

PEMETAAN KESIAPAN DESA MENUJU DESA SIAGA DI LIMA PROPINSI

Mapping Of Village Readiness Toward Desa Siaga In Five Provinces

Rachmalina, SP *, Kenti Friskarini *, Helper Sahat Manalu *

Abstract. Mapping of village readiness toward “desa siaga” (village preparedness) is the first step in the development of the desa siaga model. Ministry of Health plans to facilitate acceleration to achieve higher the health level of people by developing village preparedness. Various health facilities community based such Poskesdes, Polindes, Pos Obat Desa, Dana Sehat, etc need to be studied as embryo as entry point to achieve desa siaga model. The research has been conducted in five provinces (West Sumatera, Bali, West Java, Banten, DI Yogyakarta). This research used the secondary data that was collected with the village potential form. The research population were the selected regencies. As the sample in this research is choose the whole villages that are in one city and two regencies in selected provinces purposively. This research result's that community health centres were not developed yet in five research locations, however the embryo such polindes have already exist especially in rural areas, plus the existence of posyandu with their well cadre either in rural or urban areas. Most UKBM found is posyandu for children and Polindes for mother's maternal health.

Keywords: *Village, preparedness, health*

PENDAHULUAN

Masih banyaknya masalah kesehatan seperti disparitas kesehatan yang masih tinggi antar daerah, rendahnya kualitas kesehatan penduduk miskin, rendahnya kondisi kesehatan lingkungan, dan desentralisasi yang mengakibatkan tidak sinkronnya kebijakan antara pusat dan daerah, menyebabkan dikeluarkannya usulan untuk pembentukan mobilisasi sosial. Departemen Kesehatan sendiri dalam mobilisasi massa dan pemberdayaan masyarakat berusaha mewujudkannya dengan mendorong setiap desa mengembangkan desa siaga dengan melibatkan LSM, organisasi keagamaan dan sektor swasta melalui program promosi, pencegahan, KB, perawatan kehamilan, gizi dan kedaruratan.

Upaya yang dilakukan tersebut diharapkan akan mendorong terciptanya desa sehat yang merupakan basis terwujudnya Indonesia Sehat sesuai Visi Pembangunan Kesehatan pada tahun 2010. Visi tersebut adalah 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. (Depkes RI, 2006a)

Desa Sehat yang merupakan basis Indonesia Sehat akan dapat diwujudkan apabila desa-desa yang ada saat ini dikembangkan menjadi desa siaga. Desa Siaga mencakup konsep mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, menyiap siagakan masyarakat menghadapi ancaman dan masalah kesehatan, serta menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat. (Depkes RI, 2006a). Desa Siaga didefinisikan sebagai desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dapat dikatakan sebagai Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki setidaknya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Inti kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan hidup sehat sehingga upaya kesehatan yang dilakukan lebih tercapai (*accessible*), lebih terjangkau (*affordable*), dan lebih berkualitas (*quality*). (Depkes, 2006b). Walaupun peran masyarakat paling berperan dalam suksesnya program ini, namun perlu untuk difasilitasi oleh unsur-unsur terkait, seperti tokoh masyarakat, kepala desa, camat, pejabat terkait, swasta, donatur dan pemangku kepentingan lainnya.

* Peneliti pada Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan

Untuk mempercepat terwujudnya Desa Siaga, maka perlu dilakukan kajian mengenai ketersediaan berbagai bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), seperti Poskesdes, Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Dana Sehat, Siap-Antar-Jaga, dan lain-lain sebagai embrio atau cikal bakal menuju Desa Siaga. Hal ini penting karena pengembangan Desa Siaga adalah dalam rangka mempercepat pencapaian Desa Sehat menuju Indonesia Sehat 2010.

Tulisan ini merupakan hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 2006 yang dilakukan untuk mengidentifikasi potensi kesehatan masyarakat di daerah perdesaan dan perkotaan di lima propinsi Indonesia untuk menuju Desa Siaga.

BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan di lima propinsi, yaitu Bali, DI Yogyakarta, Sumatera Barat, Jawa Barat dan Banten pada bulan September hingga Desember 2006. Pada masing-masing propinsi dipilih satu kota dan dua kabupaten secara purposif, yaitu kabupaten atau kota yang mempunyai variasi UKBM yang cukup besar. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh desa atau kelurahan yang terdapat pada tiga kabupaten atau kota di lima propinsi terpilih. Sebagai sampel untuk propinsi Bali, kabupaten yang terpilih adalah Denpasar, Badung, dan Karang Asem, propinsi DIY diwakili oleh Kabupaten Yogyakarta, Kulonprogo dan Gunung Kidul, propinsi Jawa Barat diwakili oleh Kabupaten Cirebon, Tasikmalaya, dan Cianjur, Propinsi Sumatera Barat diwakili oleh Kota Padang, Kabupaten Padang pariaman, dan Tanah Datar sedangkan Propinsi Banten diwakili Tangerang, Pandeglang dan Serang.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data tersebut adalah data tentang upaya kesehatan masyarakat yang komponennya meliputi adanya Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya yang akan mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) oleh masyarakat,

kesiapsiagaan masyarakat dalam *Safe Community*, survailans kesehatan berbasis masyarakat, serta pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat. Data ini dikumpulkan melalui formulir isian tentang potensi desa.

Analisa komparatif antar kabupaten dengan komputer dilakukan untuk melihat daerah mana yang sebagian besar desa atau kelurahannya sudah mengarah ke desa siaga, juga daerah mana yang relatif tertinggal sehingga dapat diketahui tingkat persiapan untuk mencapai desa siaga. Hasil dari analisa kemudian disajikan secara deskriptif.

Untuk memudahkan analisa, dilakukan pengelompokan berdasarkan kesiapan desa menuju Desa Siaga. Desa Siaga **A** adalah desa-desa yang paling mendekati Desa Siaga berdasarkan SK Menkes 564 (Depkes RI, 2006b) dan memiliki empat komponen yaitu Poskesdes, Bidan Poskesdes, Kader Poskesdes dan Kegiatan Siaga Bencana. Desa Siaga **B** adalah desa-desa yang memiliki tiga komponen, yaitu Poskesdes, Bidan Poskesdes dan Kader Poskesdes. Desa Siaga **C** adalah yang memiliki dua komponen, yaitu Poskesdes dan Bidan Poskesdes. Sedangkan Desa Siaga **D** adalah desa-desa yang tidak memiliki Poskesdes namun mempunyai Polindes dan empat komponen lain untuk menuju Desa Siaga, yaitu Bidan Polindes, Kegiatan PSN, Kegiatan Posyandu dan Kegiatan Siaga Bencana. Desa Siaga **E** adalah desa yang memiliki Polindes, Bidan Polindes, dan Kegiatan Posyandu. Desa Siaga **F** adalah desa yang hanya memiliki dua komponen, yaitu Polindes dan Bidan Polindes.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebelum diuraikan lebih lanjut, perlu diketahui lebih dahulu data jumlah desa dalam penelitian ini. Jumlah desa atau kelurahan pada kabupaten atau kota di masing-masing propinsi bervariasi. Jumlah terbanyak adalah di Propinsi Banten, yaitu sebanyak 692 desa, sedangkan yang paling sedikit di propinsi Bali, yaitu sebanyak 174 desa. Hasil ini dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Jumlah Desa/ Kelurahan di Masing-masing Kota/Kabupaten tahun 2006

Propinsi	Kota	Kabupaten	Kabupaten	Jumlah Desa/ Kelurahan
Bali	Denpasar 41	Badung 62	Karang Asem 71	174
DIY	Yogyakarta 43	Kulonprogo 81	Gunung Kidul 143	267
Jawa Barat	Cirebon 21	Tasikmalaya 352	Cianjur 311	684
Sumatera Barat	Padang 111	P. Pariaman 54	Tanah Datar 73	238
Banten	Tangerang 100	Pandeglang 287	Serang 305	692

Dari kajian lapangan menunjukkan bahwa potensi masyarakat di tingkat desa yang paling penting adalah adanya tenaga kesehatan (dalam hal ini adalah bidan) yang bersama kader (sebagian besar adalah kader posyandu) bekerjasama menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat. Oleh karena itu sebenarnya sebutan Desa Siaga sudah layak diberikan kepada desa yang mempunyai potensi seperti

polindes, bidan dan mempunyai kader posyandu. Selanjutnya secara bertahap dikembangkan jumlah dan kemampuan kader sehingga kegiatan kesehatan menjadi bertambah lengkap. Untuk memudahkan dalam pembahasan, maka Desa Siaga tersebut dikategorikan. Pengkategorian Desa Siaga di lima propinsi dapat dilihat pada tabel 2 berikut.

Tabel 2. Distribusi Kategori Desa Siaga di Lima Propinsi

Kategori Desa	Bali		DIY		Sumbar		Jabar		Banten	
	%	n'	%	n'	%	n'	%	n'	%	n'
Desa Siaga A										
Tidak ada	133	100	224	100	127	100	653	100	6920	100
Ada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desa Siaga B										
Tidak ada	133	100	222	99,1	127	100	658	99,2	684	97,3
Ada	0	0	2	0,9	0	0	5	0,8	8	2,6
Desa Siaga C										
Tidak ada	133	100	221	98,7	122	96,1	614	92,6	675	93,6
Ada	0	0	3	1,3	5	3,9	49	7,4	17	6,3
Desa Siaga D										
Tidak ada	133	100	223	99,6	127	100	653	100	692	100
Ada	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Desa Siaga E										
Tidak ada	114	85,7	200	89,3	62	48,8	439	66,2	651	86,3
Ada	19	14,3	24	10,7	65	51,2	224	33,8	41	13,7
Desa Siaga F										
Tidak ada	107	80,5	199	88,8	62	48,8	431	65	645	84,5
Ada	26	19,5	25	11,2	65	51,2	222	35	47	15,4

Dari tabel 2 tersebut, dapat ditemukan bahwa bila digunakan batasan Desa Siaga yang ideal (DS A) mencakup seluruh komponen, maka belum satupun yang dapat disebut sebagai Desa Siaga. Bila digunakan DS B (ada poskesdes, bidan dan

kader) juga belum ada satupun yang dapat disebut Desa Siaga. Ini disebabkan karena selama ini kader tidak melekat pada poskesdes, tetapi lebih banyak sebagai kader posyandu. Bila digunakan DS C (poskesdes dan bidan), sudah ada yang dapat disebut

Desa Siaga, terbanyak di Jawa Barat sebesar 7,4 %.

Selain itu, dari tabel 2 tersebut juga dapat diketahui bahwa bila digunakan polindes sebagai basis Desa Siaga yaitu asal ada polindes beserta bidannya (DS F) maka sudah cukup banyak desa yang layak disebut Desa Siaga. Terbanyak berada di propinsi Sumatera Barat (51,2%) kemudian Jawa Barat (35,0%), Bali (19,5%) dan DI Yogyakarta (11,2%).

Wujud peran serta masyarakat biasanya berupa upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang bentuknya bermacam-macam, seperti posyandu, polindes dan lain-lain (Depkes RI, 1997). Pada lima propinsi yang diteliti, UKBM yang tersedia sangat beragam. UKBM yang dimiliki di hampir semua propinsi adalah posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) yang sebagian besar dalam tingkat Posyandu Madya, serta Polindes (Pondok Bersalin Desa).

Posyandu yang merupakan jenis UKBM yang paling memasyarakat, meliputi lima program prioritas (KB, KIA, Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan Diare), pada penelitian ini ada di hampir seluruh kelurahan. Dengan kenyataan ini, posyandu dapat digunakan sebagai *entry point* pengembangan kelurahan siaga, terutama di daerah perkotaan.

Di perkotaan, polindes maupun poskesdes tidak dikembangkan. Hal ini didorong dengan kenyataan bahwa kebutuhan kesehatan masyarakat kota tampaknya berbeda. Mereka lebih membutuhkan pemantauan perkembangan anak, terbukti dengan cukup banyaknya kegiatan BKB dan PAUD di perkotaan. Oleh karena itu jika ciri Kelurahan Siaga persyaratannya harus mempunyai bangunan fisik, maka semua kota akan sulit mencapainya. Untuk perkotaan sebaiknya digunakan keberadaan UKBM dan GRK (Gotong Royong Kesehatan) sebagai

ciri kesiagaan suatu kelurahan. Meskipun secara fisik polindes atau poskesdes tidak ada, namun kegiatan masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan ibu tetap berjalan, termasuk merujuk pasien dan kegiatan donor darah.

Terkait dengan kegiatan Gotong Royong Kesehatan, di beberapa daerah kegiatan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dilakukan sekali dalam seminggu. PSN yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit demam berdarah (DBD) tampaknya banyak dilakukan oleh masyarakat perkotaan. Namun penelitian ini tidak memonitor seberapa banyak yang dapat menjangkau Angka Bebas Jentik (ABJ) yang lebih besar dari 95%. Setidaknya dari segi gerakan masyarakat sudah cukup baik, hanya perlu meningkatkan jangkauan, kualitas dan frekuensi kegiatan. Menurut Menteri Kesehatan, dengan menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, menambah dana yang dialokasikan untuk kesehatan masyarakat, adalah penting untuk membantu keberhasilan Desa Siaga.

Mengenai kegiatan pembiayaan kesehatan, tidak semua daerah memiliki kegiatan pembiayaan kesehatan seperti dana sehat dan Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin). Dana sehat itu sendiri merupakan wahana untuk memandirikan posyandu dan diharapkan bila dana sehat telah mampu membiayai Posyandu, maka tingkat kemandirian masyarakat dalam pembiayaan kesehatan sudah cukup baik. Selain itu, bila dana sehat telah ada dengan cakupan lebih dari 50% KK telah menjadi anggota, pembinaan selanjutnya diarahkan kepada dana sehat yang menggunakan prinsip JPKM atau Askeskin. Gambaran mengenai pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat pada lokasi penelitian pada tabel 3 berikut.

Tabel 3. Gambaran Pembiayaan Kesehatan Berbasis Masyarakat Di Lima Propinsi Tahun 2006

Propinsi	Dana Sehat				Tabulin			
	Ada		Tidak ada		Ada		Tidak ada	
	n	%	n		n		n	
Bali								
Denpasar	1	2,4	40	97,6	0	0,0	41	100
Badung	8	1,9	54	87,1	12	19,4	50	80,6
Karang Asem	7	9,9	64	90,1	2	2,8	69	97,2
DI Yogyakarta								
- Yogyakarta	35	81,4	8	18,6	2	4,7	41	95,3
Kulon Progo	26	32,1	55	67,9	10	12,3	71	87,7
Gunung Kidul	31	21,7	112	78,3	7	4,9	136	95,1
Sumatera Barat								
- Padang	27	24,3	84	75,7	4	3,6	107	96,4
P Pariaman	0	0	54	100	2	3,7	52	96,3
Tanah Datar	0	0	73	100	2	2,7	71	97,3
Jawa Barat								
- Cirebon	10	47,6	11	52,4	11	52,4	10	47,6
- Tasikmalaya	65	18,5	287	81,5	102	29,0	250	71,0
- Cianjur	10	3,2	301	96,8	31	10,0	280	90,0
Banten								
Tangerang	3	3,0	97	97,0	3	3,0	97	97,0
Pandeglang	5	1,7	282	98,3	5	1,7	282	98,3
Serang	2	0,7	303	99,3	5	1,6	300	98,4

Di Bali dan Sumatera Barat, hampir semua daerah tidak mempunyai dana sehat, karena sudah ada Askeskin. Minimnya pembiayaan kesehatan yang ada di masyarakat seperti dana sehat, hampir sama dengan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2004 yang menyebutkan bahwa sumber pembiayaan kesehatan baik untuk rawat jalan atau rawat inap sebagian besar berasal dari uang sendiri, dan hanya kurang dari 1% penduduk yang mempunyai salah satu jenis asuransi kesehatan.

KESIMPULAN

Sampai akhir tahun 2007 belum banyak institusi kesehatan bersumberdaya masyarakat. Pos Kesehatan Desa belum berkembang di lima propinsi lokasi penelitian, tetapi cikal bakalanya berupa polindes sudah banyak tumbuh, khususnya di pedesaan, ditambah dengan banyaknya keberadaan posyandu dengan kadernya. Selain itu di daerah perkotaan, secara fisik tidak terdapat poskesdes maupun polindes,

tetapi kegiatan yang mengarah kepada kesiapsiagaan masyarakat kelurahan di bidang kesehatan ibu, balita (seperti posyandu) cukup banyak.

Upaya atau organisasi kesehatan yang peduli pada kesehatan masyarakat desa belum banyak dilakukan. Yang paling banyak ditemui di perkotaan adalah PSN. Kegiatan kesehatan seiring dengan keberadaan UKBM, semakin banyak UKBM semakin sering pula kegiatan yang berkaitan dengan UKBM tersebut. Hasil temuan lain adalah sistem pembiayaan kesehatan bersumberdaya masyarakat masih belum berkembang dengan baik. Jenis pembiayaan kesehatan yang ada hanya terdiri dari Tabulin dan Dana Sehat, itupun hanya ada di sebagian kecil wilayah.

SARAN

Ciri Desa Siaga sebaiknya bukan hanya secara fisik, tetapi adanya kegiatan kesehatan masyarakat berbasis masyarakat yang mencakup semua sasaran, seperti untuk

ibu (dapat melalui poskesdes atau polindes, GSI, KB-KIA, dan lainnya), balita (dapat melalui posyandu, BKB, PAUD), kesehatan lingkungan (dapat melalui kegiatan PSN), masyarakat umum (dapat melalui poskesdes dan lainnya). Sehingga bila ada masalah kesehatan untuk sasaran manapun, ada forum atau organisasi yang menanggulangi. Selain itu ciri fisik adanya pos kesehatan desa hanya layak untuk pedesaan yang masih memiliki tanah yang luas, sementara kriteria poskesdes di perkotaan lebih baik ditekankan pada keberadaan pelayanan kesehatan masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Kepala Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan Badan Litbangkes Depkes RI yang telah memberi kesempatan untuk melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, “ Keputusan Menkes RI Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga”, Tanggal 2 Agustus 2006b
- Departemen Kesehatan RI, “ARRIF : Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat”, Jakarta, Tahun 1997
- Departemen Kesehatan RI, “Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu”, Jakarta, Tahun 2006c
- Departemen Kesehatan RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, “Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004 Sudut Pandang Masyarakat Mengenai Status, Cakupan, Ketanggapan dan Sistem Pelayanan Kesehatan”, Volume 3. Jakarta. Tahun 2004
- Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, “Pedoman Pengembangan Desa Siaga”, Tahun 2006d
- Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, “Kebijakan dan Langkah-langkah Pengembangan Desa Siaga”. Makalah disajikan dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional, Medan, 8 Maret 2006a