

ANALISIS KEBIJAKAN DESA SIAGA DI KABUPATEN SLEMAN YOGYAKARTA

ANALYSIS OF ALERT VILLAGE POLICY IN DISTRICT SLEMAN, YOGYAKARTA

Reni Merta Kusuma

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Mortality rate is one of indicators and representations of welfare of an area. In order to solve high mortality rate problem, the government of Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), including District of Sleman, is carrying out the policy of alert village.

Method: The study used literature review based on references and field data which were issued by Health Office.

Result: The policy of alert village has less positive impact in decreasing maternal mortality rate and neonatal mortality rate, because health assurance scheme still does not meet the needs of the people, both physical and non-physical. The degree of health still has not improved significantly. The policy of alert village needs inter-sectoral financial support. Financial allocation is still mistargeting. People needs vary from one village to another, so it is necessary to have competent and smart health workers as the implementing agents of Health Department. The policy of alert village is still not able to satisfy all stakeholders (government, health workers, and people), because the concept of satisfaction is closely related to the principle of justice.

Conclusion: The policy of alert village is an effort to empower the people to be independent in overcoming their health problems. But, in District of Sleman the policy of alert village is classified into *unsuccessfull policy*. This failure is caused by insufficient support in implementating the policy.

Keyword: Policy of alert village, Health Office of District Sleman

ABSTRAK

Latar Belakang: Angka kematian merupakan salah satu indikator dan presentasi tingkat kesejahteraan suatu daerah. Dalam rangka mengatasi tinggi angka kematian, pemerintah DIY termasuk Kabupaten Sleman melaksanakan kebijakan Desa Siaga.

Metode: Analisis dilakukan dengan menggunakan studi literatur berdasarkan referensi dan data-data di lapangan yang dikeluarkan oleh dinas kesehatan.

Hasil: Kebijakan desa siaga kurang membawa dampak positif bagi penurunan AKI dan AKB karena jaminan kesehatan bagi masyarakat belum memenuhi semua kebutuhan baik secara fisik maupun non-fisik, sehingga derajat kesehatan belum meningkat secara signifikan. Kebijakan desa siaga membutuhkan dukungan dana terutama dari pemerintah daerah dan partisipasi dari lintas sektoral. Alokasi dana juga belum tepat sasaran. Kebutuhan masyarakat di setiap desa bervariasi, sehingga memerlukan tenaga kesehatan yang kompeten dan cerdas sebagai perpanjangan tangan dinas kesehatan dapat menjadi salah satu solusi. Kebijakan desa siaga belum dapat memuaskan semua pihak (pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat), karena konsep memuaskan terkait dengan asas keadilan.

Kesimpulan: Kebijakan desa siaga pada dasarnya merupakan upaya yang tepat dari pemerintah guna memberdayakan masyarakat agar lebih mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan. Namun, di Kabupaten Sleman kebijakan desa siaga tergolong *unsuccessfull policy*. Kegagalan ini dikarenakan oleh beberapa aspek yang kurang mendukung implementasi kebijakan tersebut.

Kata Kunci: Kebijakan desa siaga, Dinas Kesehatan Sleman

PENGANTAR

Pembangunan kesehatan merupakan agenda pemerintah mewujudkan Indonesia Sehat. Kementerian Kesehatan RI menetapkan Visi Pembangunan Kesehatan Tahun 2010-2014 yaitu Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan. Pembangunan kesehatan dilakukan dengan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat, sehingga peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud. Program tersebut sejalan dengan arah Rencana Pembangunan Kesehatan Jangka Panjang (2005-2024)¹. Pembangunan kesehatan juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Dinas Kesehatan dan segenap dukungan masyarakat DIY, akhirnya berhasil membawa DIY sebagai provinsi dengan derajat kesehatan terbaik di Indonesia pada tahun 2008. Indikator penilaiannya berupa ukuran derajat kesehatan suatu wilayah yang meliputi: 1) Umur Harapan Hidup, 2) Angka Kematian Ibu, 3) Angka Kematian Bayi, 4) Angka Kematian Balita, dan 5) Status Gizi Balita/Bayi².

Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta juga mencatat bahwa data kematian ibu dalam empat tahun terakhir menunjukkan penurunan yang cukup baik. Angka Kematian Ibu (AKI) DIY tahun 2008 berada pada angka 104/100.000 turun dari 114/100.000 pada tahun 2004. Jumlah kematian ibu maternal menurun dari tahun 2009 sebanyak 48 menjadi 43 pada tahun 2010. Angka Kematian Ibu (AKI) tampak ada kecenderungan menurun, namun jika diamati tingkat laju penurunan selama periode lima tahun terakhir terlihat melandai/kurang tajam². Penurunan tersebut dapat terus konsisten jika

kondisi semua aspek mulai kinerja sumber daya manusia yang semakin humanis³, ketersediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan tersedia⁴, prosedur pengurusan administrasi disederhanakan sampai kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan⁵.

Wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta tidak dapat dikatakan sempit karena terdiri dari beberapa lima kabupaten/kota dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 1.708.910 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 1.748.581 jiwa dengan seks rasio sebesar 97,73 berdasarkan Sensus Penduduk tahun 2010⁶. Salah satunya adalah Kabupaten Sleman dengan seks rasio penduduk sebesar 100,49. Upaya pembangunan kesehatan pun dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, namun AKI meningkat pada tahun 2011. Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2010 di Kabupaten Sleman sebanyak 13 dan pada tahun 2011 mengalami kenaikan menjadi 15. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman menilai bahwa salah satu kendala yang dihadapi masyarakat adalah keterbatasan dan ketersediaan biaya kesehatan⁷.

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Sleman mungkin disebabkan oleh penanganan kesehatan yang kurang memadai terutama kepada ibu hamil risiko tinggi. Dinas Kesehatan Provinsi DIY tahun 2010 mencatat bahwa Kabupaten Sleman memiliki cakupan penanganan ibu hamil risiko tinggi paling rendah dibandingkan kabupaten lainnya, yaitu sebesar 51,15%. Jumlah ibu hamil risiko tinggi 2.600 ibu dan yang ditangani hanya sejumlah 1.330 kasus². Hal ini mengundang pertanyaan siapa dan ke mana sebanyak 48,85% ibu hamil risiko tinggi yang tidak tertangani. Demikian juga dengan penanganan bayi risiko tinggi hanya sebesar 26,62%.

Kabupaten Sleman terdiri dari 85 desa dan memiliki Pos Persalinan Desa (Polindes) serta Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) terbanyak sejumlah 86 Polindes dan 1504 Posyandu dibandingkan dengan kabupaten lain di DIY, perhitungan di atas kertas seharusnya peningkatan AKI dan penanganan ibu hamil dan bayi risiko tinggi dapat diatasi dengan baik. Data penunjang lainnya, yaitu tercatat semua desa di Kabupaten Sleman dinyatakan sebagai desa siaga, namun sayang yang aktif hanya 19,77%. Data tersebut hendak menunjukkan bahwa masyarakat sebenarnya mudah mengakses pelayanan kesehatan. Lebih dari 80% masyarakat hanya berjarak 1-5 km dari puskesmas dan lebih dari 70% masyarakat hanya berjarak 1-5 km dari Rumah Sakit dan Dokter Praktik Swasta, hanya 10% masyarakat yang berjarak 6-10 km dari pelayanan kesehatan². Akses terhadap tempat pelayanan kebidanan di Kabupaten Sleman sebenarnya tidak sulit, tetapi cakupan dalam

memberikan penanganan kepada ibu hamil dan bayi risiko tinggi masih rendah.

Data di atas merupakan salah satu isu yang menarik untuk dibahas, yaitu upaya penurunan Angka Kematian Ibu yang tidak lepas dari penanganan berkualitas pada ibu hamil risiko tinggi melalui peran aktif desa siaga. Desa siaga seharusnya dapat menjawab kebutuhan ibu hamil, terutama yang berisiko tinggi. Ibu hamil harus mendapatkan perhatian khusus karena ibu-ibu hamil memiliki risiko 50% dapat melahirkan dengan selamat dan 50% dapat mengakibatkan kematian. Sebanyak 5-10% kehamilan merupakan kehamilan risiko tinggi⁸, namun dengan pelaksanaan *Antenatal Care* (ANC) yang baik 90-95% sehingga ibu hamil risiko tinggi tetap dapat melahirkan selamat dan bayi sehat⁹. Namun terjadi kejanggalan karena Dinas Kesehatan Propinsi DIY mencatat K1 di Kabupaten Sleman sebanyak 101,66% dan K4 sejumlah 95,22%. Cakupan tersebut seharusnya sudah memenuhi target, tetapi masih saja setengah dari ibu hamil risiko tinggi tidak mendapatkan pelayanan kesehatan^{2,7}.

Terpenuhinya target cakupan kunjungan ibu hamil juga didukung oleh kehadiran desa siaga. Bidan diwajibkan untuk dapat mencakup ibu hamil sesuai dengan target dari pemerintah pusat. Desa siaga merupakan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang seharusnya dapat melakukan cakupan K1 dan K4 dengan lebih optimal. 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, salah wujudnya tercipta Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)⁴.

Kegiatan pelayanan kesehatan dipelopori dan dikembangkan oleh bidan dengan cara memberdayakan masyarakat. Kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Poskesdes setidaknya: 1) Pengamatan epidemiologis sederhana terhadap penyakit, 2) Penanggulangan penyakit dan faktor-faktor risikonya, 3) Kesiapan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, 4) Pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensinya, dan 5) Promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, penyehatan lingkungan, dan pengembangan UKBM lainnya seperti Warung Obat Desa, Kelompok Pemakai Air, Arisan Jamban Keluarga, dan lain-lain.

Kebijakan desa siaga sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 564/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga perlu dianalisis

karena kebijakan tersebut sudah berjalan sejak 2006. Analisis kebijakan kesehatan diperlukan agar kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dan penghargaan kepada para pemberi layanan kesehatan dapat terus diperbaiki.

Permasalahan yang ditemukan di Kabupaten Sleman adalah peran desa siaga yang tidak dirasakan secara nyata oleh masyarakat. Kebijakan pemerintah berkenaan dengan desa siaga diharapkan dapat menjawab masalah kesehatan di masyarakat termasuk penanganan ibu hamil dan bayi risiko tinggi di Kabupaten Sleman dalam rangka menurunkan AKI dan AKB.

Tujuan desa siaga dibagi menjadi dua bagian¹⁰, yaitu tujuan umum dan khusus. Tujuan umum guna terwujudnya desa dengan masyarakat yang sehat, peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Tujuan khusus: 1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan, 2) Meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya), 3) Meningkatnya keluarga sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat, 4) Meningkatkan kesehatan lingkungan di desa, dan 5) Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

Sasaran dalam pengembangan desa siaga¹⁰, sebagai berikut: 1) Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya, 2) Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader desa, serta petugas kesehatan, dan 3) Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain, seperti kepala desa, camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

ANALYSIS OF POLICY

Kebijakan desa siaga yang telah disahkan dan diimplementasikan pada tahun 2006 merupakan salah satu kebijakan yang dapat dievaluasi. Pelaksanaan evaluasi ini dilakukan guna menekankan penciptaan premis-premis nilai yang diperlukan untuk menghasilkan informasi mengenai kinerja kebijakan desa siaga.

Informasi mengenai kinerja yang berhasil berasal dari analisis evaluasi kebijakan. Analisis evaluasi kebijakan menggunakan tipe kriteria yang berbeda dengan cara yang dipakai untuk mengevaluasi hasil kebijakan. Kriteria untuk evaluasi diterapkan secara retrospektif¹¹. Hal-hal yang perlu mendapat perhatian selama evaluasi kebijakan, adalah sebagai berikut:

Efektivitas: Kebijakan desa siaga dengan memandirikan masyarakat dalam upaya pemeliharaan kesehatan diharapkan dapat membantu menurunkan AKI dan AKB. Harapan dari hasil implementasi kebijakan tersebut tampaknya belum mampu diwujudkan karena beberapa fakta yang terjadi di lapangan berbeda dengan harapan, yaitu: 1) AKI Kabupaten Sleman tahun 2010 sebanyak 13 kasus, tetapi pada tahun 2011 justru meningkat menjadi 15 kasus, 2) Ibu hamil risiko tinggi yang mendapatkan penanganan hanya 51,15%, 3) Bayi risiko tinggi yang memperoleh penanganan hanya 26,62%, 4) Cakupan Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin) atau Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 100% dari 168.158 warga miskin semua mendapat jaminan kesehatan dari pemerintah kabupaten Sleman, tetapi kenyataannya masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di sarana kesehatan strata 1 hanya 0,5% dan yang mendapat pelayanan kesehatan dasar di sarana kesehatan strata 2 dan 3 hanya sejumlah 5,4%.

Simpulan sementara menunjukkan bahwa kebijakan desa siaga kurang membawa dampak positif bagi penurunan AKI dan AKB di Kabupaten Sleman. Masalah pembiayaan/jaminan kesehatan bagi masyarakat juga belum memenuhi semua kebutuhan terutama bagi masyarakat miskin, sehingga derajat kesehatan belum meningkat secara signifikan.

Efisiensi: Salah satu tujuan pengembangan desa siaga adalah mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan hadirnya polindes, namun faktanya keberadaan desa siaga dianggap sebagai proyek baru yang hanya berbentuk pencapaian target fisik. Target fisik terkait dengan alokasi anggaran sesuai dengan kebutuhan daerah, seperti diusulkannya anggaran untuk membangun poskesdes beserta pengadaan sarana dan prasarananya. Beberapa desa sudah berdiri polindes sehingga harus dirubah, baik pengubahan dan pembangunan poskesdes, semuanya membutuhkan anggaran daerah¹¹.

Desa siaga membutuhkan sumber daya minimal 1 bidan yang dibantu oleh 2 kader dalam 1 desa. Ketentuan tersebut terlalu efisien sehingga beban kerja bidan terlalu tinggi dengan ratio bidan 35,46 per 100.000 penduduk². Dampaknya masih banyak

ibu hamil dan bayi risiko tinggi yang belum tertangani secara optimal.

Inefisiensi kebijakan desa siaga terlihat dari jangka waktu yang dibutuhkan untuk menurunkan AKI dan AKB. Durasi waktu yang dibutuhkan cukup panjang sehingga untuk mempercepat perwujudan hasil kebijakan membutuhkan dukungan dari lintas sektor untuk penanganan yang lebih komprehensif⁵.

Beberapa data di atas memberikan simpulan bahwa kebijakan desa siaga membutuhkan dukungan dana terutama dari pemerintah daerah dan partisipasi dari lintas sektoral.

Kecukupan: Dinas Kesehatan Provinsi DIY mencatat cakupan K1 di Kabupaten Sleman mencapai 101,16% yang melebihi target daerah dan cakupan K4 mencapai 95,22%. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 93,01%. Data tersebut tidak seiring dengan penanganan ibu hamil dan bayi risiko tinggi².

Rendahnya penanganan ibu hamil dan bayi risiko tinggi yang berujung pada tingginya AKI dan AKB menimbulkan beberapa dugaan, yaitu: 1) Kompetensi bidan yang kurang memadai. Bidan yang memiliki pendidikan Diploma III Kebidanan sebanyak 102 orang, sedangkan bidan yang belum memiliki pendidikan Diploma III Kebidanan sebanyak 87 orang². Kompetensi dan internalisasi terkait wewenang bidan dapat diperoleh melalui pendidikan, mungkin bidan belum mampu mengatasi masalah kebidanan yang ada di dalam masyarakat¹², 2) Fasilitas poskesdes yang kurang memenuhi syarat. Kelengkapan sarana dan prasarana yang ada di poskesdes menjadi dugaan berikutnya penyebab tidak optimal tertanganinya ibu hamil dan bayi risiko tinggi. Pengadaan kelengkapan sarana dan prasarana poskesdes erat kaitannya dengan anggaran yang dialokasikan pemerintah daerah kepada desa siaga⁴, dan 3) Dukungan jaminan kesehatan yang tidak tepat sasaran. Jaminan kesehatan berupa Jamkesmas seharusnya diprioritaskan untuk warga yang kurang mampu, sedangkan warga yang relatif mampu dimotivasi untuk menciptakan atau mengikuti jaminan kesehatan secara mandiri. Pemerataan pelayanan kesehatan dengan manfaat jaminan kesehatan ini diharapkan dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan warga Kabupaten Sleman.

Simpulan yang diambil kebijakan desa siaga belum mampu mencukupi kebutuhan masyarakat, baik secara fisik maupun non-fisik. Kebutuhan masyarakat di setiap desa bervariasi, sehingga memerlukan bidan yang kompeten dan cerdas memberi solusi.

Perataan: Data yang mendukung untuk menyatakannya pemerataan dari kebijakan desa siaga tidak

diperoleh. Namun berdasarkan data distribusi Askeskin dan Jamkesmas memperlihatkan bahwa semua masyarakat miskin masuk dalam cakupan jaminan kesehatan, tetapi faktanya hanya 0,5% saja masyarakat miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan dasar di sarana kesehatan strata 1 dan 5,4% masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di sarana kesehatan strata 2 dan 3. Minimalnya akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin menimbulkan pertanyaan ke mana dana jaminan kesehatan yang dianggarkan pemerintah daerah kabupaten Sleman. Besar kemungkinan pembelanjaan jaminan kesehatan untuk masyarakat dan khususnya bagi masyarakat miskin belum diguna secara tepat guna².

Simpulan yang diambil adalah pemerataan alokasi dana guna mendapatkan pelayanan kesehatan masih belum tepat sasaran.

Responsivitas: Respon dari masyarakat Kabupaten Sleman belum diperoleh, namun secara garis besar dapat dianalogikan respon dari masyarakat yang mendapat pelayanan desa siaga di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Ibu hamil yang merasa senang karena bisa memperoleh Sistem Dukungan Finansial sejenis jaminan kesehatan sebagai skema tabungan mandiri untuk membantu mengurangi biaya persalinan atau kebutuhan bayi. Demikian juga dengan ibu bersalin yang memperoleh bantuan ambulan desa dan ibu nifas yang mendapat bantuan donor darah desa sehingga nyawanya dapat tertolong¹³. Respon masyarakat sangat positif terkait dengan adanya desa siaga, namun yang tidak boleh dilupakan adalah peran masyarakat sangat penting dalam mendukung suksesnya program desa siaga dalam rangka menurunkan AKI dan AKB^{14, 15}.

Namun, mungkin kenyataan berbeda dengan yang dirasakan oleh tenaga kesehatan/bidan. Ada bidan yang merasa senang karena dapat memberdayakan masyarakat, tetapi ada juga yang keberatan karena beban kerja yang menjadi tanggung jawabnya sangat besar. Kebijakan desa siaga tidak secara jelas menjelaskan hal-hal yang mendasari upaya revitalisasi yang seharusnya dilakukan dan dikaitkan dengan upaya-upaya yang ingin dicapai serta program-program prioritas yang harus dikerjakan. Bidan dituntut untuk bisa merancang program untuk menurunkan AKI dan AKB dengan kemampuan seadanya¹⁶. Bidan seperti *superwoman* yang harus mampu menangani masalah desa dan seakan-akan bidan diperdaya untuk memenuhi tuntutan dari pusat, tanpa dinilai dan dilengkapi kompetensi dan fasilitas yang memadai.

Simpulan hasil kebijakan desa siaga belum dapat memuaskan semua pihak, karena konsep me-

muaskan terkait dengan asas keadilan. Mungkin bisa memuaskan masyarakat yang telah terlayani dengan baik, namun belum tentu pada tenaga kesehatan yang bertugas di desa tersebut.

Ketepatan: Kebijakan desa siaga sebenarnya dapat bernilai guna tinggi dalam memberdayakan masyarakat sehingga dapat mandiri mengatasi masalah kesehatannya. Pemerintah daerah juga dapat terbantu dan berkurang bebannya dalam melakukan penjaminan kesehatan kepada masyarakat. Namun, ada hal yang harus diperhatikan di dalam kebijakan desa tersebut, yaitu kegiatan poskesdes yang diharapkan dapat melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa berupa pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensi yang dimiliki bidan. Hal ini tidak sesuai dengan kurikulum pendidikan bidan yang diarahkan kepada pemberian pelayanan kebidanan dasar dan asuhan kebidanan fisiologis. Kegiatan melakukan pelayanan medis dasar tidak sesuai dengan pendidikan yang diterima, tidak sesuai dengan wewenang bidan dalam PERMENKES 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan kecuali tidak ada dokter di desa tersebut, dan potensial melanggar Undang-Undang RI No. 29/2004 tentang Praktik Dokter⁶. Pelatihan yang diselenggarakan tidak cukup menginternalisasi aspek yang dibutuhkan seperti pemberdayaan masyarakat, pembimbingan pelayanan kegawatdaruratan dan bencana, *safe community*, dan pelayanan medis dasar.

Simpulan kebijakan desa siaga ini menjadi bernilai tepat guna jika sumber daya didukung dan dipersiapkan dengan baik serta dikerjakan secara komprehensif secara lintas sektoral, dalam hal ini tidak hanya bidan yang menjadi aktor utama, sehingga AKI dan AKB dapat diturunkan.

Simpulan yang dapat diambil dari semua simpulan kriteria di atas adalah *unsuccessful policy* karena pada dasarnya kebijakan desa siaga merupakan upaya memberdayakan masyarakat agar lebih mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya. Namun sayangnya, kebijakan ini tidak didukung sepenuhnya oleh pemerintah pusat, seperti dukungan dana yang diserahkan kepada pemerintah daerah dengan alasan bentuk pemerintahan desentralisasi. Pemerintah pusat seakan-akan hanya memberikan perintah tanpa membekali kebutuhan yang diperlukan untuk melaksanakan program desa siaga, sehingga asas keadilan tidak dapat dirasakan oleh semua pihak termasuk kepada bidan yang bertugas di suatu desa.

ANALYSIS FOR POLICY

Kebijakan desa siaga merupakan salah satu kebijakan kesehatan yang perlu mendapatkan analisis

karena banyak kelemahan dalam pengimplementasiannya di lapangan. Proses analisis kebijakan desa siaga ini merupakan serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan di dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis sebagai proses pembuatan kebijakan dan divisualisasikan sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung yang diatur menurut urutan waktunya¹¹.

Analisis kebijakan desa siaga dilakukan untuk menciptakan, menilai secara kritis, dan mengkomunikasikan pengetahuan yang terkait desa siaga (pendanaan, sumber daya, kompetensi, implementasi kegiatan, dan lain-lain) dengan kebijakan desa siaga itu sendiri dalam satu atau lebih tahap proses pembuatan kebijakan. Tahap pertama dengan menyusun agenda berdasarkan perumusan masalah karena perumusan masalah dapat membantu menemukan asumsi-asumsi yang tersembunyi, mendiagnosis penyebab-penyebabnya, memetakan tujuan-tujuan yang memungkinkan, memadukan pandangan-pandangan yang bertentangan dan merancang peluang-peluang kebijakan baru¹¹.

Beberapa langkah untuk melakukan *analysis for policy*, yaitu:

Perumusan masalah guna menyusun agenda

Masalah-masalah yang terjadi selama implementasi kebijakan desa siaga perlu dikaji dan hasil pengkajian digunakan untuk penyusunan agenda. Penyusunan agenda diuraikan sebagai berikut: masalah privat adalah masalah-masalah yang ditemukan selama pelaksanaan kebijakan desa siaga, yaitu: 1) Keberadaan desa siaga dianggap sebagai proyek baru yang lebih banyak mengupayakan pencapaian fisik, sehingga esensi untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sedikit tergeser. Hal itu dapat diduga dari 86 poskesdes mungkin hanya sebagian kecil poskesdes yang tetap aktif dan mengembangkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, 2) Target fisik seperti pembangunan poskesdes atau perubahan polindes menjadi poskesdes dan pengadaan fasilitas poskesdes membutuhkan biaya yang harus didukung pemerintah daerah Kabupaten Sleman, 3) Poskesdes sebagai wujud pengembangan desa siaga tidak mempertimbangkan pemenuhan sumber daya yang diperlukan, seperti bidan dan tenaga kesehatan lainnya, pembiayaan, dan lain-lain, sehingga tidak setiap desa/kelurahan di Kabupaten Sleman menjadi desa siaga aktif, yaitu hanya terdapat 17 desa siaga aktif dari 86 desa siaga, 4) Variasi sarana kesehatan yang ada di masyarakat tidak didukung dengan tersedianya tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam mewujudkan masyarakat desa yang mampu dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan setem-

pat. Hal itu dapat dilihat dari eksistensi desa siaga yang tetap aktif di kabupaten Sleman, 5) Keterbatasan tenaga kesehatan menjadi dugaan kuat munculnya aturan minimal 1 bidan dan 2 kader dalam pelaksanaan desa siaga, padahal beragam jenis kegiatan yang harus dilakukan, seperti menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang seharusnya dikerjakan oleh petugas kesehatan lingkungan sesuai dengan kompetensinya, 6) Ketidakmampuan kader dan masyarakat menjadi agen perubahan dalam menggerakkan fungsi desa siaga karena selama proses yang telah berjalan, kader dan masyarakat hanya sebatas mendukung pelaksanaan fungsi pelayanan kesehatan dasar. Ketidakmampuan kader dan masyarakat sangat erat kaitannya dengan kompetensi bidan yang berperan di dalam desa siaga tersebut, 7) Bidan juga diminta untuk memberikan pelayanan medis dasar, padahal di dalam kurikulum pendidikan bidan lebih diarahkan pada pemberian pelayanan kebidanan dasar dan asuhan kebidanan fisiologis, 8) Variasi potensi dan kemampuan daerah kurang dipertimbangkan dalam penyusunan kebijakan desa siaga, sehingga potensial terjadi hasil yang tidak kurang efektif dan kurang efisien dalam pengimplementasian kebijakan serta tidak mampu menyelesaikan permasalahan spesifik yang terjadi di suatu daerah tertentu, 9) Kurangnya kerjasama lintas sektor karena di dalam desa permasalahannya tidak hanya masalah kebidanan, dan 10) Kurangnya sosialisasi dan advokasi terstruktur dalam implementasi kebijakan desa siaga.

Masalah publik terjadi dalam pelaksanaan kebijakan. Pelaksanaan kebijakan desa siaga tidak diikuti dengan dukungan penuh dari pemerintah daerah dan persiapan sumber daya, seperti tenaga kesehatan yang kompeten, sarana dan prasana, pembiayaan, dan lain-lain dalam upaya pelaksanaan desa siaga aktif dengan memberdayakan kemampuan masyarakat. Isu Kebijakan terlihat dalam rincian masalah yang dihadapi. Rincian masalah di atas menyimpulkan bahwa isu pokok dalam kebijakan desa siaga ini adalah mendekatkan pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat menuju kemandirian dalam penyelenggaraan desa siaga.

Agenda sistemik yang dapat dilakukan oleh pemerintah daerah adalah: 1) Melakukan sosialisasi dan advokasi kepada pemerintah daerah agar memberikan dukungan dalam implementasi kebijakan desa siaga yang telah diprogramkan pemerintah pusat dalam era desentralisasi seperti saat ini, 2) Melakukan persiapan terhadap bidan dan tenaga kesehatannya lainnya agar setiap permasalahan desa dapat difasilitasi oleh petugas yang kompeten, 3) Mempersiapkan dan mengalokasikan anggaran

pemerintah daerah untuk mendukung operasional kebijakan desa siaga, 4) Membangun kerjasama lintas sektor agar permasalahan desa dapat terselesaikan secara komprehensif, dan 5) Menumbuhkan internalisasi pemberdayaan masyarakat kepada kader dan warga, sehingga masyarakat tidak hanya sebagai pendukung pelaksanaan program, tetapi mampu mengidentifikasi kebutuhan masyarakat sendiri.

Agenda institusional yang dapat dimunculkan adalah pelaksanaan desa siaga dikerjakan lebih komprehensif dengan didukung oleh semua pihak, baik dari pemerintah maupun masyarakat

Membuat peramalan dalam formulasi kebijakan

Pokok permasalahan dalam kebijakan desa siaga adalah kurang optimalnya peran desa siaga dalam memandirikan dan memberdayakan masyarakat terkait dengan kebutuhan kesehatannya¹¹. Berikut akar masalah ditemukan terkait implementasi kebijakan desa siaga.

Keterbatasan tenaga kesehatan: Kondisi geografis Indonesia termasuk Provinsi DIY sangat beragam, sehingga menyebabkan tenaga kesehatan lebih tersentral di daerah yang lebih nyaman sebagai tempat tinggal. Akar masalah dari keterbatasan tenaga kesehatan adalah kurangnya pemerataan tenaga kesehatan. Hal itu terkait dengan kenyamanan dan keamanan yang diberikan kepada tenaga kesehatan di daerah terpencil¹².

Kurangnya kompetensi tenaga kesehatan: Luasan tenaga kesehatan dapat dikatakan lebih dari cukup, terutama di daerah Pulau Jawa. Namun kualitas yang diharapkan tidak berbanding lurus dengan kuantitas tenaga kesehatan. Akar masalah dari kurangnya kompetensi tenaga kesehatan adalah pendidikan tenaga kesehatan yang kurang berkualitas dan kurangnya pelatihan yang diikuti.

Kurang lengkapnya sarana dan prasana poskesdes. Salah satu indikator keberhasilan dari kebijakan desa siaga adalah berdirinya poskesdes di setiap desa, padahal belum lama ini ada kebijakan bahwa setiap desa harus memiliki polindes. Jadi, perubahan polindes ke dalam bentuk poskesdes atau pendirian poskesdes baru lengkap dengan poskesdes kit membutuhkan biaya. Biaya yang digunakan untuk pengadaan tersebut berasal dari anggaran belanja pemerintah daerah di era desentralisasi seperti sekarang ini. Pemerintah daerah mungkin memiliki fokus pengalokasian berbeda dalam anggaran belanja tersebut. Ada daerah yang lebih memprioritaskan pendidikan atau perekonomian dan lain sebagainya. Akar masalah masalah kurang lengkapnya sarana dan prasana poskesdes adalah prioritas fokus anggaran belanja daerah tidak selalu pada bidang kesehatan.

Kurangnya dukungan pemerintah daerah: Dalam era desentralisasi, dukungan dari pemerintah daerah sangat diperlukan. Kebijakan desa siaga harus disosialisasikan dan diadvokasikan secara terstruktur dan sistematis agar dukungan penuh dari pemerintah daerah dapat diperoleh. Akar masalah kurangnya dukungan pemerintah daerah adalah kurangnya sosialisasi dan advokasi yang dilakukan pemerintah pusat ke pemerintah daerah.

Akar masalah yang dapat dideteksi terlebih dapat digunakan sebagai ramalan hasil kebijakan di masa mendatang, sehingga sejak awal dapat menentukan langkah antisipasi. Peramalan menyediakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan desa siaga tentang masalah yang akan terjadi di masa mendatang akibat sikap yang diambil termasuk sikap tidak melakukan apapun. Pelaksanaan desa siaga dapat lebih berhasil jika akar masalah dapat ditangani dan harapan terjadi penurunan AKI dan AKB serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud dengan optimal didukung oleh pemerintah daerah dan masyarakat.

Merancang rekomendasi sebagai adopsi kebijakan

Rekomendasi berasal dari pengetahuan yang terkait dengan kebijakan desa siaga tentang manfaat atau biaya dari berbagai alternatif kebijakan yang akibatnya di masa mendatang telah diestimasi melalui peramalan. Rekomendasi dari kebijakan desa siaga diharapkan dapat membantu mengestimasi tingkat risiko dan ketidakpastian mengenali eksternalitas dan akibat ganda, menentukan kriteria dalam pembuatan pilihan, dan menentukan pertanggungjawaban administratif bagi implementasi kebijakan desa siaga¹¹.

Berdasarkan hasil identifikasi masalah kebijakan desa siaga, maka rekomendasi penerapannya, yaitu: 1) Kebijakan yang menjamin penyiapan infrastruktur desa siaga agar pemerataan dan pendekatan pelayanan kesehatan dapat lebih dirasakan manfaatnya oleh masyarakat, 2) Pemenuhan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi minimal dalam satu bidang kesehatan, seperti bidan yang kompeten dalam memberikan asuhan kebidanan, petugas kesehatan yang kompeten dalam menangani masalah PHBS, dokter umum yang kompeten dalam memberikan pelayanan medis dasar, dan lain-lain. Tenaga kesehatan yang setidaknya memiliki kompetensi teknis kesehatan dan kompetensi fasilitas pemberdayaan masyarakat, sehingga diperlukan pelatihan dan modul berkualitas agar tetap terjaga kompetensi-kompetensinya. Berbagai latar belakang kesehatan

disatukan dalam sebuah tim untuk mendirikan desa siaga aktif, 3) Isi kebijakan yang seharusnya mencantumkan mekanisme koordinasi lintas sektor serta peran dan tanggung jawab institusi, sehingga penanganan masalah di dalam desa siaga dapat lebih komprehensif dan paripurna. Penanganan komprehensif dapat lebih dirasakan manfaatnya oleh masyarakat dan bukan hanya secara parsial, 4) Dibutuhkan kebijakan yang mengatur sinkronisasi seluruh aspek legal sebagai sektor, kebijakan yang memberikan kejelasan peran dan tanggung jawab lintas program dan sektor untuk penyelenggaraannya, serta kebijakan yang mendorong fungsi-fungsi penggerak masyarakat. Usulan kebijakan-kebijakan tersebut dipakai sebagai terobosan yang strategis pengembangan desa siaga dan harus ditaati oleh semua pihak terkait dalam mewujudkan pelayanan kesehatan bermutu pada tingkat desa, 5) Kebijakan yang mengatur langkah-langkah pengembangan desa siaga termasuk rencana anggaran yang dibutuhkan sebagai patokan yang dapat digunakan pemerintah daerah dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan desa siaga, dan 6) Perlu adanya sosialisasi dan advokasi terstruktur serta sistematis yang dilengkapi dengan instrumen teknis pelaksanaannya, sehingga pemahaman konsep desa siaga diterima oleh seluruh pelaku dan penyelenggara kebijakan desa siaga

KESIMPULAN DAN SARAN

Adanya kebijakan pendukung yang menjamin penyiapan infrastruktur desa siaga. Pemenuhan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan bidangnya. Dibutuhkan kebijakan lain sebagai pendukung kebijakan desa siaga, seperti kebijakan yang mengatur kerjasama lintas sektoral dan pemberdayaan fungsi penggerak masyarakat. Kebijakan yang mengatur langkah-langkah pengembangan desa siaga. Perlu dilakukan sosialisasi dan advokasi terstruktur serta sistematis yang dilengkapi dengan instrumen teknis pelaksanaannya. Kebijakan desa siaga ini menjadi bernilai tepat guna jika sumber daya didukung dan dipersiapkan dengan baik serta dikerjakan secara komprehensif secara lintas sektoral.

DAFTAR PUSTAKA

1. Setiaji B. Upaya Promosi Kesehatan yang Terintegrasi, dalam Upaya Menurunkan Kesenjangan Determinan Sosial Kesehatan. Diunduh 26 Maret 2012; Tersedia dari <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=770&pg=2>.

2. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta; 2011.
3. Nurrohm H, Anatan L. Efektivitas komunikasi dalam organisasi. *Jurnal Manajemen*. 2009;7(4): 1-9.
4. Ayuningtyas D, Asri J. Analisis kesiapan pos kesehatan desa dalam pengembangan desa siaga di Kabupaten Kepulauan Mentawai, Provinsi Sumatra Barat Tahun 2008. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2008;11(3):130-6.
5. Machmud R. Manajemen mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2008;2(2): 186-90.
6. Badan Pusat Statistik Yogyakarta. Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta 2012. Yogyakarta: Badan Pusat Statistik Yogyakarta.
7. Dinas Kesehatan Sleman. Implementasi Jampersal Wujud Percepatan Penurunan AKI dan AKB. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Sleman; Diunduh pada 25 Maret 2012; Tersedia dari: <http://dinkes.slemankab.go.id/implementasi-jampersal-di.slm>.
8. Resty. Fungsi Ibu Sulit Diganti! Fungsi Isteri dapat Digantikan. Diunduh pada 26 Maret 2012; Tersedia dari: <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=125>.
9. Suririnah. Anda Termasuk Ibu Hamil Dengan Kehamilan Resiko Tinggi? Diunduh pada 26 Maret 2012; Tersedia dari: <http://www.infoibu.com/mod.php?mod=publisher&op=viewarticle&artid=91>.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Dalam: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, editor. Jakarta. 2006.
11. Dunn WN. Pengantar Analisis Kebijakan Publik. Darwin M, editor. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2003.
12. Budijanto D, Laksmiarti T. Evaluasi pascapelatihan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terhadap petugas kesehatan pos kesehatan desa untuk mewujudkan desa siaga di Provinsi Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2010;13(1):1-13.
13. Departemen Kesehatan. Persalinan Sebagai Urusan Desa Sebuah Publikasi dalam German Health Practice Collectio. Dalam: Departemen Kesehatan, editor. Jakarta: Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit; 2010.
14. Misnaniarti, Ainy A, Fajar NA. Kajian pengembangan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2011;14(2): 78-83.
15. Kurniawan A, Widodo HB, Nurhayati S. Analisis keberhasilan proses program desa siaga di Desa Penolih Kecamatan Kaligondang, Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Pembinaan Pedesaan*. 2008;7(3):183-92.
16. Dwijayanti P. Analisis implementasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) oleh bidan desa di Kabupaten Demak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2013;2(1): 1-11.