

KEBIJAKAN NASIONAL DALAM KONTEKS LOKAL: TANTANGAN IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DESA SIAGA DAN RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN KEPULAUAN YAPEN PAPUA

NATIONAL POLICY IN LOCAL CONTEXT: CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION OF DESA SIAGA AND HEALTH SERVICE REFERRAL POLICY CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION OF DESA SIAGA POLICY AND HEALTH SERVICE REFERRAL IN THE DISTRICT OF PAPUA ARCHIPELAGO

Yosef Leu Maing¹, Deni Kurniadi Sunjaya², Supriyati³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Yapen, Papua

²Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Bandung

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: One of the policies in health to achieve Indonesia Sehat 2010 was the development of desa siaga that was based on Decree of Ministry of Health number 564/MENKES/SK/VIII/2006 regarding the guidance on the implementation of Desa Siaga. Desa Siaga is a community based health effort that involved community self funding agency such as PKK, religious organization, and private sector.

Method: This was a qualitative descriptive research that used explanatory analysis with case study design. The research informant was district government, health office, community leaders and public figure as well as health care provider. The data was collected with interview, observation and documentation. Data analysis was conducted with case study analysis.

Result: This research showed that the implementation of Desa Siaga was with top-down method that used social mobilization approach. The district government and community was very much supporting the policy of Desa Siaga. Difficult geographic location, limited human resources in health and limited funding were the main obstacles in the implementation of Desa Siaga policy and health service referral. The main problem of referral implementation was transportation and funding. The readiness of community and village aparatur to assist the poor community was still very minimum.

Conclusion: This research proven that Desa Siaga program was very important for community in the district of Yapen archipelago. Nevertheless, difficulties in geographic condition, limited human resources in health as well as limited funding has resulted in difficulties in the implementation of Desa Siaga policy and health service referral in the district of Yapen archipelago. The regional and central government have not been able to respond to the needs of Desa Siaga.

Keyword: Policy Implementation, Desa siaga, Papua.

ABSTRAK

Latar belakang: Salah satu kebijakan terobosan bidang kesehatan untuk mencapai Indonesia sehat 2010 adalah pengembangan desa siaga, sesuai SK Menteri Kesehatan Nomor

564/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga. Desa siaga merupakan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, yang melibatkan lembaga swadaya masyarakat, diantaranya PKK, organisasi keagamaan, dan sektor swasta.

Metode penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif, dengan rancangan studi kasus eksplanatori. Informan penelitian adalah pejabat Pemerintah Kabupaten, Dinas Kesehatan, Camat, Kepala Desa dan Tokoh Masyarakat serta petugas kesehatan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Analisis data menggunakan analisis studi kasus.

Hasil: Penelitian ini memperlihatkan bahwa implementasi kebijakan desa siaga bersifat *top-down* dengan pola pendekatan mobilisasi sosial. Pemerintah kabupaten dan masyarakat sangat mendukung kebijakan desa siaga. Kesulitan geografis, keterbatasan SDM kesehatan dan pembiayaan menjadi kendala utama implementasi kebijakan desa siaga dan rujukan pelayanan kesehatan. Masalah utama pelaksanaan rujukan ialah transportasi dan pembiayaan. Kesiap-siagaan masyarakat dan aparat desa untuk menolong masyarakat miskin masih sangat minim.

Kesimpulan: Penelitian ini membuktikan bahwa program desa siaga sangat penting bagi masyarakat di Kabupaten Kepulauan Yapen. Namun, karena sulitnya keadaan geografis, terbatasnya SDM kesehatan serta pembiayaan, menyebabkan Implementasi kebijakan desa siaga dan rujukan pelayanan kesehatan sulit terlaksana. Kebutuhan terhadap desa siaga belum mampu direspon oleh pemerinah daerah maupun pemerintah pusat.

Kata kunci: Implementasi kebijakan, desa siaga, Papua.

PENGANTAR

Keputusan Menteri Kesehatan No. 564/2006, menyatakan bahwa dalam rangka percepatan pencapaian visi Indonesia sehat 2010, perlu dikembangkan desa-desa siaga sebagai basis berkembangnya desa-desa sehat. Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan

mengatasimasalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Tujuan program desa siaga secara umum ialah terwujudnya desa dengan masyarakat yang sehat, peduli dan tanggap terhadap masalah-masalah kesehatan seperti bencana dan kegawatdaruratan kesehatan di desa¹.

Kabupaten Kepulauan Yapen, kondisi geografisnya berupa pegunungan dan pantai dengan infrastruktur transportasi darat yang sulit, sehingga akses ke desa-desa sebagian besar hanya melalui laut². Sampai tahun 2008 telah ditetapkan tiga puluh desa untuk dikembangkan menjadi desa siaga yang tersebar di dua belas distrik³.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus eksplanatoris. Informan penelitian ini adalah pejabat pemerintah daerah, pejabat dinas kesehatan, camat, kepala desa, tokoh masyarakat, masyarakat umum dan petugas kesehatan di pustu dan poskeskam/polinkam.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Pengolahan data dengan menggunakan analisis studi kasus. Teknik pemeriksaan keabsahan data dilakukan dengan cara triangulasi. Triangulasi dilakukan dengan cara triangulasi metode dan triangulasi sumber. Cara melakukan triangulasi metode yaitu dengan menanyakan hal yang sama dengan metode yang berbeda, yakni melalui wawancara, observasi dan dokumentasi. Triangulasi sumber, dilakukan dengan cara menanyakan hal yang sama melalui sumber yang berbeda⁴.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Implementasi Kebijakan Desa Siaga. Perencanaan.

Kebijakan desa siaga yang merupakan kebijakan pemerintah pusat, terkesan dalam pelaksanaannya di Kabupaten Kepulauan Yapen tidak mengikuti kaidah perencanaan yang baik. Sosialisasi dan advokasi kebijakan desa siaga kepada pemerintah kabupaten, instansi terkait, dan masyarakat belum dilakukan dengan baik. Pelatihan petugas kesehatan, pelatihan kader dan tokoh masyarakat tanpa melibatkan instansi terkait. Pembangunan Pos Kesehatan Kampung (Poskeskam) dan polinkam tanpa melibatkan masyarakat. Komponen sumber daya masyarakat lokal pun belum diakomodir.

Secara teknis diakui bahwa dinas kesehatan yang tahu tentang desa-desa mana yang pantas untuk dikembangkan menjadi desa siaga, tetapi bukan berarti bahwa penetapannya tanpa berkoordinasi de-

ngan *stakeholder* yang lain, karena menyangkut besarnya permasalahan, kebutuhan sumber daya, serta tujuan yang akan dicapai. Ciri adanya koordinasi yang berhasil adalah tumbuhnya kesadaran di antara pejabat untuk saling kerja sama dan membantu, adanya komunikasi yang lebih menguntungkan, tidak terjadi saling melempar tanggungjawab, atau mengambil tanggungjawab yang tidak semestinya dan tidak ada ego sektoral⁵. Perencanaan adalah upaya menyusun berbagai keputusan yang bersifat pokok yang dipandang paling penting dan yang akan dilaksanakan menurut urutannya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan⁶.

Penetapan calon desa siaga secara *top-down* oleh dinas kesehatan bisa saja disebabkan karena kebijakan desa siaga dari departemen kesehatan memang *top-down*. Koordinasi dilakukan dengan *stakeholder* ditingkat distrik dan desa membutuhkan waktu, biaya, dan tenaga dimana dari dua belas distrik yang ada, hanya tiga distrik yang dapat dijangkau dengan transportasi darat.

Pengorganisasian

Fungsi pengorganisasian dalam implementasi kebijakan desa siaga di Kabupaten Kepulauan Yapen belum dilakukan dengan baik. Hal ini terbukti dimana tim koordinasi desa siaga hanya berada di dinas kesehatan tanpa melibatkan sektor. Pengorganisasian dan pengendalian merupakan fungsi manajemen yang utama dalam desa siaga. Kedua hal ini mendorong pelaksanaan dan kontinuitas karena tiga hal, yaitu: 1) ada pembagian pekerjaan dan tanggungjawab yang jelas apa yang akan dikerjakan, siapa yang mengerjakan, kapan dikerjakan, dimana dikerjakan, 2) pemanfaatan sumberdaya manusia dapat lebih efektif dan sumberdaya lainnya seperti dana dapat lebih efisien, dan 3) fokus manajemen adalah kelangsungan dan berfungsinya sistem dan kelembagaan desa siaga.

Pengorganisasian merupakan fungsi manajemen yang juga penting seperti fungsi perencanaan, melalui pengorganisasian semua sumber daya yang digunakan dapat dimanfaatkan secara maksimal untuk mencapai efisiensi dan efektifitas⁷.

Implementasi Kebijakan

Kabupaten Kepulauan Yapen dengan luas wilayah 2.104,09 Km², secara administratif terdiri dari 12 kecamatan dan 111 desa/kelurahan. Dari 12 distrik hanya tiga distrik yang dapat dijangkau dengan jalan darat dan bisa menggunakan transportasi mobil atau sepeda motor, sedangkan 9 distrik lainnya hanya melalui laut dengan alat transportasi perahu bermotor seperti pada gambar berikut:



Gambar 1. Alat Transportasi utama untuk menjangkau Distrik dan Desa

Upaya pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan kepada akses masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau masih merupakan masalah yang belum terpecahkan sampai saat ini. Hal ini disebabkan karena kondisi geografi dan topografi wilayah Papua yang sulit dijangkau, baik sarana transportasi dan komunikasi. Akibatnya petugas kesehatan banyak yang tidak betah bahkan tidak mau bertugas di desa-desa yang jauh, terpencil, dan sepi. Apalagi dengan gaji dan insentif tidak jauh berbeda dengan petugas yang bekerja di kota.

Implementasi kebijakan desa siaga di Kabupaten Kepulauan Yapen, mulai dari penetapan desa-desa yang akan dikembangkan menjadi desa siaga, pelatihan petugas kesehatan, pelatihan kader dan tokoh masyarakat, serta pembangunan poskeskam bersifat *top-down* dengan pendekatan mobilisasi masyarakat.

Sebagai instansi teknis, dinas kesehatan kabupaten menetapkan desa-desa yang akan dikembangkan menjadi desa siaga secara *top-down*. Kepala puskesmas, camat dan kepala-kepala desa tidak diberitahu tentang penetapan desa siaga, bahkan tidak mengetahui apa kriteria desa siaga.

Pihak puskesmas tidak mempunyai otoritas dan kewenangan dalam menentukan calon desa siaga. Puskesmas hanya menerima apa yang sudah ditetapkan oleh dinas kesehatan. Sekretaris distrik yang diwawancarai mengatakan bahwa selama ini belum pernah duduk bersama untuk merencanakan program desa siaga. Tahap awal pengembangan desa siaga dapat memanfaatkan sarana yang sudah ada dan masih baik serta yang sudah mempunyai tenaga kesehatan seperti bidan atau perawat. Inilah yang menjadi pedoman bagi dinas kesehatan menetapkan desa-desa siaga.

Sosialisasi dan advokasi kepada pemerintah kabupaten, instansi terkait, dan masyarakat serta

Tabel 1. Jarak, Waktu Tempuh, Jenis Transportasi, dan Sarana Komunikasi di Kabupaten Kepulauan Yapen

Distrik/Puskesmas	Jarak	Waktu Tempuh	Jenis transportasi	Sarana Komunikasi
Yapen Selatan/Serui Kota Kosiwo	0 Km 20 Km	± 1,5 Jam	Mobil, Sepeda motor Mobil, Sepeda Motor, Perahu motor. Mobil, Sepeda Motor, Perahu motor.	Telefon SSB
Angkaisera/Menawi	13 Km	± 0,35 Jam	Perahu motor.	SSB
Yapen Utara / Tindaret	85 Mil Laut	± 9 Jam	Perahu motor	SSB
Yapen Timur / Dawai	35 Mil Laut	± 3,5 Jam	Perahu motor	SSB
Yapen Barat/Ansus	35 Mil Laut	± 3,5 Jam	Perahu motor	SSB
Poom/Poom	75 Mil Laut	± 8 Jam	Perahu motor	SSB
Windesi	-	± 10 Jam	Perahu motor	-
Kep. Ambai	-	± 1 Jam	Perahu motor	-
Raimbawi	-	± 7 Jam	Perahu motor	-
Teluk Ampimoi	-	± 2 Jam	Perahu motor	-
Wonawa	-	± 6 Jam	Perahu motor	-

Sumber data: Dinkes Kab. Kepulauan Yapen 2008

Tabel 2. Model Implementasi kebijakan desa siaga bersifat mobilisasi

Kegiatan	Instansi	Seharusnya
Penetapan calon desa siaga	Dinkes Kab.	Dinkes, Kepala Distrik, Kepala Puskesmas Kepala Desa.
Tim Koordinasi desa siaga	Dinkes (lintas program)	Lintas program dan Lintas sektor
Sosialisasi dan Advokasi desa siaga	Dinkes Kab	Lintas sektor, LSM, dan Swasta
Pelatihan petugas kesehatan, kader, dan Tokoh Masyarakat	Dinkes Kab. & Dinkes Provinsi	Dinkes Kab. Dan Provinsi dengan melibat instansi terkait di Kab. Seperti PMD, Bappeda, dll.
Pembangunan Poskeskam/Polinkam	Dinkes Kab.	Dinkes dengan melibatkan masyarakat desa.

tokoh masyarakat belum dilakukan dengan baik. Dinas kesehatan beranggapan bahwa yang seharusnya melakukan sosialisasi dan advokasi kebijakan desa siaga kepada pemerintah kabupaten adalah departemen kesehatan dan departemen dalam negeri.

World Health Organisation (WHO) merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan tiga strategi pokok, salah satunya adalah advokasi, sedangkan yang lainnya adalah dukungan sosial, dan pemberdayaan masyarakat. Strategi pokok yang dimaksudkan dalam pelaksanaan suatu program kesehatan di masyarakat adalah melakukan pendekatan dengan pembuat keputusan setempat. Pendekatan dimaksudkan agar pembuat keputusan menerima dan *committed* serta bersedia mengeluarkan kebijakan atau keputusan-keputusan untuk membantu dan mendukung program-program tersebut⁸.

Pelatihan yang dilakukan bagi petugas kesehatan yaitu terutama bidang yang bertugas di desa. Tujuan pelatihan adalah agar petugas kesehatan mempunyai kemampuan sehingga dapat bersama dengan tokoh masyarakat melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Pelatihan tenaga kesehatan merupakan penyempurnaan potensi tenaga kesehatan. Pelatihan sebenarnya merupakan suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku, yaitu pengetahuan, kecakapan, keterampilan dan nilai-nilai⁸.

Menurut pasal 9 Undang-Undang Ketenagakerjaan Tahun 2003, bahwa pelatihan kerja diselenggarakan dan diarahkan untuk membekali, meningkatkan dan mengembangkan kompetensi kerja guna meningkatkan kemampuan, produktivitas, dan kesejahteraan. Tujuan dari pelatihan ini adalah untuk memperbaiki kinerja, memutakhirkan keahlian peserta sejalan dengan kemajuan teknologi, mengurangi waktu pembelajaran bagi petugas baru, membantu memecahkan masalah di tempat kerja, mempersiapkan petugas untuk dipromosi⁹. Pelatihan kepada para tokoh masyarakat setempat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal perlu diadakan dengan tujuan agar tokoh masyarakat tersebut mempunyai kemampuan seperti yang diharapkan program, dan dapat membantu mensosialisasikan atau melakukan penyuluhan kepada seluruh masyarakat⁸.

Sebagai langkah awal persiapan pengembangan desa siaga, pada tahun 2008 telah dibangun Pos Kesehatan Kampung (Poskeskam) baru sebanyak enam belas buah dengan sumber dana dari paket Dana Alokasi Khusus (APBN). Bangunan Pos Kesehatan Kampung (Poskeskam) yang baru dibangun rata-rata belum dilengkapi dengan sarana air bersih dan penerangan listrik.

Keluhan dari masyarakat bahwa sangat pembanguan Pos Kesehatan Kampung (Poskeskam) tidak dipercayakan kepada masyarakat untuk diswakelola. Bangunan yang diswakelola masyarakat kualitasnya lebih baik dari pada dibangun kontraktor sebagaimana kutipan wawancara berikut.

"Ya.....itu yang kami sesali sekali... sebenarnya partisipasi masyarakat disini sudah cukup bagus.....cuma ya itu.....kontraktor dari luar yang kerja akhirnya kualitas mutunya rendah..... MCK apa septictank itu sama sekali tidak bisa digunakan" (R 04)

"....Satu hal yang harus diingat oleh pemerintah daerah bahwa proyek atau program yang dikerjakan langsung oleh masyarakat sendiri itu mutunya lebih bagus....kontraktor-kan ya dia pu tujuan kan cuma nguntung...."(R 12)

Program atau proyek yang dikerjakan oleh masyarakat mutunya lebih bagus, selain mutu masyarakat juga lebih merasa memiliki dan merasa mereka bisa membangun sesuatu, seperti dalam kutipan berikut:

"....swakelola dari segi mutu saya kira mereka betul-betul perhatikan dan hal memiliki pasti mereka merasa memiliki dan pasti mereka jaga dan mereka gunakan...." (R 23)

Pemberdayaan masyarakat memiliki makna bahwa penyelenggaraan program-program didesa diabdikan untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat melalui penetapan kebijakan dan program kegiatan yang sesuai dengan besarnya masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat. Pengalaman menunjukkan sarana-sarana yang dibangun oleh pemerintah mutunya jelek. Pemeliharaannya selalu menunggu dari pemerintah karena sejak awal dibangun oleh pemerintah bukan oleh masyarakat. Partisipasi masyarakat merupakan makna substansi program pembangunan di desa. Penyelenggaraan program pembangunan di desa harus mampu mewujudkan peranserta masyarakat dalam seluruh proses pembangunan agar masyarakat memiliki dan turut bertanggungjawab terhadap hasil-hasil pembangunan¹⁰.

Strategi pembangunan menuju Propinsi Papua baru dikatakan bahwa pembangunan harus dilaksanakan berdasarkan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, pembangunan harus dilakukan dengan memperhatikan pentahapan yang jelas serta sistematis sehingga dapat berkesinambungan¹¹.

Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan.

Rujukan pelayanan kesehatan yang terjadi di Kabupaten Kepulauan Yapen berjalan apa adanya.

Kendala bagi masyarakat desa adalah jika saat mencari petugas kesehatan dan petugas tidak berada ditempat. Kesulitan lain yang dihadapi masyarakat adalah ketika harus dirujuk ke rumah sakit, kesulitan pada transportasi dan biaya. Biaya transportasi, keluarga pasien harus berusaha mencari pinjaman pada keluarga yang lain, atau pada bidan. Bagi keluarga yang sama sekali tidak mampu hanya pasrah.

Hasil wawancara terhadap bidan maupun masyarakat di limadesa, kendala utama dalam merujuk pasien dari desa ke puskesmas atau ke rumah sakit adalah masalah transportasi dan biaya transport, disebabkan karena belum ada yang mengelola transport maupun biaya untuk merujuk pasien.

Jika ada pasien yang harus dirujuk maka keluarga sendiri yang mengurus mulai dari kendaraan sampai biaya transport, belum ada keterlibatan aparat desa dalam membantu masyarakat miskin atau ibu hamil dari desa ke puskesmas atau ke rumah sakit. Pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan di kabupaten Kepulauan Yapen mulai dari desa sampai di kabupaten: 1) belum dapat memecahkan masalah rujukan pelayanan kesehatan, 2) sulitnya transportasi menjadi kendala utama, 3) pengelolaan dana rujukan oleh masyarakat belum ada, dan 4) dana rujukan yang dikelola dinas kesehatan belum dimanfaatkan dengan baik oleh masyarakat karena ketidaktahuan masyarakat dan bidan desa akan adanya dana rujukan dikelola dinas kesehatan. Hambatan dalam rujukan pelayanan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Yapen seperti pada Tabel 4.

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen, khusus untuk desa-desa siaga, ada dana intervensi melalui dana DIPA SKPA kabupaten dan disampaikan langsung ke rekening bidan sebesar 10 juta rupiah pada tahun 2007. Dana tersebut untuk operasional Poskeskam termasuk un-

tuk rujukan pelayanan kesehatan. Dari empat bidan yang diwawancara, belum ada seorangpun yang menerima dana operasional tersebut. Dengan nada kesal mereka menanyakan kebenaran dan keberadaan dana operasional yang dimaksud.

Pengelolaan anggaran rujukan oleh dinas kesehatan tanpa mengikutsertakan puskesmas mengakibatkan tidak terpenuhinya sarana dan prasarana rujukan¹².

Respon Pemerintah Kabupaten, Petugas Kesehatan, Masyarakat dan Aparat Desa Terhadap Kebijakan Desa Siaga.

Beberapa pejabat pemerintah kabupaten, umumnya semua belum paham tentang kebijakan dan program desa siaga. Walau demikian setelah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan kebijakan desa siaga, semua pejabat yang diwawancarai memberi respon atau tanggapan baik yang bersifat positif maupun negatif, dan berniat untuk mendukung kebijakan desa siaga. sebagaimana hasil wawancara berikut:

"Kalau melihat dari maksud dan tujuan adanya desa siaga...kami sangat mendukung, itulah kami sangat berupaya untuk bisa dilaksanakan di Kepulauan Yapen...." (R 17)

Kondisi geografis yang sulit, terbatasnya petugas dan biaya akan mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan desa siaga.

"....mungkin tenggang waktu untuk menjadikan semua desa menjadi desa siaga...." (R 02)

Pejabat dari dinas kesehatan yang diwawancara sangat pesimis dengan target Depkes yaitu bahwa akhir tahun 2009 semua desa sudah menjadi desa siaga. Wilayah Propinsi Papua sangat sulit untuk mencapai harapan departemen kesehatan.

Tabel 4. Hambatan dalam rujukan pelayanan kesehatan

Komponen	Hambatan
ANC	Bidan atau perawat sering meninggalkan tempat Tugas Bidan atau perawat tidak tinggal di desa Masyarakat masih mencari dukun atau keluarga untuk menolong persalinan
Dana/Biaya	Tidak ada pengelolaan dana rujukan di desa Dana rujukan dari pemerintah dikelola oleh dinas kesehatan dan puskesmas (birokrasi yang panjang) Biaya operasional polinkam tahun 2007 sebesar 10 jut rupiah belum diterima bidan.
Transportasi	Belum ada pengelolaan transportasi untuk rujukan Hanya mengandalkan transportasi umum (ojek, angkutan darat maupun laut) Transportasi dari desa/distrik ke kabupaten umumnya menggunakan perahu sehingga membutuhkan waktu tempuh yang lama.

"...kita nggak bisa, enggak akan mungkin mencapai, jauh dari harapan untuk kita capai 100%" (R 17).

Respon petugas kesehatan terhadap kebijakan dan program desa siaga adalah pada umumnya memberikan respon yang positif, meskipun dalam melaksanakan tugas diakui banyak kendala yang dihadapi seperti sarana dan prasarana pendukung, serta dana operasional yang sangat minim dikelola oleh mereka. Aparat desa maupun tokoh masyarakat yang berhasil diwawancara oleh peneliti, umumnya juga mendukung program desa siaga.

"...Pada prinsipnya bapak selaku kepala desa menerima itu dengan baik, dan berharap ada petugas datang lebih lanjut untuk sosialisasi fungsi desa siaga itu dan bagaimana peran serta dari warga masyarakat untuk menunjang...." (R 10)

Kegiatan yang telah dilakukan pemerintah kabupaten dan komponen masyarakat lokal untuk menolong masyarakat miskin atau ibu melahirkan.

Kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah kabupaten dalam menolong masyarakat atau ibu melahirkan di Kabupaten Kepulauan Yapen yaitu: Menyediakan anggaran atau mengalokasikan anggaran melalui program-program pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama program kesehatan ibu dan anak, menempatkan petugas kesehatan terutama bidan di desa, pembangunan poskeskam dan polinkam sebanyak 16 buah di tahun 2008 melalui jasa kontraktor (CV), melaksanakan pelatihan kepada

petugas kesehatan yang bertugas di desa dan telah melatih fasilitator tingkat desa yang terdiri dari 20 orang kader, 10 orang ketua Bamuskan, dan 10 orang kepala desa dalam upaya pengembangan desa siaga.

Kegiatan petugas kesehatan sebagai upaya untuk menolong masyarakat atau ibu melahirkan selama ini merupakan tugas pokok dan fungsi bidan. Yang diharapkan adalah petugas kesehatan yang sudah mengikuti pelatihan dapat melakukan pertemuan tingkat desa untuk membentuk poskeskam serta kegiatan-kegiatan lainnya dalam rangka kesiap-siagaan mencegah dan mengatasi masalah kesehatan di tingkat desa. Namun sampai saat ini belum mereka lakukan karena keterbatasan sumber daya. Permasalahan yang menyangkut petugas kesehatan ialah banyak petugas yang tidak betah bahkan tidak mau bertugas di desa karena jauh dan terpencil, sulit transportasi dan komunikasi, sedangkan gaji tidak berbeda jauh dengan mereka yang bertugas di kota.

Bentuk Kesiapsiagaan Masyarakat dalam Menolong Ibu Hamil dan Melahirkan.

Kesiapsiagaan masyarakat masih tergolong sangat minim dimana belum ada yang mengelola pembiayaan, sarana transportasi, ketersediaan darah serta notifikasi dan pemetaan ibu hamil. Minimnya kesiapsiagaan masyarakat tersebut dapat dipahami karena komponen pembentuk desa siaga yang ada di desa siaga saat ini pun masih sangat sedikit, kegiatannyapun tidak berjalan dengan baik.

Tabel 6. Kegiatan yang Telah Dilakukan Pemerintah Kabupaten, Petugas Kesehatan dan Masyarakat Untuk Menolong Masyarakat Miskin Atau Ibu Melahirkan

Komponen	Kegiatan
Pemerintah Kabupaten	Menyediakan anggaran atau mengalokasikan anggaran dan menempatkan petugas kesehatan terutama bidan di desa Secara bertahap menyediakan sarana transportasi bagi petugas kesehatan di desa Pembangunan poskeskam dan polinkam dengan dana APBN Pelatihan petugas kesehatan yang bertugas di desa Melatih fasilitator tingkat desa
Petugas kesehatan	Memantau perkembangan ibu hamil, bayi, dan balita Menolong persalinan di rumah-rumah Bimbingan dan penyuluhan kepada masyarakat terutama ibu hamil.
Masyarakat & aparat desa	Aparat desa memberikan surat keterangan tidak mampu bagi masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu Jamkesmas Sumbangan sosial bagi masyarakat yang membutuhkan biaya besar untuk pengobatan (dana temporer)
Kel.keagamaan lokal	Dana sosial temporer dari kelompok keagamaan lokal protestan Dana sosial tetap (mingguan) dari kelompok keagamaan lokal katolik.
Kel. PKK	Mengelola dana dari pemberdayaan kampung (10%) dari total dana 100 juta rupiah setiap tahun
Kel. Paguyuban	Melaksanakan arisan bulanan Mengumpulkan dana sosial rutin bulanan Arisan barang/peralatan dapur oleh ibu-ibu.

Tabel 7. Kondisi Kesiap-Siagaan Komponen Masyarakat dalam Menolong Masyarakat Miskin Di Desa

Komponen Masyarakat	Bentuk kesiap-siagaan
Aparat desa dan masyarakat	Surat keterangan keluarga tidak mampu bagi masyarakat yang belum memiliki kartu Jamkesmas. Pengumpulan dana temporer untuk membantu masyarakat yang dirawat dan membutuhkan biaya besar untuk pengobatan.
PKK/Posyandu	Mengelola dana pemberdayaan desa 10% dari total dana 100 juta per tahun.
Kelompok keagamaan lokal Katolik	Pengumpulan dana sosial rutin mingguan melalui ibadah keluarga.
Kelompok keagamaan lokal Protestan	Pengumpulan dana temporer/sewaktu-waktu jika ada anggota yang sakit dan membutuhkan biaya yang besar untuk pengobatan.
Paguyuban	Arisan, pengumpulan dana rutin bulanan Arisan barang oleh ibu-ibu.

Minimnya kesiapsiagaan masyarakat dalam upaya mengatasi dan mencegah permasalahan yang dihadapi disebabkan karena masyarakat kurang termotivasi untuk melakukan kegiatan-kegiatan sosial secara swadaya yang sebenarnya sangat bermanfaat bagi masyarakat desa. Kegiatan sosial kemasyarakatan seperti kelompok keagamaan lokal dan paguyuban perlu difasilitasi untuk lebih meningkatkan kegiatannya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Implementasi kebijakan desa siaga di Kabupaten Kepulauan Yapen bersifat *top-down* dengan pendekatan mobilisasi sosial dan sulit untuk dilaksanakan karena permasalahan di Papua sangat kompleks. Depkes menetapkan kebijakan desa siaga tidak melihat secara spesifik lokal. Birokrasi yang kaku dari dinas kesehatan membuat masyarakat miskin kesulitan memperoleh rujukan pelayanan kesehatan. Transportasi dan biaya masih merupakan masalah utama atau kendala yang belum terpecahkan dalam mengatasi pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan.

Respon dari pemerintah kabupaten, petugas kesehatan, dan masyarakat bersifat positif. Namun untuk mencapai desa siaga membutuhkan sumber daya yang luar biasa dan waktu yang lama. Kegiatan yang dilakukan pemerintah Kabupaten, petugas kesehatan dan masyarakat untuk menolong masyarakat miskin atau ibu melahirkan masih sangat minim dan bersifat rutinitas.

Kesiap-siagaan masyarakat dalam menolong masyarakat miskin atau ibu melahirkan masih sangat minim. UKBM yang ada hanya posyandu dan polindes, kegiatannya pun belum optimal.

Saran

Pemerintah dalam menetapkan kebijakan hendaknya mempertimbangkan kondisi wilayah setempat. Ketentuan-ketentuan untuk implementasi kebijakan harus jelas, seperti juknis dan juklak, terutama sumber pendanaannya. Mekanisme pelaksanaannya seharusnya menerapkan pola-pola *bottom-up* dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat dan atau kemitraan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen sebaiknya menata kembali sistem pengelolaan dana rujukan. Dana rujukan bagi masyarakat miskin di tingkat desa, sebaiknya dikelola langsung oleh bidan atau petugas pustu. Kebijakan desa siaga dapat terlaksana di Kabupaten Kepulauan Yapen, pemerintah pusat mestinya menyediakan dana intervensi khusus untuk biaya operasional. Departemen kesehatan dapat mengangkat dan menempatkan tenaga kesehatan terutama bidan ke Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua.

Pemerintah Kabupaten, khususnya dinas kesehatan harus mempunyai inovasi-inovasi baru dalam merencanakan kegiatan khususnya untuk promosi kebijakan desa siaga.

REFERENSI

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 Tentang Pengembangan Desa Siaga dan Pos Kesehatan Desa. Jakarta, 2006.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen, Profil Kesehatan Kabupaten Yapen Waropen Tahun 2007, Serui, 2008.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen, Profil Kesehatan Kabupaten Yapen Waropen Tahun 2008, Serui, 2009.

4. Sugiyono, Memahami Penelitian Kualitatif. Bandung, CV. Alfabeta, 2007.
5. Trisnantor L & Suhato T, Koordinasi Lintas Sektor pada Tim Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi di Kabupaten Sleman. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta, 2006; 09 (04).
6. Azwar, Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.
7. Muninjaya AAG, Manajemen Kesehatan, Edisi 2, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta, 2004.
8. Notoatmojo S, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Edisi Pertama, PT Rineka Cipta, Jakarta, 2007.
9. Simamora H, Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi III, Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN, Yogyakarta, 2006.
10. Makmur S, Pemberdayaan Sumber Daya Manusia dan Efektifitas Organisasi. Kajian Penyelenggaraan Pemerintahan Desa, PT Raja Grafindo Persada, 2008.
11. Pemerintah Provinsi Papua, Rencana Strategi Pembangunan Kampung, Papua, 2007.
12. Bunda SM, Akses dalam Sistem Rujukan Puskesmas Daerah Terpencil di Kabupaten Majene Sulawesi Barat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.