



**PEMBANGUNAN LEMBAGA PADA PROGRAM DESA SIAGA
AKTIF DI DESA REJOAGUNG KECAMATAN SEMBORO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Agung Resa Waskita

120910201013

**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2019



**PEMBANGUNAN LEMBAGA PADA PROGRAM DESA SIAGA
AKTIF DI DESA REJOAGUNG KECAMATAN SEMBORO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Administrasi Negara (S1) dan meraih gelar Sarjana Sosial

Oleh

Agung Resa Waskita

NIM 120910201013

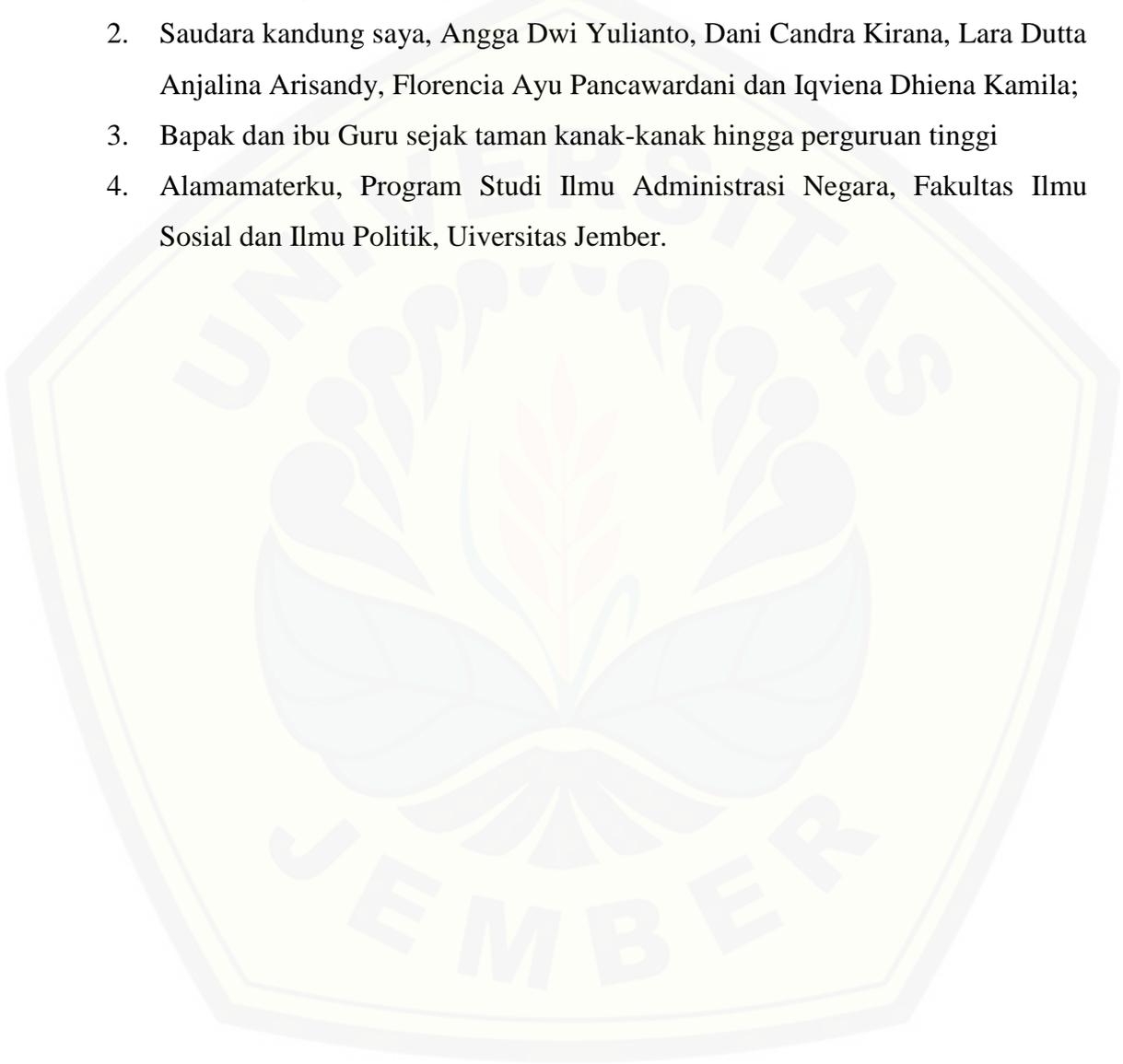
**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2019

PERSEMBAHAN

Atas rahmat dan karunia Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orangtua saya, Ayah Sugeng Hariadi dan Ibu Muida Nirawati;
2. Saudara kandung saya, Angga Dwi Yulianto, Dani Candra Kirana, Lara Dutta Anjalina Arisandy, Florencia Ayu Pancawardani dan Iqviena Dhiena Kamila;
3. Bapak dan ibu Guru sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi
4. Alamamaterku, Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember.



MOTTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai kesanggupannya”

(Q.S Al Baqarah : 286)

“Waktu bagaikan pedang. Jika engkau tidak memanfaatkannya dengan baik

(untuk memotong), maka ia akan memanfaatkanmu (dipotong)”

(HR. Muslim)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama: Agung Resa Waskita

NIM : 120910201013

Menyatakan engan sesungguhnya bahwa sriksi yang berjudul “Pembangunan Lembaga pada Program Desa Siaga Aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri berdasarkan pedoman karrya ilmiah. Setiap pengutipan substansi selalu menyertakan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi mana pun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi skripsi ini sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia menerima sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 22 Juli 2019

Yang menyatakan

Agung Resa Waskita

NIM 120910201013

SKRIPSI
PEMBANGUNAN LEMBAGA PADA PROGRAM DESA SIAGA AKTIF
DI DESA REJOAGUNG KECAMATAN SEMBORO KABUPATEN
JEMBER

Oleh

Agung Resa Waskita

NIM 120910201013

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Drs. Boedijono, M.Si

Dosen Pembimbing Anggota : Drs. Supranoto, M.Si

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pembangunan Lembaga pada Program Desa Siaga Aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Senin, 22 Juli 2019

tempat : Ruang Sidang Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Jember

Tim Penguji,

Ketua,

Sekretaris,

Dr. Sutomo, M.Si

Drs. Supranoto, M.Si

NIP 196503121991031003

NIP 196102131988021001

Anggota Penguji,

1. Drs. A. Kholik, M.Si

NIP 195607261989021001

(.....)

2. Drs. Boedijono, M.Si

NIP 196103311989021001

(.....)

Mengesahkan,

Penjabat Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Universitas Jember

Dr. Hadi Prayitno, M.Kes

NIP 196106081988021001

RINGKASAN

Pembangunan Lembaga pada Program Desa Siaga Aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember; Agung Resa Waskita, 120910201013; 2019: 65 halaman; Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Tujuan utama penelitian ini adalah mendeskripsikan pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember. Permasalahan kesehatan akan mempengaruhi kesejahteraan sosial suatu daerah sebab kondisi sehat adalah salah satu indikator penting dalam kesejahteraan sosial. Indikator kesejahteraan sosial 2013 menjelaskan indikator-indikator itu antara lain; Angka Harapan Hidup (AHH) dan Angka Kematian Bayi (AKB), tingkat imunitas dan gizi, serta aksesabilitas pelayanan kesehatan, yakni prosentase penduduk dengan keluhan kesehatan dan jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan. Indikator tersebut akan memberikan isyarat adanya sebuah permasalahan dalam kesejahteraan masyarakat bidang kesehatan ketika indikator-indikator pada suatu daerah tertentu menunjukkan angka yang jauh dari target yang diharapkan. Kesulitan lain yang memperberat adalah ketika rata-rata tingkat pendidikan masyarakat masih relatif rendah karena akses pendidikan dan informasi yang minim. Hal ini akan berpengaruh pada rendahnya pemahaman masyarakat tentang hal-hal yang dapat memicu penyebaran penyakit, sehingga ketika wabah penyakit menyerang seperti campak, diphteri, tuberkulosis paru, HIV/AIDS, flu burung, demam berdarah, dan sebagainya, hal ini menjadi masalah yang sulit dan kompleks, lebih-lebih ketika terjadi bencana alam.

Program desa siaga aktif merupakan bentuk kebijakan pemerintah dalam rangka pemberdayaan masyarakat untuk pembangunan kesehatan. Desa siaga aktif adalah desa yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui pos kesehatan desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya; dan desa yang penduduknya

mengembangkan UKBM dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Topik pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif menarik untuk dibahas karena peneliti melihat ketercapaian level desa siaga di kabupaten jember masih banyak pada level pratama dan hanya ada 1 kecamatan yang 100% desanya berada di level purnama. Keberhasilan pelaksanaan program desa siaga dapat menjadi contoh bagi desa lain.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Tempat penelitian di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember, dengan melakukan wawancara terhadap informan yang terlibat langsung dan telah ditentukan, peneliti memperoleh informasi dan data yang kemudian diolah dan dianalisis sebagai hasil dari penelitian. Teknik menguji keabsahan data yang digunakan yaitu ketekunan atau kejegan pengamatan dan triangulasi. Teknik analisis data yang digunakan adalah teknik analisis interaktif oleh Miles dan Huberman yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, Pemerintah Desa Rejoagung membentuk struktur kepengurusan poskesdes desa rejoagung melalui musyawarah yang melibatkan perwakilan masyarakat, RT, RW, PKK, BPD, Perangkat Desa, dan kepengurusan poskesdes tersebut disahkan melalui Keputusan Kepala Desa Rejoagung Nomor 470/5/35.09.07.2003/2019. Peneliti dalam menganalisa pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif dengan melihat lima variabel lembaga yang dijelaskan dalam konsep Pembangunan Lembaga (Joseph W. Eaton), dengan hasil penelitian sebagai berikut. 1) Kepemimpinan, aktor yang terlibat dalam program desa siaga di Desa Rejoagung adalah Pemerintah Desa dibantu oleh Tim Pelaksana Poskesdes, pemerintah daerah dan masyarakat desa. Dalam peranan seperti perwakilan, pengambilan keputusan dan pengendalian operasional adalah melalui musyawarah desa yang diadakan oleh pemerintah desa dengan melibatkan Tim Pelaksana Poskesdes, pemerintah daerah dan masyarakat desa. 2) Doktrin, pemerintah desa dalam menyampaikan doktrin menggunakan

iber-iber dan memanfaatkan kegiatan rutin masyarakat (KRW). doktrin yang disampaikan oleh pemerintah desa mampu dengan cepat diterima oleh warga melalui *iber-iber* pada saat KRW. Doktrin yang diterima oleh masyarakat mendapat tanggapan yang berbeda-beda dari tiap warga. 3) Program, Pemerintah Desa Rejoagung dalam mewujudkan pengembangan Desa Siaga Aktif memiliki program yang diwujudkan dalam bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). UKBM-UKBM yang terdapat pada Desa Siaga Rejoagung adalah PIK-R, Ambulan Desa, Kelompok Donor Darah, Tanggap Darurat, PSN dan Pembinaan PHBS. 4) Sumber daya, Pemerintah Desa Rejoagung hanya mengeluarkan dana pada saat pembentukan saja, dan untuk kegiatan-kegiatan selanjutnya terkait program desa siaga tidak menganggarkan dana. Dana untuk kegiatan program desa siaga didapat melalui swadaya masyarakat yang telah diatur sebelumnya pada Surat Keputusan Kepala Desa Rejoagung. sumberdaya lain yang dimiliki oleh desa siaga rejoagung adalah ambulan desa dan bangunan poskesdes. 5) Struktur intern, dalam menjalankan program desa siaga, Pemerintah Desa Rejoagung membentuk Poskesdes untuk mengkoordinir pokja-pokja yang ada. Pokja-pokja tersebut memiliki tugas masing-masing. Dalam pembagian peran dan tugas, Pemerintah Desa Rejoagung bekerjasama dengan pengurus GKJW yang memiliki program atau kegiatan yang sama dengan desa siaga. GKJW memiliki peran untuk mengkoordinir terkait pokja donor darah dan penanggulangan bencana.

PRAKATA

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pembangunan Lembaga pada Program Desa Siaga Aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember” Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Jurusan Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Ardiyanto, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember;
2. Bapak Dr. Akhmad Toha, M.Si selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember;
3. Bapak Dr. Sutomo, M.Si selaku Koordinator Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember;
4. Bapak Drs. Boedijono, M.Si selaku Dosen Pembimbing Utama dan Bapak Drs. Supranoto, M.Si selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
5. Bapak Dr. Sutomo, M.Si selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan nasihat, saran, bimbingan dan perhatian selama penulis menjadi mahasiswa bimbingannya;
6. seluruh Bapak/Ibu Dosen Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember;
7. tim penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran pada saat menguji sehingga skripsi ini dapat disempurnakan;

8. kedua orang tua saya, Ayahanda Sugeng Hariadi dan Ibunda Muida Nirawati yang telah memberikan cinta, kasih sayang, pengorbanan, serta kesabaran dan doa selama ini;
9. adik-adik saya anggara, dani, tata, floren dan abel yang telah memberikan motivasi dan semangat selama ini;
10. Bapak Agus Basuki Selaku Kepala Desa Rejoagung yang telah mengizinkan penelitian skripsi ini, Bapak Sudarman selaku Sekretaris Desa Rejoagung, serta seluruh Perangkat Desa yang telah meluangkan waktu dan membantu dalam penelitian skripsi ini;
11. teman-teman Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember angkatan 2012, terimakasih sudah menjadi keluarga baru yang telah memberikan inspirasi, bantuan, semangat, perhatian dan dukungan yang sangat berarti sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini;
12. Teman-teman seperjuangan Alifah Novrina, Hodoifah yang telah berjuang bersama.
13. Teman-teman saya di kampus frandias, gama, rangga, alim, rifky, galuh, anis, kikis, sarivudin, rizki putra.
14. semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 22 Juli 2019

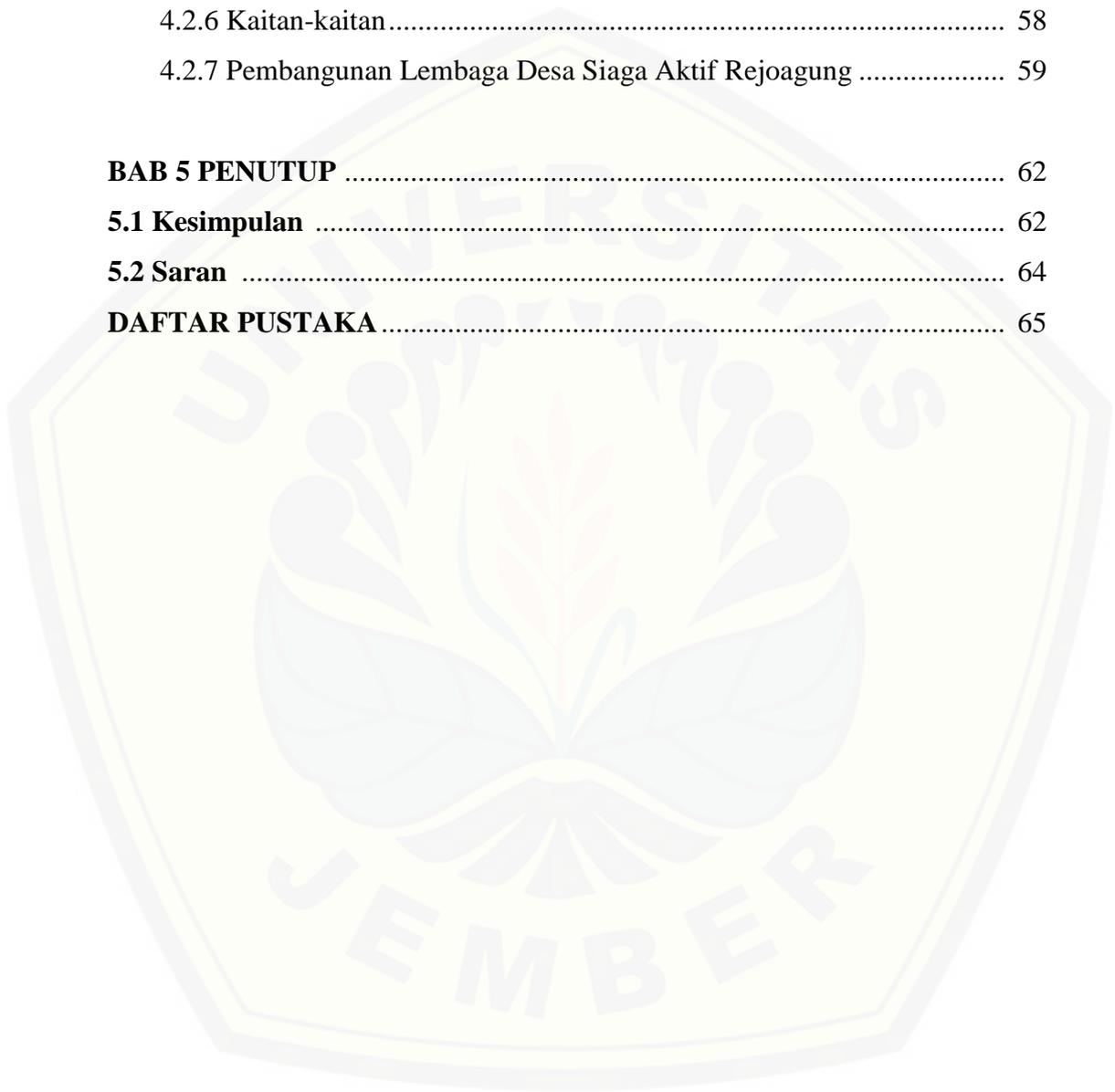
Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep Dasar	11
2.2 Pelembagaan	11
2.3 Pembangunan Lembaga	15
2.4 Program Desa Siaga	19
2.4.1 Pengertian Desa Siaga aktif	19
2.4.2 Tujuan Pengembangan Desa Siaga Aktif	20
2.4.3 Kriteria Desa Siaga Aktif	21

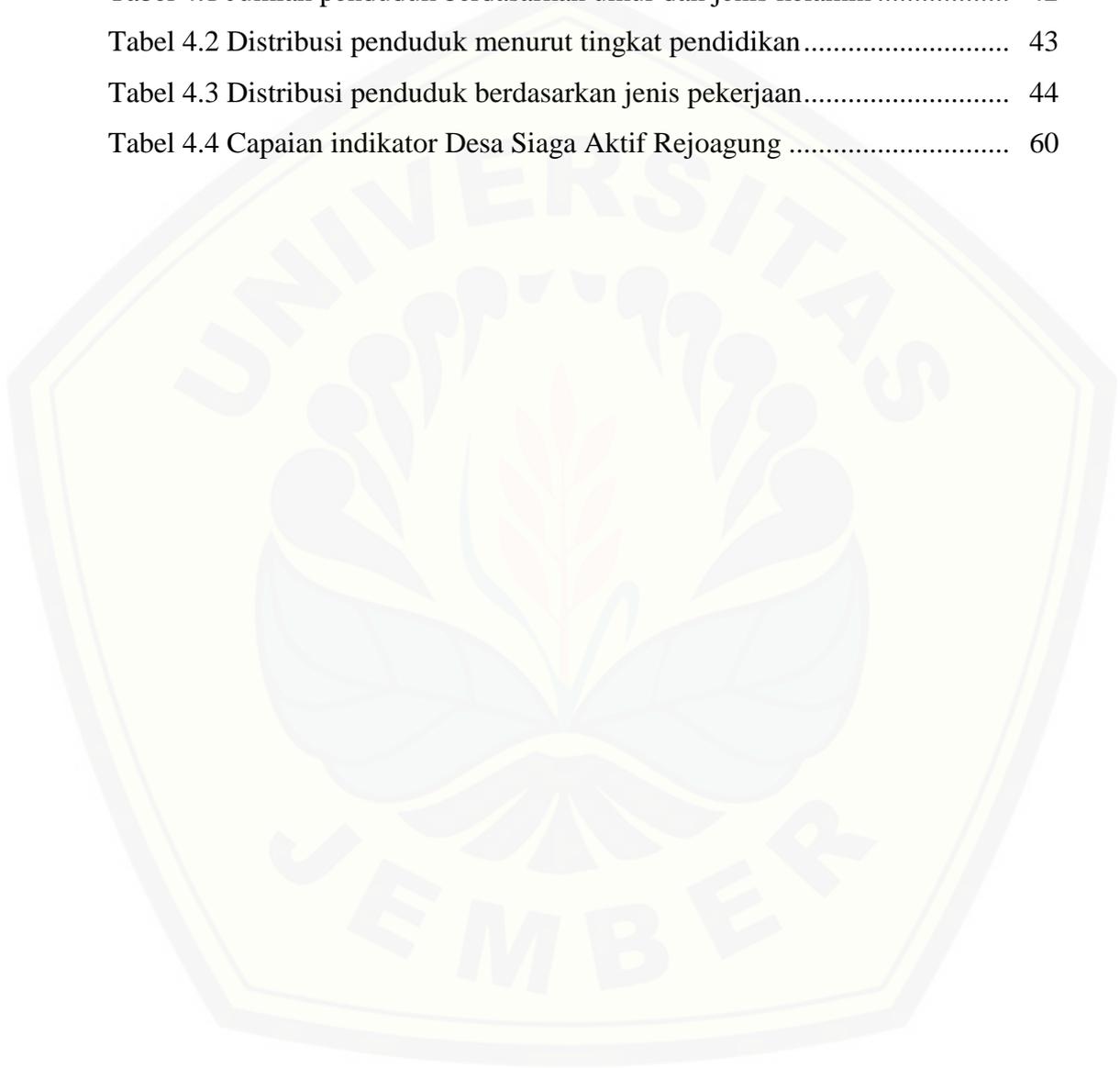
2.4.4 Tahapan Desa Siaga	22
2.4.5 Pemantauan Desa Siaga	24
2.4.6 Indikator Keberhasilan Desa Siaga	26
2.4.7 Peran Pemerintah Desa	27
2.5 Kerangka Berpikir	28
BAB 3 METODE PENELITIAN	29
3.1 Pendekatan Penelitian	30
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	30
3.3 Situasi Sosial	30
3.4 Desain Penelitian	31
3.4.1 Fokus Penelitian	32
3.4.2 Data dan Sumber Data	33
3.4.3 Penentuan Informan Penelitian	33
3.5 Teknik dan Alat Perolehan Data	34
3.5.1 Wawancara	34
3.5.2 Observasi	35
3.5.3 Dokumentasi	35
3.6 Teknik Menguji Keabsahan Data	35
3.6.1 Triangulasi	35
3.6.2 Ketekunan atau Keajegan Pengamatan	37
3.7 Teknik Penyajian Data	37
3.7.1 Reduksi Data	38
3.7.2 Penyajian Data	38
3.7.3 Verifikasi dan Penarikan Kesimpulan	38
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	39
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	39
4.1.1 Kondisi Geografis	39
4.1.2 Kondisi Historis	40
4.1.3 Kondisi Demografis	41
4.2 Kelembagaan	45
4.2.1 Kepemimpinan	45

4.2.2 Doktrin	49
4.2.3 Program.....	50
4.2.4 Sumber-sumberdaya.....	56
4.2.5 Struktur Intern.....	57
4.2.6 Kaitan-kaitan.....	58
4.2.7 Pembangunan Lembaga Desa Siaga Aktif Rejoagung	59
BAB 5 PENUTUP	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	65



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Target Cakupan Desa Siaga Aktif.....	4
Tabel 1.2 Pentahapan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	5
Tabel 4.1 Jumlah penduduk berdasarkan umur dan jenis kelamin	42
Tabel 4.2 Distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan.....	43
Tabel 4.3 Distribusi penduduk berdasarkan jenis pekerjaan.....	44
Tabel 4.4 Capaian indikator Desa Siaga Aktif Rejoagung	60



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Proses pelembagaan	13
Gambar 2.2 Konsep pembangunan lembaga.....	17
Gambar 3.1 Analisis interaktif: Miles and Hubermann	37
Gambar 4.1 Distribusi penduduk berdasarkan agama/kepercayaan	42
Gambar 4.2 Struktur kepengurusan poskesdes desa siaga rejoagung 2019.....	45



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Lembaga Penelitian Universitas Jember.
- Lampiran 2. Surat Rekomendasi Penelitian dari BAKESBANGPOL Kabupaten Jember.
- Lampiran 3. Foto Dokumentasi Penelitian.
- Lampiran 4. Jumlah desa siaga menurut kecamatan, Kabupaten jember tahun 2016
- Lampiran 5. Keputusan Kepala Desa Rejoagung Nomor: 470/5/35.09.07.2003/2019 tentang tim pelaksana poskesdes tingkat desa dalam wilayah Desa Rejoagung
- Lampiran 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- Lampiran 7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Namun di samping itu, setiap orang juga tidak luput dari kewajiban-kewajiban di bidang kesehatan. Untuk itu, Pemerintah memiliki sejumlah tanggung jawab yang harus dilaksanakannya, yang meliputi tanggung jawab untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pemerintah juga bertanggung jawab untuk memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.

Permasalahan kesehatan akan mempengaruhi kesejahteraan sosial suatu daerah sebab kondisi sehat adalah salah satu indikator penting dalam kesejahteraan sosial. Indikator kesejahteraan sosial 2013 (BPS,2013) menjelaskan indikator-indikator itu antara lain; Angka Harapan Hidup (AHH) dan Angka Kematian Bayi (AKB), tingkat imunitas dan gizi, serta aksesabilitas pelayanan kesehatan, yakni prosentase penduduk dengan keluhan kesehatan dan jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan. Indikator tersebut akan memberikan isyarat adanya sebuah permasalahan dalam kesejahteraan masyarakat bidang kesehatan ketika indikator-indikator pada suatu daerah tertentu menunjukkan angka yang jauh dari target yang diharapkan. Kesulitan lain yang memperberat adalah ketika rata-rata tingkat pendidikan masyarakat masih relatif rendah karena akses pendidikan dan informasi yang minim. Hal ini akan berpengaruh pada

rendahnya pemahaman masyarakat tentang hal-hal yang dapat memicu penyebaran penyakit, sehingga ketika wabah penyakit menyerang seperti campak, diphteri, tuberkulosis paru, HIV/AIDS, flu burung, demam berdarah, dan sebagainya, hal ini menjadi masalah yang sulit dan kompleks, lebih-lebih ketika terjadi bencana alam.

Sasaran yang harus dicapai oleh pembangunan kesehatan secara nasional yang termuat dalam Peraturan Presiden Nomor 5 tahun 2010 dan termuat dalam Renstra tahun 2010-2014 Kepmenkes RI adalah: (1) Meningkatnya umur harapan hidup atau AHH dari 70,6 tahun menjadi 72,0 tahun, (2) Menurunnya angka kematian bayi (AKB) dari 34 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup, (3) Menurunnya angka kematian ibu (AKI) melahirkan dari 228 menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup, (4) Menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita dari 18,4 menjadi kurang dari 15%.

Berbagai masalah kesehatan yang ada masih menjadi perjuangan pemerintah tak terkecuali bagi Provinsi Jawa Timur dalam proses pembangunan dan upaya kesejahteraan bidang kesehatan. Berdasarkan data BPS Provinsi Jawa Timur, AKB Provinsi Jawa Timur tahun 2009 sebesar 31,41 per 1.000 kelahiran hidup; tahun 2010 mencapai 29,99 per 1.000 kelahiran hidup; tahun 2011 mencapai 29,24 per 1.000 kelahiran hidup, dan di tahun 2012 AKB mencapai 28,31 per 1.000 kelahiran hidup. Melalui berbagai upaya pembangunan, diharapkan Provinsi Jawa Timur dapat mencapai target Renstra Kemenkes Republik Indonesia yaitu 24 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 dan target MDGs yaitu 23 per 1.000 kh pada tahun 2015 (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2013:12).

Program Desa Siaga yang dicanangkan dalam Kepmenkes Nomor 564/MENKES/SK/VIII/2006, merupakan bentuk kebijakan pemerintah dalam rangka pemberdayaan masyarakat untuk pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan ini menurut Pusat Promosi Kesehatan RI (2010:1) tidak lepas dari komitmen indonesia sebagai warga masyarakat dunia untuk ikut merealisasikan tercapainya *Millenium Development Goals (MDGs)*. Sebab dalam MDGs kesehatan menjadi unsur dominan, lima diantara delapan agenda MDGs berkaitan

langsung dengan kesehatan. Agenda tersebut adalah Agenda ke-1 (memberantas kemiskinan dan kelaparan), Agenda ke-4 (menurunkan angka kematian anak). Agenda ke-5 (meningkatkan kesehatan ibu), Agenda ke-6 (memerangi HIV dan AIDS, malaria, dan penyakit lainnya), serta Agenda ke-7 (melestarikan lingkungan hidup).

Desa siaga menurut Kepmenkes Nomor 564/MENKES/SK/VIII/2006 yaitu desa yang memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah/ancaman kesehatan (termasuk bencana dan kegawatdaruratan kesehatan) secara mandiri dalam rangka mewujudkan desa sehat. Sedangkan Desa Siaga Aktif menurut Kepmenkes RI Nomor 1529 tahun 2010, adalah desa yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui pos kesehatan desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya; dan desa yang penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Desa siaga mensyaratkan desa-desa mempunyai Forum Masyarakat Desa (FMD) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) merupakan koordinator dari berbagai UKBM (Usaha Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) yang ada di suatu desa (Kementerian Kesehatan RI, 2013:87). Poskesdes dibentuk di desa untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa sehingga mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar. Kegiatan utama Poskesdes adalah pelayanan kesehatan dasar, yaitu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu menyusui, kesehatan anak, pengamatan dan pengawasan dini (surveilans penyakit, surveilans gizi, surveilans perilaku berisiko, surveilans lingkungan dan masalah kesehatan lainnya), penanganan

keawatdaruratan kesehatan serta kesiapsiagaan terhadap bencana (Kementerian Kesehatan RI, 2012:6). Selain Poskesdes, UKBM dapat berupa posyandu, poskestren, polindes, dan lain-lain.

Program Desa Siaga selain meningkatkan keterjangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dasar juga membangun semangat belajar masyarakat, sebab kegiatan dilakukan berdasarkan pendekatan edukatif. Program ini juga mendorong partisipasi masyarakat dan kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan yang terkait (Kementerian Kesehatan RI, 2012:7). Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1529/MENKES/SK/X/2010 menjelaskan, dalam tujuan khusus program Desa Siaga terdapat tujuan memfasilitasi tumbuhnya UKBM-UKBM baru (seperti ambulan desa, kelompok pendonor darah, tim siaga bencana, kadarzi, dana sehat, dll) yang sesuai dengan kebutuhan desa, sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan mengupayakan jaminan kesehatan tingkat dasar lainnya.

Pelaksanaan program Desa Siaga dipantau oleh dinas kesehatan dengan target cakupan yang selalu meningkat setiap tahunnya. Target cakupan Desa Siaga aktif tahun 2009-2015, yakni mulai 20% pada tahun 2009, hingga 80% pada tahun 2015 sebagaimana diuraikan dalam tabel 1.1. Hal ini berarti pada tahun 2009 ditargetkan terdapat minimal 20% dari seluruh jumlah desa/kelurahan menjadi Desa Siaga Aktif. Pada tahun berikutnya ditargetkan jumlah Desa Siaga Aktif di setiap kabupaten bertambah hingga 80% dari keseluruhan desa/kelurahan pada tahun 2015 menjadi Desa Siaga Aktif. Sebagai contoh untuk Provinsi Jawa Timur dengan total 8.505 desa, minimal 6.804 desa telah menjadi Desa Siaga Aktif pada tahun 2015.

Tabel 1.1 Target Cakupan Desa Siaga Aktif

Tahun	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Target cakupan Desa Siaga Aktif	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%

Sumber: Dinkes Provinsi Jatim (2011:6)

Pelaksanaan program Desa Siaga dan perkembangannya dapat dilakukan secara bertahap, mulai dari tahap Desa Siaga Aktif Pratama, Madya, Purnama dan diharapkan semua desa dapat mencapai tahap Desa Siaga Aktif Mandiri. Dalam menentukan tahap tersebut Kementerian Kesehatan RI menetapkan 8 kriteria atau indikator Desa Siaga Aktif. Pentahapan perkembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 1.2 Pentahapan Desa/Kelurahan Siaga Aktif

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

Sumber: Kepmenkes RI Nomor 1529 tahun 2010

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2016 Jumlah desa siaga di Kabupaten Jember sampai dengan akhir tahun 2015 mencapai 100% dari jumlah desa/kelurahan yang ada (248 desa/kelurahan), hal ini berarti bahwa setiap desa/kelurahan telah menjadi desa siaga. Dari keseluruhan Desa Siaga Aktif, Sebagian besar masih di level Pratama, yakni 143 Desa/Kelurahan. Berdasarkan kategori Desa Siaga per kecamatan, kecamatan yang telah mencapai level yang sama adalah: 10 Kecamatan 100% pada level pratama (Kecamatan Mayang, Rambipuji, Jombang, Sumberbaru, Tanggul, Panti, Sukorambi, Arjasa, Sumberjambe dan Patrang), 2 Kecamatan 100% pada level madya (Kecamatan Mumbulsari dan Jenggawah), dan 1 Kecamatan 100% pada level purnama (Kecamatan Semboro), sementara belum ada kecamatan yang 100% pada level mandiri.

Ketercapaian level yang bervariasi menunjukkan bahwa pelaksanaan program desa siaga dan perkembangannya bisa berbeda-beda antara desa yang satu dengan desa yang lain. Keberhasilan pelaksanaan program Desa Siaga dapat menjadi contoh bagi desa lain, demikian pula kegagalan pelaksanaan program di suatu desa dapat menjadi pembelajaran bagi desa-desa lain dan dapat membantu meminimalisir kegagalan yang sama.

Kecamatan Semboro merupakan salah satu kecamatan dari 31 kecamatan di Kabupaten Jember yang melaksanakan program desa siaga aktif. Kecamatan ini secara geografis terletak di wilayah yang cukup jauh dari ibu kota kabupaten, jarak tempuh ke ibu kota kabupaten 40 km. Terdapat 6 Desa di Kecamatan Semboro yaitu Desa Rejoagung, Desa Semboro, Desa Sidomekar, Desa Sidomulyo, Desa Pondokjoyo dan Desa Pondokdalem. Dari aspek keterjangkauan masyarakat terhadap sarana dan tenaga pelayanan kesehatan, hanya terdapat satu Puskesmas yang terletak di pusat Kecamatan Semboro, yang melayani seluruh penduduk Kecamatan Semboro di 6 desa yang berjumlah 45.291 jiwa dengan 1 dokter dan 15 bidan (profil kesehatan kabupaten jember, 2016). Namun demikian,

pelaksanaan program Desa Siaga di 6 Desa Kecamatan Semboro telah mencapai tahap Desa Siaga Aktif Purnama.

Seperti yang telah disebutkan diatas, dari keseluruhan Desa Siaga Aktif di Kabupaten Jember, hanya ada satu kecamatan yang 100% Desanya telah mencapai tahap desa siaga aktif purnama. Berdasarkan pencapaian tahap desa siaga, Kecamatan Semboro merupakan satu-satunya Kecamatan yang seluruh Desanya telah mencapai tahap desa siaga aktif purnama, hal ini merupakan pencapaian terbaik dalam desa siaga di kabupaten jember mengingat belum ada desa di Kabupaten Jember yang mencapai tahap desa siaga aktif mandiri dan belum ada Kecamatan yang berhasil 100% desanya mampu mencapai tahap desa siaga aktif purnama selain Kecamatan Semboro.

Pelaksanaan program Desa Siaga di Desa Rejoagung telah berhasil membina masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, khususnya perilaku tidak buang air besar di sungai. Hal ini terbukti pada tahun 2003 Desa Rejoagung dinyatakan berstatus ODF (*Open Defecation Free*) atau bestatus bebas dari buang air besar sembarangan (www.republika.co.id). Berdasarkan Keputusan Bupati Jember tanggal 22 April 2013 tentang pemenang perlombaan desa dan kelurahan Kabupaten Jember tahun 2013, Desa Rejoagung merupakan pemenang juara 1 perlombaan desa yang diadakan oleh Bupati dalam rangka meningkatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat di Kabupaten Jember, sementara hasil penilaian indikator kesehatan masyarakat, khususnya dalam pengembangan Desa Siaga memberikan sumbangan tertinggi pada skor penilaiannya. Terkait dengan lomba Desa Siaga di tingkat provinsi, Desa Rejoagung dipilih menjadi wakil Kabupaten Jember sebagai pelaksana terbaik Program Desa Siaga tahun 2014.

Pemerintah Desa Rejoagung dalam mempercepat pengembangan desa siaga aktif dengan membentuk Poskesdes Desa Rejoagung. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif menjelaskan “Poskesdes merupakan Upaya Kesehatan Bersumberaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa/kelurahan dalam rangka mendekatkan pelayanan

kesehatan dasar sesuai kompetensi bagi masyarakat dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya. Poskesdes merupakan koordinator dari UKBM yang ada”. Pemerintah Desa Rejoagung membentuk Poskesdes dengan dibuatnya Surat Keputusan Kepala Desa Rejoagung Nomor: 470/17/436.525.04/2013 tentang Tim Pelaksana Poskesdes Tingkat Desa Dalam Wilayah Desa Rejoagung.

Pengembangan Program Desa Siaga Aktif diatas tidak akan berjalan efektif apabila tidak dibarengi dengan pembangunan lembaga, artinya Desa Siaga Rejoagung hanya akan menjadi organisasi formal yang sekedar ada strukturnya tetapi tidak akan mampu melakukan perubahan sosial di dalam masyarakat. Milton J. Esman dalam Eaton (1986:23) menjelaskan bahwa “pembangunan lembaga adalah suatu perspektif tentang perubahan sosial yang direncanakan dan dibina”. Substansi dari pembangunan lembaga Desa Siaga aktif adalah pemberdayaan masyarakat untuk pembangunan kesehatan dan terwujudnya masyarakat desa yang peduli, tanggap dan mampu mengenali, mencegah serta mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi secara mandiri, sehingga derajat kesehatannya meningkat.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember”

1.2 Rumusan Masalah

Menurut Kartono (1996:18), masalah ialah sebarang situasi yang punya sifat-sifat khas (karakteristik) yang belum mapan atau yang belum diketahui untuk dipecahkan atau diketahui secara pasti. Sedangkan menurut Sugiyono (2008:35), rumusan masalah merupakan salah satu pertanyaan yang akan dicarikan jawabannya melalui pengumpulan data. Berdasarkan definisi di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

Menurut Moleong (2008:400) tujuan penelitian merupakan pernyataan operasional yang merincikan apa yang akan diselesaikan dan dicapai dalam penelitian ini sebagai upaya yang ditempuh oleh peneliti untuk memecahkan masalah. Berdasarkan rumusan masalah di atas, tujuan dalam penelitian ini adalah mendeskripsikan pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Setiap penelitian yang dilakukan harus memiliki manfaat kepada lingkungan sekitar, masyarakat dan negara terkait objek dan bahasan penelitian. Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka dapat diperoleh manfaat penelitian sebagai berikut.

1. Bagi Dunia Akademisi

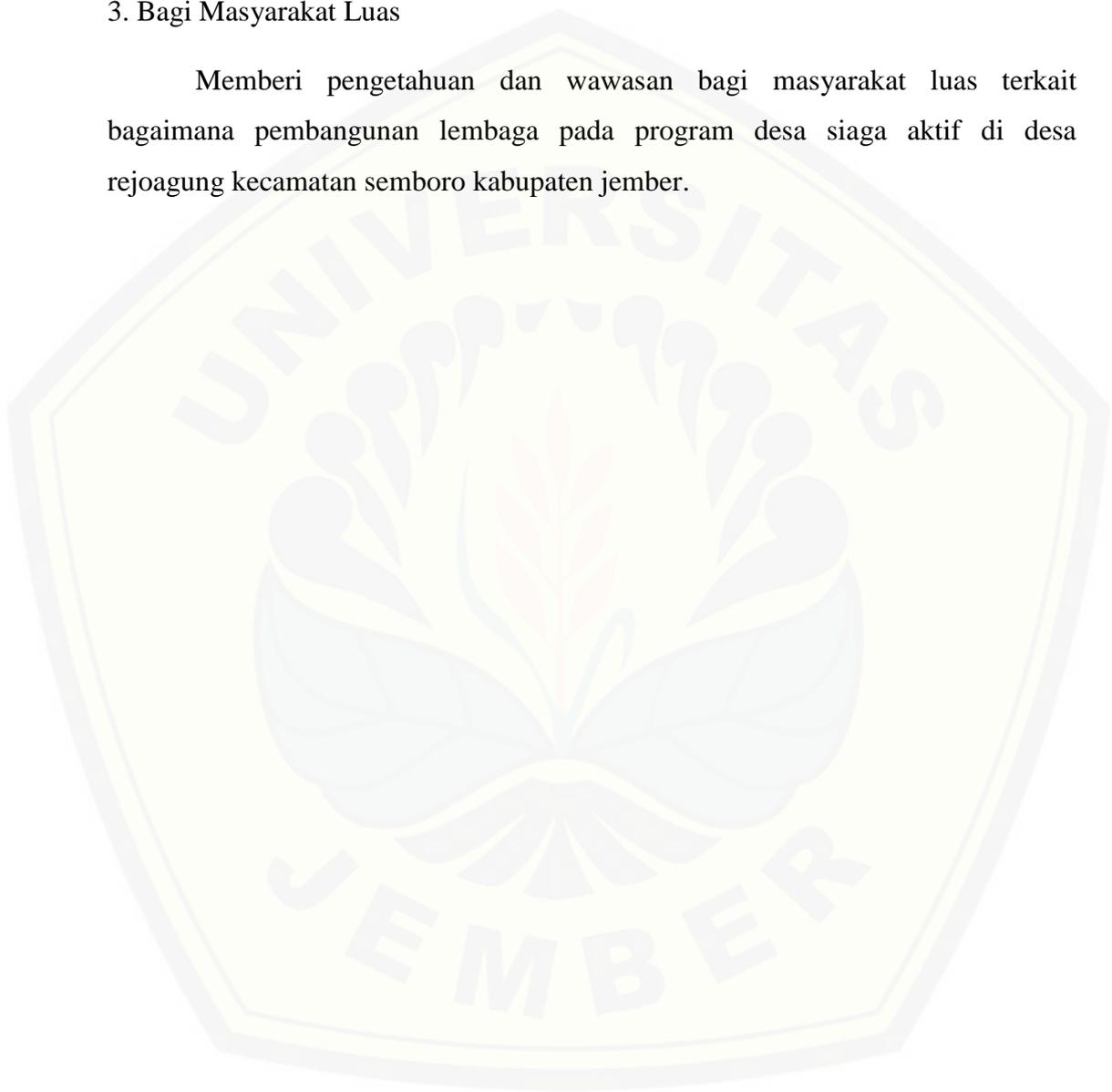
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi kajian penelitian terkait pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember

2. Bagi Pemerintah

Memberi suatu gambaran terkait pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember.

3. Bagi Masyarakat Luas

Memberi pengetahuan dan wawasan bagi masyarakat luas terkait bagaimana pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

Konsep menurut Usman dan Akbar (2003:88) adalah pengertian abstrak yang digunakan para ilmuwan sebagai komponen dalam membangun proposisi dan teori. Konsep dasar dalam penelitian adalah bagian penting dalam sebuah penelitian. Dalam konsep dasar inilah, setelah itu peneliti mampu membuat alur berpikir dan menjadi kerangka berpikir. Kerangka berpikir dapat berupa kerangka teoritis yang akan mendasari pemikiran seorang peneliti untuk menjawab sebuah fenomena sosial.

Berdasarkan pada definisi konsep dasar tersebut, konsep-konsep yang dipergunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut.

1. Pelebagaan
2. Pembangunan Lembaga
3. Program Desa Siaga Aktif

2.2 Pelebagaan

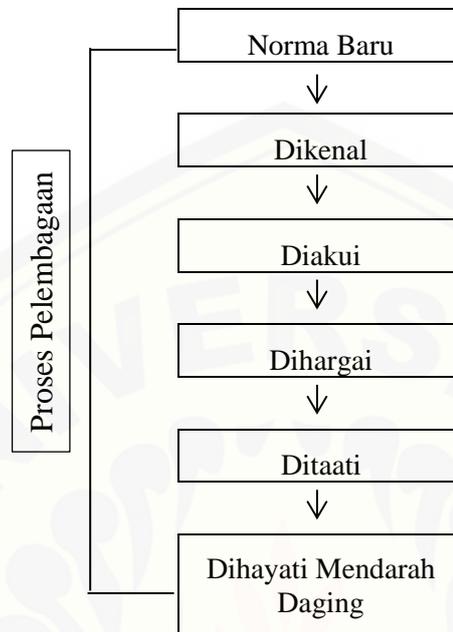
Eaton (1986:86) sebuah organisasi suatu saat dapat saja menjadi suatu lembaga dengan melalui proses pelebagaan atau institusionalisasi. Organisasi dapat terinstitusionalisasi dengan beberapa persyaratan, diantaranya (a) adanya norma yang dihayati masyarakat sebagai anggotanya, (b) organisasi ini memberikan keuntungan bagi anggotanya, serta (c) adanya stabilitas dan kapabilitas untuk memecahkan masalah yang dihadapi. Jika demikian, dan jikapun diinginkan agar suatu organisasi dapat menjadi kelembagaan, diperlukan waktu cukup lama hingga aturan dan tata cara menyalurkan dan memperoleh pelayanan dari organisasi itu diakui secara luas sebagai norma dan perilaku bersama (kolektif).

Norma-norma yang ada di masyarakat, mempunyai kekuatan mengikat yang berbeda-beda. Soerjono soekanto membedakan kekuatan mengikat norma-norma ini dengan empat pengertian, yaitu: cara *usage*, kebiasaan *folkways*, tata kelakuan *mores*, dan adat istiadat *customs*. Sedangkan pelebagaan suatu norma pada suatu organisasi lebih lanjut menurut Soekanto dapat dilakukan apabila norma-norma itu telah (a) diketahui, (b) dipahami, (c) ditaati, dan (d) dihargai. Norma yang ada di suatu organisasi bila baru pada tingkatan diketahui anggotanya maka tingkat pelebagaannya paling rendah. Namun, norma itu dikatakan telah dimengerti jika ukurannya masing-masing anggota mengetahui hak dan kewajiban dan menjalankan organisasi sesuai dengan ketentuan organisasi. Tahapan norma yang ditaati dapat dilihat dari peningkatan dari tahap pemahaman akan hak dan kewajiban yang mentaati segala ketentuan yang berlaku. Kemudian bila telah ditaati, maka norma itu akan berkembang dengan adanya penghargaan akan norma yang berlaku di tengah-tengah masyarakat atau organisasi.

Sementara menurut Johnson yang dikutip oleh Soekanto (1993:87) proses pelebagaan atau institusionalisasi suatu nilai atau norma dalam suatu sistem sosial paling tidak harus memenuhi tiga syarat, yakni:

1. Bagian terbesar warga sistem sosial menerima norma tersebut
2. Norma-norma tersebut telah menjiwai bagian terbesar dari warga-warga sistem sosial tersebut
3. Norma tersebut bersanksi

Gambar 2.1
Proses Pelembagaan (*Institutionalizing*)



Secara lebih ringkas Simanjuntak (2001:154) menyebutkan beberapa langkah yang dilakukan dalam proses institusionalisasi atau pelembagaan, yaitu:

- Norma dan perilaku baru dikembangkan dan disepakati bersama;
- Norma dan perilaku baru tersebut diperkenalkan dan diujicobakan;
- Jika norma dan perilaku baru tersebut dirasakan bermanfaat, akan memperoleh pengakuan (legitimasi) dari warga;
- Pengakuan atas manfaat norma dan perilaku itu akan mengundang penghargaan dari warga. Penghargaan dalam hal ini dipahami sebagai adanya upaya warga untuk melindungi dari perilaku menyimpang dan tindakan pelanggaran, sehingga selalu ditaati secara swakarsa; dan
- Norma dan perilaku tersebut dihayati, menarah daging oleh warga.

Proses pelembagaan atau institusionalisasi pada masyarakat sangat lama sekali dan merupakan hasil ciptaan manusia. Oleh karena proses pelembagaan merupakan hasil ciptaan manusia, maka kelembagaan dapat dikategorikan sebagai

“teknologi”. Teknologi yang diciptakan manusia dapat diidentifikasi menjadi dua, yaitu:

- a. Teknologi yang bersifat materiil, dan
- b. Teknologi yang bersifat organisatoris. Teknologi yang bersifat organisatoris ini yang juga merupakan pengertian dari kelembagaan tersebut.

Kelembagaan masyarakat yang merupakan teknologi tersebut memiliki peranan yang sangat besar dalam mengatur keserasian hidup manusia dengan manusia lainnya maupun manusia dengan lingkungannya. Namun demikian, pada beberapa kasus banyak kelembagaan masyarakat lokal di pedesaan yang masih terkesan sangat tradisional bahkan kadang-kadang terlihat ganjil. Sepintas tanpa mendalami maksud dan latar belakang yang mendorong terbentuknya suatu sistem kelembagaan, banyak pihak yang meremehkan peranan dari kelembagaan tersebut.

Hal senada dikemukakan oleh Uphoff (1986:237) yang mengatakan bahwa sebuah lembaga atau institusi yang mengorganisasikan diri pada sebuah organisasi akan lebih mudah dilihat norma, perilaku yang berkembang dan menjadi pedoman bagi masyarakat. Ciri utama kelembagaan yang juga merupakan organisasi tidak hanya pada pemenuhan kebutuhan manusia yang menjadi anggota, namun terletak pada bagaimana upaya yang dilakukan untuk mencapai tujuan, yaitu penanaman norma dan perilaku yang diakui bersama dan telah bertahan lama sebagai dasar dalam menjalankan lembaga. Kemudian beberapa upaya yang digunakan dalam mencapai tujuan, diantaranya mengutamakan akuntabilitas, adanya partisipasi yang besar seluruh anggota dalam pengambilan keputusan dan perencanaan serta evaluasi kegiatan, didukung oleh konsensus atau kesepakatan bersama, serta adanya sanksi sosial. Oleh karena itu, penerapannya lebih diutamakan pada tingkat lokal atau warga.

Sebagaimana kita pahami bahwa kebutuhan manusia kian hari semakin berkembang dan berfluktuasi, dan oleh karenanya hal ini menyebabkan kelembagaan yang dibentuk dan dibutuhkan dapat berubah-ubah. Donn Martindale dalam bukunya yang terkenal, *“Institutions, Organization, and Mass*

Society” (1966) menyebutkan terdapat beberapa fenomena yang dialami sebuah lembaga atau kelembagaan dalam upaya memenuhi kebutuhan manusia yang berkembang dan berfluktuasi tersebut, yaitu:

- a. Stabilitas yaitu suatu kondisi dimana sebuah lembaga atau institusi tetap stabil menjalankan adat istiadat, norma yang dianut bersama untuk memenuhi kebutuhan anggotanya walaupun kebutuhan manusia itu tetap berkembang dan berfluktuasi.
- b. Konsistensi yaitu adanya kebutuhan-kebutuhan yang begitu banyak, mengakibatkan masyarakat mengembangkan usahanya pada bidang lain untuk tujuan memenuhi kebutuhan sendiri. Pengembangan usaha yang dilakukan ini pada prinsipnya adalah usaha di sekitar lingkungan masyarakat itu sendiri. Namun anggota lembaga ini tidak meninggalkan usaha utama mereka walaupun mereka telah mengembangkan usaha dan memiliki usaha yang baru. Artinya walaupun ada usaha baru yang dilakukan suatu warga dalam rangka memenuhi kebutuhan mereka, usaha utama tetap mereka laksanakan.
- c. Kesempurnaan atau kelengkapan, peningkatan kebutuhan manusia itu akan ada limitnya atau batasnya. Dikatakan sempurna atau kelengkapan apabila suatu lembaga memberikan atau menyediakan kebutuhan sesuai dengan yang telah digariskan. Bila lembaga ini telah melaksanakan tugasnya memenuhi kebutuhan anggota sesuai dengan yang digariskan, dapat dikatakan lembaga ini telah mencapai taraf kesempurnaan.

2.3 Pembangunan Lembaga

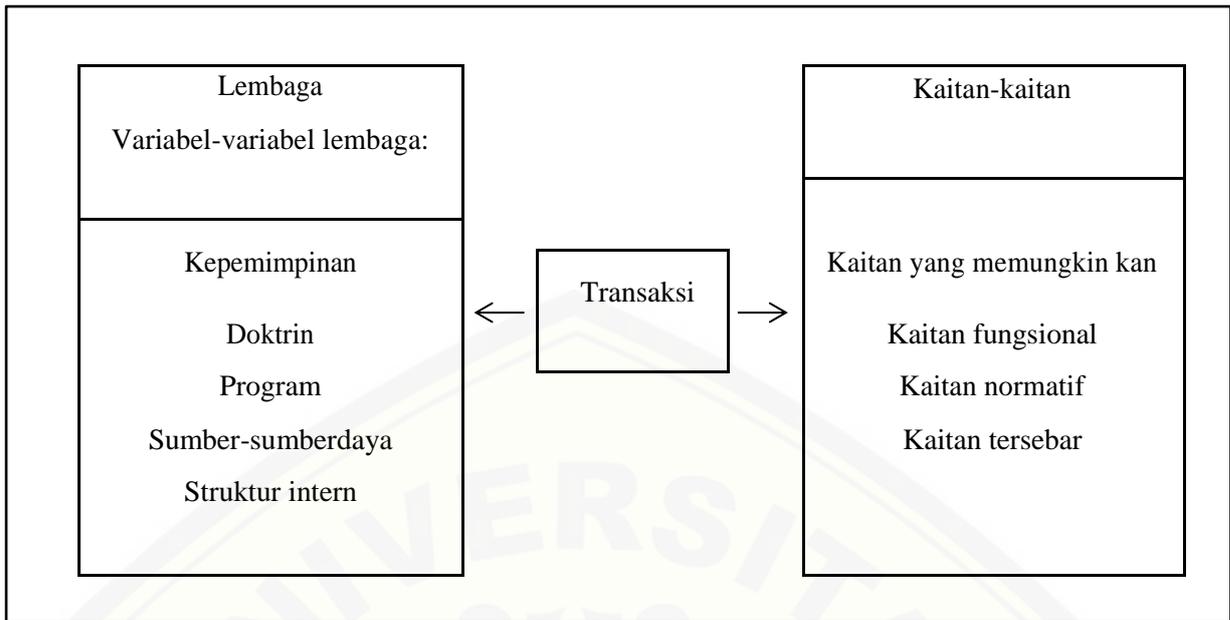
Lembaga, pembangunan lembaga dan kelembagaan merupakan tiga kata yang memiliki makna berbeda-beda di dalam penelitian ini. Definisi lembaga menurut Eaton (1986: 23) adalah sebagai suatu organisasi formal yang menghasilkan perubahan dan yang melindungi perubahan, dan jaringan dukungan-dukungan yang dikembangkannya dalam lingkungan tidak diartikan

sebagai pola-pola kegiatan yang normatif (umpamanya perkawinan, kontrak) atau sebagai sektor masyarakat (umpamanya bisnis, agama).

Pembangunan lembaga menurut Eaton dalam bukunya *Pembangunan Lembaga* (1986:23) adalah suatu perspektif tentang perubahan sosial yang direncanakan dan dibina. Dasar pemikiran perspektif pembangunan lembaga mengambil inovasi sosial yang bertujuan, dipaksakan oleh elite-elite yang berkiblat pada perubahan dan yang bekerja melalui organisasi-organisasi formal. Tujuan mereka adalah untuk membangun organisasi-organisasi yang dapat hidup terus dan efektif yang membangun dukungan-dukungan dan kelengkapan-kelengkapan dalam lingkungannya.

Sedangkan kelembagaan dalam konsep Eaton adalah “hasil akhir dari usaha pembangunan lembaga” (1986:31). Artinya kelembagaan menjadi standar untuk menilai keberhasilan dari usaha-usaha pembangunan lembaga. Prinsip-prinsip dasar dari pengertian ini bahwa, 1) harus diadakan norma-norma dan pola-pola tindakan yang baru di dalam organisasi maupun dalam lingkungan relevannya; 2) baik organisasi maupun inovasi- inovasi yang diwakilinya harus melembaga, dinilai dalam lingkungan. Hal ini berarti bahwa organisasi maupun inovasi-inovasi yang dibantu perkembangannya “dimasukkan dengan nilai yang melebihi persyaratan teknik dari pekerjaan yang sedang dilakukan” 3) nilai intrinsik yang diperoleh dengan cara demikian dapat dipandang sebagai suatu sumberdaya yang memungkinkan para penghantar perubahan untuk mencapai tujuan-tujuannya dengan biaya yang berkurang karena komitmen dari sifat dan citra yang menguntungkan yang diproyeksi dalam lingkungan.

Eaton menjelaskan suatu kerangka konseptual untuk mengidentifikasi metode-metode operasional dan strategi-strategi tindakan yang dapat membantu orang-orang praktek dan mereka yang secara aktif berkecimpung sebagai penghantar-penghantar perubahan. Kelima kelompok variabel lembaga telah dirumuskan dengan cara berikut.



Gambar 2.2 Konsep Pembangunan Lembaga

a. Kepemimpinan

Menunjuk pada kelompok orang yang secara aktif berkecimpung dalam perumusan doktrin dan program dari lembaga tersebut dan yang mengarahkan operasi-operasi dan hubungan-hubungannya dengan lingkungan tersebut. Kepemimpinan dipandang sebagai suatu proses dalam berbagai peranan seperti perwakilan, pengambilan keputusan dan pengendalian operasional dapat disebarkan dalam berbagai pola diantara kelompok kepemimpinan.

b. Doktrin

Dirumuskan sebagai spesifikasi dari nilai-nilai, tujuan-tujuan dan metode-metode operasional yang mendasari tindakan sosial. Doktrin dipandang sebagai sederetan tema yang memproyeksi, baik di dalam organisasi itu sendiri maupun dalam lingkungan eksterennya, seperangkat citra dan harapan-harapan mengenai tujuan-tujuan lembaga dan gaya-gaya tindakan.

c. Program

Menunjuk pada tindakan-tindakan tertentu yang berhubungan dengan pelaksanaan dari fungsi- fungsi dan jasa-jasa yang merupakan keluaran dari lembaga tersebut. Dengan demikian maka program adalah terjemahan dari

doktrin ke dalam pola-pola tindakan yang nyata dan alokasi dari energi-energi dan sumber-sumberdaya lainnya di dalam lembaga itu sendiri dan yang berhubungan dengan lingkungan ekstern.

d. Sumber-sumberdaya

Berupa masukan-masukan keuangan, fisik, manusia, teknologi, dan penerangan dari lembaga tersebut. Jelaslah bawa persoalan-persoalan yang tercakup dalam penerangan dan dalam menjamin tersedianya sumber-sumberdaya tersebut secara mantap dan yang dapat diandalkan mempengaruhi tiap segi dari kegiatan-kegiatan lembaga dan merupakan kesibukan yang penting dari semua kepemimpinan lembaga.

e. Struktur Intern

Dirumuskan sebagai struktur dan proses-proses yang diadakan untuk bekerjanya lembaga tersebut dan bagi pemeliharaannya. Pembagian dari peranan-peranan di dalam organisasi tersebut, pola-pola wewenang internnya dan sistem-sistem komunikasi, komitmen dan orang-orangnya pada doktrin dan program dari organisasi tersebut akan mempengaruhi kemampuannya untuk melaksanakan komitmen-komitmen yang sudah diprogram.

Kelompok variabel kaitan menurut Eaton (1986:24) terdiri atas kaitan yang memungkinkan (*enabling*), kaitan fungsional, kaitan normatif dan kaitan tersebar, dengan penjelasan sebagai berikut.

a. Kaitan yang memungkinkan (*enabling*)

Organisasi dan kelompok sosial yang mengendalikan alokasi wewenang dan sumberdaya yang diperlukan oleh lembaga tersebut untuk berfungsi.

b. Kaitan fungsional

Organisasi yang menjalankan fungsi dan jasa yang merupakan pelengkap dalam arti produksi yang menyediakan masukan dan yang menggunakan keluaran dari lembaga tersebut.

c. Kaitan normatif

Lembaga yang mencakup norma dan nilai (positif atau negatif) yang relevan bagi doktrin dan program dari lembaga tersebut.

d. Kaitan tersebar

Unsur-unsur dalam masyarakat yang tidak dapat dengan jelas diidentifikasi oleh keanggotaan dalam organisasi formal.

2.4 Program Desa Siaga

2.4.1 Pengertian Desa Siaga

Desa Siaga menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/MENKES/SK/VII/2006 adalah Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa yang dimaksud disini 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.

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

1. Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya.

2. Penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

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

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

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

2.4.2 Tujuan Pengembangan Desa Siaga Aktif

Tujuan Umum:

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

Tujuan Khusus:

- a. Mengembangkan kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di setiap tingkat Pemerintahan.

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

2.4.3 Kriteria Desa Siaga Aktif

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

1. Kepedulian Pemerintah Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
2. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari.
4. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan (a) survailans berbasis masyarakat, (b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, (c) penyehatan lingkungan.

5. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa atau Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha
6. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
7. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
8. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan.

2.4.4 Tahapan Desa Siaga

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

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

- g. Belum memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Kurang dari 20 persen rumah tangga di desa/kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
2. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Madya, yaitu desa/kelurahan yang:
- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan, tetapi belum secara rutin setiap triwulan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara 3-5 Orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu dan 2 (dua) UKBM lainnya yang aktif.
 - e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta satu sumber dana lainnya baik dari masyarakat ataupun dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari satu ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, tetapi belum direalisasikan.
 - h. Minimal 20 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
3. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Purnama, yaitu desa dan kelurahan yang:
- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan secara rutin, setiap triwulan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara 6-8 orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.

- d. Sudah memiliki Posyandu dan 3 (tiga) UKBM lainnya yang aktif.
 - e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Minimal 40 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
4. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Mandiri, yaitu desa/kelurahan yang:
- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan yang berjalan secara rutin setiap bulan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif lebih dari sembilan orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu dan lebih dari 4 (empat) UKBM lainnya yang aktif dan berjejaring.
 - e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif lebih dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.

- h. Minimal 70 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

2.4.5 Pemantauan Desa Siaga

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1529/MENKES/SK/X/2010 disebutkan pemantauan terhadap pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak, melalui berbagai cara, yaitu: (1) pemantauan dan pemeriksaan partisipatif oleh masyarakat, (2) pemantauan dan pemeriksaan oleh Pemerintah, (3) pemantauan dan pengawasan oleh Fasilitator, (4) pemantauan dan pengawasan independen oleh berbagai pihak.

1. Pemantauan dan pengawasan partisipatif oleh masyarakat Keterlibatan masyarakat dalam pemantauan dan pengawasan upaya pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terjadi di semua tahapan, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan. Dalam perencanaan, masyarakat dapat memantau dan mengawasi jalannya perencanaan karena perencanaan tersebut bersifat partisipatif. Sedangkan dalam tahap pelaksanaan, masyarakat ikut terlibat melaksanakan karena semua kegiatan dilaksanakan secara swakelola.
2. Pemantauan dan pengawasan oleh Pemerintah Pemantauan dan pengawasan oleh Pemerintah terutama dilaksanakan melalui verifikasi laporan kegiatan dan keuangan. Juga melalui Sistem Informasi Desa Siaga yang berjalan berjenjang dari desa/kelurahan ke kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan pusat dalam koridor Sistem Informasi Pembangunan Desa.
3. Pemantauan dan pengawasan oleh Fasilitator Pemantauan dan pengawasan oleh Fasilitator dilaksanakan secara melekat saat Fasilitator tersebut membantu berbagai pihak dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Pemantauan dan pengawasan difokuskan kepada pelaksanaan kegiatan, yaitu dengan memantau adanya masalah-masalah atau hambatan-hambatan yang dihadapi untuk dicarikan jalan

mengatasinya. Oleh sebab itu, pemantauan dan pengawasan ini terutama dilaksanakan melalui supervisi dan kunjungan/bimbingan ke lapangan.

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

2.4.6 Indikator Keberhasilan Desa Siaga

Keberhasilan upaya pengembangan desa siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikatornya, yaitu indikator masukan, indikator proses, indikator keluaran, dan indikator dampak.

1. Indikator Masukan

Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa besar masukan telah diberikan dalam rangka pengembangan desa siaga. Indikator masukan terdiri dari:

- a. Ada/tidaknya Forum Masyarakat Desa.
- b. Ada/tidaknya Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapan atau peralatannya.
- c. Ada/tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat.
- d. Ada/tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan)

2. Indikator Proses

Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu desa dalam rangka pengembangan desa siaga. Indikator proses terdiri dari:

- a. Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa.
- b. Berfungsi atau tidaknya Poskesdes.
- c. Berfungsi atau tidaknya UKBM yang ada.
- d. Berfungsi atau tidaknya sistem kegawatdaruratan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana.

- e. Ada/tidaknya kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS

3. Indikator Keluaran

Indikator keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu desa dalam rangka pengembangan desa siaga. Indikator keluaran terdiri atas:

- a. Cakupan pelayanan kesehatan dasar poskesdes.
- b. Cakupan pelayanan UKBM-UKBM lain.
- c. Jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan.
- d. Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.

4. Indikator Dampak

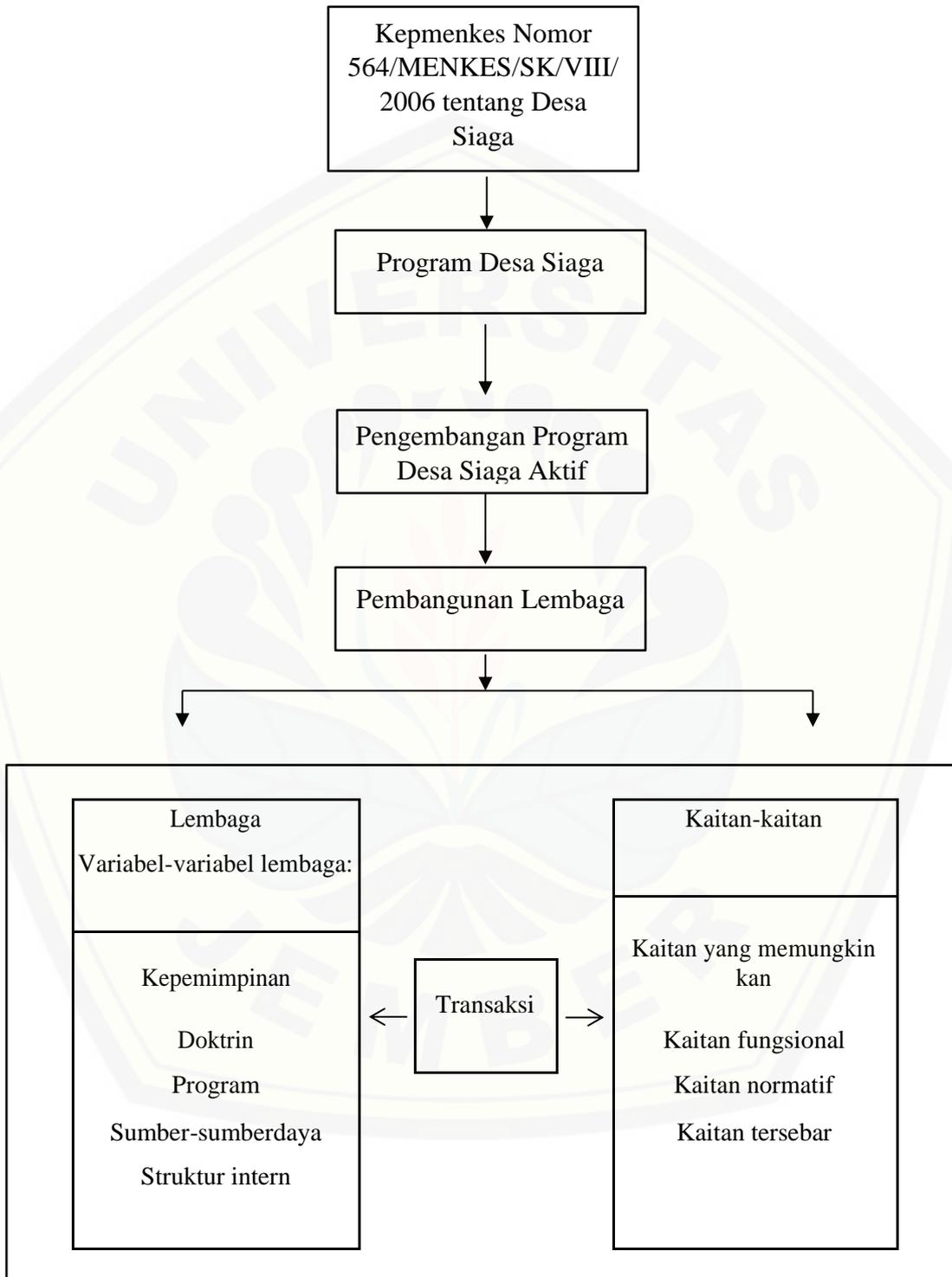
Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dari hasil kegiatan di desa dalam rangka pengembangan desa siaga. Indikator dampak terdiri atas:

- a. Jumlah penduduk yang menderita sakit.
- b. Jumlah penduduk yang menderita.
- c. Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia.
- d. Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia.
- e. Jumlah balita dengan gizi buruk.

2.4.7 Peran Pemerintah Desa

- a. Memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk penyelenggaraan Desa Siaga.
- b. Mengkoordinasikan pergerakan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan Poskesdes/Puskesmas/Pustu dan berbagai UKBM yang ada (Posyandu, {plindes dan lain-lain).
- c. Mengkoordinasikan pergerakan masyarakat untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan Desa Siaga dan UKBM yang ada.
- d. Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Desa Siaga secara teratur dan lestari.

2.5 Kerangka Berpikir



BAB 3 METODE PENELITIAN

Menurut Sugiyono (2011:2), metode penelitian adalah suatu cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Cara ilmiah yang dimaksud dalam hal ini adalah cara-cara yang sifatnya rasional, empiris, sistematis. Sementara itu, Sudjana (2011:52) secara lebih teknis menjelaskan bahwa metode merupakan suatu penekanan strategi, proses, dan pendekatan dalam memilih jenis, karakteristik, serta dimensi ruang dan waktu dari data yang dibutuhkan. Definisi metode menurut Usman dan Akbar (2003:42) merupakan suatu prosedur atau cara untuk mengetahui sesuatu yang mempunyai langkah-langkah sistematis.

Metode penelitian sangat penting dalam penelitian karena hasil sebuah penelitian akan sangat bergantung dengan pemilihan metode penelitian. Metode penelitian yang tepat dan ilmiah akan membuat penelitian tersebut benar dan diakui. Ibarat seseorang yang tersesat, jika tidak dapat membaca peta dan mengikuti dengan benar maka dia akan tetap tersesat. Artinya seorang peneliti wajib mengetahui cara yang benar untuk mendapatkan jawaban yang benar.

Metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Pendekatan Penelitian.
2. Tempat dan Waktu Penelitian.
3. Situasi Sosial.
4. Desain Penelitian.
5. Teknik dan Alat Perolehan data.
6. Teknik Menguji Keabsahan Data.
7. Teknik Penyajian Data.

3.1 Pendekatan Penelitian

Sesuai dengan permasalahan dan uraian pada latar belakang, penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan sifat deskriptif. Definisi penelitian kualitatif menurut Moleong (2008:6) adalah penelitian yang bermaksud memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada konteks yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah. Senada dengan pendapat Moleong, Sugiyono (2011:8) mendefinisikan metode penelitian kualitatif sebagai suatu metode penelitian naturalistik karena penelitian didasarkan pada kondisi alamiah. Berangkat dari definisi tersebut, penelitian ini berupaya memberi gambaran dan uraian secara jelas tentang pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat dan waktu adalah hal penting dalam sebuah penelitian. Bisa dibayangkan jika tempat dan waktu salah walaupun yang dibahas adalah pada satu bahasan fokus yang sama. Karena kemungkinan antara satu tempat dengan tempat yang lain untuk sama fokusnya sangat jarang. Apalagi terjadi dalam waktu yang sama juga. Jadi bisa disimpulkan bahwa tempat dan waktu sangat mempengaruhi hasil penelitian. Menurut buku Pedoman Karya Tulis Ilmiah (2012:23), tempat dan waktu penelitian mencakup lokasi sasaran dan kurun waktu penelitian. Pada penelitian ini, peneliti menentukan Desa Rejoagung sebagai tempat atau lokasi penelitian. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret tahun 2019.

3.3 Situasi Sosial

Penelitian kualitatif menggunakan istilah situasi sosial. Situasi sosial terdiri dari tiga elemen yaitu, tempat (*place*), pelaku (*actors*), dan aktifitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis. Menurut Sugiono (2009:390), penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi karena penelitian kualitatif berangkat dari kasus tertentu yang ada pada situasi sosial tertentu dan hasil kajiannya tidak akan diberlakukan ke populasi, tetapi ditransfer ke tempat lain

pada situasi sosial yang memiliki kesamaan dengan situasi sosial pada kasus yang dipelajari.

Berdasarkan pengertian di atas, elemen situasi sosial yang berinteraksi secara sinergis sebagai berikut.

a. Tempat;

Penelitian ini dilakukan di Desa Rejoagung, Kecamatan Semboro, Kabupaten Jember.

b. Pelaku;

Interaksi pelaku/aktor dalam kegiatan penelitian kualitatif perlu dicermati dengan baik sebab dari sinilah peneliti akan memperoleh data yang diharapkan dapat menjawab masalah yang tengah dipecahkannya. Interaksi aktor atau subjek penelitian menurut Amirin (dalam Idrus, 2009:91) merupakan seseorang atau sesuatu yang mengenainya ingin diperoleh keterangan. Istilah subjek penelitian kualitatif disebut informan, yaitu orang yang memberi informasi tentang data yang diinginkan peneliti berkaitan dengan penelitian yang sedang dilaksanakannya. Pelaku (*actor*) yang terlibat dalam penelitian ini yaitu:

- a) Kepala Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember
- b) Anggota Desa Siaga Rejoagung
- c) Anggota Forum Masyarakat Desa
- d) Kader aktif pembantu program desa siaga

Aktifitas yang berkaitan dengan penelitian ini sebagai berikut:

- 1) Melakukan Pelayanan kesehatan berbasis masyarakat
- 2) Melakukan pertemuan Forum Masyarakat Desa
- 3) Melakukan pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

3.4 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Menurut Sugiono (2015:8) metode penelitian kualitatif diartikan sebagai suatu metode penelitian

naturalistic karena penelitian didasarkan pada kondisi alamiah. Selain itu penelitian kualitatif menurut Sudjana (1991:7) adalah proses berpikir secara induktif yang tidak dimulai dengan teori yang bersifat umum melainkan dari proses pengamatan. Pada penelitian kualitatif bentuk desain penelitian dimungkinkan sesuai dengan bentuk alami penelitian kualitatif itu sendiri yang mempunyai sifat *emergent* dimana fenomena muncul sesuai dengan prinsip alami yaitu fenomena apa adanya sesuai dengan yang dijumpai oleh seorang peneliti dalam proses penelitian di lapangan. Moleong (2012:168) menjelaskan bahwa kedudukan peneliti dalam penelitian kualitatif sebagai perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data dan pelapor penelitian. Berdasar dua pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa peneliti dalam penelitian kualitatif sebagai instrumen penelitian.

Penelitian ini termasuk tipe penelitian deskriptif jika ditinjau dari tujuan penelitian Arikunto (dalam Prastowo, 2012:111) menjelaskan pula bahwa metode penelitian deskriptif tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu, akan tetapi hanya untuk menggambarkan keadaan riil tentang suatu variabel, gejala, atau keadaan objek penelitian. Sesuai dengan pengertian tersebut, penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember.

3.4.1 Fokus Penelitian

Fokus penelitian bertujuan untuk membatasi peneliti sehingga terhindar dan tidak terjebak dalam pengumpulan data pada bidang yang sangat umum dan luas atau kurang relevan dengan perumusan masalah dan tujuan penelitian. Menurut Idrus (2009:42) dari fokus penelitian, peneliti akan menurunkan serangkaian pertanyaan penelitian yang akan ditelitinya. Fokus penelitian sangat penting dijadikan sarana untuk memadu dan mengarahkan jalannya penelitian, berpedoman kepada fokus penelitian, maka peneliti membatasi bidang-bidang temuan dengan arahan fokus penelitian, sehingga peneliti mengetahui dengan pasti data mana yang perlu dimasukkan kedalam sejumlah data yang sedang dikumpulkan. Penetapan fokus atau masalah dalam penelitian kualitatif

sebagaimana pun akhirnya akan dipastikan sewaktu peneliti sudah berada di arena atau lapangan penelitian. Berdasarkan penjelasan diatas maka penelitian ini memfokuskan pada unsur-unsur pembangunan lembaga dari Esman yaitu variabel lembaga dan kaitan lembaga.

3.4.2 Data dan Sumber Data

Data memegang peranan penting dalam sebuah penelitian. Data yang tidak valid sangat mempengaruhi hasil penelitian. Buku Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Universitas Jember (2012:23) mendefinisikan data sebagai suatu kumpulan fakta dan informasi yang dapat berbentuk angka dan deskripsi yang berasal dari sumber data. Sedangkan sumber data diartikan sebagai uraian tentang asal diperolehnya data penelitian. Data dibagi menjadi data primer dan sekunder. Data primer adalah data langsung yang didapat dari objek penelitian, sedangkan data sekunder adalah data data yang diperoleh secara tidak langsung dari dokumen atau sumber informasi lainnya. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kedua jenis data yang telah dijelaskan untuk mendukung proses penelitian.

3.4.3 Penentuan Informan Penelitian

Menurut buku Pedoman Penulisan Karya Ilmiah (2012:23), informan adalah orang yang menguasai dan memahami objek penelitian dan mampu menjelaskan secara rinci masalah yang diteliti. Sedangkan pengertian informan menurut Moleong (2008:132), informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Dalam penelitian ini, teknik penentuan informan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Menurut Silalahi (2012:272) *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel atau informan yang ada dalam posisi terbaik untuk memberikan informasi yang dibutuhkan terkait masalah penelitian. Penentuan informan penelitian Menurut Faisal (1990) yang dikutip oleh Sugiyono (2011:221) sebaiknya memenuhi kriteria sebagai berikut.

- a. Orang yang mampu memahami suatu masalah yang diteliti dengan proses enkulturasi yaitu proses penghayatan bukan sekedar proses mengetahui.

- b. Orang yang masih berkecimpung dalam masalah yang diteliti.
- c. Orang yang memiliki waktu yang memadai untuk dimintai informasi.
- d. Orang yang mampu menyampaikan informasi secara lebih objektif bukan berdasarkan subjektivitasnya.
- e. Orang yang masih baru dikenal oleh peneliti sehingga peneliti dapat menjadikannya sebagai narasumber atau guru dalam penelitiannya.

Dalam penelitian ini sesuai dengan teknik *purposive sampling*, pengambilan informan berdasar aktor-aktor yang terlibat langsung dan mengetahui mengenai pembangunan lembaga pada program desa siaga aktif di desa rejoagung kecamatan semboro kabupaten jember. Informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Kepala Desa,
2. Anggota desa siaga,
3. Anggota Forum Masyarakat Desa,
4. Kader aktif pembantu program desa siaga

3.5 Teknik dan Alat Perolehan Data

Teknik dan alat perolehan data yang digunakan oleh setiap peneliti akan berbeda-beda sesuai dengan jenis penelitian, masalah penelitian, serta jenis data yang dibutuhkan. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik dan alat perolehan data yang akan dijabarkan, yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi.

3.5.1 Wawancara

Menurut Usman Dan Akbar (2003:57) wawancara merupakan proses tanya jawab lisan antara dua orang atau lebih secara langsung. Menurut Esterberg (2002) yang dikutip dari Sugiyono (2011:233) mengklasifikasikan wawancara kedalam tiga kategori yaitu: wawancara terstruktur, semistruktur, dan tidak terstruktur. Dalam penelitian ini wawancara semistrukturlah yang diterapkan

dengan artian pertanyaan berlangsung bebas namun tetap dalam rangka yang jelas terkait topik penelitian tersebut.

3.5.2 Observasi

Menurut Usman Dan Akbar (2003:54) observasi adalah pengamatan dan pencatatan yang sistematis terhadap gejala-gejala yang diteliti. Sedangkan menurut Faisal (1990) yang dikutip oleh Sugiyono (2011:221) observasi diklasifikasikan kedalam 3 kategori, yaitu: observasi partisipatif, observasi terang-terangan dan tersama, serta observasi tak berstruktur. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan jenis observasi secara terang-terangan tersamar. Sejak awal penelitian, peneliti memang berterus terang tentang maksud dan tujuan penelitian ini. Akan tetapi peneliti tak menutup kemungkinan melakukan observasi untuk menyelidiki data yang dirahasiakan oleh sumber data jika ada.

3.5.3 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini. Menurut Usman Dan Akbar (2003:73) mendefinisikan dokumentasi adalah proses pengumpulan data yang diperoleh dari dokumen-dokumen.

3.6 Teknik Menguji Keabsahan Data

Pada sebuah penelitian, teknik menguji keabsahan data merupakan hal yang sangat penting karena hasil penelitiannya dapat dipercaya atau tidak berada pada tahapan ini. Untuk itu dirasa sangat perlu peneliti menggunakan teknik menguji keabsahan data dalam penelitian ini sebagai salah satu metode penelitian. Menurut Moleong (2008:327) teknik pemeriksaan keabsahan terdiri dari 8 teknik, tetapi dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa teknik pemeriksaan keabsahan data sebagai berikut.

3.6.1 Triangulasi

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau

sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2004:178). Denzin (dalam Moleong, 2004:178) membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori.

Peneliti menggunakan teknik triangulasi sumber dan triangulasi metode. Dengan memanfaatkan penggunaan sumber dengan teknik triangulasi bisa digunakan untuk pengecekan keabsahan data. Menurut Patton (dalam Moleong, 2004:178) triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Pada triangulasi dengan metode, menurut Patton (dalam Moleong, 2004:178) terdapat dua strategi yaitu (1) pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data dan (2) pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.

Penggunaan triangulasi sumber yang digunakan adalah triangulasi sumber basis wawancara yaitu dengan mengkroscekkan temuan melalui orang atau informan lain (informan satu, informan dua, dan seterusnya). Dengan begitu peneliti dapat memberikan beberapa pandangan terkait fokus penelitian oleh informan yang berkompeten dalam memberikan informasinya. Selain itu juga untuk mengecek balik derajat kepercayaan informasi yang telah diperoleh.

Pada teknik triangulasi metode, peneliti menggunakan pengumpulan data dengan wawancara kepada informan. Menggunakan triangulasi metode untuk mengecek keabsahan data. Teknik ini dimaksudkan untuk menguji hasil akhir pengumpulan data yang dilakukan dalam wawancara. Informasi yang didapatkan dapat dicek kembali dengan observasi dilapangan dan dokumentasi. Dari semua informasi yang didapatkan maka peneliti dapat membandingkan dengan sumber – sumber lain yang digunakan. Diharapkan teknik ini akan memberikan hasil penelitian yang dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya.

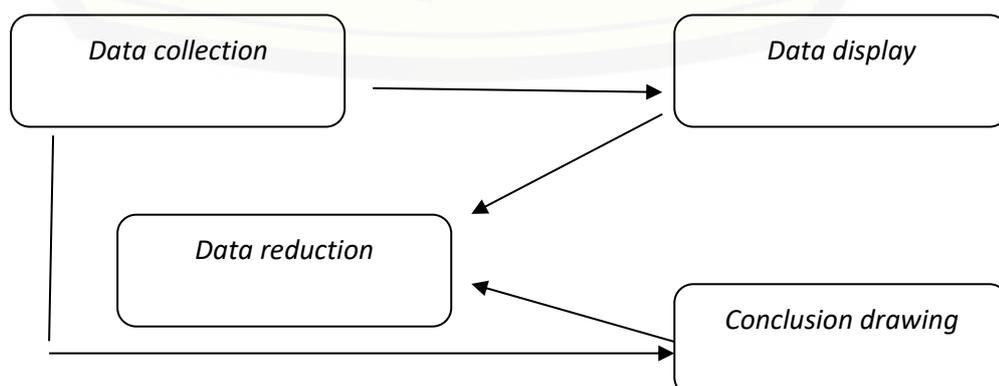
3.6.2 Ketekunan atau Keajegan Pengamatan

Ketekunan dan keajegan pengamatan merupakan tahapan lain yang harus dilakukan oleh peneliti dalam menguji keabsahan data yang telah didapatkan. Dalam proses ini, peneliti dituntut secara konsisten untuk melakukan pengamatan secara lebih rinci tentang segala hal yang berkaitan dengan masalah penelitiannya. Ketekunan dan keajegan pengamatan yang dilakukan peneliti akan melahirkan proses kedalaman pemahaman peneliti dalam mengamati objek penelitiannya. Peneliti akan mampu menelaah secara lebih rinci tentang faktor-faktor yang menonjol dalam fenomena yang diteliti sehingga mampu memberi uraian yang mendalam untuk menguji keabsahan data yang telah didapatkan dari proses pengumpulan data tersebut.

3.7 Teknik Penyajian Data dan Analisis Data

Teknik penyajian dan analisis data merupakan metode penelitian terkahir dalam tahap proses penelitian. Menurut buku Pedoman Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2012:24), teknik penyajian dan analisis data berisi uraian tentang cara mengkaji dan mengolah data mentah sehingga mampu menjadi sebuah informasi yang jelas terkait cara analisisnya. Sesuai dengan pendapat diatas analisis data kualitatif menurut Miles and Huberman (2007:16) dikutip dari Prastowo (2012:241), membagi proses dalam 3 tahapan analisis data yang dinamakan analisis interaktif yaitu *data reduction*, *data display*, dan *conclusiondrawing/verification*.

. Gambar 3.1 Analisis Interaktif: Miles and Hubermann (2007:20) yang dikutip oleh Prastowo (2012:243)



3.7.1 Reduksi data

Reduksi Data adalah tahap analisis data dengan cara memilih, menyederhanakan, membuat abstraksi, serta memfokuskan data-data yang telah diperoleh oleh peneliti. Prastowo berpendapat (2012:242) bahwa proses reduksi data akan berjalan secara terus menerus selama penelitian kualitatif tersebut berlangsung. Dengan kata lain, proses reduksi data ini berlanjut terus sesudah penelitian lapangan sampai laporan akhir tersusun lengkap. Proses reduksi data ini dapat dilakukan dengan meilah-milah data dan mencari pola yang dibutuhkan dalam penelitian.

3.7.2 Penyajian Data

Penyajian Data (*data display*): menurut Prastowo (2012:244) sekumpulan informasi yang tersusun guna menarik kesimpulan dan tindakannya. Penyajian data yang benar akan membawa hasil penelitian yang benar pula dalam penelitian kualitatif ini. Data yang terkumpul dan telah melalui proses reduksi data dapat disajikan dalam bentuk matriks, bagan, jaringan, dan teks yang berisi naratif.

3.7.3 Verifikasi dan Penarikan Kesimpulan

Verifikasi data atau kesimpulan: proses terakhir setelah penyajian data. Atau dengan kata lain menurut Sugiyono (2011:253) kesimpulan adalah temuan baru dalam sebuah penelitian. Temuan baru disini bisa membuat sesuatu yang baru yang berbeda dari yang sudah ada atau membuat jawaban baru dari temuan lama yang telah diteliti lebih dulu.

BAB 5 PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai proses pembangunan lembaga Desa Siaga Rejoagung, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

- a. Pemerintah Desa Rejoagung membentuk struktur kepengurusan poskesdes Desa Rejoagung melalui musyawarah yang melibatkan perwakilan masyarakat, RT, RW, PKK, BPD, Perangkat Desa. Kepengurusan poskesdes tersebut disahkan melalui Keputusan Kepala Desa Rejoagung Nomor 470/5/35.09.07.2003/2019 tentang Tim Pelaksana Poskesdes Tingkat Desa Dalam Wilayah Desa Rejoagung. Tujuan dibentuknya tim pelaksana poskesdes Rejoagung untuk meningkatkan dan menggerakkan peran serta masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- b. Pada variabel kepemimpinan, aktor yang terlibat dalam program desa siaga di Desa Rejoagung adalah Pemerintah Desa dibantu oleh Tim Pelaksana Poskesdes, pemerintah daerah dan masyarakat desa. Dalam peranan seperti perwakilan, pengambilan keputusan dan pengendalian operasional adalah melalui musyawarah desa yang diadakan oleh pemerintah desa dengan melibatkan Tim Pelaksana Poskesdes, pemerintah daerah dan masyarakat desa.
- c. Pada variabel doktrin, pemerintah desa dalam menyampaikan doktrin menggunakan *iber-iber* dan memanfaatkan kegiatan rutin masyarakat (KRW). Doktrin yang menentukan perilaku masyarakat dalam pembangunan lembaga Desa Siaga Rejoagung mencakup peraturan tertulis, adat kebiasaan, nilai gotong royong dan nilai-nilai gereja. Selain menggunakan *iber-iber*, doktrin Desa Siaga Rejoagung juga disosialisasikan melalui papan pengumuman, cerita turun-temurun dari orangtua kepada anaknya, semboyan-semboyan desa dan acara keagamaan.

- d. Pada variabel program, Pemerintah Desa Rejoagung dalam mewujudkan pengembangan Desa Siaga Aktif memiliki program yang diwujudkan dalam bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). UKBM-UKBM yang terdapat pada Desa Siaga Rejoagung adalah PIK-R, Ambulan Desa, Kelompok Donor Darah, Tanggap Darurat, PSN dan Pembinaan PHBS.
- e. Pada variabel sumber daya, Pemerintah Desa Rejoagung hanya mengeluarkan dana pada saat pembentukan saja, dan untuk kegiatan-kegiatan selanjutnya terkait program desa siaga tidak menganggarkan dana. Dana untuk kegiatan program desa siaga didapat melalui swadaya masyarakat yang telah diatur sebelumnya pada Surat Keputusan Kepala Desa Rejoagung. sumberdaya lain yang dimiliki oleh desa siaga rejoagung adalah ambulan desa dan bangunan poskesdes.
- f. Pada variabel struktur intern, dalam menjalankan program desa siaga, Pemerintah Desa Rejoagung membentuk Poskesdes untuk mengkoordinir pokja-pokja yang ada. Pokja-pokja tersebut memiliki tugas masing-masing. Dalam pembagian peran dan tugas, Pemerintah Desa Rejoagung bekerjasama dengan pengurus GKJW yang memiliki program atau kegiatan yang sama dengan desa siaga. GKJW memiliki peran untuk mengkoordinir terkait pokja donor darah dan penanggulangan bencana.
- g. Kaitan-kaitan yang terbangun dalam Desa Siaga Rejoagung adalah kaitan fungsional dan kaitan normatif. Adanya kerjasama antara Pemerintah Desa Rejoagung, masyarakat Desa Rejoagung, Poskesdes Rejoagung dan pengurus GKJW Rejoagung termasuk dalam kaitan fungsional. Selanjutnya kaitan-kaitan normatif dengan melakukan usaha doktrinasi yang bekerjasama dengan pengurus GKJW.
- h. Pembangunan lembaga Desa Siaga Aktif Rejoagung masih pada tahap purnama, meskipun 7 indikator telah memenuhi syarat untuk mandiri namun dikarenakan ada satu indikator yang belum memenuhi syarat maka status Desa Rejoagung ditetapkan pada tahap Desa Siaga Aktif Purnama.

5.2 Saran

Saran yang dapat disampaikan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 5.2.1 Pemerintah Desa Rejoagung harus menganggarkan dana untuk kegiatan kesehatan guna mendukung pengembangan program desa siaga di Desa Rejoagung dan mengupayakan bantuan dana selain dari swadaya masyarakat desa sehingga dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dapat lebih maksimal.
- 5.2.2 Pemerintah Desa Rejoagung harus melakukan pertemuan berkala atau musyawarah bersama perwakilan masyarakat dan tim pelaksana poskesdes minimal setiap 3 bulan sekali untuk membahas terkait masalah kesehatan yang ada di Desa Rejoagung dan upaya meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengembangan program desa siaga.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

Eaton, Josep W. 1986. *Pembangunan Lembaga dan Pembangunan Nasional*.

Jakarta: Universitas Indonesia-Press.

Idrus, Muhammad. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta: Erlangga.

Moleong, Lexy. 2008. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung PT Remaja Rosdakarya.

Pastowo, Andi. 2012. *Metode Penelitian Kualitatif dalam Perpektif Rancangan Penelitian*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Soekanto, Soerjono. 2005. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT Raja Grafindo

Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Universitas Jember. 2012. *Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah*. Jember: Jember University Press.

Peraturan Perundang-Undangan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/MENKES/SK/VII/2006 tentang pedoman pengembangan desa siaga

Keputusan Kepala Desa Rejoagung Nomor 470/5/35.09.07.2003/2019 tentang Tim Pelaksana Poskesdes Tingkat Desa Dalam Wilayah Desa Rejoagung



Kepada

Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Jember
2. Camat Semboro Kab.Jember

di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/423/415/2019

Tentang

PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : 3. Dekan FISIP Universitas Jember tanggal 20 Februari 2019 Nomor : 604/UN25.3.1/LT/2019

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Agung Resa Waskita / 120910201013
Instansi : Fak. Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UNEJ
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : "Pembangunan Lembaga pada Progman Desa Siaga Aktif di Desa Rejoagung Kecamatan Semboro"
Lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2. Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : 3 Bulan. 22 Februari s/d 30 Mei 2019

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 27-02-2019

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik

BADAN KESATUAN
BANGSA DAN POLITIK

ACHMAD DAVID N. S.Sos

Penata

NIP.196909121996021001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FISIP Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan



Wawancara bersama bapak Agus Basuki selaku Kepala Desa Rejoagung



Kantor Desa Rejoagung



Wawancara bersama Perawat yang ditugaskan oleh Puskesmas Semboro di Poskesdes Rejoagung



Bangunan Poskesdes Rejoagung

TABEL 71

JUMLAH DESA SIAGA MENURUT KECAMATAN
KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2016

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	DESA/KELURAHAN SIAGA					JUMLAH	%
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	JUMLAH		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	KENCONG	KENCONG	2	0	1	1	0	2	100	
2	GUMUKMAS	CAKRU	3	3	0	0	0	3	100	
3	PUGER	GUMUKMAS	5	5	0	0	0	5	100	
4	WULUHAN	TEMBOKREJO	3	0	3	0	0	3	100	
5	AMBULU	PUGER	5	0	5	0	0	5	100	
6	TEMPUREJO	KASIYAN	7	7	0	0	0	7	100	
7	SILO	WULUHAN	4	0	3	1	0	4	100	
8	MAYANG	LOJEJER	3	3	0	0	0	3	100	
9	MUMBULSARI	AMBULU	3	3	0	0	0	3	100	
10	JENGGAWAH	SABRANG	2	0	2	0	0	2	100	
11	AJUNG	ANDONGSARI	2	0	2	0	0	2	100	
12	RAMBIPUJI	TEMPUREJO	4	0	0	4	0	4	100	
13	BALUNG	CURAHNONGKO	4	3	1	0	0	4	100	
		SILO I	4	3	1	0	0	4	100	
		SILO II	5	4	1	0	0	5	100	
		MAYANG	7	7	0	0	0	7	100	
		MUMBULSARI	7	0	7	0	0	7	100	
		JENGGAWAH	3	0	3	0	0	3	100	
		K.SARI KIDUL	5	0	5	0	0	5	100	
		AJUNG	7	0	6	1	0	7	100	
		RAMBIPUJI	5	5	0	0	0	5	100	
		NOGOSARI	3	3	0	0	0	3	100	
		BALUNG	3	3	0	0	0	3	100	
		KARANGDUREN	5	0	1	4	0	5	100	

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	DESA/KELURAHAN SIAGA					JUMLAH	%
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	JUMLAH		
14	UMBULSARI	UMBULSARI	6	6	0	0	0	6	100	
15	SEMBORO	PALERAN	4	1	3	0	0	4	100	
16	JOMBANG	SEMBORO	6	0	0	6	0	6	100	
17	SUMBERBARU	JOMBANG	6	6	0	0	0	6	100	
18	TANGGUL	SUMBERBARU	6	6	0	0	0	6	100	
19	BANGSALSARI	ROWOTENGAH	4	4	0	0	0	4	100	
20	PANTI	TANGGUL	5	5	0	0	0	5	100	
21	SUKORAMBI	KLATAKAN	3	3	0	0	0	3	100	
22	ARJASA	BANGSALSARI	7	0	7	0	0	7	100	
23	PAKUSARI	SUKOREJO	4	4	0	0	0	4	100	
24	KALISAT	PANTI	7	7	0	0	0	7	100	
25	LEDOKOMBO	SUKORAMBI	5	5	0	0	0	5	100	
26	SUMBERJAMBE	ARJASA	6	6	0	0	0	6	100	
27	SUKOWONO	PAKUSARI	7	4	3	0	0	7	100	
28	JELBUK	KALISAT	12	10	2	0	0	12	100	
29	KALIWATES	LEDOKOMBO	10	0	9	1	0	10	100	
30	SUMBERSARI	SUMBERJAMBE	9	9	0	0	0	9	100	
31	PATRANG	SUKOWONO	12	0	8	4	0	12	100	
		JELBUK	6	4	2	0	0	6	100	
		KALIWATES	3	2	1	0	0	3	100	
		MANGLI	2	2	0	0	0	2	100	
		JEMBER KIDUL	2	0	2	0	0	2	100	
		SUMBERSARI	5	0	4	1	0	5	100	
		GLADAK PAKEM	2	2	0	0	0	2	100	
		PATRANG	3	3	0	0	0	3	100	
		BANJARSENGON	5	5	0	0	0	5	100	
JUMLAH (KAB/KOTA)			248	143	82	23	0	248	100	

Sumber: Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat



PEMERINTAHAN KABUPATEN JEMBER
KECAMATAN SEMBORO
KEPALA DESA REJOAGUNG
Sekretariat : Jl. Teuku Umar No. 01 Kode Pos 68157

KEPUTUSAN KEPALA DESA REJOAGUNG
Nomor : 470 / 5 / 35.09.07.2003 /2019

TENTANG

TIM PELAKSANA POSKESDES TINGKAT DESA
DALAM WILAYAH DESA REJOAGUNG

- Menimbang : a. Bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan yang besar artinya bagi pembangunan sumberdaya manusia serta modal dasar bagi pelaksanaan pembangunan nasional.
- b. Bahwa POSKESDES (Pos Kesehatan Desa) merupakan upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekat/menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa.
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan huruf a dan huruf b perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala Desa.
- Mengingat : 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 574/MENKES/SK/2000 tentang Indonesia Sehat Tahun 2010.
2. SK MENKES No. 564/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.
3. Surat Menteri Dalam Negeri No. 441.3/2388/SJ106 tentang peringatan Hari Kesehatan Nasional.
4. Surat Gubernur Jawa Timur No. 440/302/031/207 tentang menggerakkan dan membudayakan masyarakat untuk sehat.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
Keputusan Kepala Desa Rejoagung, tentang Tim Pelaksana POSKESDES Tingkat Desa dalam Wilayah Desa Rejoagung.

Pasal 1

Dengan ini Keputusan Kepala Desa Rejoagung membentuk Tim Pelaksana POSKESDES Tingkat Desa Rejoagung dengan keanggotaan sebagaimana tersebut dalam lampiran keputusan ini.

Pasal 2

Tim dimaksud pasal 1 keputusan ini mempunyai tugas sbb :

- Merencanakan dan melaksanakan kegiatan POSKESDES di wilayah
- Mengadakan koordinasi dengan petugas kesehatan
- Meningkatkan dan menggerakkan peran serta masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga yang satu kriterianya adalah : POSKESDES
- Mengevaluasi segala kegiatan POSKESDES yang telah dilaksanakan

Pasal 3

Segala biaya yang dikeluarkan untuk pelaksanaan POSKESDES yang dimaksud dalam pasal – pasal keputusan ini dibiayai oleh swadaya masyarakat desa

Pasal 4

1. Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dan apabila terdapat kesalahan atau kekurangan sempurnaan dalam keputusan dalam keputusan ini akan dibetulkan sebagaimana mestinya.
2. Mengumumkan dan menyebarkan keputusan ini kepada segenap warga masyarakat dalam wilayah Desa Rejoagung khususnya masyarakat sasaran POSKESDES.

Ditetapkan : Rejoagung
Pada tanggal : 28 Januari 2019

Kepala Desa Rejoagung

AGUS BASUKI

Tembusan disampaikan kepada :

- Yth. 1. Sdr. Camat Semboro
2. Sdr. Kepala Puskesmas Semboro
3. Sdr. Bidan PUSKESMAS / Polindes Desa Rejoagung

Lampiran : Keputusan Kepala Desa Rejoagung
 Nomor : 470 / 5 / 35.09.07.2003 / 2019
 Tanggal : 28 Januari 2019

**SUSUNAN TIM PELAKSANA POSKESDES
 DESA REJOAGUNG KECAMATAN SEMBORO**

NO	NAMA	JABATAN DALAM PENGURUS DESA SIAGA (POSKESDES)
1.	AGUS BASUKI	KETUA
2.	ISWAN HARIYANTO	WAKIL KETUA
3.	SUDARMANU	SEKRETARIS
4.	SETITININGATI	BENDAHARA POS KES DESA
5.	YOHANA SATYA E.	BIDAN
6.	CHRISTANTIN	BAGAS
7.	YOHANA AMBARWATI	BAGAS
		SEKSI-SEKSI :
	• CHRISTOFEL IMANG	AMBULAN DESA (KETUA)
	ARIYANTO ADI	AMBULAN DESA (WAKIL)
	AMIN JOYO SB	AMBULAN DESA (ANGGOTA)
	• ADI SURYANTO	DONOR DARAH (KETUA)
	ENDANG SULISTYOWATI	DONOR DARAH (WAKIL)
	SRI NUPIKSANI	DONOR DARAH (ANGGOTA)
	• SESTUNINGATI	TABULIN (KETUA)
	PUJI SIH LUMINTU	TABULIN (WAKIL)
	NGGIRYATI	TABULIN (ANGGOTA)
	• DYAH ANDARI	KADOKSI (KETUA)
	D. NGASTUTIK	KADOKSI (WAKIL)
	NANIK WIDIASTUTI	KADOKSI (ANGGOTA)
	• Drs. WIDARTO	TANGGAP DARURAT (KETUA)
	SUWITO	TANGGAP DARURAT (WAKIL)
	EKO WIDODO	TANGGAP DARURAT (ANGGOTA)
	• DWI HARTONO	INFORMASI (KETUA)
	BUDI WIYONO	INFORMASI (WAKIL)
	HERU SIH WARDOYO	INFORMASI (ANGGOTA)
	• NANANG CAHYO PURNOMO	KARANG TARUNA (KETUA)
	TIMBUL WALUYO	KARANG TARUNA (WAKIL)
	BUDI SANTOSO	KARANG TARUNA (ANGGOTA)

Ditetapkan di : Rejoagung
 Pada tanggal : 28 Januari 2019

KEPALA DESA REJOAGUNG

AGUS BASUKI



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

TENTANG

PEDOMAN UMUM PENGEMBANGAN DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

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

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

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

MEMUTUSKAN**Menetapkan :**

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 Oktober 2010

**MENTERI KESEHATAN RI****Endang Rahayu Sedyaningsih**

PEDOMAN PELAKSANAAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA
(Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/MENKES/SK/VIII/2006
tanggal 2 Agustus 2006)

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka percepatan pencapaian Visi Indonesia Sehat, disadari perlunya dikembangkan Desa-desa Siaga sebagai basis berkembangnya Desa-desa Sehat;
- b. bahwa dalam rangka mengupayakan keserasian dan keterpaduan gerak antar-semua pemangku kepentingan, khususnya yang terlibat dalam pembangunan masyarakat desa maupun pengembangan Desa Siaga, perlu ditetapkan Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga melalui Keputusan Menteri Kesehatan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 3437, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/VI/2000 Tahun 2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 951/Menkes/SK/V/2000 Tahun 2000 tentang Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas;
9. Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor 9 Tahun 2001 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004/Menkes/SK/II/2003 Tahun 2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 Tahun 2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1547/Menkes/SK/X/2003 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
13. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 126 Tahun 2003 tentang Bentuk Produk-produk Hukum di Lingkungan Pemerintahan Desa;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 131/Menkes/SK/III/2004 Tahun 2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 331/Menkes/SK/V/2006 Tahun 2006 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA.
- Kedua : Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- Keempat : Koordinator dalam rangka pengembangan Desa Siaga :
1. Bidang Penggerakan & Pemberdayaan Masyarakat adalah Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, c/q Pusat Promosi Kesehatan;
 2. Bidang Pengembangan Pos Kesehatan Desa adalah Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, c/q Direktorat Kesehatan Komunitas;
 3. Bidang Pengembangan Surveilans Berbasis Masyarakat adalah Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan, c/q Direktorat Surveilans, Epidemiologi, Imunisasi dan Kesehatan Matra;
 4. Bidang Pengembangan Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Bencana dan Kegawatdaruratan Kesehatan adalah Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, c/q Direktorat Pelayanan Medik Dasar;
 5. Bidang Pengembangan Kesehatan Lingkungan adalah Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan, c/q Direktorat Penyehatan Lingkungan;
- Kelima : Setiap koordinator sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kelima harus menyusun Petunjuk Teknis sesuai bidang tugas masing-masing.
- Keenam : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan unit-unit teknis terkait dengan mengikutsertakan organisasi profesi dan masyarakat.
- Ketujuh : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Lampiran

PEDOMAN PELAKSANAAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA

I. PENDAHULUAN

Dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 telah ditetapkan Visi Pembangunan Kesehatan, yaitu Indonesia Sehat 2010. Visi tersebut menggambarkan bahwa pada tahun 2010 bangsa Indonesia 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.

Sejak dicanangkannya Visi Indonesia Sehat 2010 telah banyak kemajuan yang dicapai. Akan tetapi kemajuan-kemajuan itu tampaknya masih jauh dari target yang ingin dicapai pada tahun 2010.

Tingginya angka kematian, terutama kematian ibu dan kematian bayi, menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Demikian juga dengan tingginya angka kesakitan yang akhir-akhir ini ditandai dengan munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti malaria dan tuberkulosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru yang bersifat pandemik seperti HIV/AIDS, SARS dan flu burung; serta belum hilangnya penyakit-penyakit endemis seperti diare dan demam berdarah. Keadaan ini diperparah dengan timbulnya berbagai kejadian bencana yang dalam kurun waktu terakhir sering menimpa negeri kita, baik bencana karena faktor alam seperti gunung meletus, gempa bumi, tsunami, dan angin puting-beliung maupun bencana karena perilaku manusia yang mengakibatkan semakin rusaknya alam seperti banjir, tanah longsor dan kecelakaan massal.

Sementara itu, kesehatan sebagai hak azasi manusia ternyata belum menjadi milik setiap manusia Indonesia karena berbagai hal seperti kendala geografis, sosiologis, dan budaya. Kesehatan bagi sebagian penduduk yang terbatas kemampuannya serta yang berpenghasilan dan berpendapatan rendah masih perlu diperjuangkan secara terus-menerus dengan cara mendekatkan akses pelayanan kesehatan dan memberdayakan kemampuan mereka. Di samping itu, kesadaran masyarakat bahwa kesehatan merupakan investasi bagi peningkatan kualitas sumberdaya manusia juga masih harus dipromosikan melalui sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil kebijakan dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) di berbagai jenjang administrasi.

Ditetapkan di Jakarta
tanggal 2 Agustus 2006
MENTERI KESEHATAN RI

ttd.

Dr.dr. SITI FADILAH SUPARI, SpJP(K)

Menyimak kenyataan tersebut, kiranya diperlukan upaya terobosan yang benar-benar memiliki daya ungkit bagi meningkatnya derajat kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Sehubungan dengan itu, Departemen Kesehatan menyadari bahwa pada akhirnya pencapaian Visi Indonesia Sehat akan sangat bertumpu pada pencapaian Desa Sehat sebagai basisnya.

Dengan Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 telah ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009. Pembangunan Kesehatan, yang merupakan bagian dari Pembangunan Sumber Daya Kesehatan (SDM), tercantum dalam Bab 28. Sasaran yang harus dicapai oleh Pembangunan Kesehatan adalah :

- * Meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun.
- * Menurunnya angka kematian bayi dari 45 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup.
- * Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup.
- * Menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita dari 25,8 % menjadi 20 %.

Dengan telah ditetapkannya sasaran tersebut, maka Departemen Kesehatan segera merumuskan Visi Departemen Kesehatan dalam rangka mencapai Visi Indonesia Sehat, dengan tujuan tercapainya indikator-indikator sebagaimana tersebut di atas. Adapun Visi Departemen Kesehatan itu adalah "*Masyarakat Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat*", dengan Misi "*Membuat Masyarakat Sehat*", yang akan dicapai melalui strategi :

1. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat.
2. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.
3. Meningkatkan sistem surveilans, monitoring, dan informasi kesehatan.
4. Meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Berkaitan dengan strategi tersebut, salah satu sasaran terpenting yang ingin dicapai adalah "*Pada Akhir Tahun 2008, Seluruh Desa Telah Menjadi Desa Siaga*". Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat, secara

gotong royong. Pengembangan Desa Siaga mencakup upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat Desa, menyiapsiagakan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Inti kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu maka dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif, yaitu upaya mendampingi (memfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. Untuk menuju Desa Siaga perlu dikaji berbagai kegiatan bersumberdaya masyarakat yang ada dewasa ini seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Dana Sehat, Siap-Antar-Jaga, dan lain-lain sebagai embrio atau titik awal pengembangan menuju Desa Siaga. Dengan demikian, mengubah desa menjadi Desa Siaga akan lebih cepat bila di desa tersebut telah ada berbagai UKBM.

II. KONSEP DASAR DESA SIAGA

A. Pengertian Desa Siaga

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, secara mandiri.

Desa yang dimaksud di sini 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.

B. TUJUAN DESA SIAGA

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 risiko 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.

C. 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 dan 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, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

D. Kriteria Desa Siaga

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

III. POS KESEHATAN DESA

A. Pengertian Pos Kesehatan Desa

Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya 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.

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

B. Kegiatan Poskesdes

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

1. 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.
2. Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, serta faktor-faktor risikonya (termasuk kurang gizi).
3. Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.
4. 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 Obat Desa, Kelompok Pemakai Air, Arisan Jamban Keluarga, dan lain-lain). Dengan demikian, Poskesdes sekaligus berperan sebagai koordinator dari UKBM-UKBM tersebut.

C. 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, yaitu misalnya Balai RW, Balai Desa, Balai Pertemuan Desa, dan lain-lain.
3. Membangun baru, yaitu dengan pendanaan dari Pemerintah (Pusat atau Daerah), donatur, dunia usaha, atau swadaya masyarakat.

IV. LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN DESA SIAGA

(Peran/kegiatan lebih terinci dari masing-masing pihak yang terlibat dalam pengembangan Desa Siaga dapat disimak di Bab V).

A. Persiapan

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

- * Pusat : - Penyusunan pedoman
- Pembuatan modul-modul pelatihan
- Penyelenggaraan Pelatihan bagi Pelatih atau *Training of Trainers (TOT)*
- * Provinsi : - Penyelenggaraan TOT (tenaga Kabupaten/Kota)
- * Kabupaten/Kota : - Penyelenggaraan Pelatihan Tenaga Kesehatan
- Penyelenggaraan Pelatihan Kader

B. Pelaksanaan

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

- * Pusat : - Penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lain
- * Provinsi : - Penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lain
- * Kabupaten/Kota : - Penyediaan dana dan dukungan sumberdaya lain
- Penyiapan Puskesmas dan Rumah Sakit dalam rangka penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.
- * Kecamatan : - Pengembangan dan Pembinaan Desa Siaga

C. Pemantauan & Evaluasi

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

- * Pusat : - Memantau kemajuan dan mengevaluasi keberhasilan pengembangan Desa Siaga
- * Provinsi : - Mamantau kemajuan pengembangan Desa Siaga
- Melaporkan hasil pemantauan ke Pusat.
- * Kabupaten/Kota : - Memantau kemajuan pengembangan Desa Siaga
- Melaporkan hasil pemantauan ke Provinsi
- * Kecamatan : - Melakukan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)
- Melaporkan perkembangan ke Kabupaten/Kota

D. Pendekatan Pengembangan Desa Siaga

Pengembangan Desa Siaga dilaksanakan dengan membantu/memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi (pengorganisasian masyarakat). Yaitu dengan menempuh tahap-tahap : (1) mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah, (2) mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah, (3) menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya, serta (4) memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

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

1. *Pengembangan Tim Petugas*

Langkah ini merupakan awal kegiatan, sebelum kegiatan-kegiatan lainnya dilaksanakan. Tujuan langkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas, baik petugas teknis maupun petugas administrasi. Persiapan para petugas ini bisa berbentuk sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi, yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Keluaran atau *output* dari langkah ini adalah para petugas yang memahami tugas dan fungsinya, serta siap bekerjasama dalam satu tim untuk melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat.

2. *Pengembangan Tim Di Masyarakat*

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat, serta masyarakat, agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga. Dalam langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mau memberikan dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumber daya lain, sehingga pengembangan Desa Siaga dapat berjalan dengan lancar. Sedangkan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik

guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga.

Jadi dukungan yang diharapkan dapat berupa dukungan moral, dukungan finansial atau dukungan material, sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga.

Jika di daerah tersebut telah terbentuk wadah-wadah kegiatan masyarakat di bidang kesehatan seperti Konsil Kesehatan Kecamatan atau Badan Penyantun Puskesmas, Lembaga Pemberdayaan Desa, PKK, serta organisasi kemasyarakatan lainnya, hendaknya lembaga-lembaga ini diikutsertakan dalam setiap pertemuan dan kesepakatan.

3. **Survei Mawas Diri**

Survei mawas diri (SMD) atau Telaah Mawas Diri (TMD) atau *Community Self Survey* (CSS) bertujuan agar pemuka-pemuka masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei ini harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan bimbingan tenaga kesehatan. Dengan demikian, diharapkan mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta bangkit niat dan tekad untuk mencari solusinya, termasuk membangun Poskesdes sebagai upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa. Untuk itu, sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pembekalan keterampilan bagi mereka.

Keluaran atau *output* dari SMD ini berupa identifikasi masalah-masalah kesehatan serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut, termasuk dalam rangka membangun Poskesdes.

4. **Musyawarah Masyarakat Desa**

Tujuan penyelenggaraan musyawarah masyarakat desa (MMD) ini adalah mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskesdes, dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Di samping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa Siaga.

Inisiatif penyelenggaraan musyawarah sebaiknya berasal dari para tokoh masyarakat yang telah sepakat mendukung pengembangan Desa Siaga. Peserta musyawarah adalah tokoh-tokoh masyarakat, termasuk tokoh-tokoh perempuan dan generasi muda setempat. Bahkan sedapat mungkin dilibatkan pula kalangan dunia usaha yang mau mendukung pengembangan Desa

Siaga dan kelestariannya (untuk itu diperjukkan advokasi).

Data serta temuan lain yang diperoleh pada saat SMD disajikan, utamanya adalah daftar masalah kesehatan, data potensi, serta harapan masyarakat. Hasil pendataan tersebut dimusyawarahkan untuk penentuan prioritas, dukungan dan kontribusi apa yang dapat disumbangkan oleh masing-masing individu/institusi yang diwakilinya, serta langkah-langkah solusi untuk pembangunan Poskesdes dan pengembangan Desa Siaga.

5. **Pelaksanaan Kegiatan**

Secara operasional pembentukan Desa Siaga dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut :

a. **Pemilihan Pengurus dan Kader Desa Siaga**

Pemilihan Pengurus dan Kader Desa Siaga dilakukan melalui pertemuan khusus para pimpinan formal desa dan tokoh masyarakat serta beberapa wakil masyarakat. Pemilihan dilakukan secara musyawarah & mufakat, sesuai dengan tata cara dan kriteria yang berlaku, dengan difasilitasi oleh Puskesmas.

b. **Orientasi/Pelatihan Kader Desa Siaga**

Sebelum melaksanakan tugasnya, pengelola dan kader desa yang telah ditetapkan perlu diberikan orientasi atau pelatihan. Orientasi/pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan pedoman orientasi/pelatihan yang berlaku. Materi orientasi/pelatihan mencakup kegiatan yang akan dilaksanakan di desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga (sebagaimana telah dirumuskan dalam Rencana Operasional), yaitu meliputi pengelolaan Desa Siaga secara umum, pembangunan dan pengelolaan Poskesdes, pengembangan dan pengelolaan UKBM lain, serta hal-hal penting terkait seperti kehamilan dan persalinan sehat, Siap-Antar-Jaga, Keluarga Sadar Gizi, posyandu, kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman (PAB-PLP), kegawat daruratan sehari-hari, kesiapsiagaan bencana, kejadian luar biasa, warung obat desa (WOD), diversifikasi pertanian tanaman pangan dan pemanfaatan pekarangan melalui Taman Obat Keluarga (TOGA), kegiatan surveilans, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan lain-lain.

c. Pengembangan Poskesdes dan UKBM lain

Dalam hal ini, pembangunan Poskesdes bisa dikembangkan dari Polindes yang sudah ada. Apabila tidak ada Polindes, maka perlu dibahas dan dicantumkan dalam rencana kerja tentang alternatif lain pembangunan Poskesdes. Dengan demikian diketahui bagaimana Poskesdes tersebut akan diadakan - membangun baru dengan fasilitasi dari Pemerintah, membangun baru dengan bantuan dari donatur, membangun baru dengan swadaya masyarakat, atau memodifikasi bangunan lain yang ada.

Bilamana Poskesdes sudah berhasil diselenggarakan, kegiatan dilanjutkan dengan membentuk UKBM-UKBM yang diperlukan dan belum ada di desa yang bersangkutan, atau merevitalisasi yang sudah ada tetapi kurang/tidak aktif.

d. Penyelenggaraan Kegiatan Desa Siaga

Dengan telah adanya Poskesdes, maka desa yang bersangkutan telah dapat ditetapkan sebagai Desa Siaga. Setelah Desa Siaga resmi dibentuk, dilanjutkan dengan pelaksanaan kegiatan Poskesdes secara rutin, yaitu pengembangan sistem surveilans berbasis masyarakat, pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana, pemberantasan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, penggalangan dana, pemberdayaan masyarakat menuju kadarzi dan PHBS, penyehatan lingkungan, serta pelayanan kesehatan dasar (bila diperlukan). Selain itu diselenggarakan pula pelayanan UKBM-UKBM lain seperti Posyandu dan lain-lain dengan berpedoman kepada panduan yang berlaku.

Secara berkala kegiatan Desa Siaga dibimbing dan dipantau oleh Puskesmas, yang hasilnya dipakai sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan Desa Siaga selanjutnya secara lintas sektoral.

6. **Pembinaan Dan Peningkatan**

Mengingat permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja sektor lain, adanya keterbatasan sumberdaya, maka untuk

memajukan Desa Siaga perlu adanya pengembangan jejaring kerjasama dengan berbagai pihak. Perwujudan dari pengembangan jejaring Desa Siaga dapat dilakukan melalui Temu Jejaring UKBM secara internal di dalam desa sendiri dan atau Temu Jejaring antar Desa Siaga (minimal sekali dalam setahun). Upaya ini selain untuk memantapkan kerjasama, juga diharapkan dapat menyediakan wahana tukar-menukar pengalaman dan memecahkan masalah-masalah yang dihadapi bersama. Yang juga tidak kalah pentingnya adalah pembinaan jejaring lintas sektor, khususnya dengan program-program pembangunan yang bersasaran Desa.

Salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian Desa Siaga adalah keaktifan para kader. Oleh karena itu, dalam rangka pembinaan perlu dikembangkan upaya-upaya untuk memenuhi kebutuhan para kader agar tidak drop out. Kader-kader yang memiliki motivasi memuaskan kebutuhan sosial-psikologisnya harus diberi kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan kreativitasnya. Sedangkan kader-kader yang masih dibebani dengan pemenuhan kebutuhan dasarnya, harus dibantu untuk memperoleh pendapatan tambahan, misalnya dengan pemberian gaji/ insentif atau difasilitasi agar dapat berwirausaha.

Untuk dapat melihat perkembangan Desa Siaga, perlu dilakukan pemantauan dan evaluasi. Berkaitan dengan itu, kegiatan-kegiatan di Desa Siaga perlu dicatat oleh kader, misalnya dalam Buku Register UKBM (contohnya : kegiatan Posyandu dicatat dalam buku Registrasi Ibu dan Anak Tingkat Desa atau RIAD dalam Sistem Informasi Posyandu).

V. PERAN JAJARAN KESEHATAN DAN PEMANGKU KEPENTINGAN TERKAIT

1. Peran Puskesmas

Dalam rangka Pengembangan Desa Siaga, Puskesmas merupakan ujung tombak dan bertugas ganda, yaitu sebagai penyelenggara PONEB dan penggerak masyarakat Desa. Namun demikian, dalam menggerakkan masyarakat Desa, Puskesmas akan dibantu oleh Tenaga Fasilitator dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah dilatih di Provinsi. Adapun peran Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, termasuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED).
- b. Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat kecamatan dan desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- c. Memfasilitasi pengembangan Desa Siaga dan Poskesdes.
- d. Melakukan monitoring, evaluasi dan pembinaan Desa Siaga.
- g. Bersama puskesmas melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis terhadap Desa Siaga.
- h. Menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi kelestarian Desa Siaga.

2. Peran Rumah Sakit

Rumah Sakit memegang peran penting sebagai sarana rujukan dan pembina teknis pelayanan medik. Oleh karena itu, dalam hal ini peran Rumah Sakit adalah :

- a. Menyelenggarakan pelayanan rujukan, termasuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
- b. Melaksanakan bimbingan teknis medis, khususnya dalam rangka pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana di Desa Siaga.
- c. Menyelenggarakan promosi kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana.

3. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

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

- a. Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat kabupaten/kota dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- b. Merevitalisasi Puskesmas dan jaringannya sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar dengan baik, termasuk PONED, dan pemberdayaan masyarakat.
- c. Merevitalisasi Rumah Sakit sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan rujukan dengan baik, termasuk PONEK, dan promosi kesehatan di Rumah Sakit.
- d. Merekrut/menyediakan calon-calon fasilitator untuk dilatih menjadi Fasilitator Pengembangan Desa Siaga.
- e. Menyelenggarakan pelatihan bagi petugas kesehatan dan kader.
- f. Melakukan advokasi ke berbagai pihak (pemangku kepentingan) tingkat kabupaten/kota dalam rangka pengembangan Desa Siaga.

4. Peran Dinas Kesehatan Provinsi

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

- a. Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat provinsi dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- b. Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengembangkan kemampuan melalui pelatihan-pelatihan manajemen, pelatihan-pelatihan teknis, dan cara-cara lain.
- c. Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengembangkan kemampuan Puskesmas dan Rumah Sakit di bidang konseling, kunjungan rumah, dan pengorganisasian masyarakat serta promosi kesehatan, dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- d. Menyelenggarakan pelatihan Fasilitator Pengembangan Desa Siaga dengan metode kalakarya (*interrupted training*).
- e. Melakukan advokasi ke berbagai pihak (pemangku kepentingan) tingkat provinsi dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- f. Bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis terhadap Desa Siaga.
- g. Menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi kelestarian Desa Siaga.

5. Peran Departemen Kesehatan

Sebagai aparaturnya tingkat Pusat, Departemen Kesehatan berperan dalam :

- a. Menyusun konsep dan pedoman pengembangan Desa Siaga, serta mensosialisasikan dan mengadvokasi-kannya.
- b. Memfasilitasi revitalisasi Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit, serta Posyandu dan UKBM-UKBM lain.
- c. Memfasilitasi pembangunan Poskesdes dan pengembangan Desa Siaga.
- d. Memfasilitasi pengembangan sistem surveilans, sistem informasi/pelaporan, serta sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.

- e. Memfasilitasi ketersediaan tenaga kesehatan untuk tingkat desa.
- f. Menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih (TOT).
- g. Menyediakan dana dan dukungan sumberdaya lain.
- h. Menyelenggarakan pemantauan dan evaluasi.

A. PERAN PEMANGKU KEPENTINGAN TERKAIT

Pemangku kepentingan lain, yaitu para pejabat Pemerintah Daerah, pejabat lintas sektor, unsur-unsur organisasi/ikatan profesi, pemuka masyarakat, tokoh-tokoh agama, PKK, LSM, dunia usaha/swasta dan lain-lain, diharapkan berperan aktif juga di semua tingkat administrasi.

1. Pejabat-pejabat Pemerintah Daerah :

- a. Memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk penyelenggaraan Desa Siaga.
- b. Mengkoordinasikan pergerakan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan Poskesdes/Puskesmas/Pustu dan berbagai UKBM yang ada (Posyandu, Polindes, dan lain-lain).
- c. Mengkoordinasikan pergerakan masyarakat untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan Desa Siaga dan UKBM yang ada.
- d. Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Desa Siaga secara teratur dan lestari.

2. Tim Penggerak PKK

- a. Berperan aktif dalam pengembangan dan penyelenggaraan UKBM di Desa Siaga (Posyandu dan lain-lain).
- b. Merigerakkan masyarakat untuk mengelola, menyelenggarakan dan memanfaatkan UKBM yang ada.
- c. Menyelenggarakan penyuluhan kesehatan dalam rangka menciptakan kadarzi dan PHBS.

3. Tokoh Masyarakat

- a. Menggali sumber daya untuk kelangsungan penyelenggaraan Desa Siaga.
- b. Menaungi dan membina kegiatan Desa Siaga.
- c. Menggerakkan masyarakat untuk berperan aktif dalam kegiatan Desa Siaga.

4. Organisasi Kemasyarakatan/LSM/Dunia Usaha/Swasta

- a. Berperan aktif dalam penyelenggaraan Desa Siaga.
- b. Memberikan dukungan sarana dan dana untuk pengembangan dan penyelenggaraan Desa Siaga.
Organisasi-organisasi masyarakat seperti Aisyiyah, Fatayat, dan lain-lain yang giat membina desa, diharapkan dapat mengintegrasikan atau mengkoordinasikan kegiatan-kegiatannya dalam rangka pengembangan Desa Siaga.

VI. INDIKATOR KEBERHASILAN

Kebhasilan upaya Pengembangan Desa Siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikator, yaitu: (1) indikator masukan, (2) indikator proses, (3) indikator keluaran, dan (4) indikator dampak. Adapun uraian untuk masing-masing indikator adalah sebagai berikut :

A. Indikator Masukan

Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa besar masukan telah di berikan dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator masukan terdiri atas hal-hal berikut :

1. Ada/tidaknya Forum Masyarakat Desa.
2. Ada/tidaknya Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapan/peralatannya.
3. Ada/tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat.
4. Ada/tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan).

B. Indikator Proses

Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut :

1. Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa.
2. Berfungsi/tidaknya Poskesdes.
3. Berfungsi/tidaknya UKBM yang ada.
4. Berfungsi/tidaknya Sistem Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Kegawatdaruratan dan Bencana.
5. Berfungsi/tidaknya Sistem Surveilans berbasis masyarakat.
6. Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.

C. Indikator Keluaran

Indikator Keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator keluaran terdiri atas hal-hal berikut :

1. Cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes.
2. Cakupan pelayanan UKBM-UKBM lain.
3. Jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan.
4. Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.

D. Indikator Dampak

Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dari hasil kegiatan di Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut :

1. Jumlah penduduk yang menderita sakit.
2. Jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa.
3. Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia.
4. Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia.
5. Jumlah balita dengan gizi buruk.

VI. PENUTUP

Pedoman ini diharapkan dapat memberikan gambaran umum guna pelaksanaan dan pengembangan Desa Siaga di lapangan. Dalam kenyataannya banyak sekali variasi dalam melaksanakan dan mengembangkan Desa Siaga,

sehingga perlu improvisasi dan modifikasi yang dapat disesuaikan dengan kondisi dan permasalahan setempat.

Diyakini bahwa upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) telah berkembang di perdesaan dengan intensitas berbeda-beda satu sama lain. Oleh karena itu pengembangan Desa Siaga dapat dikatakan sebagai gerakan untuk merajut kembali berbagai upaya yang ada dengan pendekatan pengorganisasian masyarakat (revitalisasi PKMD).

Keberhasilan Desa Siaga sebagai wujud upaya kesehatan berbasis masyarakat sangat bergantung kepada ketepatan penerapan langkah-langkah dalam pendekatan edukatif dan pengorganisasian masyarakat.

Untuk keberhasilan pengembangan Desa Siaga, Puskesmas dan jaringannya, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu direvitalisasi, baik dalam sumber daya manusianya, prasarana-sarananya, maupun pendanaannya. Berbagai pihak yang bertanggung jawab atau pemangku kepentingan bagi pengembangan Desa Siaga diharapkan dapat berperan optimal sesuai tugasnya, agar pengembangan Desa Siaga benar-benar berhasil.

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

Dr.dr.SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (k)



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
KECAMATAN SEMBORO
KEPALA DESA REJOAGUNG
Jalan Teuku Umar No 01 – Kode Pos 68157

SURAT KETERANGAN

Nomor : 470/ 39 / 35.09.07.2003/2019

Yang bertanda tangamn dibawah ini Kepala Desa Rejoagung Kecamatan Semboro Kabupaten Jember menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

N a m a : AGUNG RESA WASKITA
Jenis kelamin : Laki-laki
Tempat Tanggal Lahir : Jember, 03 Januari 1994
NIK : 3509200301940004
NIM : 120910201013
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Manggar Gg. Niaga 7 Lingk. Gebang Poreng RT 003/RW 013 Kel. Gebang Kec. Patrang Kab. Jember.

Yang bersangkutan adalah Mahasiswa Universitas Jember, Vakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Sesuai dengan Surat Rekomendasi dari Bakesbangpol Kab. Jember Tanggal : 27 Pebruari 2019 Nomor : 072/423415/2019, Saudara AGUNG RESA WASKITA telah menyelesaikan tugas Penelitian Program Desa Siaga Aktif di Desa Rejoagung Kec. Semboro.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Rejoagung, 16 Juli 2019
Kepala Desa Rejoagung



AGUS BASUKI