

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan menggambarkan perubahan suatu masyarakat atau penyesuaian sistem sosial secara total, tanpa mengabaikan ragam kebutuhan dasar dan keinginan individual maupun kelompok-kelompok sosial yang ada di dalamnya, untuk bergerak kedepan menuju suatu kondisi kehidupan yang lebih baik secara material maupun spiritual (Todaro dalam Suwandi 2015). Pendapat lain Nugroho dan Dahuri (dalam Pratiwi, 2014) Pembangunan wilayah adalah suatu upaya merumuskan dan mengaplikasikan kebijakan ekonomi dan program pembangunan yang di dalamnya mempertimbangkan aspek wilayah dengan mengintegrasikan aspek sosial dan lingkungan menuju tercapainya kesejahteraan yang optimal dan berkelanjutan.

Pembangunan desa berarti pembangunan yang berbasis perdesaan (*rural*) dengan mengutamakan kearifan lokal, dengan kawasan perdesaan yang memperhatikan kondisi demografi masyarakat, karakteristik sosial budaya, karakteristik fisik/geografis, pola kegiatan usaha pertanian, pola keterkaitan perekonomian desa-kota, sektor kelembagaan desa dan karakter kawasan pemukiman (Bapenas 2015). Menurut UU No. 6 Tahun 2014 Tentang Desa menyebutkan Pembangunan Desa adalah upaya peningkatan kualitas hidup dan kehidupan untuk sebesar-besarnya kesejahteraan masyarakat desa.

Pembangunan perdesaan bersifat multidimensional dan multisektor, sebab adanya keterlibatan antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, swasta dan peran serta masyarakat, pembangunan ini juga dilihat dari segala bidang, baik ekonomi, pendidikan, kesehatan dan infrastruktur maka diperlukan keterpaduan dan keterkaitan dalam pelaksanaannya (Bapenas, 2011). Untuk pembangunan perdesaan terus dilakukan beberapa program dan kegiatan yang terkait untuk perbaikan kesejahteraan, penurunan kemiskinan, perbaikan kualitas sumber daya manusia serta pelibatan masyarakat dalam proses pembangunan perdesaan. Pembangunan perdesaan secara konseptual memiliki tujuan dan indikator kinerja yang saling terkait, dimana keberhasilan pembangunan perdesaan salah satunya ditandai dengan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Indikator untuk

mengukurnya adalah menurunnya angka kemiskinan dan meningkatnya angka partisipasi sekolah. Walaupun demikian, jika dilihat dari kenyataannya maka pembangunan perdesaan belum tentu dapat menurunkan kemiskinan apalagi meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Amalia dan Syawie, 2015).

Pembangunan perdesaan dilaksanakan dengan menggunakan prinsip pembangunan yang meliputi: (1) pemanfaatan wilayah desa untuk penetapan kawasan pembangunan, pembangunan partisipatif, dimana pemimpin lokal dan kelembagaan perdesaan berperan penting menuju keberlanjutan pembangunan. Pemanfaatan aspek lokalitas (berbasis lokal) menjadikan pembangunan desa dapat berjalan lebih mandiri dan berkelanjutan; (2) pelayanan dilakukan untuk membuat masyarakat perdesaan lebih sejahtera; (3) pembangunan infrastruktur, perbaikan ekonomi perdesaan dan peningkatan teknologi tepat guna, dan (4) Pemberdayaan dan penguatan kapasitas masyarakat, yang berorientasi kepada karakteristik dan kebutuhan serta aspirasi lokal. Hal ini menitikberatkan pada proses pertumbuhan ekonomi dan perubahan struktural yang dimotori oleh masyarakat lokal dengan memanfaatkan potensi-potensi lokal untuk pembangunan dalam upaya untuk mengatur dan mengurus kepentingan dan kesejahteraan masyarakat setempat (Andari, 2019).

Kebijakan pembangunan perdesaan adalah meningkatkan kemandirian desa dalam pemerintahan, pembangunan dan kemasyarakatan, membangun kekuatan desa sebagai wilayah produksi, serta meningkatkan daya tarik perdesaan melalui perbaikan kesempatan berusaha dan pendapatan seiring dengan usaha peningkatan kualitas sumber daya manusia dan lingkungan. Dalam rangka mewujudkan kebijakan pembangunan perdesaan dilakukan melalui pendekatan, yaitu: a) Pembangunan perdesaan untuk pelayanan dasar masyarakat dan wilayah perdesaan yang berkualitas melalui perbaikan penyediaan sarana prasarana pendidikan, kesehatan, komunikasi dan informatika, transportasi, energi, dan permukiman. Dilakukan terutama di daerah tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar/terdepan, desa konservasi, desa hutan, dan kawasan transmigrasi, dan lainnya; b) Pembangunan perdesaan untuk membangun desa mandiri menuju daya saing desa, dilakukan melalui pengembangan desa mandiri pangan, desa P2KP (Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan), desa mandiri energi, desa

wisata, desa berbasis industri kreatif di bidang pariwisata, desa pendukung usaha pariwisata, desa siaga aktif, kawasan transmigrasi, dan sebagainya (Bappenas 2011).

Kesehatan bagi seluruh penduduk yang terbatas kemampuannya serta yang berpendapatan rendah sangat perlu diperjuangkan secara berkelanjutan, melalui pendekatan akses pelayanan kesehatan dan memberdayakan kemampuan mereka. Di samping itu kesadaran masyarakat bahwa kesehatan adalah investasi untuk perbaikan kualitas sumberdaya manusia juga masih harus ditingkatkan melalui sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil kebijakan dan pemangku kepentingan (*stakeholder*). Menyimak kenyataan tersebut, kiranya diperlukan upaya terobosan yang benar-benar memiliki daya ungkit yang besar untuk peningkatan derajat kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia, terutama di perdesaan (Kemenkes 2006).

Derajat kesehatan masyarakat dinilai dengan menggunakan beberapa indikator yang mencerminkan kondisi *mortalitas* (kematian), status gizi dan *morbiditas* (kesakitan). Angka *Mortalitas* terdiri atas angka kematian neonatal (usia 0-28 hari), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Selain dipengaruhi oleh faktor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan, derajat kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial (Kemenkes, 2013).

Sehubungan dengan hal tersebut, kegiatan yang dapat dilakukan dengan metode sangat strategis untuk masyarakat yang berbasis model pendekatan dan kebersamaan dalam kehidupan masyarakat tersebut dan kegiatan ini berupaya memfasilitasi percepatan dan pencapaian peningkatan derajat kesehatan bagi seluruh masyarakat dengan mengembangkan metode pemberdayaan masyarakat. Kegiatan ini berusaha dalam peningkatan partisipasi seluruh masyarakat, organisasi masyarakat, badan usaha masyarakat dan pemangku kepentingan dalam kelompok masyarakat dengan melakukan kesiapsiagaan kesehatan yang dilakukan di tingkat desa / “nagari¹” yang disebut Desa Siaga Aktif. Desa siaga Aktif

¹ Nagari merupakan sebutan lain desa di Sumatera Barat. Nagari adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui

berbentuk pemberdayaan masyarakat pendapat Eddy CH (dalam Zubaedi, 2012) adalah upaya untuk membangun kemampuan masyarakat, dengan mendorong, memotivasi, membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki dan berupaya untuk mengembangkan potensi itu menjadi tindakan yang nyata.

Program Desa Siaga berasal dari Program *Maternal and Neonatal Health* (MNH) yaitu program kesehatan ibu dan bayi baru lahir bantuan USAID (*United States Agency for International Development*) badan independen dari pemerintahan Amerika Serikat yang bertanggung jawab atas bantuan untuk bidang ekonomi, pembangunan, dan kemanusiaan untuk negara-negara lain di dunia dalam mendukung tujuan-tujuan kebijakan luar negeri Amerika Serikat, yang dimulai pada tahun 1999. Krisis ekonomi tahun 1998 menyebabkan kesehatan terlupakan, karena rakyat umumnya berkonsentrasi pada persoalan politik dan reformasi, sehingga Kematian Ibu Melahirkan dan Bayi Baru Lahir yang meningkat tidak jadi perhatian. Mulai tahun 1991, pemerintah sudah memusatkan sumber dayanya pada bidan desa (program bidan), yang melatih dan menyebarkan sekitar 54.000 bidan ke desa-desa di seluruh Indonesia tapi hal ini tidak menurunkan angka kematian karena 54 persen kelahiran masih dengan dukun, sementara bidan hanya 40 persen, maka tercetus program kesehatan untuk ibu dan bayi baru lahir, yakni program Siaga, yang berarti waspada / siap dan terbentuk dari kata-kata SIap (*ready*), Antar (*take, transport*), dan jaGA (*stand by or guard*) (Sood, *et al*, 2004).

Program SIAGA bertujuan menyelamatkan ibu dari kematian akibat persalinan, sebab angka kematian ibu akibat persalinan di Indonesia semakin meningkat dimana penyebab kematian tersebut adalah hal-hal sepele yang bisa dihindarkan, yakni terlambat dibawa ke rumah sakit, terlambat ditangani, dan terlambat mendapatkan pertolongan, kampanye SIAGA diperluas di bawah Program MNH untuk merangkul masyarakat (Warga SIAGA), bidan (Bidan SIAGA), dan desa (desa SIAGA). Desa Siaga membangun kembali sistem bantuan masyarakat. Sebagai hasil dari gerakan desentralisasi di Indonesia, kontrol terhadap sumber daya yang telah diserahkan kepada masyarakat,

kepedulian sosial yang telah mulai meredup di kalangan warga desa, perlahan namun pasti, dibangkitkannya lagi (Birdsall dan Hill, 2011).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga maka gerakan dan pembinaan Desa Siaga dimulai di seluruh Indonesia dengan sasaran pemberdayaan masyarakat namun sampai tahun 2009 tercatat hanya 56% desa dan kelurahan di Indonesia yang dapat mewujudkan maka keluar Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Langkah penting yang diambil oleh Menteri Kesehatan yaitu pembentukan Desa Siaga yang dilaksanakan oleh daerah. Melalui pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota. Bahkan tidak hanya pihak pemerintah, pihak-pihak lainpun, yaitu organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, serta para pengambil keputusan dan pemangku kepentingan lain, besar perannya dalam mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat desa dan kelurahan.

Nagari siaga aktif terwujud bila memenuhi indikator-indikator sebagai berikut: 1) keberadaan dan keaktifkan Forum Desa (FKM); 2) keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM); 3) kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar ; 4) keberadaan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dapat melaksanakan survailans berbasis masyarakat, penanggulangan bencana dan kegawat daruratan kesehatan, penyehatan lingkungan; 5) terakomodasinya dana pengembangan desa siaga aktif dalam anggaran serta dari masyarakat dan dunia usaha; 6) peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa Siaga Aktif; 7) adanya peraturan di tingkat desa yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga Aktif; 8) pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga di desa. Berdasarkan pemenuhan pencapaian kategori tersebut maka Desa Siaga Aktif dikategorikan menjadi empat kriteria pentahapan yaitu desa siaga aktif pertama, desa siaga aktif madya, desa siaga aktif purnama dan desa siaga aktif mandiri.

Kementerian Kesehatan (2013) melaporkan bahwa persentase Desa Siaga Aktif dengan kategori mandiri di Indonesia sebanyak 2.6%, dimana saat itu

Provinsi Sumatera Barat tercapai sebanyak 10,84% dan di Kabupaten Lima Puluh Kota semenjak sebelas tahun program desa siaga aktif dilaksanakan, sampai data tahun 2018 belum ada desa siaga aktif dengan kategori mandiri (0%). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menker/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota bahwa target Desa Siaga Aktif pada tahun 2015 harus sudah tercapai sebanyak 80%. Dari laporan tersebut terlihat bahwa kesenjangan cakupan terhadap target menggambarkan lambatnya perkembangan Desa Siaga Aktif di setiap Kabupaten/Kota.

Penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti dan Munawaroh (2014) tentang Evaluasi Keberhasilan Indikator Program Desa Siaga Di Ciangsana, Gunung Putri, Bogor, Tahun 2013 menghasilkan bahwa desa siaga di Desa Ciangsana Kecamatan Gunung Putri belum berjalan dengan baik karena tidak ditemukan data-data tentang desa siaga meskipun semua kegiatan sudah dilaksanakan, hal ini disebabkan kurangnya koordinasi antar petugas. Penelitian Krisnovianti (2015) tentang Evaluasi Program Desa Siaga Aktif di Desa Kaliamok Kecamatan Malinau Utara Kabupaten Malinau diketahui bahwa Program Desa Siaga Aktif dinilai belum berjalan sebagaimana mestinya, karena diketahui bahwa masih banyak masyarakat yang belum paham bahwa pentingnya lingkungan sehat dan keluarga sehat.

Berdasarkan uraian diatas fokus penelitian ini adalah tentang menurunnya peran serta masyarakat dalam pengembangan nagari siaga aktif menjadi nagari siaga aktif mandiri.

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian permasalahan diatas maka perumusan masalah penelitian ini adalah : Apa faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah untuk : Mendeskripsikan faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Subjektif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah tingkat Kabupaten Lima Puluh Kota, dalam pengembangan Nagari Siaga Aktif

2. Manfaat Teoritis

Sebagai penerapan Ilmu Pembangunan Wilayah dan Desa dan merupakan pengalaman yang berharga bagi saya karena menambah wawasan dan pengetahuan dalam bidang Pembangunan Desa / Nagari

3. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah wawasan dan referensi bagi penelitian selanjutnya dalam mengembangkan Nagari Siaga Aktif.

