya. Disamping memelihara desa yang telah siaga aktif upaya mengaktifkan desa desa yang ditargetkan menjadi desa siaga aktif berikutnya akan dianggarkan kegiatannya dalam APBD tahun berikutnya sehingga diharapkan Tahun 2015 sebanyak 80 desa kelurahan siaga aktif. Pengelola program desa siaga Dinas Kesehatan Majidi Noor,SKM mengungkapkan :

Capaian desa siaga aktif ini akan terus kami pelihara sambil menggerakkan desa- desa yang belum aktif. Kegiatan kami fokuskan melalui menghidupkan forum komunikasi kesehatan melalui wadah SMD dan MMD dalam membantu desa dan masyarakat mengenali masalah dan mengambil alternatif yang terbaik untuk menyusun program dan kegiatan di desa siaga. Peran lintas sektoral terus kita rangkul dan bersama-sama dalam menggerakkan desa siaga aktif melalui peran masing-masing. Pada tahun 2015 dari desa yang ada ini kami akan mengaktifkan 80 desa dan kelurahan, karena target SPM pada tahun 2015 sebesar 80 %.

Dari sisi capaian 2012 desa siaga aktif belum mencapai target tahun berjalan yaitu 65 %. Berdasarkan cakupan detail per wilayah Puskesmas dan Kecamatan dapat dilihat data berikut ini :

Tabel 4.3.

Tabel Cakupan Pengembangan Desa Siaga Aktif Tingkat Kabupaten
Kotawaringin Barat Menurut Wilayah Puskesmas Tahun 2012

No	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah		
			desa/ kelura han	desa siaga aktif	
				Jum lah	%
1	2	3	4	6	7
1	Arut Selatan	Arut Selatan	5	2	40
		Madurejo	3	1	33
		Mendawai	3	1	33
		Natai Palingkau	6	3	50
		Kumpai Batu Stas	4	4	100
2	Kumai	Kumai	9	5	56
		Tefuk Bogam	7	3	42
3	Kotawaringin Lama	Kotawaringin Lama	9	4	44
		Riam Durian			
4	Arut Utara	Arut Utara	11	5	45
5	Pangkalan Lada	Pangkalan Lada	3	3	100
		Pandu Senjaya	4	4	100
		Sungai Rangit	6	4	66
6.	Pangkalan Banteng	Semanggang	8	4	50
		Karang Mulya	9	6	66
Kabupaten			94	53	56

Sumber : Laporan Program Promkes Dinkes Ktw Barat 2012

Secara pencapaian pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif memang telah mencapai separuh lebih desa dan kelurahan siaga aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat telah berjalan sesuai dengan kemampuan sumber daya program. Masih ada kesenjangan antara target tahun 2012 dengan realisasi, yaitu dari target 65 % desa siaga aktif terealisasi 56 %. Kondisi keaktifan desanya pun bervariasi, meskipun pemetaan stratifikasi desa siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat belum pernah dilakukan. Masih belum jelasnya konsep bagi beberapa desa

dalam mengembangkan desa siaga seolah pengembangan desa siaga mengalir sesuai keadaan di lapangan. Masih banyak pedoman teknisnya belum diterapkan sepenuhnya untuk mengembangkan Desa dan Kelurahan Siaga aktif.

Berdasarkan breakdown data menurut wilayah Puskesmas akan menampakkan perbedaan antara puskesmas yang satu dengan yang lainnya. Pada tiga wilayah Puskesmas mampu menggerakkan desa siaganya 100 % seperti di Puskesmas Pangkalan Lada, Pandu Senjaya, dan Kumpai Batu Atas. Potensi desa, sosiologi dan karakteristik masyarakat desa akan menentukan cepat atau lambatnya gerakan desa dan kelurahan siaga aktif. Untuk wilayah Puskesmas Kotawaringin Lama baru mampu menggerakkan 44 % desa yang bisa diaktifkan menjadi desa siaga aktif. Kondisi ini lebih banyak didasari masih banyaknya desa yang belum respon terhadap program desa siaga di desa asli, yang relatif sulit dan banyak menemui kendala dalam pemberdayaannya.

Tabel 4.4.
Cakupan Desa Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Kotawaringin Lama Tahun 2012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELUR AHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3	4	6	7	
1	Kotawaringin Lama	Kotawaringin Lama	1. Kotawaringin Hilir *	9	4	44
			2. Kotawaringin Hulu			
			3. Latang			
			4. Rungun *			
			5. Kondang			
			6. Sagu Suka Mulya *			

			7. Suka Makmur			
			8. Ipuh Bangun Jaya			
			9. Palih Baru *			

Sumber : Data Program Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan diolah

Dari tabel 4.3. bahwa di wilayah Puskesmas Kotawaringin Lama terdiri atas masyarakat lokal dan eks transmigrasi dimana dari data tersebut pengaktifan desa siaga sudah bisa di jalankan di desa eks transmigrasi maupun di desa asli atau desa batih. Demikian juga dengan di wilayah Puskesmas Riam Durian dengan pencapaian separuh dari desanya mulai aktif dalam melaksanakan desa siaga meskipun dalam implementasinya belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan pedoman desa/kelurahan siaga aktif.

Tabel 4.5. Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Riam Durian Tahun 2012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELUR AHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUML AH	%
1	2	3	4	6	7	
	Kotawaringin Lama	Riam Durian	1. Babual Babouti	8	4	50
			2. tempayung			
			3. Sakabulin			
			4. Kinjil			
			5. Riam Durian *			
			6. Dawak *			
			7. Sukajaya *			
			8. Sumber Mukti*			

Sumber: Laporan Program Promkes Dinas Kesehatan Tahun 2012

Berbeda dengan wilayah Kecamatan Kotawaringin, wilayah Kecamatan Arut Selatan merupakan perpaduan antara wilayah perkotaan yang sangat heterogen penduduknya yang ditopang wilayah eks transmigrasi dan desa asli yang berlokasi di sepanjang aliran Sungai Arut. Sebagai Kecamatan Kota kondisi masyarakat yang heterogen dan tingkat kesibukan yang tinggi banyak menemui hambatan dalam penggerakan masyarakat dibandingkan desa eks transmigrasi, sedangkan di desa asli tantangan pemberdayaan lebih diakibatkan akses dan pola pikir masyarakat yang masih relatif tertinggal.

Tabel 4.6. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Arut Selatan Tahun 2012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELUR AHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3		4	6	7
2	Arut Selatan	Arut Selatan	1. Raja	5	2	40.
			2. Raja Seberang *			
			3. Rangda			
			4. Kenambui *			
			5. Sulung			

Sumber : Laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringan Barat Tahun 2012

Bagi wilayah Puskesmas Mendawai yang hanya mempunyai dua kelurahan di pusat kota, sangat besar tantangan melaksanakan pemberdayaan masyarakat perkotaan. Capaian desa siaga di wilayah Puskesmas Mendawai dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.7. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Mendawai Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELUR AHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUML AH	%
1	2	3		4	6	7
	ARUT SELATAN	MENDAWAI	1. Mendawai *	2	1	50
			2. Mendawai Seberang			

Sumber : Laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Meskipun daerah perkotaan dari sisi sosial budaya masyarakat perkotaan untuk kota kecil Pangkalan Bun masih mempunyai jiwa gotong royong dan meskipun sebagian sudah mulai individualistik, seperti yang dinyatakan Camat Arut Selatan Drs. Rody Iskandar, M.Si :

Alhamdulillah walaupun sifatnya perkotaan tetapi kalau menggunakan istilah guyup ternyata masyarakat itu masih guyup. Oleh karena itu format desa siaga itu lebih diwujudkan dalam tingkat kebersamaan dalam masyarakat . Contoh misalnya dalam aspek gotong royong, aspek kebersamaan dalam Posyandu bahkan kegiatan-kegiatan di organisasi kemasyarakatan. Karena peranan masyarakat itu berdasarkan di pemantauan tingkat Kecamatan Arut Selatan ini lebih multi fungsi , sifatnya, Jadi mereka banyak memainkan peran, contoh misalnya ambil contoh kader PKK, mereka tidak hanya fokus di kegiatan PKK tetapi mereka lebih banyak terlibat pada hal-hal yang mempunyai dampak baik langsung maupun tidak langsung ke semua sektor, misalnya kebersihan lingkungan, sanitasi dan program-program pemerintah yang sedang digalakkan contohnya Bank Sampah, Adipura dan lain sebagainya.

Hasil capaian pergerakan desa dan kelurahan siaga di wilayah Puskesmas Madurejo masih sangat minim. Wilayah perkotaan memerlukan strategi khusus untuk pergerakan masyarakat. Berikut hasil capaian desa dan kelurahan siaga di Puskesmas Madurejo

Tabel 4.8. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Madurejo Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELURAHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3	4	6	7	
	Arut Selatan	Madurejo	1. Madurejo	3	1	33
			2. Sidorejo *			
			3. Pasir Panjang			

Sumber : Laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Tidak jauh dengan kondisi wilayah Puskesmas Mendawai, wilayah Puskesmas Madurejo terfokus pada masyarakat perkotaan yang relatif terhambat dalam program program pemberdayaan, berikutnya cakupan desa siaga di Puskesmas Natai Palingkau

Tabel 4.9. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Natai Palingkau Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELURAHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3	4	6	7	
	Arut Selatan	Natai palingkau	1. Kel. Baru	6	3	50
			2. Runtu			
			3. Umpang			
			4. Natai Raya *			
			5. Medang Sari *			
			6. Natai Baru *			

Sumber : Laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat 2012

Cakupan Desa dan Kelurahan Siaga aktif di Puskesmas Natai Palingkau baru menjangkau desa-desa eks transmigrasi, sedangkan di wilayah alur sungai belum terealisasi. Luasnya wilayah kerja yang meliputi perkotaan sampai desa

sepanjang alur sungai menjadi tantangan terutama dukungan masyarakat dan pemerintah desa terhadap desa siaga masih kurang dan perlu ditingkatkan dengan strategi yang berbeda dengan wilayah eks transmigrasi.

Wilayah kerja Puskesmas Kumpai Batu Atas mempunyai karakteristik eks transmigrasi dan satu desa asli. Desa Tanjung Putri adalah satu-satunya desa yang terjauh terletak di muara Sungai Arut. Semua Desa telah melaksanakan kegiatan desa siaga meskipun tingkat keaktifannya mulai menurun sebagaimana diungkapkan oleh Bidan Kumpai Batu Bawah pada pembahasan sebelumnya. Berikut data cakupan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif di Puskesmas Kumpai Batu Atas Kecamatan Arut Selatan.

Tabel 4.10. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga aktif di wilayah Puskesmas Kumpai Batu Atas Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELU RAHA N	DESA SIAGA AKTIF	
					JUML AH	%
1	2	3	4	6	7	
	ARUT SELATAN	Kumpai Batu Atas	1. Kumpai Batu Atas *	4	4	100
			2. Kumpai Batu Bawah *			
			3. Tanjung Putri *			
			4. Tanjung Terantang *			

Sumber: Laporan Program Promosi Kesehatan Kotawaringin Barat 2012

Selanjutnya hasil cakupan desa dan kelurahan siaga aktif di Kecamatan Kumai, telah mencakup 56 % desa sebagai berikut :

Tabel 4.11. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Kumai Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3		4	6	7
3	Kumai	Kumai	1. Kumai Hulu *	9	5	56
			2. Kumai Hilir			
			3. Batu Belaman			
			4. Candi *			
			5. Sungai Tendang			
			6. Sungai Kapitan			
			7. Sungai Bedaun *			
			8. Sungai Sekonyer *			
			9. Kubu *			

Sumber: Laporan Program Promosi Kesehatan Kotawaringin Barat 2012

Puskesmas Kumai memiliki karakteristik wilayah desa pesisir dengan masyarakat nelayan dan wilayah perkotaan sebagai gerbang Kabupaten Kotawaringin Barat dan wilayah pedesaan dengan karakteristik masyarakat petani. Wilayah Puskesmas Kumai relatif mudah dijangkau meskipun ada dua desa yang terletak di seberang sungai.

Wilayah kerja Puskesmas Sungai Rangit adalah desa-desa eks transmigrasi yang mempunyai potensi yang cukup tinggi. Sebagai pusat pertumbuhan ekonomi masyarakat yang baru kawasan ini menjadi pusat distribusi barang dan gerbang ekonomi karena terdapat pelabuhan besar yaitu Pelabuhan Bumi Harjo sebagai pelabuhan multipurpose dermaga II.

Tabel 4.12. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Sungai Rangit Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA / KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3		4	6	7
	Pangkalan Lada dan Kumai	Sei Rangit	1. Bumi Harjo *	6	4	66
			2. Pangkalan Satu			
			3. Purbasari *			
			4. Sungai Rangit Jaya			
			5. Sumber Agung *			
			6. Pangkalan Durin *			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Sampai pada akhir tahun 2012 empat desa telah memiliki ambulans desa yaitu Desa Purba Sari, Desa Bumi Harjo, Desa Pangkalan Satu dan Desa Sumber Agung. Potensi desa yang baik tanpa dibarengi manajemen Puskesmas yang kuat juga tidak akan efektif dalam membina desa siaga.

Tabel 4.13. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Teluk Bogam Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA / KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUML AH	%
1	2	3		4	6	7
	KUMAI	Teluk Bogam	1. Teluk Bogam *	7	3	42
			2. Sungai Bakau			
			3. Keraya *			
			4. Sebuai			
			5. Sungai Cabang *			
			6. Teluk Pulau			
			7. Sebuai Timur			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Puskesmas Teluk Bogam merupakan Puskesmas pesisir yang semua desa diwilayahnya adalah desa pesisir dan sebagian besar berprofesi sebagai nelayan. Dua wilayah masih sangat terisolir karena berada di seberang laut Teluk Kumai yaitu Desa Sungai Cabang dan Desa Teluk Pulai. Meskipun terletak didesa terisolir Desa Sungai Cabang Saat ini memiliki 2 petugas kesehatan dan telah melaksanakan desa siaga dengan segala keterbatasan. Untuk menempuh desa tersebut dari Puskesmas diperlukan waktu 3 jam perjalanan menyeberangi laut dan apa bila cuaca dalam kondisi buruk nyaris mobilitas penduduk di desa tersebut lumpuh. Kondisi tantangan alam inilah yang membuat pentingnya membentuk desa siaga agar mampu mengatasi masalah yang dihadapi masyarakat Desa Sungai Cabang.

Tabel 4.14. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Pangkalan Lada Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA / KELURAHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3	4	6	7	
4	PANGKALAN LADA	Pangkalan Lada	1. Lada Mandala Jaya *	3	3	100
			2. Pangkalan Tiga *			
			3. Pangkalan Dewa *			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Desa Pangkalan Tiga adalah desa siaga pertama di Kabupaten Kotawaringin Barat yang aktif dan berhasil mengadakan ambulans desa. Desa Pangkalan Tiga merupakan pioneer desa siaga bagi desa-desa lainnya sehingga menjadi motivasi bagi desa sekitarnya. Seluruh Desa di wilayah Puskesmas Pangkalan

Lada telah aktif dan memiliki ambulans desa yang didanai oleh swadaya masyarakat, dan di bantu oleh anggaran desa dan CSR dari perusahaan perkebunan Kelapa Sawit yaitu PT. Medco. Strategi yang baik dari desa siaga Pangkalan tiga di adopsi oleh beberapa desa dalam pengadaan ambulans desa bagi desa lainnya di wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat. Wilayah Pangkalan Lada sudah menjadi percontohan dan kunjungan kerja bagi desa lain, menjadi tempat kunjungan dalam pelatihan tenaga kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan. Keaktifan masyarakat yang didukung pemerintah desa memang telah membuat desa siaga di wilayah ini semakin kuat.

Tabel 4.15. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Pandu Sanjaya Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUML AH	%
1	2	3	4	6	7	
	Pangkalan Lada	Pandu Sanjaya	1. Makarti Jaya *	4	4	100
			2. Pandu Sanjaya *			
			3. Kadipi Atas *			
			4. Sungai Melawen *			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Wilayah Puskemas Pandu Sanjaya mempunyai karakteristik sebagai desa eks transmigrasi dengan potensi masyarakat ekonomi yang cukup kuat didukung sebagai wilayah yang strategis di jalur lintas Kalimantan menjadikan semua desa di wilayah ini siaga aktif dan tiga dari empat desa telah mengembangkan ambulans desa antara lain Desa Sungai Melawen, Desa Makarti Jaya, dan

Desa Kedipi Atas. Hal yang masih perlu dilakukan untuk menjaga keberlangsungan desa siaga aktif itu adalah bagaimana forum kesehatan di desa dapat teratur dan aktif sebagaimana diungkapkan dr. Jordan sebagai Pimpinan Puskesmas Pandu Senjaya:

Di Puskesmas Pandu senjaya sendiri khususnya faktor eksternal yang menjadi penghambat sebenarnya walaupun sedikit khususnya karena peran serta masyarakat itu sangat baik sekali di lingkungan wilayah kerja kami baik itu di Desa Pandu Senjaya, Makarti Jaya, Sungai Melawen dan Kadipi Atas, akan tetapi yang sedikit mempersulit adalah seperti tadi dikemukakan sebagai forum komunikasi desa siaga, kemudian harus ada peraturan desa tersebut.

Tabel 4.16. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Semanggang Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA / KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3		4	6	7
5	Pangkalan Banteng	Semanggang	1. Pangkalan Banteng	8	4	50
			2. Marga Mulya *			
			3. Arga Mulya *			
			4. Kebon Agung *			
			5. Sido Mulyo *			
			6. Sungai Hijau			
			7. Sungai Bengkuang			
			8. Sungai Kuning			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Di wilayah Puskesmas Semanggang sebagai daerah perkebunan PIR mempunyai potensi ekonomi yang mampu meningkatkan kesejahteraan.

Pencapaian penggerakan desa siaga aktif baru mencakup 50 % desa. Sebagai daerah perkebunan masyarakatnya banyak bekerja di perusahaan perkebunan sehingga berdampak pada waktu pemanfaatan untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat sangat tergantung pada jam istirahat kerja. Kegiatan-kegiatan akan lebih efektif dilakukan pada sore hari.

Meningkatnya perekonomian masyarakat juga mampu mendorong pembiayaan kesehatan termasuk potensi swadaya dan program jaminan kesehatan dengan penggalangan dana sehat mampu memberikan bantuan pembiayaan kesehatan ketika ada masyarakat yang sakit, seperti yang dilaksanakan di Desa Arga Mulya.

Tabel 4.17. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Karang Mulya Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUML AH	%
1	2	3	4	6	7	
	Pangkalan Banteng	Karang Mulya	1. Mulya Jadi *	9	6	66
			2. Amin Jaya *			
			3. Natai Kerbau			
			4. Karang Mulya			
			5. Simpang Berambai *			
			6. Sungai Pakit *			
			7. Karang Sari *			
			8. Berambai Makmur			
			9. Sungai Pulau *			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Karang Mulya merupakan wilayah Puskesmas perbatasan dengan Kabupaten Seruyan. Perkembangan ekonomi kabupaten tetangga juga meningkatkan akses pelayanan kesehatan maupun potensi ekonomi lainnya. Di wilayah ini dua desa telah mengembangkan ambulans desa dan desa siaga aktif telah mencapai 66 % desa yang ada. Tantangan kelompok desa dengan akses jalan yang jauh dan sulit mendorong desa menerapkan kegiatan desa siaga aktif khususnya dalam mengatasi kegawatdaruratan dan rujukan.

Wilayah kerja Puskesmas Arut Utara merupakan wilayah terpencil dan sulit untuk dijangkau dan berjarak puluhan kilometer. Karakteristik masyarakat asli dan pedalaman membuat masyarakat di wilayah Arut Utara kurang tersentuh berbagai program pemberdayaan masyarakat. Keaktifan desa siaga di

Tabel 4.18. Tabel Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Wilayah Puskesmas Arut Utara Tahun 21012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELU RA HAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUM LAH	%
1	2	3		4	6	7
6	Arut Utara	Arut Utara	1. Pangkut *	11	5	45
			2. Nanga Mua			
			3. Sukarami			
			4. Gandis *			
			5. Kerabu			
			6. Sambu			
			7. Penyombean *			
			8. Pandau			
			9. Riam *			
			10. Panahan *			
			11. Sungai Dau			

Sumber : laporan Program Promkes Dinkes Kotawaringin Barat Tahun 2012

Kecamatan Arut Utara juga belum dalam kategori baik, terkecuali satu desa yaitu Desa Gandis yang telah menunjukkan kemajuan dalam mengembangkan desa siaga.

B.4. Peran Pemangku Kepentingan dari Sektor Terkait dalam Pengembangan Desa Siaga

Peran para pemangku kepentingan dalam program apapun akan sangat menentukan keberhasilan suatu program. Peran pemangku kepentingan baik sebagai leading sector maupun sektor penunjang akan sangat menentukan langkah koordinasi sinkronisasi membentuk kebijakan yang saling menguatkan. Dinas Kesehatan sebagai leading sector telah melaksanakan advokasi, sosialisasi dan pelatihan bagi tenaga bidan Poskesdes, pelatihan bagi tenaga penggerak masyarakat dan tetap mendorong melalui pemberdayaan masyarakat.



Gambar 4.8

Kegiatan advokasi dan sosialisasi di Desa Pangkalan Tiga Kecamatan Pangkalan Lada (Sumber : Program Promkes Dinas Kesehatan)



Gambar 4.9
Advokasi yang dilakukan kepada camat dan tokoh masyarakat
Di Kecamatan Pangkalan Banteng (sumber : Program Promkes Dinkes)

Advokasi dan motivasi semakin luas melalui penggalian potensi masyarakat yang terus digali disinergikan dengan upaya mendapatkan dukungan dari kepala desa, camat, para tokoh masyarakat dan pihak swasta yang dapat memberikan dukungan. Melalui unit Puskesmas sebagai peran dalam pemberdayaan masyarakat dan konsep kewilayahan melakukan upaya-upaya mewujudkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku sehat. Hal yang sama telah dilakukan oleh petugas kesehatan di desa seperti halnya yang diungkapkan bidan Irma dari desa Makarti Jaya :

Motivasi masyarakat masih berjalan . nah... kendalanya karena saya sambil kuliah itu pak jadi jadwal kemarin yang khusus untuk kebersihan lingkungan itu saya tularkan bagaimana kalau dasa wisma sendiri membuat sendiri jadwal kesling, kalau kemarin kan semua saya yang membuat jadwal, menyesuaikan dengan pertemuan dasawisma kemudian kami dan kader mendampingi. Jadi semua di dasa wisma itu dilibatkan untuk..., apa namanya kesling . Jadi kita membuat catatan

disitu masalah apa yang perlu kita lihat mereka melaporkan . Jadi maksud saya supaya masyarakat itu peduli, bukan dari kita saja tapi memang nggak semua khususnya yang akhir-akhir ini terhambat karena saya kuliah, kemudian memang setiap kali kebersihan itu tertunda. Dari segi kader dan tokoh masyarakat itu alhamdulillah memang ingin bahwa desa ini memang siaga, khususnya untuk menangani yang darurat, jadi saya memberikan penjelasan itu kemudian kami memecahkan masalah yang kami hadapi karena kesehatan itu memang dimulai dari kebersihan lingkungan. Saya sejak kami membentuk kesling di setiap dasa wisma itu setiap dasa wisma ada kader yang melaksanakan kami buat jadwal setiap bulan dan kemudian saya juga turun. Alhamdulillah yang biasanya kunjungan penyakit itu yang biasanya diare itu kan terjadi dari Bulan Juni Juli itu meningkat sekarang ada penurunan diare bisa dihitung tiap bulannya , memang manfaatnya sudah kelihatan.

Untuk mendapatkan dukungan berbagai pihak dalam mengembangkan desa siaga seorang petugas kesehatan harus mampu melakukan bina suasana dimana bahwa mengajak masyarakat menemukan kebutuhan pelayanan kesehatan mampu melahirkan paradigma pemberdayaan dan kemandirian. Pemberdayaan juga diperlukan sampai ke level dasawisma sebagai satuan kelompok kecil di desa yang akan efektif dan efisien dalam menjalankan program-program desa siaga.

Di Desa Makarti Jaya menunjukkan makin menurunnya penyakit diare yang sebelumnya selalu muncul dalam periode waktu tertentu, seiring dengan upaya peningkatan kesehatan lingkungan. Penyakit-penyakit menular bersumber lingkungan akan dapat dicegah dengan peningkatan kesehatan lingkungan dan perilaku hidup bersih. Hal inilah yang menjadi sasaran pengembangan desa siaga di Desa Makarti Jaya.



Gambar 4.10

Foto kegiatan bina suasana dalam musyawarah kelompok masyarakat
(sumber : observasi lapangan)

Peran lintas sektoral baik ditingkat kabupaten, kecamatan maupun di desa belum sepenuhnya memberikan dukungan, namun demikian peran kepala desa dalam mengapresiasi desa siaga sangat beragam. Di tingkat kabupaten seperti dinyatakan Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa, bahwa untuk program desa siaga dan kelurahan siaga ini belum terjadi koordinasi dan sinkronisasi lintas sektoral. Masing-masing sektor sebenarnya sudah bergerak sesuai dengan visi dan misi SKPDnya namun masih terkesan berjalan sesuai benderanya masing-masing. Peran PMD melalui kegiatan bidang-bidang yang ada sebenarnya telah bersentuhan dengan desa dan kelurahan siaga. Secara persyaratan desa siaga memang diharapkan memiliki Poskesdes, Posyandu dan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) lainnya. Pembangunan Poskesdes maupun Posyandu melalui program PNPM sebenarnya telah menunjukkan peran sektor lain melalui usulan dan prosedur

yang ada di PNPM, hanya saja tidak pernah di perkuat koordinasi bahwa sebenarnya program PNPM di Kabupaten Kotawaringin Barat telah selaras dengan pengembangan desa dan kelurahan siaga meskipun terjadi secara kebetulan sebagaimana diungkap oleh Kepala BPMD Drs. Encep Hidayat :

Sebenarnya kita sama sama sudah bergerak , tetapi tidak sepenuhnya dalam kapasitas sebagai desa siaga, hanya masih belum ada koordinasi, kita hanya membawa bendera masing-masing (sambil tertawa)..., barangkali itu yang perlu kita inikan dulu karena saya .. berpikir begini, mungkin saja didesa siaga itu nanti ditemukan misalnya ada potensi yang ditangani di Bidang Pak Muis ini TTG nya , kan gitu ya .. kan bisa saja daris situ, kemudian dibidangnya pak Aspan disitu mungkin ada Raskinnya , ekonomi masyarakatnya , saya sebenarnya sedang proses tapi , belum ada konsep yang benar . Sebenarnya kita sudah jelas bergerak hanya masih menggunakan benderanya masing-masing kan gitu... maunya kita itu walaupun itu tidak disama ratakan dengan desa PM2L tetapi tetapi arahnya sebenarnya sama . Itu yang mungkin perlu di obrolkan . Ini untuk pengembangan Desa siaga itu itu di SK kan kan? Ya istilahnya kita kan seperti itu, kita jalan dengan benderanya masing-masing , katakanlah disitu diisyaratkan harus ada Poskesdes kan..tetapi sebetulnya itu kan bukan cetusan.. kalau mau jujur nih..itu kan bukan cetusan dari PMD , yak .. kita hanya mengakomodir dalam koridor program PNPM, tetapi kalau mau jujur itu kan bukan dari kita yang mengarahkan . Mungkin nanti harus ada kegiatan-kegiatan yang kita pandu khusus , kalau seperti selama ini kan dalam konsep kebetulan .

Program PNPM merupakan peluang bagi masyarakat dan desa untuk menyusun program-program pemberdayaan masyarakat yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Proses dan tahapan program PNPM sangat selaras dengan pengembangan desa dan kelurahan siaga. Kelembagaan yang ada di program PNPM sebenarnya dapat menjadi pendorong dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.

Dukungan kepala desa dapat diwujudkan dengan memberikan kebijakan politis dan kemampuan advokasi serta mempengaruhi seluruh elmen yang ada

didesa untuk mendukung dan mendorong terwujudnya desa siaga aktif. Pada desa siaga yang telah aktif peran kades sangat menentukan disamping motivasi petugas kesehatan yang ditunjukkan dengan kegigihan mengadvokasikan desa siaga. Bentuk dukungan kepala desa seperti yang diungkapkan Kades Arga Mulya Suharto :

Kebetulan untuk desa siaga yang pertama kali adalah pembinaan organisasi semua lintas sektoral yang berada di Desa Arga Mulya ada Pustu, Polindes dan Posyandu dilakukan pembinaan, yang kedua untuk Posyandu ini khususnya kami anggarkan dari APBDes juga, masuk untuk operasional Posyandu, lain daripada itu kita bekerjasama dengan swasta, utamanya yaitu PT Astra Agro Lestari Desa Arga Mulya... yang secara rutin memberikan makanan tambahan, seperti beberapa hari kemarin, seluruh kader Posyandu dikirim ke ASTRA ada pembinaan. Yang jelas kami untuk desa siaga ya pemahamannya belum tahu persis, kami sebatas mendukung, secara politis saya mendukung sekali ya itu utamanya yaitu musyawarah dan mufakat bersama masyarakat menyisihkan APBDes dan sebagainya, memang masih sangat terbatas, tetapi saya terus mendorong ke masyarakat untuk digali dari desa, Dana sehat untuk JPKM, itu ya kalau ada orang sakit itu dibantu 5000 setiap KK, terus orang melahirkan juga gitu...artinya ya secara kultur budaya sudah berjalan dengan baik.

Dari pernyataan kades Suharto terlihat bahwa kemauan politis dan kebijakan terkadang belum disertai dengan pemahaman seorang kepala desa terhadap program desa siaga. Kemampuan advokasi dan strategi mencari dukungan kepada pihak investor yang ada diwilayah desa sangat diperlukan seorang kepala desa. Bentuk dukungan lain sebagai seorang kepala desa mendukung anggaran desa siaga melalui sumber Alokasi Dana Desa (ADD) sebagaimana yang dilakukan Kepala Desa Riam Durian Kecamatan Kotawaringan Lama Johan:

Kebijakan saya di desa saya khususnya untuk menjaga pertama membantu, membantu dalam artinya perencanaan, biaya lewat ADD sudah ada pak.kebersihan lingkungan dana lainnya . Ya kita rangkul semua tokoh-tokoh dari ketua RT, RW, dan ketua BPD , juga tokoh masyarakat dan tokoh agama .

Peran kepala desa meskipun belum memahami secara benar konsepsi desa siaga tetapi mampu mengambil kebijakan dalam pengumpulan dana dari masyarakat terutama dalam mewujudkan desa siaga yang memiliki sarana ambulans desa. Pemahaman desa siaga identik dengan kepemilikan ambulans desa memang menjadi kecenderungan di Kabupaten Kotawaringin Barat. Hal tersebut dapat dicermati pendapat Kepala Desa Sido Mulyo Kecamatan Pangkalan Banteng Sutomo :

Kita khususnya untuk kecamatan Pangkalan Banteng baik khususnya di desa sidomulyo lah.. definisi dari desa siaga kami sangat memahami, sudah kita implementasikan dalam hal pelaksanaannya , termasuk persiapan pengadaan ambulans desa Insya Allah Sidomulyo ini nanti per Juni sudah punya karena ada partisipasi masyarakat , Karena notabene nya itu ada swadaya masyarakat per KK itu dua ratus ribu. Kepala desa itu berperan sebagai senter berperan sebagai bumper kegiatan pembangunan di desa kan begitu ya. Ya.... yang jelas keberhasilan desa siaga itu adalah keberhasilan dari seluruh masyarakat dalam hal untuk mengantisipasi dalam suatu , tentunya yang memang harus diselesaikan , demi berlangsungnya untuk melaksanakan pembangunan secara umumnya begitu...

Persepsi kepala desa masih mengidentikan desa siaga adalah desa yang memiliki ambulans desa. Potensi desa yang timbul seiring berkembangnya perkebunan kelapa sawit di pedesaan sangat membantu program pengembangan desa siaga aktif. Kemampuan kepala desa dalam bersinergi dengan lembaga lain di desa dan tokoh masyarakat akan melahirkan kebijakan yang pro kesehatan , dan memandang kesehatan sebagai investasi. Pendapat tersebut diungkapkan oleh Kepala Desa Sagu Suka Mulya Kecamatan Kotawaringin Lama Sumardi :

Desa siaga ini kan istilahnya yang artinya kita sebagai aparat di situ harus siap dalam keadaan apapun untuk untuk menangani kesehatan masyarakat terutama yang sakit kan gitu ya..tentunya dengan bekerjasama dengan kader kesehatan dan tenaga kesehatan yang ada baik itu bidan, perawat yang ada desa kemudian tokoh masyarakat tokoh agama, BPD nya pa lagi kan seperti itu. Insya Allah kalau kami di Sagu Suka Mulya ada dana pemasukan desa dari fee sawit itu sudah kita sepakati dengan BPD nya untuk menganggarkan itu untuk pengadaan ambulansnya..iya ambulans desa memang harus ada di desa siaga. Motivasi saya kan kesehatan itu kan modal utama dalam aktivitas apapun begitu kan... , jadi kita memang sangat membutuhkan, masyarakat yang benar-benar sehat. Walaupun yang namanya sakit tidak bisa dihindari kan kita sebagai masyarakat harus menekan sekecil mungkin beban-beban yang ada di masyarakat.

Pola jaminan kesehatan kepada masyarakat juga sudah dilakukan di desa Sagu Suka Mulya dengan memberikan bantuan sebesar Rp. 300.000,- kepada setiap masyarakat yang dirujuk dan berasal dari Desa Sagu Suka Mulya. Sementara Kepala Desa Suka Mulya juga memberikan dukungan kepada desa siaga. Kebijakan yang diambil Kepala Desa Sagu Suka Mulya sangat strategis karena sebagai seorang kepala desa maupun memadukan potensi ekonomi plasma lahan kelapa sawit yang memadukan kebijakan ekonomi desa dengan kebutuhan pembangunan disektor kesehatan. Melalui iuran dari anggota plasma desa mampu menyisihkan uang dengan nilai puluhan juta rupiah yang kemudian diimplementasikan dalam jaminan kesehatan. Setiap warga desa yang sakit dan dirujuk ke rumah sakit akan memperoleh bantuan sebesar Rp.300.000 sampai Rp. 500.000,-. Dari hasil iuran swadaya masyarakat Desa Suka Mulya juga telah merencanakan pengadaan ambulans desa guna memudahkan transportasi rujukan berstandar seperti ambulans pada umumnya. Kesiapan Desa Suka Mulya dalam pengadaan ambulans desa juga dinyatakan Pimpinan Puskesmas Kotawaringin Lama H. Gusti Sadikin :

Kalau berbicara masalah anggaran atau biaya mungkin untuk Kotawaringin Lama tidak menjadi masalah dan saya optimis karena

sudah menyampaikan seperti di desa Sagu Suka Mulya mereka sudah siap meskipun belum punya ambulans desa tetapi mereka sudah siapkan mobil untuk merujuk setiap saat. Mereka mengambil dana dari plasma sawit.

Misi para kepala desa didalam mewujudkan moda transportasi rujukan berupa ambulans desa seolah telah menjadi ikon bagi pengembangan Desa Siaga Aktif. Ambulans desa telah menjadi simbol sebuah desa siaga sehingga membentuk konsepsi baru bagi kepala desa, masyarakat atau bahkan petugas kesehatan sekalipun, bahwa desa dan kelurahan siaga aktif selayaknya dilengkapi dengan ambulans desa. Hal tersebut diungkapkan oleh beberapa informan sebagai berikut :

Sutomo Kepala Desa Sidomulyo :

Kita khususnya untuk kecamatan Pangkalan Banteng baik khususnya di desa sidomulyo lah.. definisi dari desa siaga kami sangat memaharni, sudah kita implementasikan dalam hal pelaksanaannya , termasuk persiapan pengadaan ambulans desa Insya Allah Sidomulyo ini nanti per Juni sudah punya karena ada partisipasi masyarakat , Karena notabene nya itu ada swadaya masyarakat per KK itu sebesar dua ratus ribu rupiah.

Berbeda dengan pendapat dr. Maryani yang menyatakan tentang ambulans desa bagi desa siaga sebagai berikut :

Saya katakan ambulans desa itu bukan itu tujuannya kita membentuk Desa Siaga. Sudah kita berikan pengertian supaya merubah Mind set itu. Seperti di Amin Jaya dan sekarang sudah memiliki ambulans desa , tapi toh desa siaganya belum aktif., saya balik sekarang karena sudah memiliki ambulans desa, desa siaganya harus dibenahi. Keberadaan ambulans desav seharusnya diikuti dengan gerakan-gerakan pencegahan penyakit, gizi dan pertolongan persalinan pada ibu hamil.

Dalam pernyataan tersebut dr. Maryani lebih mengedepankan azas pengembangan desa siaga agar tidak dipahami hanya sebatas pengadaan ambulans desa kemudian selesai. Hal tersebut memang sesuai dengan konsep desa siaga dimana tujuannya adalah untuk mewujudkan masyarakat yang sadar, mau dan mampu mengenali masalah kesehatan didesanya. Masyarakat mampu mencari alternatif dalam pemecahan masalah, termasuk didalamnya pengadaan ambulans desa untuk menjawab tanggap darurat dan moda transportasi untuk merujuk pasien yang gawat.

Peran kades juga dipengaruhi latar belakang dalam berkiprah dalam pembangunan kesehatan. Pergantian jabatan kepala desa menjadi titik penentu keberlangsungan desa siaga. Beberapa desa mengalami hambatan ketika kepala desa yang baru terpilih tidak mendukung desa siaga. Hal ini ada beberapa kemungkinan, yang pertama mungkin kepala desa yang baru belum memahami program atau memang pengaruh pendapat pribadi seperti terjadi di Desa Sungai Pulau yang justru desa siaganya menurun semenjak kepemimpinan kades baru. Berbanding terbalik dengan Desa Sungai Bakau, kades terpilih adalah ketua desa siaga sehingga dukungan kadesnya makin kuat dan sudah memahami benar arti peting sebuah desa siaga. Hal tersebut diungkapkan Agus Supriyono dari Puskesmas Teluk Bogam :

Tetapi kades yang baru seperti Kades Sungai Bakau itu ketua desa siaga dulu dan sekarang menjadi kepala desa, perubahannya sudah sangat drastis. Dari sisi kebersihan dan sebagainya, desa siaga sudah bergerak sudah memiliki beberapa UKBM ada kader-kader Jumantik dan sebagainya. Posbindu Lansia semuanya ada untuk diakomodir dalam desa siaganya yang masih belum, jadi kita minta setelah lokmin nanti ada beberapa desa yang mungkin kita mintakan bantuan dari PNPM untuk memberikan penguatan kembali SMD dan sebagainya untuk

didukung dan di Sungai Bakau nantinya harus dibentuk pengurus desa siaga.

Peranan camat dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga sampai saat ini sudah mulai pada dukungan kebijakan. Peran camat sebagai koordinator wilayah beberapa desa dan lintas sektor dilaksanakan dengan keterpaduan. Belum semua camat mendukung penuh karena selain kurangnya respek terhadap program desa siaga, masyarakat yang dihadapi pun terkadang membuat camat skeptis, dengan alasan masyarakatnya susah untuk diberdayakan. Hal yang sama juga sering dikluhkan oleh beberapa pimpinan Puskesmas yang merasa kesulitan untuk menggerakkan masyarakat dalam desa siaga.

Sebagai sektor teknis di level kecamatan peran pimpinan puskesmas menjadi peran sentral dalam hal yang sangat teknis. Meskipun belum semua pimpinan Puskesmas mempunyai konsep yang sama dan persepsi yang sama tentang desa siaga, setidaknya masing-masing telah bergerak sesuai kapasitas dan sumber daya yang dimiliki. Sumber daya berupa anggaran dan SDM merupakan kunci penggerak desa siaga yang diperankan oleh Puskesmas. Dinas Kesehatan dalam menunjang SDM telah merancang pelatihan teknis yang diselaraskan dengan kebutuhan komunitas, baik itu pelatihan untuk bidan desa maupun perawat di Puskesmas Pembantu. Demikian hal yang disampaikan Kasi Diklat Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat Hj. Urip Santoso.

Tim Penggerak PKK sebagai unsur SDM yang paling terlibat dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif. Kader desa siaga hampir

seluruhnya dari unsur PKK khususnya kader perempuan, dan kader pria sebagian besar tokoh masyarakat dan pemerhati kesehatan. Pada tingkat Kabupaten Tim Penggerak PKK selalu mengadakan rapat bulanan. Melalui Pokja IV yang menangani bidang kesehatan secara terus menerus mendukung program kesehatan yang terkait juga dengan program kesehatan dalam Tim Penggerak PKK. Sebagian anggota Pokja IV adalah SDM kesehatan yang bekerja di Dinas Kesehatan maupun UPT Puskesmas, inilah yang memperkuat dukungan kelembagaan PKK terhadap program desa siaga, sebagaimana disampaikan Pak Santo sebagai anggota Pokja IV :

Melalui Pokja IV Tim Penggerak PKK akan selalu bekerjasama dalam upaya pembinaan kader sampai ke tingkat desa khususnya kader-kader yang juga merupakan unsure PKK. Selama ini kerja sama antara Dinas Kesehatan dan Pokja IV PKK Kabupaten sudah berjalan baik, karena sebagian ee anggota Pokja IV juga ada dari unsure kesehatan. Pelatihan yang dijalankan selalu melibatkan dari Dinas kesehatan. Desa siaga juga sudah lama di sampaikan kepada Pokja IV sehingga kami sering diikuti pertemuan koordinasi di provinsi.

Peran masyarakat dalam pembangunan desa siaga adalah dalam bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM). Salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal di masyarakat karena jangkauannya sudah ke pelosok desa adalah Posyandu. Keberadaan Posyandu memiliki arti strategis dalam upaya pelayanan kesehatan terutama untuk melaksanakan minimal lima program prioritas yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare. Untuk memantau kinerja dan perkembangannya Posyandu dikelompokkan dalam 4 strata yaitu posyandu pratama, posyandu madya, posyandu purnama dan posyandu mandiri. Posyandu yang ada di Kabupaten Kotawaringin Barat pada tahun 2011

berjumlah 175 posyandu, dengan klasifikasi 10,92% posyandu pratama, 40,23% posyandu madya, 35,63% posyandu purnama dan 13,22% posyandu mandiri. Posyandu Aktif yang ada di Kabupaten Kotawaringin Barat sebanyak 85 posyandu (48,85%). Sampai saat ini saja kader PKK yang terlibat dalam kegiatan Posyandu maupun desa siaga sekita 900 orang. Posyandu merupakan UKBM paling pokok dalam program desa siaga aktif. Bentuk-bentuk UKBM antara lain : Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) di desa siaga, Tanaman Obat Keluarga (Toga) dan Pos Obat Desa POD. (sumber:profil kesehatan 2012)

Dalam orientasi kader kesehatan selama ini dilakukan di gedung atau ruang pertemuan. Ada inovasi yang cukup berhasil yaitu melaksanakan pelatihan atau orientasi kader desa siaga di ruang terbuka di pantai Kubu seperti dilakukan kader desa siaga se wilayah Puskesmas Pangkalan Lada sebagaimana dapat dilihat dalam foto dibawah ini :



Gambar 4.11.
Foto kegiatan penyegaran kader di alam terbuka
(Sumber : Program Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan)

B.5. Faktor – faktor penghambat dalam Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Faktor penghambat adalah segala hal baik yang bersifat kebijakan, sikap atau situasi kondisi yang dapat menghambat suatu upaya dalam rangka mencapai target. Dalam pengembangan desa siaga faktor penghambat adalah segala sesuatu baik bersifat kebijakan, sikap maupun kondisi di lapangan yang dapat menghambat program perkembangan desa dan kelurahan siaga. Masing-masing pemangku kepentingan dalam hal mengalami hambatan dalam penggerakan desa siaga. Dalam penelitian ini dilakukan fakta hambatan dari aspek internal dan dari aspek eksternal. Secara internal hambatan pengembangan desa siaga akan lebih fokus temuan dari unsur provider peran petugas kesehatan baik secara teknis manajerial terhadap hal-hal yang berkaitan menghambat implementasi desa siaga aktif di lapangan.

Pandangan seorang bidan desa sebagai provider penggerak desa siaga aktif akan berbeda dengan pandangan seorang kepala desa yang pada aspek teknisnya tidak menguasai secara praktis desa siaga. Dari penilaian seorang bidan rata-rata mengungkapkan dukungan kepala desa yang masih kurang, akibat perbedaan persepsi, konsep dan kepentingan secara pribadi. Pada beberapa desa terjadi peselisihan antara petugas kesehatan dengan unsur pemerintah desa khususnya kepala desa. Hal yang sama terjadi juga perselisihan antara kepala desa dengan ketua BPD atau antar sesama petugas kesehatan sendiri.

Faktor penghambat secara eksternal menurut petugas kesehatan dalam mengembangkan desa siaga antara lain rendahnya kesadaran dan peranserta

masyarakat serta dukungan sebagian kepala desa dalam program-program kesehatan. Pendapat seperti ini diungkapkan oleh dr. Lilik S. Umroh pimpinan Puskesmas Natai Palingkau sebagai berikut:

Kalau di Puskesmas Natai Palingkau wilayahnya ada perkotaan dan pedesaan jadi yang sudah berjalan adalah yang diwilayah pedesaan, Kalau di wilayah Puskesmas Natai Pelingkau yang belum berjalan adalah di Desa Runtu. Desa Umpang sudah mulai pernah melakukan SMD dan MMD , tapi saya menemukan beberapa hambatan untuk beberapa desa yang belum berjalan ini , kalau ditinjau dari sisi masyarakat sendiri yang pertama ini susahnya mendapat dukungan dari pemerintah desa , kalau di desa runtu ya... ini saya juga tidak mengerti apa yang menjadi keberatan dari pemerintah Desa Runtu pada hal kita sudah memberitahukan tentang arti desa siaga kemudian , karena memang belum memahami arti desa siaga sehingga kurang dukungan terhadap pembentukan desa siaga kurang diperhatikan. Pada hal kemarin di Desa Runtu itu sudah melakukan SMD, tetapi untuk MMD nya belum. Karena yaitu dukungan dari kepala desanya belum.. belum. Yang kedua itu adalah kurang sadarnya peran serta masyarakat, jadi sulit menggerakkan masyarakat disini. Banyak desa yang saya datangi itu mereka datang kalau pernah ada suatu masalah. Jadi.. seperti di Medangsari itu ya pak, karena sering terjadi KLB dia baru bergerak. Di Runtu masyarakatnya.. sulit sekali untuk menggerakkan masyarakat. Kemudian yang ketiga ini masalah dana, kalau didesa yang ada perusahaan mungkin bisa berjalan karena dia punya ini... buffer jadi minta sumbangan dari perusahaan, tetapi kalau ... sebenarnya desa runtu ini ada perusahaan , tetapi perusahaannya kurang begitu baik, kejadian yang menjadi masalah.

Nampak dari pernyataan diatas bahwa di Puskesmas Natai Palingkau dengan karakteristik masyarakat perkotaan dan pedesaan dimana masyarakat perkotaan dengan karakteristiknya dan masyarakat desa lokal dengan keterbatasannya berdampak pada kurangnya peranserta baik yang dilatarbelakangi terbatasnya akses informasi tentang desa siaga juga kurangnya akses informasi maupun kurangnya advokasi dari Puskesmas. Pernyataan dr. Lilik tersebut ternyata juga dilatarbelakangi oleh persepsi tentang desa siaga bagi pihak puskesmas yang belum jelas, seperti ditambahkan dalam pernyataan dr. Lilik S. Umroh berikut :

Kemudian kalau yang dari sisi petugas petugas Pustu atau petugas Polindes atau Puskesmas induk itu memang saya akui kita belum memahami betul, desa siaga, itu bagi saya sulit sekali saya mau mejustment kepada masyarakat karena selama ini saya menganggap terlalu abstrak pak dalam bentuk..., belum ini mempunyai gambaran yang tepat. Jadi selama ini mungkin hanya SMD ya SMD., MMD ya MMD... itu aja. Untuk menggerakkan kelanjutan kita belum ini... (bingung).

Dari faktor internal yang dialami petugas kesehatan khususnya pengelola program di Puskesmas faktor penghambatnya banyak menjalankan tugas rangkap bagi petugas promosi kesehatan. Hal ini terjadi karena jumlah petugas terbatas, dengan jenis program yang harus dijalankan tidak seimbang sehingga menimbulkan beban ganda. Hal seperti itu terjadi di Puskesmas Semanggang sebagaimana diungkapkan oleh dr. Fachrudin selaku pimpinan Puskesmas Semanggang :

Untuk faktor internal yang pertama... masalah beban kerja untuk pengelola promkes di Puskesmas Semanggang itu karena beban kerjanya cukup banyak sehingga yang sifatnya pembinaan ke desa itu tidak maksimal. Ya karena dia merangkap sebagai bendahara juga merangkap sebagai yang bertugas di rawat inap sehingga memang masih belum maksimal.

Hal tersebut juga disampaikan oleh Pimpinan Puskesmas Arut Selatan dr. Rita Wey :

Tetapi di internal pula saya punya kelemahan artinya kendala disitu kendalanya tenaga promkes saya itu merangkap dengan bendahara BOK. Dimana BOK sendiri sudah sangat mengurus tenaganya gitu..., jadi akhirnya ya promkesnya sendiri mungkin yang 20 % BOK nya yang 80 %. Seharusnya 80 % yang tugas pokok 20 % yang tugas tambahan, ini jadinya kebalik gitu.

Komposisi beban kerja pokok ternyata sudah sangat terganggu dengan banyaknya beban tambahan. Dalam pola manajerial Puskesmas hanya fokus

bagaimana tugas di Puskesmas secara keseluruhan sehingga akan berpengaruh terhadap tugas pokok yang seharusnya dijalankan oleh petugas di Puskesmas.

Keterbatasan SDM juga dirasakan oleh pimpinan Puskesmas Riam Durian.H. Nafis keterbatasan SDM baik tenaga kesehatan maupun masyarakat dan dukungan camat dalam kegiatan di lapangan sangat mempengaruhi kinerja pengembangan desa siaga :

Secara umum hambatan hambatan internal karena petugas yang ada tadi banyak menjalankan tugas-tugas rangkap , dukungan yang masih kurang , giliran kami mengundang untuk bersama-sama untuk penyuluhan lapangan untuk desa siaga camat tidak hadir. Kemudian yang ke empat adalah kendala pada beberapa desa karakteristik desa desa asli itu SDM kita sangat kurang sekali , jadi dengan adanya SDM yang kurang ini kami sangat kesulitan memilih kader desa itu yang bisa aktif yang mau merangkul orang-orang yang ada didesa itu, jadi dalam hal ini kami kesulitan untuk menggerakkan desa-desa karakteristik masyarakat asli.

Hal yang sama menyangkut SDM di Puskesmas Karang Mulya setelah kepindahan petugas Promosi Kesehatan yang cukup berkompeten, meninggalkan kekosongan SDM dan kevakuman program desa siaga yang sudah berjalan dengan baik. Penggantian tenaga pengelola program dalam waktu dekat hanya untuk mengakselerasi belum pada tahap peningkatan kinerja. Pimpinan Puskesmas Karang Mulya berharap dengan tenaga pengelola program pengganti mampu meningkatkan kembali motivasi program promosi kesehatan khususnya dalam mengembangkan desa siaga aktif sebagaimana pernyataan dr. Maryani :

Hambatan internal yang saya hadapi tapi saya tetap mencoba untuk memerlukan energy yang cukup besar terutama , Pada Puskesmas saya tenaga-tenaga seperti SKM, kemudian Kesling seharusnya yang melakukan promosi kesehatan itu belum ada. Tenaga Kesling tadinya ada , karena dianggap

Dinas sebagai tenaga yang berkualitas akhirnya di tarik ke Dinas Kesehatan, ini yang membuat saya kecewa. Mas Unggul adalah salah satu tenaga yang sesuai namanya unggul dan betul-betul memberikan pengaruh terhadap kinerja teman-teman. Yang mampu memberikan contoh yang baik terhadap kinerja. Tenaga itu sudah ditarik sehingga dilimpahkan petugas yang tidak memiliki kompetensi. Akhirnya program-program yang tadinya sudah berjalan bagus lalu macet. Meskipun tidak 100 % mandeg tapi saya berikan fasilitasi untuk belajar ke Puskesmas lain atau ke Dinas Kesehatan. Jadi tetap harus ada fasilitasi, karena tidak mungkin 100 % saya memberikan arahan sementara kemampuan saya juga tidak ada dibidang itu. Selama ini itu yang saya lakukan, dan jujur promosi itu mungkin tidak berjalan sesuai dengan yang saya harapkan sebagai seorang Leader di Puskesmas. Tapi untuk tahun 2013 ini walaupun tidak ada tenaga yang berkompeten sudah saya gantikan dengan tenaga baru kebetulan tenaga baru itu seorang perawat S.Kep. bidahan dari Puskesmas Kotawaringin Lama. Saya yakin karena baru dan berugas ditempat baru dan semangatnya juga baru. Itu Besar harapan saya terhadap beliau bahwa kita sama-sama memberikan kontribusi positif terhadap program pemberdayaan masyarakat.?"

Keterbatasan Sumber Daya Manusia di Puskesmas Sungai Rangit terutama pada aspek kinerja dan motivasinya juga mempengaruhi pengembangan desa siaga diwilayahnya. Potensi dan peran serta masyarakat di wilayah Puskesmas Sungai Rangit cukup tinggi, hal ini terlihat pada beberapa desa meskipun minimnya pembinaan desa siaga di wilayahnya cukup aktif dengan tiga desa diwilayahnya telah memiliki ambulans desa. Memang Ironi kalau kita simak pengakuan Pimpinan Puskesmas Sungai Rangit yang mengeluhkan kinerja petugas Puskesmasnya sehingga membuat Pimpinan Puskesmas mengambil langkah penyelesaian administratif yang sering tertunda. Rendahnya kinerja petugas ditunjukkan oleh pernyataan dr. Novera Pimpinan Puskesmas Sungai Rangit sebagai berikut :

Desa siaga sebenarnya kalau di Sungai Rangit di banding desa yang jauh kita memang lebih mudah, kita termasuk yang dekat kota. Tercatat desa siaga ada tiga tapi yang sangat aktif adalah desa Pangkalan Durin. Tapi sekarang kurang berjalan dengan baik karena petugasnya sedang

ada sedikit masalah , jadi saya tidak bisa berharap banyak, akhirnya terbengkalai. Internal memang ini di internal kalau kita sama sama capai saya nggak masalah , karena kalau masyarakat diwilayah kita oke...mereka patuh dan menunggu kata aparaturnya. Tapi saya perlu dukungan dari dalam , ketika ada surat dari dinas , oh.. ini yang perlu kita lakukan, maaf seharusnya saya bisa memberi instruksi, tetapi kenyataannya ketika saya memberikan instruksi, tidak ada yang mengerjakan... maaf saya siap sama-sama , tapi saya nggak mungkin sendiri . Untuk desa siaga di Sungai Rangit desa siap, petugas desa siap, tapi kendalanya di Puskesmas Induknya.

Rendahnya motivasi kerja petugas Puskesmas Sungai Rangit memang perlu ditelaah penyebab dan permasalahannya. Dalam kinerja sebuah Puskesmas ini akan berdampak pada program-program yang lain. Hal tersebut juga diungkapkan dr. Maryani dari Puskesmas Karang Mulya perihal rendahnya motivasi dan kinerja beberapa petugasnya yang seharusnya sudah mendapat teguran dan solusi pemecahannya diharapkan ada bantuan dari Dinas Kesehatan :

Hambatan lain seperti ada tenaga yang tidak memiliki kemauan serta tidak memiliki kemampuan itu ada ya... , sudah dilakukan pembinaan maksimal jadi ya tinggal berdoa... , Tetap kedepan saya sharing dengan Dinkes seperti apa memberikan pembinaan terhadap pegawai seperti ini. Meskin belum memiliki formula yang tepat mengatasi tenaga seperti ini .

Rendahnya motivasi petugas kesehatan juga terkait dengan masa kerja yang sudah terlalu lama dan tidak bisa lagi mengalami kenaikan pangkat maka akan bekerja sekadarnya. Kondisi ini sering dialami oleh sebagian PNS yang menghadapi masa pensiun. Dampak dari hilangnya motivasi kerja bagi petugas senior yang mencapai puncak kepangkatan akhirnya berdampak bagi petugas lainnya yang seharusnya tetap termotivasi dalam menjalankan tugas. Efek samping dari kondisi semacam ini adalah berorientasi pada hasil uang atau money oriented, sebagaimana pendapat dr. John Feri Sidabalok pimpinan Puskesmas Pangkalan Lada:

Kalau di temen-temen Puskesmas sendiri desa siaga sendiri konsepnya sudah paham Cuma kekurangan kelemahan itu , kembali ke motivasi pak.. itu sangat diperlukan, kalau mau di tingkatkan..kalau motivasi temen-temen didesa itu rendah kurang mau untuk mengajak masyarakat yang lain, karena masalah sekarang yang sering itu salah satunya nggak bisa dipungkiri teman teman itu kebanyakan kalau seperti di Puskesmas Pangkalan Lada sebagian sudah senior , dia sudah merasa mentok dalam fungsinya juga dalam kepangkatan , sehingga bekerja itu hanya untuk memenuhi kewajiban dan untuk prestasi sudah tidak dipikirkan lagi jadi untuk menggerakkan mereka ini jelas money oriented. Jadi kalau nggak ada dananya itu sudah nanti – nanti aja.

H. Gusti Sadikin Pimpinan Puskesmas Kotawaringin Lama lebih menekankan berjalan dan tidaknya desa siaga juga tergantung ada dan tidaknya kemauan petugas untuk bergerak . Meskipun demikian dukungan kepala desa juga tidak bisa diabaikan, untuk itu ia berharap dapat didukung melalui Surat Edaran Bupati bagi kades agar mendukung desa siaga. Hal tersebut diungkapkan H Gusti Sadikin berikut ini :

Masalah keaktifan dan kemauan petugas. Apabila petugas kita di Pustu itu mau aktif Insya Allah desa siaga itu akan berjalan dengan baik. Dari eksternal kita ini dukungan dari kepala desa memang kurang. Satu contoh di desa (pup) Bangun Jaya pada saat itu petugas Supriyadi itu desa siaga sudah jalan, tetapi karena tidak ada dukungan dari Kepala Desa sampai sekarang agak tertatih-tatih...nah ini dukungan dari kepala desa ini sangat penting maka kami minta kiranya bagaimana kedepan menekan kepala desa dan aparat mungkin lewat Bupati atau bagaimana untuk mendukung Desa siaga di desanya masing-masing “.

Kurangnya advokasi oleh petugas kesehatan kepada lintas sektor lain juga menjadi faktor penghambat. Kita ketahui bersama bahwa satu-satunya strategi untuk mendapatkan dukungan dari pihak dan sektor lain dalam upaya program apapun adalah advokasi. Advokasi merupakan kegiatan kita untuk meyakinkan tentang sesuatu kepada orang lain atau pihak lain, sehingga pihak lain tersebut

mau menerima dan memberi dukungan terhadap suatu program, termasuk didalamnya adalah pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif. Kondisi ini dirasakan oleh pimpinan Puskesmas Mendawai dr. Dwi Alitagati dengan pernyataan sebagai berikut :

Kemudian untuk kendala eksternalnya yaitu advokasi atau dukungan dari desa, kelurahan dan tokoh masyarakat yang masih kurang atau belum maksimal, disamping itu juga kesadaran dari masyarakatnya yang masih rendah dan juga anggapan atau persepsi yang berbeda mengenai desa siaga ini yaitu bahwa ini adalah belum adanya kesadaran bahwa sebetulnya dari desa' atau kelurahan kembali ke desa' atau kelurahan. Jadi masih adanya anggapan bahwa desa siaga itu merupakan kebutuhan ataupun itu adalah milik kita petugas kesehatan. Tentunya ini berpengaruh terhadap motivasi atau semangat kader dan juga pengurus desa siaganya. Kemudian, padahal pada beberapa waktu yang lalu kami dari Puskesmas sudah mengadakan penyegaran untuk para kader dan juga mengundang tokoh masyarakatnya dari tingkat kelurahan untuk merefresh kembali kemudian kita praktek kerja lapangan ke Desa Pangkalan Tiga, guna untuk membangkitkan kembali atau mengaktifkan kembali semangat kader dan juga untuk menunjukkan kepada pihak tokoh masyarakat maupun kelurahan.. ini lho desa siaganya seperti ini yang di Pangkalan Tiga, bahwa itu diperlukan dukungan ataupun atau advokasi dari mereka. Sehingga meningkatkan atau semangat atau partisipasi pengurus desa siaganya.

Advokasi memang bukanlah hal yang mudah untuk dilaksanakan, perlu strategi dan moment yang tepat untuk menyampaikannya. Meskipun sudah sering diadvokasikan ternyata tidak setiap kepala desa respek untuk menindaklanjuti mengembangkan desa dan kelurahan siaga aktif. Persepsi bahwa desa dan kelurahan siaga adalah tanggung jawab pihak kesehatan masih terus terjadi di kalangan para kepala desa dan masyarakat. Perlu upaya persamaan persepsi terhadap konsep pemberdayaan masyarakat. Pada tataran petugas di desa juga masih menangkap persepsi masyarakat dan tokohnya beranggapan demikian seperti diungkap oleh bidan Hernita dari Kumpai Batu Bawah :

Jadi sepertinya kalau di Kumpai Batu Bawah itu mereka menganggap desa siaga itu khusus untuk orang kesehatan, jadi kesadaran dari masyarakat dari ini sepertinya nggak ada jadi pikiran mereka desa siaga ini hanya terfokus untuk ambulans saja, iya sepertinya persepsi masyarakat seperti itu. habis itu yang masalah itunya kesling juga yang kurang.... Pertama masalah jamban, karena banyak di pinggir sungai itu membuat jamban cemplung nah...

Atau seperti pernyataan Agus Supriyono dari Puskesmas Teluk Bogam :

Dari kepala desa kemarin sudah berkoordinasi dan kelihatannya mau. Terus orientasi kepala desa yang lain itu desa siaga dalam bentuk yang lain bencana dan sebagainya tetapi fokusnya tetap dalam hal kesehatan. Itu mereka berpandangan bahwa desa siaga ini adalah milik Puskesmas, dan Dinas Kesehatan. Mereka belum menyadari bahwa ini dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Cuma ada beberapa desa yang masyarakatnya mau, bahwa kalau urusan kesehatan adalah urusan Puskesmas bukan urusan desa, kalau kita sakit ya sudah ke Puskesmas, masih ada yang seperti itu. Kedepan kita pasti akan kembangkan lagi...

Hal lain yang berperan sebagai faktor penghambat adalah anggaran untuk menyelenggarakan desa siaga. Anggaran yang digunakan untuk mengembangkan desa siaga bisa berasal dari masyarakat, pemerintah atau pihak lain yang tidak mengikat. Dari sisi pelayanan publik diharapkan anggaran yang memadai dari pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan masih belum memadai. Ada beberapa sumber anggaran yang bisa digunakan Puskesmas antara lain Biaya Operasional Puskesmas, biaya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Untuk keluhan rendahnya anggaran operasional dikeluhkan hampir seluruh pimpinan Puskesmas antara lain dari Pimpinan Puskesmas Pangkalan Lada dr. John Fery Sidabalok :

Hambatan yang sering, contoh termasuk sumber dana, karena semua yang ada di masyarakat ini, untuk kegiatan itu mengeluarkan dananya, kalau dananya dari mereka, mereka relatif lebih sungkan atau nggak mau mengeluarkan. Tetapi kalau ada kita siapkan untuk melaksanakan kegiatan ini, ada pemancing ADD baru dari puskesmas itu mereka siap

pada umumnya. Selain dana juga ada yang paling penting, kendalanya itu ada disini kita ada pak, yaitu petugas kita ini ya kembali menyampaikan tidak apa adanya. Mereka itu dalam proses mengejar target, beda apa yang kita harapkan dengan yang mereka lakukan.

Pendapat tersebut lebih mengisyaratkan dalam berbagai keterbatasan pendanaan, hal yang lebih penting adalah transparansi terhadap anggaran-anggaran yang ada kepada para kepala desa. Dalam situasi yang terbuka suatu saat pihak desa akan memaklumi dan membantu sepenuhnya. Transparansi pengelolaan anggaran tersebut apa bila tidak dilakukan suatu saat akan menjadi bumerang bagi Puskesmas ketika kita harus menjalankan program, sementara anggarannya sedikit maka pihak pemerintah desa atau masyarakat tidak mau tahu dengan kita.

Kondisi sosial ekonomi masyarakat juga berpengaruh dalam program desa siaga. Seiring tumbuhnya ekonomi masyarakat dan aktifitas ekonomi menimbulkan dua dampak sekaligus. Dari aspek hambatan dengan meningkatnya aktivitas ekonomi masyarakat banyak yang bekerja sebagai karyawan perusahaan perkebunan. Kondisi ini akan mengurangi kesempatan masyarakat ataupun kalau mengadakan kegiatan yang bersifat pemberdayaan harus mengatur waktu yang baik sehingga masyarakat bisa mengikuti kegiatan dengan baik. Pendapat ini disampaikan oleh H. Nafis pimpinan Puskesmas

Riam Durian :

Selanjutnya masalah kesibukan kerja masyarakat, karena rata-rata masyarakat kami bekerja di perkebunan sawit, nah akhirnya untuk mengumpul itu kesulitan. Jadi ada waktu kalau mereka itu kalau kita ingin bertemu ingin melaksanakan kumpul atau bermusyawarah, waktunya sore atau malam hari, ini waktu yang sulit bagi kami. Itu merupakan salah

satu kendala kami juga , sebenarnya pada hari Rabu ini kami merencanakan pertemuan di desa Sakabulin untuk selanjutnya kita akan mengadakan pertemuan , kemudian di Desa Dawak juga akan melaksanakan untuk tindak lanjut desa siaga ini.

Hal senada juga diungkapkan kades Johan dan ketua BPD Desa Riam Durian dalam mengembangkan desa siaga :

Kebijakan saya di desa saya khususnya untuk menjaga pertama membantu, membantu dalam artinya perencanaan, biaya lewat ADD sudah ada pak..kebersihan lingkungan dana lainnya . Ya kita rangkul semua tokoh-tokoh dari ketua RT, RW, dan ketua BPD , juga tokoh masyarakat dan tokoh agama . Hambatan yang dialami , karena di desa saya masyarakat itu kan banyak yang bekerja di perkebunan, jadi hambatan itu susah nya mengumpulkan warga.

Faktor yang menjadi kendala penting bagi dukungan anggaran desa adalah komposisi Alokasi Dana Desa (ADD) yang diberikan oleh Pemerintah Kabupaten 40% untuk operasional dan 60 % untuk pembangunan fisik. Kondisi ini sangat tidak memungkinkan untuk menunjang operasional desa siaga. Forum Kades Pangkalan Banteng sebenarnya sudah mengusulkan komposisi 60 % untuk operasional dan 40 % untuk pembangunan fisik infratsuktur sehingga nantinya mampu memberikan anggaran pendampingan kegiatan dari desa siaga dari dana ADD. Hal lain disampaikan kepala desa Sagu Suka Mulya bahwa trend dana ADD untuk desa makin menurun. Memang makin memberatkan kalau hanya mengandalkan dana ADD, makanya desa Suka Mulya mengandalkan perkebunan sawit kedepan sebagai penghasilan PAD Desa. Keadaan serupa juga sudah di miliki desa Lada Mandala Jaya, Arga Mulya dan lainnya yang sudah mulai mengembangkan kebun desa sebagai sumber Pendapatan Asli Desa.

Dari aspek legal formal belum ada payung hukum dalam pembentukan desa dan kelurahan siaga aktif termasuk dalam bentuk Peraturan Desa atau Peraturan Kepala Desa untuk tingkat desa, keputusan camat, maupun dalam bentuk Perda untuk tingkat kabupaten. Kesulitan pemerintah desa dalam membuat Perdes sebagai hambatan, meskipun upaya pelatihan pada program PNPM pernah dilakukan format penyusunan Perdes dari Kabag Hukum Setda Kotawaringin Barat. Pihak Puskesmas juga mengusulkan sebagaimana disampaikan dr. Jordan dalam kegiatan evaluasi program promosi kesehatan :

Kalau hanya dari Puskesmas sendiri harus mengakomodir Perdes itu akan kesulitan... untuk itu kami memerlukan fasilitasi dari Dinas Kesehatan agar dapat muncul Perdes- Perdes yang dapat cara legal mengatur tentang desa siaga aktif sendiri dimulai pembiayaan terus kemudian kegiatan agar forum komunikasi seperti SMD, MMD itu dapat terselenggara secara rutin. Karena kalau sudah ada kebijakan yang legal itu mau tidak mau setiap desa nanti akan terjalin suatu forum komunikasi kemudian kegiatan-kegiatan yang terus menerus berkesinambungan dilaksanakan .

B6. Faktor-faktor pendorong dalam pengembangan Desa dan Kelurahan

Siaga aktif

Faktor pendorong adalah hal-hal yang menyangkut kebijakan, sikap dan situasi kondisi yang turut memacu perkembangan suatu upaya dalam mencapai target program. Dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif perlu diidentifikasi faktor-faktor yang mendorong upaya pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.

Pertumbuhan ekonomi masyarakat melalui pertumbuhan usaha perkebunan telah memberikan dampak pada penghasilan masyarakat. Pemberdayaan

masyarakat melalui plasma perkebunan kelapa sawit maupun karet sangat mendorong pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Beberapa desa siaga aktif telah berhasil mengadakan moda transport rujukan berupa ambulans desa siaga. Terbukti secara signifikans bahwa itu sebagian besar terlaksana di desa-desa yang telah memiliki lahan kelapa sawit. Motivasi untuk memiliki ambulans desa siaga telah mendorong desa-desa berusaha melalui pemberdayaan iuran swadaya masyarakat dibantu pemerintah desa atau perusahaan yang beroperasi di desa mengadakan ambulans dalam mengantisipasi tanggap darurat kesehatan.

Desa-desa yang telah memiliki ambulans desa antara lain :

1. Desa Pangkalan Dewa Kecamatan Pangkalan Lada
2. Desa Pangkalan Tiga Kecamatan Pangkalan Lada
3. Desa Lada Mandala Jaya Kecamatan Pangkalan Lada
4. Desa Purbasari Kecamatan Pangkalan Lada
5. Desa Sumber Agung Kecamatan Pangkalan Lada
6. Desa Sungai Melawan Kecamatan Pangkalan Lada
7. Desa Makarti Jaya Kecamatan Pangkalan Lada
8. Desa Kedipi Atas Kecamatan Pangkalan Lada
9. Desa Pangkalan Satu Kecamatan Kumai
10. Desa Bumiharjo Kecamatan Kumai
11. Desa Amin Jaya Kecamatan Pangkalan Banteng
12. Desa Karang Mulya Kecamatan Pangkalan Banteng
13. Desa Kumpai Batu Bawah Kecamatan Arut Selatan
14. Desa Medangsari Kecamatan Arut Selatan

15. Desa Kumpai Batu Atas

Beberapa desa siaga juga telah menyampaikan rencana realisasi pengadaan ambulans desa pada tahun 2013 antara lain :

1. Desa Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng
2. Desa Arga Mulya Kecamatan Pangkalan Banteng
3. Desa Sagu Suka Mulya Kecamatan Kotawaringin Lama
4. Desa Dawak Kecamatan Kotawaringin Lama

(Sumber : Program Promosi Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat)

Meskipun ambulans desa ini merupakan salah satu upaya desa dalam menyediakan sarana tanggap darurat dan rujukan yang akan segera mengantar pasien ke tempat pelayanan rujukan, namun ambulans desa saat ini menjadi prestise bagi desa-desa siaga yang pada akhirnya setiap desa terdorong untuk memiliki ambulans desa siaga. Disisi lain dr. Fachrudin mengingatkan kepada pengelola program agar tidak terjebak pada identitas ambulans desa siaga, tetapi justru melupakan apa esensi dari pengembangan desa siaga aktif:

“Yang perlu juga kita pikirkan dengan desa siaga ini jangan semata-mata kita mengajak oh ... ini pumama , tapi bagaimana hasil akhir desa siaga ini , Jangan kita hanya ohh... ada ambulannya , ada UKBM nya , tapi bagaimana kegiatan dari desa siaga, ada nggak daya ungkit? Setelah ada desa siaga ini, Jangan sampai cuma bisa legal formal nya tetapi kegiatan bagaimana? Ada masyarakat apakah angka kesakitannya bisa menurun itu yang kita arahkan..., sebagai contoh untuk Desa Pangkalan Tiga kan cukup lumayan lah , kesadaran masyarakatnya untuk berobat cukup tinggi , kan wilayah perbatasan antara semanggang dan Pangkalan Lada..., sampai-sampai angka yang berobat di rawat jalan itu desa pangkalan tiga lebih banyak daripada desa-desa diwilayah Semanggang”.

Berdasarkan beberapa pendekatan wawancara dengan para kepala desa sebagian besar memang berkeinginan melengkapi desa siaga dengan hadirnya

ambulans desa siaga sebagai salah satu UKBM yang bermanfaat untuk penanganan kedaruratan dan mencegah kematian akibat keterlambatan penanganan medis. Kehadiran lembaga ekonomi desa seperti koperasi telah sangat membantu pihak desa dalam menunjang pengembangan desa siaga. Beberapa kegiatan pengadaan ambulans desa tersebut juga dampak dorongan pihak koperasi yang mengandalkan iuran dari hasil plasma sawit para anggotanya. Hal tersebut terjadi di Desa Medangsari, Pangkalan Satu dan Desa Kedipi Atas.

Berdasarkan hasil wawancara faktor pendorong berikutnya adalah keinginan dan motivasi masyarakat dan tokoh masyarakat seperti kepala desa untuk bergerak di desa siaga seperti disampaikan bidan Irma dari Desa Makarti Jaya :

Dari segi kader dan tokoh masyarakat itu, alhamdulillah memang ingin bahwa desa ini memang siaga, khususnya untuk menangani yang darurat, jadi saya memberikan penjelasan itu kemudian kami memecahkan masalah yang kami hadapi karena kesehatan itu memang dimulai dari kebersihan lingkungan. Saya sejak kami membentuk kesling di setiap dasa wisma itu setiap dasa wisma ada kader yang melaksanakan kami buat jadwal setiap bulan dan kemudian saya juga turun, alhamdulillah yang biasanya kunjungan penyakit itu yang biasanya diare itu kan terjadi dari bulan Juni- Juli itu meningkat sekarang ada penurunan diare bisa dihitung tiap bulananya, memang manfaatnya sudah kelihatan. Kalau dukungan dari lintas sektor desa yang untuk pembiayaan kami, karena setiap bulan kan setiap hari ada kader yang hadir dua orang untuk membantu saya di Poskesdes baik membantu pada saat ada persalinan, saya memang memang memanggil kader yang ada didepan rumah untuk membantu saya misalnya mengambilkan ini apa namanya membantu, mengambilkan ini dari ibu kader. Dan ini terus terang saja jika kami dapat klaiman itu kami kasih juga sharing, Jadi memang ya saya tanpa mereka juga susah. Bersama lintas sektor ini terutama dari desa itu memang kami dimasukkan setahunnya itu 2 juta untuk pembiayaan pelaksanaan poskesdes dan kalau kesling kita mengitung absennya dibayar dari uang masyarakat tadi. Kemudian misalnya ada posyandu, ibu hamil kami tetap dihitung absennya. Jadi dari desa itu setahunnya 2 juta, kemudian dari KUD nya per bulannya 500 ribu masih berjalan, dari masyarakat itu kita naikan dari yang kemarin 1000 menjadi 2000. Itu khusus di kerjakan di dasawisma setiap bulan pertemuan dasa wisma, jadi kita

hadir memungut iuran, memang nggak 100% yang apa namanya membayar iuran cuma kita ketutup dari yang lintas sektor tadi.

Semua dukungan lintas sektoral akan terwujud melalui pendekatan yang baik, persamaan persepsi dan tujuan tentang desa siaga telah menyatu.

Faktor pendorong lainnya adalah azas manfaat yang akan dirasakan masyarakat, sebagai contoh dengan terbentuknya UKBM ambulans desa siaga setidaknya masyarakat tidak merasa khawatir, selain itu juga masyarakat mulai mengetahui mencari pertolongan bagi keluarganya atau tetangganya ketika menghadapi masalah. Hal tersebut diungkapkan oleh bidan Evaliani berikut ini :

“Kalau motivasi saya bergerak hitungannya untuk mencapai target-target kegiatan dan program yang saya pegang itu sangat membantu pak, terutama untuk penanganan khususnya masalah kebidanan pada ibu hamil dan bayi bayi di Desa Lada Mandala Jaya. tapi mereka memahami bahwa ini sebenarnya seperti pengembangan desa siaga itu kan berguna juga bagi mereka, hitungannya manfaat yang mereka ambil dari adanya desa siaga kegiatan kegiatan yang mereka lakukan manfaatnya untuk mereka sendiri untuk keluarga sendiri dan untuk lingkungan disekitar mereka juga itu lebih besar. Karena hitungannya mereka jadi lebih tahu hal yang berhubungan kesehatan. Jadi upama ada tetangganya yang sakit kemana mereka harus menghubungi, kemana mereka harus mendatangi mereka sudah tahu alur ini mau dibawa kemana?”.

Motivasi bisa muncul secara bersinergi antara kebutuhan masyarakat dan kepentingan program. Upaya pencapaian standar pelayanan minimal adalah menjadi tugas dan kewajiban pemerintah, melalui petugas kesehatan sedangkan masyarakat berhak atas pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas.

Berbeda halnya dengan desa siaga Pangkalan Satu, pada awalnya tidak pemerintah desa saat diadvokasikan oleh bidan Jamilah masih belum respek

terhadap pengembangan desa siaga . Seiring berjalannya waktu dampak perkembangan desa siaga ditempat lain akhirnya memicu pihak Desa Pangkalan Satu untuk bergerak dan dengan potensi yang ada melalui dukungan koperasi KUD Desa Pangkalan Satu memfasilitasi pengadaan ambulans desa dan mendukung kegiatan. Bagi bidan desa juga persaingan perkembangan desa siaga ditempat lain telah memacu semangat untuk menggerakkan desa siaga di Desa Pangkalan Satu, sebagaimana penuturan Bidan Jamilah berikut ini :

Karena dari dulu sebenarnya saya sudah mengusulkan ke desa bagaimana kita untuk membuat desa siaga dan waktu itu kepala desanya menjawab kita siap untuk MMD segala macam belum tercapai semuanya karena menyangkut biaya nah waktu itu juga desanya masih belum siap untuk mendanai karena dana sudah difokuskan untuk hal-hal yang berhubungan dengan desa jadi dana ke situ sepertinya masih belum bisa difokuskan. Pada dasarnya untuk dari dalam yang dari perangkat desa sendiri mulai pelan-pelan mulai mendukung Cuma karena sayanya sendiri yang masih belum siap untuk melaksanakan desa siaga itu. Ada faktor mendorong karena , kayaknya sudah siap semua sehingga mau ndak mau saya harus bisa membuat desa siaga . Iya karena temen – temen semua juga sudah mulai bergerak dan di desa pun sudah menyiapkan . Hanya kalau sekarang ini kalau memang bisa kita planingkan jauh-jauh hari kayaknya desanya siap apa yang kita inginkan kayaknya siap... Tetapi lama kelamaan desa itu sendiri ada kesadaran tapi...waktu itu dari koperasi itu sendiri menyarankan , kalau memang desa siaga di buat bisa untuk ambulans desa bisa disiapkan lewat swadaya.

Pelayanan rujukan pasien didesa Sidomulyo, karena belum terealisasi ambulans desanya maka muncul inisiasi petugas untuk memanfaatkan mobil pribadi dijadikan ambulans apa bila harus segera merujuk. Perbedaan persepsi bidan desa dan kades akan jenis kendaraan menyebabkan pengadaan tertunda. Bidan desa berharap yang penting ada kendaraan ambulans desa siaga, tetapi pihak kades menginginkan kendaraan yang bagus, sehingga tertunda. Sebagaimana di uraikan oleh bidan Sepni kondisi di Desa Sidomulyo :

Ambulans sementara pakai mobil sendiri pak. Kemarin kita sudah mesan untuk poskesdes , kita sudah pesan cuma belum datang. Itu biaya sendiri modif dari mobil yang ada. Akhirnya kita punya inisiatif sendiri ya beli sendiri aja. Kalau antara musyawarah masyarakat saya nggak ada ini antara saya dan suami saya kebetulan di Poskesdes itu ka ada perawat satu dan bidan jadi ya kerja sama satu keluarga oleh kebetulan kita kemarin dan cari disana kebetulan ada ya sudah.. Utk ambulans milik bersama belum ada . Dalam ambulans yang milik bersama belum ada, mau merintis tapi sampai sekarang ini ya pakai punya sendiri aja. Sementara memang untuk mobil pajero nya kita sudah punya alat-alat untuk sudah diusahakan suami saya untuk di modif cuma kita branker nya masih kurang disitu....

Pada saat wawancara kepala Desa Sidomulyo (24 Maret 2012) mengatakan, memang agak ada sedikit kesalahan komunikasi dengan petugas kesehatan pada saat membentuk desa siaga, namun pelan-pelan sudah dikoordinasikan dan bersama hasil keputusan musyawarah pada Bulan Juni ini desa Sidomulyo akan mengadakan ambulans desa siaga. Ambulans tersebut nantinya akan digunakan masyarakat umum untuk pelayanan kedaruratan atau rujukan.

Kemandirian desa di beberapa wilayah puskesmas sangat mendukung program desa dan kelurahan siaga aktif, partisipasi dalam pembangunan kesehatan dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan. Tingginya motivasi dan persaingan dalam membangun desa siaga sangat memudahkan pihak Puskesmas. Secara umum desa – desa eks transmigrasi mempunyai karakteristik seperti ini sebagaimana disampaikan dr. Jordan Pimpinan Puskesmas Pandu Senjaya:

Di Puskesmas Pandu senjaya sendiri khususnya faktor eksternal yang menjadi penghambat sebenarnya walaupun sedikit khususnya karena peran serta masyarakat itu sangat baik sekali di lingkungan wilayah kerja kami baik itu di desa Pandu Senjaya, Makarti Jaya , Sungai Melawen dan Kadipi atas.

Hal yang sama juga disampaikan dr. Fachrudin :

Yang Eksternal tentunya kalau masyarakat kami karena wilayah transmigrasi artinya untuk memberdayakan kesadaran masyarakat sangat cukup tinggi.

B.7. Manfaat Pengembangan Desa Siaga Bagi Masyarakat.

Tujuan pengembangan desa siaga adalah mewujudkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah. Dari sisi persyaratan desa siaga harus mempunyai unit pelayanan di desa, baik berupa Poskesdes, Puskesmas pembantu atau Puskesmas. Pelayanan kesehatan dalam kegiatan desa siaga meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Di Kabupaten Kotawaringin Barat kegiatan desa atau kelurahan siaga aktif juga terlihat melalui gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang dilakukan secara serentak dan melibatkan masyarakat, unsur pimpinan daerah, TNI dan SKPD terkait. Kegiatan tersebut sebagai langkah pencegahan DBD karena wilayah Kota Pangkalan Bun dan daerah sekitarnya merupakan daerah endemis DBD. Kegiatan PSN dilaksanakan setiap Hari Jum'at dan efektif dalam menurunkan kasus DBD di perkotaan.

Sebagai warga masyarakat Ibu Tuwiyem berperan sebagai kader desa siaga Desa Arga Mulya menceritakan program Dana Sehat atau JPKM desa telah dijalankan di Desa Arga Mulya Kecamatan Pangkalan Banteng. Setiap KK membayar Rp. 2.000,- setiap bulan. Dari hasil pengumpulan dana tersebut dikembalikan kepada masyarakat yang sehat untuk biaya berobat. Berikut hal yang diungkapkan Ibu Tuwiyem:

Desa siaga ini memang sementara belum terbentuk, baru rencana ya sudah terbentuk kepengurusan desa siaga cuma geraknya kan tidak lepas dari anu ya pak ..yang kita galakkan disini mengenai kesadaran masyarakat tentang kita upamanya adanya kejadian penyakit, terus kemana kita larinya sudah ke Puskesmas nggak ke dukun, serta ketersediaan transportasi yang ada kalau yang tak mampu gotong royong, terus yang ini ada JPKM pak ... , selama ini bagi masyarakat sangat meringankan untuk pembiayaan mereka , jika kita rujuk ada bantuan dari iuran yang dikumpulkan , ditebus dan dikembalikan berapa biaya yang diperlukan. Penarikan tiap bulan per KK 2000 rupiah .

Hal yang sama juga sudah dilaksanakan di Desa Makarti Jaya, Desa Sagu Suka Mulya. Untuk di Desa Suka Mulya lebih dalam skala besar, karena iuran Dana Sehat diambilkan dari hasil plasma sawit melalui koperasi atau KUD. Angka rupiah yang telah dikumpulkan telah mencapai puluhan juta rupiah. Kebijakan Kades dan kesepakatan masyarakat ini betul-betul membantu, karena pihak desa siaga akan memberikan bantuan kepada warga yang sakit sampai dirujuk ke luar daerah. Besaran bantuan mencapai Rp. 300.000,- rujukan ke Pangkalan Bun dan Rp. 600.000,- bagi yang dirujuk ke Jawa. Hal ini disampaikan Sumardi Kades Suka Mulya :

Saya kira kecil sekali hambatannya , karena karena masalah yang ada apapun kami selalu kerja sama , kami komunikasikan, bahkan ini sebelum ada program pemerintah yang anu ini...kami dari desa sendiri setiap ada warga kami yang kena rujukan itu dari pemasukan desa itu sendiri sudah kami keluarkan dana jaminan, sekedar transportasi kecamatan atau kalau dirujuk sampai pangkalanbun itu tiga ratus ribu per orang sakit itu tidak peduli apa dia orang kaya atau miskin yang penting dia sakit... Desa siaga ini kan istilahnya yang artinya kita sebagai aparat disitu harus siap dalam keadaan apapun untuk untuk menangani kesehatan masyarakat terutama yang sakit kan gitu ya..tentunya dengan bekerjasama dengan kader kesehatan dan tenaga kesehatan yang ada baik itu bidan, perawat yang ada desa kemudian tokoh masyarakat tokoh agama, BPD nya apa lagi kan seperti itu. Insha Allah kalau kami di Sagu ada dana pemasukan desa dari fee sawit itu sudah kita sepakati dengan BPD nya untuk menganggarkan itu untuk pengadaan ambulansnya..iya ambulans desa memang harus ada di desa siaga.

Azas dalam pemberdayaan desa dan kelurahan siaga adalah dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Azas ini akan membentuk karakter masyarakat yang mandiri dan tidak menggantungkan kepada pemerintah saja. Perubahan pola pikir masyarakat mandiri dan melindungi masyarakat lain yang kurang mampu dalam azas kekeluargaan dan kegotong-royongan.

C. Pembahasan

Kebijakan Program Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Pada aspek Kebijakan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat sudah dilaksanakan sejak tahun 2007. Permasalahan yang muncul pada awal program adalah belum fokusnya kegiatan pengembangan desa siaga akibat persepsi dan konsep desa siaga sendiri belum jelas. Penguatan kelembagaan koordinasi sampai saat ini belum dibentuk Tim Koordinasi dan Kelompok Kerja Operasional Tingkat Kabupaten, yang sangat berperan nantinya dalam tatanan peran dan aksi para pemangku kepentingan sesuai dengan kompetensi masing-masing. Kondisi ini akan mempengaruhi tingkat koordinasi dan komunikasi antar stakeholder di tingkat kabupaten sebagaimana diungkapkan Drs. Encep Hidayat Kepala Badan PMD Kabupaten Kotawaringin Barat. Jika dibandingkan secara teoritis dalam teori implementasi kebijakan menurut George C. Edward III bahwa syarat implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh faktor komunikasi, Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Melihat kondisi tersebut sebaiknya segera dilakukan Tim Koordinasi Kabupaten untuk bisa melihat implementasi

pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif dalam ukuran dan tujuan kebijakan telah dipahami secara benar bersama-sama bagi para pemangku kepentingan ditingkat kabupaten.

Kebijakan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat sebagaimana yang disampaikan Drg. Indrawan Sakti M.Kes , bahwa pemberdayaan masyarakat menjadi hal yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan yakni membuat masyarakat mandiri untuk hidup sehat. Tidak terlepas dari kebijakan nasional yakni Keputusan Menteri Kesehatan No 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif. Dinas Kesehatan menempatkan Program Promosi Kesehatan yang melaksanakan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif. Merujuk pada model pemerintahan di era New Public Management maka peran pemerintah sebagaimana diajukan oleh Osborne dan Gaebler 1992 (dalam Mardiasmo : 2004:18) pada petikan peran pemerintah dalam konsep *reinventing government* pada point 1,2 dan 9 sebagai berikut :

Point 1, Pemerintahan Katalis : fokus pada pemberian pelayanan, bukan pada produksi pelayanan publik. Pemerintah daerah harus menyediakan (providing) berbagai pelayanan public , tetapi tidak harus terlihat secara langsung dalam proses produksinya

Point 2, Pemerintah Milik Masyarakat : member wewenang (pada masyarakat daripada melayani. Pemerintah daerah sebaiknya memberikan wewenang kepada masyarakat sehingga mereka mampu menjadi masyarakat yang mampu menolong dirinya sendiri (community self help)

Point 9, Pemerintah Desentralisasi : dari hierarki menuju partisipatif dan Tim Kerja

Ketimpangan struktur organisasi (Struktur birokrasi)

Dari sisi struktur organisasi terjadi ketimpangan dimana usulan nomenklatur struktur organisasi sebagaimana telah diusulkan pihak Dinas Kesehatan kepada Bagian Organisasi dan Tata Laksana Setda Kabupaten Kotawaringin Barat belum mengakomodir seperti daftar usulan perubahan struktur organisasi perlu dimunculkan Bidang Promosi Kesehatan dan Kesehatan Keluarga. Bidang ini secara tupoksi dan secara nomenklatur akan mempunyai kewenangan mengelola program. Kesenjangan nomenklatur Dinas Kesehatan ini seharusnya bisa dipenuhi Pemkab Kotawaringin Barat, sehingga tidak ada pemberian tugas tambahan ke bidang yang secara legalitas tidak memiliki tupoksi. Jika dibandingkan dengan teori implementasi menurut Edward III khususnya dalam aspek struktur birokrasi (*bureaucratic structure*) jelas bahwa struktur birokrasi akan mengatur pola-pola hubungan dalam implementasi program, untuk itu struktur yang baik adalah struktur yang mampu mengakomodir pola-pola hubungan pelaksanaan yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Dengan demikian perubahan struktur dan nomenklatur tersebut seharusnya dapat diakomodir dengan tetap mengusulkan kembali dan menindaklanjutinya agar tercapai sinergisme antara program dan struktur organisasi.

Aspek sumber daya

Dari aspek pembiayaan Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat sudah memenuhi kebutuhan program kesehatan khususnya dalam mengembangkan desa dan kelurahan siaga aktif dengan anggaran lebih

memadai, hal tersebut sebagaimana disampaikan Kepala Dinas dan dikuatkan oleh Kasubag Perencanaan dan Pengendalian Program. Secara teknis dan teoritis kondisi ini sudah sejalan dengan teori implementasi menurut Edward III yaitu unsur sumber daya dalam hal ini adalah Anggaran Program yang cukup memadai dalam menunjang implementasi pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.

Tahapan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif

Dalam tahapan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif terhadap proses pemberdayaan masyarakat akan berdampak terhadap interaksi antar pelaku atau para praktisi. Dalam tahapan pertama sebagaimana sesuai hasil temuan bahwa telah dilakukan penguatan sumberdaya manusia melalui upaya pelatihan bagi bidan desa, dan sosialisasi desa /kelurahan siaga kepada para tokoh masyarakat, kepala desa tentang perlunya membentuk dan mengembangkan desa siaga. Langkah advokasi juga dilakukan secara berjenjang, namun demikian semuanya belum menghasilkan persepsi dan dukungan yang memadai. Kurang efektifnya advokasi masih diungkapkan oleh beberapa pimpinan Puskesmas, seperti dr. Lita, dr. Lilik S. Umroh dan bidan Zairina. Proses pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sendiri didalam implementasinya telah menimbulkan perbedaan persepsi desa siaga bagi para pemangku kepentingan telah menimbulkan sikap mendukung dan sikap menghambat. Dalam teori implementasi menurut Edward III Jika sikap implementator setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda

dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan ; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut.

Persepsi sebagai proses konsepsi pengetahuan dari sebuah advokasi. Advokasi yang efektif akan menghasilkan persepsi dan dukungan terhadap sesuatu yang diadvokasikan. Dalam sebuah advokasi akan ada sebuah proses komunikasi, dan komunikasi yang baik akan menghasilkan persepsi atas sesuatu yang disampaikan.

Dalam teori implementasi George C Edward III unsur komunikasi (communication) mempunyai peran penting dalam implementasi kebijakan. Para implemetor kebijakan bingung dengan apa yang akan mereka lakukan sehingga jika dipaksakan tidak akan mendapatkan hasil yang optimal. Tidak cukupnya komunikasi kepada para implementor secara serius mempengaruhi implementasi kebijakan. Ada beberapa makna komunikasi menurut J.A. Devito 1997 (dalam Wibowo 2003 : 185) :

Komunikasi mengacu pada tindakan oleh satu orang atau lebih yang mengirim atau menerima pesanyang terdistorsi oleh gangguan , terjadi dalam satu konteks tertentu, mempunyai pengaruh tertentu dan ada kesempatan untuk melakukan umpan balik.

Sedangkan kemampuan berkomunikasi menurut D.B. Curtis 1992 (dalam Wibowo 2003 : 185) adalah :

Kemampuan berkomunikasi menunjukkan kemampuan mengirimkan pesan dengan jelas , manusiawi, dan efisien , dan menerima pesan-pesan secara akurat.

Dari pengertian diatas jelas sebelum mengembangkan desa siaga perlu di komunikasikan dengan jelas pengertian, tujuan dan pelaksanaan kegiatan

dalam program desa dan kelurahan siaga aktif agar tidak menjadi persepsi yang salah. Desa Siaga dalam persepsi yang tepat akan sangat mendorong berjalannya desa dan kelurahan siaga aktif dengan baik begitu pula sebaliknya persepsi yang kurang tepat akan melemahkan dukungan dalam implementasi kebijakan . Dalam Kerangka pikir penelitian peran komunikasi adalah sebagai faktor dalam peran lintas sektor atau lintas program dalam membentuk persepsi yang baik dan tepat.

Implementasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif berdasarkan Indikator

Dalam implementasi pengembangan desa siaga mengacu pada kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yaitu:

- a. Kepedulian Pemerintahan Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
- b. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari.
- d. Keberadaan UKBM dan melaksanakan : penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, survailans berbasis masyarakat, penyehatan lingkungan.
- e. Tercakupnya pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha

- f. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- h. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga.

Atas dasar kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang telah ditetapkan, maka perlu dilakukan pentahapan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yaitu:

- a. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Pratama
- b. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Madya
- c. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Purnama
- d. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Mandiri

Dari hasil wawancara dengan beberapa informan menyatakan bahwa dukungan dan kepedulian kepala desa yang masih kurang sebagaimana pernyataan dr. Lilik S. Umroh pimpinan Puskesmas Natai Palingkau, dr. Dwi Alita Gati pimpinan Puskesmas Arut Utara dan Imanudin dari Puskesmas Arut Utara. Hal lain yang belum terlaksana adalah belum terakomodirnya anggaran desa dan kelurahan siaga melalui dana desa dan kelurahan, serta peraturan desa atau kelurahan yang belum disusun, serta masih kurangnya peran serta masyarakat menunjukkan pada 4 dari 8 indikator tersebut belum berjalan dengan baik. Meskipun demikian ada juga desa dan kelurahan yang telah menunjukkan dukungan dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan desa siaga, sehingga telah menjadi desa siaga aktif sebagaimana dinyatakan dr. Yordan Pimpinan Puskesmas Pandu Senjaya, dr Fachruddin pimpinan

Puskesmas Semanggang dan dr. John Feri Sidabalok pimpinan Puskesmas Pangkalan Lada. Jika dibandingkan dengan indikator tersebut aspek legal formal dalam bentuk perdes maupun SK Kepala Desa/ Lurah patut didorong untuk diwujudkan, disisi lain hal yang lebih penting adalah pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat bagi masyarakat. Menurut teori pemberdayaan dan partisipasi masyarakat maka dalam sebuah pemberdayaan kesehatan Hubley (2002) mengatakan bahwa pemberdayaan kesehatan (health empowerment), melek /sadar kesehatan (health literacy) dan promosi kesehatan (health promotion) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komperehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (self efficacy) dari teori belajar sosial (sukijo, 2005: 262), sedangkan partisipasi masyarakat menurut Cary (1970) dalam (Soekijo 2005: hal 275) mengatakan bahwa partisipasi dapat tumbuh jika tiga kondisi berikut terpenuhi :

- a. Merdeka untuk berpartisipasi, berarti adanya kondisi yang memungkinkan anggota-anggota masyarakat untuk berparitipasi.
- b. Mampu untuk berpartisipasi, adanya kapasitas dan kompetensi masyarakat sehingga mampu untuk memberikan sumbang saran yang konstruktif.
- c. Mau berpartisipasi , kemauan atau kesediaan anggota masyarakat untuk berpartisipasi dalam program.

Dalam hal ini harus di upayakan prinsip-prinsip pemberdayaan dan partisipasi pada sisi memberikan kebebasan pilihan dan meningkatkan

kemauan dan kompetensi untuk bisa berpartisipasi bagi masyarakat dalam menemukan masalah dan memecahkannya secara mandiri.

Bentuk-bentuk partisipasi dan pemberdayaan dalam desa dan kelurahan siaga

Bentuk-bentuk partisipasi dan pemberdayaan yang sudah berjalan berdasarkan temuan di lapangan antara lain ; trend pengadaan ambulans desa sebagai ikon desa siaga aktif, gotong-royong dalam pencegahan penyakit, dan bantuan sosial atau jaminan bagi masyarakat yang harus dirujuk ke sarana Puskesmas dan Rumah Sakit. Hal ini muncul sebagaimana dalam teori pemberdayaan dan partisipasi masyarakat telah menemukan dimensi partisipasi antara lain :

- a. Keterlibatan dari semua unsur atau keterwakilan kelompok (group representation) dalam pengambilan keputusan.
- b. Kontribusi massa sebagai pelaksana /implementator dari keputusan yang diambil
- c. Anggota masyarakat secara bersama-sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan (Sukijo, 2005:275)

Faktor-faktor yang terkait dalam implementasi desa dan kelurahan siaga,

Dari hasil analisis kualitatif dalam penelitian ini dapat diidentifikasi beberapa faktor penghambat dan pendorong dalam pengembangan Desa Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat adalah :

Faktor penghambat dalam pengembangan Desa dan kelurahan Siaga antara lain :

1. *Masih kurangnya koordinasi, komunikasi dan advokasi.*

Belum terbentuknya Tim Koordinasi Desa Siaga Tingkat Kabupaten, Kelompok Kerja Operasional (Pokjanel) dan tatanan kerangka kerja terpadu dalam pengembangan desa siaga, yang belum didukung aspek legal formal terhadap kelembagaan desa dan kelurahan siaga berdampak pada lemahnya koordinasi, komunikasi dan advokasi program secara terintegrasi. Advokasi masih dilakukan secara sektoral yaitu oleh Dinas Kesehatan.

Menurut teori implementasi menurut George Edwar III sebagai berikut :

“Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan tujuan perlu dikomunikasikan sehingga implementors mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan itu. Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit”.

Jika dibandingkan dengan pedoman teknis dalam Lampiran SK Menkes No 1529 /Menkes/SK/X/2010 maka seharusnya peran tingkat kabupaten sebagai berikut :

- a. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- b. Menetapkan mekanisme koordinasi antar instansi terkait dengan seluruh instansi yang terlibat dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga
- c. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pelaksanaan revitalisasi Puskesmas dan Posyandu di wilayahnya.
- d. Membentuk forum Pokjanel Desa dan Kelurahan Siaga di tingkat Kabupaten dan Kota, dengan susunan sebagai berikut:
 - Pembina : Bupati/Walikota
 - Pengarah : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota
 - Ketua : Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Kabupaten dan Kota

Wakil Ketua/Sekretaris	: Pejabat Eselon III Dinas Kesehatan Kab/ Kota
Anggota	: Pejabat Eselon III dan IV Dinas/Instansi terkait.

Struktur Tim Kabupaten tersebut diatas mengisyaratkan dalam hal penataan birokrasi bagi para implementor kegiatan dan itu sejalan pada teori implementasi dalam Eduard III yang ke empat yaitu struktur birokrasi. G. Eduard III menjelaskan bahwa badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Van Horn dan Van Meter menunjukkan beberapa unsur yang mungkin berpengaruh terhadap suatu organisasi dalam implementasi kebijakan, yaitu:

1. Kompetensi dan ukuran staf suatu badan;
2. Tingkat pengawasan hirarkhis terhadap keputusan-keputusan sub unit dan proses-proses dalam badan pelaksana;
3. Sumber-sumber politik suatu organisasi (misalnya dukungan di antara anggota legislatif dan eksekutif);
4. Vitalitas suatu organisasi;
5. Tingkat komunikasi "terbuka", yaitu jaringan kerja komunikasi horizontal maupun vertikal secara bebas serta tingkat kebebasan yang secara relatif tinggi dalam komunikasi dengan individu-individu di luar organisasi;

6. Kaitan formal dan informal suatu badan dengan badan pembuat keputusan atau pelaksana keputusan.

Bila sumberdaya cukup untuk melaksanakan suatu kebijakan dan para implementator mengetahui apa yang harus dilakukan, implementasi masih gagal apabila struktur birokrasi yang ada menghalangi koordinasi yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan. Belum jelasnya konsep Desa bagi para pemangku kepentingan dan Kelurahan Siaga Aktif menyebabkan dukungan lintas sektoral di level desa menimbulkan perbedaan kepentingan dan berdampak pada lemahnya dukungan maupun peran serta masyarakat. Keadaan tersebut dapat ditangkap dari pernyataan Drs. Encep Hidayat Kepala Badan PMD, pernyataan dr. Lilik S Umroh apa yang terjadi di Puskesmas Natai Palingkau juga akibat rendahnya koordinasi lintas program. Hal yang berpengaruh adalah bagaimana persepsi desa siaga belum diterima secara utuh baik esensinya maupun indikatornya.

Motivasi dan kinerja para pelaku (implementor) kebijakan

Kurangnya motivasi dan kinerja SDM bagi para pemangku kepentingan telah menurunkan peran dan inovasi yang seharusnya dapat mengeskalasi perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga yang dilatar belakangi pada lemahnya komitmen. Motivasi yang rendah tidak menghasilkan inovasi-inovasi yang efektif dalam pengembangan desa siaga khususnya di Puskesmas atau desa kelurahan yang belum menggerakkan desa siaga aktif. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Analisis Pelaksanaan Desa Siaga di Desa Kilensari, Situbondo oleh Erfan

Nasrullah (2011). Meskipun tidak semua desa di Kabupaten Kotawaringin Barat mengalami hambatan, namun keadaan tersebut juga terjadi di beberapa wilayah yang kondisi motivasi SDM nya rendah, apatis dan rendah inovasi. Motivasi yang rendah mungkin disebabkan oleh berbagai tuntutan kebutuhan yang belum terpenuhi sebagai mana teori yang disampaikan oleh Maslow teori berdasarkan analisa kebutuhan adalah teori kebutuhan berhirarki oleh Maslow. Teori kebutuhan merinci tingkatan kebutuhan sebagai berikut :

1. Kebutuhan Fisiologis
2. Kebutuhan akan rasa aman
3. Kebutuhan untuk dicinta dan mencintai
4. Kebutuhan untuk dihargai
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Motivasi seseorang dalam mengemban tugas dan melaksanakan program akan dimungkinkan terkait dengan skala kebutuhan diatas.

2. *Keterbatasan SDM sebagai provider penggerak Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sebagai dampak tugas rangkap sehingga Tupoksi hanya mampu menjalankan separuh sumber dayanya.* Pernyataan keterbatasan SDM lebih banyak disampaikan oleh pimpinan Puskesmas, karena dampak tugas rangkap terhadap cakupan pembinaan desa siaga menjadi lebih terbatas, seperti yang di ungkap dr. Raita Wey pimpinan Puskesmas arut Selatan, dr. Maryani pimpinan Puskesmas Karang Mulya , H. Nafis pimpinan Puskesmas Riam Durian. Kondisi ini ditemukan juga dalam faktor yang menghambat pengembangan desa siaga di Provinsi Maluku

Tengah . Keterbatasan SDM kesehatan menyebabkan tugas dan peran rangkap, sehingga tidak menghasilkan kinerja yang maksimal. Penelitian yang dilakukan oleh Daniel P, menjelaskan pengembangan desa siaga ditinjau dari perspektif provider yang disebabkan keterbatasan SDM di Puskesmas Layeni menyebabkan pelaksanaan desa siaga belum maksimal. Kondisi wilayah terpencil terkadang belum mencapai standar rasio tenaga kesehatan yang diharapkan. Sama halnya di Kabupaten Kotawaringin Barat yang juga mengeluhkan beban rangkap para petugasnya bahkan didaerah perkotaan sekalipun.

Menurut G Edward III bahwa sumber daya merupakan salah satu komponen vital dalam implementasi program. Jika personel yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program kekurangan sumberdaya dalam melakukan tugasnya. Komponen sumberdaya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana dan sarana prasarana. Sumber daya manusia yang tidak memadai (jumlah dan kemampuan) berakibat tidak dapat dilaksanakannya program secara sempurna karena mereka tidak bisa melakukan pengawasan dengan baik. Jika jumlah staf pelaksana kebijakan terbatas maka hal yang harus dilakukan meningkatkan skill/kemampuan

para pelaksana untuk melakukan program. Untuk itu perlu adanya manajemen SDM yang baik agar dapat meningkatkan kinerja program.

Tidak ada misteri dalam meningkatkan produktivitas, faktor utamanya adalah manajemen SDM yang tepat. Organisasi yang unggul adalah mereka yang dapat merencanakan secara efisien, mengarahkan pekerjaan secara efektif, selalu mengelola organisasi dengan teknik, metode dan gaya manajemen yang baru sesuai dengan tuntutan zaman, pekerjaan dan misi (Gibson 1997 dalam Wibowo 2013 : 342)

3. *Karakteristik Masyarakat dalam partisipasi program pemberdayaan*

Karakteristik masyarakat juga akan berhubungan dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat. Dalam penelitian ini ditemukan karakteristik masyarakat pedesaan desa lokal mengalami kendala dalam pemberdayaan, terkait sosial, budaya dan ekonominya menyebabkan keterbatasan akses informasi seperti desa asli di beberapa wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat. Hal ini didukung pernyataan dr Rita Wey, Camat Arut Selatan Drs Rody Iskandar, M.Si, H. Nafis khususnya yang mengenai sulitnya memberdayakan dan meningkatkan partisipasi di desa lokal yang relatif terpencil dengan tingkat sosial yang relatif rendah.

Partisipasi adalah peran serta aktif anggota masyarakat dalam pengambilan keputusan, implementasi program, evaluasi serta memperoleh manfaat dari keterlibatannya dalam pembangunan program. Partisipasi adalah suatu proses sosial dimana anggota suatu kelompok masyarakat yang tinggal pada wilayah geografis tertentu mengidentifikasi kebutuhan-

kebutuhannya, mengambil keputusan dan memantapkan mekanisme untuk memenuhi kebutuhannya.

Studi Heller (1971) terhadap 260 orang eksekutif bisnis menunjukkan bahwa partisipasi memberikan manfaat antara lain :

- a. Meningkatkan kualitas teknis dari pengambil keputusan
- b. Meningkatkan kenyamanan
- c. Meningkatkan komunikasi
- d. Memberi latihan kepada bawahan
- e. Memfasilitasi perubahan.

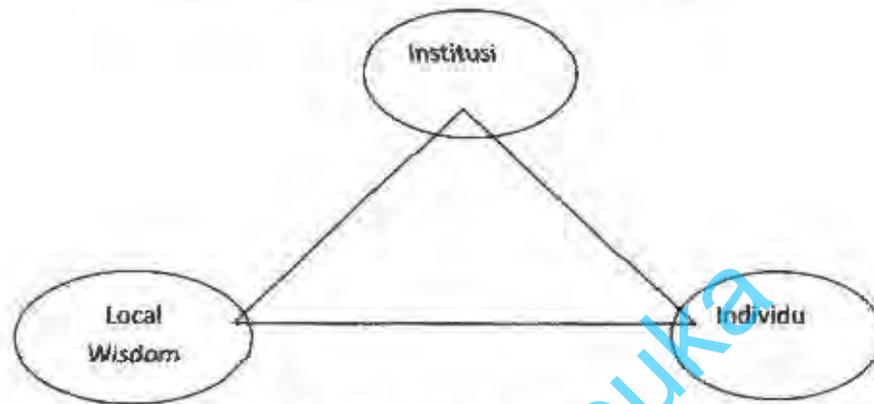
Ada tiga dimensi dalam partisipasi :

- a. Keterlibatan dari semua unsur atau keterwakilan kelompok (group representation) dalam pengambilan keputusan.
- b. Kontribusi massa sebagai pelaksana /implementator dari keputusan yang diambil
- c. Anggota masyarakat secara bersama-sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan (Sukijo, 2005:275)

Selanjutnya kita bandingkan dalam skema Pemberdayaan masyarakat, maka akan terlihat bahwa pemberdayaan masyarakat akan terkait secara erat dengan tiga hal pokok yaitu kearifan lokal (Local wisdom), institusi dan individu. Ketiga komponen tersebut harus saling mendukung dan melengkapi. Apabila satu dari ketiganya timpang maka tidak akan terealisasi. Tujuan dari pemberdayaan masyarakat yaitu membangun individu yang mandiri dengan pendekatan dan penguatan kelompok dan tidak terlepas dari sosial setting masyarakat yang akan diberdayakan.

Untuk itulah nilai-nilai lokal menjadi pedoman potensi masyarakat (Pheny Chalid : 2010: 5.16).Skema itu dapat digambarkan sebagai berikut :

Skema 5.2. Skema Pemberdayaan Masyarakat



Sumber : Buku Teori dan Isu Pembangunan, Modul UT

Berdasarkan analisa banding dalam pemberdayaan masyarakat khususnya program pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif maka unsur institusi adalah peran pemangku kepentingan perangkat daerah seperti Dinas Kesehatan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa serta stakeholder lain yang berperan dalam lintas sektoral. Kurangnya koordinasi dan sinkronisasi menggambarkan bahwa pada tatanan subsistem institusi belum menjadi satu kesatuan komponen yang solid yang dibuktikan dengan persepsi, konsep dan arah pemberdayaan Desa dan Kelurahan Siaga yang sama. Peran institusi yang secara legal dan formal mempunyai peran memberikan arah dan kerangka kerja teknis . Lemahnya unsur institusi dalam konsep pemberdayaan akan menyebabkan implementasi kebijakan kehilangan fokus , dan memungkinkan terjadinya kebijakan yang kontraproduktif. Dalam hal ini usulan revisi struktur Dinas yang sudah diusulkan sejak

tahun 2011 sampai sekarang belum terakomodir, sehingga dengan struktur saat ini yang tidak fokus .

Unsur kearifan lokal tentunya akan menimbulkan persepsi konsep desa siaga tersendiri sebagai bentuk asimilasi terhadap sosial budaya dan karakter masyarakat yang berbeda. Kita lihat bahwa di Kabupaten Kotawaringin Barat terdapat karakteristik masyarakat yang dilatar belakangi sosial budaya yang berbeda. Kelompok besar terdiri atas masyarakat perkotaan, masyarakat pedesaan eks transmigrasi, masyarakat pedesaan pesisir dan masyarakat pedesaan pedalaman. Kondisi lokal berdasarkan karakteristik tersebut tentu akan berpengaruh terhadap penangkapan persepsi sesuai dengan tingkat sosial ekonominya. Khususnya dalam masyarakat perkotaan sifat kegotong royongan telah mengalami pergeseran akibat pola hidup, tingkat sosial ekonomi dan heterogenitas masyarakat yang mau tidak mau membentuk suatu interaksi yang kurang sinergi dibanding pada kelompok masyarakat yang homogen.

4. *Meningkatnya kesibukan masyarakat dalam aktivitas ekonomi*

Tidak dipungkiri diwilayah perkotaan dengan kesibukan ekonomi yang tinggi juga membentuk karakteristik masyarakat yang individual dan dengan kesibukan dan aktifitas , Heterogenitas masyarakat juga melatarbelakangi aspek sosiaologis yang berbeda dan hal ini sedikit menurunkan jiwa kegotong-royongan. Hal tersebut dikeluhkan oleh para pimpinan Puskesmas yang wilayahnya perkotaan seperti dr Rita, dr. Lita dan dr. Mahadi.

Meningkatnya kesibukan masyarakat pedesaan seiring berkembangnya industri perkebunan menyebabkan ketersediaan waktu untuk mengikuti program pemberdayaan juga berkurang. Beraktifitasnya masyarakat sebagai karyawan perkebunan telah membuat keterbatasan dan keleluasaan waktu untuk mengumpulkan masyarakat. Pernyataan bidan Evaliani, H. Hafis dan Johan Kades Riam Durian menyatakan kecenderungan lebih susah untuk mengumpulkan masyarakat dalam kegiatan musyawarah-musyawarah maupun penyuluhan. Perlu strategi pengaturan waktu untuk dapat lebih banyak melibatkan masyarakat.

Faktor-faktor pendorong dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga

Faktor-faktor pendorong dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat tentunya sejalan dengan pendapat George C. Edward III mengisyaratkan sebuah implementasi akan berjalan baik apabila Komunikasi (Communications), Sumber Daya (resources), sikap (dispositions atau attitudes) dan struktur birokrasi (bureaucratic structure) berjalan simultan.

1. Kebijakan pemberdayaan sebagai strategi dan program prioritas

Kebijakan pembangunan kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Barat menjadikan Desa dan Kelurahan Siaga sebagai pilar pemberdayaan masyarakat sebagai satu strategi pembangunan kesehatan. Dukungan pengambil kebijakan yang sangat baik dengan porsi anggaran pemberdayaan masyarakat yang terus meningkat menunjukkan komitmen

yang tinggi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat. Hal senada juga disampaikan oleh H. Amat Sulkan sebagai Kasubag Perencanaan dan Pengendalian Program yang fokus dalam anggaran promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat (aspek birokrasi dan sumber daya). Menurut Yehezkel Dror (Abdul Wahab : 2011 : 49-56) bahwa ciri dari kebijakan publik terdiri dari 12 macam antara lain :

- 1) Sangat kompleks
- 2) Prosesnya bersifat dinamis
- 3) Komponen-komponennya beraneka ragam
- 4) Peran masing-masing sub sektor berbeda
- 5) Memutuskan
- 6) Sebagai pedoman umum
- 7) Untuk mengambil tindakan
- 8) Djarahkanpada masa depan
- 9) Secara formal untuk mencapai tujuan tertentu
- 10) Apa yang tercermin dalam kepentingan umum
- 11) Dilakukan dengan cara sebaik mungkin.

Dalam hal kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga aktif ciri yang paling melekat antara lain adalah point ke-6 yaitu *kebijakan publik sebagai pedoman umum* . Kebijakan publik pada umumnya dirumuskan dalam bentuk pedoman atau petunjuk umum dan bukan pada petunjuk teknis atau petunjuk pelaksanaan yang sangat rinci. Dalam Keputusan Menteri Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 dipandang kebijakan ini juga sebagai keputusan point-5 merupakan strategi berupa petunjuk-

petunjuk umum untuk melakukan tindakan-tindakan tertentu, sebagai langkah mengembangkan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

2. *Potensi dan infrastruktur wilayah yang semakin meningkat*

Potensi yang mendukung termasuk sarana dan SDM Kesehatan di desa sebagai prasarana pelayanan dasar masyarakat. Meskipun sedikit kontra produktif dengan beberapa Puskesmas dan desa yang mengalami keterbatasan SDM, Strategi mengatasi masalah keterbatasan SDM merupakan inovasi bagi Puskesmas yang mampu memberdayakan SDM nya. Sebenarnya secara pendistribusian SDM hampir di setiap desa mempunyai tenaga kesehatan baik bidan, perawat atau mungkin duaduanya ada. Memang sedikit berbeda SDM tenaga kesehatan di desa sudah hampir terpenuhi, dibandingkan petugas Puskesmas yang justru kurang dan banyak tugas rangkap program yang harus dilaksanakannya. Infrastruktur pelayanan kesehatan telah tersebar di seluruh desa dan ditunjang dengan infrastruktur jalan dan sarana transportasi berdampak pada akses pelayanan kesehatan (aspek sumber daya). Jika ditinjau dari teori implementasi Edward III maka aspek sumber daya manusia di Desa lebih memadai dibanding SDM pengelola program di Puskesmas, untuk itu memang diperlukan penguatan SDM di Puskesmas baik jumlah maupun kualitasnya.

3. *Ikon ambulans desa dalam pengembangan desa dan keluarahan siaga aktif*

Desa siaga melalui ikon ambulans desa di Kotawaringin Barat telah menjadi program unggulan dan mendatangkan prestise tersendiri bagi desa dan daerah. Ikon Desa Siaga dengan ambulans pada awalnya terinspirasi

pada iklan layanan kesehatan tentang desa siaga dan Poskesdes, dimana dalam layanan tersebut digambarkan tanggap kedaruratan dengan tersedianya ambulans Poskesdes. Inspirasi tersebut digali dengan potensi swadaya masyarakat, dana pemerintah desa dan CSR atau bantuan perusahaan yang ada di wilayah desa sehingga menjadi model beberapa desa lainnya untuk pengadaan ambulans desa. Konsep pemberdayaan antara institusi, masyarakat dan swasta dalam hal ini berjalan dengan baik. Komunikasi antara masyarakat pemerintah desa dan sektor swasta dapat terjalin, sehingga desa siaga telah menciptakan prestise tersendiri bagi desa yang mempunyai sumber daya yang memadai (Birokrasi, komunikasi, sikap dan sumber daya menurut Edward III).

4. *Perkembangan dan pertumbuhan ekonomi masyarakat serta merubah paradigma kesejahteraan dan kesehatan.*

Tidak dipungkiri perkembangan ekonomi masyarakat dengan adanya perkebunan sawit telah meningkatkan taraf ekonomi masyarakat. Melalui pengorganisasian KUD telah mampu meningkatkan pembiayaan swadana dalam menunjang desa siaga, seperti iuran dana sehat, pembelian ambulans desa seperti di Desa Kedipi Atas, Medangsari, Pangkalan Satu benar-benar difasilitasi KUD. Pengambilan keputusan yang mendorong jaminan pelayanan kesehatan masyarakat dan pengadaan ambulans desa sangat jelas memberikan manfaat yang besar dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berbasis kemandirian masyarakat (aspek Birokrasi, sikap dan sumber daya).

5. *Motivasi dan dukungan stakeholder di desa dan kelurahan yang kuat*

Motivasi dan dukungan lintas sektor termasuk dari kepala desa, tokoh masyarakat dan sektor swasta dalam pembangunan kesehatan . Adalah sebuah keberhasilan advokasi pada tataran ditingkat desa, karena berbeda pada tingkat koordinasi di kabupaten dukungan dan komitmen justru muncul di pedesaan sebagai basis program desa dan kelurahan siaga aktif. Motivasi dan advokasi yang kuat juga menghasilkan koordinasi yang kuat dalam membangun struktur organisasi desa dan kelurahan siaga (aspek sikap, komunikasi). Wibowo 2003 : halaman 334 menyatakan :

Pengkoordinasian organisasi dicapai melalui penyelarasan planning, organizing , actuatn serta controlling dalam kegiatan manajemen . Dengan menempatkan ke empat fungsi manajemen ini secara baik , maka akan diperoleh koordinasi yang baik pula. Koordinasi sangat diperlukan dalam mengelola suatu organisasi sebab :

1. Menghindari konflik / pertentangan
2. Menghindari perebutan sumber daya
3. Menghindari pemborosan sumber daya
4. Menghindarkan dualism pekerjaan
5. Menghindarkan bertumpuknya tugas pada seseorang
6. Menghindarkan kekosongan pekerjaan
7. Menghindarkan perasaan lepas satu sama lain
8. Menjamin kesatuan sikap
9. Menjamin kesatuan tindakan
10. Menjamin kesatuan kebijaksanaan
11. Menjamin kesatuan pelaksanaan
12. Menyadarkan bahwa masing-masing merupakan bagian dari keseluruhan

Peran pemangku kepentingan dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga

Desa siaga sebagai wahana pemberdayaan masyarakat menjadi konsep kerangka pikir bahwa meningkatnya pengetahuan dan perilaku sehat masyarakat akan meningkatkan partisipasi dalam pembangunan, tantangan dan

dorongan dapat dikelola untuk mendapatkan pola dan strategi baru dalam mengembangkan desa siaga. Dalam meningkatkan hal tersebut para pemangku kepentingan yang berperan antara lain :

1. Satuan Kerja Perangkat Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah adalah Leading Sector pada level Kabupaten yang bertanggung jawab mengkoordinasikan pelaksanaan pada jenjang administrasi dibawahnya. Kerjasama yang terjadi saat ini hanya spontanitas belum menuju tatanan legal formal sehingga masih menjadi kelemahan dalam pengkoordinasian dan sinkronisasi tingkat kabupaten.

2. Peran Camat dalam mengkoordinasikan lintas sektoral ditingkat kecamatan , juga kepada para stakeholder dan kepala desa diwilayahnya untuk mendapatkan persepsi dan gerakan yang sama dalam mengembangkan desa siaga. Kegiatan forum tingkat kecamatan koordinasi dengan Puskesmas dan UPT Dinas terkait yang ada diwilayahnya.

3. Peran Petugas Kesehatan.

Petugas kesehatan baik di tingkat desa, Puskesmas maupun kabupaten telah menjalankan konsep desa siaga sesuai pedoman meskipun disana sini masih menimbulkan multi tafsir dan persepsin yang berbeda. Konsep yang baik akan menjadi modal advokasi kepada lintas sektor untuk mendapatkan persepsi dan pemahaman yang sama.

4. Peran Kepala Desa

Sebagai peran utama seorang kepala desa akan sangat menentukan dalam mengambil kebijakan. Persepsi, pemahaman dan apresiasi telah mewujudkan interaksi, baik interaksi positif sebagai pendorong maupun

interaksi negatif sebagai penghambat. Pada desa siaga aktif membuktikan peran kepala desa secara dominan dalam kebijakan sangat menentukan.

5. Peran Tokoh Masyarakat , Kader dan Masyarakat

Tokoh masyarakat sebagai orang-orang kunci menjadi mitra kepala desa dan petugas kesehatan dalam mengembangkan desa dan kelurahan siaga. Tokoh masyarakat berperan dalam meyakinkan dan menggerakkan masyarakat sesuai dengan karakteristik dan sosial budaya yang sesuai, akan menghasilkan keputusan yang maksimal. Kader yang sebagian dari unsur PKK pada tatanan kegiatan desa sangat dominan. Keterlibatan Tim Penggerak PKK Kabupaten dalam mendukung program kesehatan akan jelas pada tataran kegiatan desa siaga. Koordinasi Dinas Kesehatan dengan Pokja IV PKK dilaksanakan secara terpadu dan berkelanjutan menuju peran sektoral yang efektif. Masyarakat sebagai lapisan bawah mewujudkan partisipasinya dalam aktifitas desa siaga baik dalam musyawarah, gerakan maupun pendanaan swadana.

Azas Manfaat desa dan kelurahan siaga aktif bagi masyarakat

Azas manfaat yang dirasakan dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif membawa perubahan pada jangkauan pelayanan dan pembiayaan yang didukung tanggap darurat serta telah menimbulkan kepedulian dalam mencegah penyakit dan menjaga kesehatan. Siklus identifikasi permasalahan kesehatan dan upaya pemecahannya menjadi indikator apakah desa siaga tersebut sudah aktif atau belum. Pada Desa siaga aktif manfaat desa siaga sudah mulai dirasakan oleh masyarakat seperti pelayanan ambulans desa, dana sehat dan peningkatan kesehatan melalui pencegahan penyakit dan penyuluhan.

Tentu menuju masyarakat yang mandiri masih belum terwujud, setidaknya kesadaran masyarakat dalam perilaku hidup bersih dan sehat mampu memberikan kontribusi dalam menciptakan derajat kesehatan yang optimal berbasis pemberdayaan masyarakat.

Universitas Terbuka

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil pembahasan yang berasal dari data – data penelitian Implementasi Kebijakan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Bahwa Implementasi Kebijakan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga di Kabupaten Kotawaringin Barat sudah mengacu pada SK Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 belum sepenuhnya dilaksanakan mencapai pada 8 (delapan) indikator kriteria desa/kelurahan siaga aktif masih terkendala aspek komunikasi, sumber daya, sikap dan struktur birokrasi yang ditunjukkan dengan belum terbentuknya Tim Koordinasi, Kelompok Kerja Operasional, dan aspek legal formal dan anggaran desa siaga yang masih terfokus disektor kesehatan.
2. Faktor – faktor yang terkait dalam proses pemberdayaan masyarakat pada pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat pada adalah tingkat koordinasi lintas pemangku kepentingan, komunikasi antar pemangku kepentingan atau implementor, jejaring advokasi, persepsi desa/kelurahan siaga, motivasi petugas dan pemangku kepentingan, keterbatasan SDM Puskesmas, karakteristik masyarakat, tingkat partisipasi, dan tingkat aktifitas ekonomi masyarakat yang berpengaruh secara positif maupun negatif.

5.2. Saran- Saran

Dari kesimpulan yang diambil atas pelaksanaan kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat , terhadap hal – hal yang membuat kelemahan dalam program lebih lanjut kedepan kami berikan saran-saran sebagai berikut :

1. Buku Pedoman Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif tetap dijadikan acuan perbandingan antara tatanan konsep dan kerangka program dalam menyusun langkah-langkah mengacu pada 8 indikator pengembangan dan keberlangsungan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, dalam mengatur dan memperkuat peran dan tata hubungan antar pemangku kepentingan dalam tahapan yang lebih jelas serta memenuhi komponen dalam implementasi meningkatkan komunikasi, sumber daya termasuk anggaran dan sumber daya manusia yang memadai, sikap positif dan birokrasi yang bersinergi dengan kepentingan kebijakan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif di Kabupaten Kotawaringin Barat..
2. Dalam upaya pemberdayaan masyarakat agar lebih difokuskan pada aspek proses dan hasil secara utuh melalui pemberdayaan personal, pemberdayaan kelompok, pengorganisasian masyarakat, pemberdayaan kemitraan (stakeholder) , dan aksi mendapatkan dukungan sosial politik melalui upaya advokasi sehingga mampu meningkatkan persepsi, partisipasi, motivasi, serta memenuhi sumber daya manusia dan mengintervensi karakteristik masyarakat dengan strategi yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ascobat Gani, dkk,(2010) , *Modul Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)* Edisi ke 5 , Jakarta, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
- Hartono, Bambang (2010) , *Buku Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*, Jakarta, Kemenkes
- Bagong Suyanto dan Sutinah (Ed) , (2007) *Metodologi penelitian Sosial Sosial, Berbagai Alternatif Pendekatan*
- Chalid, Peni (2011) , *Teori dan Isu Pembangunan*, Edisi ke-7, Modul, Jakarta, Penerbit Universitas Terbuka,
- Dinas Kesehatan, Tim Penyusun, *Profil Kesehatan Tahun 2012*, Pangkalan Bun
- Dwiyanto, Agus, (2012) *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*, Serial Kajian Birokrasi, Yogyakarta, Gajah Mada University Press.
- Ginanjari K.,(1997) *Pembangunan Sosial dan Pemberdayaan :Teori, Kebijakan, dan Penerapan,*
- Green Leean, *Teori dan Konsep Dasar Pengembangan Masyarakat*, diambil 3 Oktober 2012 dari <http://green-leean.blogspot.com>
- Halim, Abdul (2007), Implementasi Kebijakan Program Dana Bantuan Pembangunan Desa dan Pemberdayaan Masyarakat, *Tesis*, Magister Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya ,Malang
- Irawan, P. (2005), *Metodologi Penelitian Administrasi*, Edisi ke – 1: Modul, Jakarta, Penerbit Universitas Terbuka
- Ismoyowati, (2011) *Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat Dalam Bidang Kesehatan*, Jakarta, Kemenkes RI,
- Ivan Afriani HS, *Metode Penelitian Kualitatif*, diambil 15 Oktober 2012 dari website [www. Penalaran un. Org](http://www.Penalaran.unm.Org).
- Kementerian Kesehatan RI, (2011), *Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Kesehatan di Bidang Kesehatan*, Jakarta, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan.

- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas, (2010) *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millennium di Indonesia*, Jakarta, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas.
- Kemenkes RI, (2010) Keputusan Menteri Kesehatan No. 828/Menkes/SK/2008, tentang *Pedoman Teknis Bidang Kesehatan*, Jakarta.
- Kerjasama Kementrian Kesehatan dengan Kementrian Dalam Negeri (2010) *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif: Keputusan Menteri Kesehatan*, Jakarta , Pusat Promosi Kesehatan, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI.
- Kismartini, dkk, *Analisis Kebijakan Publik : Modul*, Jakarta , Universitas Terbuka
- Mardiasmo, (2004) , *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, Yogyakarta , Andi Offset.
- Marhami, (2010) Pengaruh Pembiayaan Kesehatan Terhadap Pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Aceh Besar , *Tesis*, diunduh 30 Oktober 2012. dari <http://repository.usu.ac.id>
- Mulyono , Model-Model Teori Implementasi Kebijakan Menurut G. Edward III, Laman <http://mulyono.staff.uns.ac.id/diunduh> 24 Juli 2013
- Narsrullah, Erfan, dkk, (2011) Analisis Pelaksanaan Desa Siaga di desa Kilensari Kecamatan Panarukan, Kabupaten Situbondo *Laporan penelitian*, diunduh 15 September 2012 dari <http://enasrullah.files.wordpress.com>
- Notoatmojo, Soekijo, dkk (2005), *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta
- Redi P, *Komunikasi Organisasi dari konseptual-teoritis ke empiric*, Yogyakarta, Pustaka Melayu.
- Sedarmayanti, (2009), *Reformasi Administrasi Publik, Reformasi Birokrasi, dan Kepemimpinan Masa Depan*, Bandung, Refika Aditama.

Undang-Undang, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, Pokok-pokok kesehatan, Lembaran Negara

Wahab, S.A , *Analisis Kebijakan : dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, diunduh 3 Oktober 2012 dari <http://elib.unikom.ac.id>

Wahab, S.A (2011) , *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Malang , UMM Press.

Wibowo, BS , dkk (2003) *SHOOT Sharpening Our Concept and Tools*, Bandung, PT Syamil Cipta Media.

Wikipedia, *Pelayanan Publik*, *Wikipedia Bahasa Indonesia*, diambil 20 Oktober 2012 dari situs , http://id.wikipedia.org/wiki/Pelayanan_publik.

Universitas Terbuka

Lampiran - 1

Universitas Terbuka

BIO DATA PENULIS

Nama : ARIF SUSANTO
NIM : 018264422
Tempat Tanggal Lahir : Purworejo, 16 Desember 1972
Agama : Islam
Registrasi Pertama : 2011.2
Riwayat Pendidikan : 1. SD Tanjunganom 2 tamat tahun 1985
 2. SMP Negeri 2 Kutoarjo, tamat tahun 1988
 3. SMA Negeri 1 Purworejo, tamat tahun 1991
 4. S1 Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Diponegoro, Semarang tamat tahun 1996
 5. Terdaftar di Pascasarjana Universitas Terbuka, tahun 2011.2

Riwayat Pekerjaan Provinsi : 1. Staf Bidang Tenaga Kesehatan Kanwil Depkes Kalimantan Tengah tahun 1998-2000
 2. Plt Kasubsi gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat tahun 2000-2002
 3. Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat tahun 2002-2006
 4. Kepala Subag Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat Kalteng , tahun 2007 – 2009
 5. Kepala Bidang Pengembangan SDM Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat tahun 2009- sekarang

Alamat Tetap : Jalan HM rafi'i. Komplek BTN Bambu Kuning, Kel Madurejo Pangkalan Bun , Kabupaten Kotawaringin Barat Kalimantan Barat
 Telp/HP : 08125079345

Pangkalan Bun , Juli 2013



Arif Susanto
 NIM. 018264422

Lampiran - 2

Universitas Terbuka

PEDOMAN WAWANCARA SESUAI KARAKTERISTIK INFORMAN

INSTRUMEN WAWANCARA PENELITIAN			
Nama Responden : Kelompok kategori informan : Camat Tanggal Wawancara : Waktu :			
Peneliti	:	Menggali hal-hal sebagai berikut :	Kode
	1.	Bagaimana bentuk dukungan camat dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif di wilayah kerjanya	5
	2.	Meminta Penjelasan Camat dalam memberikan dukungan kepada desa / kelurahan dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif di wilayahnya	
	3.	Sejauh mana pergerakan dan koordinasi lintas sektoral yang dilakukan oleh camat dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif di wilayahnya	
	4.	Apakah ada permasalahan yang dihadapi camat dan yang member dukungan dalam pengembangan desa kelurahan siaga aktif di wilayah kerjanya.	
	5.	Bagaimana upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan dan pengembangan desa kelurahan siaga aktif kedepan.	

PEDOMAN WAWANCARA SESUAI KARAKTERISTIK INFORMAN

INSTRUMEN WAWANCARA PENELITIAN			
Nama Responden : Kelompok kategori informan : Bidan Desa Tanggal Wawancara : Waktu :			
Peneliti	:	Menggali hal-hal sebagai berikut :	Kode
			5
	1.	Ingin mengetahui bagaimana implementasi pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif yang menjadi tugas wilayahnya?	
	2.	Faktor faktor yang menghambat bagi bidan dalam menggerakkan desa siaga aktif sebagai provider baik dari factor internal maupun eksternal?	
	3.	Faktor-faktor yang mendukung pengembangan desa kelurahan siaga aktif diwilayah kerjanya baik secara internal maupun eksternal	
	4.	Adakah manfaat pengembangan desa kelurahan siaga aktif bagi petugas bidan dalam menmberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat?	
	5.	Upaya apa yang dilakukan dalam mengatasi masalah yang dihadapi	

PEDOMAN WAWANCARA SESUAI KARAKTERISTIK INFORMAN

INSTRUMEN WAWANCARA PENELITIAN			
Nama Responden : Kelompok kategori informan : Pimpinan Puskesmas Tanggal Wawancara : Waktu :			
Peneliti	:	Menggali hal-hal sebagai berikut	Kode
			5
	1.	Bagaimana implementasi pengembangan desa / kelurahan siaga aktif di wilayah kerja Puskesmas yang Bapak/ibu pimpin	
	2.	Apakah dari sisi sumber daya tenaga kesehatan diwilayah Puskesmas sudah memadai atau belum memadai dalam melaksanakan program desa/kelurahan siaga aktif?	
	3.	Faktor – faktor penghambat apa saja yang di hdapi dari sisi internal maupun eksternalnyadi wilayah puskesmas yang bapak/ ibu pimpin?	
	4.	Faktor – faktor pendorong apa saja yang di hdapi dari sisi internal maupun eksternalnyadi wilayah puskesmas yang bapak/ ibu pimpin?	
	5.	Upaya / strategi apa untuk mengatasi pengembangan desa/kelurahan siaga aktif dan rencananya ke depan?	

PEDOMAN WAWANCARA SESUAI KARAKTERISTIK INFORMAN

INSTRUMEN WAWANCARA PENELITIAN			
Nama Responden :			
Kelompok kategori informan : Pengambil Kebijakan SKPD, Stakeholder			
Tanggal Wawancara :			
Waktu :			
Peneliti	:	Peneliti Menggali :	Kode
			5
	1.	Dukungan kebijakan startegis dalam melaksanakan Program Desa dan Kelurahan Siaga Aktif?	
	2.	Bagaimana tingkat koordinasi lintas sektoral yang saat ini terjadi?	
	3.	Bagaimana dukungan pembiayaan program desa siaga akif di Dinas Terkait?	
	4.	Bagaimana pengelolaan program desa siaga di tingkat SKPD stakeholder dilaksanakan	

PEDOMAN WAWANCARA SESUAI KARAKTERISTIK INFORMAN

INSTRUMEN WAWANCARA PENELITIAN			
Nama Responden : Kelompok kategori informan : Kepala Desa Tanggal Wawancara : Waktu :			
Peneliti	:	Peneliti menggali hal-hal sebagai berikut :	Kode
			5
	1.	Sejauh mana kepala desa mengetahui konsep desa siaga aktif (dari aspek esensi) desa siaga aktif	
	2.	Apakah ada hambatan yang ditemui Kepala Desa pada saat melaksanakan pengembangan desa siaga aktif	
	3.	Bagaimana bentuk dukungan kebijakan dan peran kepala desa dalam mendukung pengembangan desa / kelurahan siaga aktif?	
	4.	Bagaimana cara/upaya mengatasi permasalahan yang terjadi	
	5.	Bagaimana manfaat desa siaga bagi masyarakat?	

PEDOMAN WAWANCARA SESUAI KARAKTERISTIK INFORMAN

INSTRUMEN WAWANCARA PENELITIAN			
Nama Responden :			
Kelompok kategori informan : Tokoh masyarakat/kader/masyarakat			
Tanggal Wawancara :			
Waktu :			
Peneliti	:	Peneliti menggali	Kode
			5
	1.	Persepsi desa siaga aktif bagi tokoh masyarakat dalam kehidupan masyarakat	
	2.	Bagaimana peran serta tokoh masyarakat/ masyarakat dalam kegiatan desa siaga aktif	
	3.	Apakah ada manfaat yang dirasakan masyarakat dari kegiatan desa siaga	

Lampiran - 3

Universitas Terbuka

DAFTAR INFORMAN DALAM PENELITIAN

No	Nama Informan	Kategori Informan
1	Drg. Indrawan Sakti, M. Kes	Kepala Dinas Kesehatan
2	Drs. Encep Hidayat	Kepala Badan PMD
3	Drs. Aliransyah	Camat Pangkalan Banteng
4	Drs. Rody Iskandar M.Si	Camat Arut Selatan
5	dr. Rita Wey	Pimpinan Puskesmas Arut Selatan
6	dr. Mahadi	Pimpinan Puskesmas Madurejo
7	dr. Lilik S. Umroh	Pimpinan Puskesmas Natai Palingkau
8	dr. Dwi Alita Gati	Pimpinan Puskesmas Mendawai
9	dr. Novera Fembriyani	Pimpinan Puskesmas Sungai Rangit
10	dr. Jordan	Pimpinan Puskesmas Pandu Senjaya
11	dr. John Fery Sidabalok	Pimpinan Puskesmas Pangkalan Lada
12	dr. Fachrudin	Pimpinan Puskesmas Semanggang
13	dr. Maryani	Pimpinan Puskesmas Karang Mulya
14	Agus Supriyono, AMK	Pimpinan Puskesmas Teluk Bogam
15	H. Nafis	Pimpinan Puskesmas Riam Durian
16	H. Gusti Sadikin	Pimpinan Puskesmas Kotawaringin Lama
17	H. Imanuddin	Pimpinan Puskesmas Arut Utara
18	H. Samsul Arifin AMK	Staf Puskesmas Kumai
19	Johan	Kepala Desa Riam Durian Kec. Kotawaringin Lama
20	Sumardi	Kepala Desa Suka Jaya Kecamatan Kotawaringin Lama
21	Sutomo	Kepala Desa Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng
22	Suwandi	Kepala Desa Sagu Suka Mulya Kec. Kotawaringin Lama
23	Suharto	Kepala Desa Arga Mulya Kecamatan Pangkalan Banteng
24	Yance	Tokoh Masyarakat Desa Riam Durian
25	Tuwiyem	Tokoh Masyarakat Desa Arga Mulya
26	H. Amat Sulkan , SKM	Kasubag Perencanaan Program Dinas Kesehatan
27	Majidi Noor , SKM	Pengelola Desa Siaga Dinas Kesehatan
28	Bidan Sepni	Bidan Poskesdes Sidomulyo Kecamatan Pangkalan Banteng
28	Bidan Hernita	Bidan Poskesdes Kumpai Batu Bawah

		Kecamatan Arut Selatan
30	Bidan Zairina	Bidan Poskesdes Natai Kerbau Kecamatan Pangkalan Banteng
31	Bidan Irma	Bidan Poskesdes Makarti Jaya Kecamatan Pangkalan Lada
32	Bidan Evaliani	Bidan Poskesdes LadaMandala Jaya Kecamatan Pangkalan Lada
33	Bidan Jamilah	Bidan Poskesdes Pangkalan Satu Kecamatan Kumai
34	Jones Simanungkalit	Tokoh masyarakat Desa` Pangkalan Tiga Kecamatan Pangkalan Lada
35	Santo	Anggota Pokja IV Tim Penggerak PKK Kabupaten

Universitas Terbuka

Lampiran - 4

Universitas Terbuka

Lampiran - 5

Universitas Terbuka

351.077
Ind
p



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR: 1529/MENKES/SK/X/2010

**PEDOMAN UMUM
PENGEMBANGAN DESA DAN
KELURAHAN SIAGA AKTIF**

KERJASAMA ANTARA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DENGAN
KEMENTERIAN DALAM NEGERI REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2010



**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1529/MENKES/SK/X/2010**

TENTANG

**PEDOMAN UMUM PENGEMBANGAN DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka mendukung pencapaian visi Pembangunan Nasional 2005-2025 yaitu Indonesia yang Mandiri, Maju, Adil dan Makmur, telah ditetapkan program pengembangan Desa Siaga;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a di atas, perlu menetapkan Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif dengan Keputusan Menteri Kesehatan;

- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara

- Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2005 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4587);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 2005 tentang Kelurahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 159, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4588);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga;
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota;

MEMUTUSKAN**Menetapkan :**

- Kesatu** : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN UMUM PENGEMBANGAN DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF.
- Kedua** : Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga** : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua digunakan sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Keempat** : Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua berada di bawah koordinasi Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan.
- Kelima** : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pedoman ini dilaksanakan oleh:
- a. Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri dan sektor terkait lainnya; dan
 - b. Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota berkoordinasi dengan Badan/Dinas/Kantor Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa.
- Keenam** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 Oktober 2010



MENTERI KESEHATAN RI

Endang Rahayu Sedyaningsih
Endang Rahayu Sedyaningsih



LAMPIRAN

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1529/MENKES/SK/XI/2010
TANGGAL 20 OKTOBER 2010**

**PEDOMAN UMUM
PENGEMBANGAN DESA DAN
KELURAHAN SIAGA AKTIF**

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Visi pembangunan nasional tahun 2005-2025 sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 adalah "INDONESIA YANG MANDIRI, MAJU, ADIL DAN MAKMUR." Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan 8 (delapan) arah pembangunan jangka panjang, yang salah satunya adalah mewujudkan bangsa yang berdaya saing.

Untuk mewujudkan bangsa yang berdaya saing, salah satu arah yang ditetapkan adalah mengedepankan pembangunan sumber daya manusia, yang ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Unsur-unsur penting bagi peningkatan IPM adalah derajat kesehatan, tingkat pendidikan, dan pertumbuhan ekonomi. Derajat kesehatan dan tingkat pendidikan pada hakikatnya adalah investasi bagi terciptanya sumber daya manusia berkualitas, yang selanjutnya akan mendorong pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan. Dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, pembangunan kesehatan harus diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Oleh sebab itu, pembangunan kesehatan dalam kurun waktu lima tahun ke depan (Tahun 2010-2014) harus lebih diarahkan kepada beberapa hal prioritas.

Pembangunan kesehatan juga tidak terlepas dari komitmen Indonesia sebagai warga masyarakat dunia untuk ikut merealisasikan tercapainya *Millenium Development Goals (MDGs)*. Dalam *MDGs* tersebut, kesehatan dapat dikatakan sebagai unsur dominan, karena dari delapan agenda *MDGs* lima di antaranya berkaitan langsung dengan kesehatan, dan tiga yang lain berkaitan secara tidak langsung. Lima agenda yang berkaitan langsung dengan kesehatan itu adalah Agenda ke-1 (Memberantas kemiskinan dan kelaparan), Agenda ke-4

(Menurunkan angka kematian anak), Agenda ke-5 (Meningkatkan kesehatan ibu), Agenda ke-6 (Memerangi HIV dan AIDS, Malaria, dan penyakit lainnya), serta Agenda ke-7 (Melestarikan lingkungan hidup).

Berkaitan dengan hal tersebut, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Namun di samping itu, setiap orang juga tidak luput dari kewajiban-kewajiban di bidang kesehatan.

Untuk itu, Pemerintah memiliki sejumlah tanggung jawab yang harus dilaksanakannya, yang meliputi tanggung jawab untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pemerintah juga bertanggung jawab untuk memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.

Dalam dasawarsa 1970an – 1980an, Pemerintah telah berhasil menggalang peran aktif dan memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui gerakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Pada saat itu, seluruh sektor pemerintahan yang terkait, organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, serta para pengambil keputusan dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) lain, bahu-membahu menggerakkan, memfasilitasi, dan membantu masyarakat di desa dan kelurahan untuk membangun kesehatan mereka sendiri. Akan tetapi, akibat terjadinya krisis ekonomi dan faktor-faktor lain, gerakan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan itu berangsur-angsur melemah. Namun demikian, semangat masyarakat tampaknya tidak hilang sama sekali. Sisa-sisa semangat itu tercermin dari masih bertahannya organisasi Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (Tim Penggerak PKK) dari tingkat Pusat sampai ke tingkat Desa/Kelurahan, masih hidupnya gerakan kelompok Dasawisma, dan masih berkembangnya sejumlah

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) di banyak desa dan kelurahan. Walaupun harus menghadapi berbagai kendala, Tim Penggerak PKK masih tetap berjuang menghidupkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) di desa dan kelurahan, sehingga saat ini 84,3% desa dan kelurahan memiliki Posyandu aktif.

Masa kejayaan PKMD itu hendak diulang dan dibangkitkan kembali melalui gerakan pengembangan dan pembinaan Desa Siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006. Yaitu dengan ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes /SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Sampai dengan tahun 2009 tercatat 42.295 desa dan kelurahan (56,1%) dari 75.410 desa dan kelurahan yang ada di Indonesia telah memulai upaya mewujudkan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga. Namun demikian, banyak dari antaranya yang belum berhasil menciptakan Desa Siaga atau Kelurahan Siaga yang sesungguhnya, yang disebut sebagai Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif. Hal ini dapat dipahami, karena pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga yang menganut konsep pemberdayaan masyarakat memang memerlukan suatu proses.

Atas dasar pertimbangan tersebut di atas, dirasa perlu untuk melaksanakan revitalisasi terhadap program pengembangan Desa Siaga guna mengakselerasi pencapaian target Desa Siaga Aktif pada tahun 2015. Sebagaimana diketahui, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota menetapkan bahwa pada tahun 2015 sebanyak 80% desa telah menjadi Desa Siaga Aktif. Oleh sebab sebagian desa yang ada di Indonesia telah berubah status menjadi kelurahan, maka perlu ditegaskan bahwa dalam target tersebut juga tercakup Kelurahan Siaga Aktif. Dengan demikian, target SPM harus dimaknai sebagai tercapainya 80% desa dan kelurahan menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan adanya urusan pemerintahan yang menjadi urusan wajib Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota. Salah satu dari antara sejumlah urusan wajib tersebut adalah penanganan bidang kesehatan. Dengan demikian, jelas bahwa pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota. Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota harus berperan aktif dalam proses pemberdayaan masyarakat desa dan kelurahan di wilayahnya, agar target cakupan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dapat dicapai. Namun demikian, berperan aktif bukan berarti bekerja sendiri. Bagaimana pun, dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, baik Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah (Pusat) memiliki juga tanggung jawab dan perannya dalam menyukseskan pembangunan kesehatan masyarakat desa dan kelurahan. Bahkan tidak hanya pihak pemerintah, pihak-pihak lain pun, yaitu organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, serta para pengambil keputusan dan pemangku kepentingan lain, besar perannya dalam mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat desa dan kelurahan.

Bertolak dari kesadaran tersebut di atas, maka disusunlah Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif ini sebagai acuan untuk kesamaan pemahaman bagi semua pemangku kepentingan dalam rangka akselerasi Program Pengembangan Desa Siaga guna mencapai target Desa dan Kelurahan Siaga Aktif pada tahun 2015.

Dengan kesamaan pemahaman diharapkan akan terjadi sinkronisasi dan kerjasama yang baik dalam rangka mengupayakan tercapainya Desa dan Kelurahan Sehat, Kecamatan Sehat, Kabupaten/Kota Sehat, Provinsi Sehat, dan Indonesia Sehat.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum:

Percepatan terwujudnya masyarakat desa dan kelurahan yang peduli, tanggap, dan mampu mengenali, mencegah serta mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi secara mandiri, sehingga derajat kesehatannya meningkat.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengembangkan kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di setiap tingkat Pemerintahan.
- b. Meningkatkan komitmen dan kerjasama semua pemangku kepentingan pusat, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, desa dan kelurahan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- c. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar di desa dan kelurahan.
- d. Mengembangkan UKBM yang dapat melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu, pertumbuhan anak, lingkungan, dan perilaku), penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, serta penyehatan lingkungan.
- e. Meningkatkan ketersediaan sumber daya manusia, dana, maupun sumber daya lain, yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta/dunia usaha, untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- f. Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan.

C. DASAR HUKUM

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan dengan mengacu kepada peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah.
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2005 tentang Desa.
8. Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 2005 tentang Kelurahan.
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
10. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2008 tentang Kecamatan.
11. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Gubernur Selaku Wakil Pemerintah di Daerah.
12. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara.
13. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/MENKES/PB/III/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat.
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 30 Tahun 2006 tentang Tata Cara Penyerahan Urusan Pemerintah Kabupaten/Kota kepada Desa.
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 2007 tentang Pedoman Penataan Lembaga Kemasyarakatan.

16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2007 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat.
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan dan Pendayagunaan Profil Desa/Kelurahan.
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Perlombaan Desa dan Kelurahan.
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2007 tentang Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa/Kelurahan.
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 35 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Tata Cara Pelaporan dan Pertanggungjawaban Penyelenggaraan Pemerintahan Desa.
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 36 Tahun 2007 tentang Pelimpahan Urusan Pemerintahan Kabupaten/Kota kepada Lurah.
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 37 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Desa
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 66 Tahun 2007 tentang Perencanaan Pembangunan Desa.
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
25. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 25 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri.
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
27. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.
28. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
29. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
30. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 267/Menkes/SK/II/2010 tentang *Penetapan Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat*.

BAB II

KONSEP DASAR DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF

A. DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif adalah desa atau yang disebut dengan nama lain atau kelurahan, yang:

1. Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya.
2. Penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Berdasarkan pengertian tersebut di atas maka Desa atau Kelurahan Siaga Aktif memiliki komponen (1) Pelayanan kesehatan dasar, (2) Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan, (3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

B. PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif diselenggarakan melalui berbagai UKBM, serta kegiatan kader dan masyarakat. Pelayanan ini selanjutnya didukung oleh sarana-sarana kesehatan yang ada seperti Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas, dan rumah sakit.

Teknis pelaksanaan pelayanan mengacu kepada petunjuk-petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan dengan pengawasan dan bimbingan dari Puskesmas.

Pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan primer, sesuai dengan kewenangan tenaga kesehatan yang bertugas. Pelayanan kesehatan dasar berupa: (1) Pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, (2) Pelayanan kesehatan untuk ibu menyusui, (3) Pelayanan kesehatan untuk anak, serta (4) Penemuan dan penanganan penderita penyakit.

C. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PENGEMBANGAN UKBM

Pemberdayaan masyarakat terus diupayakan melalui pengembangan UKBM yang ada di desa. Kegiatan difokuskan kepada upaya survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan. Survailans berbasis masyarakat adalah pengamatan dan pencatatan penyakit yang diselenggarakan oleh masyarakat (kader) dibantu oleh tenaga kesehatan, dengan berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan. Kegiatan-kegiatannya berupa: (1) Pengamatan dan pemantauan penyakit serta keadaan kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, dan perilaku yang dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat, (2) Pelaporan cepat (kurang dari 24 jam) kepada petugas kesehatan untuk respon cepat, (3) Pencegahan dan penanggulangan sederhana penyakit dan masalah kesehatan, serta (4) Pelaporan kematian.

Kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana adalah upaya-upaya yang dilakukan oleh masyarakat dalam mencegah dan mengatasi bencana dan kedaruratan kesehatan, dengan berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan. Kegiatan-kegiatannya berupa: (1) Bimbingan dalam pencarian tempat yang aman untuk mengungsi, (2) Promosi kesehatan dan bimbingan mengatasi masalah kesehatan akibat bencana dan mencegah faktor-faktor penyebab masalah, (3) Bantuan/fasilitas pemenuhan kebutuhan sarana sanitasi dasar (air bersih, jamban, pembuangan sampah/limbah, dan lain-lain) di tempat pengungsian, (4) Penyediaan relawan yang bersedia menjadi donor darah, dan (5) Pelayanan kesehatan bagi pengungsi.

Penyehatan lingkungan adalah upaya-upaya yang dilakukan oleh masyarakat untuk menciptakan dan memelihara lingkungan desa/kelurahan dan permukiman agar terhindar dari penyakit dan masalah kesehatan, dengan berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan. Kegiatan-kegiatannya berupa: (1) Promosi tentang pentingnya sanitasi dasar, (2) Bantuan/fasilitasi pemenuhan kebutuhan sarana sanitasi dasar (air bersih, jamban, pembuangan sampah dan limbah, dan lain-lain), dan (3) Bantuan/fasilitasi upaya pencegahan pencemaran lingkungan.

D. PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS)

Masyarakat di Desa atau Kelurahan Siaga Aktif wajib melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat.

Yang menjadi salah satu indikator bagi keberhasilan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah PHBS yang dipraktikkan di tatanan rumah tangga. Akan tetapi untuk mencapai hal tersebut, PHBS harus dipraktikkan di tatanan mana pun pada saat seseorang sedang berada. Selain di tatanan rumah tangga, PHBS harus dikembangkan dan dipraktikkan di tatanan-tatanan institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum dan sarana kesehatan.

PHBS yang harus dipraktikkan oleh masyarakat di desa dan kelurahan Siaga Aktif meliputi perilaku sebagai berikut:

1. Melaporkan segera kepada kader/petugas kesehatan, jika mengetahui dirinya, keluarganya, temannya atau tetangganya menderita penyakit menular.
2. Pergi berobat atau membawa orang lain berobat ke Poskesdes/Pustu/Puskesmas bila terserang penyakit.
3. Memeriksa kehamilan secara teratur kepada petugas kesehatan.
4. Mengonsumsi Tablet Tambah Darah semasa hamil dan nifas (bagi ibu).

5. Makan-makanan yang beraneka ragam dan bergizi seimbang (terutama bagi perempuan termasuk pada saat hamil dan menyusui).
6. Mengonsumsi sayur dan buah setiap hari.
7. Menggunakan garam beryodium setiap kali memasak.
8. Menyerahkan pertolongan persalinan kepada tenaga kesehatan.
9. Mengonsumsi Kapsul Vitamin A bagi ibu nifas.
10. Memberi ASI eksklusif kepada bayinya (0-6 bulan).
11. Memberi Makanan Pendamping ASI.
12. Memberi Kapsul Vitamin A untuk bayi dan balita setiap bulan Februari dan Agustus.
13. Menimbang berat badan bayi dan balita secara teratur serta menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) atau Buku KIA untuk memantau pertumbuhannya.
14. Membawa bayi/anak, ibu, dan wanita usia subur untuk diimunisasi.
15. Tersedianya oralit dan zinc untuk penanggulangan Diare.
16. Menyediakan rumah dan atau kendaraannya untuk pertolongan dalam keadaan darurat (misalnya untuk rumah tunggu ibu bersalin, ambulan, dan lain-lain).
17. Menghimpun dana masyarakat desa untuk kepentingan kesehatan, termasuk bantuan bagi pengobatan dan persalinan.
18. Menjadi peserta (akseptor) aktif keluarga berencana.
19. Menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari
20. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
21. Menggunakan jamban sehat
22. Mengupayakan tersedianya sarana sanitasi dasar lain dan menggunakannya.
23. Memberantas jentik-jentik nyamuk.
24. Mencegah terjadinya pencemaran lingkungan, baik di rumah, desa/kelurahan maupun di lingkungan pemukiman.
25. Melakukan aktivitas fisik setiap hari.
26. Tidak merokok, minum minuman keras, madat, dan menyalahgunakan napza serta bahan berbahaya lain.
27. Memanfaatkan UKBM, Poskesdes, Pustu, Puskesmas atau sarana kesehatan lain.

28. Pemanfaatan pekarangan untuk Taman Obat Keluarga (TOGA) dan Warung Hidup di halaman masing-masing rumah atau secara bersama-sama (kolektif).
29. Melaporkan kematian.
30. Mempraktikkan PHBS lain yang dianjurkan.
31. Saling mengingatkan untuk mempraktikkan PHBS.

Untuk mengukur keberhasilan pembinaan PHBS di Rumah Tangga digunakan 10 (sepuluh) perilaku yang merupakan indikator yaitu (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, (2) memberi ASI eksklusif kepada bayi, (3) menimbang berat badan balita, (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, (6) menggunakan jamban sehat, (7) memberantas jentik nyamuk, (8) mengonsumsi sayur dan buah setiap hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari, (10) tidak merokok di dalam rumah.

Di tatanan rumah tangga, Kepala Rumah Tangga harus menjadi panutan dan mendorong anggota rumah tangganya untuk mempraktikkan PHBS. Ia juga bertanggung jawab untuk mengupayakan sarana dan kemudahan bagi dipraktikkannya PHBS di Rumah Tangga.

Di tatanan institusi pendidikan, yaitu di sekolah-sekolah, madrasah, pesantren, seminari, dan sejenisnya, pemilik institusi pendidikan dan para pendidik merupakan panutan dan mendorong anak didiknya dalam mempraktikkan PHBS. Mereka juga bertanggung jawab untuk mengupayakan sarana dan kemudahan bagi dipraktikkannya PHBS di Institusi Pendidikan.

Di tatanan tempat kerja seperti pabrik, toko, kantor/perusahaan, dan lain-lain, pemilik dan pengelola tempat kerja tersebut harus menjadi panutan dan mendorong para pekerja/karyawannya dalam mempraktikkan PHBS. Pemilik dan pengelola tempat kerja juga wajib menyediakan sarana dan kemudahan bagi dipraktikkannya PHBS di Tempat Kerja.

Di tatanan tempat-tempat umum seperti stasiun, terminal, pelabuhan, bandara, pasar, pertokoan (mal), tempat hiburan, tempat rekreasi/pariwisata, tempat ibadah, dan lain-lain sejenis, pemilik dan pengelola tempat umum harus menjadi panutan dan mendorong para pekerja/karyawan dan pengunjungnya dalam

mempraktikkan PHBS. Mereka juga bertanggung jawab untuk menyediakan sarana dan kemudahan bagi dipraktikkannya PHBS di Tempat-tempat Umum.

Di tatanan institusi kesehatan seperti Pustu, Puskesmas, klinik, rumah sakit, dan lain-lain, pemilik/pengelola dan para petugasnya merupakan panutan dan mendorong pasien dan pengunjung lain dalam mempraktikkan PHBS. Mereka juga bertanggung jawab untuk mengupayakan sarana dan kemudahan bagi dipraktikkannya PHBS di Institusi Kesehatan.

E. KRITERIA

Untuk menjamin kemantapan dan kelestarian, pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan secara bertahap, dengan memperhatikan kriteria atau unsur-unsur yang harus dipenuhi, yaitu:

1. Kepedulian Pemerintah Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
2. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari.
4. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan (a) survailans berbasis masyarakat, (b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, (c) penyehatan lingkungan.
5. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa atau Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha
6. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
7. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
8. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan.

BAB III

PENGEMBANGAN DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan program lanjutan dan akselerasi dari program Pengembangan Desa Siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006. Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat, yaitu upaya memfasilitasi proses belajar masyarakat desa dan kelurahan dalam memecahkan masalah-masalah kesehatannya.

Oleh karena merupakan upaya pembangunan desa dan kelurahan, maka program ini memerlukan peran aktif dari berbagai pihak mulai dari pusat, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, sampai ke desa dan kelurahan.

A. PENDEKATAN

1. Urusan Wajib Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota

Bidang kesehatan yang berskala kabupaten dan kota merupakan salah satu urusan wajib untuk daerah kabupaten dan kota. Berkaitan dengan hal tersebut, Menteri Kesehatan telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten dan kota sebagai tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan daerah kabupaten dan kota. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) tersebut berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan targetnya untuk tahun 2010-2015. Salah satu target dalam SPM Kesehatan tersebut adalah cakupan Desa (dan Kelurahan) Siaga Aktif yang harus tercapai sebesar 80% pada tahun 2015. Dengan demikian, jajaran kesehatan di kabupaten dan kota mulai dari dinas kesehatan, Puskesmas sampai ke rumah sakit wajib memberikan fasilitasi dan rujukan, serta dukungan dana dan sarana bagi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Pengembangan desa dan kelurahan Siaga Aktif pada hakikatnya merupakan bagian dari urusan pemerintahan yang menjadi kewajiban dan kewenangan kabupaten dan kota yang diserahkan pengaturannya kepada desa dan kelurahan, dan menjadi tanggung jawab Pemerintahan Desa dan Pemerintahan Kelurahan. Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif harus tercakup dalam rencana pembangunan desa, baik dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa (RPJMD) dan Rencana Kerja Pembangunan Desa (RKP Desa). Mekanisme perencanaan dan penganggarannya dibahas melalui forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa (Musrenbangdes). Sedangkan kegiatan-kegiatan dalam rangka pengembangan Kelurahan Siaga Aktif diusulkan melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kota.

2. Dukungan Kebijakan di Tingkat Desa dan Kelurahan

Pada tingkat pelaksanaan di desa, pengembangan Desa Siaga Aktif harus dilandasi *minimal oleh Peraturan Kepala Desa yang tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.*

Pada tingkat pelaksanaan di kelurahan, pengembangan Kelurahan Siaga Aktif mengacu kepada kebijakan atau peraturan yang ditetapkan oleh Bupati atau Walikota.

3. Integrasi dengan Program Pemberdayaan Masyarakat

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan program pemberdayaan masyarakat, sehingga dalam pelaksanaan kegiatannya terintegrasi dengan program-program pemberdayaan masyarakat lain, baik yang bersifat nasional, sektoral maupun daerah. Salah satu contohnya adalah Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri. Integrasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif ke dalam PNPM Mandiri merupakan sesuatu yang sangat penting, karena tujuan dari PNPM Mandiri memang sejalan dengan tujuan dari pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Pada tingkat pelaksanaannya pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dapat bersinergi dengan program PNPM Mandiri yang ada untuk kegiatan-kegiatan di bidang kesehatan masyarakat.

B. PERSIAPAN

Dalam rangka persiapan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif perlu dilakukan sejumlah kegiatan yang meliputi: pelatihan fasilitator, pelatihan petugas kesehatan, analisis situasi perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, penetapan Kader Pemberdayaan Masyarakat, serta pelatihan Kader Pemberdayaan Masyarakat dan lembaga kemasyarakatan.

1. Pelatihan Fasilitator

- a. Dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif diperlukan adanya fasilitator di kabupaten dan kota. Fasilitator Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah Petugas Promosi Kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Dinas Kesehatan Kota yang ditunjuk/ditugasi dan tenaga lain dari program pemberdayaan masyarakat (seperti PNPM Mandiri), LSM, dunia usaha, atau pihak-pihak lain.
- b. Pelatihan Fasilitator diselenggarakan oleh Pemerintah Provinsi dengan materi pemberdayaan dan pengorganisasian masyarakat dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

2. Pelatihan Petugas Kesehatan

- a. Petugas kesehatan di kabupaten, kota, dan kecamatan adalah pembina teknis terhadap kegiatan UKBM-UKBM di desa dan kelurahan. Oleh sebab itu, kepada mereka harus diberikan pula bekal yang cukup tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- b. Pelatihan bagi mereka dibedakan ke dalam 2 (dua) kategori berdasarkan kualifikasi pesertanya, yaitu: (1) Pelatihan Manajemen, dan (2) Pelatihan Pelaksanaan.
- c. Pelatihan Manajemen diikuti oleh para Kepala Puskesmas dan pejabat pengelola program-program kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Materi pelatihan ini lebih ditekankan kepada konsep dan aspek-aspek manajerial dari pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- d. Pelatihan Pelaksanaan diikuti oleh para petugas yang diserahi tanggung jawab membina Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (satu orang untuk

- masing-masing Puskesmas) dan para petugas kesehatan yang membantu pelaksanaan UKBM di desa atau kelurahan (misalnya bidan di desa). Materi pelatihan ini selain mencakup proses pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, lebih ditekankan kepada teknis pelayanan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dan promosi kesehatan.
- e. Pelatihan bagi petugas kesehatan diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan.
3. **Analisis Situasi Perkembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif**
 - a. Analisis situasi perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan oleh Fasilitator dengan dibantu pihak-pihak lain terkait.
 - b. Pelaksanaannya mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan, yang mengarah kepada evaluasi dan inventarisasi terhadap desa-desa dan kelurahan-kelurahan dalam kaitannya dengan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - c. Hasil evaluasi dan inventarisasi berupa daftar desa dan kelurahan yang dikelompokkan ke dalam kategori: (1) Desa dan Kelurahan yang belum digarap, (2) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Pratama, (3) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Madya, (4) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Purnama, dan (5) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Mandiri.
 - d. Daftar desa dan kelurahan hasil evaluasi dan inventarisasi dilaporkan kepada Bupati atau Walikota dengan tembusan kepada: (1) Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Desa dan Kelurahan Siaga Tingkat Kabupaten/Kota, (2) Pokjanal Tingkat Provinsi, dan (3) Pokjanal Tingkat Pusat.
 4. **Penetapan Kader Pemberdayaan Masyarakat**
 - a. Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) adalah anggota masyarakat desa atau kelurahan yang memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif di desa dan kelurahan.

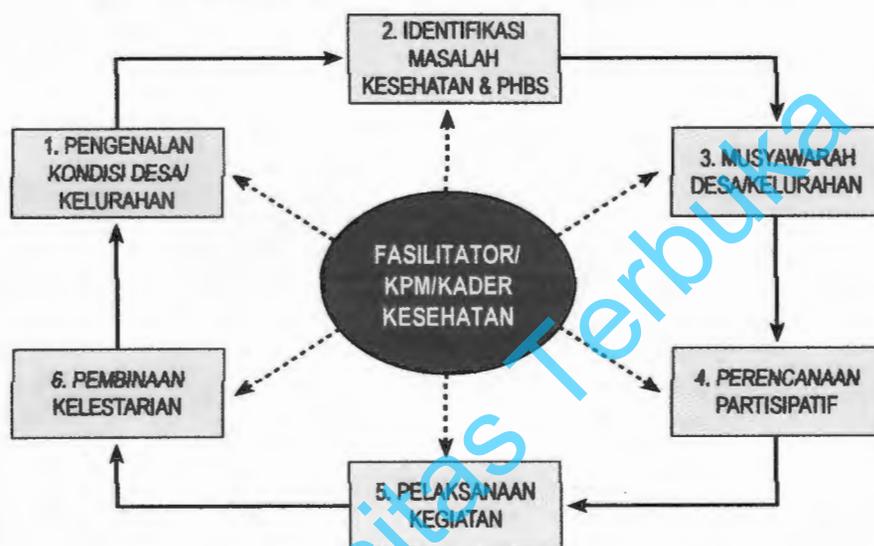
- b. KPM merupakan tenaga penggerak di desa atau kelurahan yang akan disertai tugas pendampingan di desa atau kelurahan dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
5. Pelatihan KPM dan Lembaga Kemasyarakatan
- a. Di kabupaten atau kota yang belum menyelenggarakan Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat atau masih ada Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat yang belum diselenggarakan, di dalam kurikulum pelatihannya diintegrasikan materi tentang Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Dengan demikian, sekaligus para peserta pelatihan, termasuk KPM dan lembaga kemasyarakatan, selanjutnya dapat berperan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - b. Untuk kabupaten atau kota yang telah menyelenggarakan Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat atau telah memiliki KPM, untuk para KPM dan lembaga kemasyarakatan perlu diselenggarakan pelatihan khusus tentang Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - c. Materi dan metode penyelenggaraan pelatihan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif untuk KPM atau yang diintegrasikan ke dalam Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat, mengacu kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan.
 - d. Dalam pelatihan, tugas dari Fasilitator adalah membantu Panitia Pelatihan untuk menyusun jadwal pelatihan dan mencarikan nara sumber yang sesuai.

C. PENYELENGGARAAN

Kepala Desa dan Perangkat Desa bersama Badan Permasyarakatan Desa (BPD) adalah penyelenggara pemerintahan desa. Oleh karena itu, kegiatan memfasilitasi masyarakat menyelenggarakan pengembangan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif, yang merupakan tugas dari Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) dan kader kesehatan, harus mendapat dukungan dari Kepala Desa/Lurah dan BPD, Perangkat Desa/Kelurahan, serta lembaga kemasyarakatan yang ada. Kegiatannya berupa langkah-langkah dalam memfasilitasi siklus pemecahan masalah demi masalah kesehatan yang dihadapi

masyarakat desa atau kelurahan, yang secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut:

SIKLUS PEMECAHAN MASALAH KESEHATAN OLEH MASYARAKAT



UPAYA PEMECAHAN SUATU MASALAH DILESTARIKAN & MASALAH BERIKUTNYA DIPECAHKAN, DST

1. **Pengenalan Kondisi Desa atau Kelurahan**
Pengenalan kondisi desa atau kelurahan oleh KPM/kader kesehatan, lembaga kemasyarakatan, dan Perangkat Desa atau Kelurahan dilakukan dengan mengkaji data Profil Desa atau Profil Kelurahan dan hasil analisis situasi perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang menggambarkan kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang sudah dapat dan belum dapat dipenuhi oleh desa atau kelurahan yang bersangkutan.
2. **Identifikasi Masalah Kesehatan dan PHBS**
Dengan mengkaji Profil/Monografi Desa atau Profil/Monografi Kelurahan dan hasil analisis situasi, maka dapat diidentifikasi:

- Masalah-masalah kesehatan yang masih dihadapi masyarakat dan urutan prioritas penanganannya.
 - Hal-hal yang menyebabkan terjadinya masalah-masalah kesehatan, baik dari sisi teknis kesehatan maupun dari sisi perilaku masyarakat.
 - Potensi yang dimiliki desa/kelurahan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut.
 - UKBM apa saja yang sudah ada (jika ada) dan atau harus diaktifkan kembali/dibentuk baru dalam rangka mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut.
 - Bantuan/dukungan yang diharapkan: apa bentuknya, berapa banyak, dari mana kemungkinan didapat (sumber), dan bilamana dibutuhkan.
- 3. Musyawarah Desa/Kelurahan**
- Bila dirasakan perlu, Musyawarah Desa/Kelurahan dapat dilakukan secara berjenjang dengan terlebih dulu menyelenggarakan Musyawarah Dusun atau Rukun Warga (RW).
 - Musyawarah Desa/Kelurahan bertujuan:
 - a. Menyosialisasikan tentang adanya masalah-masalah kesehatan yang masih dihadapi masyarakat dan program pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - b. Mencapai kesepakatan tentang urutan prioritas masalah-masalah kesehatan yang hendak ditangani.
 - c. Mencapai kesepakatan tentang UKBM-UKBM yang hendak dibentuk baru atau diaktifkan kembali.
 - d. Memantapkan data/informasi potensi desa atau potensi kelurahan serta bantuan/dukungan yang diperlukan dan alternatif sumber bantuan/dukungan tersebut.
 - e. Menggalang semangat dan partisipasi warga desa atau kelurahan untuk mendukung pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 4. Perencanaan Partisipatif**
- Setelah diperolehnya kesepakatan dari warga desa atau kelurahan, KPM dan lembaga kemasyarakatan yang ada mengadakan pertemuan-pertemuan secara intensif guna menyusun rencana pengembangan

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif untuk dimasukkan ke dalam Rencana Pembangunan Desa/Kelurahan.

- Rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif mencakup:
 - a. UKBM-UKBM yang akan dibentuk baru atau diaktifkan kembali, berikut jadwal pembentukan/pengaktifannya kembali.
 - b. Sarana-sarana yang akan dibangun baru atau direhabilitasi (misalnya Poskesdes, Polindes, Sarana Air Bersih, Sarana Jamban Keluarga, dan lain-lain), berikut jadwal pembangunannya.
 - c. Kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan dan membutuhkan biaya operasional, berikut jadwal pelaksanaannya.
- Hal-hal yang dapat dilaksanakan dengan swadaya masyarakat dan atau bantuan dari donatur (misalnya swasta), disatukan dalam dokumen tersendiri. Sedangkan hal-hal yang memerlukan dukungan Pemerintah dimasukkan ke dalam dokumen Musrenbang Desa atau Kelurahan untuk diteruskan ke Musrenbang selanjutnya.

5. Pelaksanaan Kegiatan

- Sementara menunggu proses Musrenbang selesai dan ditetapkannya alokasi dana Pemerintah, KPM/kader kesehatan dan lembaga kemasyarakatan yang ada dapat memulai kegiatan dengan membentuk UKBM-UKBM yang diperlukan, menetapkan kader-kader pelaksanaannya, dan melaksanakan kegiatan-kegiatan swadaya atau yang sudah diperoleh dananya dari donatur. Juga pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang tidak memerlukan biaya operasional seperti misalnya promosi kesehatan melalui Dasawisma, pertemuan Rukun Tetangga, pertemuan Rukun Warga/ Dusun, atau forum-forum kegiatan kemasyarakatan dan keagamaan.
- Kegiatan-kegiatan tersebut dilaksanakan secara swakelola oleh masyarakat dengan didampingi Perangkat Pemerintahan serta dibantu oleh para KPM/kader kesehatan dan Fasilitator. Pelaksanaan kegiatan meliputi pemilihan dan penetapan tim pengelola kegiatan (para kader pelaksana UKBM atau pihak lain), pengajuan dan pencairan dana, pengerahan tenaga kerja (khususnya untuk pembangunan sarana), pengadaan barang dan jasa, serta pelaksanaan kegiatan yang diusulkan.

- Tim pelaksana kegiatan bertanggung jawab mengenai realisasi fisik, keuangan, dan administrasi kegiatan yang dilakukan, sesuai dengan rencana.
- Apabila dibutuhkan barang/jasa berupa bahan, alat, dan tenaga teknis kesehatan yang tidak dapat disediakan/dilakukan sendiri oleh masyarakat, maka Dinas Kesehatan melalui Puskesmas dapat membantu masyarakat untuk menyediakan barang/jasa tersebut.
- Pencatatan dan pelaporan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis dari Kementerian Dalam Negeri.
- Pelatihan teknis, termasuk kursus-kursus penyegar, bagi para kader pelaksana UKBM menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota dengan dibantu oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk melaksanakannya, dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan.

D. PENTAHAPAN

Atas dasar kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang telah ditetapkan, maka perlu dilakukan pentahapan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, sehingga dapat dicapai tingkatan-tingkatan atau kategori Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif sebagai berikut.

1. **Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Pratama**, yaitu desa/kelurahan yang:
 - a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, tetapi belum berjalan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif minimal 2 orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu, tetapi UKBM lainnya tidak aktif.
 - e. Sudah ada dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan tetapi belum ada sumber dana lainnya.
 - f. Ada peran aktif dari masyarakat namun belum ada peran aktif organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.

- g. Belum memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
- h. Kurang dari 20 persen rumah tangga di desa/kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

2. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Madya, yaitu desa/kelurahan yang:

- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan, tetapi belum secara rutin setiap triwulan
- b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara 3-5 Orang.
- c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
- d. Sudah memiliki Posyandu dan 2 (dua) UKBM lainnya yang aktif.
- e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta satu sumber dana lainnya baik dari masyarakat ataupun dunia usaha.
- f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari satu ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g. Sudah memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, tetapi belum direalisasikan.
- h. Minimal 20 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

3. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Purnama, yaitu desa dan kelurahan yang:

- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan secara rutin, setiap triwulan.
- b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara 6-8 orang.
- c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
- d. Sudah memiliki Posyandu dan 3 (tiga) UKBM lainnya yang aktif.

- e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Minimal 40 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 4. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Mandiri, yaitu desa/kelurahan yang:**
- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/kelurahan yang berjalan secara rutin setiap bulan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif lebih dari sembilan orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu dan lebih dari 4 (empat) UKBM lainnya yang aktif dan berjejaring.
 - e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif lebih dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Minimal 70 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Dalam bentuk matriks, pentahapan perkembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif tersebut di atas dapat digambarkan sebagai berikut:

KRITERIA	PENTAHAPAN DESA/KELURAHAN SIAGA AKTIF			
	PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1. Forum Desa / Kelurahan	Ada, tetapi belum berjalan	Berjalan, tetapi belum rutin setiap triwulan	Berjalan setiap Triwulan	Berjalan setiap bulan
2. KPM/Kader Kesehatan	Sudah ada minimal 2 Orang	Sudah ada 3-5 Orang	Sudah ada 6-8 orang	Sudah ada 9 orang atau lebih
3. Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar	Ya	Ya	Ya	Ya
4. Posyandu & UKBM lainnya aktif	Posyandu ya, UKBM lainnya tidak aktif	Posyandu & 2 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 3 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 4 UKBM lainnya aktif
5. Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan : - Pemerintah Desa dan Kelurahan - Masyarakat - Dunia usaha	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta belum ada sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta satu sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta dua sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta dua sumber dana lainnya
6. Peran serta masyarakat dan Organisasi kemasyarakatan	Ada peran aktif masyarakat dan tidak ada peran aktif ormas	Ada peran aktif masyarakat dan peran aktif satu ormas	Ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dua ormas	Ada peran aktif masyarakat dan peran aktif lebih dari dua ormas
7. Peraturan Kepala Desa atau peraturan Bupati/Walikota	Belum ada	Ada, belum direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan
8. Pembinaan PHBS di Rumah Tangga	Pembinaan PHBS kurang dari 20% rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 20% rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 40% rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 70% rumah tangga yang ada

Dengan ditetapkannya tingkatan atau kategorisasi tersebut di atas, maka Desa Siaga dan Kelurahan Siaga yang saat ini sudah dikembangkan harus dievaluasi untuk menetapkan apakah masih dalam kategori Desa dan Kelurahan Siaga atau sudah dapat dimasukkan ke dalam salah satu dari tingkatan/kategori Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Evaluasi ini dilakukan dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang disusun bersama oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan.

E. PEMBINAAN KELESTARIAN

Pembinaan kelestarian Desa/Kelurahan Siaga Aktif pada dasarnya merupakan tugas dari KPM/kader kesehatan, Kepala Desa/Lurah dan Perangkat Desa/Kelurahan dengan dukungan dari berbagai pihak, utamanya Pemerintah Daerah dan Pemerintah. Dengan demikian kehadiran Fasilitator di desa dan kelurahan sudah sangat minimal, karena perannya sudah dapat sepenuhnya digantikan oleh para KPM/kader kesehatan.

Perencanaan partisipatif dalam rangka pembinaan Desa/Kelurahan Siaga Aktif sudah berjalan baik dan rutin serta terintegrasi dalam proses perencanaan Pembangunan Desa atau Kelurahan dan mekanisme Musrenbang. Kemitraan dan dukungan sumber daya dari pihak di luar Pemerintah juga sudah tergalang dengan baik dan melembaga.

Pada tahap ini, selain pertemuan-pertemuan berkala dan kursus-kursus penyegar bagi para kader, termasuk KPM/kader kesehatan, juga dikembangkan cara-cara lain untuk memelihara dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan para kader tersebut. Antara lain melalui program Kelompencapir dan Perpustakaan Desa/Kelurahan.

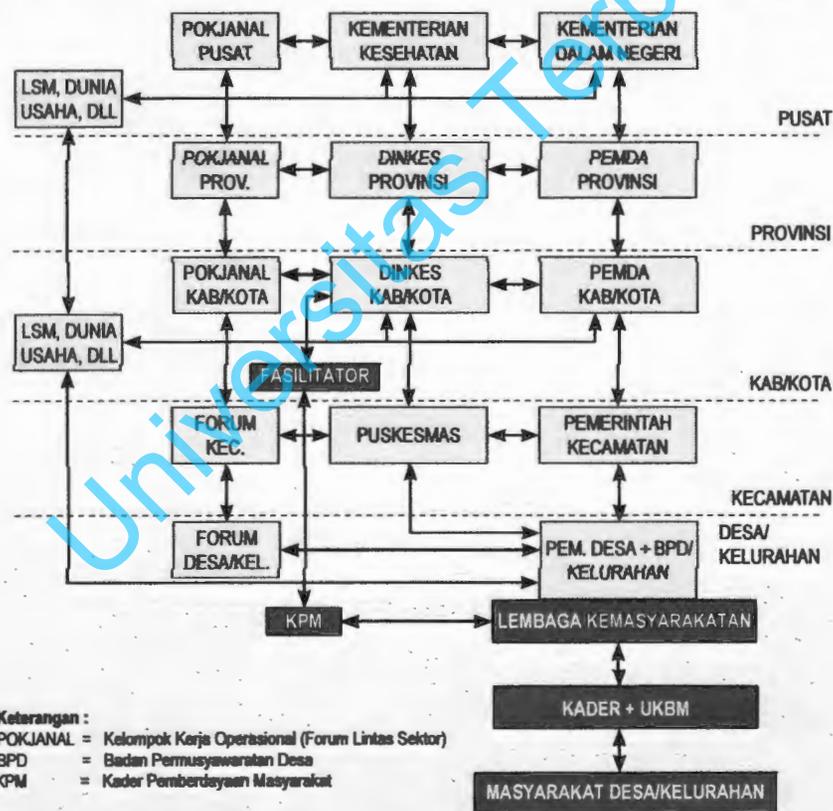
Pembinaan kelestarian juga dilaksanakan terintegrasi dengan penyelenggaraan Perlombaan Desa dan Kelurahan yang diselenggarakan setiap tahun secara berjenjang sejak dari tingkat Desa/Kelurahan sampai ke tingkat Nasional.

Dalam rangka pembinaan kelestarian juga diselenggarakan pencatatan dan pelaporan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang berjalan secara berjenjang dan terintegrasi dengan Sistem Informasi Pembangunan Desa yang diselenggarakan oleh Kementerian Dalam Negeri.

BAB IV

PERAN PEMANGKU KEPENTINGAN DI BERBAGI TINGKATAN PEMERINTAHAN

Sebagaimana tersirat dalam uraian di bab-bab sebelumnya, pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi ke dalam proses pembangunan partisipatif desa dan kelurahan memerlukan dukungan dari berbagai pihak. Secara skematis keterlibatan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



A. PUSAT

1. Kementerian Dalam Negeri

- a. Melakukan pembinaan pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Daerah.
- b. Membentuk Kelompok Kerja Operasional (Pokjnal) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat, dengan susunan sebagai berikut:
 - Pembina: Menteri Dalam Negeri
 - Pengarah: Menteri Kesehatan
 - Ketua: Pejabat Eselon II Kementerian Dalam Negeri
 - Wakil Ketua/Sekretaris: Pejabat Eselon II Kementerian Kesehatan
 - Anggota: Pejabat Eselon II dan pelaksana teknis operasional Kementerian/Lembaga terkait.
- c. Bersama Kementerian Kesehatan melanjutkan dan mendorong pelaksanaan kebijakan revitalisasi Puskesmas dan Posyandu.
- d. Bersama Kementerian Kesehatan menerbitkan pedoman-pedoman yang diperlukan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- e. Bersama Kementerian Kesehatan mengembangkan Sistem Informasi Desa Siaga yang terintegrasi dalam Profil Desa dan Kelurahan.

2. Kementerian Kesehatan

- a. Bersama Kementerian Dalam Negeri menetapkan kebijakan yang mendukung operasionalisasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Daerah.
- b. Menerbitkan dan mensosialisasikan petunjuk-petunjuk teknis yang diperlukan dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yaitu antara lain tentang :
 - Pelatihan Pelaksanaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - Pelatihan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Bagi KPM.
 - Penyelenggaraan Poskesdes, Poskestren, dan UKBM-UKBM lain.
 - Penyelenggaraan Surveilans Berbasis Masyarakat.
 - Penanggulangan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan di Desa.
 - Pembinaan Kesehatan Ibu dan Anak
 - Pembinaan Keluarga Sadar Gizi.

- Pembinaan PHBS di Rumah Tangga.
 - Analisis Situasi Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - Pelatihan Pelatih (*Training of Trainers/TOT*) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - Pelatihan Fasilitator Kabupaten dan Kota.
 - Pelatihan Manajemen Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - Pelatihan dan Kursus Penyegar Kader.
- c. Menyelenggarakan TOT pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur Provinsi.
- d. Mengalokasikan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dan PHBS.
- e. Melaksanakan kebijakan revitalisasi Puskesmas dan Posyandu bersama Kementerian Dalam Negeri.
- f. Melakukan sosialisasi, penyebaran informasi dan advokasi bersama instansi/lembaga terkait lainnya.
- g. Mengupayakan Puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar (PONED) dan Rumah Sakit Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK).
- h. Bersama Kementerian Dalam Negeri mengembangkan Sistem Informasi Desa Siaga yang terintegrasi dalam profil Desa dan Kelurahan.
3. Pokjnal Desa/Kelurahan SiagaTingkat Pusat
- a. Melakukan rapat berkala (minimal 2 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif lingkup nasional.
- b. Secara berkala melaporkan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan.

B. PROVINSI

1. Pemerintah Provinsi

- a. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- b. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau surat keputusan tentang pelaksanaan revitalisasi Puskesmas dan Posyandu di wilayahnya.
 - c. Membentuk forum Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga di tingkat Provinsi, dengan susunan sebagai berikut:
 - Pembina: Gubernur
 - Pengarah: Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
 - Ketua: Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa Provinsi
 - Wakil Ketua/Sekretaris: Pejabat Eselon III Dinas Kesehatan Provinsi
 - Anggota: Pejabat Eselon III dan IV Dinas/Instansi terkait
 - d. Menyelenggarakan pelatihan untuk pelatih (TOT) pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur Kabupaten dan Kota.
 - e. Memberikan dukungan dana dan sumber daya lain untuk pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - f. Menyelenggarakan Sistem Informasi Desa Siaga yang terintegrasi dalam Profil Desa dan Kelurahan lingkup provinsi.
2. Pokjandal Desa/Kelurahan Siaga Tingkat Provinsi
 - a. Melakukan rapat berkala (minimal 2 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif lingkup provinsi.
 - b. Secara berkala melaporkan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif kepada Gubernur.

C. KABUPATEN DAN KOTA

1. Pemerintah Kabupaten/Pemerintah Kota
 - a. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - b. Menetapkan mekanisme koordinasi antar instansi terkait dengan seluruh instansi yang terlibat dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- c. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pelaksanaan revitalisasi Puskesmas dan Posyandu di wilayahnya.
 - d. Membentuk forum Pokjanal Desa dan Kelurahan Siaga di tingkat Kabupaten dan Kota, dengan susunan sebagai berikut:
 - Pembina: Bupati/Walikota
 - Pengarah: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota
 - Ketua: Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa Kabupaten dan Kota
 - Wakil Ketua/Sekretaris: Pejabat Eselon III Dinas Kesehatan Kab/Kota
 - Anggota: Pejabat Eselon III dan IV Dinas/Instansi terkait.
 - e. Menyelenggarakan pelatihan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur desa dan kelurahan, KPM dan lembaga kemasyarakatan serta pihak-pihak lain.
 - f. Memberikan bantuan pembiayaan dari APBD Kabupaten/Kota dan sumber daya lain untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Menyelenggarakan Sistem Informasi Desa Siaga yang terintegrasi dalam profil Desa dan Kelurahan lingkup kabupaten/kota, melalui penetapan langkah dan mekanisme penyelenggaraan dan pelaporan penyelenggaraan secara berjenjang dari Desa/Kelurahan-Kecamatan-Kabupaten/Kota-Provinsi dan Pemerintah Pusat.
 - h. Memfasilitasi kecamatan dan desa untuk ikut bertanggungjawab dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - i. Melaksanakan hal-hal lain yang dianggap perlu sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing daerah.
2. Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Tingkat Kabupaten/Kota
 - a. Melakukan rapat berkala (minimal 3 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif lingkup kabupaten/kota.
 - b. Secara berkala melaporkan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif kepada Bupati/Walikota.

D. KECAMATAN

1. Pemerintah Kecamatan

- a. Mengkoordinasikan pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat terkait.
- b. Mengkoordinasikan penerapan kebijakan/peraturan perundang-undangan berkaitan dengan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- c. Membentuk Forum Desa dan Kelurahan Siaga tingkat Kecamatan dengan susunan sebagai berikut:
 - Ketua: Camat
 - Wakil Ketua/Sekretaris: Kepala Puskesmas
 - Anggota: Pejabat Instansi terkait dan Unsur Pimpinan Kecamatan.
- d. Menyelenggarakan Sistem Informasi Desa Siaga yang terintegrasi dalam profil Desa dan Kelurahan lingkup kecamatan.

2. Forum Desa/Kelurahan Siaga Tingkat Kecamatan

- a. Melakukan rapat berkala (minimal 4 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif lingkup kecamatan.
- b. Secara berkala melaporkan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif kepada Camat.

E. DESA DAN KELURAHAN

1. Pemerintah Desa dan Pemerintah Kelurahan

- a. Menerbitkan peraturan tingkat desa dan kelurahan untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dan Kelurahan Siaga Aktif serta mengawasi pelaksanaannya.
- b. Mengintegrasikan Rencana Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif ke dalam Rencana Kerja Pembangunan (RKP) Desa dan Kelurahan (di desa berupa perumusan program pemberdayaan masyarakat dalam APBDesa yang berkaitan dengan upaya mengembangkan Desa Siaga Aktif).

- c. Mengupayakan bantuan dana dan sumber daya lain baik dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, maupun dari pihak-pihak lain untuk mendukung pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - d. Dalam rangka pelaksanaan Alokasi Dana Desa agar dalam pendistribusian pada kebutuhan lokal desa diharapkan dapat membantu pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terutama yang menyangkut:
 - Penyuluhan dan motivasi masyarakat.
 - Penggerakan masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - Koordinasi dengan seluruh pemangku kepentingan untuk melaksanakan pengembangan program Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - e. Melaksanakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di desa dan kelurahan, melalui pengadaan sarana pendukung bagi kelancaran penyelenggaraan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - f. Memanfaatkan Forum Desa/Kelurahan yang sudah ada, dengan susunan sebagai berikut:
 - Ketua: Kepala Desa/Lurah
 - Wakil Ketua/Sekretaris: Sekretaris Desa/Kelurahan
 - Anggota: Perangkat Pemerintahan Desa/Kelurahan, Unsur Lembaga Masyarakat seperti Tim Penggerak PKK, organisasi agama dan Gerakan Pramuka, KPM Desa/Kelurahan, kader kesehatan/ Kelurahan dan tokoh masyarakat.
 - g. Melakukan konsultasi dengan BPD dan masyarakat tentang penggerakan masyarakat dalam melaksanakan program Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi dalam laporan pertanggungjawaban Kepala Desa atau Lurah.
2. Forum Desa/Kelurahan Siaga Tingkat Desa/Kelurahan
 - a. Melakukan rapat berkala (minimal 4 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- b. Secara berkala melaporkan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif kepada Kepala Desa/Lurah.
3. **Lembaga Kemasyarakatan**
 - a. Menyusun rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam pembangunan desa atau kelurahan secara partisipatif.
 - b. Melaksanakan, mengendalikan, memanfaatkan, memelihara dan mengembangkan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif secara partisipatif.
 - c. Menggerakkan dan mengembangkan partisipasi, gotong royong dan swadaya masyarakat dalam rangka Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - d. Menumbuhkembangkan kondisi dinamis masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 4. **Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM)**
 - a. Menyusun rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bersama Forum Desa dan Kelurahan Siaga.
 - b. Melaksanakan, mengendalikan, memanfaatkan, dan memelihara upaya pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif secara partisipatif.
 - c. Menggerakkan dan mengembangkan partisipasi, gotong royong dan swadaya masyarakat untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - d. Melaksanakan promosi kesehatan kepada masyarakat dan membantu masyarakat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi.

BAB V

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. PEMANTAUAN

Pemantauan terhadap pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak, melalui berbagai cara, yaitu: (1) pemantauan dan pemeriksaan partisipatif oleh masyarakat, (2) pemantauan dan pemeriksaan oleh Pemerintah, (3) pemantauan dan pengawasan oleh Fasilitator, (4) pemantauan dan pengawasan independen oleh berbagai pihak.

1. Pemantauan dan pengawasan partisipatif oleh masyarakat

Keterlibatan masyarakat dalam pemantauan dan pengawasan upaya pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terjadi di semua tahapan, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan. Dalam perencanaan, masyarakat dapat memantau dan mengawasi jalannya perencanaan karena perencanaan tersebut bersifat partisipatif. Sedangkan dalam tahap pelaksanaan, masyarakat ikut terlibat melaksanakan karena semua kegiatan dilaksanakan secara swakelola.

2. Pemantauan dan pengawasan oleh Pemerintah

Pemantauan dan pengawasan oleh Pemerintah terutama dilaksanakan melalui verifikasi laporan kegiatan dan keuangan. Juga melalui Sistem Informasi Desa Siaga yang berjalan berjenjang dari desa/kelurahan ke kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan pusat dalam koridor Sistem Informasi Pembangunan Desa.

3. Pemantauan dan pengawasan oleh Fasilitator

Pemantauan dan pengawasan oleh Fasilitator dilaksanakan secara melekat saat Fasilitator tersebut membantu berbagai pihak dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Pemantauan dan pengawasan difokuskan

kepada pelaksanaan kegiatan, yaitu dengan memantau adanya masalah-masalah atau hambatan-hambatan yang dihadapi untuk dicarikan jalan mengatasinya. Oleh sebab itu, pemantauan dan pengawasan ini terutama dilaksanakan melalui supervisi dan kunjungan/bimbingan ke lapangan.

4. Pemantauan dan pengawasan independen oleh berbagai pihak

Kesempatan juga terbuka bagi berbagai pihak lain seperti wakil-wakil rakyat, ormas, perguruan tinggi, organisasi profesi, dan wartawan untuk melakukan pemantauan dan pengawasan independen dan melaporkan temuan-temuan yang didapat kepada pihak-pihak berwenang.

B. EVALUASI

Evaluasi terhadap kemajuan pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif akan dilakukan secara: (1) tahunan, (2) pada tengah periode, yaitu tahun 2012, dan (3) pada akhir periode, yaitu pada tahun 2014.

1. Evaluasi Tahunan

- a. Evaluasi tahunan terhadap kemajuan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif akan dilaksanakan dengan memanfaatkan kegiatan Perlombaan Desa dan Kelurahan yang berlangsung setiap tahun dan berjenjang. Panitia Perlombaan Desa dan Kelurahan diberi tugas tambahan untuk juga mengevaluasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- b. Data yang dikumpulkan dari setiap desa dan kelurahan untuk kepentingan Perlombaan Desa dan Kelurahan, oleh Panitia Perlombaan Desa dan Kelurahan juga akan diolah dan dianalisis, sehingga menghasilkan laporan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif setiap tahun.
- c. Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dari kecamatan dikirim ke kabupaten dan kota untuk dikumpulkan, diolah dan dianalisis sehingga dihasilkan Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Kabupaten/Kota bersangkutan. Laporan

ini selanjutnya dikirim ke provinsi untuk penyusunan Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Provinsi bersangkutan. Akhirnya laporan dari provinsi dikirim ke pusat untuk penyusunan Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Indonesia pada tahun yang bersangkutan.

- d. Secara lebih terinci tentang Evaluasi Tahunan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif akan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan.

2. Evaluasi Tengah dan Akhir Periode

Evaluasi Tengah Periode (tahun 2012) dan Akhir Periode (tahun 2014) akan dilakukan dengan melaksanakan Analisis Situasi Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif atau Riskesdas, mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri bersama Kementerian Kesehatan.

C. INDIKATOR KEBERHASILAN

Keberhasilan pengembangan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif di suatu desa atau kelurahan dapat dilihat dari pencapaian upaya-upaya yang dilakukan di Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan serta Desa dan Kelurahan sebagai berikut :

1. Pusat
 - a. Adanya kebijakan yang mendukung operasionalisasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - b. Terbentuknya Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat.
 - c. Adanya Sistem Informasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil Desa dan Kelurahan.
 - d. Adanya dan tersosialisasinya petunjuk-petunjuk teknis yang diperlukan dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - e. Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*Training of Trainers*) pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur Provinsi.

- f. Teralokasinya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif serta PHBS.
 - g. Terselenggaranya pertemuan berkala (minimal 2 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif lingkup nasional.
 - h. Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.
2. Provinsi
- a. Adanya kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - b. Terbentuknya forum Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Provinsi.
 - c. Terselenggaranya pelatihan untuk pelatim (*Training of Trainers*) pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur Kabupaten dan Kota.
 - d. Adanya Sistem Informasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam Profil Desa dan Kelurahan lingkup provinsi.
 - e. Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (minimal 2 kali setahun) di tingkat Provinsi untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - f. Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.
3. Kabupaten/ Kota
- a. Adanya kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - b. Terbentuknya forum Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kabupaten/Kota.
 - c. Terselenggaranya orientasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur desa dan kelurahan, KPM dan lembaga kemasyarakatan serta pihak-pihak lain.

- d. Adanya bantuan pembiayaan dari APBD Kabupaten/Kota dan sumber daya lain untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - e. Terselenggaranya Sistem Informasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil Desa dan Kelurahan lingkup kabupaten/kota, melalui penetapan langkah dan mekanisme penyelenggaraan dan pelaporan penyelenggaraan secara berjenjang dari Desa dan Kelurahan-Kecamatan-Kabupaten/Kota-Provinsi dan Pemerintah Pusat.
 - f. Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kabupaten/Kota (minimal 3 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.
4. Kecamatan
- a. Terkoordinasi dan terintegrasinya pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya.
 - b. Terkoordinasinya penerapan kebijakan/peraturan perundang-undangan berkaitan dengan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - c. Terbentuknya Forum Desa dan Kelurahan Siaga tingkat Kecamatan
 - d. Adanya Sistem Informasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil Desa dan Kelurahan lingkup kecamatan.
 - e. Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat kecamatan (minimal 4 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - f. Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.
5. Desa dan Kelurahan
- a. Keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
 - b. Adanya Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari .

- d. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, survailans berbasis masyarakat serta penyehatan lingkungan.
- e. Adanya pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes) atau Anggaran Kelurahan, masyarakat dan dunia usaha.
- f. Adanya peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g. Adanya peraturan di desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- h. Adanya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga.

BAB VI PENUTUP

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan bagian dari pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan untuk Kabupaten dan Kota. Walaupun hanya merupakan salah satu dari indikator dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) tersebut, tetapi di dalamnya tercakup semua kegiatan yang akan menjamin tercapainya indikator-indikator lainnya dalam SPM tersebut. Tercapainya Indonesia Sehat atau target indikator-indikator kesehatan dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* sebagian besar ditentukan oleh tercapainya indikator-indikator tersebut pada tingkat desa dan kelurahan. Oleh sebab itu dapat dikatakan bahwa pencapaian Indonesia Sehat dan target indikator-indikator *MDGs* pada tahun 2015 sangat ditentukan oleh keberhasilan pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan tanggung jawab dari pimpinan dan perangkat Pemerintahan Desa dan Pemerintahan Kelurahan. Namun demikian, keberhasilannya tentu tidak hanya bertumpu pada kinerja perangkat Pemerintahan Desa dan Pemerintahan Kelurahan tersebut. Kontribusi dan dukungan dari berbagai pihak, termasuk dunia usaha dan unsur-unsur masyarakat lainnya di berbagai tingkat administrasi, juga memiliki andil yang bermakna.

Untuk mengoperasionalkan pedoman umum ini, akan diterbitkan petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan dari sektor terkait dalam rangka Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Lampiran - 6

Universitas Terbuka



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jln. Jend. Sudirman No. 18 Telepon (0632) 21195 Fax : 21604
PANGKALAN BUN 74111

14/41294.pdf

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 300 / 20 / Kesbang.III / 2013

- Dasar : Surat Permohonan Izin Penelitian dari Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT) Palangka Raya, Universitas Terbuka, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 515/UN31.45/LL/2013 Tanggal, 08 April 2013.
- Mengingat : 1. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2006 tentang Perizinan Melakukan Kegiatan Penelitian dan Pengembangan Bagi Perguruan Tinggi Asing, Lembaga Penelitian dan Pengembangan Asing, Badan Usaha Asing dan Orang Asing.
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
3. Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 59 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pemberian Izin Penelitian / Pendataan bagi setiap Instansi Pemerintah maupun Non Pemerintah.

Dengan ini diberikan kepada :

Nama : **ARIF SUSANTO**
N I M : 017264422
Kegiatan Penelitian : Penelitian untuk Tugas Akhir Program Magister, Program Pascasarjana
Yang akan dilaksanakan : Universitas Terbuka, Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT)
Palangkaraya
Jenjang : S - 2

Akan menyusun Tesis yang berjudul :

" IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF
(Studi Kemenkes RI No. 1529/Menkes/SK/X/2010) DI KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT "

Lama kegiatan : 3 (Tiga) Bulan, Dari Tanggal 18 April 2013 s/d 18 Juli 2013.

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan Penelitian / Observasi yang bersangkutan harus melaporkan diri kepada Pemerintah setempat dengan menunjukkan surat ini.
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai / tidak berkaitan dengan judul penelitian.
3. Agar mentaati ketentuan Peraturan Perundang - Undangan yang berlaku dan menghormati adat istiadat setempat.
4. Surat izin ini hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah, sewaktu - waktu dapat dibatalkan bila disalahgunakan.
5. Selesai melakukan penelitian harus menyampaikan laporan hasilnya kepada :
Bupati Kotawaringin Barat.
Cq. Kepala Badan Kesbang, Politik dan Linmas Kab. Kotawaringin Barat.
6. Surat izin berlaku sejak dikeluarkan.

Demikian surat izin ini diberikan dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Pangkalan Bun, 18 April 2013
KEPALA BADAN KESBANG, POLITIK DAN LINMAS
KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT,
BADAN
KESBANG POLITIK
DAN LINMAS
H. MUVELAN, S. Sos
Panglima Tingkat I
NIP. 19600215 198203 1 013

Tembusan disampaikan kepada yth. :

1. Gubernur Kalimantan Tengah ;
Up. Kepala Badan Kesbang, Politik dan Linmas Prov. Kalteng di P.Raya ;
2. Bupati Kotawaringin Barat di P.Bun ;
3. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kab. Kobar di P.Bun ;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kobar ;
5. Kepala UPBJJ-UT Palangka Raya di Palangka Raya ;
6. Mahasiswa Yang bersangkutan.

Lampiran - 7

Universitas Terbuka

LAMPIRAN
KEGIATAN

FOTO



Performa Desa Siaga dalam bentuk plank formal



Pernyataan Bidan dan FGD dalam wawancara penelitian Desa Siaga

Foto Aktivitas FGD Bidan dalam Wawancara Penelitian







Diskusi kelompok (FGD) Pimpinan Puskesmas

Foto Ambulans Desa Siaga



Foto Ambulans Desa Swadaya Masyarakat-desa-CSR Investor





Universitas Terbuka

Bentuk Kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa



Pelatihan Tenaga Penggerak Masyarakat dalam Desa Siaga





Foto Kegiatan kader Desa Siaga dalam Pemetaan Kesehatan



Kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa



Diskusi Prioritas Masalah Desa Siaga dalam MMD

NO	MASALAH	SKOR					Jumlah	PRIORITAS MASALAH
		1	2	3	4	5		
1	MCK/JAMBAN					17	85	II
2	Pemasangan Slopoh Air					17	85	III
3	SPAL (Sisi Pamb. dan Lembut)					17	85	III
4	Mencok dan Mangon					12	60	VII
5	Ambulance					12	60	V
6	Letak Pemukiman	10	2					VII
7	Penyediaan sumber kesehatan						24	
8	Hot air / Dry (berak)					17	80	I
9	PER GOL BIRAH							VI
10	KP Kandang /k. Hewan							

Gambaran Identifikasi Masalah dan Seting Prioritas

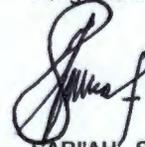
DAFTAR KELURAHAN / DESA SIAGA AKTIF
DI KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
TAHUN 2012

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH		
				DESA/ KELURAHAN	DESA SIAGA AKTIF JUMLAH	%
1	2	3		4	6	7
1	KOTAWARINGIN LAMA	1.P. Kotawaringin Lama	1. Kotawaringin Hilir *	9	4	44.44
			2. Kotawaringin Hulu			
			3. Lalang			
			4. Rungun *			
			5. Kondang			
			6. Sagu Suka Mulya *			
			7. Suka Makmur			
			8. Ipuh Bangun Jaya			
			9. Palih Baru *			
		2.P. Riam Durian	1. Babuai Baboti *	8	4	50.00
			2. Tempayung			
			3. Sakabulin			
			4. Kinjil			
			5. Riam Durian *			
			6. Dawak *			
			7. Sukajaya *			
	8. Sumber Mukti					
2	ARUT SELATAN	3.P. Arut Selatan	1. Raja	5	2	40.00
			2. Raja Seberang *			
			3. Rangda			
			4. Kenambui *			
			5. Sulung			
		4.P. Mendawai	1. Mendawai *	2	1	50.00
			2. Mendawai Seberang			
		5.P. Madurejo	1. Madurejo	3	1	33.33
			2. Sidorejo *			
			3. Pasir Panjang			
		6.P. Natai palingkau	1. Kel. Baru	6	3	50.00
			2. Runtu			
			3. Umpang			
			4. Natai Raya *			
			5. Medang Sari *			
	6. Natai Baru *					
	7.P. Kumpai Batu Atas	1. Kumpai Batu Atas *	4	4	100.00	
		2. Kumpai Batu Bawah *				
		3. Tanjung Putri *				
		4. Tanjung Terantang *				
3	KUMAI	8.P. Kumai	1. Kumai Hulu *	9	5	55.56
			2. Kumai Hilir			
			3. Batu Belaman			
			4. Candi *			
			5. Sungai Tendang			
			6. Sungai Kapitan			
			7. Sungai Bedaun *			
			8. Sungai Sekonyer *			
			9. Kubu *			
		9.P. Sei Rangit	1. Bumi Harjo *	6	4	66.67
			2. Pangkalan Satu			
			3. Purbasari *			
			4. Sungai Rangit Jaya			
			5. Sumber Agung *			
			6. Pangkalan Durin *			

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA / KELURAHAN	JUMLAH <small>14/41294.pdf</small>		
				DESA / KELURAHAN	DESA SIAGA AKTIF	
					JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7
		10.P. Teluk Bogam	1. Teluk Bogam *	7	3	42.86
			2. Sungai Bakau			
			3. Keraya *			
			4. Sebuai			
			5. Sungai Cabang *			
			6. Teluk Pulau			
			7. Sebuai Timur			
4	PANGKALAN LADA	11.P. Pangkalan Lada	1. Lada Mandala Jaya *	3	3	100.00
			2. Pangkalan Tiga *			
			3. Pangkalan Dewa *			
		12.P. Pandu Sanjaya	1. Makarti Jaya *	4	4	100.00
			2. Pandu Sanjaya *			
			3. Kadipi Atas *			
			4. Sungai Melawen *			
5	PANGKALAN BANTENG	13.P. Semanggang	1. Pangkalan Banteng	8	4	50.00
			2. Marga Mulya *			
			3. Arga Mulya *			
			4. Kebon Agung *			
			5. Sido Mulyo *			
			6. Sungai Hijau			
			7. Sungai Bengkuang			
			8. Sungai Kuning			
		14. P. Karang Mulya	1. Mulya Jadi *	9	6	66.67
			2. Amin Jaya *			
			3. Natal Kerbau *			
			4. Karang Mulya			
			5. Simpang Berambai *			
			6. Sungai Pakit *			
			7. Karang Sari			
			8. Berambai Makmur			
			9. Sungai Pulau *			
6	ARUT UTARA	15.P. Arut Utara	1. Pangkut *	11	5	45.45
			2. Nanga Mua			
			3. Sukarami			
			4. Gandis *			
			5. Kerabu			
			6. Sambu			
			7. Penyombaan *			
			8. Pandau			
			9. Riam *			
			10. Panahan *			
			11. Sungai Dau			
JUMLAH (KAB/KOTA)				94	53	56.38

Sumber :PSDMK Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat
Keterangan : Warna Hijau * = Desa Siaga Aktif

Pengelola Data



SARI'AH, SKM

NIP.1983 0702 200903 2 008