

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan nasional bangsa Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakanlah program pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan (Depkes RI, 2009).

Visi pembangunan nasional tahun 2005-2025 sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 adalah “Indonesia Yang Mandiri, Maju, Adil dan Makmur”. Untuk mewujudkan bangsa yang berdaya saing, salah satu arah yang ditetapkan adalah mengedepankan pembangunan sumberdaya manusia, yang ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) (Kemenkes RI, 2010a).

Indeks pembangunan manusia (IPM) merupakan salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumberdaya manusia antar negara. Indikator IPM terdiri dari indikator kesehatan, (umur harapan hidup waktu lahir), pendidikan (angka melek huruf dan sekolah), serta ekonomi (pengeluaran riil per kapita). Selama ini IPM Indonesia selalu menempati ranking di atas 100, tertinggal dibanding beberapa negara tetangga di ASEAN (Balitbangkes Kemenkes RI, 2010).

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah (Depkes RI, 2009).

Pemerintah Indonesia telah menetapkan tujuan pembangunan kesehatan, yang dinyatakan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan. Dijelaskan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan : 1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan, 3) Sumber daya manusia kesehatan, 4) Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) Manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Pembangunan Nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memperhatikan dampaknya terhadap kesehatan (Kemenkes RI, 2010c).

Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan Visi Pembangunan Kesehatan Tahun 2010-2014 adalah “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”. Dengan Misi 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani, 2) Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan, 3) Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan, dan 4) Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (Kemenkes RI, 2010a).

Kementerian Kesehatan dalam upaya mencapai visi dan misi tersebut menetapkan strategi, salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat, swasta, dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global; memantapkan peran masyarakat termasuk swasta sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan; meningkatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan mensinergikan sistem kesehatan modern dan asli Indonesia; menerapkan promosi kesehatan yang efektif memanfaatkan agent of change setempat; memobilisasi sektor untuk sektor kesehatan (Kemenkes RI, 2010a).

Perjalanan pemerintah dalam mendorong masyarakat untuk terlibat dalam mewujudkan masyarakat yang sehat tampaknya menjadi acuan dan inspirasi untuk

menghidupkan kembali pemberdayaan dan partisipasi aktif masyarakat bidang kesehatan. Pemerintah Indonesia di era 70-an sampai 80-an berhasil memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat di bidang kesehatan melalui Gerakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).

Program ini mengalami pasang surut ketika terjadi krisis ekonomi, kisah sukses tersebut menjadi motivasi bagi Tim Penggerak PKK untuk tetap bertahan dan mengaktifkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan hingga saat ini terdapat 84,3% desa dan kelurahan memiliki Posyandu (Kemenkes RI, 2013). Kejayaan PKMD diupayakan untuk dibangkitkan kembali dengan dikembangkannya sebuah program dengan strategi pendekatan dan kebersamaan yang bertujuan untuk kesiap-siagaan di tingkat desa yang disebut dengan desa siaga aktif (Kemenkes RI, 2010a).

Desa siaga merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, secara mandiri (Kemenkes RI, 2006). Pengembangan desa siaga mencakup upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa, mensiapsiagakan masyarakat menghadapi masalah masalah kesehatan serta memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (Depkes RI, 2007).

Dalam rangka pengembangan program desa siaga, pemerintah mengeluarkan sebuah pedoman yang diatur dalam Kepmenkes RI No.564/MENKES/SK/VIII/2006 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Untuk target capaian program desa siaga diatur dalam Kepmenkes RI No.828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota. Target capaian program desa siaga didalam SPM yaitu 80% desa telah menjadi desa/ kelurahan siaga aktif (Depkes RI, 2008b).

Desa siaga aktif adalah bentuk pengembangan dari desa siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa siaga aktif adalah desa yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana

kesehatan yang ada di wilayah tersebut, seperti Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya. Serta desa yang penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010a).

Pengembangan Desa Siaga telah dimulai sejak tahun 2006, sampai dengan saat ini, tercatat sudah 42.295 Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (56,1%) dari 75.410 Desa dan Kelurahan yang ada di Indonesia, capaian ini baru 56,1% dari target 80%. Namun banyak di antaranya yang belum berhasil menciptakan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif. Padahal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif merupakan salah satu indikator dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota (Kemenkes RI, 2010b).

Tujuan dibentuknya desa siaga adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, masyarakat Sehat dan Mandiri yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat. Misalnya, kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong. Desa siaga mendorong meningkatkan kesehatan warga di pedesaan, sehingga sangat penting terus dikembangkan (Putra, 2013).

Program Desa Siaga secara nyata memberikan dampak bagi masyarakat. Banyaknya masyarakat yang ikut berpartisipasi membuat program ini semakin mudah untuk dijalankan, karena masyarakat mulai dapat secara mandiri menyelesaikan bersama permasalahan yang ada ditengah-tengah masyarakat, seperti :

- a. Masyarakat semakin mandiri dan muncul rasa tanggung jawab terhadap kesehatan.
- b. Munculnya rasa sosialisasi dengan orang lain.
- c. Adanya peningkatan derajat kesehatan masyarakat

- d. Adanya peningkatan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat).
- e. Usaha masyarakat mikro berkembang.
- f. Masyarakat diangkat menjadi kader kegiatan sehingga mengurangi pengangguran.
- g. Berkurangnya masyarakat miskin.
- h. Banyaknya kegiatan yang berlandaskan kesehatan.
- i. Masyarakat jadi tidak tergantung dengan pemerintah.
- j. Masyarakat semakin mengerti fungsi dari puskesmas (Putri et al., 2015).

Banyaknya desa siaga yang belum aktif terjadi karena masih beragamnya pemikiran para pelaksana dilapangan termasuk stakeholders lainnya tentang pengertian Desa siaga. Masalah lain yang ada di kabupaten dan kota antara lain kurangnya dukungan terutama pendanaan dalam pengembangan desa siaga terutama dari Bupati/ Walikota dan DPRD (Kemenkes RI, 2010b).

Cakupan program desa siaga aktif nasional pada tahun 2015 adalah 69,51% dan untuk cakupan di Provinsi Sumatera Barat sebesar 79,53% (Kemenkes RI, 2015). Dilihat dari Profil kesehatan Kabupaten Pasaman tahun 2015 menyebutkan bahwa jumlah desa di Kabupaten Pasaman adalah 209 desa dan desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman sebanyak 104 desa. Dari data tersebut diketahui bahwa hanya 49,8% cakupan desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman (Dinkes Kab. Pasaman, 2014). Cakupan ini sangat rendah dibandingkan dengan target SPM yang telah ditetapkan untuk desa siaga aktif yaitu 80% dan juga jauh dibawah cakupan desa siaga aktif provinsi ataupun nasional.

Rendahnya cakupan desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman dapat berdampak buruk terhadap derajat kesehatan masyarakat, seperti meningkatnya angka kematian ibu, meningkatnya angka kematian bayi dan balita, dan meningkatnya prevalensi balita gizi buruk.

Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman merupakan unsur pelaksana Pemerintah Daerah Kabupaten Pasaman dibidang kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan dibidang kesehatan. Program Desa Siaga Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman berada dibawah Seksi

Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat. Seksi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung-jawab kepada Kepala Bidang Promosi dan Informasi Kesehatan (Bupati Pasaman, 2011).

Desa siaga Musus merupakan desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman. Desa Musus berada di Kenagarian Ganggo Hilia Kecamatan Bonjol, desa siaga Musus merupakan desa siaga dengan strata purnama. Desa ini juga merupakan desa dengan partisipasi masyarakat yang cukup tinggi, hal ini tergambar dari cakupan D/S posyandu sebesar 86,5%.

Desa siaga Sei Pandahan I merupakan desa yang berada di Nagari Sundatar Kecamatan Lubuk Sikaping, Desa siaga Sei Pandahan I merupakan desa siaga yang tidak aktif dengan strata pratama. Nagari Sundatar merupakan nagari dengan persentase desa siaga yang tidak aktif paling tinggi di Kabupaten Pasaman. Hanya 20% desa siaga yang aktif di nagari ini. Desa Sei Pandahan I merupakan salah satu desa siaga yang tidak aktif di nagari ini dan dengan partisipasi masyarakat terendah. Partisipasi masyarakat di desa ini tergambar dari rendahnya cakupan D/S yaitu hanya sebesar 51%.

Tahun 2015 merupakan tahun berakhirnya target Standar Pelayanan Minimal (SPM). Sebagai salah satu indikator SPM maka perlu dilakukan evaluasi terhadap program desa siaga. Evaluasi program desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman dapat dilihat dengan membandingkan antara desa siaga yang aktif dan desa siaga tidak aktif, sehingga didapatkan perbedaan antara kedua desa tersebut. Hal ini dilakukan untuk mengetahui kenapa sebuah desa menjadi desa siaga aktif atau desa siaga tidak aktif di Kabupaten Pasaman. Desa siaga yang akan dianalisa dalam penelitian ini adalah desa siaga Musus dan desa siaga Sei Pandahan I.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana program desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman, dengan mengembangkan pertanyaan terhadap komponen input, proses, output dan outcome.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menganalisis program desa siaga aktif di Kabupaten Pasaman.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis perbedaan komponen masukan yaitu kebijakan, ketersediaan SDM, jumlah kader, biaya serta sarana dan prasarana pada desa siaga aktif dan tidak aktif di Kabupaten Pasaman.
- b. Menganalisis perbedaan komponen proses yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi pada desa siaga aktif dan tidak aktif di Kabupaten Pasaman.
- c. Menganalisis perbedaan komponen keluaran yaitu cakupan program kesehatan pada desa siaga aktif dan tidak aktif di Kabupaten Pasaman.
- d. Menganalisis perbedaan komponen dampak program desa siaga pada desa siaga aktif dan tidak aktif di Kabupaten Pasaman.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Menambah wawasan dan meningkatkan pengetahuan peneliti dalam mengimplementasikan ilmu dan pengetahuan yang diperoleh dalam teori perkuliahan, khususnya tentang ilmu manajemen program kesehatan.

2. Aspek Praktis

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam melaksanakan manajemen program kesehatan kedepannya.
- b. Sebagai masukan bagi peneliti selanjutnya tentang manajemen pelaksanaan program desa siaga aktif.