



**STUDI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DESA SIAGA
AKTIF SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN
DERAJAT KESEHATAN MATERNAL DI DESA
KERTAHARJA, KRAMAT, TEGAL 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Okta Julian Windari
NIM. 6411411035

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**

ABSTRAK

Okta Julian Windari

Studi Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Sebagai Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Maternal Di Desa Kertaharja, Kramat, Tegal 2015

VI + 182 halaman + 17 tabel + 5 gambar + 14 lampiran

Indonesia mengalami peningkatan AKI yang signifikan dari 228 (tahun 2007) menjadi 359 (tahun 2012) per 100.000 kelahiran hidup. Desa siaga sebagai upaya untuk memberdayakan masyarakat yang mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui proses dan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi deskriptif. Narasumber dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah narasumber 4. Pengumpulan data dilakukan menggunakan teknik wawancara mendalam, observasi nonpartisipatif dan studi dokumentasi. Teknik pemeriksaan kebenaran data menggunakan triangulasi. Analisis data menggunakan model interaktif. Hasil penelitian menunjukkan Desa siaga aktif Kertaharja telah melaksanakan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan maternal, namun dalam pelaksanaannya pada hal-hal tertentu belum sesuai harapan. Komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi adalah faktor yang saling berkaitan dan mempengaruhi keberhasilan dalam pelaksanaan desa siaga aktif di Kabupaten Tegal khususnya Desa Kertaharja.

Kata Kunci : Derajat Kesehatan Maternal, Implementasi, Desa Siaga Aktif
Kepustakaan : 36 (2006-2015)

ABSTRACT

Okta Julian Windari

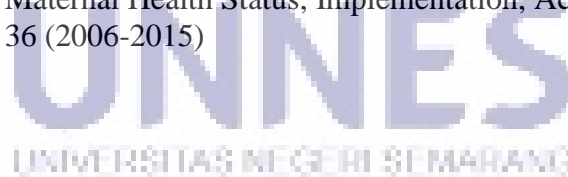
The Study of Policy Implementation on Active Alert Village as An Effort to Increase Maternal Health Status in Kertaharja Village, Kramat, Tegal 2015

VI + 182 pages + 17 tables + 5 images + 14 attachments

Indonesia experienced a significant increase in the maternal mortality rate from 228 (in 2007) to 359 (in 2012) per 100.000 live births. Alert village is an effort to empower independent society in solving the public health problems. The purpose of this study was to investigate the process and the factors that affect the implementation of active alert village as an effort to improve maternal health status. The research was a qualitative approach with descriptive study design. The research informants selected using purposive sampling with 4 informants. Data was collected through in-depth interview, non-participative observation and documentation study. The checking technique of data accuracy used triangulation, and the analysis of data used interactive model. The results of the study showed that the active alert village Kertaharja has made some efforts to increase the maternal health status, but in the implementation, there were certain things which have not been worked as expected. Communication, the resources, disposition and the bureaucratic structure were interrelated and influence the success of the implementation of the active alert village in Tegal regency, especially Kertaharja village.

Keywords : Maternal Health Status, Implementation, Active Alert village

Literature : 36 (2006-2015)



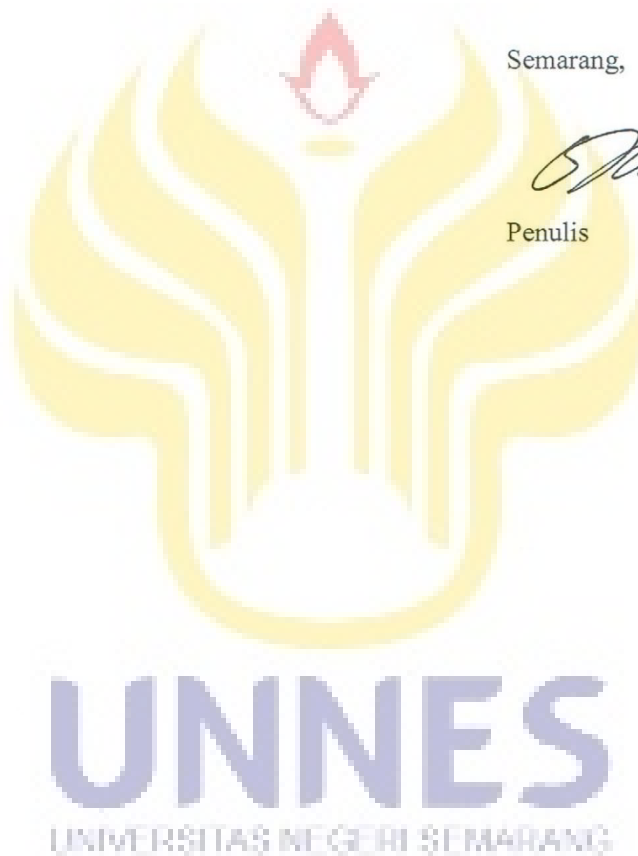
PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, September 2015



Penulis



PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Okta Julian Windari, NIM: 6411411035, dengan judul **“Studi Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Sebagai Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Maternal di Desa Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal Tahun 2015”**

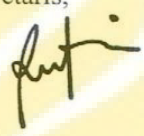
Pada hari : Selasa
Tanggal : 15 September 2015



Ketua Panitia,
Dr. H. Harry Pramono, M.Si
NIP. 19591019 198503 1 001

Panitia Ujian

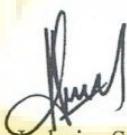
Sekretaris,


Rudatin Windraswara, S.T, M.Sc
NIP. 19820811 200812 1 004

Dewan Penguji

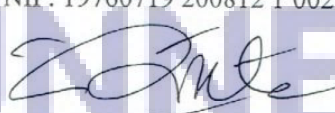
Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji
(Penguji Utama)


1. Sofwan Indarjo, S.KM, M.kes
NIP. 19760719 200812 1 002


13 / 10 / 15

Anggota Penguji
(Penguji II)


2. dr. Intan Zainafree, MH.Kes
NIP. 19790105 200604 2 002

15 / 10 / 15

Anggota Penguji
(Penguji III)


3. Drs. Bambang Wahyono, M.Kes
NIP. 19600610 198703 1 002

16 / 10 / 15

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Dan sembahlah Tuhanmu sampai kamu yakin (ajal) datang kepadamu (Qs. Al-Hijr: 99).
2. Dan segala nikmat yang datang padamu (datangnya) dari Allah, kemudian apabila kamu ditimpa kesengsaraan, maka kepada-Nyalah kamu meminta pertolongan (Qs. An-Nahl: 53).
3. Semua yang terjadi, terjadi karena niat Tuhan untuk menyejahterakan dan membahagiakan Anda. Terimalah walaupun pedih, tetaplah patuh pada kebaikan, berlakulah baik, lalu perhatikan apa yang terjadi (Mario Teguh).

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT,
Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Bapak (Darsono) dan Ibu (Winarni) tercinta
atas dorongan, motivasi dan doa yang tak pernah berhenti;
2. Adikku (Apitya Muktifani) tersayang dan orang-orang yang saya sayangi;
3. Almamaterku Universitas Negeri Semarang,
khususnya jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas karunia dan rahmat-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Studi Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Sebagai Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Maternal di Desa Kertaharja, Kramat, Tegal 2015” dapat diselesaikan dengan baik. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Keberhasilan dalam menyusun proposal penelitian, melaksanakan penelitian hingga menyusun skripsi ini atas bantuan dari berbagai pihak. Dengan rendah hati penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Harry Pramono, M.Kes., atas ijin penelitian;
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Tri Rustiadi, M.Kes., atas ijin penelitian;
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, M.Kes., atas persetujuan penelitian yang telah diberikan;
4. Pembimbing, Drs. Bambang Wahyono, M.Kes., atas bimbingannya dalam penyusunan skripsi ini;
5. Penguji I, Sofwan Indarjo, S.KM, M.Kes., atas saran-saran yang telah diberikan;
6. Penguji II, dr. Intan Zainafree, M.H.Kes., atas saran-saran yang telah diberikan;

7. Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang atas ilmu pengetahuan yang telah disampaikan selama dibangku perkuliahan;
8. Staf Tata Usaha Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan seluruh Staf Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah membantu dalam proses administrasi akademik dan surat perijinan selama penyusunan skripsi;
9. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Koordinator Bidang Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat atas informasi yang telah disampaikan selama studi pendahuluan;
10. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal dan Koordinator Bidang Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat atas informasi yang telah disampaikan selama penelitian berlangsung;
11. Kepala Puskesmas Kramat dan Koordinator Bidang Kesehatan Ibu dan Anak dan Bidang Promosi Kesehatan atas informasi yang telah disampaikan selama penelitian berlangsung;
12. Kepala Desa Kertaharja dan Sekretaris Desa Kertaharja atas bantuan dan kerjasama selama penelitian berlangsung;
13. Bidan Desa Kertaharja, Kader kesehatan dan Ketua Forum Kesehatan Desa atas informasi yang telah disampaikan selama penelitian berlangsung;
14. Masyarakat Desa Kertaharja atas informasi yang telah disampaikan selama penelitian berlangsung;

15. Bapak, Ibu, Adikku dan orang-orang yang saya sayangi serta sahabat-sahabatku yang telah memberikan motivasi dan doa selama proses penyusunan skripsi ini;
16. Teman-teman seperjuangan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2011 atas dukungan dan motivasi;
17. Semua pihak yang telah membantu dan terlibat dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Tiada gading yang tak retak, begitu pula skripsi ini dengan kekurangannya, maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat untuk pembaca khususnya tenaga kesehatan.

Semarang, September 2015

UNNES Penulis
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|-------------------------------------|----------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| ABSTRAK | ii |
| ABSTRACT | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN..... | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | v |
| MOTTO DAN PERSEMBAHAN..... | vi |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | x |
| DAFTAR TABEL | xiii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvi |
| DAFTAR SINGKATAN..... | xvii |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 6 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 7 |
| 1.4 Manfaat Hasil Penelitian..... | 8 |
| 1.5 Keaslian Penelitian..... | 10 |
| 1.6 Ruang Lingkup Penelitian..... | 12 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 13 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1 Landasan Teori..... | 13 |
| 2.1.1 Kesehatan Maternal | 13 |
| 2.1.2 Kebijakan Kesehatan | 16 |
| 2.1.3 Implementasi Kebijakan | 25 |
| 2.1.4 Pelaksanaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Jawa Tengah..... | 31 |
| 2.1.5 Teori Implementasi Kebijakan (Teori George C. Edwards III (1980))..... | 48 |
| 2.2 Kerangka Teori | 52 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 53 |
| 3.1 Alur Pikir | 53 |
| 3.2 Fokus Penelitian..... | 54 |
| 3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian | 55 |
| 3.4 Sumber Informasi..... | 55 |
| 3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data..... | 59 |
| 3.6 Prosedur Penelitian | 61 |
| 3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data | 62 |
| 3.8 Teknik Analisis Data..... | 63 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN..... | 65 |
| 4.1 Gambaran Lokasi Penelitian | 65 |
| 4.2 Hasil Penelitian | 68 |
| 4.2.1 Karakteristik Narasumber Penelitian | 68 |
| 4.2.2 Derajat Kesehatan Maternal Desa Kertaharja..... | 70 |
| 4.2.3 Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Maternal | 75 |
| 4.2.4 Bentuk Pelaksanaan Desa Siaga Aktif Kertaharja..... | 80 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.5 Komunikasi dalam Implementasi Desa Siaga Aktif Kertaharja..... | 88 |
| 4.2.6 Sumber daya dalam Implementasi Desa Siaga Aktif Kertaharja..... | 91 |
| 4.2.7 Disposisi yang Dimiliki oleh Implementator Desa Siaga Aktif Kertaharja | 94 |
| 4.2.8 Struktur Birokrasi yang Dimiliki oleh Implementator Desa Siaga Aktif Kertaharja | 96 |
| BAB V PEMBAHASAN | 99 |
| 5.1 Pembahasan Hasil Penelitian | 99 |
| 5.1.1 Proses Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Kertaharja | 99 |
| 5.1.1.1 Komunikasi | 106 |
| 5.1.1.2 Sumber daya..... | 108 |
| 5.1.1.3 Disposisi..... | 112 |
| 5.1.1.4 Struktur Birokrasi..... | 114 |
| 5.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Kertaharja..... | 117 |
| 5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian | 118 |
| 5.2.1 Hambatan dalam Penelitian | 118 |
| 5.2.2 Kelemahan dalam Penelitian | 119 |
| BAB VI SIMPULAN DAN SARAN | 120 |
| 6.1 Simpulan | 120 |
| 6.2 Saran | 121 |
| DAFTAR PUSTAKA | 124 |
| LAMPIRAN..... | 128 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|----------------|
| Tabel 1.1. Penelitian-Penelitian yang Relevan dengan Penelitian Ini | 10 |
| Tabel 2.1. Pentahapan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif | 47 |
| Tabel 3.1. Triangulasi | 63 |
| Tabel 4.1. Karakteristik Narasumber Utama..... | 68 |
| Tabel 4.2. Karakteristik Narasumber Triangulasi | 69 |
| Tabel 4.3. Jumlah Ibu Hamil Desa Kertaharja Tahun 2014..... | 71 |
| Tabel 4.4. Pemanfaatan Tempat Persalinan Desa Kertaharja Tahun 2014..... | 71 |
| Tabel 4.5. Pertolongan Persalinan Desa Kertaharja Tahun 2014..... | 71 |
| Tabel 4.6. Derajat Kesehatan Maternal Desa Kertaharja Tahun 2014..... | 72 |
| Tabel 4.7. Data Ibu Hamil dengan Risiko Tinggi Desa Kertaharja Tahun 2015.. | 78 |
| Tabel 4.8. Hasil Observasi Nonpartisipatif Pelaksanaan Desa Siaga Aktif Kertaharja Bulan Juni 2015..... | 80 |
| Tabel 5.1. Perbedaan Kategori Pre-eklamsia | 101 |
| Tabel 5.2. Perbedaan antara Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga dengan Kondisi di Desa Siaga Aktif Kertaharja..... | 104 |
| Tabel 5.3. Rekapitulasi Hasil Pengumpulan Data Mengenai Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal | 107 |

| | |
|---|-----|
| Tabel 5.4. Rekapitulasi Hasil Pengumpulan Data Mengenai Sumber daya dalam Implementasi Kebijakan Desa Siaga Aktif Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal | 109 |
| Tabel 5.5. Rekapitulasi Hasil Pengumpulan Data Mengenai Disposisi yang Dimiliki Implementator Kebijakan Desa Siaga Aktif Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal | 113 |
| Tabel 5.6. Rekapitulasi Hasil Pengumpulan Data Mengenai Struktur Birokrasi yang Dimiliki Implementator Kebijakan Desa Siaga Aktif Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal | 116 |



DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|----------------|
| Gambar 2.1. Segitiga Kebijakan (<i>Triangle of Health Policy</i>)..... | 19 |
| Gambar 2.2. Proses Kebijakan Publik | 22 |
| Gambar 2.3. Faktor Penentu Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III | 51 |
| Gambar 2.4. Kerangka Teori..... | 52 |
| Gambar 3.1. Bagan Alur Pikir Penelitian..... | 53 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|--|----------------|
| Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing..... | 129 |
| Lampiran 2. <i>Etical Clearance</i> | 130 |
| Lampiran 3. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek..... | 131 |
| Lampiran 4. Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian..... | 133 |
| Lampiran 5. Susunan Tim Peneliti..... | 141 |
| Lampiran 6. Biodata Peneliti Utama..... | 142 |
| Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian Dari Fakultas | 143 |
| Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian Dari Kesbangpol dan Linmas | 144 |
| Lampiran 9. Surat Rekomendasi Penelitian Dari Bappeda..... | 145 |
| Lampiran 10. Instrumen Penelitian | 146 |
| Lampiran 11. Surat Keputusan Pembentukan FKD Kertaharja..... | 156 |
| Lampiran 12. Susunan Forum Kesehatan Desa Kertaharja | 158 |
| Lampiran 13. Peraturan Desa Kertaharja Nomor. 1 Tahun 2015 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja desa (APBDes)..... | 159 |
| Lampiran 14. Dokumentasi Kegiatan Penelitian | 161 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------------------|--|
| AKI | Angka Kematian Ibu |
| BPD | Badan Perwakilan Desa |
| FKD | Forum Kesehatan Desa |
| <i>HIV/AIDS</i> | <i>Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| ICESCR | <i>The International Covenant of Economic, Social, and Cultural Rights</i> |
| IPM | Indeks Pembangunan Manusia |
| Jamkesda | Jaminan Kesehatan Daerah |
| Jampersal | Jaminan Persalinan |
| JKN | Jaminan Kesehatan Nasional |
| KIA | Kesehatan Ibu dan Anak |
| KPM | Kader Pemberdayaan Masyarakat |
| LSM | Lembaga Swadaya Masyarakat |
| <i>MDGs 2015</i> | <i>Millennium Development Goals 2015</i> |
| MMD | Musyawarah Masyarakat Desa |
| Musrenbangdes | Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa |
| ORMAS | Organisasi Masyarakat |
| PBB | Perserikatan Bangsa-Bangsa |
| PHBS | Perilaku Hidup Bersih dan Sehat |
| PKD | Poliklinik Kesehatan Desa |

| | |
|-----------------|---|
| PKK | Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga |
| PKMD | Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa |
| Poskesdes | Pos Kesehatan Desa |
| PONED | Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar |
| PONEK | Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif |
| PPPK | Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan |
| Puskesmas | Pusat Kesehatan Masyarakat |
| Pustu | Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu |
| P4K | Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi |
| SDKI | Survei Demografi Kesehatan Indonesia |
| SMD | Survei Mawas Diri |
| <i>SOP</i> | <i>Standard Operating Procedures</i> |
| SPM | Standar Pelayanan Minimal |
| RS | Rumah Sakit |
| RT | Rukun Tetangga |
| RW | Rukun Warga |
| TOMA | Tokoh Masyarakat |
| TOGA | Tokoh Agama |
| UKBM | Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat |
| <i>UNO-1948</i> | <i>The Universal Declaration of Human Right</i> |
| <i>WHO</i> | <i>World Health Organization</i> |
| WUS | Wanita Usia Subur |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Undang-undang no. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengukuran keberhasilan pembangunan kesehatan dapat menggunakan Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM), salah satu jenis dari indikator tersebut adalah indikator derajat kesehatan. Dimana derajat kesehatan maternal dapat diukur dengan menghitung Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2011: 51)

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2011: 52)

Indonesia merupakan negara di kawasan Asia yang mengalami kegagalan dalam pencapaian target penurunan AKI. Dua dekade yang lalu, Indonesia oleh *World Health Organization (WHO)* dianggap sebagai salah satu negara yang sukses dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Tahun 1997, pemerintah mampu menurunkan AKI mencapai 334 dari 390 per 100.000 kelahiran hidup

pada tahun 1994 dan dalam Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, AKI Indonesia sudah mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Bila melihat target *MDGs 2015* untuk AKI, target Indonesia adalah menurunkan AKI mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan posisi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 maka akan sangat sulit bagi pemerintah untuk mencapai target penurunan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Wiko Saputra, 2013)

Secara medis penyebab kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan, eklamsia dan darah tinggi, komplikasi aborsi, partus lama dan infeksi dan lain-lain. Penyebab lain dapat ditelusuri dari “Tiga Terlambat” yaitu: (1) Terlambat mengenal bahaya dan mengambil keputusan untuk merujuk ibu hamil ke fasilitas kesehatan yang mampu menangani komplikasi, (2) Terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan (3) Terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan atau transfusi darah yang tepat setelah kedatangan ke fasilitas kesehatan (GIZ, 2011: 9)

Penyebab medis dari kematian ibu di Indonesia diperparah dengan penyebab tidak langsung yang disebut “Empat Terlalu”: (1) Terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), (2) Terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), (3) Terlalu banyak anak (>4 anak), dan (4) Terlalu rapat jarak kelahiran atau paritas (<2 tahun) (Dinkes Provinsi Jateng, 2013: 11)

Berbagai upaya memang telah dilakukan untuk menurunkan jumlah kasus kematian ibu antara lain: (1) Penempatan bidan di desa; (2) Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); (3) Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K); (4)

Penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas; (5) Penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit; (6) Jaminan Persalinan (Jampersal) sejak tahun 2011, Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014.

Selain upaya tersebut, terdapat satu upaya untuk mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, Pemerintah mengeluarkan kebijakan 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 kegawat-daruratan kesehatan secara mandiri (Kemenkes RI, 2006: 3).

Kebijakan desa siaga ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR: 1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan program lanjutan dan akselerasi dari program Pengembangan Desa Siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006. Desa siaga diharapkan mampu mempercepat pencapaian *MDGs 2015* agenda ke empat dan kelima yaitu menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu (Kemenkes RI, 2010: 1)

Desa atau kelurahan siaga aktif memiliki komponen: (1) Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari, (2) Pemberdayaan masyarakat melalui UKBM dan

mendorong upaya *surveilans* berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan, (3) Masyarakat berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010: 8)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan NOMOR.741/MENKES/PER/VII/2008 tentang SPM bidang kesehatan kabupaten/kota dan Peraturan Menteri Kesehatan NOMOR.828/MENKES/PER/VII/2008 tentang petunjuk teknis SPM target yang harus dicapai pada tahun 2015 adalah 80% desa dan kelurahan yang ada di Indonesia telah menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2012 target tersebut telah tercapai dengan cakupan desa dan kelurahan siaga aktif 100%. (Dinkes Provinsi Jateng, 2012: 18). Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal dengan pengambilan data sekunder menunjukkan bahwa Jumlah desa dan kelurahan siaga aktif di kabupaten Tegal adalah 281 desa dan 6 kelurahan.

Berdasarkan Buku Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga Tahun 2010 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyebutkan bahwa ada beberapa komponen yang dikembangkan dalam desa siaga merupakan bagian dari sistem kesehatan desa, antara lain: (1) Poliklinik Kesehatan Desa (PKD); (2) Forum Kesehatan Desa (FKD); (3) Kegiatan gotong-royong masyarakat di bidang kesehatan; (4) Kegiatan upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh masyarakat; (5) Kegiatan pemantauan dan pengamatan (*surveilans*) oleh masyarakat; (6) Kegiatan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2010)

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melalui wawancara dengan petugas kesehatan

menyatakan bahwa jika desa siaga dilaksanakan secara benar akan menekan angka kejadian kasus baik itu penyakit maupun masalah kesehatan lainnya. Desa siaga diharapkan mampu menurunkan kejadian kematian ibu dengan berbagai penyelenggaraan kegiatan kesehatan didalamnya. Masyarakat memiliki rasa peduli dan mampu mendeteksi secara dini faktor risiko dan penyebab kematian ibu sehingga dapat lebih cepat penanganannya. Dengan demikian salah satu upaya preventif dapat dilakukan oleh masyarakat melalui desa siaga aktif untuk meningkatkan kesehatan ibu di wilayahnya.

Berdasarkan Buku Saku Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2014, AKI di Provinsi Jawa Tengah per 100.000 kelahiran hidup tahun 2010-2014 selalu meningkat dari 104,97 pada tahun 2010 menjadi 116,01 pada tahun 2011 kemudian menjadi 116,34 pada tahun 2012 dan 118,62 pada tahun 2013 menjadi 126,55 pada tahun 2014. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan permasalahan kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah. (Dinkes Provinsi Jateng, 2014: 27). Dalam buku saku tersebut juga dapat diketahui bahwa Kabupaten Tegal menempati urutan ke dua setelah kabupaten Brebes tentang Jumlah Kasus Kematian Ibu yang tinggi (Dinkes Provinsi Jateng, 2014: 25)

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 2014, jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal tahun 2010-2014 bersifat fluktuatif namun dalam tiga tahun terakhir cenderung meningkat. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2010 terdapat 27 kasus, meningkat menjadi 53 kasus pada tahun 2011 kemudian turun menjadi 39 kasus pada tahun 2012, meningkat menjadi 42 kasus

pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 47 kasus pada tahun 2014 (Dinkes Kabupaten Tegal, 2014)

Jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal paling tinggi terdapat di wilayah kerja puskesmas Kramat, yaitu 4 kasus kematian ibu pada tahun 2013 meningkat menjadi 5 kasus kematian ibu pada tahun 2014. 5 kasus kematian ibu tersebut terjadi di Desa Mejasem Barat, Mejasem Timur, Babakan dan Kertaharja. Jumlah kasus kematian ibu yang tinggi di Kabupaten Tegal pada tahun 2014 disebabkan 57,45% oleh lain-lain, 19,15% oleh hipertensi dalam, 17,02% oleh perdarahan dan 6,38% oleh infeksi.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Kramat melalui wawancara dengan petugas kesehatan menunjukkan dari ke lima desa wilayah kerja Puskesmas Kramat yang memiliki kasus kematian ibu pada tahun 2014, Desa Kertaharja memiliki persentase jumlah Ibu hamil dengan risiko tinggi paling banyak dibandingkan dengan desa siaga aktif lainnya yaitu 135% yang ditemukan oleh tenaga kesehatan, sehingga perlu dilakukan suatu studi implementasi kebijakan desa siaga dari sudut pandang kesehatan maternal yang bertujuan untuk mengetahui proses dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Bagaimana proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana bentuk pelaksanaan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?
2. Bagaimana komunikasi dalam proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?
3. Bagaimana sumber daya dalam proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?
4. Bagaimana disposisi yang dimiliki oleh implementator kebijakan desa siaga aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?
5. Bagaimana struktur birokrasi yang dimiliki oleh implementator kebijakan desa siaga aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?
6. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui bentuk pelaksanaan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.
2. Untuk mengetahui komunikasi dalam proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.
3. Untuk mengetahui sumber daya dalam proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.
4. Untuk mengetahui disposisi yang dimiliki oleh implementator kebijakan desa siaga aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.
5. Untuk mengetahui struktur birokrasi yang dimiliki oleh implementator kebijakan desa siaga aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.
6. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi proses implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang pelaksanaan desa siaga aktif sebagai umpan balik untuk rencana perbaikan di tingkat Kabupaten Tegal.

1.4.2 Bagi Puskesmas Kramat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang pelaksanaan desa siaga aktif sebagai umpan balik untuk rencana perbaikan di tingkat Kecamatan Kramat.

1.4.3 Bagi Desa Kertaharja

Hasil penelitian ini dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan pelaksanaan desa siaga aktif dalam mencapai derajat kesehatan maternal setinggi-tingginya.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan di bidang kesehatan dalam memberdayakan masyarakat mandiri dalam upaya menjaga kesehatan maternal melalui pengembangan desa siaga aktif.

1.4.5 Bagi Peneliti

Mengetahui proses dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan desa siaga aktif khususnya sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai dasar penelitian yang lebih lanjut bagi peneliti selanjutnya.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1: Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian Ini

| No | Judul Penelitian | Nama Peneliti | Tahun dan Tempat Penelitian | Rancangan Penelitian | Variabel Penelitian | Hasil Penelitian |
|----|--|-------------------|-----------------------------|---|--|---|
| 1. | Analisis Kebijakan Desa Siaga Di Kabupaten Sleman Yogyakarta | Reni Merta Kusuma | 2013, Sleman, Yogyakarta | Studi Literatur | Desa Siaga | Di Kabupaten Sleman kebijakan desa siaga tergolong <i>unsuccessfull policy</i> . Kegagalan ini dikarenakan oleh beberapa aspek yang kurang mendukung implementasi kebijakan tersebut. |
| 2. | Implementasi Desa Siaga Oleh Bidan Desa di Kabupaten Klaten Tahun 2010 | Mutmainah | 2011, Kabupaten Klaten | Metode deskriptif kualitatif dengan rancangan cross sectional | Regulasi, komunikasi, komitmen dan sumber daya | Implementasi desa siaga ditinjau dari regulasi, sebagian besar desa telah memahami dan melaksanakan peraturan sesuai yang ditentukan, serta Kualifikasi dan jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan sudah sesuai dengan aturan yang ada tetapi |

belum semuanya aktif dan mampu bekerja sesuai harapan. Kepala Desa, Bidan Desa, Kader Kesehatan, Ketua dan Pengurus FKD, tokoh masyarakat dan masyarakat berkomitmen untuk melaksanakan desa siaga, dengan penanggung jawab program Kepala Desa.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai studi implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal belum pernah dilakukan;
2. Penelitian ini untuk mengkaji proses implementasi kebijakan desa siaga aktif di Desa Kertaharja Kabupaten Tegal dari sudut pandang upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan maternal;
3. Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya dengan melihat 4 aspek berdasarkan teori Edwards III yaitu Komunikasi, Sumber daya, Disposisi dan Struktur Birokrasi.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Desa Kertaharja, Puskesmas Kramat dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni-Juli tahun 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Materi yang digunakan dalam penelitian ini adalah bidang promosi kesehatan dan administrasi kebijakan kesehatan khususnya ilmu tentang kesehatan maternal dan kebijakan kesehatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Kesehatan Maternal

Keadaan sehat didefinisikan oleh *World Health Organization* (WHO) pada 1946 sebagai keadaan sejahtera dari aspek fisik, mental, dan sosial dan tidak hanya terbebasnya seseorang dari penyakit ataupun kecacatan. Sebagaimana tertuang dalam salah satu bagian *The Universal Declaration of Human Right* (UNO-1948) bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia. Pernyataan setiap individu berhak mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan diperkuat dalam *The International Covenant of Economic, Social, and Cultural Rights* (ICESCR). Arti penting “Kesehatan bagi semua” secara tegas dinyatakan oleh sejumlah besar bangsa yang tergabung dalam WHO di Alam Ata tahun 1978, dengan ikrar *Health for All by 2000*. Dalam deklarasi Alam Ata tersebut juga menetapkan pelayanan kesehatan primer (*primary healthcare*) sebagai sebuah strategi kesehatan internasional (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 5)

Kesehatan adalah hal penting yang berhak diperoleh setiap individu serta menjadi kewajiban bagi negara untuk menjamin agar setiap warga negaranya mau dan mampu hidup sehat dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, kesehatan merupakan salah satu bagian dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* yang merupakan indikator dalam menentukan tingkat kesejahteraan masyarakat. Berkaitan dengan pembangunan kesehatan, tak

kurang dari 189 negara termasuk Indonesia sebagai anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) hadir dalam pencaanangan “Deklarasi Tujuh Pembangunan Millenium” (*Millenium Development Goals 2015*) di New York, 2000. Pertemuan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kehidupan manusia melalui pembangunan pendidikan, ekonomi dan kesehatan.

Jika dihubungkan dengan pencapaian *MDGs 2015* di Indonesia, maka pemerintah mempunyai peran penting dalam mengupayakan *MDGs* tersebut, yang memiliki 8 tujuan, 18 target dan 58 indikator, dimana 3 tujuan diantaranya adalah tentang kesehatan. Tepatnya pada tujuan *MDGs* yang keempat, kelima dan keenam, yaitu menurunkan Angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, dan memerangi *HIV/ AIDs*, Malaria, serta penyakit menular lainnya (BPS, 2011: 3). Salah satu agenda dalam *MDGs 2015* dalam pembangunan di bidang kesehatan, yaitu agenda ke lima “Meningkatkan kesehatan ibu” sebagai bagian dari perlindungan terhadap kelompok rentan (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 6)

Pengukuran keberhasilan pembangunan kesehatan dapat menggunakan Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal, salah satu jenis dari indikator tersebut adalah indikator derajat kesehatan. Dimana derajat kesehatan maternal dapat diukur menggunakan indikator tersebut, yaitu dengan menghitung Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2011: 51)

Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas. AKI juga menjadi indikator yang penting dalam mengukur derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah

wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait kehamilan. Indikator ini dipengaruhi oleh status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya sebagai indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan (BPS, 2011: 52)

Penyebab AKI medis utamanya adalah perdarahan, eklamsia dan darah tinggi, komplikasi aborsi, partus lama dan infeksi dan lain-lain. Dengan penanganan yang cepat dan tepat, sebagian besar kematian dapat dicegah. Penyebab sebagian besar kematian ibu di Indonesia dapat ditelusuri dari “Tiga Terlambat” yaitu: (1) Terlambat mengenal bahaya dan mengambil keputusan untuk merujuk ibu hamil ke fasilitas kesehatan yang mampu menangani komplikasi, (2) Terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan (3) Terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan atau transfusi darah yang tepat setelah kedatangan ke fasilitas kesehatan, sehingga dapat mengurangi jangka waktu antara identifikasi risiko dan penanganan kedaruratan obstetrik merupakan kunci penurunan AKI (GIZ, 2011: 9)

Penyebab medis dari kematian ibu di Indonesia diperparah dengan penyebab tidak langsung yang disebut “Empat Terlalu”: (1) Terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), (2) Terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), (3)

Terlalu banyak anak (>4 anak), dan (4) Terlalu rapat jarak kelahiran atau paritas (<2 tahun) (Dinkes Provinsi Jateng, 2013: 11)

Ketika dalam suatu negara memiliki AKI tinggi menunjukkan bahwa status derajat kesehatan masyarakat yang rendah khususnya derajat kesehatan maternal sehingga permasalahan kesehatan tersebut dapat memicu atau mendesak terbentuknya suatu kebijakan untuk menyelesaikan masalah tersebut (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 31)

2.1.2 Kebijakan Kesehatan

2.1.2.1 Definisi Kebijakan Kesehatan

Kebijakan publik adalah suatu arahan untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan tertentu sehingga menggerakkan seluruh sektor atau perangkat pemerintahan dan menciptakan perubahan pada kehidupan yang terkena dampak dari kebijakan tersebut. Hal-hal penting yang mengartikan kebijakan publik yaitu ketetapan oleh pengambil kebijakan dengan tujuan menyelesaikan permasalahan bersama/ masyarakat (*collective problem*) yang menjadi perhatian publik (*public concern*) karena besarnya kepentingan masyarakat yang belum terpenuhi (*public needs, degree of unmeet need*), namun untuk menyelesaikannya membutuhkan tindakan bersama (*collective action*) yang bukan sekedar keputusan tunggal dan reaktif (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 9)

Kebijakan publik bertransformasi menjadi kebijakan kesehatan ketika pedoman yang ditetapkan bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Secara sederhana, Kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Urgensi kebijakan sebagai bagian dari

kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan sebagai berikut:

1. Sektor kesehatan amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Kesehatan menjadi hak dasar setiap individu yang membutuhkannya secara adil dan setara.
2. *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi “masyarakat-tenaga medis” menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistik. Artinya masyarakat (pasien) tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar ataupun daya pilih.
3. Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* atau ketidakpastian. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkaitan dengan kemampuan ekonomi rakyat. Disinilah pemerintah harus berperan untuk menjamin setiap warga negara mendapat pelayanan kesehatan ketika membutuhkan, terutama bagi masyarakat miskin.
4. Adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Dalam hal kesehatan dapat berbentuk eksternalitas positif atau negatif (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 11)

2.1.2.2 Sistem dan Komponen Kebijakan

Sistem adalah serangkaian bagian yang saling berhubungan dan bergantung dan diatur dalam aturan tertentu untuk menghasilkan satu kesatuan. Menurut Dunn (1994) dalam Dumilah Ayuningtyas (2014: 15-17), sistem

kebijakan (*policy system*) mencakup hubungan timbal balik dari tiga unsur yaitu: (1) kebijakan publik; (2) pelaku kebijakan; dan (3) lingkungan kebijakan.

1. Isi Kebijakan (*Policy Content*)

Terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik (termasuk keputusan untuk tidak melakukan tindakan apa-apa) yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Secara umum isi kebijakan dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis yang memiliki standar isi sebagai berikut:

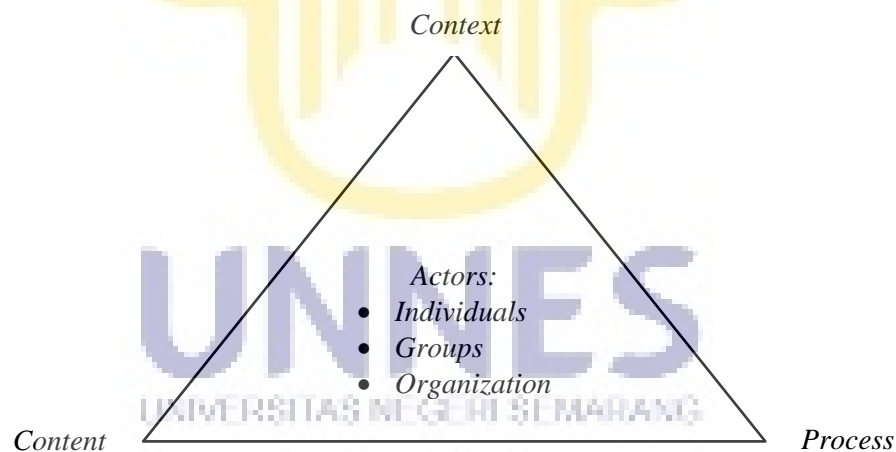
- 1) Pernyataan tujuan: mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan.
- 2) Ruang lingkup: menerangkan siapa saja yang tercakup dalam kebijakan dan tindakan-tindakan apa yang dipengaruhi oleh kebijakan.
- 3) Durasi waktu yang efektif: mengindikasikan kapan kebijakan mulai diberlakukan.
- 4) Bagian pertanggungjawaban: mengindikasikan siapa individu atau organisasi mana yang bertanggungjawab dalam melaksanakan kebijakan.
- 5) Pernyataan kebijakan: mengindikasikan aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan terhadap perilaku organisasi yang membuat kebijakan tersebut.
- 6) Latar belakang: mengindikasikan alasan dan sejarah pembuatan kebijakan tersebut, yang kadang-kadang disebut sebagai faktor-faktor motivasional.
- 7) Definisi: menyediakan secara jelas dan tidak ambigu mengenai definisi bagi istilah dan konsep dalam dokumen kebijakan.

2. Aktor atau Pemangku Kepentingan Kebijakan (*Policy Stakeholder*)

Aktor atau Pemangku Kepentingan Kebijakan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut. Pemangku kepentingan kebijakan tersebut bisa terdiri dari sekelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas wartawan, partai politik, lembaga pemerintahan dan sebagainya.

3. Lingkungan Kebijakan (*Policy Environment*)

Lingkungan Kebijakan merupakan latar khusus dimana sebuah kebijakan terjadi, yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh pemangku kepentingan kebijakan serta kebijakan publik itu sendiri.



Gambar 2.1. Segitiga Kebijakan (*Triangle of Health Policy*)
(Sumber: Walt dan Gilson (1994) dalam Dumilah Ayuningtyas (2014))

2.1.2.3 Hierarki Kebijakan Kesehatan

Setiap kebijakan memiliki otoritas, dalam penerapannya tergantung dari posisi kebijakan tersebut dalam sebuah hierarki kebijakan. Dengan begitu, tidak

akan terjadi benturan kebijakan yang dapat menyebabkan sebuah kebijakan tidak dapat dieksekusi.

1. Berdasarkan Sistem Politik

Menurut konsep trias politica, hierarki dalam kebijakan meliputi:

- 1) Kebijakan publik tertinggi yang dibuat oleh legislatif sebagai representatif dari publik;
- 2) Kebijakan publik yang dibuat dalam bentuk kerja sama antara legislatif dengan eksekutif;
- 3) Kebijakan yang dibuat oleh eksekutif, yaitu kebijakan yang dibuat untuk melaksanakan kebijakan publik yang bersifat umum yang dibuat legislatif (UUD) dan yang melalui kerja sama dengan eksekutif (UU).

Indonesia memiliki hierarki dasar hukum yang harus ditaati dan menjadi landasan dalam penyusunan kebijakan publik, mengacu pada Undang-undang No. 12 Tahun 2011 mengenai Pembentukan Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 19)

Produk Perundangan

- 1) Undang-Undang
Peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat dengan persetujuan bersama Presiden.
- 2) Peraturan Pemerintah pengganti Undang-Undang
Peraturan perundang-undangan yang ditetapkan oleh Presiden dalam hal ihwal kegentingan yang memaksa.

3) Peraturan Pemerintah

Peraturan perundang-undangan yang ditetapkan oleh Presiden untuk menjalankan undang-undang sebagaimana mestinya.

4) Peraturan Presiden

Peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh Presiden.

5) Peraturan Daerah

Peraturan perundang-undangan yang disusun oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (Tingkat I dan II) dengan persetujuan bersama Kepala Daerah.

2. Berdasarkan Wilayah Geografis Otoritas Pembuat Kebijakan

Kebijakan yang dibuat lembaga pemerintah memiliki kewenangan berdasarkan wilayah kerja tertentu. Wilayah kerja tersebut biasanya terkait dengan wilayah geografis otoritas pembuat kebijakan, seperti kebijakan nasional, kebijakan provinsi.

3. Berdasarkan Isi, Waktu, dan Prioritas Penetapan Kebijakan

Kebijakan dapat dibedakan berdasarkan isi, antara lain:

- 1) Kebijakan utama: kebijakan dasar yang belum diturunkan;
- 2) Kebijakan turunan, yang telah diturunkan dari sebuah kebijakan utama.

Kebijakan juga dapat dibedakan berdasarkan waktu, antara lain:

- 1) Kebijakan Jangka Panjang: berdurasi lebih dari lima tahun, biasanya dibuat di tingkat nasional;
- 2) Kebijakan Jangka Menengah: berdurasi antara lima sampai sepuluh tahun, bisa dibuat di tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota;

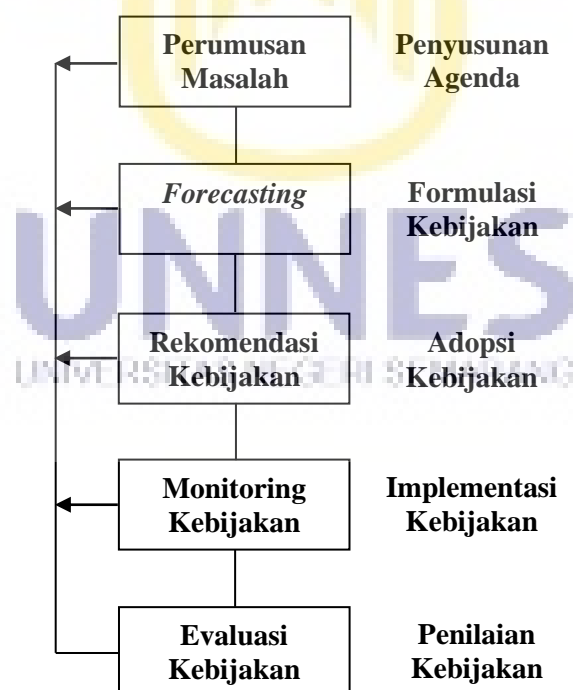
3) Kebijakan Jangka Pendek: memiliki durasi sekitar satu tahun. Biasanya berupa program yang menjadi implementasi dari kebijakan pada hierarki lebih tinggi.

Kebijakan kesehatan ditentukan prioritasnya berdasarkan ketersediaan dan alokasi anggaran serta sumber daya lainnya. Pada umumnya, sebuah kebijakan ditetapkan sebagai prioritas dengan mempertimbangkan dampak besar yang dapat terjadi, kebijakan dapat terdiri dari:

- 1) Kebijakan Prioritas Utama;
- 2) Kebijakan Yang Bukan Prioritas.

2.1.2.4 Pengembangan Kebijakan Kesehatan

Pengembangan kebijakan berlangsung sebagai sebuah siklus kebijakan yang terdiri dari beberapa tahapan proses antara lain:



Gambar 2.2. Proses Kebijakan Publik
(Sumber: William N. Dunn (1994)
dalam AG. Subarsono (2010))

1. Pembuatan Agenda (*Agenda Setting*)

Agenda setting paling baik dipahami dari variabel kuncinya, yaitu *problems*, *possible solution*, dan keadaan politik. Yang dimaksud dengan *problems* adalah permasalahan, termasuk masalah kesehatan, yang memicu atau mendesak terbentuknya suatu kebijakan untuk menyelesaikan masalah tersebut. *Possible solution* mengarah pada penyelesaian terhadap banyaknya permasalahan yang kemungkinan besar mampu dilakukan pemerintah. Terkait keadaan politik, masalah publik tidak pernah akan lepas dari pengaruh politik dalam penyusunan agenda setting pembuatan kebijakan sampai implementasi kebijakan. Dengan demikian ketiga faktor tersebut sangat penting untuk diperhatikan dalam penyusunan *agenda setting* penyusunan kebijakan (*politic circumstances*) (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 31-32)

2. Formulasi Kebijakan

Proses formulasi kebijakan kesehatan secara umum memiliki tahapan-tahapan berikut: (1) pengaturan proses pengembangan kebijakan; (2) penggambaran permasalahan; (3) penetapan sasaran dan tujuan; (4) penetapan prioritas; (5) perancangan kebijakan; (6) penggambaran pilihan-pilihan; (7) penilaian pilihan-pilihan; (8) “perputaran” untuk penelaahan sejawat (*peer preview*); dan (9) revisi kebijakan; serta akhirnya (10) upaya untuk mendapatkan dukungan formal terhadap kebijakan yang sedang diajukan atau disusun (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 32)

3. Adopsi Kebijakan

Adopsi kebijakan adalah sebuah proses untuk secara formal mengambil atau mengadopsi alternatif solusi kebijakan yang ditetapkan sebagai sebuah regulasi atau produk kebijakan yang selanjutnya akan dilaksanakan. Pengadopsian kebijakan sangat ditentukan oleh rekomendasi yang antara lain berisikan informasi mengenai manfaat dan berbagai dampak yang mungkin terjadi dari berbagai alternatif kebijakan yang telah disusun dan akan diimplementasikan (Dumilah Ayuningtyas, 2014: 33)

4. Implementasi Kebijakan

Pengimplementasian merupakan cara agar kebijakan dapat mencapai tujuannya. Menurut Hann (2007) dalam Dumilah Ayuningtyas (2014: 34) ada dua alternatif dalam implementasi kebijakan: (1) mengimplementasikan dalam bentuk program; atau (2) membuat kebijakan turunannya.

5. Evaluasi Kebijakan

Menurut Htwe (2006) dalam Dumilah Ayuningtyas (2014: 35) evaluasi kebijakan kesehatan merupakan penilaian terhadap keseluruhan siklus kebijakan, utamanya ketika sebuah kebijakan yang disusun telah diimplementasikan. Tujuannya adalah untuk melihat apakah kebijakan telah sukses mencapai tujuannya dan menilai sejauh mana keefektifan kebijakan dapat dipertanggungjawabkan kepada pihak yang berkepentingan. Evaluasi merupakan salah satu mekanisme pengawasan kebijakan. Parameter yang umum digunakan adalah kesesuaian, relevansi, kecukupan, efisiensi, keefektifan, keadilan, respon dan dampak. Kesesuaian evaluasi harusnya

dikembangkan untuk mencakup tidak hanya proses, tetapi juga dampak jangka pendek dan jangka panjang dari sebuah kebijakan.

Seluruh tahapan proses dalam siklus kebijakan tersebut dilakukan mengikuti urutannya kecuali pada evaluasi kebijakan yang dapat mengintervensi tahap proses formulasi kebijakan dan implementasi kebijakan.

2.1.3 Implementasi Kebijakan

2.1.3.1 Definisi Implementasi Kebijakan

Menurut Lester dan Stewart (2000), implementasi adalah sebuah tahapan yang dilakukan setelah aturan hukum ditetapkan melalui proses politik. James and Anderson (1979) menyatakan bahwa implementasi kebijakan/ program merupakan bagian dari *administrative process* (proses administrasi). Proses administrasi digunakan untuk menunjukkan desain atau pelaksanaan sistem administrasi yang terjadi setiap saat. Proses administrasi mempunyai konsekuensi terhadap pelaksanaan, isi, dan dampak suatu kebijakan.

Secara lebih luas, implementasi dapat didefinisikan sebagai proses administrasi dari hukum (statuta) yang didalamnya tercakup keterlibatan berbagai macam aktor, organisasi, prosedur, dan teknik yang dilakukan supaya kebijakan yang telah ditetapkan mempunyai akibat, yaitu tercapainya tujuan kebijakan (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 97)

Menurut Lester dan Stewart (2000) dalam Solahuddin Kusumanegara (2010: 98-99) Selain pengertian diatas, implementasi kebijakan juga dipahami sebagai suatu proses, *output*, dan *outcome*. Implementasi dapat dikonseptualisasikan sebagai proses karena didalamnya terjadi beberapa rangkaian

aktivitas yang berkelanjutan. Implementasi juga dapat dikonseptualisasikan sebagai outputs, yaitu melihat apakah aktivitas dalam rangka mencapai tujuan program telah sesuai dengan arahan implementasi sebelumnya bahkan mengalami penyimpangan-penyimpangan. Implementasi juga dapat dikonseptualisasikan sebagai *outcomes*, konseptualisasi ini terfokus pada akibat yang ditimbulkan dari adanya implementasi kebijakan, yaitu apakah implementasi suatu kebijakan mengurangi masalah atau bahkan menambah masalah yang baru dalam masyarakat.

Menurut Ripley (1985) dalam Solahuddin Kusumanegara (2010: 100) Penjelasan diatas menunjukkan bahwa studi implementasi mencakup fenomena yang luas bahkan dianggap *overlapping* dengan studi evaluasi. Sekalipun fenomenanya kompleks para pengkaji implementasi disarankan untuk memperhatikan berbagai aspek pemahaman seperti: proses, *output*, dan *outcome*. Juga perlu diperhatikan berbagai macam aktor yang terlibat, organisasi, dan teknik pengawasannya.

2.1.3.2 Aktor-aktor Implementasi

1. Birokrasi

Birokrasi dipandang sebagai agen administrasi yang paling bertanggungjawab dalam implementasi kebijakan. Pandangan ini berlaku untuk implementasi kebijakan negara maju dan negara berkembang. Di Indonesia, setelah DPR bersama Presiden melegitimasi suatu undang-undang maka aktivitas selanjutnya ditangani oleh aparat birokrasi dari pusat hingga daerah untuk mengimplementasikannya.

Birokrasi mempunyai wewenang penuh menguasai area implementasi kebijakan dalam wilayah operasinya karena mereka mendapat mandat dari lembaga legislatif dan juga para partisipan yang terlibat dalam perumusan suatu undang-undang tidak mengembangkan berbagai ketentuan/ kebijakan dalam *guidelines* yang rinci dan operasional (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 101)

2. Badan Legislatif

Secara tradisional ada pandangan dalam ilmu administrasi negara yaitu politik dan administrasi adalah aktivitas yang terpisah. Politik dianggap lebih memusatkan perhatiannya pada aktivitas perumusan kebijakan publik yang ditangani oleh lembaga politis dari negara yaitu legislatif dan eksekutif. Sedangkan kebijakan administratif lebih terkonsentrasi pada implementasi kebijakan dan ditangani oleh agen-agen administratif (birokrasi) yang bervariasi.

Menurut Lester dan Stewart (2000) dalam Solahuddin Kusumanegara (2010: 103-104) sebagaimana yang telah menjadi kecenderungan diberbagai negara, sekarang ini para legislator lebih sering terlibat dalam implementasi kebijakan dengan membuat peraturan-peraturan mendetail agar diskresi kebijakan yang dilakukan oleh birokrasi dalam implementasi kebijakan tidak menyimpang dari ketentuan seharusnya.

3. Lembaga Peradilan

Lembaga peradilan merupakan cabang yudisial yang menangani hukum publik. Namun lembaga peradilan dapat terlibat dalam implementasi

kebijakan ketika muncul tuntutan masyarakat atas kebijakan tertentu yang implementasinya dianggap merugikan masyarakat sehingga menjadi perkara hukum. Menanggapi tuntutan tersebut, lembaga peradilan dapat merevisi ketentuan-ketentuan implementasi supaya tidak merugikan masyarakat.

Yang terpenting dalam peran lembaga ini adalah pengaruhnya dalam menginterpretasikan undang-undang, peraturan-peraturan dan cara pengaturan administratif, dan kewenangannya untuk meninjau kebijakan administrasi yang telah atau sedang dilaksanakan (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 104-105)

4. Kelompok Kepentingan/ Penekan

Tindakan kelompok-kelompok kepentingan menekan kebijakan pemerintah dimaksudkan supaya mereka memperoleh keuntungan dengan adanya implementasi program tertentu. Keterlibatan kelompok penekan (*pressure groups*) disebabkan banyak program yang dilaksanakan di negara-negara tersebut tertutup dari peran lembaga non pemerintah dan ketidakleluasaan aparat administrasi dalam melaksanakan kebijakan.

Hubungan kelompok penekan-agen administrasi yang begitu dekat sehingga Anderson (1979) dalam mengatakan bahwa suatu ketika fenomena ini dimaknai sebagai “menangkap” agen administrasi oleh kelompok penekan. Akibat buruk dari praktek ini adalah kepentingan-kepentingan kelompok menjadi fokus sentral dalam kegiatan administrasi, bukan berfokus pada kepentingan publik (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 106)

5. Organisasi Komunitas

Banyak program-program yang dirancang untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan politik yang berlabel pro pembangunan masyarakat (*community development*). Dengan sendirinya masyarakat terlibat baik secara individual maupun kelompok terlibat dalam implementasi program itu baik sebagai obyek dan atau subyek program. Jadi pada tingkat lokal organisasi komunitas dapat dimanfaatkan sebagai pelaksanaan program (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 107)

2.1.3.3 Teknik Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan memerlukan perangkat yang digunakan untuk mengetahui kesesuaian pelaksanaan program dengan kebijakan publik yang menjadi acuannya. Lester dan Stewart (2000) menyatakan bahwa implementasi kebijakan publik mengarah pada dua pendekatan, yaitu pendekatan *command and control* dan pendekatan *economic incentive* (market).

Pendekatan *command and control* menyertakan mekanisme yang nampak koersif untuk menyelaraskan pelaksanaan dengan kebijakan acuan. Mekanisme tersebut misalnya rancangan baku, inspeksi, dan pemberian sanksi jika terjadi pelanggaran. Namun pendekatan ini dianggap terlalu kaku, mengabaikan inisiatif dan menyia-nyiaikan sumber daya masyarakat. Sedangkan pendekatan *economic incentive* menggunakan sarana perpajakan, subsidi atau penalti supaya pelaksanaan sesuai dengan kebijakan acuan. Pendekatan ini berpandangan bahwa sebaiknya para individu diberi ruang yang cukup untuk membuat keputusan sendiri, mempunyai kebebasan dan kerelaan bertindak untuk mencapai tujuan

yang diinginkan dengan biaya sosial serendah mungkin (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 108)

Penggunaan kedua pendekatan ini bergantung pada keyakinan para aktor yang terlibat implementasi kebijakan. Tidak ada satupun skema acuan pencapaian tujuan yang dapat bekerja dengan baik jika diantara aktor implementasi mempunyai pandangan yang berbeda tentang bagaimana cara yang tepat untuk mencapainya. Pada akhirnya diperlukan *bergaining* dan negosiasi diantara aktor-aktor yang terlibat atau bahkan dengan komunitas yang lebih luas lagi untuk menetapkan cara yang terbaik untuk mencapai tujuan (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 109)

2.1.3.4 Studi Implementasi Kebijakan

Studi implementasi kebijakan merupakan studi untuk mengetahui proses implementasi. Tujuan utamanya adalah memberikan umpan balik pada pelaksana kebijakan, untuk mengetahui apakah proses pelaksanaan telah sesuai dengan rencana atau standard yang telah ditetapkan, dan untuk mengetahui hambatan atau problem yang muncul dalam proses implementasi.

Sebagaimana lazimnya pembahasan teori di ilmu-ilmu sosial, kajian implementasi kebijakan mengenal periodisasi yang menunjukkan perkembangan kajiannya. Studi implementasi yang dilakukan generasi pertama adalah bentuk studi kasus atas sebuah kebijakan yang dilaksanakan di masyarakat. Kerangka risetnya diarahkan untuk mendeskripsikan sejumlah tantangan yang menghambat tercapainya efektivitas implementasi. Sedangkan Studi implementasi yang dilakukan generasi kedua bertujuan untuk melakukan eksplanasi atas sebab-sebab

keberhasilan atau kegagalan implementasi (Solahuddin Kusumanegara, 2010: 110)

Menurut Lester dan Stewart (2000), gambaran studi dua generasi tersebut dibagi dalam empat periode sepanjang tahun (1970-2000). Empat periode tersebut adalah:

1. Generasi studi kasus (1970-1975);
2. Pengembangan kerangka kerja implementasi kebijakan (1975-1980);
3. Penerapan kerangka kerja implementasi kebijakan (1980-1985);
4. Sintesis dan revisi (1985-2000).

2.1.4 Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Jawa Tengah

2.1.4.1 Definisi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Pada dasawarsa 1970an – 1980an, Pemerintah telah berhasil menggalang peran aktif dan memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui gerakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Masa kejayaan PKMD itu hendak diulang dan dibangkitkan kembali melalui gerakan pengembangan dan pembinaan desa siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006, yaitu dengan ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga (Depkes RI, 2010: 2)

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan secara mandiri (Kemenkes RI, 2006: 3). Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR: 1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman Pengembangan Desa dan

Kelurahan Siaga Aktif merupakan program lanjutan dan akselerasi dari program pengembangan desa siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006 (Kemenkes RI, 2010: 8)

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 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) (Kemenkes RI, 2010: 8)

Jawa Tengah telah mengembangkan Polindes menjadi Poliklinik Kesehatan Desa (PKD), yang dicanangkan tanggal 30 Desember 2003. Pengembangan PKD dengan maksud untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan, mendorong pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, serta mendorong pembangunan berwawasan kesehatan di tingkat desa. PKD yang dikelola oleh tenaga profesional kesehatan desa, diharapkan menjadi potensi awal untuk mempercepat terwujudnya desa siaga (Dinkes Provinsi Jateng, 2010: 2)

2.1.4.2 Tujuan, Sasaran, Kriteria, Indikator Desa Siaga

Tujuan umum desa siaga yaitu:

Mengembangkan kepedulian dan kesiap-siagaan masyarakat desa dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan secara mandiri untuk mewujudkan desa sehat.

Tujuan khusus desa siaga yaitu:

1. Optimalisasi peran PKD atau potensi sejenis, dalam pemberdayaan masyarakat dan mendorong pembangunan kesehatan di desa serta rujukan pertama pelayanan kesehatan bermutu bagi masyarakat.
2. Terbentuknya forum kesehatan desa yang berperan aktif menggerakkan pembangunan kesehatan di tingkat desa.
3. Berkembangnya kegiatan gotong-royong masyarakat untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan.
4. Berkembangnya upaya kesehatan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan oleh masyarakat.
5. Berkembangnya pengamatan dan pemantauan oleh masyarakat dalam deteksi dini, kewaspadaan dini, dan kesiap siagaan terhadap masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan.
6. Berkembangnya kemandirian masyarakat dalam pembiayaan kesehatan.

Sasaran desa siaga yaitu:

1. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh dan dapat menciptakan iklim yang kondusif terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga di desa/ kelurahan.
2. Semua individu dan keluarga di desa/ kelurahan.

3. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, dana, tenaga, sarana dll.

Kriteria desa siaga yaitu:

Apabila desa telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah PKD atau tenaga profesional yang siap melaksanakan: (1) pemberdayaan masyarakat; (2) mendorong pembangunan berwawasan kesehatan; dan (3) rujukan pertama pelayanan kesehatan bermutu bagi masyarakat dan kegawat-daruratan kesehatan.

Indikator proses pengembangan desa siaga yaitu:

1. PKD atau tenaga kesehatan profesional pembina desa aktif memfasilitasi pemberdayaan masyarakat dan siap menerima rujukan pertama;
2. Forum kesehatan desa aktif;
3. Gerakan bersama (gotong-royong) oleh masyarakat dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana serta kegawat-daruratan kesehatan, dengan pengendalian faktor risikonya;
4. Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) berkualitas;
5. Pengamatan dan pemantauan oleh masyarakat untuk masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan dengan faktor risikonya, dianalisis untuk rencana tindak lanjut;
6. Pengembangan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat untuk berbagai upaya kesehatan dan kegiatan yang akan dilaksanakan.

Indikator output pengembangan desa siaga yaitu:

1. Strata UKBM meningkat;
2. Cakupan pelayanan kesehatan meningkat;

3. Penurunan faktor risiko penyakit dan bencana serta kegawat-daruratan kesehatan;
4. Pembiayaan kesehatan untuk berbagai upaya dan kegiatan terpenuhi.

Indikator outcome pengembangan desa siaga yaitu:

1. Peningkatan strata Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan lingkungan sehat;
2. Penurunan kasus/ masalah kesehatan, bencana, dan kegawat-daruratan kesehatan;
3. Peningkatan status gizi masyarakat.

Indikator dampak pengembangan desa siaga yaitu:

1. Desa sehat;
2. Tercapainya kesejahteraan masyarakat.

2.1.4.3 Komponen Desa Siaga di Jawa Tengah

Inti kegiatan pengembangan desa siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat, mampu mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawat-daruratan kesehatan. Beberapa komponen yang dikembangkan dalam desa siaga merupakan bagian dari sistem kesehatan desa, antara lain:

1. Poliklinik Kesehatan Desa (PKD)

Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) merupakan salah satu wadah yang dikelola oleh tenaga profesional kesehatan di desa, yang diharapkan dapat terfasilitasi terwujudkan desa siaga dengan mengembangkan sistem kesehatan

di desa, serta menjadi rujukan pertama dari berbagai upaya kesehatan masyarakat.

Peran PKD dalam pembangunan desa siaga sebagai berikut:

- 1) Mendorong pembentukan forum kesehatan desa melalui kemitraan dengan berbagai potensi desa (Aparat desa, Lembaga desa, tokoh masyarakat, kader, LSM, dll), dan mendorong peran aktif forum kesehatan desa dalam pembangunan berwawasan kesehatan dengan mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, serta kegawat-daruratan kesehatan di desa;
- 2) Bersama dengan forum kesehatan desa, mendorong kegiatan kegotongroyongan individu, keluarga, dan masyarakat dalam rangka mencegah dan mengatasi masalah kesehatan di desa secara mandiri;
- 3) Memfasilitasi untuk meningkatkan kualitas upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh masyarakat desa termasuk membina Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM), dan memfasilitasi sistem rujukan masalah kesehatan;
- 4) Memfasilitasi upaya deteksi dini dan faktor risiko masalah kesehatan di desa oleh masyarakat, serta mendorong upaya pengendalian faktor risiko yang ada di desa;
- 5) Memfasilitasi pengembangan sistem pengamatan dan pemantauan masalah kesehatan di desa;
- 6) Bersama forum kesehatan desa, mendorong kemandirian masyarakat dalam pembiayaan kesehatan;

- 7) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai kewenangannya, dan meningkatkan kemampuan untuk menjadi rujukan pertama dari masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawat-daruratan kesehatan.

Indikator keberhasilan PKD, antara lain:

- 1) Cakupan pelayanan sesuai kewenangan;
- 2) Pemanfaatan: persalinan nakes di PKD minimal 50%;
- 3) Ada upaya deteksi dini penyakit atau kewaspadaan masalah kesehatan lainnya;
- 4) Peningkatan strata posyandu dan UKBM lainnya;
- 5) Ada forum yang membahas masalah pembangunan kesehatan di wilayahnya.

2. Forum Kesehatan Desa (FKD)

Forum Kesehatan di desa/ kelurahan merupakan wadah partisipasi bagi masyarakat dalam mengembangkan pembangunan kesehatan di tingkat desa/ kelurahan untuk merencanakan, menetapkan, koordinasi dan penggerak kegiatan, serta monitoring evaluasi pembangunan kesehatan di desa.

Forum kesehatan di desa/ kelurahan terdiri dari:

- 1) Kepala desa dengan perangkatnya termasuk RT, RW;
- 2) Badan Perwakilan Desa (BPD) dengan fungsi elemennya;
- 3) TP PKK sebagai organisasi masyarakat;

- 4) Lembaga sosial/swadaya masyarakat sebagai organisasi peduli kesehatan yang diharapkan mampu memfasilitasi atau pendampingan kepentingan masyarakat;
- 5) Kader, tokoh masyarakat, tokoh agama;
- 6) Perwakilan kelompok tertentu sesuai potensi desa (unsur pemuda, dunia usaha, tenaga kesehatan di desa, dll).

Tugas forum kesehatan, antara lain:

- 1) Menyusun kebijakan;
- 2) Mengumpulkan informasi dan menggali potensi dengan Survei Mawas Diri (SMD);
- 3) Memadukan potensi dan kegiatan di desa;
- 4) Merencanakan (identifikasi masalah dan sebab masalah, identifikasi potensi menyusun pemecahan masalah dan kesepakatan bersama, menetapkan dalam Musyawarah Masyarakat Desa (MMD));
- 5) Koordinasi;
- 6) Penggerak, pembinaan dan pengembangan kegiatan;
- 7) Monitoring evaluasi kegiatan desa;
- 8) Penghubungan berbagai kepentingan.

Indikator keberhasilan FKD, antara lain:

- 1) Ada forum yang melaksanakan tugas;
- 2) Ada rencana pembangunan kesehatan hasil SMD dan MMD (minimal tahunan);
- 3) Ada kebijakan bidang kesehatan;

- 4) Ada kegiatan rapat rutin;
 - 5) Rencana kegiatan terlaksana;
 - 6) Ada dukungan secara berkelanjutan.
3. Kegiatan gotong-royong masyarakat di bidang kesehatan

Komponen kegiatan gotong-royong dalam masyarakat dengan cara yang berkembang dari, oleh dan untuk kepentingan masyarakat, secara mandiri sesuai potensi setempat. Kegiatan gotong-royong yang dilaksanakan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, mencegah dan mengendalikan faktor risiko masalah kesehatan, bencana dan gawat-darurat kesehatan, serta kesiap siagaan mengatasi masalah kesehatan yang terjadi atau mungkin terjadi.

Indikator keberhasilan kegiatan gotong-royong masyarakat, antara lain:

- 1) Ada kegiatan dari, oleh untuk masyarakat;
 - 2) Ada kesinambungan kegiatan;
 - 3) Ada peningkatan kegiatan gotong-royong masyarakat.
4. Kegiatan upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh masyarakat

Komponen upaya kesehatan dalam desa siaga, merupakan salah satu upaya untuk mewujudkan tingkat kesehatan yang optimal sebagai kebutuhan dasar manusia, yang menitik beratkan pada upaya promotif dan preventif yang didukung oleh kuratif dan rehabilitatif yang berkesinambungan. Upaya kesehatan tersebut dilakukan oleh kader dan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat secara mandiri.

Sasaran upaya kesehatan adalah ibu hamil, bayi, balita, remaja, WUS, dan masyarakat. Pelaksana upaya kesehatan adalah dokter atau tokoh

yang ditunjuk. Upaya kesehatan yang dilakukan masyarakat dan kader kesehatan di desa siaga meliputi:

1) Upaya-upaya promotif

- (1) Penyuluhan kesehatan oleh masyarakat untuk masyarakat;
- (2) Pola asuh dan pola makan yang baik;
- (3) Kebersihan perorangan dan lingkungan.

2) Upaya preventif

- (1) Pemantauan kesehatan secara berkala (balita, ibu hamil, remaja, pekerja, usila);
- (2) Imunisasi;
- (3) Deteksi dini faktor risiko dan pencegahannya.

3) Upaya kuratif dan rehabilitatif

- (1) Deteksi dini kasus (maternal, balita, penyakit);
- (2) PPPK dan rujukan khusus;
- (3) Dukungan penyembuhan, perawatan, pemantauan pengobatan.

Untuk meningkatkan teknis atau substansi upaya kesehatan oleh masyarakat, perlu pembinaan atau fasilitasi oleh PKD atau tenaga kesehatan yang sesuai jenis upaya kesehatan yang dilaksanakan. Rujukan pertama dari upaya kesehatan oleh masyarakat dikirim ke PKD, puskesmas dan RS. Sehingga PKD, puskesmas, dan RS sebagai tempat rujukan, perlu kesiapan pelayanan kesehatan yang berkualitas, pelayanan kedaruratan bencana dan kegawat-daruratan kesehatan lainnya, serta kesiapan memfasilitasi berbagai kegiatan upaya kesehatan di desa.

Indikator keberhasilan UKBM oleh masyarakat, antara lain:

- 1) Ada kegiatan UKBM;
 - 2) Kader aktif dan mampu melaksanakan upaya kesehatan dengan baik;
 - 3) Kegiatan UKBM berjalan rutin/ berkesinambungan;
 - 4) Peningkatan rujukan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang ada (hasil deteksi dini, persalinan nakes di PKD);
 - 5) Peningkatan cakupan UKBM.
5. Kegiatan pemantauan dan pengamatan (surveilans) oleh masyarakat

Surveilans adalah kegiatan pengamatan dan pemantauan secara sistematis dan terus-menerus terhadap penyakit atau masalah kesehatan serta kondisi yang mempengaruhi risiko (faktor risiko) terjadinya penyakit atau masalah kesehatan tersebut. Komponen pengamatan dan pemantauan dalam desa siaga, dilakukan oleh masyarakat terhadap masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan di desa serta faktor risiko yang mempengaruhi atau yang menyebabkan masalah kesehatan tersebut.

Tujuan pengamatan dan pemantauan (surveilans) oleh masyarakat, agar tercipta sistem kewaspadaan dan kesiap-siagaan dini masyarakat terhadap kemungkinan terjadinya penyakit dan masalah kesehatan, bencana, kegawat-daruratan kesehatan, yang akan mengancam dan merugikan masyarakat, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan dan penanggulangan secara efektif dan efisien.

Pelaksana pengamatan dan pemantauan (surveilans) desa siaga adalah seluruh komponen masyarakat desa seperti tokoh masyarakat, tokoh agama,

kader kesehatan, PKK, RT, RW, Aparat desa/ kelurahan dan komponen lainnya yang terkait.

Sasaran kegiatan surveilans adalah seluruh kejadian yang berkaitan:

- 1) Masalah kesehatan ibu, bayi, dan balita;
- 2) Masalah gizi masyarakat;
- 3) Masalah penyakit;
- 4) Faktir risiko termasuk masalah lingkungan (air bersih, air limbah, jamban, sampah, perumahan, dll), perkembanganya perilaku hidup dikalangan warga yang merugikan kesehatan, baik perorangan, keluarga maupun masyarakat;
- 5) Masalah bencana dan kegawat-daruratan kesehatan termasuk faktor risikonya;

Langkah untuk melaksanakan dan pemantauan, meliputi:

- 1) Informasi yang dibutuhkan;
- 2) Sumber informasi;
- 3) Sistem pencatatan;
- 4) Mekanisme analisis, upaya pemantauan, dan rencana tindak lanjut;
- 5) Sistem pelaporan atau jejaring laporan untuk kecepatan rujukan dan tindak lanjut yang dibutuhkan.

Indikator keberhasilan surveilans oleh masyarakat, antara lain:

- 1) Ada catatan dan pelaporan;
- 2) Ada penanggungjawab pengamatan dan pemantauan;
- 3) Ada pemanfaatan catatan dan informasi.

6. Kegiatan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat

Pembiayaan kesehatan adalah pembiayaan yang berasal dari, oleh dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan asas gotong-royong dalam rangka peningkatan kesehatan (meliputi: promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif), dan sebagai kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan, bencana kegawat-daruratan kesehatan serta faktor risikonya.

Indikator keberhasilan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat, antara lain:

- 1) Dana terhimpun, masyarakat yang berpartisipasi dalam pembiayaan kesehatan meningkat;
- 2) Pengalokasian tepat sasaran sesuai berbagai kebutuhan kesehatan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif);
- 3) Pengelolaan dan pemanfaatan tertib, mudah dan lancar;
- 4) Ada kesinambungan kegiatan.

Tahap-tahap siklus pemecahan masalah yaitu: (1) mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah; (2) mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki; (3) menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya; serta (4) memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

2.1.4.4 Tahapan Pengembangan Desa Siaga Aktif di Jawa Tengah

Langkah-langkah dalam pengembangan desa menjadi desa siaga dengan tahapan berikut:

1. Persiapan:

- 1) Advokasi tentang desa siaga dan pemilihan desa binaan, pada tokoh formal dan non formal di tingkat kabupaten dan kecamatan, termasuk lembaga yang terkait dan dapat mendukung, untuk memberikan kesepakatan dan persetujuan, dukungan kebijakan, kesiapan sumber daya, dan menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan desa siaga;
- 2) Kesiapan sumber daya;
- 3) Penyusunan modul, pedoman, penelitian;
- 4) Kesiapan PKD, Puskesmas dan RS sebagai rujukan gawat-darurat dan bencana;
- 5) Pembentukan dan pematapan tim kabupaten/kota, tim kecamatan, yang meliputi: Tim Petugas kesehatan dan lintas sektor terkait;
- 6) Pembentukan dan pematapan tim desa sebagai Forum Kesehatan Desa atau memanfaatkan forum desa yang telah ada sebagai Forum Kesehatan Desa;
- 7) Analisis situasi desa yang akan dibina.

2. Pelaksanaan

- 1) Perekrutan kader dan penyusunan jejaring kader sebagai fasilitator desa;
- 2) Pelatihan kader untuk SMD dan MMD;
- 3) Survei mawas diri (SMD) yaitu: mengumpulkan fakta, data, informasi baik kualitatif maupun kuantitatif yang terkait dengan masalah kesehatan, bencana, kegawat-daruratan kesehatan, dengan faktor risikonya, serta berbagai potensi yang ada di desa. Pelaksana SMD adalah para tokoh di desa dan kader kesehatan, difasilitasi oleh petugas kesehatan bersama tim

kecamatan dan kabupaten. Hasil SMD adalah teridentifikasi masalah kesehatan, bencana, dan kedaruratan, serta identifikasi potensi yang dimiliki desa;

- 4) Muayawarah Masyarakat Desa (MMD) yaitu: identifikasi masalah, urusan prioritas masalah dan sebab masalah, upaya pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang ada, dan akhirnya penyusunan rencana kegiatan operasional untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, kegawat-daruratan kesehatan di desa sebagai bagian penting dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Desa. Inisiatif MMD diharapkan dari para tokoh yang mendukung pengembangan desa siaga termasuk dunia usaha;
 - 5) Penggerakan dan pelaksanaan kegiatan pembangunan kesehatan sesuai rencana yang meliputi: peningkatan jejaring kegiatan, pengorganisasian/ pengelolaan, dan mutu kegiatan, yang dapat mendorong kegotong-royongan masyarakat.
3. Moting dan evaluasi
- 1) Monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan yang dilaksanakan dan hasil kegiatan sesuai rencana;
 - 2) Monitoring dan evaluasi terhadap indikator dari masing-masing komponen;
 - 3) Monitoring dan evaluasi terhadap indikator pengembangan desa siaga;
 - 4) Penilaian strata desa siaga.

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan oleh masyarakat, forum kesehatan desa, tim kecamatan, tim kabupaten, dan tim provinsi.

2.1.4.5 Peran Jajaran Kesehatan

2.1.4.5.1 Peran Puskesmas

1. Sebagai pemberdaya masyarakat, antara lain:
 - 1) Siap menjadi fasilitator, penggerak, pendorong dan pembina desa siaga;
 - 2) Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat kecamatan dan desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga;
 - 3) Mengembangkan sistem pengamatan dan pemantauan untuk sistem kewaspadaan dini masyarakat.
2. Sebagai unit pelayanan kesehatan dasar di wilayahnya dan rujukan kedaruratan kesehatan, antara lain:
 - 1) Membina kemampuan PKD dalam pelayanan kesehatan sesuai kewenangannya, dan pelayanan kegawat-daruratan kesehatan serta risiko bencana dengan kesiapan penndelegasian wewenang sesuai standar yang ditetapkan;
 - 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan kesiapan menerima rujukan masalah kesehatan, kegawat-daruratan serta risiko bencana.
3. Mengembangkan pembangunan berwawasan kesehatan, antara lain:
 - 1) Kesiapan sumber daya dalam mendukung desa siaga;
 - 2) Menyusun perencanaan kegiatan pembangunan kesehatan di wilayahnya untuk mendukung pengembangan kegiatan di desa siaga;
 - 3) Melakukan monitoring, evaluasi dan pembinaan desa siaga.

2.1.4.5.2 Peran Rumah Sakit

1. Sebagai sarana rujukan dan pembina teknis pelayanan medik:
 - 1) Menyelenggarakan pelayanan rujukan, termasuk Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK);
 - 2) Melaksanakan bimbingan teknis medis, khususnya dalam rangka pengembangan kesiap-siagaan dan penanggulangan kedaruratan bencana di desa siaga.
2. Menyelenggarakan promosi kesehatan di RS dalam kesiap-siagaan pencegahan dan penanggulangan kedaruratan kesehatan dan bencana.

2.1.4.6 Strata Pengembangan Desa Siaga Aktif

Tabel 2.1. Pentahapan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

| KRITERIA | PENTAHAPAN DESA/ KELURAHAN SIAGA AKTIF | | | | |
|---|---|--|---|---|------------------------------|
| | PRATAMA | MADYA | PURNAMA | MANDIRI | |
| 1. Forum Desa/ Kelurahan | Ada tapi belum berjalan | Berjalan tetapi belum rutin setiap triwulan | Berjalan setiap triwulan | Berjalan setiap bulan | |
| 2. KPM/ Kesehatan | Kader sudah minimal 2 orang | ada 2 orang | Sudah ada 3-5 orang | Sudah ada 6-8 orang | Sudah ada 9 orang atau lebih |
| 3. Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar | Ya | Ya | Ya | Ya | |
| 4. Posyandu dan UKBM lainnya aktif | Posyandu ya, UKBM lainnya tidak aktif | Posyandu dan 2 UKBM lainnya aktif | Posyandu dan 3 UKBM lainnya aktif | Posyandu dan 4 UKBM lainnya aktif | |
| 5. Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di desa/ kelurahan: | Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta sumber dana lainnya | Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta ada satu sumber dana | Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta ada dua sumber dana | Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta ada dua sumber dana | |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| 2) Masyarakat | | lainnya | lainnya | lainnya |
| 3) Dunia usaha | | | | |
| 6. Peran Masyarakat dan Organisasi Kesehatan | Serta Ada peran aktif masyarakat dan tidak ada peran aktif Organisasi Masyarakat | Ada peran aktif masyarakat dan ada peran aktif satu Organisasi Masyarakat | Ada peran aktif masyarakat dan ada peran aktif dua Organisasi Masyarakat | Ada peran aktif masyarakat dan ada peran aktif lebih dari dua Organisasi Masyarakat |
| 7. Peraturan Kepala Desa dan Peraturan Bupati/Walikota | Belum ada | Ada, belum direalisasikan | Ada, sudah direalisasikan | Ada, sudah direalisasikan |
| 8. 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: Kemenkes RI (2010)

2.1.5 Teori Implementasi Kebijakan (Teori George C. Edwards III (1980))

Dalam pandangan Edwards III, implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yakni:

1. Komunikasi

Dalam perspektif ilmu komunikasi, proses komunikasi terdiri dari tiga bagian pokok. Pertama adalah komunikator (pihak yang bertindak sebagai pemberi informasi atau penerima *feedback*); kedua adalah pesan (informasi yang disampaikan); dan ketiga adalah komunikan (pihak yang menerima informasi dan pemberi *feedback* kepada komunikator).

Beberapa unsur yang perlu diperhatikan dalam komunikasi adalah:

1) *Transmission* (cara penyampaian informasi) dari sisi pengiriman pesan terdapat beberapa gangguan yang menimbulkan distorsi atau penyimpangan pesan. Edwards III dalam Gunadi dkk (2013) menyatakan bahwa distorsi tersebut disebabkan oleh praktik komunikasi *indirect* (tidak langsung). Struktur birokrasi yang bertingkat menjadikan pembuat kebijakan tidak dapat langsung menyampaikan pesannya berupa kebijakan kepada pelaksana lapangan. Distorsi juga terjadi karena kehendak bebas komunikan yang sekaligus pelaksana kebijakan. Beberapa hal yang tidak sesuai dengan nilai-nilai hidup yang dianutnya, sadar atau tidak sadar, akan ditolak atau diingkari;

2) *Clarity* (kejelasan) pesan merupakan tidak adanya pemaknaan yang keliru namun bukan berarti informasi atau intruksi yang berlebihan. Faktor penyebab ketidak jelasan informasi antara lain: kompleksitas pembuatan kebijakan publik, penolakan masyarakat, tidak tercapainya mengenai tujuan kebijakan, kurang familiarnya program kebijakan baru, penolakan atas pertanggungjawaban dan akuntabilitas, dsb.

3) *Consistency* (konsistensi dalam penyampaian informasi).

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

2. Sumber daya

Edwards III dalam Gunadi dkk (2013) menyatakan sebuah kebijakan publik untuk dapat diterapkan harus memperhatikan kesiapan sumber daya pelaksana kebijakan tersebut. Kesiapan sumber daya meliputi kualitas dan kuantitas staf pelaksana, ketersediaan informasi bagi staf tersebut, keluasaan kewenangan yang diberikan kepada staf pelaksana, serta ketersediaan fasilitas pendukung bagi staf pelaksana dalam rangka melaksanakan kebijakan. Sumber daya dapat berwujud sumber daya manusia dan sumber daya finansial.

3. Disposisi

Disposisi merupakan kecenderungan, keinginan, atau kesepakatan para pelaksana untuk melaksanakan kebijakan. dalam implementasi kebijakan yang efektif dan efisien, para pelaksana selain mengetahui apa yang harus dilakukan juga mempunyai kemampuan untuk melakukan kebijakan tersebut.

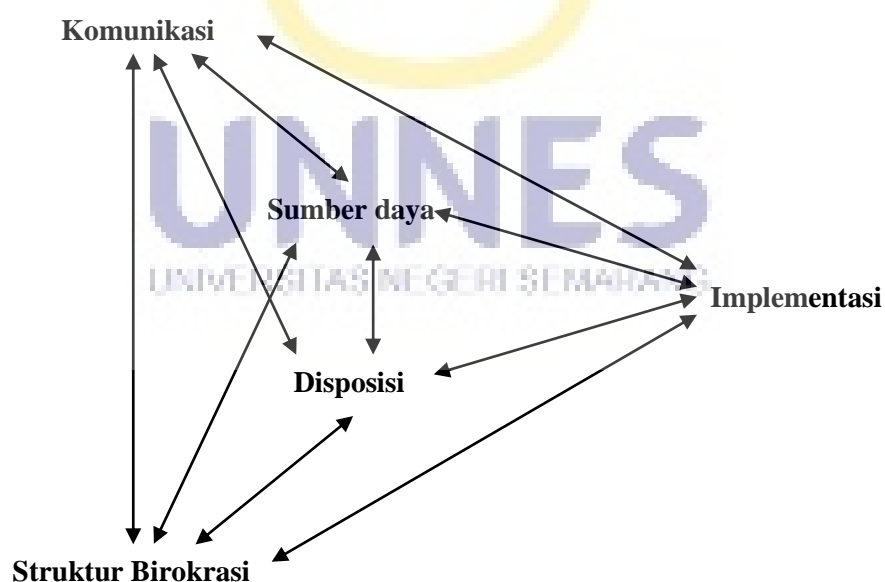
Disposisi adalah watak atau karakteristik yang dimiliki oleh implementator, seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis (AG. Subarsono, 2010: 93). Edwards III (1980) dalam Gunadi dkk (2013) menyatakan bahwa tipikal kepribadian atau pandangan yang relatif sama antara pembuat kebijakan dengan pelaksana kebijakan memiliki korelasi positif dengan keberhasilan implementasi kebijakan.

Edwards III juga menyebutkan dua hal penting berkenaan dengan disposisi. Pertama, *staffing the bureaucracy* menekankan pada pentingnya pembuat kebijakan untuk menyusun atau menempatkan para staf yang memiliki perspektif yang sama dalam struktur organisasi pelaksana untuk

menjamin keterlaksanaan kebijakan; kedua, insentif bagi pelaksana kebijakan menekankan pada kecukupan atau kepastian penghargaan yang akan diterima pelaksana bila bersedia dan berhasil menerapkan kebijakan.

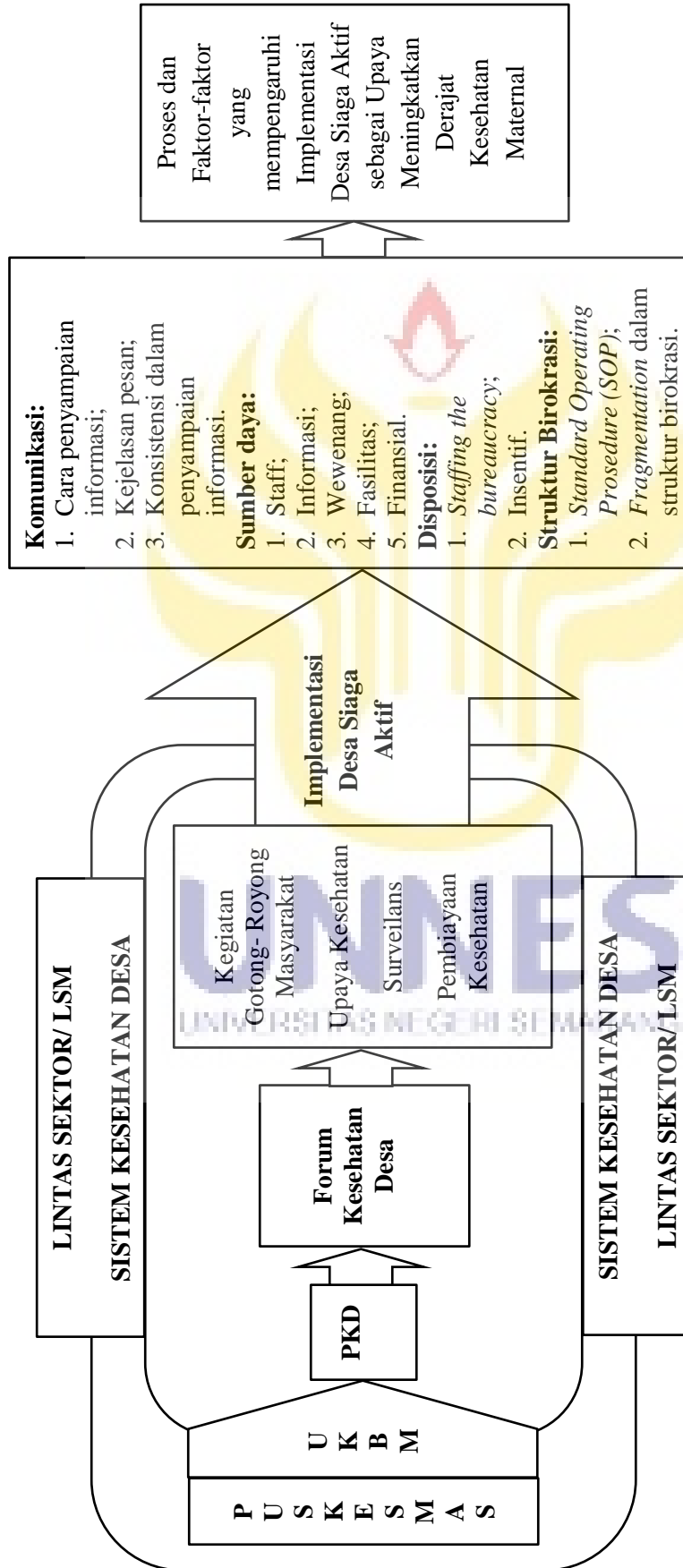
4. Struktur Birokrasi

Birokrasi yang dimaksud adalah seluruh jajaran pemerintah, meliputi semua pejabat negara dan pegawai yang ada. Menurut Edwards III (1980) dalam Gunadi dkk (2013) bahwa *Standard Operating Procedures (SOP)* berperan penting dalam implementasi kebijakan publik. SOP merupakan pembakuan langkah-langkah dan prosedur yang harus dikerjakan untuk kelancaran pelaksanaan kebijakan. Selain SOP Edwards III juga mengemukakan pentingnya memerhatikan *fragmentation* dalam struktur birokrasi, yang merupakan pembagian pusat koordinasi dan pertanggungjawaban.



Gambar 2.3. Faktor Penentu Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III
(Sumber: Edwards III (1980) dalam AG. Subarsono (2010))

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.4. Kerangka Teori (Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2010), Edwards III (1980) dalam Gunadi dkk (2013))

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai studi implementasi kebijakan desa siaga aktif sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan maternal di Desa Kertaharja Kecamatan Kramat Kabupaten Tegal tahun 2015 dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan Desa Siaga Aktif Kertaharja belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman yang ada. Desa Kertaharja telah melaksanakan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan maternal, melalui: (1) Penjaringan ibu hamil risiko tinggi; (2) Pembentukan wali risti; (3) Pemantauan ibu hamil risiko tinggi; dan (4) Pembelian mobil siaga.
2. Komunikasi dalam implementasi kebijakan desa siaga aktif di Kertaharja belum berjalan dengan baik karena kurang aktifnya Ketua FKD dalam berkoordinasi dengan anggotanya.
3. Sumber daya manusia, wewenang, dan finansial dalam implemtasi kebijakan desa siaga aktif di Kabupaten Tegal masih kurang sehingga berdampak pada pelaksanaan desa siaga aktif yang kurang optimal.
4. Disposisi dalam implementasi kebijakan desa siaga aktif di tingkat puskesmas kramat belum sesuai dengan keahlian. Hal ini berpengaruh pada keberhasilan implementasi desa siaga aktif diwilayahnya termasuk desa kertaharja. Disposisi dalam implementasi kebijakan desa siaga aktif di Desa Kertaharja belum

memiliki komitmen yang baik dalam mengembangkan desa siaga aktif, hal ini ditunjukkan dengan kurang aktifnya FKD Kertaharja dan tidak ada insentif yang diberikan kepada pelaksana kebijakan desa siaga aktif.

5. Struktur Birokrasi bertingkat mempengaruhi implementasi kebijakan desa siaga aktif. Belum ada SOP dalam implementasi kebijakan desa siaga aktif ini, namun mengacu pada pedoman pelaksanaan dan penentuan strata desa siaga yang berasal dari Provinsi Jawa Tengah. Berkaitan dengan kelembagaan, belum ada fragmentasi yang jelas dalam struktur birokrasi di tingkat Kabupaten Tegal karena belum adanya SK Bupati mengenai pembentukan tim pokjandal desa siaga Kabupaten Tegal, sehingga secara tidak langsung hal ini berpengaruh pada keberhasilan implementasi kebijakan tersebut.
6. Faktor pendukung dalam implementasi kebijakan desa siaga aktif di desa kertaharja adalah potensi yang dimiliki desa cukup memadai untuk dikembangkannya desa tersebut menjadi desa siaga aktif.
7. Faktor yang menghambat dalam implementasi kebijakan desa siaga aktif di desa kertaharja adalah kurang aktifnya FKD dalam mengembangkan sistem kesehatan desa, ketersediaan dana dari desa yang belum mencukupi, ketidak tahuan masyarakat tentang desa siaga.

6.2 SARAN

Berdasarkan simpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran dapat diberikan antara lain:

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal

- a. Meningkatkan koordinasi dengan lintas sektor dan mendorong supaya segera terbentuk tim kelompok kerja operasional desa siaga tingkat Kabupaten Tegal.
- b. Merancang strategi supaya semua desa di Kabupaten Tegal dapat dikembangkan menjadi desa siaga aktif.
- c. Mengalokasikan dana khusus untuk pengembangan desa siaga aktif secara konsisten.

2. Bagi Puskesmas Kramat

- a. Menambahkan sumber daya manusia yang sesuai dengan keahlian di bidang promosi kesehatan sebagai pemegang program desa siaga.
- b. Pemegang program membuat cara berkomunikasi yang rutin dan efektif dengan Forum Kesehatan Desa di wilayah kerjanya.
- c. Meningkatkan koordinasi dengan Pemerintah Kecamatan Kramat dengan menjalin hubungan komunikasi yang baik.

3. Bagi Desa Kertaharja

- a. Meningkatkan komitmen FKD dengan mengadakan perkumpulan yang rutin dan mengikat seperti arisan.
- b. Meningkatkan koordinasi dengan Pemerintah Kecamatan Kramat dan Pihak Puskesmas Kramat dengan menjalin komunikasi yang baik.
- c. Memanfaatkan potensi desa secara optimal untuk mendukung terlaksananya kegiatan di dalam desa siaga aktif.

- d. Desa mengalokasikan berapa persen dari APBDes sebagai dana kesehatan secara konsisten, sehingga ada dana yang dapat digunakan untuk perbaikan fasilitas PKD dan membantu kegiatan kesehatan di desa.
 - e. Mengembangkan sistem kesehatan maternal desa, sehingga persalinan sebagai urusan desa dapat terwujud. Seperti mengembangkan lima sistem kunci yang memiliki unsur-unsur jejaring siaga: (1) Sistem notifikasi; (2) Sistem donor darah; (3) Sistem transportasi dan komunikasi; (4) Sistem dukungan keuangan; dan (5) Pos informasi keluarga berencana.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya
- a. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti lebih dalam lagi pada aspek sumber daya. Karena dalam penelitian ini hanya mencakup sumber daya manusia, wewenang dan finansial. Tidak mencakup informasi dan fasilitas.
 - b. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian dengan metode yang berbeda seperti penelitian secara kuantitatif ataupun metode gabungan penelitian yaitu secara kuantitatif dan kualitatif dengan cakupan populasi yang lebih luas dari penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D, 2014, *Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktik*, Rajawali Press, Jakarta.
- Anwas, OM, 2013, *Pemberdayaan Masyarakat di Era Global*, Alfabeta, Bandung.
- Azwar, A, 2008, *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*, Sastra Hudaya, Jakarta.
- Biro Hukum dan Organisasi, 2008, *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimum (SPM)*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 2008, *Standar Pelayanan Minimum (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ), Division of Health and Population Policies, 2011, *Persalinan Sebagai Urusan Desa*, GIZ, Eschborn, diakses 9 Februari 2015, (health.bmz.de/good-practices/GHPC/.../Desa_Siaga_IND_short.pdf)
- Gunadi, dkk, 2013, *Kebijakan Fiskal Untuk Meningkatkan Produktifitas Nasional (Sebuah Evaluasi Atas Implementasi Program Minapolitan)*, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Ignasius, L, dkk, 2012, *Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau*, (Online), Vol. 01, No. 01, Hal. 24-35, diakses 29 Juni 2015, (jurnal.ugm.ac.id/index.php/jkki/article/download/3072/2728)
- Isna, NF, 2012, *Implementasi Program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Puskesmas Ngrayun (Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Program Jampersal di Puskesmas*

Ngrayun Kabupaten Ponorogo), Skripsi, Universitas Airlangga Surabaya.

Iswarno, dkk, 2013, *Analisis Untuk Penerapan Kebijakan: Analisis Stakeholder Dalam Kebijakan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Kepahiang*, Vol. 02, No. 02, Hal. 77-85, diakses 29 Juni 2015, (jurnal.ugm.ac.id/index.php/jkki/article/download/3218/2840)

Kusumanegara, S, 2010, *Model dan Aktor dalam Proses Kebijakan Publik*, Gava Media, Yogyakarta.

Moleong, LJ, 2010, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosdakarya, Jakarta.

Mutmainah, 2011, *Implementasi Desa Siaga Oleh Bidan Desa di Kabupaten Klaten Tahun 2010*, Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang.

Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, 2010, *Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

_____, 2011, *Pedoman Penentuan Strata Desa/ Kelurahan Siaga Aktif Provinsi Jawa Tengah*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

Pusat Promosi Kesehatan, 2006, *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

_____, 2010, *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

_____, 2010, *Petunjuk Teknis Penghitungan Biaya Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

- Reni, MK, 2013, *Analisis Kebijakan Desa Siaga Di Kabupaten Sleman*, (Online) Vol. II, No. 3, hal. 126-133, diakses 17 Oktober 2013 (jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/download/3210/2822)
- Rita, N, dkk, 2011, *Implementasi Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2011*, Universitas Padjajaran Bandung, diakses 29 Juni 2015, (pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2013/10/ARTIKEL-BOK.pdf)
- Saputra, W, 2013, *Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak Indonesia Mundur 15 Tahun*, dalam: *Economic and Public Policy Researcher*, diakses 12 Februari 2015, (theprakarsa.org/new/ck.../Prakarsa%20Policy_Oktober_Rev3-1.pdf).
- Sarwono, J, 2006, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Subarsono, AG, 2012, *Analisis Kebijakan Publik*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Sub Bagian Umum, 2012, *Pencapaian SPM Kesehatan Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*, Dinas Kesesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- _____, 2013, *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Tahun 2013*, Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, Tegal.
- _____, 2013, *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013*, Dinas Kesesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- _____, 2014, *Buku Saku Kesehatan Tahun 2014*, Dinas Kesesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- _____, 2014, *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Tahun 2014*, Dinas Kesesehatan Kabupaten Tegal, Tegal.

Sub Direktorat Indikator Statistik, 2010, *Kajian Indikator Kesehatan (Laporan Sosial 2010)*, Badan Pusat Statistik, Jakarta.

Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*, Alfabeta, Bandung.

Sukarni, I, Margareth, ZH, 2013, *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*, Nuha Medika, Yogyakarta

Tohirin, 2012, *Metode Penelitian Kualitatif dalam Pendidikan dan Bimbingan Konseling*, Raja Grafindo, Jakarta.

Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009, *Kesehatan*, 2009, Jakarta: Presiden RI: 2009.

Wahjono, SI, 2010, *Perilaku Organisasi*, Graha Ilmu, Yogyakarta.

Walyani, ES, 2015, *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*, Pustaka Baru Press, Yogyakarta.

Yosef, LM, dkk, 2013, *Kebijakan Nasional Dalam Konteks Lokal: Tantangan Implementasi Kebijakan Desa Siaga dan Rujukan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Yapen Papua*, (Online), Vol. 02, No. 01, hal. 42-49, diakses 29 Juni 2015,
(download.portalgaruda.org/article.php?article=143315&val=5013)