



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBERLANGSUNGAN  
UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT  
DALAM PELAKSANAAN DESA SIAGA  
KABUPATEN SUBANG TAHUN 2008**

Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Oleh :  
**LINDA SITI ROHAETI**  
**NPM : 0606020530**

**PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2008**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian  
tesis Magister Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, Desember 2008

Komisi Pembimbing,



**Dr. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc**

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Desember 2008

K e t u a



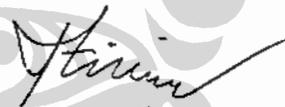
**Dr. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc**

A n g g o t a



**(Puput Oktamianti, SKM, MM)**

A n g g o t a



**(dr. Sulastini, Mkes)**

A n g g o t a



**(Mulyanah Abduhaq, SKM, Mkes)**

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Linda Siti Rohaeti  
N P M : 0606020530  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Kekhususan : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan "Plagiat" dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

"Analisis Keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Desa Siaga Kabupaten Subang Tahun 2008".

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang akan ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, Desember 2008



Linda Siti Rohaeti

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### A. IDENTITAS

1. N a m a : Linda Siti Rohaeti
2. Tempat / Tanggal lahir : Bandung, 07 Januari 1966
3. Jenis Kelamin : Perempuan.
4. A g a m a : I s l a m.
5. Status Perkawinan : Menikah.
6. Alamat Rumah : Jl. Cipinang Baru Bunder, Kompleks Kehakiman  
No.2 RT.001 RW 01, Jakarta Timur, 13240.
7. Alamat Kantor : Jl. HR Rasuna Said Kav No. X4-9 Jakarta Selatan
8. Suami : Tri Cahyo Kusuma
9. Anak : Firas Rukmana Kusuma  
Abubakar Daffa Kusuma  
Athaya Kusuma Zhafirah

### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 1979 : Lulus SD Negeri 04 Jatirawamangun, Jakarta Timur
2. Tahun 1982 : Lulus SMP Negeri 74, Jakarta Timur.
3. Tahun 1985 : Lulus SMA Negeri 31 Jakarta.
4. Tahun 1991 : Lulus Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
5. Tahun 2006 –sekarang : Mahasiswa Program Pascasarjana IKM FKM-UI

### C. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Tahun 1992-1995 : Pusat Kesehatan Mahasiswa UI Salemba- Depok
2. Tahun 1995-1998 : Dokter PTT Puskesmas Bunar Dinas Kes.Kab.Bogor
3. Tahun 1998-2004. : Dokter Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum  
Pusat Persahabatan Jakarta
4. Tahun 2004-2006 : Staf Subdit Bina Kesehatan Perkotaan Depkes.
5. Tahun 2006 – sekarang : Staf Subdit Bina Upaya Kesehatan Daerah Tertinggal  
Perbatasan dan Kepulauan Depkes

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT yang telah memberi rahmat dan karuniaNya kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul "*Analisis Keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelaksanaan Desa Siagai Kabupaten Subang Tahun 2008*" yang merupakan salah satu syarat bagi kelulusan mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan tesis ini penulis memperoleh bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Dr. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc dan Bapak Ede Darmawan, SKM, MDM yang telah bertindak selaku pembimbing penulisan tesis ini. Dalam kesibukan beliau telah meluangkan waktu dengan penuh kesabaran dan pengertian untuk memberikan bimbingan maupun masukan-masukan yang merupakan penambah semangat serta dukungan yang tak ternilai bagi penulis dalam menyelesaikan penulisan tesis ini. Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dekan FKM-UI, Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat beserta seluruh dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis serta kepada seluruh karyawan dalam lingkungan civitas akademika FKM-UI.
2. Bapak Prof. Dr. Purmawan Djunaidi, MPH, PhD, Ibu Puput Oktamianti, SKM, MM., dr. Sulastini, Mkes, Mulyanah Abdulhaq, SKM, MKes selaku tim penguji tesis Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan

Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberi masukan dan saran dalam penyempurnaan penyusunan dan perbaikan tesis ini.

3. Dr. Bambang Sardjono, MPH sebagai Direktur Bina Kesehatan Komunitas Depkes RI yang telah memberi dorongan dan kekeluasan waktu kepada penulis untuk mengikuti masa pendidikan
4. Drg. Kartini Rustandi, Mkes sebagai Kepala Subdit Bina Upaya Kesehatan Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Depkes RI dan Kasubdit Peran Serta Masyarakat Promkes Depkes RI serta rekan-rekan di Subdit Bina Upaya Kesehatan Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan yang telah memberikan dukungan dan dorongan untuk penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan penulisan tesis in
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Subang dr. Hj. Alma Lucyati, M,Kes, M,Si, M. Hum.Kes serta staf pada Subdin Promosi Kesehatan Ibu Nining, Bapak Maman dan Bapak Tantan yang telah banyak membantu selama pengumpulan data dan wawancara mendalami lapangan,
6. Kepala Puskesmas Pagaden, Bidan Desa Gunung Sari, Bidan Desa Neglasari, Petugas Daerah Binaan, tokoh masyarakat, aparatur Desa, Kader Kesehatan dan masyarakat di Desa Gunung Sari dan Desa Neglasari yang telah bersedia menjadi informan dalam diskusi kelompok

7. Rekan-rekan seangkatan dan adik kelas, khususnya peminatan AKK yang telah memberikan dorongan dan membantu menyelesaikan tesis ini.
8. Ibunda, Ibunda Mertua, Ayahanda Mertua dan Saudara-saudara serta Sahabat-sahabat yang telah memberikan dorongan, semangat dan bantuannya dalam menyelesaikan pendidikan.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam kelancaran studi dan penyelesaian tesis ini. Ucapan terima kasih kepada suami dan anak-anak tercinta yang telah berkorban dan selalu berdoa demi menyelesaikan pendidikan ini. Semoga mendapat balasan dari Allah SWT.

Akhirnya penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, masih membutuhkan banyak perbaikan, namun demikian dengan segala keterbatasan yang dimiliki, penulis tetap berharap agar tesis ini bermanfaat adanya. Semoga Allah meridhoi niat baik kita semua. Amin.

Depok, Desember 2008

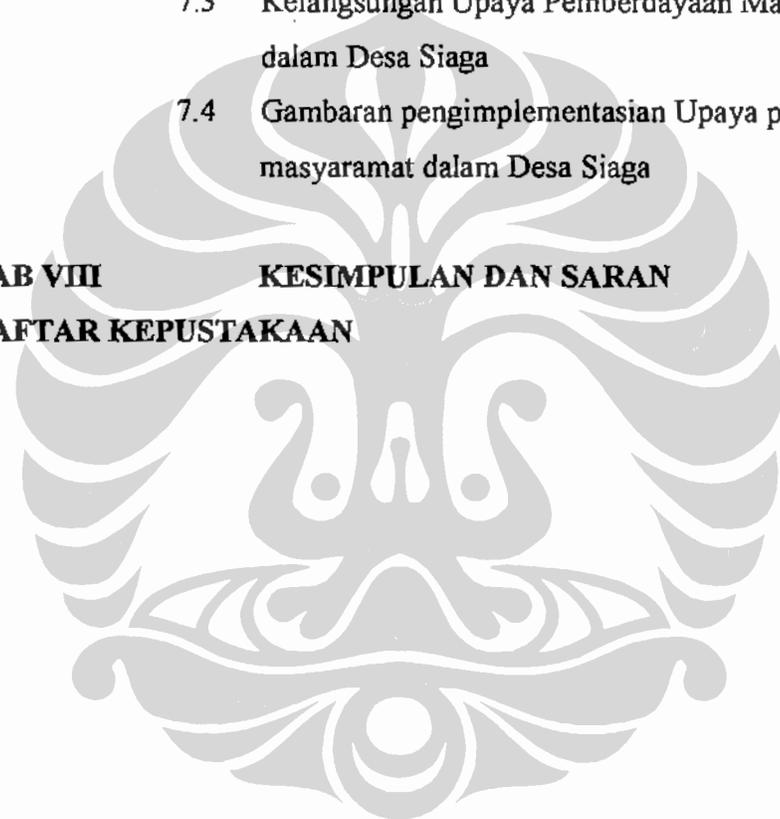
Penulis

## DAFTAR ISI

|                   | halaman  |
|-------------------|--|
| <b>Daftar Isi</b> |  |
| <b>BAB I</b>      | <b>PENDAHULUAN</b>                                   |
| 1.1               | Latar Belakang 1                                     |
| 1.2               | Perumusan Masalah 6                                  |
| 1.3               | Pertanyaan Penelitian 7                              |
| 1.4               | Tujuan Penelitian 7                                  |
| 1.5               | Manfaat Penelitian 8                                 |
| 1.6               | Ruang Lingkup 8                                      |
| <b>BAB II</b>     | <b>TINJAUAN PUSTAKA</b>                              |
| 2.1               | Peran Serta Masyarakat 10                            |
| 2.2               | Pemberdayaan Masyarakat 13                           |
| 2.3               | Keberlangsungan ( <i>sustainability</i> ) Program 24 |
| 2.4               | Konsep Desa Siaga 31                                 |
| 2.5               | Pos Obat Desa 38                                     |
| 2.6               | Pondok Bersalin Desa 40                              |
| 2.7               | Survey Mawas Diri 42                                 |
| 2.8               | Musyawaharah Desa 42                                 |
| 2.9               | Kemitraan 43   |
| 2.10              | Desa Siaga Gotong Royong Kabupaten Subang 47         |
| 2.10              | Pengertian sehat dan sakit 51                        |
| 2.11              | Sistem dan Pendekatan Sistem 53                      |
| <b>BAB III</b>    | <b>KERANGKA KONSEP DAN PENERTIAN</b>                 |
|                   | <b>ISTILAH UNTUK VARIABEL</b>                        |
| 3.1               | Kerangka Konsep 58                                   |
| 3.2               | Pengertian Istilah 60                                |

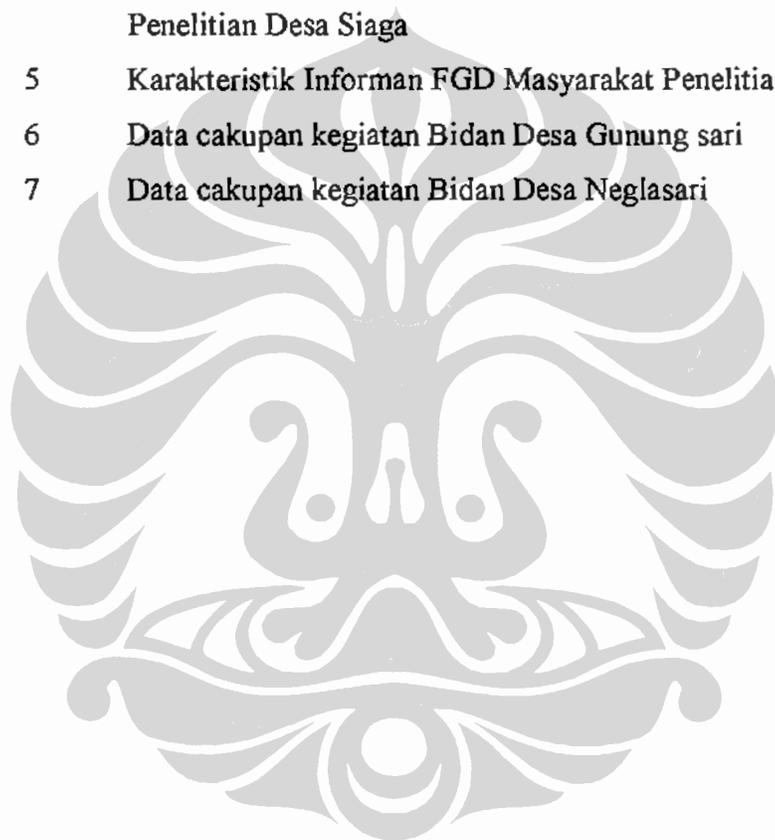
|               |   |    |
|---------------|---|----|
| <b>BAB IV</b> | <b>METODE PENELITIAN</b>  |    |
| 4.1           | Jenis Penelitian  | 65 |
| 4.2           | Informan Penelitian   | 65 |
| 4.3           | Pengumpulan data  | 66 |
| 4.4           | Instrumen Penelitian  | 66 |
| 4.5           | Validitas Data  | 66 |
| 4.6           | Pangolahan dan Analisis Data  | 67 |
| <b>BAB V</b>  | <b>GAMBARAN UMUM</b>  |    |
| 5.1           | Keadaan Umum Desa Gunungsari dan Neglasari  | 68 |
| 5.2           | Keadaan Geografis dan Demografis Desa Gunungsari                                      | 68 |
|               | Keadaan Umum Desa Gunungsari  | 69 |
|               | Keadaan Geografis dan Demografis Desa Neglasari                                       | 74 |
| 5.3           | Gambaran Umum Informan  | 75 |
| <b>BAB VI</b> | <b>HASIL PENELITIAN</b>   | 77 |
| 6.1           | Potensi Upaya Pemberdayaan Masyarakat Kabupaten Subang                                | 78 |
|               | Pengetahuan tentang konsep Desa Siaga ( <i>community knowledge</i> )                  | 78 |
|               | Kepemimpinan dalam masyarakat ( <i>community leadership</i> )                         | 79 |
|               | Organisasi masyarakat ( <i>community organization</i> )                               | 79 |
|               | Dana Masyarakat ( <i>community finance</i> )  | 80 |
|               | Sarana Fisik dan tenaga ( <i>community material</i> )                                 | 83 |
|               | Pengambilan Keputusan oleh masyarakat/musyawarah ( <i>Community Decision Making</i> ) | 84 |
|               | <i>Kemitraan</i>  | 86 |
| 6.2           | Kelangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Desa Siaga                           | 90 |

|                 |  |     |
|-----------------|--|-----|
| 6.3             | Gambaran pengimplementasian Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Desa Siaga | 94  |
| <b>BAB VII</b>  | <b>PEMBAHASAN</b>  |     |
| 7.1             | Keterbatasan Penelitian  | 100 |
| 7.2             | Potensi Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Subang                  | 100 |
| 7.3             | Kelangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Desa Siaga                | 101 |
| 7.4             | Gambaran pengimplementasian Upaya pemberdayaan masyarakat dalam Desa Siaga | 101 |
| <b>BAB VIII</b> | <b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>  | 103 |
|                 | <b>DAFTAR KEPUSTAKAAN</b>  | 106 |



## DAFTAR TABEL

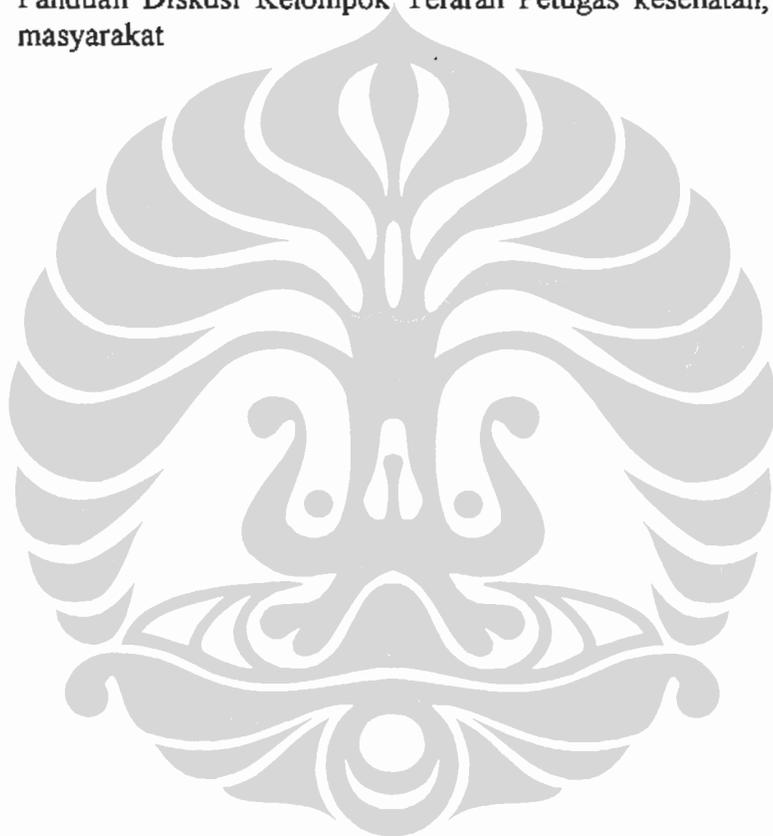
| Nomor | Tabel   | Halaman |
|-------|---|---------|
| 1     | Dana Dukungan Desa Siaga bersumber masyarakat                               | 73      |
| 2     | Cakupan kegiatan pelayanan Bidan di Desa                                    | 73      |
| 3     | Karakteristik Informan Penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.      | 75      |
| 4     | Karakteristik Informan FGD Petugas Kesehatan dan Toma Penelitian Desa Siaga | 76      |
| 5     | Karakteristik Informan FGD Masyarakat Penelitian Desa Siaga                 | 77      |
| 6     | Data cakupan kegiatan Bidan Desa Gunung sari                                | 91      |
| 7     | Data cakupan kegiatan Bidan Desa Neglasari                                  | 91      |



## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

1. Foto
2. Panduan Wawancara Mendalam
3. Panduan Wawancara Mendalam untuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Subang
4. Panduan Wawancara Mendalam untuk Kepala Subdin Pendidikan dan Pelatihan Dinas Kesehatan Kabupaten
5. Panduan Diskusi Kelompok Terarah Petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan masyarakat



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang dilakukan di Indonesia bercita-cita mencapai Indonesia yang Sehat tahun 2010, yang mempunyai arti bahwa bangsa Indonesia pada tahun 2010 mampu hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, sehingga memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Rencana Pembangunan Kesehatan tahun 2005-2009, Depkes RI 2006)

Peraturan Presiden nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RJPMN) 2004-2009, menetapkan tentang arah pembangunan nasional untuk mencapai cita-cita Indonesia Sehat 2010 yang memiliki sasaran pembangunan kesehatan yang pada tahun 2009 yaitu (1) Meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun (2) menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1000 kelahiran hidup (3) menurunnya angka kematian ibu dari 307 menjadi 226

Departemen Kesehatan menetapkan Misi yang ingin dicapai adalah "Membuat Rakyat Sehat", melalui strategi menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan serta meningkatkan pembiayaan kesehatan (Rencana Pembangunan Kesehatan tahun 2005-2009, Depkes RI 2006)

Pembangunan kesehatan melibatkan seluruh komponen bangsa hal itu dilakukan karena kesehatan bukanlah tanggung jawab pemerintah saja tapi merupakan tanggung

jawab bersama pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta. Dengan kata lain keberhasilan pembangunan kesehatan memerlukan pemberdayaan masyarakat yang merupakan peran masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan (pasal 5 UU No. 23 tahun 1992)

Perkembangan peran serta masyarakat di bidang kesehatan, antara lain dimulai tahun 1975 dengan tumbuhnya PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) yang menerapkan prinsip gotong royong dan swadaya masyarakat, dengan tujuan agar masyarakat dapat menolong dirinya sendiri, melalui pengenalan dan penyelesaian masalah kesehatan yang dilakukan bersama petugas kesehatan secara lintas program dan lintas sektor terkait. Pada tahun 1978 dideklarasikan bahwa *Public Health Care (PHC)* sebagai strategi pembangunan yang menjadikan masyarakat sebagai pelaku pembangunan. Pendekatan PKMD ini diwujudkan dalam berbagai bentuk pemberdayaan masyarakat yang berbasis masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, Polindes, dan Pos Obat Desa. Pemberdayaan masyarakat adalah segala bentuk fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya (Unicef dan Pemerintah RI, 1999) yang akhirnya pemberdayaan itu menghasilkan kemandirian masyarakat. Pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) ini kemudian berkembang bahkan dinyatakan sebagai kunci keberhasilan tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu menjadi setiap penduduk mampu hidup sehat (Depkes RI, 1995). Sasaran dari menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam kesehatan dimulai dari seluruh keluarga (rumah tangga) berperilaku hidup bersih dan

sehat menuju tercapainya Desa Sehat., pencapaian Desa Sehat diharapkan menjadi basis untuk sebuah terobosan besar dalam meningkatkan derajat kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia sesuai cita-cita menjadikan Indonesia Sehat (Depkes RI, 2006)..

Pada tahun 2006 kebijakan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan difokuskan pada pembentukan dan pengembangan Desa Siaga, bahkan diharapkan pada akhir tahun 2009 seluruh desa di Indonesia menjadi Desa Siaga. Dalam Kepmenkes no. 564 tahun 2006 disebutkan pengertian Desa Siaga adalah Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan, secara mandiri. Kriteria sebuah desa menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut memiliki sekurang-kurangnya sebuah Poskesdes. Pengertian Poskesdes adalah Pos Kesehatan Desa yang diharapkan sebagai koordinator kegiatan UKBM yang ada di masyarakat.

Dalam rangka percepatan pengembangan Desa Siaga berupa suatu upaya mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Departemen Kesehatan menyediakan Dana Alokasi Khusus (DAK) 2008 yang diberikan kepada kabupaten, yang kegiatannya berbentuk penyediaan poskesdes kit dan investasi pembangunan fisik (Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Bid. Kes, Depkes 2006)

Desa Siaga di kabupaten Subang sudah dikembangkan sejak tahun 1998 dengan kategori Desa Siaga (Siap Antar Jaga) Maternal yang lebih difokuskan pada upaya penurunan angka kematian Ibu dan Bayi. Secara umum seluruh Desa dan Kelurahan di kabupaten Subang telah mengembangkan Desa Siaga tetapi dalam tahap pelaksanaan hasilnya sangat bervariasi satu sama lain (Profil Desa Siaga Gotong Royong Kabupaten Subang, 2007).

Komponen Desa Siaga Maternal (GSI) yang telah dikembangkan di Kabupaten Subang terdiri dari 5 komponen yaitu (a) sistem pendanaan (b) sistem transportasi (c) sistem donor darah (d) sistem kemitraan persalinan (e) sistem pemberitahuan. Dengan dikeluarkannya Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga sesuai Kep Menkes nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 maka Desa Siaga yang dimaksud tidak Siap Antar Jaga Maternal saja tapi dikembangkan menjadi kesiapsiagaan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan termasuk bencana, KLB dan kegawat daruratan dengan menambahkan beberapa komponen diluar komponen Desa Siaga Maternal. Pengembangan Desa Siaga merupakan gerakan untuk mengembangkan berbagai UKBM dan kegotong royongan masyarakat desa dalam bidang kesehatan, serta membangun berbagai jejaring UKBM didesa yang akhirnya akan membentuk Desa Sehat. (Profil Desa Siaga Gotong Royong Kabupaten, 2007)

Komponen Desa Siaga Gotong Royong adalah (1) Memiliki Forum Masyarakat Desa (Forum Desa Sehat, satgas GSI, Forum Desa Siaga dan lain-lain) (2) Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar dan Sistem rujukan berupa Polindes, Pustu atau Poskesdes (jika diperlukan) (3) Memiliki UKBM yang dikembangkan dari komponen yang sudah ada diantaranya Posyandu, Posbindu, Pos Dana Sehat, Pos UKK dan lainnya (4) Memiliki Sistem Pengamatan Penyakit (5)Memiliki Sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawat daruratan, KLB, bencana yang berbasis masyarakat (6) Adanya upaya menciptakan untuk mewujudkan lingkungan sehat yang berbasis masyarakat (7) Adanya upaya menciptakan dan mewujudkan PHBS (8) Adanya upaya untuk menciptakan terwujudnya Kadarzi (9) Indikator lokal Kabupaten Subang yaitu adanya

Lumbung Ekonomi Desa (LED). Adanya LED merupakan bentuk dukungan dana masyarakat.

Desa Siaga Plus dibagi dalam tingkatan dan strata sebagai berikut: (1) Strata Pratama, yaitu bila memenuhi 4 indikator minimal ( indikator 1 s/d 4 atau memenuhi indikator utama) (2) Strata Madya yaitu bila memenuhi 4 indikator utama ditambah 2 indikator tambahan selain LED (3) Strata Utama yaitu bila memenuhi 8 indikator ditambah indikator lokal LED

Seluruh desa di Kabupaten Subang telah melaksanakan Desa Siaga yang dikelompokkan dalam tingkatan strata, dari 253 desa yang ada 18 desa termasuk strata Desa Siaga Utama, 76 Desa Siaga Madya dan 159 Desa Siaga Pratama. Jumlah UKBM yang ada di Kabupaten Subang terdiri dari 1603 Posyandu, 4027 kader aktif, 227 kelompok Dana Sehat, 253 Polindes, 18 Pos Obat Desa, 1058 Tanaman Obat Keluarga, 124 Poskestren, 22 Kwartir ranting Saka Bhakti Husada dan 22 Pos Usaha Kesehatan Kerja.

Penelitian ini akan mengamati dan membandingkan dua desa yang berlokasi Kecamatan Pagaden di Kabupaten Subang yang sejak tahun 1998 telah mengembangkan Desa Siaga Maternal menjadi Desa Siaga Sehat Gotong Royong (Desa Siaga Plus), Pemilihan Desa Gunungsari sebagai tempat penelitian karena memiliki prestasi yang baik tingkat propinsi maupun tingkat kabupaten mencakup pemenang lomba desa, juara Desa Siaga, juara bidan desa, juara posyandu, juara kader maupun juara dalam lomba LED tingkat Kabupaten. Desa Neglasari merupakan desa yang telah mengembangkan Desa Siaga Gotong Royong .

Desa sebagai subyek pengembangan upaya pemberdayaan masyarakat agar dapat secara mandiri mengatasi masalah kesehatannya memiliki potensi sumberdaya yang sangat penting, sehingga dalam Pengembangan Desa Siaga fokus utama diarahkan pada pemantapan dan penguatan potensi masyarakat tersebut, dalam pelaksanaannya diharapkan keberlangsungannya (*sustainability*) yaitu berupa kemampuan untuk tetap memberi manfaat dalam waktu yang lama dengan menggunakan potensi yang ada. Beberapa faktor yang berpengaruh pada keberlangsungan (*sustainability*) suatu program kesehatan adalah proses implementasi program dilapangan, faktor proses pembentukan organisasi dan faktor lingkungan sosioekonomi politik (partisipasi masyarakat) (Rizkallah Shediak M, Bone L R, 1998)

## 2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang diatas dapat disimpulkan bahwa keberlangsungan (*sustainability*) upaya pemberdayaan masyarakat adalah kegiatan oleh masyarakat dalam identifikasi, perencanaan dan pemecahan masalahnya dengan menggunakan potensi dan sumberdaya yang dimiliki, dan tetap berlanjut dalam waktu yang lama walaupun berbagai bentuk bantuan dari luar dihentikan,

Pengembangan Desa Siaga Gotong Royong dari Desa Siaga (Siap Antar Jaga) Maternal di Kabupaten Subang merupakan peningkatan upaya pemberdayaan masyarakat yang sudah ada tanpa merubah konsep yang sudah berjalan, tapi menambahkan komponen lain disesuaikan keadaan daerahnya, tujuan Desa Siaga adalah masyarakat dapat memiliki kemampuan untuk menangani masalah atau ancaman kesehatan yang timbul dalam mewujudkan Desa Sehat, Desa yang sehat berarti

meningkatkan derajat kesehatan seluruh penduduk yang tinggal di wilayahnya, pada akhirnya diharapkan menjadi pewujudan dari cita Indonesia yang Sehat. Namun dalam perjalanannya suatu pemberdayaan adalah suatu proses yang berlangsung cukup panjang, bahkan kadang lebih dari 7 tahun, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya keberlangsungan (*sustainability*) upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di Kabupaten Subang tahun 2008.

### **3. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan masalah penelitian ini, dapat dikemukakan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- 3.1 Potensi apa yang dimiliki masyarakat yang mendukung upaya pemberdayaan masyarakat di kabupaten Subang?
- 3.2 Bagaimana gambaran kelangsungan (*sustainability*) program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di kabupaten Subang?
- 3.3 Bagaimana gambaran pengimplementasian upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di Kabupaten Subang?

### **4. Tujuan Penelitian**

Tujuan Umum

Diketahuinya keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di kabupaten Subang

## Tujuan Khusus

- 4.1 Diperolehnya informasi tentang potensi yang dimiliki masyarakat dalam upaya pemberdayaan masyarakat di kabupaten Subang
- 4.2 Diperolehnya informasi tentang keberlangsungan program upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di kabupaten Subang
- 4.3 Diketuainya gambaran pengimplementasian upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di kabupaten Subang

## 5. Manfaat Penelitian

- 5.1 Bagi pemerintah Pusat khususnya Departemen Kesehatan dapat memberikan masukan yang bermanfaat bagi perencanaan program, pengambilan kebijakan dan keputusan yang berkaitan dengan pengembangan pemberdayaan masyarakat tahun berjalan
- 5.2 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Subang mendapat gambaran, masukan dan saran tentang program upaya pemberdayaan masyarakat di wilayah kerjanya, juga menjadi masukan bagi perencanaan, kebijakan yang berkaitan dengan pelaksanaan Desa Siaga dengan yang sedang dikembangkannya
- 5.3 Sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman penelitian di bidang kesehatan, khususnya tentang teori keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat.

## 6. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis keberlangsungan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga di kabupaten Subang dengan pendekatan kualitatif. Peneliti memilih dua desa di kecamatan Pagaden untuk melihat potensi pemberdayaan masyarakat yang ada di dua desa di Kecamatan Pagaden ini, serta mengamati keberlangsungannya. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik, dalam pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi, data sekunder didapat dari telaah dokumen yang berkaitan dengan kegiatan pelaksanaan Desa Siaga di dua desa tersebut. Data dikumpulkan dari informan yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kasubdin Penyuluhan dan Pendidikan Kabupaten, Kasie Promosi Kesehatan Kabupaten, Kepala Desa, Tokoh masyarakat, Bidan Desa, Petugas Daerah Binaan, Kader Kesehatan dan Masyarakat dengan menggunakan pedoman wawancara dan dibantu alat perekam. Hasil penelitian ini dimaksudkan akan mendapat gambaran tentang potensi masyarakat dalam upaya pemberdayaan masyarakat, keberlangsungan pemberdayaan masyarakat dan faktor yang mempengaruhi upaya pemberdayaan masyarakat di Kabupaten Subang pada tahun 2007. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti pada bulan Juni, Juli dan bulan Agustus 2008.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Dalam melaksanakan penelitian ini diperlukan semua informasi kepustakaan yang lengkap, yang akan menjelaskan tentang peran serta masyarakat sebagai prinsip utama upaya pemberdayaan masyarakat, arti pemberdayaan masyarakat dan bentuknya dalam Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat, pengertian keberlangsungan (*sustainability*) program, konsep dasar Desa Siaga, bentuk pengembangan Poskesdes yang berasal dari Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat yang ada seperti POD dan Polindes, proses penemuan masalah kesehatan dalam pembentukan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat berupa Survei Mawas Diri dan Musyawarah Masyarakat Desa, mengetahui tentang perilaku masyarakat sehubungan dengan upaya mengatasi serangan rasa sakit serta pengertian sehat dan sakit.

#### 2.1 Peran Serta Masyarakat

Peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan merupakan unsur penting dalam mensukseskan pembangunan tersebut khususnya dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang mengembangkan sumber dayamania sebagai modal dasar Pembangunan Nasional.

Upaya pengembangan sumber daya manusia merupakan suatu upaya yang besar, yang harus dilaksanakan bersama Pemerintah dan masyarakat

Pasal-pasal yang tercantum dalam UUD 1945 mengenai hak warga negara, salah satu pasalnya menyebutkan "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin,

bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan”, juga pasal yang menyebutkan “Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan pribadi, keluarga dan lingkungannya”, pengertian lain menyatakan bahwa Sehat adalah hak azasi manusia sekaligus merupakan investasi adalah sumber daya manusia yang sehat dan berkualitas merupakan modal utama dalam pembangunan kesehatan, sehingga perlu diperjuangkan dan ditingkatkan setiap individu dan oleh seluruh komponen bangsa, agar masyarakat dapat menikmati hidup sehat, dan pada akhirnya dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Hal ini perlu dilakukan karena kesehatan bukanlah tanggung jawab pemerintah saja tapi merupakan tanggung jawab bersama pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta. Dengan kata lain keberhasilan pembangunan kesehatan memerlukan pemberdayaan masyarakat yang merupakan peran masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan (pasal 5 UU No. 23 tahun 1992)

Pentingnya peran serta masyarakat bukan karena semata kurang mampunya pemerintah dalam upaya pembangunan tetapi masyarakat mempunyai hak dan potensi untuk mengenal dan menentukan pemecahan masalah kesehatan yang dihadapinya, sebagian besar dari masalah itu timbul akibat perilaku masyarakat sendiri ( Depkes, Pola peningkatan Peran serta masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan)

Masyarakat mempunyai kewajiban untuk memelihara kesehatannya sendiri, keluarga maupun lingkungan, bahkan diharapkan dapat turut berperan aktif dalam pembangunan kesehatan. Upaya pembanguan yang semula dilakukan oleh kalangan profesi beralih dilakukan oleh masyarakat yang turut berperan dalam berbagai upaya yang mencakup peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan.

## Pengertian Peran Serta masyarakat

Menurut World Bank (1978), Peran serta masyarakat meliputi 3 dimensi yaitu

- Keterlibatan dari semua unsur yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan terhadap apa yang harus dikerjakan dan bagaimana cara pelaksanaannya.
- Keterlibatan massa dalam upaya pembangunan misalnya dalam pelaksanaan dari keputusan yang sudah diambil
- Menikmati bersama hasil program pembangunan

Depkes (1993) menyatakan bahwa peran serta masyarakat adalah suatu proses sehingga individu dan keluarga bertanggung jawab atas kesehatan dan kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat. Berkembangnya kemampuan untuk berkontribusi dalam pembangunan. Sehingga individu mengetahui keadaannya dengan lebih baik dan termotivasi untuk memecahkan masalahnya. Memungkinkan terjadinya agen/ perintis pembangunan dan pemimpin dalam penggerakan kegiatan masyarakat di bidang kesehatan yang dilandasi dengan semangat gotong-royong

Menurut UN Research Institute For Social Development (1978) arti peran serta masyarakat secara operasional adalah suatu upaya terorganisir untuk meningkatkan pengendalian atas berbagai sumberdaya dan institusi pengatur (*regulative institution*) terutama meliputi kelompok dan gerakan yang selama ini belum tercakup

Dalam SKN disebutkan bahwa masyarakat dan swasta mempunyai peranan yang penting dalam upaya kesehatan yang bersifat peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif)

Peran serta masyarakat dalam bentuk

1. Ikut serta dalam menelaah masalah kesehatan

2. Ikut dalam perencanaan pelaksanaan termasuk penentuan prioritas
3. Menjalankan kehidupan dan atau berperan secara aktif dalam mengembangkan tenaga, sarana dan dana

## 2.2.Pemberdayaan Masyarakat

Untuk mewujudkan cita-cita tersebut Departemen Kesehatan menetapkan Misi yang ingin dicapai adalah "Membuat Rakyat Sehat", melalui strategi menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan serta meningkatkan pembiayaan kesehatan

### Pengertian Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan (*empowerment*) dari sudut psikologi dapat didefinisikan, sejauh mana individu merasa memiliki kemampuan untuk mengendalikan, mengatur, mengambil keputusan untuk dirinya sendiri (Lerman dan Porter, 1990)

Definisi yang lebih luas tentang *empowerment* (Asworth dan Mac Donald, 1993) "*empowerment can be defined as the recognition from within, the capacities to exercise influence, power and leadership in some or all social relation, and them going out and acting on that recognition*".

Depkes menyatakan Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non-instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM dan tokoh-tokoh setempat.

Hutomo, 2000 menambahkan prinsipnya suatu pemberdayaan adalah suatu upaya penguatan masyarakat untuk dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan yang mempengaruhi masa depannya.

Pemberdayaan akan menghasilkan kemandirian masyarakat, dengan demikian pemberdayaan merupakan proses dan kemandirian masyarakat adalah hasilnya. Karenanya kemandirian masyarakat bisa diartikan sebagai kemampuan untuk dapat mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari luar (Azrul Azwar, 2001). Dalam bidang kesehatan diupayakan berbagai kegiatan pemberdayaan masyarakat yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat, kegiatan ini sangat beragam.

Di Indonesia strategi pembangunan kesehatan yang melibatkan masyarakat telah diperkenalkan melalui kebijakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) pada tahun 1975 yaitu strategi pembangunan kesehatan yang menerapkan prinsip gotong royong dan swadaya masyarakat, dengan tujuan agar masyarakat dapat menolong dirinya sendiri, melalui pengenalan dan penyelesaian masalah kesehatan yang dilakukan bersama petugas kesehatan secara lintas program dan lintas sektor terkait, pendekatan PKMD atau pendekatan edukatif adalah serangkaian kegiatan yang sistematis, terencana dan terarah untuk menggali, meningkatkan dan mengarahkan keikutsertaan masyarakat agar memanfaatkan potensi yang ada, guna memecahkan masalah kesehatan yang mereka miliki. Pendekatan PKMD ini diwujudkan dalam berbagai bentuk kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat seperti Posyandu, Polindes, dan Pos Obat Desa. Yang dalam perkembangannya UKBM ini mengalami pasang surut, misalnya Posyandu yang pada awal dicanangkan tahun 1986 tercatat 25.000 Posyandu dan meningkat menjadi

238.699 pada tahu 2004, tetapi dalam aspek kualitas masih dijumpai banyak hambatan seperti, kelengkapan sarana maupun keterampilan kader yang rendah.

Pemberdayaan masyarakat untuk keberhasilan pembangunan kesehatan memiliki arti pengembangan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang masalah kesehatan. Wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya dikenal sebagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

Pemberdayaan masyarakat dapat dilihat melalui dua sudut pandang, yaitu sebagai proses dan sebagai hasil. Sebagai hasil, pemberdayaan masyarakat merupakan suatu perubahan yang signifikan yang dialami oleh individu dan masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan baik sosial maupun politik yang berlangsung dalam kurun waktu yang cukup panjang, bahkan sering kali lebih dari 7 tahun (Raebum, 1993). Sedangkan sebagai proses, dikatakan bahwa pemberdayaan masyarakat mempunyai spektrum yang cukup luas meliputi jenjang sasaran yang diberdayakan, kegiatan internal masyarakat maupun kegiatan eksternal masyarakat yang berbentuk kemitraan dan jejaring serta dukungan dari berbagai bentuk kebijakan politik yang mendukung kelestarian pemberdayaan (Jackson (1998), Labonte (1994), dan Rissel (1994))

Kebijakan program pemberdayaan masyarakat di masa depan seharusnya mencakup empat bidang yaitu program pemberdayaan dalam bidang ekonomi, sosial budaya, politik dan lingkungan. Yang dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara terintegrasi dalam suatu bentuk program yang terpadu seperti yang telah dilaksanakan

dalam bentuk kegiatan upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti Posyandu, Polindes ataupun bentuk lainnya.

Jumlah Posyandu dari tahun ke tahun meningkat, dan sampai tahun 2003 mencapai 245.154 Posyandu, namun dewasa ini diperkirakan hanya 40% Posyandu yang aktif. Polindes (Pondok Bersalin Desa) dari tahun ke tahun meningkat juga sampai tahun 2000 mencapai 25.235 Polindes, dan tahun 2003 menjadi 25.723 Polindes sampai saat ini belum bertambah. Pos Obat Desa/ Warung Obat Desa telah mencapai 15.414 POD, jumlahnya terus menurun yaitu tahun 2001 menjadi 12.039 dan pada tahun 2003 menjadi 11.032 dan diperkirakan saat ini semakin berkurang. Pos Upaya Kesehatan Kerja tahun 1999 yang semula telah mencapai 6.784 Pos UKK pada tahun-tahun berikutnya menurun drastis menjadi 3.878 Pos UKK pada tahun 2002, tetapi sejak tahun 2003 jumlah itu meningkat lagi menjadi 9.130 Pos UKK. Menurunnya jumlah UKBM yang aktif dikarenakan tidak aktifnya kader, akibat kurangnya supervisi dan pembinaan.

**Prinsip Pemberdayaan Masyarakat (Depkes-Unicef, Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat)**

1. Menumbuhkan kembangkan potensi masyarakat

Artinya segala potensi ditumbuhkan dan atau dikembangkan seoptimal mungkin untuk mengatasi masalah kesehatan, dan memelihara serta meningkatkan status kesehatan masyarakat/ keluarga. Bila ada bantuan dari luar sifatnya hanya simultan untuk menumbuhkan potensi masyarakat.

2. Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan

Prinsip pemberdayaan meningkatkan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

3. Mengembangkan gotong royong dan kerjasama masyarakat

Pengembangan potensi masyarakat melalui fasilitasi dan motivasi diupayakan agar selalu berpegang teguh pada prinsip memperkuat dan mengembangkan budaya gotong royong yang telah membudaya dikalangan masyarakat

4. Bekerja bersama masyarakat

Prinsip yang harus dipegang adalah bekerja untuk dan bersama masyarakat, karena dengan kebersamaan inilah terjadi proses fasilitasi, motivasi, alih pengetahuan dan alih keterampilan dari petugas kepada kader pada khususnya, dan masyarakat pada umumnya

5. KIE berbasis masyarakat

Selain model KIE yang konvensional harus dikembangkan KIE berbasis masyarakat yang berprinsip sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi lokal, bila mungkin gunakan penyuluh lokal, contoh-contoh perilaku masyarakat lokal, bahan makan yang banyak ada di setempat dll

6. Kemitraan dengan LSM dan ormas lain

Kemitraan dengan Pemerintah, LSM dan ormas setempat dan berbagai kelompok organisasi masyarakat lainnya akan memudahkan kerjasama di lapangan, sehingga potensi dapat dilaksanakan secara optimal

7. Desentralisasi

Segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional agar tidak berbenturan dengan kultur budaya setempat, dengan kata lain keputusan yang

diambil bukan merupakan perintah langsung dari atas, tetapi disesuaikan dengan keadaan masalah dan kebiasaan serta sosial budaya setempat.

Sebagai unit terkecil dari masyarakat maka rumah tangga menjadi awal dimulainya suatu pemberdayaan, yang mencakup pemberdayaan sosial, politik dan psikologis. Yang dimaksud dengan pemberdayaan sosial adalah usaha sebuah rumah tangga lemah memperoleh akses informasi, akses pengetahuan dan keterampilan, akses untuk berpartisipasi dalam organisasi sosial, dan akses dalam berbagai sumber keuangan. Pemberdayaan politik adalah usaha sebuah rumah tangga yang lemah memiliki akses dalam proses pengambilan keputusan yang mempengaruhi masa depannya. terakhir yang dimaksud pemberdayaan psikologis adalah usaha sebuah rumah tangga yang lemah untuk membangun kepercayaan diri (Friedman, 1992)

Potensi Pemberdayaan (Depkes-Unicef, Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat). Kegiatan masuk kedalam kategori pemberdayaan bila kegiatan tersebut bersifat fasilitatif non instruktif dan dapat memeperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat, guna mencapai tujuan yang diharapkan. Potensi itu bisa berupa

#### 1. Kepemimpinan dalam masyarakat (*Community Leadership*)

Dapat diartikan sebagai para pemimpin masyarakat baik yang bersifat formal maupun non formal, tokoh masyarakat, kader dan sebagainya, contoh pemberdayaan yang mengoptimalkan komponen *community leaders* adalah advokasi kepada pimpinan masyarakat, sarasehan pemimpin masyarakat (baik formal maupun informal) dan

pelatihan tokoh masyarakat. penganangan pentingnya posyandu dalam kesehatan ibu dan anak oleh Presiden pada tahun 1986 pada Hari Kesehatan Nasional merupakan contoh keberhasilan advokasi, dimana setelah tahun tersebut jumlah Posyandu meningkat menjadi tiga kali sebelumnya.

## 2. Lembaga masyarakat (*Community Organizations*)

(Adalah organisasi/ lembaga/ kelompok masyarakat yang telah ada dioptimalkan untuk menumbuh kembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat contohnya Polindes, Posyandu, bank donor darah dan ambulans desa. Contoh lain adalah menumbuh kembangkan Dasa Wisma oleh Tim Penggerak PKK di suatu wilayah.

## 3. Dana Masyarakat (*Community Fund*)

Adalah mengoptimalkan dana yang dimiliki masyarakat untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat, misalnya dahulu pernah terdapat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan masyarakat (JPKM), Dana Sehat, tabulin (tabungan ibu bersalin), tabumas (tabungan masyarakat) meskipun dengan premi yang kecil, tetapi apabila dikelola dengan profesional memiliki bukti turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

## 4. Sarana masyarakat (*Community Material*)

Adalah sarana yang dimiliki masyarakat, contoh kegiatan pemberdayaan masyarakat yang memanfaatkan komponen *community material* adalah upaya pembangunan sumur dan jamban keluarga desa yang dilakukan dengan kerja gotong royong memanfaatkan batu dan pasir di sungai yang ada di desa tersebut

## 5. Pengetahuan masyarakat (*Community Knowledge*)

Bahwa pemberdayaan masyarakat harus dilakukan dengan pendekatan yang disesuaikan dengan tingkat pengetahuan, bahasa maupun kemampuan penduduk

setempat, contohnya adalah lomba membuat poster yang berisi pesan kesehatan di desa, poster hasil karya peserta langsung dipasang disepanjang desa itu, dengan demikian akan terjadi interaksi antar penduduk melalui berbagai bentuk pesan yang disampaikan dalam bahasa, bahan dan kemampuan seni penduduk setempat

#### 6. Teknologi masyarakat (*Community Technology*)

Berupa penyederhanaan berbagai pengetahuan atau pesan yang bersifat teknis kedalam bentuk pengetahuan atau pesan yang mudah dikenal oleh masyarakat, contohnya adalah penyederhaan deteksi dini penyakit ISPA dari tanda-tanda klinis medis ke tanda-tanda yang mudah diukur masyarakat. Bila ditemukan gejala klinis bayi dispnoe atau sesak napas pada pneumonia diterjemahkan oleh masyarakat ke dalam bayi sakit batuk pilek disertai peningkatan frekuensi napas menjadi  $> 50$  kali/ menit (bayi usia 2-12 bulan).dan masyarakat harus segera merujuknya kepada petugas kesehatan. ( kini tersedia teknologi tepat guna untuk mendeteksi kejadian ISPA sehingga setiap orang bisa melakukannya).

#### 7. Pengambilan keputusan oleh masyarakat (*Community Decision Making*)

Adalah model perencanaan yang mengikut sertakan masyarakat, dimana pengambilan keputusan oleh masyarakat melalui proses menemukan masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya

Ikut berpartisipasi kader dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam kegiatan Posyandu menurut Indriati (2003)dalam rangka memenuhi kebutuhan kader yang dibagi dalam

a) Kebutuhan kader untuk memiliki penghasilan yang memenuhi kebutuhan dasar

Kader dalam melakukan tugasnya dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar hidupnya (biologis) yaitu kebutuhan pangan, kebutuhan sandang (pakaian) dan kebutuhan akan papan (perumahan secara bersamaan dipenuhi, dengan memperhatikan kebutuhan fisiologis dan psikologisnya yaitu tugasnya dilaksanakan sebagai cara untuk memperkaya pengalamannya, maka kader tersebut mempunyai potensi untuk dikembangkan kemampuannya agar lebih dapat berproduktivitas lagi, sehingga pemenuhan kebutuhan dasarnya lebih terjamin.

b) Kebutuhan kader untuk dapat bekerja dengan baik

Merupakan suatu pemenuhan kebutuhan akan rasa aman bagi kader dalam melaksanakan tugasnya. Pengembangan rasa percaya diri adalah tuntutan dalam melaksanakan tugasnya, bila rasa aman ini terpenuhi maka kader dapat melaksanakan tugasnya dengan kreatif dan sehat. Tahapan ini menempatkan tugas menjadi sesuatu pekerjaan yang menyenangkan bagi kader, sehingga suasana hati dan jiwanya dapat berkembang menjadi motivasi pendorong yang kuat dalam melakukan tugasnya dengan baik.

e) Kebutuhan kader untuk dapat membina kerjasama dan mendapat pengakuan dari orang lain

Apabila kader dapat membina kerjasama dengan orang lain, dan berinteraksi dengan berbagai lapisan masyarakat dengan bersilaturahmi yang baik, maka diantara keduanya dapat terjalin rasa saling memiliki, saling membuka diri dan saling mendukung

d) Kepuasan kader untuk dapat memanfaatkan kemampuannya dengan percaya diri

Kader memperoleh kepuasan bahwa dengan menggunakan kemampuan pribadi yang dimilikinya secara utuh, dapat memecahkan masalah yang ada dalam melaksanakan tugasnya dengan baik (percaya diri).

e) Kepuasan kader dapat mengaktualisasikan diri dengan mengabdikan kepada masyarakat dengan sukarela

Tahapan ini kader merasa puas bahwa dengan kemampuan yang dimilikinya dapat mensejahterakan orang lain. dan kader tidak perlu memikirkan pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan dan sebagainya

Langkah-langkah pemberdayaan melalui hal sebagai berikut

1) Persiapan merancang keseluruhan program

Perancangan program dilakukan dengan menggunakan pendekatan partisipatoris, agen perubahan bisa berasal dari pembinaan oleh Puskesmas sebagai perpanjangan tangan Pemerintah, organisasi massa, LSM/ dunia usaha dan masyarakat itu sendiri bersama-sama menyusun perencanaan. Perencanaan partisipatoris dapat mencegah terjadinya konflik antara masyarakat dan pemilik program selama program berlangsung dan setelah program dievaluasi, saat ini dilakukan pengorganisasian berbagai macam sumber daya material, keuangan, sumber daya manusia dan berbagai macam pengetahuan yang ada atau dibutuhkan dalam pelaksanaan program..

Banyak daerah yang memiliki tingkat partisipasi masyarakatnya rendah, karena kurangnya perhatian dari pembuat kebijakan setempat termasuk pimpinan pedesaan dalam mendorong dan memotivasi para serta masyarakat

2) Menetapkan tujuan

Menetapkan tujuan biasanya dilakukan pada tahap perancangan program, upaya ini dilakukan agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk mengontrol keputusan yang berpengaruh dalam kehidupannya, seperti dalam pencegahan penyakit, mengurangi angka kesakitan dan angka kematian, perilaku hidup sehat.

3) Memilih strategi pemberdayaan

Unuk mempermudah pelaksanaan proses pemberdayaan diperlukan strategi yang meliputi; peningkatan pendidikan masyarakat, fasilitasi kegiatan yang berasal dari masyarakat, mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat sebagai awalnya tumbuhnya rasa tanggung jawab sebagai anggota masyarakat, fasilitasi pengembangan jejaring sesama anggota masyarakat, serta melakukan advokasi kepada pengambilan keputusan.

4) Implementasi strategi dan manajemen

Penerapan implementasi strategi dan manajemen program pemberdayaan melalui cara (a) meningkatkan peran *stake holder* ( pemangku kepentingan) dalam masyarakat (b) menumbuhkan kemampuan masyarakat dalam pengenalan dan pemecahan masalah (c) mengembangkan kepemimpinan lokal (d) membangun kemampuan fungsi organisasi (e) meningkatkan mobilisasi sumber daya (f) meningkatkan kemampuan *stake holder* untuk bertanya "kenapa?" (g) meningkatkan kontrol *stake holder* (H) membuat hubungan yang erat dengan pihak luar

5) Evaluasi program

Pemberdayaan masyarakat berlangsung dalam kurun waktu yang berkesinambungan, hal-hal tertentu yang menjadi bagaian dari pemberdayaan baru beberapa tahun sesudah kegiatan selesai, oleh karena ituakan lebih tepat evaluasi dilakuakn pada proses pelaksanaan dri pada hasilnya. Hal-hal yang dievaluasi dalam program pemberdayaan (1) jumlah anggota masyarakat yang berpartisipasi dalam kegiatan (2) jumlah kegiatan yang bersifat dari bawah (*bottom-up*) (3) jumlah pelaku kegiatanyang merasa melakukan belajar sambil bekerja (*learning by doing*).

### **2.3. Keberlangsungan (*sustainability*) Program**

#### **Definisi Keberlangsungan (*sustainability*)**

Kemampuan untuk memelihara cakupan pelayanan dalam tingkatan dimana akan terdapat penerusan kontrol terhadap masalah kesehatan (Claquin, 1989)

Kemampuan suatu proyek untuk terus menyampaikan manfaatnya yang dimaksud dalam kurun waktu yang lama (Bamberger and Cheema, 1990)

Mampu menyampaikan tingkat manfaat dalam waktu yang diperluas setelah keuangan yang utama, manajerial dan teknik asistane dari donor luar dihentikan (US Agency for International Development, 1988)

Istilah untuk kelangsungan pelebagaan dan terintegrasinya sebuah program baru dalam suatu organisasi dalam masa yang panjang (Steckler and Goodman, 1989)

Perubahan organisasi yang akhirnya melibatkan proses dimana sebuah kebiasaan baru menjadi standar kegiatan perusahaan lokal, proses tersebut adalah pengorganisasian, pelebagaan, rutinisasi atau istilah lainnya menjadi pusatnya. organisasi (Yin, 1989)

Keberlangsungan (*sustainability*) biasanya dikaitkan dengan program-program inovasi baru baik di bidang bisnis maupun pelayanan kesehatan, dibutuhkan dukungan keuangan yang terus menerus untuk terpeliharanya agar sumberdaya manusia dan teknis tetap berfungsi setelah peluncuran program dicanangkan, untuk itu diperlukan suatu perencanaan.

Kepentingan sebuah perencanaan adalah memungkinkan perencanaan untuk kelangsungan program, untuk itu dibutuhkan analisis program yang hati-hati, termasuk menentukan tujuan dan sasaran, memperkirakan kemampuan dan rencana alternatif untuk mencapai tujuan, keefektifan dari rencana harus di evaluasi sebelum dilaksanakan dan harus ada surveilans berkelanjutan dari rencana untuk memastikan rencana berjalan baik untuk organisasi (Levey, 1973)

Goodman, 1988, menemukan beberapa program inovasi kesehatan ketiadaan perencanaan dini dan aktif, adalah mempertinggi kesempatan untuk *sustain* lebih lama dan mengusulkan perencanaan dini untuk menggaji pekerja dan bergabung organisasi dengan institusi kesehatan setempat.

Shediac-Rizkallah (1998) mengembangkan sebuah *framework* untuk mengukur kelangsungan (*sustainability*) bagi kesinambungan program kesehatan, penulis mendefinisikan kelangsungan (*sustainability*) sebagai suatu proses yang dinamis, yang membutuhkan kecakapan strategi dalam menyusun waktu dan kebutuhan. Sebagaimana terlihat dalam bagan kelangsungan (*sustainability*) dapat dipakai juga sebagai indikator operasional memonitor program yang sudah berjalan berupa:

**(1) Terpeliharanya manfaat kesehatan setelah selesainya program awal**

Konsep dan pendekatan dari kesehatan masyarakat memberi pandangan tentang metode untuk melacak hubungan antara kesehatan, kebiasaan dan masalah kesehatan dalam rangka menjamin kelanjutan kontrol terhadap penyakit. Banyak program yang berhenti secara dini menghasilkan *outcome* bidang kesehatan yang buruk. Kerumitan dalam intervensi yang bersifat preventif yang bertujuan untuk mengontrol baik masalah penyakit infeksi maupun penyakit kronik, adalah bahwa keberlangsung berjalan lambat, dan sukar untuk merubah kebiasaan

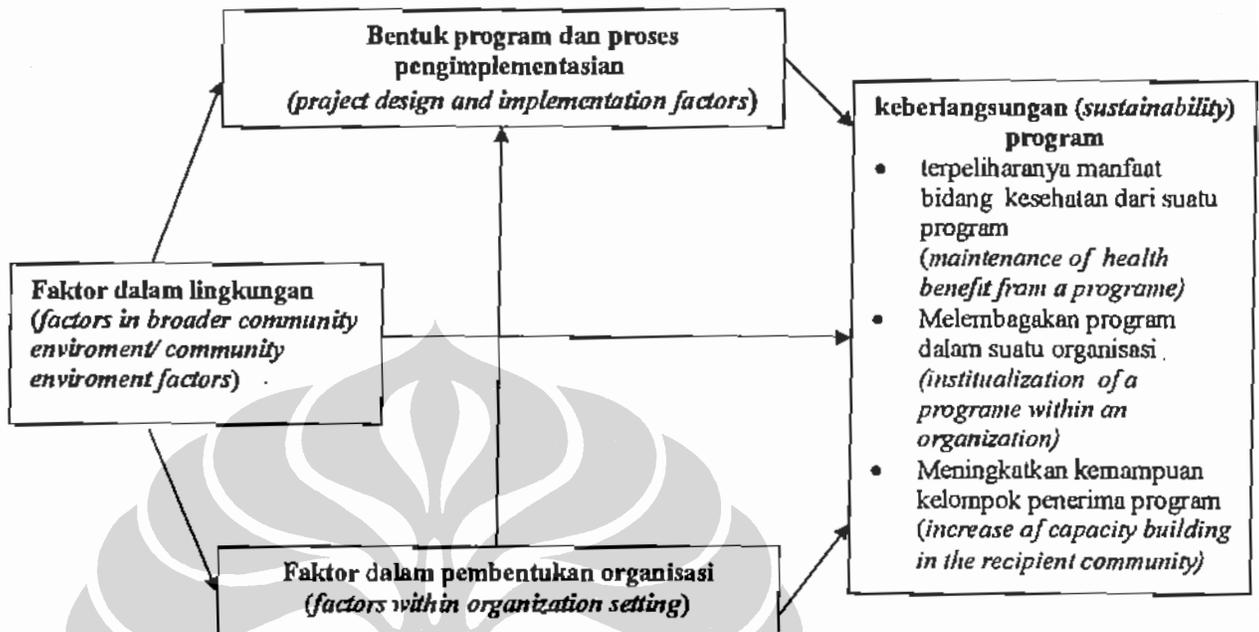
**(2) Melembagakan sebuah program menjadi bagian dari organisasi**

teori dari perubahan organisasi dan inovasi memberikan pendekatan tentang konsep bagaimana sebuah program baru bisa masuk dalam sebuah organisasi dan institusi. Keberlangsung dipandang sebagai sebuah proses hasil akhir dari program pengimplementasian yang muncul kemudian, inovasi kehilangan sebagian identitasnya dan menjadi aktifitas rutin sebuah organisasi hal ini sering disebut rutinisasi, kondisi yang menyebabkan sebuah inovasi berubah menjadi rutinisasi yang khusus bagi organisasi induk

**(3) Meningkatkan kemampuan kelompok penerima program**

Meningkatkan kemampuan masyarakat penerima dalam arti pelatihan terhadap penerima program untuk menjadi sumber informasi dan penasehat dalam masalah promosi kesehatan bagi masyarakat

Bagan (framework) keberlangsungan (sustainability) program



Sumber: M C Shediac Rizkallah and L R Bone

*Planning for sustainability of community based health program: conceptual framework and future directions for research, practice and policy. Jaurnal, 1998*

2.3.1. Keberlangsungan (Sustainability) dipengaruhi oleh 3 (tiga) kelompok faktor utama

(1) Proses pengimplementasian program (*project design and implementation factors*)

Faktor ini berhubungan dengan tersedianya sumberdaya yang dimiliki termasuk pegawai, uang dan waktu, dan bagaimana sumberdaya itu dipergunakan dalam implementasi. Perencanaan program membutuhkan saling pengertian antara pencari dana dan kebutuhan dari kelompok.

Sebuah program akan sustain merupakan hasil proses negosiasi yang dilaksanakan secara saling menguntungkan dan saling menghormati antara pencari dana, organisasi

induk, kelompok masyarakat dan pemerintah dalam hal menentukan tujuan, sasaran dan batas waktu pelaksanaan (Bossert, 1990)

a) proses negosiasi program:

bahwa pendekatan dan tujuan proyek dibicarakan bersama sebagai mitra dengan anggota kelompok penerima program, dan konsensus bersama itu dalam upaya memenuhi kebutuhan semua anggota kelompok, dan kebutuhan kelompok yang mendorong program bukan karena dorongan donor dari luar atau atas saran seorang ahli sekalipun.

b) efektifitas program

bahwa program yang akan dilaksanakan itu efektif memenuhi kebutuhan kelompok, sangat mungkin dilakukan dan sudah diketahui efek yang diharapkan dan tidak diharapkan.

c) lamanya proyek

Jangka waktu lamanya program akan dilaksanakan sudah diketahui program yang akan dilaksanakan merupakan program baru atau program yang sudah ada sebelumnya dan membutuhkan dana tambahan.

d) keuangan program

Diketahui darimana sumber dana program (intemal, eksternal atau gabungan)

Sumber daya lokal yang dimiliki

Harus ada biaya pemeliharaan

Besarnya biaya yang bisa dan mau dibayar oleh anggota masyarakat

Strategi yang akan dipakai untuk menanggulangi kekurangan dana yang berangsur-angsur menyusut

e) jenis program

Program yang akan dilaksanakan harus dapat dibedakan apakah bersifat preventif atau kuratif

f) Komponen pelatihan

Pada Proyek yang dilakukan pelatihan akan bertahan lebih lama, karena para peserta yang dilatih akan meneruskan hasil pelatihannya kepada yang lainnya dan akan mendukung kelangsungan program (Bossert, 1990)

(2) Faktor dalam pembentukan organisasi (*factors within organization setting*)

Segala sesuatu yang berhubungan dengan organisasi induk yang ada, termasuk struktur organisasi, proses politik yang menghambat atau mendukung kelanjutan dari program

- a) kekuatan institusi: adalah mengetahui bentuk program seperti apa yang akan diimplementasikan, dengan mempertimbangkan tentang kemungkinan perkembangannya program di waktu yang akan datang akan menjadi baik, stabil atau berkembang lebih besar dibandingkan saat awal pengimplementasian
- b) Program yang akan dilaksanakan menyeluruh dan terpadu dengan program yang ada (program induk), identifikasi kedudukan program yang akan dilaksanakan baik secara vertikal atau horizontal dalam keorganisasian induk yang ada.
- c) kepemimpinan: merupakan faktor yang berpengaruh penting sehubungan dengan kecakapan untuk dapat memimpin, memiliki keterlibatan yang besar dalam pelaksanaan program serta memiliki dukungan dari atasan yang lebih tinggi dalam organisasi induk

(3) Faktor dalam lingkungan (*factors in broader community enviroment/ community enviroment factors*)

Pertimbangan sosioekonomi dan politik: adalah bagaimana lingkungan sosioekonomi dan politik menguntungkan untuk keberlangsungan program sebagai tujuan yang realistik.dengan kata lain seberapa besar dan seberapa jauh keterlibatan masyarakat dalam kegiatan yang dilakukan. Banyak litcratur yang menyatakan bahwa partisipasi masyarakat memiliki efek yang positif terhadap keberlangsungan (*sustainability*) (Bracht 1990, Rifkin 1986)

Masih banyak daerah yang memiliki peran serta masyarakat yang rendah karena belum mendapat perhatian dari pembuat kebijakan setempat termasuk pedesaan, yang mendorong dan memotivasi peran serta masyarakat..

2.3.2.Perencanaan untuk kelangsungan (*sustainability*) program melalui tahapan

1. Menentukan tujuan dan cita-cita yang ingin dicapai
2. membangun sistem internal yang kuat
3. memelihara *visi* bersama
4. Melibatkan masyarakat dalam kerjasama
5. Memaksimalkan upaya penggalangan dana
6. Menjadi pelayan masyarakat yang baik
7. Belajar dari program yang sukses

#### 2.4. Konsep Dasar Desa Siaga

Kebijakan yang ada menyebutkan bahwa desa merupakan suatu wadah yang telah diatur sedemikian rupa dengan berbagai Peraturan Menteri Dalam Negeri yang menegaskan tentang kontekstual wilayah administratif yang harus diikuti oleh seluruh sektor pelaku pembangunan, posisi desa dalam perundang-undanganpun merupakan bagian integral dari suatu pemerintahan kabupaten secara menyeluruh. Warisan budaya dan adat istiadat yang dimiliki masyarakat Indonesia sejak dahulu dan masih berlangsung hingga sekarang terutama di pedesaan adalah gotong royong dan saling menolong yang bisa menjadi cikal bakal kesiagaan masyarakat dalam menangani berbagai masalah yang timbul dalam kehidupan bermasyarakatnya.

Prosentase penduduk menurut tipe wilayah mereka tinggal menunjukkan bahwa jumlah penduduk yang tinggal di wilayah pedesaan masih lebih besar dibandingkan yang tinggal di wilayah perkotaan yaitu sebesar 56,88% di wilayah pedesaan dan 43,12% tinggal di wilayah perkotaan. (12,13%). (Profil Kesehatan Indonesia 2005)

Jumlah desa seluruh Indonesia saat ini 69.994 desa, dengan desa yang memiliki Puskesmas ada 7.669 desa, desa yang memiliki Puskesmas Pembantu ada 22.171 desa, desa yang memiliki Poskesdes berjumlah 28.558 desa , sedangkan desa yang tidak memiliki fasilitas kesehatan maupun Polindes berjumlah 11.596 desa.

Kepmenkes Nomor 564/MENKES/SK/VIII/2006 menyebutkan pengertian Desa Siaga adalah Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kamauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan, secara mandiri.

Desa yang dimaksud dapat berarti Kelurahan atau Nagari atau istilah –istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat-istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Pengertian desa. Dalam UU No. 32/2004)

#### Tujuan Umum

- Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.
- Tujuan Khusus
- Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan
- Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya)
- Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa
- Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan

#### 2.4.1. Sasaran Pengembangan Desa Siaga

Untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa Siaga dibedakan menjadi tiga jenis yaitu:

Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya

Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama: tokoh perempuan: tokoh pemuda; kader desa; serta petugas kesehatan

Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana dan lain-lain, seperti kepala desa, camat, para pejabat terkait, swasta, donator, dan pemangku kepentingan lainnya.

#### Kriteria Desa Siaga

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

#### 2.4.3. Pos Kesehatan Desa

##### Pengertian Pos Kesehatan desa

Pos kesehatan Desa (Poskesdes) adalah Upaya kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan /menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa

Poskesdes dapat dikatakan sebagai sarana kesehatan yang merupakan pertemuan antara upaya-upaya masyarakat dan dukungan Pemerintah

Pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif, dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan terutama bidan dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya

#### Kegiatan Poskesdes

Poskesdes diharapkan dapat melaksanakan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa, sekurang-kurangnya:

- Pengamatan epidemiologis sederhana terhadap penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), dan faktor-faktor risikonya termasuk status gizi serta kesehatan ibu hamil yang berisiko
- Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan faktor-faktor risikonya termasuk status gizi
- Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan
- Pelayanan medis dasar, sesuai dengan kompetensinya.

Kegiatan-kegiatan lain, yaitu promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), penyehatan lingkungan dan lain-lain, merupakan kegiatan pengembangan.

Poskesdes juga diharapkan sebagai pusat pengembangan atau revitalisasi berbagai UKBM lain yang dibutuhkan masyarakat desa (misalnya Warung Orang Desa, Kelompok Pemakai Air, Arisan Jamban Keluarga, dan lain-lain). Poskesdes sekaligus berperan sebagai koordinator dari UKBM-UKBM tersebut.

## Sumberdaya Poskesdes

Poskesdes diselenggarakan oleh tenaga kesehatan (minimal seorang bidan), dengan dibantu oleh sekurang-kurangnya 2 (dua) orang kader.

Untuk penyelenggaraan pelayanan Poskesdes harus tersedia sarana fisik bangunan, perlengkapan, dan peralatan kesehatan. Guna kelancaran komunikasi dengan masyarakat dan dengan sarana kesehatan (khususnya Puskesmas), Poskesdes seyogianya memiliki juga sarana komunikasi (telepon, ponsel, atau kurir).

Pembangunan sarana fisik Poskesdes dapat dilaksanakan melalui berbagai cara, yaitu dengan urutan alternatif sebagai berikut:

1. Mengembangkan Pondok Bersalin Desa (Polindes) yang telah ada menjadi Poskesdes
2. Memanfaatkan bangunan yang sudah ada, misalnya Balai RW, Balai desa, Balai Pertemuan Desa dan lain-lainya
3. Membangun baru, yaitu dengan pendanaan dari Pemerintah (Pusat atau daerah), donator, dunia usaha, atau swadaya masyarakat

### 2.4.4. Langkah-langkah Pengembangan Desa Siaga

#### A. Persiapan

Dalam tahap persiapan, hal-hal yang perlu dilakukan adalah:

##### a. Pusat :

penyusunan pedoman

pembuatan modul-modul pelatihan

penyelenggaraan pelatihan bagi pelatih atau training of trainers (TOT)

- b. Provinsi : penyelenggaraan TOT (tenaga kabupaten/kota)
- c. Kabupaten/kota: penyelenggaraan pelatihan tenaga kesehatan  
penyelenggaraan pelatihan kader

## B. Pelaksanaan

Dalam tahap pelaksanaan, hal-hal yang perlu dilakukan adalah:

- a. Pusat :  
Penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lainnya
- b. Provinsi : penyelenggaraan TOT (tenaga kabupaten/kota)  
Penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lainnya
- c. Kabupaten/kota: penyelenggaraan pelatihan tenaga kesehatan  
Penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lainnya  
Penyiapan Puskesmas dan RS dalam rangka penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan
- d. Kecamatan  
Pengembangan dan pembinaan Desa siaga

## C. Pemantauan dan Evaluasi

Dalam tahap pemantauan dan evaluasi, hal-hal yang perlu dilakukan adalah:

- a. Pusat :  
Memantau kemajuan dan mengevaluasi keberhasilan pengembangan Desa Siaga
- b. Propinsi  
Memantau kemajuan pengembangan Desa Siaga

Melaporkan hasil pemantauan ke Pusat

c. Kabupaten/kota

Memantau kemajuan pengembangan Desa Siaga

Melaporkan hasil pemantauan ke Propinsi

d. Kecamatan

Melakukan pemantauan wilayah setempat (PWS)

Melaporkan perkembangan ke Kabupaten/ Kota

D. Pendekatan Pengembangan

Pendekatan pengembangan dilaksanakan untuk membantu/ memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus/ spiral pemecahan masalah secara terorganisasi, tahapannya melalui

- Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumberdaya untuk dimanfaatkan dalam pemecahan masalah
- Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternative-alternatif pemecahan masalah
- Menetapkan alternative pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya
- Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

Dalam pelaksanaannya langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh adalah

A. Pengembangan tim petugas

B. Pengembangan tim di masyarakat

- C. Survei Mawas Diri
- D. Musyawarah Masyarakat Desa
- E. Pelaksanaan Kegiatan

### **2.5. Pos Obat Desa**

Pos Obat Desa adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dalam melaksanakan unsur-unsur penyediaan obat sederhana dan penanggulangan penyakit ringan setempat.

POD merupakan wahana alih pengetahuan dan alih keterampilan tentang obat dan pengobatan sederhana dari petugas kepada kader dan dari kader kepada masyarakat.

Ciri dari POD adalah adanya pembinaan langsung dari petugas Puskesmas dimulai dari proses pembentukan POD, pemakaian obat sampai dengan pengadaannya.

#### **Tujuan**

Untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan, melalui penyediaan obat dan pengobatan sederhana, sebagai pertolongan pertama secara aman dan tepat.

#### **Tujuan Khusus**

Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang obat dan upaya pengobatan sederhana terhadap penyakit ringan di daerah setempat

Meningkatkan keterampilan masyarakat dalam mengenal keluhan dan mengobati penyakit ringan secara sederhana.

## Sasaran

Kelompok masyarakat di daerah terpencil, daerah yang sulit dijangkau oleh sarana pelayanan kesehatan, yang ada yaitu Puskesmas dan jaringannya, termasuk daerah yang sulit dijangkau sarana transportasi. Letak POD harus strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat setempat. Sebaiknya kader yang ada merupakan kader paling senior, juga kader yang telah dilatih dan memiliki kemampuan serta keterampilan pengelolaan POD.

Obat yang tersedia di POD adalah obat generik golongan obat bebas dan bebas terbatas, serta obat yang digunakan dalam program kesehatan: seperti obat panas, obat diare, obat cacing dll.

## Tingkat pengembangan POD

- POD Pratama
- POD Madya
- POD Purnama
- POD Manditi

## Beberapa pola pengembangan POD

- POD murni, tidak terkait dengan UKBM lain
- POD yang terintegrasi dengan Dana Sehat
- POD yang merupakan peningkatan dari Posyandu
- POD yang dikaitkan dengan Polindes
- POD yang dikembangkan dari POD di Pesantren dll

## 2.6. Pondok Bersalin Desa

Salah satu bentuk sarana pelayanan kesehatan yang dikembangkan sekitar tahun 1990. terutama dalam meningkatkan jangkauan sarana pelayanan, juga sebagai pelengkap sarana bagi bidan di desa dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

Merupakan bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat yang didirikan oleh masyarakat atas dasar musyawarah, sebagai pelengkap dari pembangunan masyarakat desa, untuk memberikan pelayanan KIA/KB serta pelayanan kesehatan lainnya sesuai kemampuan bidan.

### Tujuan

- Meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA/KB termasuk pertolongan pertama dan penanganan pada kasus gawat darurat
- Meningkatkan pembinaan dukun bayi dan kader kesehatan
- Meningkatkan kesempatan untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan bagi ibu dan keluarganya
- Meningkatkan pelayanan kesehatan lainnya sesuai kewenangan bidan

### Fungsi Polindes

- Sebagai tempat pelayanan KIA/KB dan pelayanan kesehatan lainnya
- Sebagai tempat untuk melakukan kegiatan pembinaan penyuluhan dan konseling kesehatan ibu dan anak
- Pusat pemberdayaan masyarakat

### Prinsip-prinsip Polindes

- Polindes merupakan bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat di bidang KIA/KB
- Polindes dapat dirintis di desa yang telah mempunyai bidan yang tinggal di desa tersebut
- Memiliki tingkat peranserta masyarakat yang tinggi, berupa : penyediaan tempat untuk pelayanan KIA khususnya pertolongan persalinan; pengolaan polindes, penggerakan sasaran; dan dukungan terhadap pelaksanaan tugas bidan di desa.
- Dalam pembangunan fisik polindes dapat berupa ruang/kamar yang memenuhi persyaratan sehat, dilengkapi sarana air bersih maupun peralatan minimal yang dibutuhkan. Sehingga secara konseptual bangunan fisik tidak harus bangunan baru, sedangkan untuk lokasinya sebaiknya tidak terlalu jauh dari tempat tinggal bidan tersebut.
- Mengingat tanggung jawab penyediaan dan pengelolaan tempat serta dukungan operasional berasal dari masyarakat, maka perlu diadakan kesepakatan antara wakil masyarakat, melalui wadah organisasi kemasyarakatan yang ada dengan bidan desa tentang pengaturan biaya operasional dan tarif pelayanan kesehatan di polindes.
- Polindes juga diharapkan dapat dimanfaatkan untuk membina kemitraan dengan dukun bayi selain pembinaan lainnya.

### Unsur Polindes meliputi

- Ada Bidan di desa
- Ada bangunan / ruang untuk pelayanan KIA/KB dan pengobatan sederhana lainnya
- Adanya partisipasi dari masyarakat

## **2.7. Survei Mawas Diri**

Pengertian Survei Mawas Diri adalah kegiatan pengumpulan data untuk mengenali keadaan dan masalah yang dihadapi, serta potensi yang dimiliki untuk mengatasi masalah tersebut.

Tahap pelaksanaan

- Pengumpulan data dapat berupa data primer yakni yang dikumpulkan langsung dari sumber data atau data sekunder yakni yang berasal dari catatan yang ada
- Pengolahan data
- Penyajian data berupa data masalah dan potensi

## **2.8. Musyawarah Masyarakat Desa**

Adalah suatu kegiatan pertemuan yang dilakukan oleh masyarakat dalam upaya menyelesaikan masalah yang didapat dari SMD dan dari data kesehatan lainnya yang mendukung. Inisiatif penyelenggaraan dari tokoh masyarakat baik formal maupun informal yang mendukung kegiatan, dengan pesertanya adalah anggota masyarakat setempat, dengan hasil dari musyawarah berupa ditetapkannya daftar urutan masalah dan upaya penanggulangan kesehatan yang akan dilakukan, yang disesuaikan dengan konsep pengambilan keputusan yang ada, masyarakat boleh menetapkan masalah dan upaya kesehatan diluar konsep yang ada dan dimasukkan dalam daftar urutan masalah

Tahap pelaksanaan

- a. Pemaparan daftar masalah kesehatan dan potensi yang dimiliki
- b. Membahas dan melengkapi urutan prioritas masalah

- c. Membahas dan melengkapi. potensi penyelesaian masalah yang dimiliki
- d. Merumuskan cara penanggulangan masalah sesuai dengan potensi dan merencanakan kegiatan penanggulangan masalah

## 2.9. Kemitraan

Kemitraan dalam upaya kesehatan adalah kebersamaan dari sejumlah pelaku untuk mencapai tujuan yang sama yaitu meningkatkan kesehatan masyarakat yang didasarkan kesepakatan tentang peran dan prinsip masing-masing pelaku (WHO, 1997) . Who memberikan pengertian tentang kemitraan (*partnership*) sebagai hubungan kerjasama antara dua pihak atau lebih berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan dalam upaya mencapai tujuan bersama atau kesepakatan yang bersifat sukarela antara dua pihak atau lebih, untuk bekerjasama mencapai tujuan bersama (*participation in action with another*)

Peraturan Pemerintah nomor 44 tahun 1997 tentang pengertian kemitraan adalah merupakan kerjasama usaha antara usaha kecil dan usaha menengah dan atau usaha besar disertai pembinaan dan pengembangan oleh usaha menengah atau usaha besar dengan memperhatikan prinsip saling memerlukan , saling memperkuat dan saling menguntungkan.

Azwar (2006) menyatakan kemitraan adalah kerjasama antara dua atau lebih pelaku kesehatan, berdasarkan prinsip kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama di bidang kesehatan melalui:

- (1) Penyamaan persepsi mengenai masalah kesehatan dan upaya penanggulangannya
- (2) Perumusan kesepakatan tentang peran dan tanggung jawab para pelaku kesehatan

(3) Peningkatan sinergi perencanaan, pelaksanaan, penilaian upaya kesehatan

(4) Peningkatan pencapaian tujuan yang efektif dan efisien

Kemitraan adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan keterbukaan, kesetaraan, dan saling memberikan manfaat (menguntungkan) untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing. Keterbukaan artinya setiap mitra dalam melaksanakan pembangunan kesehatan yakin dan percaya setiap perjanjian akan dilaksanakan dengan dengan terbuka, jujur, dan tidak saling merahasiakan sesuatu. Kesetaraan artinya setiap mitra dalam melaksanakan pembangunan kesehatan harus diberi kepercayaan penuh, dihargai dan dihormati serta diberi pengakuan dalam hal kemampuan dan nilai-nilai yang dimilikinya. Menguntungkan artinya setiap mitra dalam melakukan pembangunan kesehatan akan mendapat keuntungan dan manfaat bersama dari kemitraan tersebut (Depkes, 2003)

Bentuk kemitraan dalam bidang kesehatan antara lain (1) kemitraan dalam menghasilkan sebuah produk, misalnya pengadaan kelambu dan obat anti nyamuk oleh perusahaan dengan persyaratan yang telah ditetapkan oleh WHO (2) pengembangan produk misalnya mesin pendingin untuk vaksin, atau kerjasama lain menghasilkan produk yang sesuai untuk iklim daerah tersebut (3) pengembangan sistem pelayanan kesehatan dalam bentuk kebijakan kota sehat bekerjasama dengan pemerintah kota, sektor terkait pemerintahan kota dan pihak universitas, LSM / organisasi masyarakat (4) Kemitraan dalam mengembangkan isu kesehatan (5) Kemitraan dalam mengembangkan pesan-pesan kesehatan misalnya bekerjasama memberantas malaria

Langkah-langkah pokok kemitraan adalah sebagai berikut (Azwar, 2006):

- a) inventarisasi pihak-pihak yang terkait dengan penyelenggaraan dan pencapaian tujuan program kesehatan
- b) Menyamakan persepsi pihak-pihak terkait, yang dirumuskan dalam bentuk visi bersama program kemitraan
- c) Menetapkan peran dan tanggung jawab masing-masing pihak sesuai ruang lingkup dan kemampuan yang dimiliki
- d) Menyusun rencana kerja program kemitraan dan menetapkan pembagian tugas sesuai peran dan tanggung jawab masing-masing
- e) memantau dan menilai hasil yang dicapai untuk pengembangan selanjutnya

Beberapa alternatif peran mitra yang dapat dilakukan sesuai dengan keadaan, masalah, potensi setempat (Depkes, 2003)

- a) Initiator/ pemberi saran, memprakarsai kemitraan dalam rangka sosialisasi dan operasionalisasi Indonesia Sehat
- b) Motor/ dinamisator, sebagai penggerak kemitraan, melalui pertemuan, kegiatan bersama dll
- c) Fasilitator, memfasilitasi, memberi kemudahan sehingga kegiatan kemitraan dapat berjalan lancar
- d) Anggota aktif, berperan sebagai anggota kemitraan yang aktif
- e) Peserta kreatif, sebagai peserta kemitraan yang kreatif
- f) Pemasok input teknis, memberi masukan teknis program kesehatan
- g) Dukungan sumber daya, memberi dukungan sumber daya sesuai keadaan, masalah dan potensi yang ada

Azwar (2006) menyebutkan bentuk pokok kemitraan dapat dibedakan sebagai berikut

- a) Penyanggah Dana: mitra bertindak sebagai penyanggah dana dalam bentuk hibah atau pinjaman seperti program USAID atau AUSAID dan lain-lain
- b) Konsultan: Mitra bertindak sebagai konsultan, yang memberikan nasehat atau bantuan teknis sesuai dengan kebutuhan program
- c) Rekan Pelaksana: Mitra bertindak sebagai rekan pelaksana yang secara bersama-sama menyelenggarakan upaya kesehatan sesuai kesepakatan peran dan tanggung jawab misalnya Posyandu
- d) Kontraktor: Mitra bertindak sebagai pelaksana yang terikat dengan perjanjian kontrak untuk melaksanakan upaya kesehatan yang dapat dilakukan oleh universitas, organisasi profesi, LSM atau lembaga lainnya

Strategi membangun partisipasi masyarakat dalam kemitraan (Thaha, 2001)

1) Pengorganisasian masyarakat

Masyarakat digerakkan, diorganisasikan, dilatih dan diberdayakan untuk memainkan peranan proaktif bagi kesehatannya sendiri dan melakukan sesuatu untuk meningkatkan kualitas hidupnya

2) Mengkoordinasi dukungan lintas sektor

Mengkoordinasi dan melibatkan lintas sektor terkait dalam program-program kesehatan setempat dengan cara memobilisasi sumber dayanya untuk mendukung masyarakat setempat

3) Perencanaan dari bawah

Masyarakat menentukan dan menyiapkan rencana yang mungkin dilakukan sesuai prioritas masalah kesehatan setempat

4) Pembangunan terintegrasi dan berkelanjutan

Masyarakat melakukan intervensi yang bersifat multidisiplin yang terintegrasi, berdasarkan kebutuhan lokal yang memperhatikan kesesuaian dengan rencana wilayah dan rencana kesehatan nasional

5) Pengelolaan oleh masyarakat sendiri

Masyarakat mengelola sendiri kegiatan-kegiatannya dengan memobilisasi dan menyumbangkan sumber daya yang dimiliki untuk memastikan keberlanjutannya program

#### **2.10. Desa Siaga Gotong Royong Kabupaten Subang**

Kabupaten Subang terletak di bagian Utara Provinsi Jawa Barat dengan luas wilayah 2.078,32 km<sup>2</sup> ( 5,80% dari wilayah Provinsi Jawa Barat). Kondisi alamnya terdiri dari rawa, berbukit-bukit dan hutan. Tinggi dari permukaan laut antara 0 – 1.500 m dengan topografi daerah terdiri dari 3 zona, yaitu daerah pegunungan, dataran dan pantai. Kabupaten Subang sebelah Utara dibatasi oleh Laut Jawa, sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Sumedang dan Indramayu, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Bandung, dan sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Purwakarta dan Karawang. Kabupaten Subang terdiri dari 6 wilayah Pembantu Bupati, 22 kecamatan, 8

Kelurahan dan 245 desa, 1708 RW dan 5.781 RT. secara umum wilayah Kabupaten Subang beriklim tropis dan curah hujan rata-rata per tahun 2.352 mm, dengan jumlah hari hujan 100 hari ( data BPS 2004), dengan kondisi iklim yang demikian serta adanya lahan yang subur dan banyaknya aliran sungai menjadikan sebagian besar wilayah Subang dijadikan lahan pertanian.

Jumlah penduduk Kabupaten Subang berjumlah 1.402.134 jiwa (sumber BPS), terdiri dari 710.237 laki-laki dan 691.897 perempuan dengan kepadatan penduduk 683 jiwa/km<sup>2</sup>, dengan tingkat kepadatan penduduk perkecamatan terbesar di Kecamatan Subang (2.212 jiwa/km<sup>2</sup> ) dan terendah di Kecamatan Legonkulon (324 /km<sup>2</sup> ). Dari jumlah penduduk di atas terdapat jumlah keluarga miskin .573.573 keluarga pada tahun 2005 menjadi 349.779 keluarga pada tahun 2006, dengan penyebaran terbanyak berada di Kecamatan Binong dan terendah di Kecamatan Cipeundeuy. Berdasarkan Badan Pusat Statistik terdapat 37 desa tertinggal yang tersebar hampir merata 1-4 desa disemua kecamatan.

Sarana kesehatan terdiri dari 39 unit Puskesmas sehingga rata-rata wilayah kerja Puskesmas meliputi 6-7 desa tetapi penyebarannya tidak merata, Puskesmas Jati Baru hanya memiliki satu desa wilayah kerja, sedangkan Puskesmas Cisalak memiliki tiga belas desa dengan kondisi geografis yang cukup sulit, dengan perincian 6 unit Puskesmas Dengan Tempat Perawatan dan sisanya 33 Puskesmas Non Perawatan. Puskesmas Pembantu terdiri dari 74 unit, Polindes 43 unit, Puskesmas Keliling roda empat 22 unit , sedangkan Rumah Sakit Daerah 1 unit., RS II PTPN VIII subang 1 unit, dan RSUD Lanud Suryadarma 1 unit.

Keadaan Tenaga Kesehatan pada tahun 2006 di kabupaten Subang terdapat 56 dokter umum (43 berstatus PNS dan 13 orang dokter PTT), 25 orang dokter gigi ( 10 orang PNS dan 15 orang PTT), 489 tenaga perawat (169 PNS dan 220 tenaga kontrak), 330 orang bidan (216 orang PNS dan 114 orang PTT).

Seluruh Desa di Kabupaten Subang telah melaksanakan Desa Siaga yang dikelompokkan dalam tingkatan strata, dari 253 desa yang ada 18 desa termasuk strata Desa Siaga utama, 76 Desa Siaga madya dan 159 Desa Siaga Pratama

Jumlah UKBM yang ada di Kabupaten Subang terdiri dari 1603 Posyandu, 4027 kader aktif, 227 kelompok Dana Sehat, 253 Polindes, 18 Pos Obat Desa, 1058 Tanaman Obat Keluarga, 124, Poskestren, 22 Kwartir ranting Saka Bhakti Husada dan 22 Pos Usaha Kesehatan Kerja.

Desa Siaga merupakan salah satu upaya untuk menuju masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap masalah kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular, kejadian bencana kecelakaan dan lain-lain dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya masyarakat desa setempat secara gotong royong menuju masyarakat yang sehat karena itu upaya pemberdayaan masyarakat Kabupaten Subang menjadi penting, maka dilakukan kegiatan melalui Desa Siaga yang memerlukan pendekatan edukatif yang berkesinambungan.

Berbagai kegiatan berbasis masyarakat yang sudah ada seperti posyandu, Posbindu, Polindes, POD, Dana Sehat, Gerakan Sayang Ibu (Dasolin, Tabulin, Ambulan desa, Kemitraan Dukun Paraji dan Sistem Pemberitahuan) dan lain-lain sebagai cikal bakal atau titik awal Pengembangan Menuju Desa Siaga. Pengembangan Desa Siaga menjadi lebih cepat apabila di desa telah ada berbagai bentuk Upaya kesehatan Berbasis

masyarakat ( Profil Kesehatan kab subang 2007). Desa Siaga di kabupaten Subang sudah dikembangkan sejak tahun 1998 dengan kategori Desa Siaga (Siap Antar Jaga) Maternal yang lebih difokuskan pada upaya penurunan angka kematian Ibu dan Bayi. Secara umum seluruh Desa dan Kelurahan di kabupaten Subang telah mengembangkan Desa Siaga tetapi dalam tahap pelaksanaan hasilnya sangat bervariasi satu sama lain.

Komponen Desa Siaga Maternal (GSI) yang telah dikembangkan di Kabupaten Subang terdiri dari 5 komponen yaitu (a) sistem pendanaan (b) sistem transportasi (c) sistem donor darah (d) sistem kemitraan persalinan (e) sistem pemberitahuan. Dengan dikeluarkannya Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga sesuai Kep Menkes nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 maka Desa Siaga yang dimaksud tidak Siap Antar Jaga Maternal saja tapi dikembangkan menjadi kesiapsiagaan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan termasuk bencana, KLB dan kegawat darurat dengan menambahkan beberapa komponen diluar komponen Desa Siaga Maternal. Pengembangan Desa Siaga merupakan gerakan untuk mengembangkan berbagai UKBM dan kegotong royongan masyarakat desa dalam bidang kesehatan, serta membangun berbagai jejaring UKBM didesa yang akhirnya akan membentuk Desa Sehat.

Komponen Desa Siaga Gotong Royong adalah

- 1) Memiliki Forum Masyarakat Desa (Forum Desa Sehat, satgas GSI, Forum Desa Siaga dan lain-lain)
- 2) Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar dan Sistem rujukan berupa Polindes, Pustu atau Poskesdes (jika diperlukan)
- 3) Memiliki UKBM yang dikembangkan dari komponen yang sudah ada diantaranya Posyandu, Posbindu, Pos Dana Sehat, Pos UKK dan lainnya

- 4) Memiliki Sistem Pengamatan Penyakit
- 5) Memiliki Sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawat daruratan, KLB, bencana yang berbasis masyarakat
- 6) Adanya upaya menciptakan untuk mewujudkan lingkungan sehat yang berbasis masyarakat
- 7) Adanya upaya menciptakan dan mewujudkan PHBS
- 8) Adanya upaya untuk menciptakan terwujudnya Kadarzi
- 9) Indikator lokal Kabupaten Subang yaitu adanya Lumbung Ekonomi Desa (LED)

Tingkatan atau strata Desa Siaga Plus adalah

- 1) Strata Pratama, yaitu bila memenuhi 4 indikator minimal ( indikator 1 s/d 4 atau memenuhi indikator utama)
- 2) Strata Madya yaitu bila memenuhi 4 indikator utama ditambah 2 indikator tambahan selain LED
- 3) Strata Utama yaitu bila memenuhi 8 indikator ditambah indikator lokal LED

#### **2.11. Perilaku Masyarakat sehubungan dengan upaya mengatasi serangan sakit**

Menurut Soekijo (1990) ada 6 perilaku dalam menanggulangi sesuatu yang dirasakan sakit yaitu

**Pertama :** tidak bertindak apa-apa (no action) alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Kemungkinan mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Dan tidak jarang juga masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain

yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas dalam kehidupannya.

Alasan lain yang sering didengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan letaknya sangat jauh, para petugas tidak simpatik, judes, tidak responsif dan lain sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya dan sebagainya.

**Kedua** : Tindakan mengobati sendiri (*Self treatment*), dengan alasan-alasan yang sama dengan yang diuraikan diatas. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang tersebut sudah percaya terhadap diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman-pengalaman yang lalu, usaha-usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan, sehingga pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

**Ketiga**, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), Untuk masyarakat pedesaan pada khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas, dibanding pengobatan-pengobatan lainnya

Pada masyarakat yang masih sederhana masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya, daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu, pencarian pengobatannyapun lebih berorientasi pada sosial-budaya masyarakat, daripada hal-hal yang dianggap masih asing.

Berbagai macam dukun yang mengadakan pengobatan tradisional adalah merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah merupakan kebudayaan, lebih diterima oleh masyarakat dari pada dokter, mantri, bidan dan sebagainya yang masih asing bagi mereka. Demikian juga pengobatan-pengobatan yang dilakukan dan obat-obatannya bukan merupakan kebudayaan mereka.

**Keempat**, mencari pengobatan dengan membeli obat-obatan di warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, dan termasuk tukang-tukang jamu.

**Kelima**, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan kedalam balai pengobatan, Puskesmas dan Rumah Sakit.

**Keenam**, adalah mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private modern medicine*)

## 2.12. Sistem dan Pendekatan Sistem

Batasan Sistem menurut Ryans (Azrul Azwar, 1996) adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan.

Sistem memiliki beberapa ciri pokok sistem yaitu (1) Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan saling mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan, (2) Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan, (3) Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagai mana yang telah direncanakan, (4) Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan (Azwar, 1996).

Sebagaimana telah disebutkan sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut adalah suatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak ditemukan, maka tidak ada yang disebut sistem. Bagian atau elemen tersebut dikelompokkan dalam enam unsur yaitu (Azwar, 1996)

1. Masukan

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

2. Proses

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

3. Keluaran

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem

4. Umpan balik

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

5. Dampak

Adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

6. Lingkungan

Adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh terhadap sistem.

Dalam administrasi kesehatan kesemuaan rincian tersebut dapat dibedakan atas dua macam yaitu (Azwar, 1996) :

1. Sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan

Jika suatu sistem dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan :

a) Masukan

Adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana, dan metode atau dikenal istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.

b) Proses

Adalah fungsi administrasi, yang terpenting adalah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian.

c) Keluaran

Adalah pelayanan kesehatan dalam arti fasilitas yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat

2. Sistem sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan

Jika sistem kesehatan dipandang sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan, maka yang dimaksud dengan :

a) Masukan

Adalah setiap masalah kesehatan yang ingin diselesaikan

b) Proses

Adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana dan metoda atau dikenal sebagai sumber, tata cara dan kesanggupan

c) Keluaran

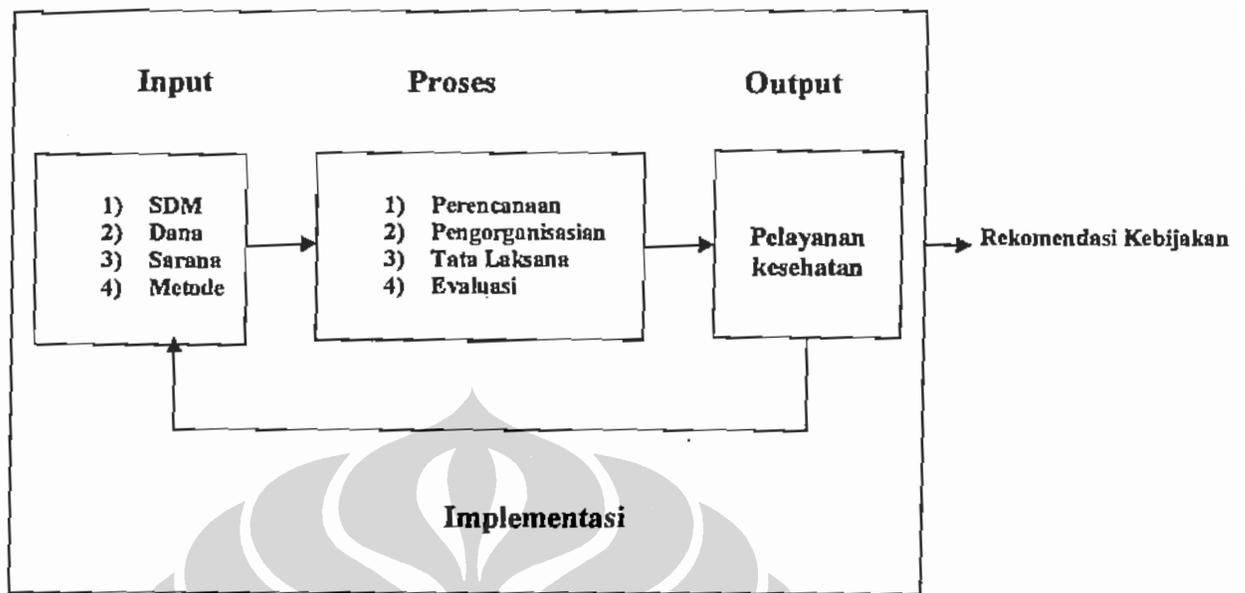
Adalah selesainya masalah kesehatan yang dihadapi.

Dibentuknya suatu sistem pada dasarnya untuk mencapai suatu tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Untuk terbentuknya sistem tersebut perlu dirangkai berbagai unsur atau elemen sedemikian rupa sehingga secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan dan secara bersama-sama berfungsi untuk mencapai tujuan kesatuan. Pendekatan sistem adalah penerapan dari cara berpikir sistemis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi.

Prinsip pokok pendekatan sistem dalam pekerjaan administrasi dapat dimanfaatkan untuk dua tujuan. Pertama, untuk membentuk sesuatu, sebagai hasil dari pekerjaan administrasi. Kedua, untuk mengurai sesuatu yang telah ada dalam administrasi

Jika pendekatan sistem dapat dilaksanakan, akan diperoleh beberapa keuntungan antara lain :

1. Jenis dan jumlah masukan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan, dengan demikian penghamburan sumber, tata cara dan kesanggupan yang sifatnya selalu terbatas akan dapat dihindari.
2. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran sehingga dapat dihindari pelaksanaan kegiatan yang tidak diperlukan.
3. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih tepat dan obyektif.
4. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahap pelaksanaan program



Sumber: Dunn, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, 2003

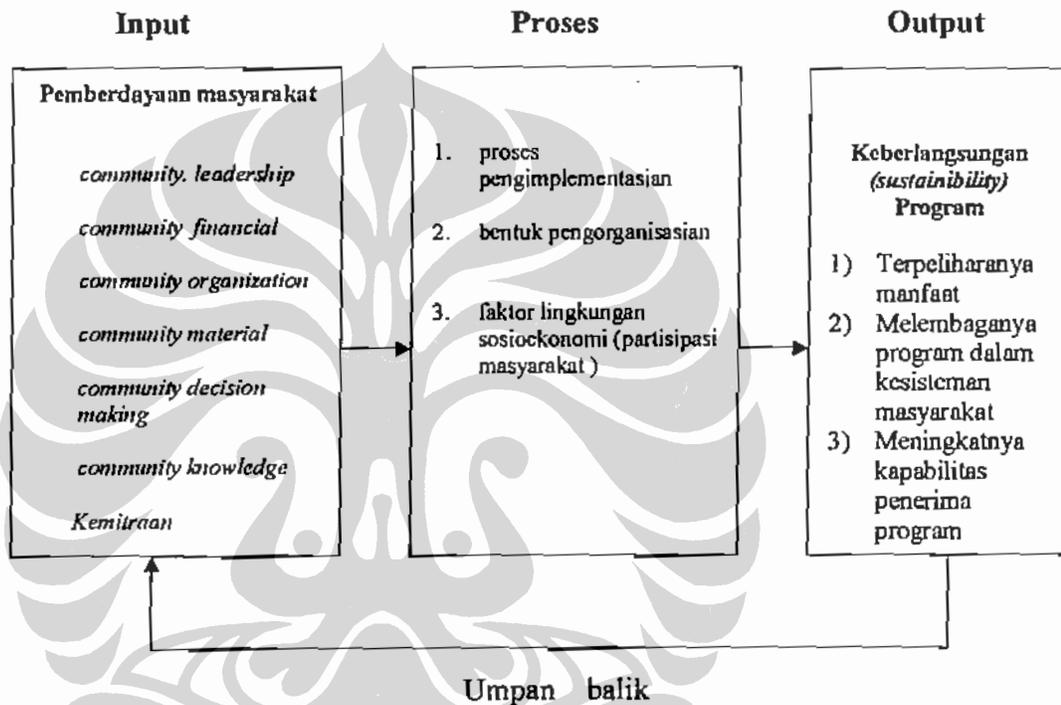
## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN PENGERTIAN ISTILAH

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori-teori tinjauan pustaka maka dapatlah dikemukakan dalam tujuan utama penelitian ini variabel input terdiri dari sumber daya kepemimpinan di masyarakat (*community leadership*), dana masyarakat (*community financial*), lembaga masyarakat (*community organization*), sarana masyarakat (*community material*) dan pengambilan keputusan oleh masyarakat/ musyawarah (*community decision making*), pengetahuan masyarakat (*community knowledge*), teknologi masyarakat (*community technology*) serta kemitraan. Sedangkan variabel proses adalah proses negosiasi pengimplementasian program, proses pembentukan organisasi program dan faktor lingkungan sosioekonomi yang mempengaruhi. Variabel untuk output adalah Keberlangsungan Program (terpeliharanya manfaat bidang kesehatan dari suatu program, terlembaganya program dalam kesisteman kemasyarakatan, Meningkatnya kemampuan kelompok penerima program)

## Keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Desa Siaga



### 3.2 Pengertian Istilah

#### 1 Sarana masyarakat (*community material*)

Adalah semua barang yang dapat dipakai sebagai alat yang mempermudah pelaksanaan kegiatan baik berupa bangunan, kendaraan bermotor maupun alat kesehatan untuk mencapai tujuan pelaksanaan Desa Siaga (rumah dinas, rumah pribadi, ambulan desa, dan peralatan stateskop tensi meter, timbangan berat badan) dll

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan dan telaah dokumen

Informasi yang didapat adalah tentang data sarana dan alat yang dimiliki

#### 2 Dana masyarakat (*community finance*)

Adalah uang atau barang yang disediakan atau dihimpun baik secara sukarela atau wajib dalam pelaksanaan Desa Siaga bisa berbentuk Dasolin, tabulin, perelek, sumbangan donor, iuran tempat usaha (apotik, warung, penggilingan padi dll)

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan dan telaah dokumen

Informasi yang didapat adalah tentang data anggaran kegiatan

#### 3 Lembaga Masyarakat (*community organization*)

Adalah suatu bentuk organisasi/ kelompok/ ikatan yang secara bersama-sama dibuat oleh masyarakat dalam mencapai tujuan yang sama menjadikan Desa Siaga untuk wilayah kerjanya

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan dan telaah dokumen

Informasi yang didapat adalah tentang data lembaga yang ada

4 Kepemimpinan (*community leadership*)

Adalah sifat seseorang yang karena kedudukannya, pengetahuan dan tingkah laku menjadi contoh masyarakat dalam upaya pelaksanaan Desa Siaga dapat berupa tokoh masyarakat, tokoh agamas, kader

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap Informasi tentang kepemimpinan dalam masyarakat

5 Pengetahuan (*community knowledge*)

Adalah ketepatan informasi yang dimiliki responden tentang pemahaman Desa Siaga

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi tentang pengertian tentang program Desa Siaga

6 Kemitraan

Adalah suatu hubungan kerjasama yang dilakukan oleh dua pihak atau lebih, melakukan kegiatan bersama dalam mencapai tujuan yang ditetapkan bersama dalam melaksanakan Desa Siaga, dapat berupa kerjasama dengan karang taruna, badan usaha, bank, klinik atau bidan paraktek swasta

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi tentang pengertian tentang kerjasama dengan kelompok lain di masyarakat dalam melaksanakan Desa Siaga

7 Musyawarah (*community decision making*)

Adalah suatu cara dalam menyelesaikan masalah yang dilakukan dengan berunding dalam rapat bersama untuk mendapa keputusan bersama mengenai pelaksanaan Desa Siaga dapat berupa tahapan pemecahan masalah yang bersifat *bottom up planning* (tahapan dimulai dari survei mawas diri atau musyawarah masyarakat desa)

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi tentang cara pengambilan keputusan yang ada di masyarakat responden

#### 8 Terpeliharanya manfaat

Adalah terjaga dengan baik kegunaan program kesehatan sebagai kontrol terhadap kebiasaan yang tidak mendukung program desa siaga berupa peningkatan cakupan pelayanan dasar oleh Bidan.

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan dan telaah dokumen

Informasi yang didapat adalah tentang keberadaan manfaat dari desa siaga

#### 9 Pelembagaan program dalam kesisteman di masyarakat

Adalah perwujudan aktifitas dalam suatu kegiatan yang teratur (rutin) di masyarakat misalnya tentang pelaporan kejadian sakit/penyakit yang gawat, dapat menimbulkan kejadian luar biasa, dapat berupa kegiatan surveilans sederhana yang secara sadar dan sukarela menjadi kegiatan sehari-hari kader atau masyarakat

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan dan telaah dokumen

Informasi yang didapat adalah tentang wujud aktifitas desa siaga dalam kegiatan masyarakat

#### 10 Peningkatan kemampuan

Adalah perubahan kearah yang lebih baik dari kesanggupan kelompok masyarakat (kader) baik dalam hal kemauan, kemampuan, dan pengetahuan untuk melakukan kegiatan desa siaga berupa pelatihan

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi yang didapat adalah tentang perubahan kesanggupan yang lebih baik dari masyarakat dalam melaksanakan desa siaga dibanding sebelumnya

#### 11. proses pengimplementasian

adalah proses penerapan program yang dibicarakan bersama sebagai suatu kebutuhan dalam kedudukan sebagai mitra oleh semua anggota kelompok yang terlibat, dengan membicarakan jangka waktu, sumber dana, sumberdaya lokal, jenis program preventif atau kuratif maupun pelatihan yang dilakukan suatau kegiatan yang terencana dalam mengorganisasi segala sumber daya keuangan, material, tenaga, serta menetapkan perubahan perilaku hidup sehat yang ingin dicapai, kegiatan ini berupa Survei Mawas Diri oleh masyarakat desa, pemilihan alternative pemecahan masalah melalui proses Musyawarah Masyarakat Desa

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi yang didapat adalah tentang proses negosiasi implementasi program

#### 12. Proses pembentukan organisasi

adalah proses pemilihan cara penyelesaian masalah kesehatan yang muncul dengan pembentukan program dihubung sebagai program yang terpadu dengan program

yang sudah ada sebelumnya (program induk), kepemimpinan yang cakap yang juga mendapat dukungan dari atasan yang berada dalam organisasi induk yang ada kegiatan bisa berupa pelatihan, fasilitasi dan advokasi di masyarakat

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi yang didapat adalah tentang program desa siaga yang dikembangkan merupakan program pengembangan program yang sudah ada sebelumnya.

### 13. faktor lingkungan sosioekonomi

adalah faktor yang berada di lingkungan yang meliputi keuntungan sosioekonomi politik, misalnya kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah .

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan

Informasi yang didapat adalah tentang besarnya partisipasi masyarakat

## BAB IV

### METOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian dilakukan secara kualitatif dan penelitian deskriptif analitik, melalui wawancara mendalam dan observasi., Penelitian ini terpilih karena diharapkan dapat menjawab permasalahan mengenai belum diketahuinya keberlangsungan (*sustainability*) upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga

#### 4.2 Informan penelitian

Informan pada wawancara mendalam ditetapkan peneliti untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan memadai. Informan penelitian ini adalah

- a) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Subang
- b) Kasubdin Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan Kabupaten Subang
- c) Kepala Seksi Promosi Kesehatan Dinkes Kabupaten Subang

(Pemilihan informan di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten dimaksudkan untuk mendapat gambaran kebijakan, dukungan dan pembinaan yang diberikan oleh Dainas Kesehatan Kabupaten dalam pelaksanaan Desa Siaga)

- d) Fasilitator Desa Siaga/ Staf Kecamatan
- e) Kepala Desa
- f) Bidan Desa
- g) Petugas Daerah Binaan (Darbin)
- h) Tokoh masyarakat

i) Kader Kesehatan

j) Masyarakat (Ibu Rumah Tangga / Suami)

(Pemilihan informan di tingkat desa untuk menggali bagaimana pelaksanaan kebijakan Desa Siaga yang di turunkan di lapangan yang secara nyata ada baik berupa potensi yang dimiliki, proses pengimplementasian maupun keberlangsungan upaya pemberdayaan yang terjadi)

#### **4.3 Pengumpulan Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah berupa data primer yaitu data yang dikumpulkan oleh peneliti dengan wawancara mendalam dengan informan dan observasi, sedangkan data sekunder dari telaah dokumen di Desa, Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten.

#### **4.4 Instrumen Penelitian**

Instrumen yang dipakai untuk membantu pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti dengan pedoman wawancara mendalam, tape recorder, alat pencatat serta dokumen yang dimiliki di Desa, Puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten.

#### **4.5 Validitas data**

Untuk menguji data yang ada adalah valid melalui triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dalam penelitian ini adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kasubdin Penyuluhan dan Pendidikan Kabupaten, Kepala Seksi Promosi Kesehatan Kabupaten, Fasilitator Desa Siaga, Bidan desa, Petugas Daerah Binaan, Kepala Desa, Tokoh Masyarakat, Kader Kesehatan dan Anggota Masyarakat.

Triangulasi metode dengan dengan wawancara mendalam dan observasi pada dokumen

#### **4.6 Metode Pengolahan dan Analisis Data**

Pengolahan data dilakukan setelah data yang diperoleh melalui diskusi kelompok kecil dan wawancara mendalam ditranskrip dari data elektronik (tape recorder) menjadi bentuk cetak, kemudian dikelompokkan ke masing-masing variabel untuk memperoleh data-data yang sejenis dan menginterpretasikan data sesuai dengan variabel yang diteliti.



**BAB V**  
**GAMBARAN UMUM**  
**DESA GUNUNGSARI DAN NEGLASARI**

**5.1. Keadaan Geografi dan Demografi**

**5.1.1. Geografis dan Demografis Desa Gunungsari**

Desa Gunungsari merupakan salah satu wilayah yang ada di Kecamatan Pagaden Kabupaten Subang, Secara Geografis Gunungsari berada di bagian selatan Kecamatan Pagaden dengan luas wilayah 337,9 Ha. Batas wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Desa Sukamulya Kccamatan Pagaden
- b. Sebelah Selatan berbatasan Desa Gunung Sembung Kecamatan Pagaden
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Pangsor
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Desa Padamulya Kecamatan Cipunagara

Jarak ke Ibukota Kecamatan 5 km, jarak ke Ibukota Kabupaten 10 km, jarak ke Ibukota Propinsi sekitar 70 km dan jarak dari Ibukota Negara 150 km.

Desa Gunungsari merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Gunung Sembung yang terdiri dari 6 Dusun, 6 Rukun Warga (RW), 13 Rukun Tetangga (RT) dan 1210 Kepala Keluarga (KK). Jumlah penduduk Desa Gunungsari berjumlah 3864 jiwa pada tahun 2007, yang terdiri dari penduduk laki-laki sebesar 1916 jiwa, dan penduduk perempuan sebesar 1948 jiwa . Pendataan menunjukka di Desa Gunungsari terdapat 497 Kepala Keluarga (41,07%) merupakan kelompok Pra

Keluarga Sejahtera dan 279 Kepala Keluarga (23,06%) kelompok Keluarga Sejahtera tingkat I.

Penduduk yang berusia 15-55 tahun berjumlah 2291 jiwa (59,29%), penduduk usia sekolahnya berjumlah 871 jiwa (22,54%). tingkat pendidikan masyarakat terbanyak adalah tingkatan Sekolah Dasar 1327 jiwa (53,19 %), tidak tamat Sekolah Dasar 740 jiwa (29,66%), tamatan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama 129 jiwa (5,17%), tingkat pendidikan Sekolah Lanjutan Atas dan Perguruan tinggi 299 jiwa (11,98%).

Penadapatan Perkapita pertahun penduduk sebesar Rp. 4.385.461,-.

Curah Hujan 1790 mm per tahun, jumlah bulan hujan rata-rata 6 bulan, suhu rata-rata 37 darajat Celcius, ketinggian dataran 27 mdpl. Sesuai dengan kondisi wilayahnya yang merupakan wilayah dataran dengan banyaknya lahan pertanian yaitu persawahan 224.3 Ha, ladang seluas 47.6Ha, dengan besarnya curah hujan 1780mm/ tahun maka mata pencaharian penduduk Desa Gunungsari sebagian besar adalah petani 129 orang dan buruh tani 445 orang, pegawai swasta 248 orang dan Pegawai Negeri Sipil 21 orang, sementara 289 orang bekerja di sektor informal dan lain lain.

### **5.1.2. Gambaran Umum Desa Gunungsari**

Desa Gunungsari mempunyai Visi, yaitu "Terwujudnya Desa Gunungsari sebagai Desa Unggulan dalam pencapaian Indeks Pembangunan Manusia melalui Gunungsari bangkit pada tahun 2015". Adapun Misi Desa Gunungsari: (1)Meningkatkan sumber daya manusia yang sehat, berpendidikan, berbudaya, berakhlak, produktif, maju dan mandiri (2)Meningkatkan pendayagunaan potensi

sumber daya alam dalam pengembangan ekonomi rakyat yang berwawasan lingkungan (3) Meningkatkan aparat pemerintahan desa dan lembaga kemasyarakatan yang profesional dalam pelayanan kepada masyarakat (4) Meningkatkan pola kemitraan dan partisipasi masyarakat guna mewujudkan Desa Gunungsari sebagai Desa Unggulan dalam Pencapaian Indeks Pembangunan Manusia.

Sumberdaya tenaga kesehatan dan non kesehatan sebanyak 1 orang Bidan, 30 orang kader Posyandu, 1 orang PLKB, 1 orang Perawat sebagai pemegang Darah Binaan, 1 orang dokter praktek swasta. Sarana kesehatan yang dimiliki 1 buah Polindes dan 6 buah Posyandu.

Proses pengembangan Desa Siaga Maternal menjadi Desa Siaga Gotong Royong melalui tahapan sosialisasi program kepada Satgas Desa Siaga maternal, aparat desa, tokoh masyarakat, tokoh agama dan Karang Taruna, pada akhir pertemuan dapat diidentifikasi masalah kesehatan dan sumber daya yang dimiliki oleh desa Gunungsari. Hasil survei dalam sosialisasi dibawa kedalam Musyawarah Masyarakat Desa dalam upaya pengembangan Desa Siaga, dihasilkan kesepakatan untuk melaksanakan kegiatan Desa Siaga Gotong Royong dimulai dengan melakukan pendataan, pemetaan PHBS, Kesling dan Kesling serta pemasangan stiker Waspada.

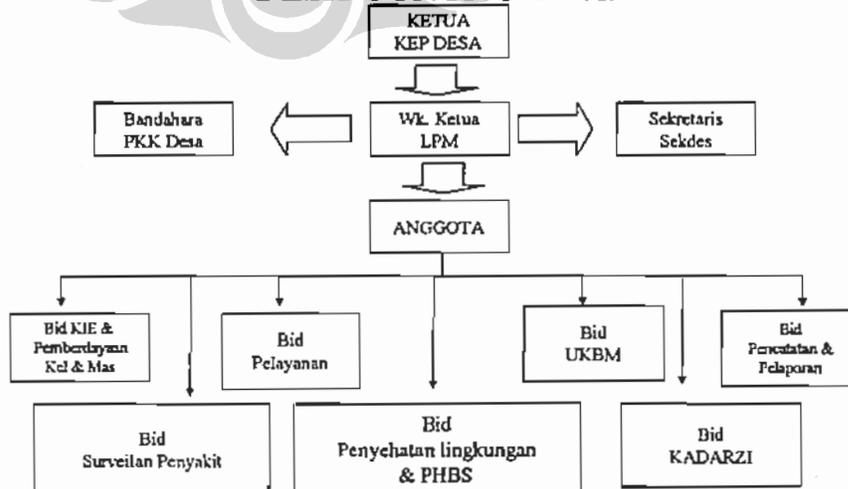
Komponen Desa Siaga Gotong Royong Desa Gunungsari

1. Forum Masyarakat Desa berupa Satgas Desa Siaga Sehat Gotong Royong (SK Kepala Desa SK 19/kes/Pem/2007)
2. Sarana Kesehatan berbentuk Polindes Plus
3. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat terdiri dari Posyandu, Posbindu, KPKIA, BKB, Dana Sehat, Kelompok Kesehatan Reproduksi Remaja dan lain-lain

4. Surveilans: Kewaspadaan dini terhadap penyakit berbasis lingkungan, notifikasi terhadap ibu hamil dan keluarga rentan
5. Sistem Kesiapsiagaan: Wawar melalui pengeras suara di Mushola/ mesjid, Ambulans Desa
6. Penyehatan Lingkungan melalui Gerakan Jumat Bersih, Jumantik, Pemberantasan Sarang Nyamuk
7. PHBS melalui pendidikan tatanan rumah tangga yang sehat
8. Mengembangkan Keluarga Sadar Gizi
9. Meningkatkan peran serta dalam pelaksanaan Lumbung Ekonomi Desa

Dengan melalui Surat Keputusan Kepala Desa tentang Satgas Gerakan Sayang Ibu Nomor 141/SK-651/V/2002 di dukung SK tentang PHBS Nomor 141/154/XI/2002 dan SK tentang Dana Sehat Nomor 141/SK/07/2004 terbentuklah struktur organisasi Desa Siaga Maternal Desa Siaga yang dalam perkembangannya menjadi Satgas Desa Desa Siaga Gotong Royong melalui Sk Nomor 19/Kes/II/2007.

**STRUKTUR ORGANISASI  
DESA SIAGA SEHAT GOTONG ROYONG  
DESA GUNUNG SARI**



Dari Kesepakatan Musyawarah Masyarakat Desa untuk Desa Siaga Maternal tahun 2002, pengumpulan sumber dana dari masyarakat ditentukan sebesar Rp. 1000,- per kepala keluarga per bulan, dari donatur, dari perusahaan swasta, pembayaran rekening listrik, bidan menyumbang Rp. 10.000,- tiap ada persalianan dan dari warga yang mengadakan hajatan sebesar Rp. 5.000,- serta 10 liter beras. Penggunaanya untuk bantuan bagi ibu bersalin normal sebesar Rp. 100.000,- Ibu bersalin resiko tinggi sebesar Rp. 100.000,-, bantuan untuk orang sakit, bantuan kematian, operasional pengelolaan dana 5% x pendapatan, dan untuk tambahan PMT balita dan Bumil dengan KEK . Kebijakan

Kemitraan dengan Perusahaan Swasta dengan PT Central Agromina berupa pemberian makanan tambahan untuk Posyandu 100 butir telur ayam perbulan, PT Aviancentral Pertiwi memberikan makanan tambahan untuk Posyandu 100 butir telur ayam perbulan, Karang Taruna Desa memberi sumbangan berupa uang sebesar Rp. 700.000,- per bulan dari hasil usaha pengolahan limbah peternakan menjadi pakan ikan, LSM Swadamas memberikan bantuan dalam bentuk suplemen dan susu kepada Bina Kelompok Balita, Donatur Bapak Asuh untuk Posyandu berupa pemberian makan tambahan, demikian juga Dokter dan Bidan Swasta memberikan sumbangan untuk Pemberian makan tambahan.

Dukungan dana masyarakat untuk Desa Siaga berasal dari Dana Sosial Ibu Bersalin (Dasolin), Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), donatur lain dan Lumbung Ekonomi Desa (LED), partisipasinya dari tahun ke tahun dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut

**Tabel .1. Dana Dukungan Desa Siaga bersumber masyarakat**

| No | Dana Masyarakat | Tahun      |            |            |            |             |
|----|-----------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
|    |                 | 2003       | 2004       | 2005       | 2006       | 2007        |
| 1  | Dasolin         | 1.050.000  | 1.210.000  | 1.540.000  | 1.850.000  | 5.540.000   |
| 2  | Tabulin         | 12.600.000 | 13.450.000 | 15.470.000 | 17.400.000 | 6.500.000   |
| 3  | Donatur lain    | 2.500.000  | 3.000.000  | 3.500.000  | 5.000.000  | 4.000.000   |
| 4  | LED             | -          | -          | -          | 95.000.000 | 255.000.000 |

Dalam pelayanan kesehatan kepada ibu hamil dan melahirkan, terdapat kemitraan bidan dan dukun paraji yang disepakati dalam Musyawarah Masyarakat Desa bahwa setiap ibu melahirkan yang ditolong Dukun Paraji , maka Dukun Paraji tersebut wajib memanggil atau membawa pasien tersebut ke rumah Bidan, demikian juga untuk setiap pasien yang melahirkan di Bidan, maka Bidan tersebut wajib mengajak Dukun Paraji untuk menolong perawatan sesudah persalinannya kelak. Pelanggaran atas kesepakatan ini dikenai denda sebesar Rp. 50.000,-.

**Tabel 2. Cakupan kegiatan pelayanan Bidan di Desa**

| No | Cakupan          | Tahun |      |      |
|----|------------------|-------|------|------|
|    |                  | 2005  | 2006 | 2007 |
| 1  | K1 Bumil         | 83,5  | 94,1 | 95   |
| 2  | K4 Bumil         | 79    | 83,4 | 94   |
| 3  | Persalinan Nakes | 68    | 80,2 | 81,5 |
| 4  | Neonatus         | 68    | 78,7 | 80,2 |

### 5.1.2. Desa Neglasari

Desa Neglasari merupakan salah satu wilayah yang ada di Kecamatan Pagaden Kabupaten Subang,

Secara Geografis Desa Neglasari berada di bagian utara Kecamatan Pagaden dengan luas wilayah 378,17 km<sup>2</sup>, dengan batas wilayah sebagai berikut:

- e. Sebelah Utara berbatasan dengan Desa Kihiyang Kecamatan Binong
- f. Sebelah Selatan berbatasan Desa Pagaden
- g. Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Gambarsari
- h. Sebelah Timur berbatasan dengan Desa Pagaden

Jarak ke Ibukota Kabupaten 15 km, jarak ke Ibukota Propinsi sekitar 45 km dan jarak dari Ibukota Negara 69 km.

Desa Neglasari merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Pagaden yang terdiri dari 5 Dusun, 5 Rukun Warga (RW), 17 Rukun Tetangga (RT) dan 1477 Kepala Keluarga (KK). Jumlah penduduk Desa Neglasari mengalami peningkatan yang dari 4.123 jiwa di tahun 2006 menjadi 4614 jiwa pada tahun 2007, yang terdiri dari penduduk laki-laki sebesar 2193 jiwa, dan penduduk perempuan sebesar 2495 jiwa . Dari data Desa Neglasari terdapat 2044 jiwa penduduk miskin.

Sesuai dengan kondisi wilayahnya yang merupakan wilayah dataran dengan banyaknya lahan pertanian, maka mata pencaharian penduduk Desa Neglasari sebagian besar adalah petani dan sebagian kecil buruh industri dan Pegawai Negeri Sipil .

## 5.2. Gambaran Umum Informan

Pada penelitian ini data diperoleh dari informan, yaitu Petugas yang bertanggung jawab pada Pengembangan Desa Siaga Gotong Royong di Kabupaten Subang pada tahun 2008, baik di tingkat Dinas Kesehatan dan petugas di Poskesdes (Polindes Plus), tokoh masyarakat maupun masyarakat. Informan sebanyak 26 orang yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Subbidang Penyuluhan dan Pendidikan Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten, 2 Bidan Desa, 2 Petugas Pembina Daerah Puskesmas, 2 kader kesehatan, 2 Kepala Desa, 3 orang tokoh masyarakat dan 12 orang masyarakat. Karakteristiknya dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3. Karakteristik Informan Penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.**

| No | Informan             | Umur     | Pendidikan | Pelatihan Desa Siaga | Masa Kerja |
|----|----------------------|----------|------------|----------------------|------------|
| 1. | Ka. Dinkes.          | 52 thn/P | S2         | Sudah                | 21 thn     |
| 2. | Kasubdin PPK Dinkes. | 48 thn/P | S2         | Sudah                | 07 thn     |
| 3. | Plt Kasie Promosi    | 44 thn/L | S1 Kesmas  | sudah                | 12 thn     |

**Tabel 4. Karakteristik Informan FGD Petugas Kesehatan dan Toma Penelitian  
Desa Siaga**

| No | Informan                     | Umur     | Pendidikan     | Pelatihan<br>Desa Siaga | Masa<br>Kerja |
|----|------------------------------|----------|----------------|-------------------------|---------------|
| 1. | Kades Gunung Sari            | 37 thn/L | SLTA           | Sudah                   | 03 tahun      |
| 2  | Kader Kesehatan Gunung Sari  | 28 thn/P | SLTA           | Sudah                   | 08 tahun      |
| 3  | Bidan Desa Gunung Sari       | 37 thn/P | D3 Kebidanan   | Sudah                   | 15 tahun      |
| 4  | Perawat/Darbin Gunung Sari   | 28 thn/P | D3 Keperawatan | Sudah                   | 05 tahun      |
| 5  | Tokoh Masyarakat Gunung Sari | 52 thn/L | D3 Pertanian   | Sudah                   | 25 tahun      |
| 6  | Pensiunan P&K Neglasari      | 69 th/ L | SR             | Sudah                   | Pensiun       |
| 7  | Kaur Kesra P&K Neglasari     | 41 th/ L | SLTA           | Sudah                   | 08 tahun      |
| 8  | Kades P&K Neglasari          | 48 th/ L | STM            | Sudah                   | 08 tahun      |
| 9  | Bides P&K Neglasari          | 35 th/ P | Akbid D3       | Sudah                   | 11 tahun      |
| 10 | Pet Darbin P&K Neglasari     | 23 th/ P | Akper          | Sudah                   | 1 tahun       |
| 11 | Kader P&K Neglasari          | 42 th/ P | SD             | Sudah                   | 10 tahun      |

**Tabel 5. Karakteristik Informan FGD Masyarakat Penelitian Desa Siaga**

| No | Informan                       | Umur     | Pendidikan | Pelatihan<br>Desa Siaga | Masa<br>Kerja |
|----|--------------------------------|----------|------------|-------------------------|---------------|
| 1  | IRT Gunung Sari                | 36 thn/P | SD         | Sudah                   | -             |
| 2  | Purnawirawan Gunung Sari       | 64 thn/L | SR         | Belum                   | Pensiun       |
| 3  | IRT Gunung Sari                | 42 thn/P | SMP        | Belum                   | -             |
| 4  | IRT Gunung Sari                | 40 thn/P | SMP        | Sudah                   | -             |
| 5  | Petani Gunung Sari             | 38 thn/L | SMP        | Sudah                   | -             |
| 6  | IRT Neglasarai                 | 45 thn/P | SD kls 3   | Sudah                   | -             |
| 7  | Petani Garap Neglasarai        | 46 thn/L | SD         | Belum                   | -             |
| 8  | IRT Neglasarai                 | 30 thn/P | SD         | Sudah                   | -             |
| 9  | PNS Neglasarai                 | 41 thn/L | SMA        | Sudah                   | 16 thn        |
| 10 | Ketua RT Neglasarai            | 62 thn/L | SD         | Sudah                   | 11 thn        |
| 11 | Guru Sukarelawan<br>Neglasarai | 41 thn/L | D 2        | Sudah                   | 05 thn        |
| 12 | PNS Neglasari                  | 45 thn/L | SMA        | Belum                   | 25 thn        |

## BAB VI

### HASIL PENELITIAN

#### 6.1. Potensi Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Subang

Untuk mengetahui wujud Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Subang dalam pelaksanaan Desa Siaga dapat dilihat dari ciri dan potensi yang ada di masyarakat seperti pengetahuan tentang upaya pemberdayaan Desa Siaga (*community knowlegde*), bentuk organisasi pemberdayaan yang sudah ada sebelumnya (*community organization*), penggerakan (*community leadership*), , pendanaan (*community financial*), kondisi sarana fisik ketenagaan (*community material*) dan kegiatan partisipasi masyarakat dalam pelayanan (kemitraan) .

##### 6.1.1. Pengetahuan tentang konsep Desa Siaga (*community knowledge*)

Konsep Desa Siaga harus diketahui oleh masyarakat sebagai penerima dan pelaksana program, yang intinya adalah sebagai wadah berbagai upaya kesehatan yang berbasis masyarakat, dan merupakan pengembangan upaya yang sudah ada sebelumnya dengan penambahan indikator lokal sebagai tambahan lagi, dalam wawancara diskusi kelompok di dapat hasil sebagai berikut:

*“ Pengertian Desa Siaga dibuat untuk mengatasi kegawat daruratan dalam bidang kesehatan dengan kemandiriannya, dulunya Desa Siaga Maternal, sekarang sudah ke Desa Siaga Sehat, Desa Siaga Sehat Gotong Royong. Desa Siaga Maternal ada 5 indikator antara lain pendanaan, donoor darah, sekarang Desa Siaga Sehat Gotong Royong ada 9 indikator karena kita dianggap sedikit meningkat, ada forum komunikasi, surveilans, pelayanan kesehatan, kesiapsiagaan, kadarzi, ada LED yang terakhir itu”.*

*“Pemahaman masyarakat sekarang Siaga itu bukan hanya yang kayak ronda malam saja tetapi kesiapsiagaan dalam menangani masalah kesehatan”*

### 6.1.2. Kepemimpinan dalam masyarakat (*community leadership*)

Dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan, petugas, kader dan masyarakat perlu diberi bimbingan baik melalui pelatihan atau penyuluhan, sehingga mereka secara bersama-sama akan melaksanakan kegiatan, sebagaimana dikatakan oleh Informan sebagai berikut :

*“Petugas Puskesmas melalui kegiatan penyuluhan dan promosi kesehatannya bersama aparat desa dan tokoh masyarakat mengunjungi desa yang akan membentuk lembaga Desa Siaga, dan memberi dukungan pada masyarakat*

Pada pelaksanaan kegiatan Poskesdes Dinas Kesehatan akan selalu memantau dan mengevaluasi hasilnya, sebagaimana dikatakan oleh Informan sebagai berikut :

*“Dana stimulan untuk biaya operasional kegiatan Desa Siaga telah ada sejak pertama pencanangan tahun 2006 yang penggunaannya dipantau dan dievaluasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, setelah di tingkat Desa melalui Musyawarah Masyarakat Desanya menyatakan akan diadakan kegiatan Desa Siaga, maka Dinas Kesehatan Kabupaten melalui kepala Puskesmas dan aparat kecamatan setempat akan ikut menghadiri pertemuan untuk melaksanakan rencana aksi dari keputusan musyawarah masyarakat desa.”*

Bentuk partisipasi tokoh masyarakat dalam menggerakkan masyarakat dalam Desa Siaga dinyatakan oleh informan sebagai berikut:

*“ Saya kebetulan ketua DKM di mesjid dan saya suka khutbah, bila di TV ada Flu burung, saya waktu khutbah bawa kertas kosong saya bilang ada flu burung saya sampaikan, dari Dinas Kesehatan Subang begini, begini, begini karena ada flu burung. saya inisiatif sendiri, masak Desa Siaga ada Flu Burung, ada muntaber, masak Desa Siaga begitu, menurut saya Desa Siaga orang-orangnya dan aparat-aparatnya harus sampai kesitu”*

### 6.1.3. Organisasi masyarakat (*community organization*)

Desa Siaga perlu berada dalam suatu wadah organisasi yang akan menggerakannya untuk melaksanakan kegiatan. Dengan adanya organisasi, tentu Desa Siaga mempunyai kepengurusan yang akan bertanggung jawab dalam

kegiatannya, sebagaimana dikatakan oleh Informan Dimas Kesehatan kabupaten sebagai berikut

*“Pengorganisasian apapun, Puskesmas itu konsepnya wilayah kerja, otomatis Puskesmas yang menggerakkan dan mengawasi, sedangkan Dinas Kesehatan secara teknis memantau ataupun mengontrol melalui Kepala Bidang, khususnya desa Siga berada dibawah Bidang Penyuluh dan Pendidikan.”*

Dari empat Petugas dan tokoh masyarakat yang diwawancarai, Poskesdes (Polindes Plus) telah membentuk organisasi yang merupakan pengembangan dari upaya pemberdayaan masyarakat yang sudah ada sebelumnya, sebagaimana dikatakan oleh Informan sebagai berikut :

*“Bentuk UKBM yang ada di desa ini Posyandu, Polindes. Dulu belum ada Polindes, masyarakat sakit pergi ke Puskesmas Pagaden yang jauh di Kamarung, sekarang sih ada Polindes yang letaknya di dekat kantor Desa”*  
*“Anggota ada yang dari Puskesmas ada yang dari tokoh masyarakat, kepala dan pembinanya pak lurah sendiri. lainnya ada dari masyarakat ada dari aparatnya, ada kita strukturnya.”*

*“Ada Dasolin yang seribu rupiah yang termasuk dalam Dana Sehat, yang dulu terfokus hanya untuk biaya persalinan, pencetusnya Dana Sosial Ibu Bersalin sekarang melebar, supaya bisa di dimanfaatkan secara menyeluruh tidak hanya ibu bersalin, sekarang kan masyarakatnya tidak hanya hamil, yang enggak punya anak, yang sudah tua untuk bisa menerima dana bantuan sosial, sekarang ada plus nya. Gotong royongnya semua unsur yang ada dalam masyarakat ikut, ada LPM, BPD, RT/RW, kepala desa, karang taruna jadi tidak aparatnya saja”*

#### **6.1.4 Dana Masyarakat (*community finance*)**

Sistem dana yang dikembangkan pada awal program siaga maternal berupa tabungan yang dikembangkan oleh kelompok masyarakat ibu hamil atau dikenal dengan Tabulin atau Tabungan Ibu Bersalin, dan pengembangan Dana Sosial ibu

bersalin atau Dasolin dimana tiap kepala keluarga wajib membayar iuran sebesar Rp 1.000,- perbulan ditambah sumbangan lain dari warga masyarakat yang mengadakan hajatan meberikan sumbangan Rp. 5.000,- ditambah beras 10 liter, sumbangan BRI Rp. 20.000,- per bulan, setiap persalinan Rp. 10.000,- dari bidan, dari karang taruna hasil pengolahan limbah sebesar RP. 1.000.000,- per bulan, dari lelang lagu, parkir kendaraan dan pungutan pedagang saat hajatan. Sumbangan lain dari pengusaha toko bangunan, penggilingan padi, rumah makan, gedung burung walet, sumbangan dari akta jual beli tanah, dari pembuatan surat keterangan desa, dan transport pembayaran listrik. Pada perkembangan tahun 2006 dengan melauai surat keputusannya menetapkan gerakan menabung yang dinamakan Lumbung ekonomi Desa dengan dana stimulan awal dari kabupaten Rp. 1.000.000,- selanjutnya warga, siswa sekolah dan karyawan perusahaan diharapkan menabung sebesar minimal Rp. 5.000,- per bulan, dimana 2,5% dari LED itu disumbangkan untuk dana sehat.

Pengalokasian dana untuk kegiatan operasional pelayanan kesehatan di Poskesdes (Polindes Plus) sudah tersedia, sebagaimana dikatakan oleh Informan Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai berikut :

*“Dukungan anggaran sudah ada, untuk pembinaan-pembinaan kader dan untuk operasional pelaksanaan di Poskesdes.”*

Dana pelaksanaan Desa Siaga bisa bersumber dari dana yang dikelola secara resmi dalam kelembagaan administrasi desa maupun secara spontan terkumpul di masyarakat, Informan diskusi kelompok petugas dan tokoh masyarakat menyatakan sebagai berikut

*“ Ada dana stimulan dari pemerintah. Dari masyarakat dulu baru dari Pemerintah ada stimulan”*

*"Lumbung Ekonomi Desa adalah masyarakat menabung liam ribu rupiah, minimal lima ribu, bisa disimpan pinjam kepada masyarakat yang membutuhkan, untuk peningkatan ekonomi, untuk dagang, untuk usaha kecil menengah. Jadi kontribusinya untuk kesehatan kan jatah ada 2,5% : untuk yang melahirkan atau sakit jika tabulinnya kurang bisa pinjam duludari LED, dengsn mencicil bayarnya. Ada bunganya 3% karena ada peraturan Bupati, tetapi itu bunga 3% akan kembali ke masyarakat juga"*

*" Ada usulan cari dana dari lelang hiburan waktu hajatan, lelang lagu istilahnya disini, Umpamanya ada hiburan lagu Jaipongan, saya minta satu lagu untuk dilelang misalnya lagu Kerecek beureum. itu kasih uang taro di baskom. uangnya buat Dasolin, Dana sehat. kemarin waktu ada kunjungan dari NTT, lelang lagu dapat 700 ribu"*

*" Sumber dana Desa Siaga banyak, ada lelang lagu, pedagang kan banyak kalau lagi ada hiburan, kita mintain, ada kolektornya, perusahaan, apotek, toko material, ada dari pembayaran listrik, besar sumbangannya enggak ditentukan"*

*"Beberapa dari ibu asuh Posyandu, dia donatur, itu yang rutin memberikan PMT atau uang ke Posyandu, ada juga dari bandar padi"*

Tapi ada juga informan yang menyatakan dana hanya berasal dari masyarakat tanpa dukungan dana dari Pusat (Dana Alokasi Khusus), seperti dinyatakan oleh informan dalam diskusi kelompok petugas dan tokoh masyarakat ketika ditanyakan tentang dana kegiatan Desa Siaga selain yang masyarakat kumpulkan

*" Dana dari Pusat belum ada, saya sudah ajukan untuk Posyandu. kebijakan tentang Polindes yang dibuat misalnya bila ada pegawai Dinkes Propinsi Jabar orang kelahiran Neglasari, ya desa neglasari dulu yang dibantu padahal engga ada apa-apanya di desanya"*

Selain dukungan dan yang berbentuk uang, masih ada dukungan dana yang berbentuk materi seperti beras, telur seperti yang informan tokoh masyarakat dan anggota masyarakat nyatakan:

*".....kami mencari tahu potensi yang ada dalam masyarakat dan bekerjasama dengan perusahaan membuat MoU dengan perusahaan. Ada*

*perusahaan Agromina perusahaan jugapeternakan penyumbang telur, Karang Taruna, dari SMU, lalu dari hiburan, misalnya dari parkir, menitipkan uang untuk kesehatan”.*

*“Orang di kampung enggak punya gaji bulanan, enggak punya penghasilan tetap, jadi sulit, paling kalau sedang panen bisa nabung, itupun kalau ada sisanya, yaitu namanya perelek, ada tabungan kecil-kecilan dalam bentuk beras”*

#### **6.1.5 Sarana Fisik dan tenaga (*community material*)**

Peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat di pedesaan melalui optimalisasi Polindes yang ada, jika desa tidak memiliki bangunan polindes maka dapat memfungsikan tempat tinggal bidan desa, balai musyawarah desa dan tempat umum lainnya yang dapat difungsikan sebagai sarana pelayanan dasar

Dari hasil wawancara dengan empat petugas Poskesdes, diketahui bahwa tahun 2008 ini bangunan Poskesdes mereka yang merupakan peningkatan Polindes menjadi Poskesdes. Untuk pelayanan kesehatan, satu petugas menggunakan rumah dinas dan satu petugas menggunakan rumah pribadi merangkap sebagai Polindes Plus sebagai sarana pelayanan kesehatan. Untuk petugas yang menggunakan Polindes tempat pelayanan kesehatan, sebagaimana yang dikatakan oleh Informan, sebagai berikut :

*“Sekarang Polindes di desa Neglasari menjadi Polindes Plus. ini rumah bu bidan, Disini memang Poskesdes juga, tetapi karena tempatnya seperti ini, jadi sudah sekalian.”*

Sedangkan petugas Polindes Plus yang menggunakan tempat tinggal pribadi sebagai tempat pelayanan kesehatan menggunakan bagian depan rumah tinggalnya, sebagaimana dikatakan oleh Informan sebagai berikut :

*“Disini dulu kami punya polindes, tetapi kurang memenuhi syarat, kan ada kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang bahwa rumah bidan bisa dijadikan Polindes Plus atau Poskesdes, kami juga sudah dapat pelatihan Poskesdes, jadi rumah saya ini dianggap Poskesdes, yang lain juga ada yang dapat sarana itu di Sumur Gantung sama desa Gembor”.*

*“ Ada yang menghibahkan tanahnya untuk dijadikan Posyandu, bangunannya habis 2,5 juta”.*

Dari empat petugas Poskesdes yang diwawancarai, dua orang adalah Bidan lulusan D3 Kebidanan, sedangkan dua orang lagi adalah D3 Keperawatan. keempat petugas kesehatan itu telah mendapatkan pelatihan khusus Desa Siaga, dan kader yang membantu di Polindes Plus (Poskesdes) sudah mendapat pelatihan dari Kabupaten dan mulai aktif membantu Petugas Kesehatan, dikatakan oleh Informan sebagai berikut :

*“ Poskesdes ini tenaganya 1 perawat, 1 bidan dan kader, setiap hari”*

*“ Ya...begitulah tugas bidan seabrek, orang lain sudah pulang kerja sudah bebas..kalau bidan 24 jam, perawat tidak full disini itu pada saat jam kerja saja disininya, perawat kerja pelayanan kesehatan dasar dan bagi-bagi program, semua program Desa Siaga, saya kan buat laporannya tiap bulan”.*

*“ Perawat sebagai tenaga daerah binaan adalah megang koordinator gizi 4 desa dan Posbindu, dulu megang kesehatan jiwa sekarang enggak lagi”.*

*“ Sekarang 3 hari di Puskesmas, 3 hari di Poskesdes. tidak semua Poskesdes mempunyai perawat pendamping, semua pegawai Puskesmas bisa menjadi darbin jadi satu desa ada beberapa tenaga darbin nya 9 orang misalnya, tapi itu sekali-kali aja, tetapi untuk rutinnnya hanya perawat desa dan bidan desa”.*

*“ Kader satu desa sekitar 30-an, sekarang kita lagi bikin Posyandu, kader aktif, kalau ada pertemuan kumpul, pakai seragam bu! dan bisa nyanyi”*

#### **6.1.6 Pengambilan Keputusan oleh masyarakat/ musyawarah (Community Decision Making)**

Pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan dapat berlangsung dengan baik, apabila ada dukungan positif dari segala lapisan masyarakat. Untuk itu Petugas harus

pandai menyesuaikan diri dan selalu bermusyawarah atau mengadakan pertemuan dalam upaya meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan di desa. Dari empat Petugas Poskesdes yang diwawancarai sudah ada mengadakan pertemuan dengan masyarakat baik dalam pertemuan khusus di Balai Desa. sebagaimana dikatakan oleh Informan sebagai berikut :

*“Rapat-rapat atau pertemuan sudah sering dilaksanakan, hampir setiap bulan”*

Kegiatan Poskesdes ( Polindes Plus) telah berjalan dan dimanfaatkan oleh masyarakat sekitarnya, keadaan ini diperkuat oleh informasi yang dikatakan oleh Informan di Dinas kesehatan Kabupaten sebagai berikut :

*“ Kegiatan sudah dilaksanakan, baik secara promotif, preventif dan kuratif. Sudah ada peningkatan cakupan ”*

Dan Informan lain dari kelompok diskusi petugas dan tokoh masyarakat menyatakan sebagai berikut :

*“.....itu salah satunya kami mengadakan forum komunikasi sebulan sekali atau ketika ada kejadian luar biasa, lalu yang kedua ada pelayanan kesehatan dasar di Poskesdes, seperti pertolongan ibu bersalin, jika memerlukan rujukan dibawa ke Puskesmas, di Poskesdes ada bidan dan ada perawat”.*

*“ Kalau ke Polindes itu kegawatdaruratan, kalau yang lain ke Puskesmas yang dekat”*

*“Kalau bidan memberikan pelayanan kesehatan, kalau kader membantu catatan-catatan saja, kadernya' stand by*

### 6.1.7. Kemitraan

Kemitraan yang sudah dikembangkan dalam Desa Siaga Maternal adalah dalam kegiatan pertolongan persalinan antara dukun paraji dan bidan desa untuk pempdampingan pada seorang ibu ketika ibu itu mulai hamil, dalam persalinan dan mrawat saat nifas sesuai keahlian, tugas dan fungsi masing-masing.

Kemitraan antara bidan dan dukun paraji ini difasilitasi oleh camat dan Kepala Desa yang didalamnya ada aturan sangsi, jenis sangsi satu daerah berbeda-beda tergantung kesepakatan yang disetujui bersama tetapi sebagian besar dalam bentuk uang denda.

Mekanisme kemitraan antara dukun paraji dan bidan dalam pertolongan persalinan yaitu bidan menginformasikan dan memanggil paraji bila ada persalinan, dan dukun menginformasikan bidan bila ada yang melahirkan.

Dalam hal pelayanan kesehatan oleh petugas dan kader, ada pelayanan yang melibatkan tenaga lain dalam masyarakat, dikemukakan oleh peserta diskusi kelompok petugas dan tokoh masyarakat

*“ Polindes juga melibatkan paraji (dukun bayi) jika ada ibu yang melahirkan, jika ada persalinan bidan dan paraji saling membantu dan ada pembagian tugasnya, bidan membantu saat partus, paraji mengurus plasenta bayi sesuai tradisi setempat dan mengurus ibu ”*

Rangkuman berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Dinas jajarannya di Kabupaten yang menyatakan:

- Bentuk Upaya Pemberdayaan Masyarakat yang sudah ada sebelum Desa Siaga adalah Posyandu, Posbindu, Polindes, KPKIA, Dana Sehat, GSI yang dalam

perkembangan selanjutnya menjadi Desa Siaga Sehat Gotong Royong tanpa merubah konsep yang sudah berjalan

- Pelaksanaannya Desa Siaga sudah mencakup seluruh desa di Kabupaten dengan tingkat pencapaian yang bervariasi di golongkan dalam strata, yang kriterianya sesuai dengan kriteria Depkes ditambah satu kriteria lokal yaitu Lumbung Ekonomi Desa
- Pengorganisasian tim Desa Siaga Sehat Dinas Kesehatan Kabupaten diikuti dengan pembentukan tim koordinasi tingkat Kabupaten dengan dukungan SK Bupati, mengharuskan jajaran pemerintahan dibawahnya juga membuat pengembangan Desa Siaga Gotong Royong sampai tingkat desa
- Sosialisasi menjual program dengan menggunakan segala sumber informasi yang ada, dengan sasaran kelompok masyarakat: pihak yang berpengaruh dan peduli terhadap perubahan perilaku kelompok masyarakat seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, kader atau petugas kesehatan: sektor terkait yang mendukung dalam hal kebijakan, dana, sarana dan tenaga seperti Bupati

Hasil diskusi kelompok petugas, tokoh masyarakat dan masyarakat didapatkan sebagai berikut

- Bentuk UKBM yang sudah melekat di hati masyarakat adalah Posyandu, Polindes, dan polindes Plus dirasakan telah mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
- Bentuk bangunan yang ada belum memenuhi syarat sebagai Poskesdes bahkan sebagian merupakan rumah pribadi atau bangunan yang hasil swadaya masyarakat, yang dimodifikasi sesuai persetujuan Dinas Kesehatan Kabupaten,

ruang yang ada tidaklah mengikuti model yang dikembangkan oleh Departemen kesehatan secara lengkap, tetapi ruang pendaftaran digabung dengan ruang petugas, ruang pemeriksaan digabung dengan ruang obat dll

Peralatan yang dimiliki petugas adalah standar polindes set yang milik Puskesmas, atau milik pribadi petugas. Untuk logistik seperti obat-obatan masih dapat melalui operasional Puskesmas, sesuai dengan kebutuhan Polindes. Sedangkan alat komunikasi yang digunakan dengan Puskesmas dan masyarakat sebagian besar adalah memakai tenaga kurir dan telepon seluler.

- Sarana transportasi dalam pelayanan Desa siaga seperti ambulans desa merupakan milik warga dalam berbagai bentuk yang telah terdaftar dan telah ditentukan jumlah biaya yang akan digantikan bila kendaraan tersebut dipergunakan.
- Dana operasional untuk Desa Siaga yang sudah dialokasikan sebagai stimulan tapi tidak semua petugas atau masyarakat yang mengetahui, mungkin karena kurangnya sosialisasi atau tidak terbukanya informasi tentang dana operasional Poskesdes yang tergabung dalam dana operasional puskesmas
- Pengembangan Poskesdes dari ukbm yang ada memudahkan masyarakat untuk mengakses pelayanan yang tadinya terasa jauh.
- Desa Siaga telah mempunyai kepengurusan yang akan bertanggung jawab dalam kegiatannya, melibatkan aparat desa, tokoh masyarakat disamping petugas yang memberikan pelayanan dimana sebagian besar dari pengurus tersebut mendapatkan pelatihan khusus tentang Desa Siaga.
- Petugas di lapangan adalah bidan lulusan D3 bersama perawat dari D3 keperawatan sebagai petugas daerah binaan telah mendapatkan pelatihan khusus

Desa Siaga, dan kader yang aktif membantu di Polindes Plus (Poskesdes) sudah mendapat pelatihan dari Kabupaten. Poslindes itu telah melakukan pelayanan kesehatan (preventif), penyuluhan (promotif) dan sebagian kecil konsultasi (preventif)

- Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Subang sampai akhir tahun 2007 yang telah mendapat pelatihan dari tiap Puskesmas: 3 orang perawat pemegang desa binaan ( total 115 orang), 5 orang fasilitator Dsa Siaga terdiri dari bidan koordinator, tenaga promkes, tenaga surveilans, tenaga gizi dan tenaga kesling ( total 195 orang), pelatihan kader kesehatan, tokoh masyarakat dari 155 desa, petugas kecamatan dan bidan desa (total 411 orang), pelatihan bidan Poskesdes kepada Bidan Desa (total 138 orang).
- Jumlah desa di Kabupaten Subang sebanyak 253 desa, kalau dibandingkan jumlah Poskesdes dengan Tenaga Bidan yang ada, belum mencukupi seluruh desa, tetapi Dinkes Kabupaten telah menempatkan Perawat baik PNS maupun tenaga perawat yang di kontrak untuk Pengembangan Desa Siaga adalah cukup
- Kegiatan utama dan kegiatan pengembangan dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa, diantaranya Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, serta faktor-faktor risikonya (termasuk kurang gizi) dan penyehatan lingkungan telah terlaksana. Kabupaten mengembangkan lembar pemantauan kegawadaruratan yang dilakukan oleh kader dan masyarakat yaitu striker Waspada.
- Pembiayaan untuk kegiatan pembinaan kader dan operasional pelayanan kesehatan di Poskesdes (Polindes Plus) sudah tersedia walaupun belum semua petugas pelaksana atau masyarakat yang mengetahuinya, tetapi yang cukup

menonjol adalah berbagai bentuk dana yang dikumpulkan oleh masyarakat dengan mendapat pengesahan dari jajaran aparat Desa. Pembiayaan kegiatan pelayanan di Poskesdes sudah tersedia dalam Biaya Operasional Puskesmas, dana ini digunakan untuk operasional Poskesdes. Sedangkan dana untuk Pelatihan Petugas dan kader serta dana untuk pembangunan Poskesdes dan perlengkapannya terdapat di Dinas Kesehatan Kabupaten.

- Dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan, petugas, kader dan masyarakat diberi bimbingan baik melalui pelatihan atau penyuluhan, mereka secara bersama-sama melaksanakan kegiatan
- Pada pelaksanaan kegiatan Poskesdes Dinas Kesehatan akan selalu memantau dan mengevaluasi hasilnya,
- Petugas bermusyawarah atau mengadakan pertemuan dalam upaya meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan di desa.
- Bentuk partisipasi tokoh masyarakat dalam menggerakkan masyarakat dalam desa Siaga dalam menyampaikan isu-isu bidang kesehatan yang terbaru sangat membantu untuk meningkatkan kesiapsiagaan Desa Siaga.

## **6.2. Kelangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Desa Siaga**

### **6.2.1 Terpeliharanya manfaat**

Konsep Desa Siaga dan pendekatan kesehatan masyarakat akan terpelihara pelaksanaannya dalam masyarakat bila memberikan pandangan menghasilkan outcome/ dampak yang baik dalam hubungannya antara kesehatan, kebiasaan masyarakat dan masalah kesehatan yang ada, walaupun kegiatan bersifat pencegahan

(preventif), berlangsung lama dan ada kesukaran merubah sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan masyarakat'

**Tabel 6. Data cakupan kegiatan Bidan Desa Gunung sari**

| Tahun | K1    | K4    | Linakes | N2    |
|-------|-------|-------|---------|-------|
| 2005  | 87,3% | 69,8% | 62,7    | 70,2% |
| 2006  | 94,5% | 84,7% | 76,1%   | 79,5  |
| 2007  | 95,15 | 87,4% | 81,3%   | 84,6% |

**Tabel 7. Data cakupan kegiatan Bidan Desa Neglasari**

| Tahun | K1    | K4    | Linakes | N2    |
|-------|-------|-------|---------|-------|
| 2005  | 92,5% | 61,7% | 53,6%   | 57,1% |
| 2006  | 93,2% | 72,8% | 64,8%   | 61,9% |
| 2007  | 94,3% | 80,2% | 70,3%   | 72,4% |

Beberapa manfaat yang diungkapkan oleh informan dalam diskusi kelompok petugas dan tokoh masyarakat:

*" Dulu kalau ada orang yang melahirkan susah cari pertolongan, yang kalau butuh donor darah juga susah, sampai sekarang kalau ada yang melahirkan orang itu tidak mampu ada dari Dasolin, memungut dari masyarakat seribu sebulan untuk biaya persalinan. Sekarang ada tambahan, yang sakit biar engga mau melahirkan juga kalau ke rumah sakit ditolong biayanya"*

*" Ada yang meninggal juga dikasih, ada yang ngomong 'anak saya sakit setiap bulan, kok enggak dikasih', ada inisitif dari pengurus, ya sudah....dikasih aja berapa semampunya"*

*"Waktu itu untuk meminta seribu rupiah perKK perbulan susah, mau masuk rumahnya saja sudah diusir, disangka mau minta sumbangan, rasanya malu banget waktu itu seperti minta-minta, saya suka mengeluh sama bu Bidan, 'bu Bidan saya malu nih' mungkin waktu itu masyarakat belum merasakan manfaatnya, tetapi alhamdulillah, mungkin karena masyarakat sudah merasakan manfaatnya, sudah tidak ada bahasa-bahasa itu lagi".*

Seorang anggota masyarakat yang bekerja sebagai seorang pendidik menyatakan manfaat dari kegiatan Poskesdes dirasakan oleh petugas kesehatan dan masyarakat, informan itu menyatakan:

*“ Sejak ada Desa Siaga kematian ibu bersalin menurun, ibu hamil dipantau terus, jika ada yang sakit juga di pantau terus, masyarakat menjadi peduli, misalnya pengadaan golongan darah, dilakukan pendataan bekerjasama dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan, pengadaan golongan darah dengan mengutamakan anggota keluarganya dulu, selain itu ada pendataan ambulans desa, ada tanaman obat keluarga, dengan adanya desa siaga petugas kesehatan terbantu”*

### **6.2.2 Melembaganya dalam kesisteman kemasyarakatan**

Kegiatan pemantauan yang dilakukan oleh kader maupun masyarakat baik dalam memantau kejadian gawat darurat, kejadian luar biasa, atau keadaan kesehatan yang mengganggu, sistem yang dilakukan untuk itu dilapangan melalui pemasangan stiker waspada di semua rumah, pembentukan sistem informasi pemberitahuan keadaan darurat bencana, seperti yang diungkapkan informan

*“Tiap-tiap kader sudah pasang stiker, jadi sudah ada penyakit ditandai, yang merokok ditandai, ada juga pemberitahuan dari masyarakat ke petugas bila ada yang melahirkan, kejadian luar biasa seperti Flu Burung, DBD”*

*“Setiap ada bencana misalnya kebakaran kita pakai kentongan di Poskamling atau speaker”.*

*“Dulu tahun 2001, kita bingung kalau mau posyandu, besok PMT nya mau apa? bingung kita, masyarakat kan enggak mau tahu, sekarang sudah tenang aja, kalau ada PMT masyarakat berbondong-bondong, ibu-ibu suka nanyain ada telur enggak? kalau enggak dikasih, telur disimpan dimana? iya, kita coba simpan kencleng dengan mengumpulkan uang, tapi bukan berarti kita menjual telur atau PMT itu, di Posyandu ada PMT... masyarakat sukarela memberikan Dana Sehat”.*

### 6.2.3 Peningkatan kemampuan

Desa Siaga sebagai program upaya pemberdayaan masyarakat akan terjaga keberlangsungannya bila ada keuntungan pemenuhan harapan petugas/ kader pelaksana pelayanan dalam peningkatan kemampuan sebagai sumber informasi dan penasehat dalam masalah promosi kesehatan berupa pelatihan, hal itu diungkapkan oleh informan:

*“ Saya dapat surat tugas dari dinas Kesehatan sebagai fasilitator tahun 2003, pelatihan bagaimana memotivator masyarakat, sudah mentok lah, program GSI saya sudah dilatih dan bisa terjun ke masyarakat” “ ada manfaatnya, setiap kejadian apa-apa masyarakat langsung lapor ke fasilitator”.*

*“ Ikut pelatihan kepala desa, kader, tim penggerak PKK, tokoh masyarakat, pelatihan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, selama 4 hari, waktu itu terfokusnya ke pelatihan Dana Sehat tahun 2002, sebenarnya pada tahu 1997 belum dilatih, tapi belum dilatih juga bidan desa bersama kepala desa sudah merintis”.*

Seorang informan yang telah menjalani keterlibatannya 10 tahun dalam kegiatan program kesehatan Puskesmas di wilayah tempat tinggalnya menyatakan ada kebanggaan tersendiri menjadi kader di Poskesdes (polindes Plus) seperti terungkap dalam wawancara dengan seorang kader:

*“Alhamdulillah bu! abdi (saya, bahasa sunda) kan pendidikan rendah, ikut kader jadi terang (tahu, bahasa sunda) tahu Desa Siaga, kesehatan, kenal orang dinas. Masyarakat kan kadang datang ke kader dulu, melakukan penimbangan, bangga!, abdi (saya) kan pendidikan rendah”*

Rangkuman Hasil wawancara dengan petugas di Dinas Kesehatan Kabupaten dan diskusi kelompok masyarakat menyatakan manfaat yang di dapat adalah:

- Peningkatan kemampuan melalui pelatihan untuk petugas, aparat desa, tokoh masyarakat/ tokoh agama, masyarakat dan petugas

- Kegiatan upaya pemberdayaan telah secara rutin menjadi kegiatan pemantauan masyarakat seperti kegiatan pemasangan dan pendataan keluarga yang mempunyai resiko tinggi dalam hal kesehatan, ibu hamil dan bayi, status gizi balita dan keluarga dasar gizi, adanya anggota keluarga yang merokok atau tidak beraktifitas fisik.
- Peran serta anggota masyarakat lain dalam kegiatan kesiapsiagaan mereka mereka lakukan atas kesadaran sendiri untuk terlibat dalam kegiatan upaya pemberdayaan, dan melakukan hal yang mampu mereka dilakukan
- Keikutsertaan dalam kegiatan Desa Siaga menimbulkan kebanggaan tersendiri sebagai petugas/ kader bisa menjadi sumber informasi ataupun sebagai penasehat dalam masalah penanganan kesehatan,
- Kegiatan dalam Desa Siaga mampu mendorong petugas/ kader mengaktualisasikan kemampuan yang dimilikinya, menjadi bagian dari rantai penanganan masalah kegawatdaruratan di masyarakat.

### **6.3. Gambaran pengimplementasian Upaya Pemberdayaan**

#### **Masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga**

##### **6.3.1 Proses pengimplementasian**

Upaya penanggulangan masalah kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat akan lebih terpelihara pelaksanaannya dalam kurun waktu yang cukup lama bila ketika upaya itu dirasakan oleh masyarakat sebagai suatu kebutuhan, kemudian bersama petugas kesehatan dibicarakan cara menanggulangi yang efektif, hasil wawancara dalam 2 kelompok petugas dan tokoh masyarakat menyatakan bahwa:

*" Pertama yang dilihat adalah tentang kepedulian masyarakat yang kurang terhadap kesehatan, ibu melahirkan juga kurang sehat, sehingga ada pemikiran bagaimana meningkatkan kesehatan masyarakat. mulai dari persalianan sampai kesini ke bidang kesehatan. Karena kita ingin sejajar karena ingin mensejahterakan masyarakat, semua aparat ikut MMD Musyawarah Masyarakat Desa" " Tentu tidak lupa dengan pendanaan , hasil MMD dibawa ke Desa, lalu ke RT , kami bilang ini pak keinginan masyarakat". ".....Iyaada kepengurusan, pendanaan, ambulance desa dan donor darah"*

*"Iya, prosesnya panjang sekali, banyak tantangannya, awalnya dari Gerakan Sayang Ibu tahun 1997, lalu dapat pelatihan GSI, setelah dapat pelatihan dalam acara Minggu kami melaporkan ke kepala desa, lalu ada survey mawas diri ke setiap RW, karena masyarakatnya bekerja di siang hari kami sosialisasi malam, setelah survey mawas diri kami mengadakan Musyawarah Masyarakat Desa dari hasil MMD ada masalah-masalah yang ditemukan, kami bentuk kepengurusan dan respon masyarakat bagus, lalu dengan SK kepala desa dan membuat kesepakatan-kesepakatan, waktu itu GSI dengan 5 komponen, waktu itu satu regu per KK yang diurus per desa, semua ada hambatan jadi tidak mulus begitu saja, terutama masalah pengumpulan dana, ketika itu seribu sebulan menjadi masalah karena belum ada kesadaran masyarakat, dengan kerja keras kader...bisa jalan".*

### **6.3.2 Proses pembentukan organisasi**

Sebuah program akan berlangsung dengan baik bila dalam pembentukannya memiliki keterpaduan yang baik dengan organisasi induk yang telah ada sebelumnya, program itu harus memiliki dasar organisasi yang kuat, akan berkembang, stabil dan menjanjikan, merupakan jalan keluar yang baik bagi permasalahan yang ada, disamping adanya dukungan keterlibatan kepemimpinan yang cakap. Hasil wawancara dengan informan didapatkan sebagai berikut

*"Awalnya Desa Siaga dari Gerakan Sayang Ibu yang sudah ada sejak tahun 1998, dulunya Desa Siaga Maternal ada dari tahun 2005, ada 5 komponen, berjalan. Dan untuk desa Siaga Sehat Gotng Royong dimulai sejak 2007. Utuk mengembangkan tidak mudah seperti yang dibayangkan, perlu sosialisasi ke masyarakat, pembinaan."*

*“Kesadaran masyarakat untuk membayar iuran seribu sebulan terjadi dengan mengambil jalan musyawarah dengan beberapa tokoh masyarakat dan menandatangani kesepakatan itu, jadi bukan semata-mata pungli, dan mereka menjelaskan apa gunanya sehingga ada kesadaran masyarakat, dan pihak pengurus juga membentuk tim khusus ke perusahaan untuk hal tersebut sehingga terbentuk MoU dengan memberikan sepuluh ribu rupiah perbulan dan telur yang diberikan untuk PMT”.*

Ketika ditanya tentang keberlangsungan kepengurusan Desa Siaga yang ada

bila dihubungkan dengan kecakapan kepemimpinan dan tokoh masyarakat di desa, informan menyatakan

*“Kalau mau langgeng, terutama pengurus harus memberi pandangan atau saran ke desa pada saat pemilihan kepala desa bahwa Desa Siaga harus diperhatikan, itu kalau dia mau jadi poin, Desa Siaga itu yang mereka harus jual dalam programnya”*

### **6.3.3 Faktor lingkungan sosioekonomi ( partisipasi masyarakat)**

Keberlangsungan suatu program akan lebih terjamin bila lingkungan sosioekonomi dan politik yang berupa kebijakan lokal mendukung:

informan Dinas Kesehatan Kabupaten menyatakan:

*“ Pak Bupati sejak pertama pencanangan Gerakan Sayang Ibu ( Siaga) telah banyak mendukung baik dari segi payung hukum , maupun pengalokasian dana bagi kegiatan Siaga Maternal, dan hal itu dilanjutkan oleh Bupati penerusnya tahun 2007 dalam pelaksanaan Desa Siaga sehat Gotong Royong yang merupakan bentuk Desa Siaga dengan penambahankriteria nomor 9 (indikator lokal khas Kabupaten Subang), yaitu indikator Lumbung Ekonomi Desa (LED)”*

Kebijakan lokal tingkat desa pun mendukung kegiatan Desa Siaga gotong royong, yang dituangkan dalam pendanaan kegiatan dalam RAPDesa maupun surat keputusan tentang pedoman pelaksanaan Desa Siaga Gotong Royong maupun surat keputusan tentang tim pelaksana Desa Siaga, seorang informan tokoh masyarakat menyatakan:

*“ Jadi begini bu, ini program dari Bupati meningkatkan ekonomi masyarakat dengan cara masyarakat sadar menabung, jadi bukan hanya di desa guming sari aja di desa lain juga.”*

*“ Untuk kesejahteraan kader atau kelompok Dasolin ya alhamdulillah itu kami tuangkan dalam RAPB Desa 440.000 rupiah per tahun ditambah Bantuan Keuangan untuk desa dari kabupaten sekitar 220.000 rupiah, yang jelas dari APBD 440.000 yah kita memperhatikan kesejahteraan kader, kita bikin posyandu”*

Rangkuman Wawancara dengan jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten dan diskusi kelompok petugas, tokoh masyarakat dan anggota masyarakat didapatkan:

- Pengembangan Desa Siaga adalah pengembangan gerakan pengembangan dari Siaga Maternal tanpa merubah konsep yang sudah ada
- Siaga Maternal telah mengembangkan 5 indikator yang telah dikenal masyarakat, dalam Desa Siaga Sehat Gotong Royong ditambahkan pengembangan Lumbung Ekonomi Desa yang merupakan kegiatan tabungan simpan pinjam yang penggunaannya selain untuk bidang kesehatan bisa untuk kepentingan lain masyarakat yang membutuhkan pinjaman.
- Gerakan LED dicanangkan sebagai indikator lokal dikembangkan di Kabupaten Subang dengan dukungan kepala pemerintah daerah, dibuatkan struktur organisasi dan kepengurusannya, dimana masyarakat bisa terlibat memantau penggunaan dana dalam pelaporan bulanan di desa yang dilakukan oleh pengurus LED”
- Dukungan kebijakan pemimpin daerah yang terjadi sejak awal pembentukan Desa Siaga maternal tahun 1998 dilanjutkan saat dicanangkan Desa Siaga Sehat Gotong Royong tahun 2006, kebijakan pimpinan daerah yang menjadi sebuah

instruksi bagi jajaran pemerintahan dibawahnya untuk melakukan pengembangan Desa Siaga.

- Partisipasi badan penanggung jawab untuk membina kegiatan di Polindes sejak Desa Siaga Maternal dengan melibatkan partisipasi kepala desa
- Keterlibatan petugas, aparat desa samapi masyarakat sejak pengidentikasian masalah dalam survey mawas diri, pemecahan masalah dalam Musyawarah Masyarakat Desa, sampai pelaksanaan kegiatan Desa Siaga.



## BAB VII

### PEMBAHASAN

Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2008 ini, menargetkan bahwa 85 % Desa telah menjadi Desa Siaga. Salah satu syarat desa telah menjadi Desa Siaga adalah telah adanya dibangun satu unit Poskesdes di desa tersebut. Sehubungan dengan target Departemen Kesehatan di atas di Kabupaten Subang Tahun 2008 ini, 253 desa telah dinyatakan sebagai Desa Siaga dengan pencapaian tingkat strata yang bervariasi, strata ini menggambarkan tingkatan kemandirian desa dalam memenuhi kriteria yang ditetapkan memakai 8 indikator ditambah 1 indikator lokal yang merupakan pengembangan khas dari Kabupaten Subang yaitu Lumbung Ekonomi Desa. Penekanan Desa Siaga sebagai koordinator berbagai upaya kesehatan bersumber masyarakat menyebabkan Desa Siaga harus memiliki organisasi dengan landasan yang kuat dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya. Bagaimana keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat dalam Desa Siaga? Penelitian mengenai Analisis keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga Tahun 2008 telah dilaksanakan dan hasilnya telah dipaparkan dalam bab terdahulu. Sekarang akan dibahas hasil penelitian tersebut sebagaimana uraian berikut ini.

### **7.1. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian yaitu tidak dilaksanakan wawancara secara lengkap kepada kepala Puskesmas dan telaah data Puskesmas secara lengkap, karena selama penelitian bersamaan dengan kegiatan pemilihan kepala daerah dimana banyak kegiatan pengerahan massa yang melibatkan kepala Puskesmas berupa peresmian Puskesmas Pembantu pemekaran, peresmian kegiatan yang tergabung dengan lintas sektor lainnya, penelitian ini diharapkan masih dapat digunakan sebagai masukan dalam Pengembangan dan Penyelenggaraan Desa Siaga pada umumnya, khususnya Desa Siaga sehat Gotong Royong Kabupaten subang

### **7.2. Potensi Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Subang**

Sehubungan dengan keadaan ini maka potensi upaya pemberdayaan masyarakat dalam Desa Siaga sesuai dengan teori Depkes-Unicef Pedoman Umum Pemberdayaan yang menyatakan prinsip pemberdayaan adalah menumbuh kembangkan potensi masyarakat, ada kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, mengembangkan gotong royong dan kerjasama, kemitraan dengan LSM dan ormas lain.

Potensi pemberdayaan menurut teori Depkes-Unicef Pedoman Umum Pemberdayaan terpenuhi dalam hal potensi kepemimpinan dalam masyarakat (*community leadership*), lembaga atau kelompok masyarakat yang telah ada dioptimalkan (*community organization*), dana masyarakat (*community fund*), sarana masyarakat (*community material*), pendekatan disesuaikan dengan tingkat pengetahuan dan kemampuan masyarakat (*community Knowledge*) dan

pengambilan keputusan oleh masyarakat melalui proses mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya (*community decision making*)

### **7.3. Keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat dalam Desa Siaga**

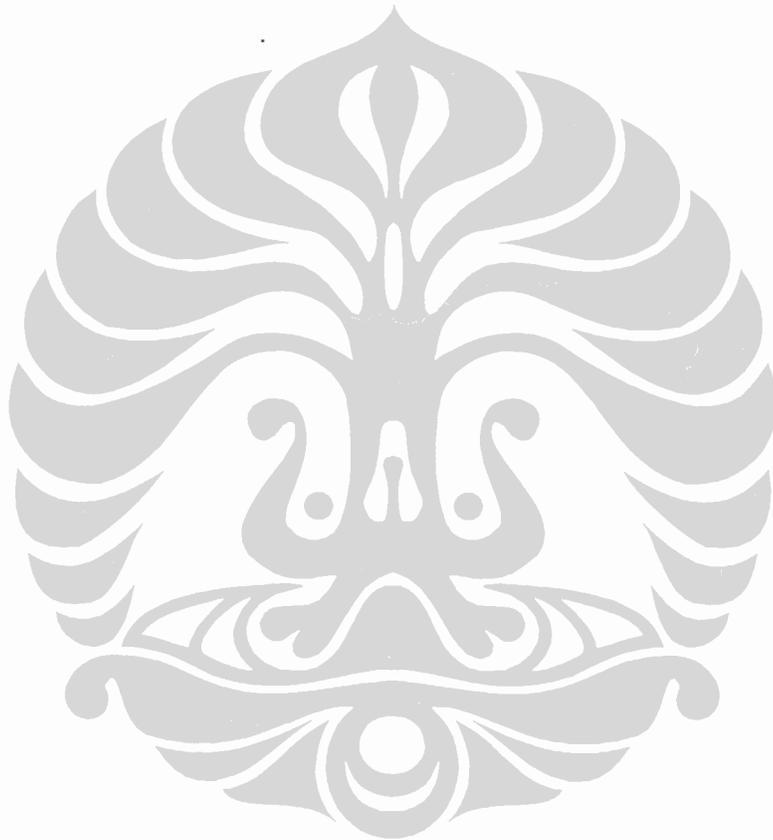
Hal yang penting dalam keberlangsungan suatu upaya pemberdayaan adalah terpeliharanya manfaat dari kegiatan pemberdayaan, walau tanpa bantuan petugas masyarakat mandiri mau dan mampu memberikan pertolongan pada keadaan darurat, serta tahu ke fasilitas mana minta pertolongan bila butuh rujukan. Hal ini sesuai dengan teori indikator pengukuran keberlangsungan suatu program yaitu terpeliharanya manfaat suatu lama setelah program dilakukan, melembaganya program dalam kesisteman kemasyarakatan dan meningkatkan kemampuan petugas/ kader sebagai pelaksana program di lapangan.

### **7.4. Gambaran pengimplementasian Upaya Pemberdayaan**

#### **Masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga**

Hal ini sesuai dengan teori faktor bentuk dan pengimplementasian Desa Siaga akan keberkelangsungan dengan baik bila organisasi yang akan dibentuk merupakan masalah yang dibicarakan bersama, dengan jalan keluar menguntungkan semua pihak yang terlibat, serta saling menghormati antara petugas, aparat dan masyarakat pengguna, terpadu dengan program yang ada, menyeluruh dan terintegrasi dengan program induk yang sudah ada, dan organisasi memiliki pemimpin yang cakap, memberi dukungan yang besar dan terlibat dalam proses pembentukan.

Hal ini sesuai dengan teori Bracht 1990 dan Rifkin 1986 bahwa partisipasi masyarakat merupakan hal yang penting untuk keberlangsungan suatu program, faktor dalam lingkungan berupa pertimbangan sosiekonomi merupakan hal yang dapat mempengaruhi keberlangsungan suatu program



## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Keberlangsungan Upaya Pemberdayaa Masyarakat dalam Pelaksanaan Desa Siaga di di Kabupaten Subang Tahun 2008, maka dapat disimpulkan :

1. Potensi pemberdayaan berupa dana masyarakat (*community financial*), lembaga masyarakat (*community organization*) kepemimpinan tokoh masyarakat (*community leadership*) masyarakat baik formal maupun informal sangat berperan penting dalam menggerakkan masyarakat supaya turun berperan dalam pembangunan kesehatan, keterbatasan pada sarana fisik dan tenaga dapat diatasi dengan melakukan penyesuaian dengan keadaan setempat.
2. Pengimplementasian suatu upaya pemberdayaan Desa Siaga di Subang dapat menghasilkan cakupan maupun bentuk kegiatan yang masuk dalam suatu kesisteman kemasyarakatan karena merupakan suatu kegiatan pengembangan Desa Siga Maternal yang memang telah berjalan dan dikenal oleh masyarakat. dimana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menumbuhkan rasa bahwa kesehatan adalah kebutuhan masyarakat

3. Penelitian ini dapat menilai keberlangsungan Desa Siaga sebagai suatu proses yang sedang berjalan dengan menghasilkan output pada meningkatnya cakupan kegiatan pelayanan Bidan Desa.

## **8.2. S a r a n**

### **8.2.1. Bagi Departemen Kesehatan RI**

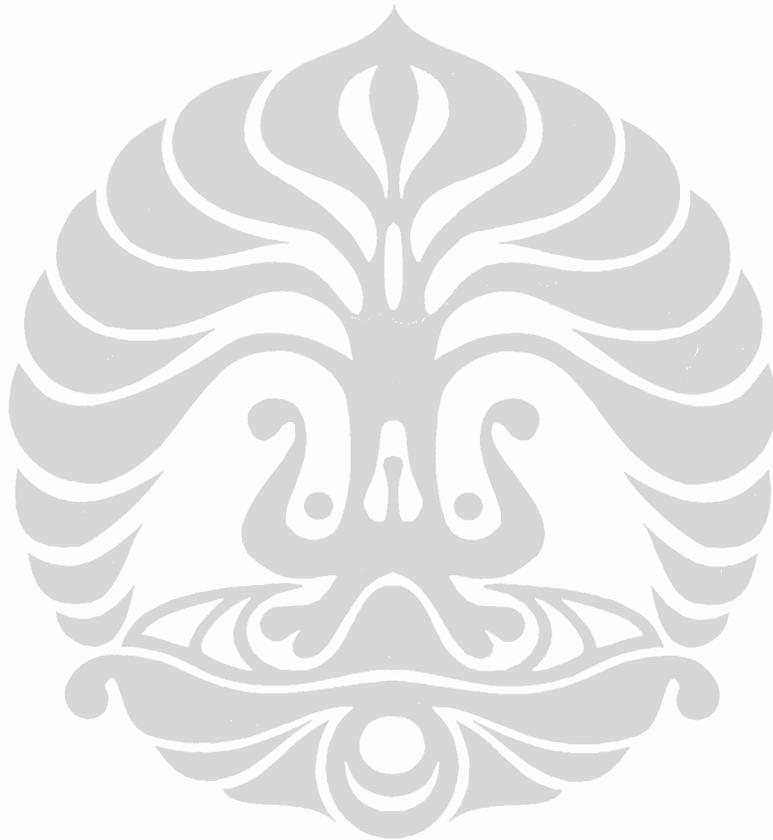
Desa sebagai tempat pelaksanaan Desa Siaga juga merupakan suatu wilayah administratif yang mengikuti ketentuan Departemen Dalam Negeri, maka upaya pemberdayaan masyarakat Desa Siaga harus menggugah lintas sektor, kebijakan Desa Siaga tidak hanya internal untuk lingkungan Departemen Kesehatan tapi harus merupakan kebijakan Pemerintah Pusat yang terintegrasi dengan program lintas sektor lain seperti dalam Program Keluarga Harapan yang dikeluarkan oleh Departemen Sosial, Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat oleh Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, , Program Pembangunan Kota Mandiri oleh Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, terutama dengan memanfaatkan lokasi maupun target yang sama yaitu masyarakat di Desa. Sehingga hasil pembangunan lebih efisien dan efektif.

### **8.2.2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Subang**

Dukungan dana dari Pusat untuk peningkatan kemampuan petugas kesehatan maupun kader berupa

- Pelatihan
- Pemberian beasiswa melanjutkan pendidikan.
- Studi banding ke wilayah lain

Bagi daerah yang sulit dan memiliki fasilitas kesehatan yang terbatas dukungan dana dibutuhkan untuk membangun atau memperbaiki sarana kesehatan serta melengkapi peralatan Bidan kit



## DAFTAR PUSTAKA

Andersen, Ronald, Joana Kranites, Dkk, 1987, *Equity in Health Services, an empirical analysis social and policy*, Cambridge, Mass: Ballinger Publishing Co.,

Departemen Kesehatan R.I. 2005, *Profil Kesehatan Indonesia, Menuju Indonesia Sehat 2010*,

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, *Rencana Strategis, Departemen Kesehatan tahun 2005-2009, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 331/Menkes/SK/V/2006*

Departemen Kesehatan R.I. 2006, *Rencana Pembangunan Kesehatan tahun 2005 – 2009*

Feldstein, Paul, J., 1983, *Health Care Economic*, John Wiley and Sons, New York, Second edition

Thomas Terry, Douglas Charles, Cohen Harry, *A background Paper for State Sustainability Strategy, Heath and Sustainability, Journal.*

Olsen Theo Ingvar, 1998, *Sustainability of health care a framework for analysis, Journal, Oxford Univ. Press.*

Wong Jianhui Dr, Gilbert Julie Dr, Kilburn Laurie, 2004, *Sustainability in Chronic Diseases Management, Ontario Experience, Journal, May 2004*

**Rizkallah Shediak M C, Bone L R, 1998, *Planning for Sustainability of Community Based Health Program, Conceptual Framework and Future Direction for research, practice and policy, Health Education Research, Journal, 1998***

**Murti, Bhisma, dr, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Gadjah Mada Univ. Press, Yogyakarta, 1997***

**Notoatmojo, Soekidjo (2002), *Metodelogi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta***

**Hastono, Priyo, Sutanto, 2007, *Analisis Data Kesehatan, Basic Data Analysis for Health Research Training, Fakultas Keeshatan Msyarakat, Unversitas Indonesia, 2007***

**Wonderling David, Reinhold Gruen and Nick Black, 2005, *Introduction to Health Economics, Bell & bain Ltd, Glasgow, UK***

**Mills, Anne & Gibson, Lucy, 1990, *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-negara sedang Berkembang, Dian Rakyat, Jakarta***

**Badan Pusat Statistik, 2002, *Statistik Indonesia, Statistical Year Book of Indonesia 2002***

**Departemen Kesehatan Indonesia, 2006, *Petunjuk Teknis Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa***

**Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006***

**Departemen Kesehatan, 1995, *Pendekatan Kemasyarakatan***

**Departemen Kesehatan, 1990, *Pola Peningkatan Peranserta Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan***

**Departemen Kesehatan, 2004, *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004***

**Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, *Pedoman Pemberdayaan Pondok Bersalin Desa***

**Departemen Kesehatan, 1996, *Pos Obat Desa, Pedoman untuk kader***

**Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2007, *Modul Metodologi Penelitian Kesehatan, FKM-UI, 2007***

**Departemen Kesehatan, 2006, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu***

**Departemen Kesehatan, 2007, *Melalui Desa Siaga Rakyat Sehat***

**Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan- Menko Kesra, 2005, *Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan***

**Dunn, William, 1999, *Analisa Kebijakan Publik*, Gajah Mada Press, Yogyakarta**

**Azwar, Azrul, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, PT Bina Rupa Aksara, Jakarta**

**Departemen Kesehatan, Promosi Kesehatan, 2006, *Promosi Kesehatan Untuk Politeknik/ D3 kesehatan*,**

**Anne La Fond, The Save The Children Fund, 1995, *Sustaining Primary Health Care*, Earthscan Publication Limited, Pentonville Road London**

**Yuswandi, Ary, 2006, *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Akses Penduduk Sumatera Barat ke Pelayanan Kesehatan (Analisis Data Sensus 2004)*. (Tesis). Program Pascasarjana Ekulitas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.**

**Dinas Kesehatan Kabupaten Subang. *Profil Kesehatan Kabupaten Subang tahun 2006*. Subang. 2007**

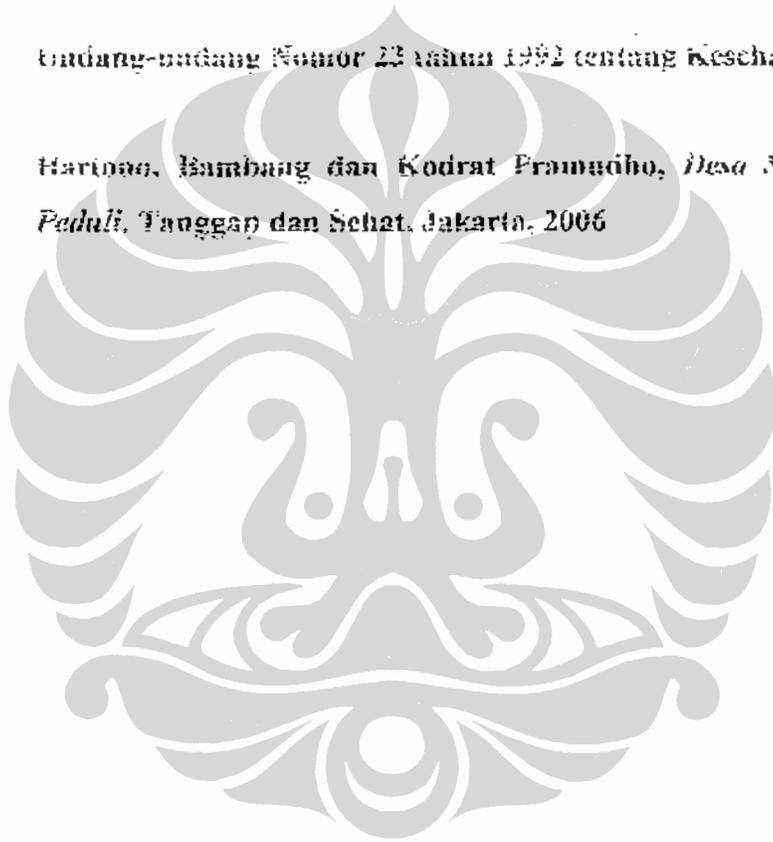
**Dinas Kesehatan Kabupaten Subang. *Desa Muga Gorong Royong*. Subang. 2007**

Friedman, John, 1992, *Empowerment, The Politic alternatif Development*.  
Cambridge, Massachusetts, USA. Blackwell Publishes. The Cambridge  
Center.

Hutomo, Mardi Yaino. 2000, *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Bidang  
Ekonomi dalam Bappenas*, Majalah Triwulanan, "Perencanaan  
Pembangunan" nomor 20, Juli-Agustus 2000, Jakarta.

Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

Hariono, Bambang dan Kodrat Pramono, *Desa Siaga Menuju Masyarakat  
Peduli, Tanggap dan Sehat*, Jakarta, 2006



**LAMPIRAN 1**

No:

**IDENTITAS INFORMAN**

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Jabatan :
5. Pendidikan :

**KETERANGAN WAKTU WAWANCARA**

1. Tanggal/Hari Wawancara :
2. Jam mulai/Jam selesai :

Petugas wawancara

(.....)

Informan

(.....)

## LAMPIRAN 2

### PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

#### I. Petunjuk Umum :

1. Sampaikan ucapan terima kasih atas kesediaannya.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.
3. Minta izin kepada informan untuk menggunakan alat perekam selama wawancara.

#### II. Petunjuk Wawancara Mendalam :

1. Wawancara dilakukan langsung oleh peneliti.
2. Wawancara menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan dalam Pedoman Wawancara Mendalam.
3. Pewawancara mencatat gambaran situasi, tingkah laku dan ekspresi informan secara tepat dan benar.
4. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat.
5. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
6. Jawaban informan tidak ada yang salah atau benar, karena semata-mata hanya untuk penelitian.
7. Semua keterangan akan dijamin kerahasiaannya.
8. Wawancara akan direkam dengan tape recorder untuk membantu ingatan peneliti.

#### III. Pelaksanaan Wawancara

1. Perkenalan dari peneliti.
2. Perkenalan dari informan.

### LAMPIRAN 3

#### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA SUBDIN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN KABUPATEN, KEPALA SEKSI PROMOSI KESEHATAN KABUPATEN SUBANG TAHUN 2008

Nama : Tanggal Wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

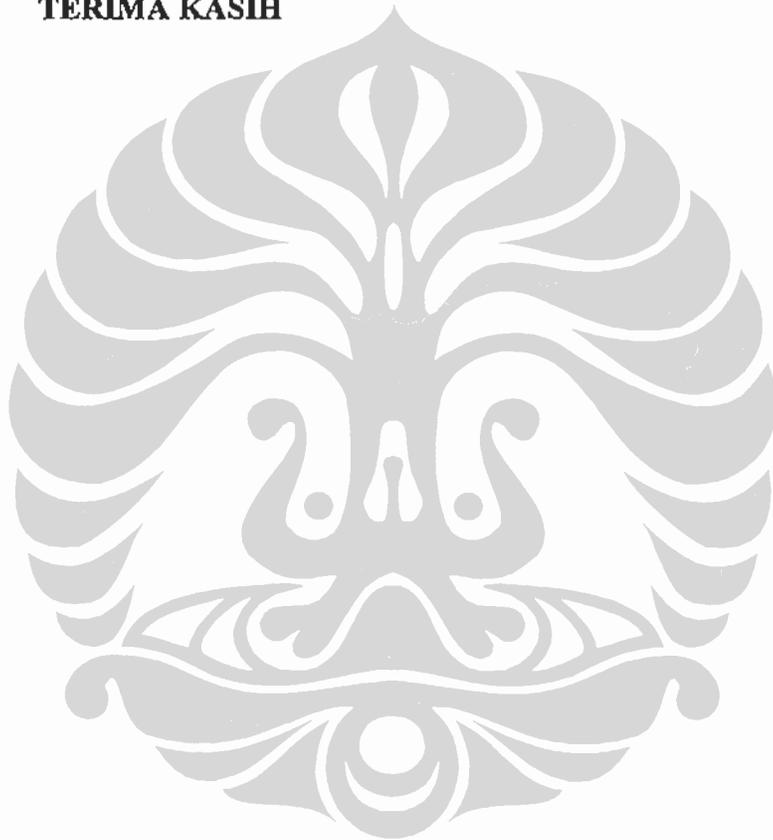
Lama bertugas:

#### DAFTAR PERTANYAAN

1. Bagaimana wujud pemberdayaan masyarakat yang ada saat ini?
2. Bagaimana kelangsungan upaya kesehatan berbasis masyarakat yang ada saat ini?
3. Bagaimana proses implementasi upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga dapat terlaksana?
4. Bagaimana gambaran kelangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga?
5. Faktor apa saja yang mempengaruhi keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga?
6. Siapa saja yang terlibat dalam pemberdayaan masyarakat? Kapan dan dimana upaya kesehatan berbasis masyarakat dilaksanakan?
7. Organisasi kemasyarakatan apa yang ada di masyarakat, modal apa yang dimiliki masyarakat?
8. Dana apa saja yang dikumpulkan masyarakat?
9. Bagaimana cara memutuskan masalah, adakah cara yang efektif sebelum ada Desa Siaga?
10. Bagaimana masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan terutama kegawatdaruratan yang terjadi?
11. Siapa saja yang terlibat dalam poskesdes? Kapan dan dimana pelaksanaan Poskesdes? Bagaimana mekanisme pelaksanaan Poskesdes?

12. Siapa saja yang terlibat dalam pengorganisasian Desa Siaga ? Kapan dan dimana pelaksanaan pelatihan?
13. Siapa saja yang terlibat dalam pemantauan dan evaluasi?
14. Bagaimana manfaat Desa Siaga dirasakan oleh masyarakat?
15. Sudah terlembagakah Desa Siaga dalam organisasi kemasyarakatan?
16. Adakah peningkatan kemampuan dari masyarakat mengenai Desa Siaga

**TERIMA KASIH**



**LAMPIRAN 4**

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA**

**DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUBANG**

**TAHUN 2008**

Nama : Tanggal Wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

Lama bertugas:

**DAFTAR PERTANYAAN**

1. Sehubungan Pengembangan Desa Siaga, bagaimana potensi pemberdayaan masyarakat yang ada di Kabupaten Subang tahun 2008 ( mencakup Sarana Fisik, Peralatan dan Logistik, Tenaga, Program Kegiatan dan Pembiayaan )?
2. Bagaimana Peran Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Subang pada Perencanaan, Pengorganisasian, Penggerakan dan Pengawasan Poskesdes ?

**TERIMA KASIH**

## LAMPIRAN 5

### PEDOMAN FOKUS GROUP DISKUSI (FGD) KEBERLANGSUNGAN UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

#### Informan

| No | Nama | Umur/<br>Jenis<br>Kelamin | Pekerjaan/<br>Profesi | Pendidikan | Lama<br>bertugas | Alamat |
|----|------|---------------------------|-----------------------|------------|------------------|--------|
|    |      |                           |                       |            |                  |        |
|    |      |                           |                       |            |                  |        |
|    |      |                           |                       |            |                  |        |
|    |      |                           |                       |            |                  |        |
|    |      |                           |                       |            |                  |        |

#### Pengantar

Pengembangan Desa Siaga yang dilakukan saat ini sebagai suatu bentuk upaya pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan yang menggali segala potensi yang dimiliki oleh masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Maka dukungan Pusat haruslah dalam rangka mendorong peningkatan kemampuan upaya pemberdayaan agar dapat terjamin tetap berlangsung di waktu yang akan datang, karenanya keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat adalah salah satu faktor yang penting dalam pelaksanaan program kesehatan termasuk Desa Siaga.

#### Pokok – pokok Pertanyaan

1. Bagaimana menurut bapak/ ibu tentang upaya pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan? konsep pemberdayaan masyarakat? apa gunanya pemberdayaan masyarakat?
2. Apa saja prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat?
3. Apa saja yang menjadi ciri pemberdayaan masyarakat?
4. Sumberdaya apa saja yang harus ada dalam pemberdayaan masyarakat?

5. Apa saja bentuk pemberdayaan masyarakat yang bapak-ibu pahami?
6. Langkah apa yang harus dilakukan dalam memulai suatu pemberdayaan masyarakat?
7. Menurut ibu-bapak faktor yang yang mempengaruhi keberhasilan suatu pemberdayaan masyarakat?
8. Faktor apa saja yang mempengaruhi kegagalan suatu pemberdayaan masyarakat?
9. Bagaimana cara mempertahankan keberlangsungan suatu pemberdayaan masyarakat?
10. Apa yang mempengaruhi keberlangsungan suatu pemberdayaan masyarakat? Bagaimana mengukur suatu pemberdayaan masyarakat keberlangsungannya berjalan dengan baik?
11. Bagaimana pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga?
12. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi kelangsungan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga?
13. Apa saja yang harus diperhatikan untuk menjaga kelangsungan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan Desa Siaga?
14. Bagaimana saran bapak/ ibu tentang kelangsungan pemberdayaan masyarakat dalam Desa Siaga?

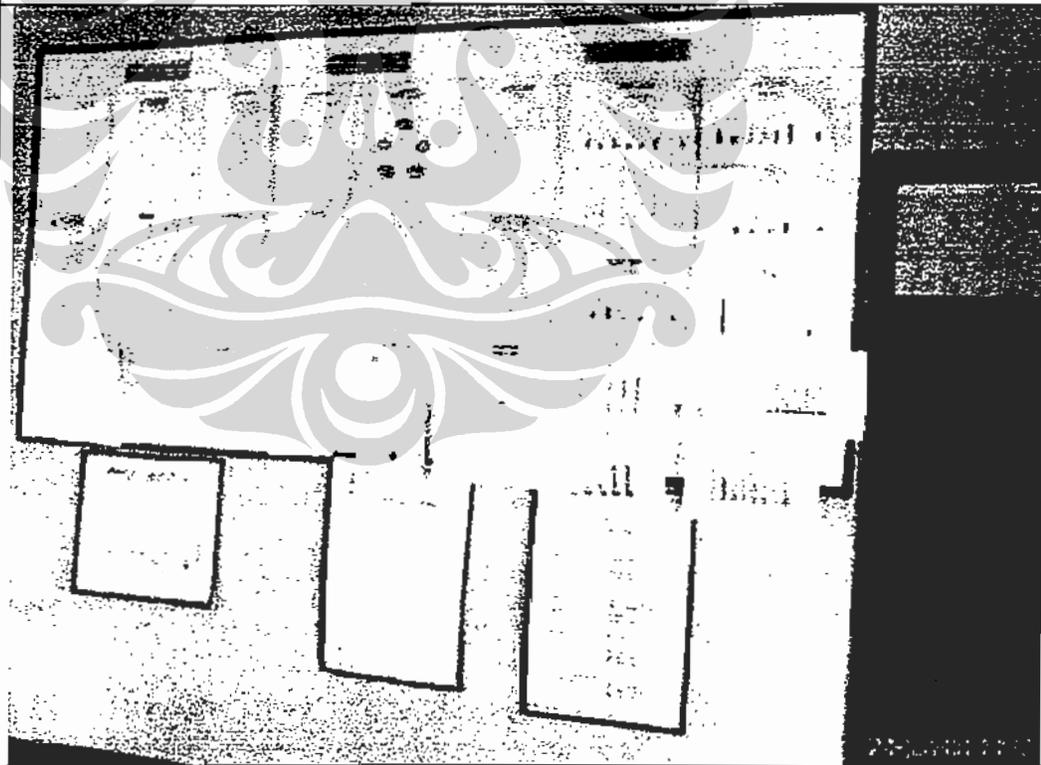
**TERIMA KASIH**



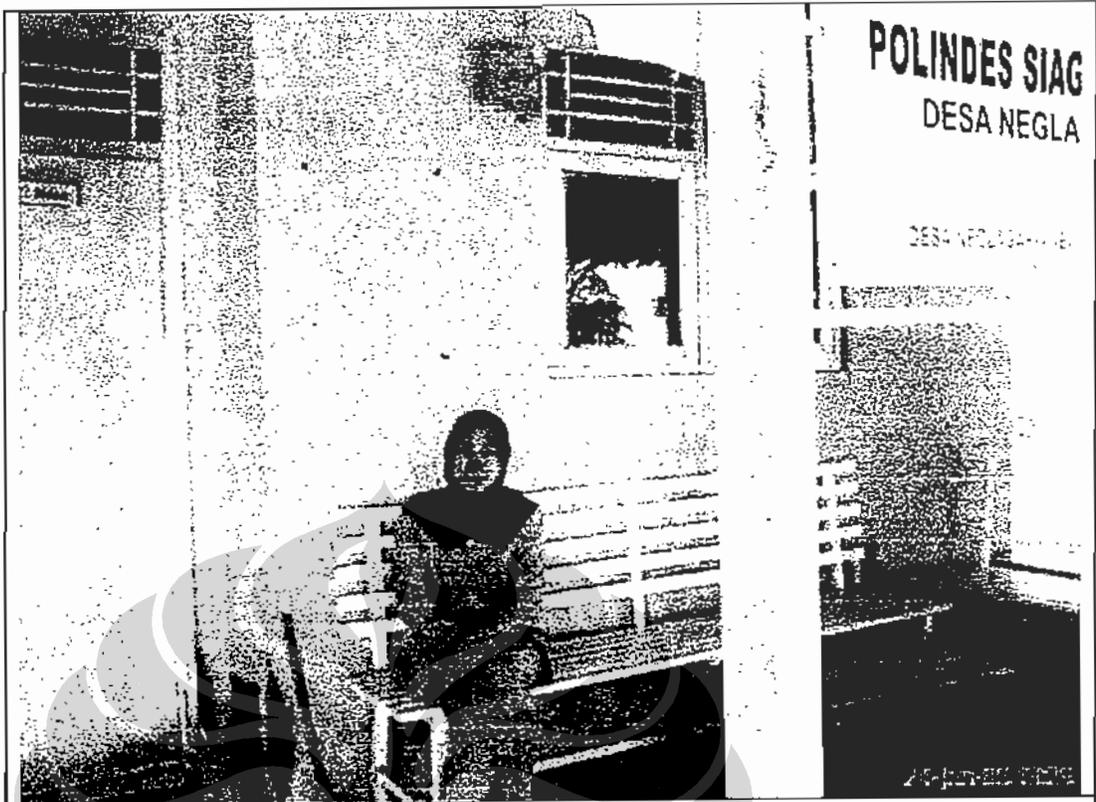
Gerbang Desa Siaga Neglasari dan peserta Diskusi kelompok Masyarakat Desa Neglasari, 24 Juni 2008



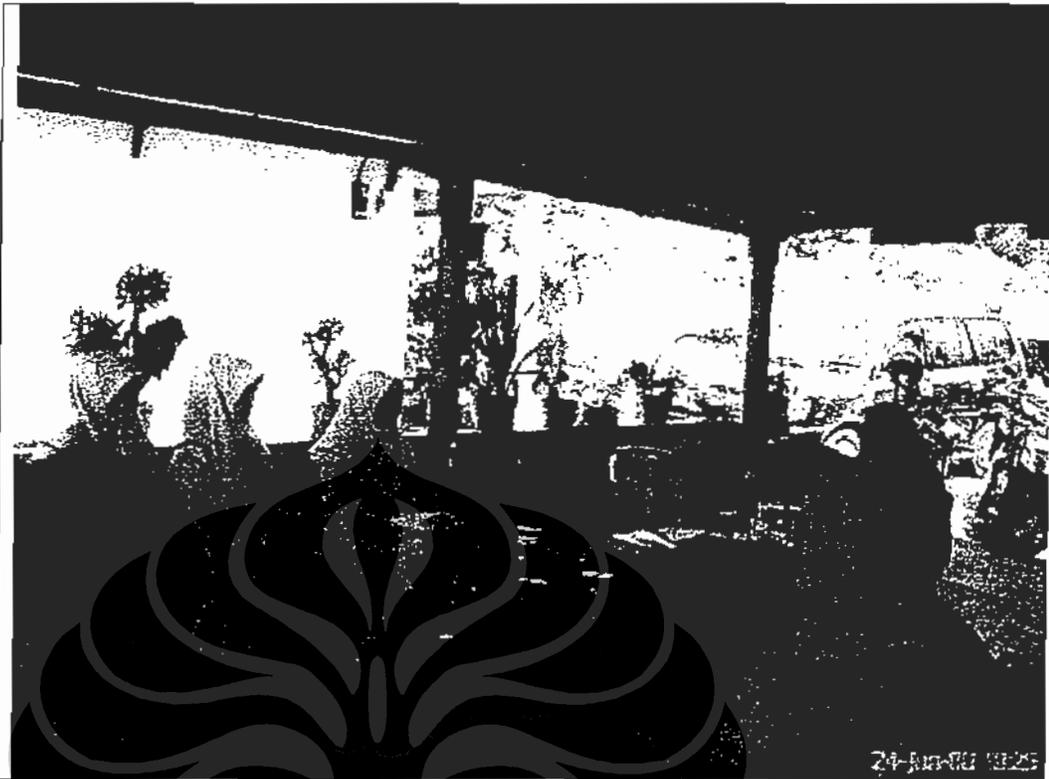
24-Jun-08 13:31



Polindes Plus dan Bidan Desa Neglasari, Juni 2008



Polindes Plus dan Bidan Desa Neglasari, Juni 2008



Suasana Diskusi kelompok petugas kesehatan dan tokoh masyarakat Desa Gumungsari, 24 Juni 2008



Suasana Diskusi kelompok petugas kesehatan dan tokoh masyarakat Desa  
Gunungsari, 24 Juni 2008