

ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PENGEMBANGAN NAGARI SIAGA AKTIF
DI KABUPATEN LIMA PULUH KOTA



Tesis

DEVI SUSANA

1521613010

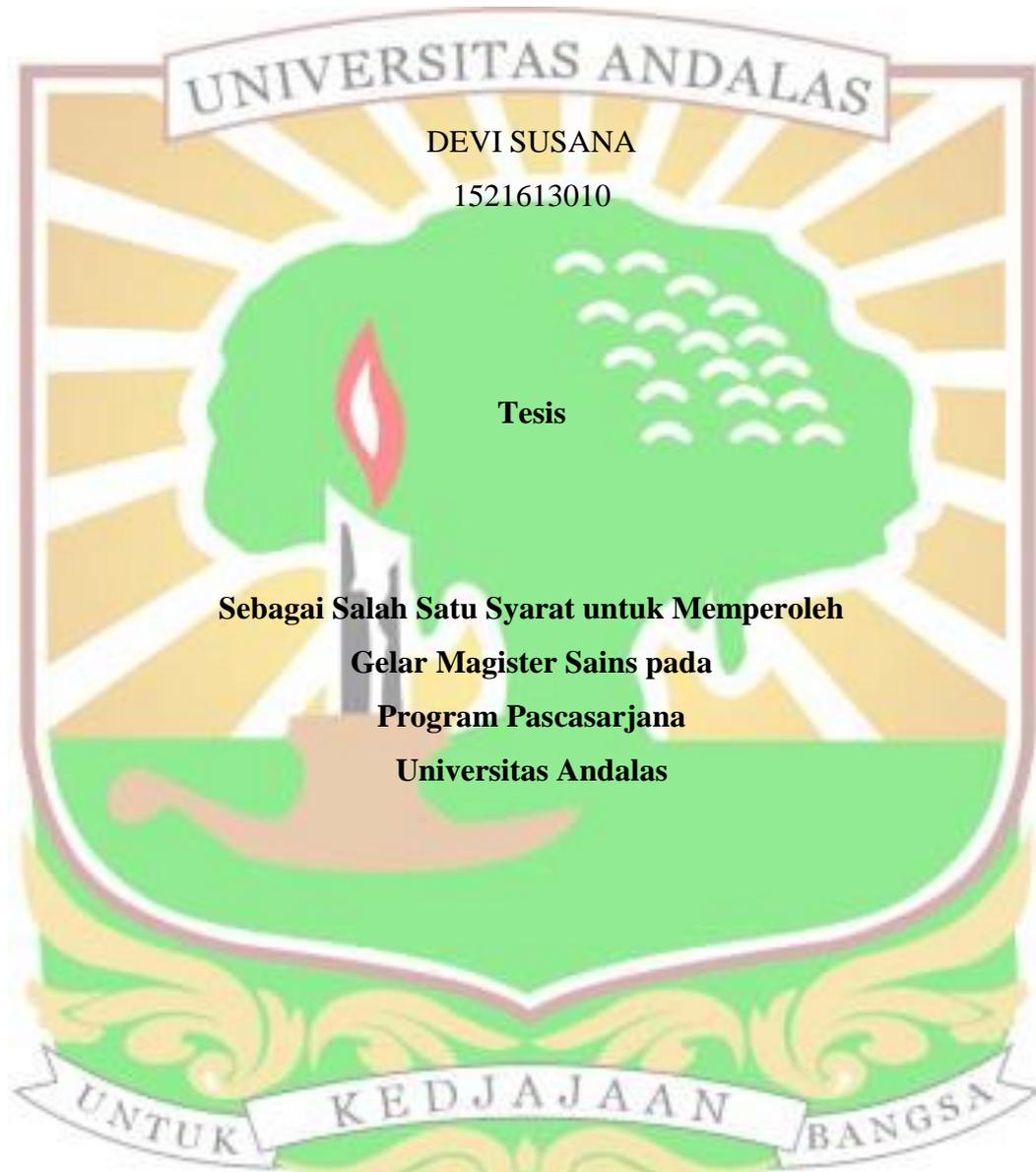


PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS ANDALAS

2020

ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PENGEMBANGAN NAGARI SIAGA AKTIF
DI KABUPATEN LIMA PULUH KOTA



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS ANDALAS**

2020

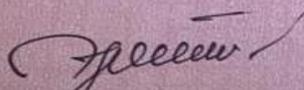
HALAMAN PERSETUJUAN

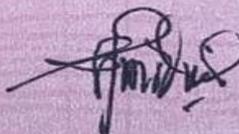
Judul : ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG
MEMPENGARUHI PENGEMBANGAN NAGARI
SIAGA AKTIF DI KABUPATEN LIMA PULUH
KOTA
Nama Mahasiswa : DEVI SUSANA
NIM : 1521613010
Program Studi : Pembangunan Wilayah dan Desa

Tesis telah diuji dan dipertahankan di depan sidang panitia ujian akhir
Magister Sains pada Program Pascasarjana Universitas Andalas dan dinyatakan
lulus pada tanggal 24 Juli 2020

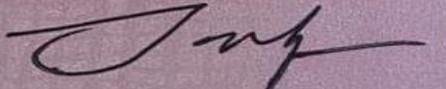
Menyetujui

1. Komisi Pembimbing

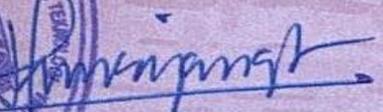

Prof. Dr. Afrizal, MA
Ketua


Dr. Najmudin, M.Ed. Ph.D
Anggota

2. Koordinator Program Studi


Dr. Ir. Ira Wahyuni Syarfi, MS
NIP 19630531 198810 2 001

3. Direktur Program Pascasarjana
Universitas Andalas


Prof. Dr. rer. soz. Nursyirwan Effendi
NIP 19640624 199001 1 002



Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya

Dia mendapat pahala (dari kebajikan) yang diusahakannya dan dia mendapat siksa (dari kejahatan) yang dikerjakannya. Berdoa “Ya Tuhan kami, janganlah Engkau hukumi kami jika kami lupa atau kami salah, Ya Tuhan Kami janganlah Engkau bebankan kepada kami beban yang berat sebagaimana Engkau bebankan kepada orang-orang sebelum kami. Ya Tuhan kami, janganlah Engkau pikulkan kepada kami apa yang tak sanggup kami memikulnya. Beri maafkan kami, ampunilah kami, dan rahmatilah kami. Engkaulah penolong kami terhadap kaum yang kafir (Al Qur an, Al Baqarah : 286)



Dengan memakan waktu bertahun-tahun karya ini selesai juga

Untuk alm papa, mama, suami dan anak-anak tercinta

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama : DEVI SUSANA, yang dilahirkan di Payakumbuh, 28 Desember 1973, sebagai anak ke 2 dari 5 bersaudara, dari pasangan (alm) Bpk Nasrul dan Ibuk Hj. Syafni. Menikah dengan Wilson Fitriadi dan memiliki 4 anak laki-laki. Beralamat di Komplek Wisma Indah Blok A no. 1, Bulakan Balai Kandi Payakumbuh, Sumbar

Pendidikan yang pernah ditempuh penulis yaitu sekolah dasar di SDN No 4 Labuh Baru, Payakumbuh tahun 1980-1986, sekolah menengah pertama di SMPN No. 1 Payakumbuh tahun 1986-1989, sekolah menengah atas di SMAN No. 3 Payakumbuh tahun 1989-1992, kuliah DIII di Akademi Gizi, Kemenkes RI Padang tahun 1992-1995 dan S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang tahun 2000-2002.

Dari tahun 1997-2013 Fungsional Nutrisionis, di RSUD Suliki, Kab.Lima Puluh Kota dan 2014 sampai sekarang Kepala Seksi SDM Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota

Padang, 24 Juli 2020
Penulis

DEVI SUSANA



PERNYATAAN

Dengan ini saya, nama : DEVI SUSANA yang beralamat di Komplek Wisma Indah, Blok A no 1, Bulakan Balai Kandi, Payakumbuh (Kode Pos 26225), menyatakan dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dicantumkan dalam naskah dan disebutkan dalam daftar kepustakaan.

Padang, 24 Juli 2020
Penulis

DEVI SUSANA



ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGEMBANGAN NAGARI SIAGA AKTIF DI KABUPATEN LIMA PULUH KOTA

Oleh : Devi Susana (1521613010)

(Dibawah bimbingan : Prof. Dr. Afrizal, MA dan Dr. Najmudin, M.Ed. Ph.D)

Abstrak

Pembangunan desa senantiasa berupaya peningkatan kualitas hidup dan kehidupan untuk sebesar-besarnya kesejahteraan masyarakat desa. Pembangunan desa bersifat multidimensional dan multisektor. Pembangunan ini juga dilihat dari segala bidang termasuk bidang kesehatan. Terkait kualitas hidup dan kehidupan di bidang kesehatan pemerintah melakukan kegiatan desa/nagari siaga aktif untuk pembangunan kesehatan masyarakat desa. Namun temuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di Kabupaten Lima Puluh Kota semenjak program desa siaga aktif dilaksanakan belum ada yang kategori mandiri. Untuk itu penting dilihat faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan nagari siaga aktif menjadi mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian ini memilih tiga lokasi nagari siaga aktif di Kabupaten Lima Puluh Kota yaitu Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh (Kategori Pratama), Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak (Kategori Madya), dan Nagari Batu Balang Kecamatan Harau (Kategori Purnama). Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam terhadap informan, serta dokumen-dokumen laporan dan kegiatan nagari siaga aktif. Analisis data dilakukan melalui tahap reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Hasil penelitian memperlihatkan beberapa faktor penyebab ketidakberhasilan pengembangan nagari siaga aktif menjadi mandiri yaitu belum aktifnya forum nagari, kader yang belum mandiri, Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) selain posyandu yang belum terbentuk, rendahnya partisipasi masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat serta rendahnya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Hal ini terlihat karena tidak terciptanya pemberdayaan masyarakat, mengakibatkan rendahnya partisipasi masyarakat, sehingga tidak terbentuk perubahan sosial dalam kemandirian program nagari siaga aktif. Dalam hal ini diperlukan evaluasi dan monitoring yang baik terhadap program nagari siaga aktif oleh pemerintah dan pihak terkait.

Kata kunci : Nagari Siaga Aktif, Kabupaten Lima Puluh Kota



ANALYSIS THE FACTORS THAT INFLUENCE THE DEVELOPMENT OF AN ACTIVE AND STANDBY NAGARI (VILLAGE) IN KABUPATEN LIMA PULUH KOTA

By : Devi Susana ((1521613010)

(Supervised by : Prof. Dr. Afrizal, MA dan Dr. Najmudin, M.Ed. Ph.D)

Abstract

Village development is a program (or an effort) aimed to continuously improve the quality of life for the maximum welfare of the village people. Village development is multidimensional and multisectoral in nature. This development program is also seen or assessed from all fields including the health sector. With regard to the quality of life in the health sector, the government has been conducting what is called the standby-active village (nagari) activities to boost the health of the rural community. But the findings of the Ministry of Health of the Republic of Indonesia show no nagari (or village) in the Lima Puluh Kota Regency managed to get into the independent village category since the launch of the standby and active village program. For this reason, it is important to look at the factors that influence the development of an active and standby nagari (village) to reach the level of independent village in the regency. This research uses a qualitative approach. This study selected three locations of active and standby villages (nagari) in the Lima Puluh Kota Regency, i.e. Nagari Pandam Gadang in the Gunung Mas District (Pratama Category), Nagari VII Koto Talago in Guguak District (Madya Category), and Nagari Batu Balang in Harau District (Purnama Category). Data collection was carried out through in-depth interviews with informants, as well as report documents and activities of the active standby nagari. Data analysis is carried out in stages through data reduction, data presentation, and drawing conclusions/verification. The research results shows a number of factors affecting the development efforts for the active standby nagari to become independent, namely the absence of active nagari forums, the lack of independent cadres, the lack of Community-Based Health Efforts (UKBM) apart from posyandu (integrated health post), low participation of the people, the business community and community organizations, and the low level of community participation fostering the Clean and Healthy Behavior (PHBS). This can be seen from the absence of community empowerment, resulting in low community participation and the lack of social change in the independent active-standby nagari program. So, a good evaluation and monitoring by the government and related parties of the active-standby nagari program is thus imperative.

Key words: Nagari Siaga Aktif, Lima Puluh Kota Regency

KATA PENGANTAR

Penulis mengucapkan puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas berkat taufik dan hidayahNya serta selawat dan salam untuk Nabi Besar Muhammad Salallahu Alaihi Wassalam junjungan seluruh umat, sehingga penulis telah dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini ditulis berdasarkan penelitian yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengembangan Nagari Siaga Aktif di Kabupaten Lima Puluh Kota”.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih banyak kepada Bapak Prof. Dr. Afrizal, MA sebagai ketua komisi pembimbing dan Bapak Dr. Najmudin, M.Ed, Ph.D sebagai anggota komisi pembimbing atas saran, arahan dan bimbingannya serta saran dan kritik, sehingga tesis ini terwujud.

Pada kesempatan ini pula, penulis tak lupa menyampaikan rasa terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Direktur Pascasarjana Prof. Dr. rer. soz. Nursyirwan Effendi, dan para dosen dan staf.
2. Ibuk Koordinator program studi PWD Dr. Ir. Ira Wahyuni Syarfi, MS beserta seluruh yang membantu pelaksanaan perkuliahan
3. Bapak-Bapak Tim Penguji Dr. Ir. Endry Martius, MSc; Dr. Ir. Faidil Tanjung M.Si; dan Prof. Dr. Ir. Yonariza, MSc, Ph.D yang telah memberi sumbang saran dan kritikan.
4. Kedua orang tuaku tercinta, Alm papa Nasrul, Mama tercinta Syafni yang selalu mengiringi dengan do'a, memberikan kasih sayang dan didikan, serta saudara-saudaraku Dr. Wedy Nasrul, SE, M.Si, Dian Puspita SE, Almh. Mona Molina, A.Md, Fernando, S.Hut, M.Sc dan Gerry, S.Ap, M.Ikom
5. Imamku tercinta Wilson Fitriadi serta anak-anak tersayang Falky Dufe Wilson, Fariz Rahman Wilson, Fandy Abiyu Maksum Wilson dan Fadlan Daffa Wilson atas pengorbanan, dukungan dan kesabarannya.
6. Ibuk Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota, Kabid Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Kasi Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan beserta rekan-rekan yang telah membantu memberikan informasi.

7. Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan serta rekan-rekan sejawat, terkhusus rekan Seksi SDM Erlina US, Rabwati S.Tr.Keb, Salfina, SH atas dukungan dan kesabaran karena terganggu pekerjaan selama ini.
8. Wali Nagari dan aparat desa beserta kader dari Nagari Pandam Gadang, Nagari Tujuh Koto Talago dan Nagari Batu Balang juga Bidan Desa di tiga wilayah tersebut yang telah bersedia memberi informasi.
9. Kepala Puskesmas Koto Tinggi, Puskesmas Padang Kandis dan Puskesmas Taram beserta staf yang bersedia memberi informasi tesis ini.
10. Teman seperjuangan PWD 2015 yang selalu memberi support dan semangat, kita terlambat tapi kita berjuang menyelesaikan.
11. Kepada seluruh pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan studi yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Akhirnya penulis berharap semoga hasil penelitian yang dituangkan dalam tesis ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan terutama pembangunan nagari berbasis pemberdayaan masyarakat. Semoga kesemuanya ini dapat menjadi ibadah di sisi Allah Subhanahu wata'ala. Aamiin Allahuma Aamiin...

Padang, Juli 2020

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vi
Daftar Lampiran	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Teori Pemberdayaan Masyarakat	8
B. Teori Partisipasi Masyarakat	15
C. Mewujudkan Perubahan Sosial	27
D. Konsep Desa Siaga.....	33
E. Hasil Penelitian yang Relevan.....	43
F. Kerangka Pemikiran	45
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	46
A. Jenis Penelitian	46
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	48
C. Teknik Pengumpulan Data	49
D. Analisis Data	52
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	59
A. Gambaran Umum	59
B. Pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Nagari Siaga Aktif Mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota.....	67
C. Faktor Dominan yang Mempengaruhi Tidak Berkembangnya Nagari Siaga Aktif Mandiri.....	93
D. Pembahasan	95

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN.....	104
A. Kesimpulan.....	104
B. Saran.....	106
DAFTAR KEPUSTAKAAN	107
LAMPIRAN	113

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Data wawancara.....	46
Tabel 2. Data informan	48
Tabel 3. Matrik Penelitian	54
Tabel 4. Jumlah Penduduk Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh Tahun 2016-2017 Berdasarkan Jenis Kelamin Rasio dan Kepadatan Penduduk	59
Tabel 5. Jumlah Kasus TB, DBD, Gizi Buruk, AKI, AKB dan AKABA Tahun 2017 – 2019 Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh.....	59
Tabel 6. Jumlah Penduduk Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak Tahun 2016-2018 Berdasarkan Jenis Kelamin Rasio dan Kepadatan Penduduk	61
Tabel 7. Jumlah Kasus TB, DBD, Gizi Buruk, AKI, AKB dan AKABA Tahun 2017-2019 Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak.....	62
Tabel 8. Jumlah Penduduk Nagari Batu Balang Tahun 2016-2018 Berdasarkan Jenis Kelamin Rasio dan Kepadatan Penduduk	63
Tabel 9. Jumlah Kasus TB, DBD, Gizi Buruk, AKI, AKB dan AKABA Tahun 2017-2019 di Nagari Batu Balang Kecamatan Harau	64
Tabel 10. Perbandingan sarana dan prasarana kesehatan serta tenaga kesehatan yang terdapat di ketiga nagari penelitian	65
Tabel 11. Rekapitulasi Hasil Penelitian Berdasarkan Indikator Nagari Siaga Aktif Mandiri di Bandingkan dengan Nagari Pandam Gadang, Nagari Tujuh Koto Talago dan Nagari Batu Balang.....	92

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Tangga Partisipasi	24
Gambar 2. Individu sebagai agen perubahan.....	30
Gambar 3. Kelompok sebagai agen perubahan	30
Gambar 4. Struktur sebagai agen perubahan	31
Gambar 5. Kerangka Pemikiran	45
Gambar 6. Analisi Data	51
Gambar 7. Triangulasi	53
Gambar 8. Peta Kabupaten Lima Puluh Kota.....	57
Gambar 9. Bupati Limapuluh Kota, Irfendi Arbi meresmikan Sistem Informasi Rujukan Ibu dan Bayi Baru Lahir Berbasis Nagari (Sibangga) dan ambulance Nagari Batu Balang, di kantor wali nagari, Kecamatan Harau, Rabu (18/10/2017).	89

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Kriteria Pentahapan Desa Siaga Aktif	113
Lampiran 2. Kategori Nagari Siaga Aktif	115



DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN



UU	Undang-Undang
AKI	Angka Kematian Ibu
AKB	Angka Kematian Bayi
AKABA	Angka Kematian Balita
ASI	Air Susu Ibu
BAB	Buang Air Besar
FKM	Forum Komunikasi Masyarakat
KLB	Kejadian Luar Biasa
KPM	Kader Pemberdayaan Masyarakat
MMD	Musyawarah Masyarakat Desa
MNH	<i>Maternal Neonatal Health</i>
Sibangga	Sistim
sijariemas	Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal and Neonatal
SMD	Survey Mawas Diri
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PHBS	Prilaku Hidup Bersih dan Sehat
PMI	Palang Merah Indonesia
POA	<i>Planning Of Action</i>
POD	Pos Obat Desa
Polindes	Poliklinik Desa
Posbindu	Pos Pembinaan Terpadu
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
TAGANA	Tim Siaga Bencana
Toga	Taman Obat keluarga
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKK	Upaya Kesehatan Kerja



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.



BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Pemberdayaan Masyarakat

1. Definisi Pemberdayaan Masyarakat

Bila dilihat dari sudut kata pemberdayaan berasal dari kata “daya” yang berarti kemampuan dan kekuatan. Berdaya berarti memiliki / mempunyai kekuatan. Pemberdayaan berarti membuat atau memproses sesuatu menjadi berdaya atau mempunyai daya atau mempunyai kekuatan. Pemberdayaan dalam bahasa Indonesia adalah terjemahan dari *empowerment* dalam Bahasa Inggris, yang bisa mempunyai arti “pemberian kekuasaan” karena *power* bukan sekedar “daya” tapi bermakna “kekuasaan”, sehingga kata “daya” tidak hanya bermakna “mampu” tapi juga “mempunyai kuasa” (Putra, 2011).

Permendagri Republik Indonesia No. 7 Tahun 2007 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat, mendefinisikan pemberdayaan masyarakat sebagai suatu strategi yang digunakan dalam pembangunan masyarakat sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan dan kemandirian dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara (pasal 1 ayat 8). Surjono dan Nugroho (dalam Widayanti, 2012) berpendapat bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses dimana masyarakat (khususnya yang kurang memiliki akses terhadap pembangunan) didorong untuk berusaha untuk meningkatkan kemandirian dalam mengembangkan perikehidupan mereka. Dikutip dari Nawalah, Qomaruddin dan Hargono (2012) menurut Shardlow mengatakan pemberdayaan masyarakat adalah suatu kiat yang dilakukan individu atau kelompok ataupun komunitas untuk berusaha dalam proses mengontrol kehidupan mereka sendiri dan berusaha merencanakan masa depan mereka sesuai dengan keinginan.

Menurut Wrihatnolo dan Nugroho (dalam Widayanti, 2012) Pemberdayaan sama dengan *community development* yang bermakna pembangunan masyarakat dan *community-based development* yang bermakna pembangunan yang bertumpu pada masyarakat, sehingga muncul istilah *community-driven development* (pembangunan yang diarahkan masyarakat) yang mempunyai pengertian pembangunan yang digerakkan oleh masyarakat.

Para ahli yang lain Jim Ife (dalam Zubaedi, 2016) pengertian pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan 4 (empat) sudut pandang yaitu:

- a) Pemberdayaan masyarakat dilihat dari sudut pandang pluralis adalah dimana pemberdayaan ini meningkatkan kapasitas masyarakat mampu bersaing secara wajar sehingga tidak muncul yang menang atau kalah, hal ini merupakan upaya untuk mengajar individu atau kelompok bagaimana cara bersaing di dalam (*how to compete within the rule*);
- b) Pemberdayaan masyarakat dilihat dari sudut pandang elitis, adalah upaya pemberdayaan masyarakat untuk menggabungkan masyarakat dengan kalangan elite dan mempengaruhi kalangan elite untuk membuat aliansi dan melakukan konfrontasi sehingga berupaya melakukan perubahan;
- c) Pemberdayaan masyarakat dilihat dari sudut pandang strukturalis adalah pemberdayaan masyarakat yang melakukan suatu proses pembebasan, perubahan struktural secara fundamental serta sehingga tidak ada lagi penindasan secara structural;
- d) Pemberdayaan masyarakat dilihat dari sudut pandang *post-strukturalis* adalah pemberdayaan masyarakat yang mengutamakan dan menekankan pada aspek intelektualitas dibanding aksi.

Tujuan diharapkan dari pemberdayaan adalah membentuk individu atau masyarakat menjadi mandiri. Kemandirian yang meliputi kemandirian berpikir, bertindak dan mengendalikan apa yang akan dilakukan. Kemandirian masyarakat adalah suatu kondisi yang dialami masyarakat yang ditandai oleh kemampuan untuk memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan masalah-masalah yang dihadapi dengan mempergunakan daya dan kemampuan yang terdiri atas kemampuan *kognitif, konatif, psikomotorik*, dengan penerahan sumber daya yang dimiliki dilingkungan internal masyarakat tersebut (Widjayanti, 2011).

Berdasarkan beberapa pengertian dan definisi di atas, bahwa pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya meningkatkan daya (kekuatan) pada sekelompok orang (masyarakat) yang terikat oleh suatu kesatuan dan hidup bersama untuk memberikan dorongan, peluang, kesempatan, dan perlindungan namun tidak mengatur dan mengendalikan kegiatan masyarakat yang

diberdayakan untuk mengembangkan potensinya sehingga masyarakat tersebut dapat memperbaiki kemampuan dan mengaktualisasikan diri atau berpartisipasi melalui berbagai aktivitas yang mandiri.

2. Strategi Pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat hakekatnya adalah memberi ruang kepada masyarakat untuk mampu mandiri dengan berusaha meningkatkan kemampuan, kemauan, kekuasaan dan keberanian, agar terwujudnya perbaikan kesejahteraan ekonomi, sosial, fisik dan mental secara berkelanjutan (Bahua, 2015).

Sumaryadi mengatakan pemberdayaan masyarakat adalah cara mempersiapkan masyarakat untuk memperbaiki kelembagaan masyarakat agar mereka mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan demi keadilan sosial yang berkelanjutan. Suhendra menyatakan pemberdayaan masyarakat dilakukan berkelanjutan dan sinergis melibatkan potensi yang ada secara evolutif (Asmiwati, 2016).

Menurut Setiana (dalam Alexander, 2017) pemberdayaan masyarakat pemberian motivasi/dorongan kepada masyarakat agar mereka memiliki kesadaran dan kemampuan untuk menjadikan apa yang harus mereka lakukan untuk mengatasi permasalahan yang mereka hadapi. Widjaja (dalam Yustikasari dan Komala, 2017) menambahkan pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan upaya dalam meningkatkan kemampuan dan potensi masyarakat, sehingga masyarakat dapat mewujudkan jati diri, harkat dan martabatnya secara maksimal untuk bertahan dan mengembangkan diri secara mandiri baik di bidang ekonomi, sosial, agama dan budaya.

Pemberdayaan masyarakat secara berkelanjutan dan berkesinambungan, *komprehensif* dan *simultan* sampai ambang batas tercapainya keseimbangan yang dinamis antara pemerintah dan semua segmen yang diperintah. Menurut Ndraha (dalam Priyatna, 2012), diperlukan berbagai program pemberdayaan, antara lain:

- a) Pemberdayaan politik, tujuannya membangun *bargainning position* yang diperintah terhadap pemerintah. *Bargainning* bertujuan agar yang diperintah mendapatkan apa yang merupakan haknya dalam bentuk barang, jasa, layanan, dan kepedulian tanpa merugikan pihak lain. Birokrasi telah berdaya dan

tangguh ketika birokrasi tersebut memiliki *"quality of work life"* yang tinggi dan berorientasi kepada;

- 1) *participation in decision making* (partisipasi dalam pengambilan keputusan);
 - 2) *career development program* (program pengembangan karir);
 - 3) *leadership style* (gaya kepemimpinan);
 - 4) *the degrees of stress experienced by employees*, (tingkat stres yang dialami karyawan); dan
 - 5) *the culture of the organisastion* (budaya organisasi).
- b) Pemberdayaan ekonomi, dilakukan sebagai upaya meningkatkan kemampuan yang diperintah sebagai langkah agar lebih berfungsi sebagai penanggung dari dampak negatif pertumbuhan, pembayar resiko salah urus, pemikul beban pembangunan, dan kegagalan program serta akibat kerusakan lingkungan.
 - c) Pemberdayaan sosial-budaya, digunakan untuk perbaikan kemampuan sumber daya manusia melalui *human investment* guna bertambahnya nilai manusia (*human dignity*), penggunaan (*human utilization*), dan perlakuan yang adil terhadap manusia.
 - d) Pemberdayaan lingkungan, merupakan program perawatan dan pelestarian lingkungan, agar seluruh pihak yang diperintah dan lingkungan yang ada mampu beradaptasi secara kondusif dan saling menguntungkan.

Ife (dalam Zubaedi, 2016) mengidentifikasi jenis kekuatan masyarakat untuk memberdayakan mereka:

- a) Kemampun dan kekuatan atas pilihan pribadi, memberikan kesempatan pada masyarakat untuk menentukan pilihan pribadi atau kesempatan untuk hidup lebih baik.
- b) Kemampuan dan penguatan dalam menentukan kebutuhan sendiri, dilakukan dengan mendampingi mereka untuk merumuskan kebutuhan sendiri.
- c) Penguatan dalam kebebasan berekspresi, dilakukan dengan meningkatkan kapasitas mereka untuk berekspresi dalam bentuk budaya publik.
- d) Penguatan Kelembagaan, dilakukan dengan mengembangkan aksesibilitas masyarakat terhadap kelembagaan pendidikan, kesehatan, keluarga,

keagamaan, sistem kesejahteraan sosial, struktur pemerintahan, media dan lain-lain.

- e) Penguatan sumber daya ekonomi, dilakukan meningkatkan aksesibilitas dan kontrol terhadap aktivitas ekonomi.
- f) Penguatan dalam kebebasan reproduksi, dilakukan dengan memberikan kebebasan kepada masyarakat dalam menentukan proses produksi.

Ada dua citra pemberdayaan, yaitu: (1) menambah manfaat baik kepada pihak yang memberi kuasa maupun kepada pihak yang mendapat kuasa. Tipe inilah yang disebut sebagai pemberdayaan (*empowerment*), dan (2) kekuasaan didapat oleh pihak yang sebelumnya tidak berkuasa melalui perjuangan sendiri (*self-empowerment* atau pemberdayaan sendiri) (Bahua, 2015).

3. Prespektif Tentang Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pemberdayaan masyarakat adalah sebuah strategi pengelolaan pembangunan menurut Ditjen PMD (dalam Fadil, 2013), ada tiga hal pernyataan pemberdayaan masyarakat :

- a) Terdapatnya keterlibatan secara langsung dari masyarakat pada setiap seluruh proses pengelolaan pembangunan,
- b) Pemerintah dan seluruh lembaga pengelolaan pembangunan wajib mendorong akses terbaik kepada masyarakat untuk mampu berperan aktif dalam proses pembangunan,
- c) Terbangunnya demokratisasi proses pembangunan pada tingkat lapisan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat dapat terjadi bila dalam program pembangunan masyarakat tidak dianggap sebagai objek dari pembangunan, tetapi menjadi subjek/pelaku dari pembangunan. Berbagai unsur pemberdayaan masyarakat diantaranya : (a) pemberian motivasi (*motivating*), motivasi yang kuat untuk peningkatan kapasitasnya kehidupan dan kesejahteraannya dengan usaha ekonomi dan sosial yang mereka kembangkan; (b) pemberian penguatan (*empowering*), penguatan pendidikan, manajemen, teknis, dan permodalan usaha ekonomi dan social; (c) Pemberian perlindungan (*protecting*), perlindungan yang komprehensif unsur pelaksanaan pembangunan sebagai usaha pemberian advokasi kepada

masyarakat melalui berbagai regulasi dan politik yang berkeadilan dan bermartabat (Bahua, 2015).

Kegiatan pembangunan yang termasuk kegiatan pemberdayaan masyarakat apabila mempunyai lima karakteristik menurut Latama (dalam Zubaedi, 2016) yaitu :

- a) Berbasis lokal, dimana perencanaan dan pelaksanaan dilakukan dilokasi setempat yang melibatkan sumber daya lokal (*return to lokal resource*) dan hasilnya dinikmati masyarakat lokal.
- b) Berorientasi pada kesejahteraan, dimana dirancang dan dilaksanakan dengan fokus untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat bukan untuk meningkatkan produksi.
- c) Berbasis kemitraan, dimana adanya pembentukan usaha kemitraan yang mutualistis antara masyarakat lokal (miskin) dengan masyarakat yang lebih mampu.
- d) Bersifat *holistic*, dimana mencakup semua aspek, sehingga sumber daya lokal patut diketahui dan didayagunakan.
- e) Berkelanjutan, sejalan dengan prinsip pembangunan yang berkelanjutan, serta memperhatikan berkelanjutan dari segi ekonomi maupun segi sosial.

Proses pembangunan yang memberdayakan masyarakat menurut Wilson (dalam Tukasno, 2013) bila meliputi tujuh hal sebagai berikut :

- 1) Berubahnya keinginan lebih baik pada diri masyarakat untuk meningkatkan dan memperbaiki, sebagai titik awal perlunya pemberdayaan;
- 2) Terbangunnya kemauan dan keberanian untuk dapat keluar dari kesenangan atau kenikmatan dan atau hambatan- hambatan yang lakukan agar dapat pada akhirnya mengambil kebijakan mengikuti pemberdayaan dalam rangka perubahan dan perbaikan yang diharapkan;
- 3) Meningkatkan kemauan untuk mempelajari dan terlibat pada proses pemberdayaan yang memberikan manfaat atau perbaikan keadaan;
- 4) Peningkatan peran serta atau partisipasi aktif proses kegiatan pemberdayaan yang telah dirasakan manfaatnya;
- 5) Peningkatan peran aktif dan kesetiaan diri dalam proses pemberdayaan, yang bertujuan untuk berkembangnya motivasi - motivasi agar terjadi perbaikan;

- 6) Peningkatan efektifitas dan efisiensi dalam pemberdayaan;
- 7) Membangun kompetensi dan kapasitas dalam melakukan perubahan melalui kegiatan pemberdayaan baru.

Darwanto (dalam Bahua, 2015), menyatakan empat unsur pembangunan pemberdayaan adalah:

- 1) inklusi dan partisipasi; menambah ruang partisipasi bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin dalam pembangunan. Memberi mereka otoritas dan kontrol atas keputusan mengenai sumber-sumber pembangunan;
- 2) akses yang baik terhadap informasi; Informasi merupakan ilmu pengetahuan, program dan kinerja dari pemerintah, hak dan kewajiban dalam bermasyarakat, ketentuan tentang proses pelayanan umum, perkembangan permintaan, penawaran pasar, dan lain-lain;
- 3) kapasitas organisasi lokal; kemampuan dari masyarakat untuk lebih membangun kerja sama, mengorganisasikan perorangan dan kelompok-kelompok yang ada di tengah masyarakat, memobilisasi sumber-sumber daya yang ada untuk memperbaiki masalah bersama;
- 4) profesionalitas akator pemberdayaan, pemerintah atau lembaga-lembaga swadaya masyarakat terkait, untuk mendengarkan, memahami, mendampingi, dan melakukan proses serta tindakan yang diperlukan untuk melayani kepentingan masyarakat.

Menurut Kartasamita (dalam Zubaedi, 2016) upaya pemberdayaan dilakukan tiga arah, yang dilakukan dengan upaya sebagai berikut:

- a. *Enabling*, yaitu proses menciptakan suasana atau iklim yang menjadikan potensi masyarakat lebih berkembang. Dimulai dengan cara setiap masyarakat, memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Pemberdayaan merupakan proses untuk lebih meningkatkan daya itu dengan cara mendorong (*encourage*), memotivasi dan membangkitkan kesadaran (*awareness*) potensi dan kemampuan yang dipunyai serta berupaya untuk mengembangkannya.
- b. *Empowering*, merupakan proses meningkatkan kemampuan dengan cara memperkuat potensi atau kemampuan yang dimiliki. Perkuatan ini meliputi proses nyata seperti penyediaan berbagai masukan (*input*) serta

memperlancar akses pada berbagai peluang yang dapat menjadi masyarakat menjadi makin berdayaan.

- c. *Protecting*, yaitu proses melindungi kepentingan dengan mengembangkan sistem perlindungan masyarakat yang menjadi subjek pengembangan. Dalam proses pemberdayaan perlu diantisipasi yang lemah menjadi bertambah lemah, akibat kekurangberdayaan dalam menghadapi yang lebih kuat. Melindungi dalam hal ini dilihat sebagai upaya untuk mencegah terjadinya persaingan yang tidak seimbang serta eksploitasi yang kuat atas yang lemah.

Dalam UU No 6 Tahun 2014 tentang Desa disebutkan bahwa Pemberdayaan Masyarakat Desa adalah :

upaya mengembangkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran, serta memanfaatkan sumber daya melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan, dan pendampingan yang sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat Desa.

Pembangunan yang memberdayakan masyarakat adalah pembangunan yang melibatkan masyarakat sebagai subjek (pelaku) pembangunan mewujudkan pengembangan potensi dan kekuatan masyarakat sehingga mampu mandiri dalam partisipasi pembangunan.

B. Teori Partisipasi Masyarakat

Proses pemberdayaan masyarakat merupakan upaya dalam mewujudkan kemandirian masyarakat hal ini akan terwujud dengan adanya partisipasi masyarakat itu sendiri, tanpa partisipasi masyarakat maka pemberdayaan masyarakat tidak akan terwujud.

1. Definisi Partisipasi Masyarakat

Dilihat dari kata partisipasi berasal dari kata bahasa Inggris "*participation*" artinya pengambilan bagian, pengikutsertaan. Partisipasi adalah keikutsertaan seseorang (kelompok masyarakat) secara aktif mulai dari proses kegiatan perumusan kebutuhan, perencanaan, sampai pada tahap pelaksanaan dan evaluasi kegiatan baik melalui pikiran atau langsung dalam bentuk fisik. Partisipasi masyarakat atau adalah proses ketika warga, sebagai makhluk individu

maupun kelompok sosial dan organisasi, mengambil peran serta ikut mempengaruhi proses perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kebijakan yang langsung mempengaruhi kehidupan mereka (Yuliandri, 2014).

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 2007 menyebutkan bahwa partisipasi adalah keikutsertaan dan keterlibatan masyarakat secara aktif dalam proses perencanaan pembangunan (pasal 1 ayat 6). Partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan, perhatian dan sumbangan yang diberikan oleh kelompok atau masyarakat yang berpartisipasi. Partisipasi masyarakat berarti masyarakat ikut serta, dimana masyarakat ikut dan serta dalam pemerintah karena kenyataannya pemerintahlah yang sampai dewasa ini merupakan perancang, penyelenggara, dan pembayar utama dalam pembangunan. Masyarakat diharapkan dapat ikut serta, karena kegiatan pembangunan di seleggarakan dan dibiayai oleh pemerintah, Itu dimaksudkan untuk sebesar - besarnya kesejahteraan masyarakat sendiri, untuk rakyat (Erawati dan Mussadun, 2013).

Adisasmita (dalam Fadil, 2013) mendefinisikan partisipasi masyarakat adalah pemberdayaan masyarakat, yaitu peran serta masyarakat dalam kegiatan penyusunan perencanaan (*planning*) dan implementasi program/proyek pembangunan, dan merupakan aktualisasi kesedian dan kemauan masyarakat untuk berkontribusi terhadap implementasi pembangunan. Isbandi menyatakan partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dengan melihat potensi yang ada di masyarakat, serta pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah juga keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi. Sumardi partisipasi adalah peran serta seseorang (kelompok masyarakat) dalam proses pembangunan baik dalam bentuk pernyataan maupun dalam bentuk kegiatan dengan memberi masukan pikiran, tenaga, waktu, keahlian, modal dan atau materi, serta ikut memanfaatkan dan menikmati hasil-hasil pembangunan (Andreeyan, 2014).

Partisipasi masyarakat menurut pendapat Mubyarto (dalam Lally 2015) mendefinisikan partisipasi masyarakat adalah kesediaan masyarakat untuk membantu keberhasilan setiap program pembangunan sesuai dengan kemampuannya tanpa mengorbankan kepentingan diri sendiri. Partisipasi

masyarakat merupakan suatu proses komunikasi dua arah yang terus menerus merupakan komunikasi antara pihak pemerintah sebagai pemegang kebijakan dan masyarakat di pihak lain sebagai pihak yang merasakan langsung dampak dari kebijakan tersebut.

Rowe dan Freyer (dalam Imtihan, Wahyunadi, dan Firmansyah, 2017) juga memberikan definisi partisipasi masyarakat adalah suatu proses keterlibatan masyarakat dalam penyusunan agenda, pengambilan keputusan dan membentuk kebijakan kegiatan lembaga untuk pembangunan kebijaksanaan. Lebih lanjut lagi Adisasmita juga mengatakan bahwa partisipasi masyarakat adalah suatu kegiatan pemberdayaan masyarakat, dimana peran serta masyarakat ikut dalam seluruh kegiatan pembangunan mulai dari kegiatan penyusunan perencanaan dan pelaksanaan sehingga terlihat adanya kontribusi dan pengorbanan masyarakat dalam kegiatan pembangunan (Fadil, 2013).

Dari beberapa definisi partisipasi masyarakat di atas, dapat disimpulkan bahwa partisipasi adalah keterlibatan atau keikutsertaan secara aktif dari seseorang, atau sekelompok orang (masyarakat) secara sadar untuk berkontribusi secara sukarela dalam program pembangunan dan terlibat mulai dari perencanaan (*planning*), pelaksanaan, monitoring sampai pada tahap evaluasi dan pemeliharaan hasil hingga menikmati hasil yang diperoleh.

2. Ruang Lingkup Partisipasi Masyarakat

Partisipasi atau juga disebut peran serta masyarakat dalam pembangunan wilayah perdesaan menurut Adisasmita (dalam Chaerunnissa 2014) adalah merupakan kemampuan masyarakat itu sendiri untuk selalu berkontribusi dalam *implementasi* program yang dilaksanakan. Peningkatan partisipasi masyarakat merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat (*social empowerment*) dimana secara aktif mengarah pada pencapaian hasil pembangunan yang dilakukan dalam masyarakat (perdesaan). Hampir sependapat dengan di atas menurut Ndraha (dalam Sularmi 2009) partisipasi masyarakat merupakan proses pemberdayaan masyarakat, penyusunan perencanaan, dan implementasi kegiatan pembangunan dan kesediaan waktu serta kemauan masyarakat untuk berkontribusi terhadap implementasi program pembangunan. Dalam proses pembangunan, partisipasi

berfungsi sebagai tambahan masukan dan keluaran. Sebagai masukan, partisipasi masyarakat berfungsi menambah kemampuan masyarakat untuk berkembang dan membangun secara mandiri. Sebagai keluaran partisipasi dapat digerakkan atau dibangun. Disini partisipasi berfungsi sebagai keluaran proses stimulasi atau motivasi melalui berbagai upaya.

Upaya peningkatan partisipasi masyarakat adalah cara-cara pemberdayaan masyarakat (*sosial empowerment*) secara aktif dengan berorientasi pada peningkatan hasil pembangunan yang dilakukan dalam masyarakat pedesaan pandangan Adisasmita (dalam Chaerunnissa, 2014). Partisipasi masyarakat menurut Cohen dan Uphof dikutip dari Asariansyah (2013) menguraikan bentuk-bentuk partisipasi yang terbagi dalam empat bentuk, yaitu :

- 1) Partisipasi dalam mengambil keputusan (*participation in decision making*).
Partisipasi masyarakat dalam mengambil keputusan bagian mendasar sekali, terutama disebabkan hal ini menyangkut dengan nasib mereka secara menyeluruh yang menyangkut kepentingan kolektif. Partisipasi pengambilan keputusan ini terdapat dalam berbagai bentuk, seperti diskusi, sumbangan pemikiran, kehadiran pertemuan, masukan atau penolakan terhadap program yang ditawarkan;
- 2) Partisipasi dalam pelaksanaan (*participation in implementation*).
Partisipasi masyarakat pada pelaksanaan program adalah proses lanjutan dari rencana yang telah disepakati, partisipasi dalam pembangunan ini dapat dilakukan dalam keikutsertaan masyarakat pada proses memberikan kontribusi guna menunjang pelaksanaan pembangunan yang berwujud barang, material, tenaga, uang, maupun informasi yang berguna bagi pelaksanaan pembangunan,
- 3) Partisipasi saat pengambilan manfaat (*participation in benefits*).
Kualitas keberhasilan suatu program dan kegiatan akan ditandai dengan adanya peningkatan hasil, sedangkan dari segi kuantitas dapat dilihat seberapa besar persentase keberhasilan program yang dilaksanakan, apakah sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Partisipasi dalam menikmati hasil dapat dilihat dari tiga segi, yaitu dari aspek manfaat sosialnya, materialnya dan manfaat pribadi.

4) Partisipasi saat evaluasi (*participation in evaluation*).

Pelaksanaan program secara menyeluruh menjadi aspek partisipasi saat evaluasi. Partisipasi ini berguna untuk mengukur sejauhmana implementasi program telah sesuai dengan tujuan atau ada penyimpangan.

Menurut Angell (dalam Ross dikutip Setiyawati dan Susanto, 2011) menyatakan bahwa banyak aspek yang mempengaruhi kecenderungan masyarakat ikut berpartisipasi, yaitu:

- 1) Usia, masyarakat dengan kategori usia menengah ke atas dengan keterikatan moral kepada nilai dan norma masyarakat yang lebih kuat, cenderung lebih banyak terlibat atau ikut berpartisipasi dibandingkan masyarakat yang dari kelompok usia lainnya.
- 2) Jenis kelamin, masih adanya nilai yang cukup lama dominan dalam kultur berbagai bangsa bahwa perempuan adalah “di dapur” tempatnya, yang berarti bahwa sebagian besar masyarakat mempunyai anggapan peranan perempuan yang utama adalah mengurus rumah tangga. Namun semakin lama nilai peran perempuan tersebut telah berubah akibat adanya gerakan emansipasi dan pendidikan perempuan yang semakin baik.
- 3) Pendidikan, satu syarat mutlak untuk berpartisipasi. Pendidikan selama ini dapat mempengaruhi sikap hidup seseorang terhadap lingkungannya, suatu sikap dibutuhkan bagi peningkatan kesejahteraan seluruh masyarakat.
- 4) Pekerjaan dan penghasilan, pekerjaan dan penghasilan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pekerjaan seseorang sangat menentukan berapa penghasilan yang akan diperolehnya. Pekerjaan dan penghasilan yang baik dan mampu mencukupi kebutuhan sehari - hari sangat mempengaruhi seseorang untuk berpartisipasi ditengah masyarakat. Sehingga dapat diartikan untuk berpartisipasi dalam suatu kegiatan, harus didukung oleh perekonomian yang mapan.
- 5) Lamanya tinggal, seseorang yang telah lama tinggal dalam lingkungan mereka sangat memiliki pengalaman berinteraksi dengan masyarakat dan lingkungan, kondisi ini sangat berpengaruh pada partisipasi seseorang. Semakin lama ia tinggal dalam lingkungan tertentu, maka rasa memiliki pada

lingkungan tersebut akan cenderung lebih terlihat dalam partisipasinya yang besar dalam setiap kegiatan pada lingkungan tersebut

Moeljanto menjelaskan dimana dalam konteks partisipasi lokal, seluruh mitra yang terlibat dalam pelaksanaan suatu program merupakan persyaratan murni. Sehingga pelaksanaan suatu kegiatan harus memaksimalkan partisipasi masyarakat dalam upaya meningkatkan kesejahteraan. Langkah-langkah yang dapat diambil untuk mendorong partisipasi lokal kearah tercapainya program pemerintah : a) Hubungan yang lebih efektif dengan masyarakat melalui pembangunan koalisi dan jaringan komunikasi; b) Terjadinya peningkatan rasa tanggung jawab masyarakat dalam pembangunan mereka sendiri dan peningkatan kesadaran mereka akan masalah mereka, kemampuan mereka, kebutuhan mereka dan potensi mereka; c) Peningkatan dan perbaikan komunikasi antar berbagai potensi lokal sehingga masing – masing dapat lebih menyadari perspektif partisipasi lain; d) Implementasi prinsip tertentu, yaitu tentang hidup, belajar merencanakan dan bekerja bersama – sama dengan rakyat (Dwiningrum, 2011).

3. Pelaksanaan Partisipasi Masyarakat

Pelaksanaan partisipasi masyarakat dalam program pembangun dilihat dari Bentuk partisipasi menurut Effendi, terbagi atas:

1) Partisipasi Vertikal

Partisipasi vertikal merupakan kondisi tertentu masyarakat terlibat atau mengambil bagian dalam suatu program pihak lain. Masyarakat berada sebagai status bawahan, pengikut, atau klien.

2) Partisipasi horizontal

Partisipasi horizontal, masyarakat mempunyai keinginan menjadi anggota atau kelompok masyarakat berpartisipasi horizontal satu dengan yang lainnya (Dwiningrum, 2011).

Dalam partisipasi masyarakat terdapat dua dimensi penting. Dimensi pertama adalah siapa yang berpartisipasi, Cohne dan Uphoff mengklasifikasikan masyarakat berdasarkan latar belakang dan tanggung jawabnya yaitu : 1) Penduduk setempat; 2) Pemimpin masyarakat; 3) Pegawai pemerintahan; 4) Pegawai asing yang mungkin dipertimbangkan memiliki peran penting dalam

suatu atau kegiatan tertentu. Dimensi kedua bagaimana berlangsungnya partisipasi, dimensi ini penting untuk digunakan : 1) Dari mana inisiatif berasal; 2) Partisipasi tersebut sukarela atau paksaan; 3) Mengetahui saluran partisipasi, individu atau kolektif, formal atau informal, langsung atau dalam keterwakilan; 4) Durasi partisipasi; 5) Ruang lingkup partisipasi, apakah sekali atau seluruhnya, sementara atau berlanjut dan meluas; 6) Memberikan kekuasaan yang meliputi keterlibatan efektif dan pengambilan keputusan (Dwiningrum, 2011).

Macam tipe partisipasi masyarakat menurut Sekretariat Bina Desa (dalam Setiyawati dan Susanto, 2011) yaitu :

- 1) Partisipasi pasif *manipulative*. Partisipasi ini karakteristiknya masyarakat mendapat informasi yang sedang atau telah terjadi. Pengumuman sepihak oleh pelaksana proyek cenderung tidak memperhatikan tanggapan masyarakat dan informasi yang diperlukan. Informasi terbatas pada kalangan professional di luar kelompok sasaran.
- 2) Partisipasi *informative*. Masyarakat diarahkan menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian. Namun masyarakat tidak diberi kesempatan untuk terlibat dan mempengaruhi proses penelitian. Akurasi hasil penelitian juga tidak dibahas secara langsung bersama masyarakat.
- 3) Partisipasi *konsultatif*. Partisipasi ini memiliki karakteristik dimana masyarakat berpartisipasi dengan cara konsultasi. Namun peluang membuat keputusan bersama masyarakat tidak dilakukan. Professional sama sekali tidak berkewajiban untuk mengajukan pandangan (sebagai masukan) atau tindak lanjut..
- 4) Partisipasi *intensif*, merupakan partisipasi yang karakteristik dimana masyarakat memberikan korbanan atau jasanya untuk memperoleh imbalan berupa *intensif* upah. Masyarakat pada umumnya tidak dilibatkan dalam proses pembelajaran atau eksperimen. Masyarakat juga tidak memiliki andil untuk melanjutkan proses kegiatan setelah *intensif* dihentikan.
- 5) Partisipasi *funksional*, merupakan karakteristik masyarakat membentuk kelompok untuk mencapai tujuan kegiatan. Kelompok dibentuk saat keputusan-keputusan utama yang disepakati telah ada. Bagian awal proses ini

masyarakat akan tergantung terhadap pihak luar namun secara bertahap menunjukkan kemandiriannya.

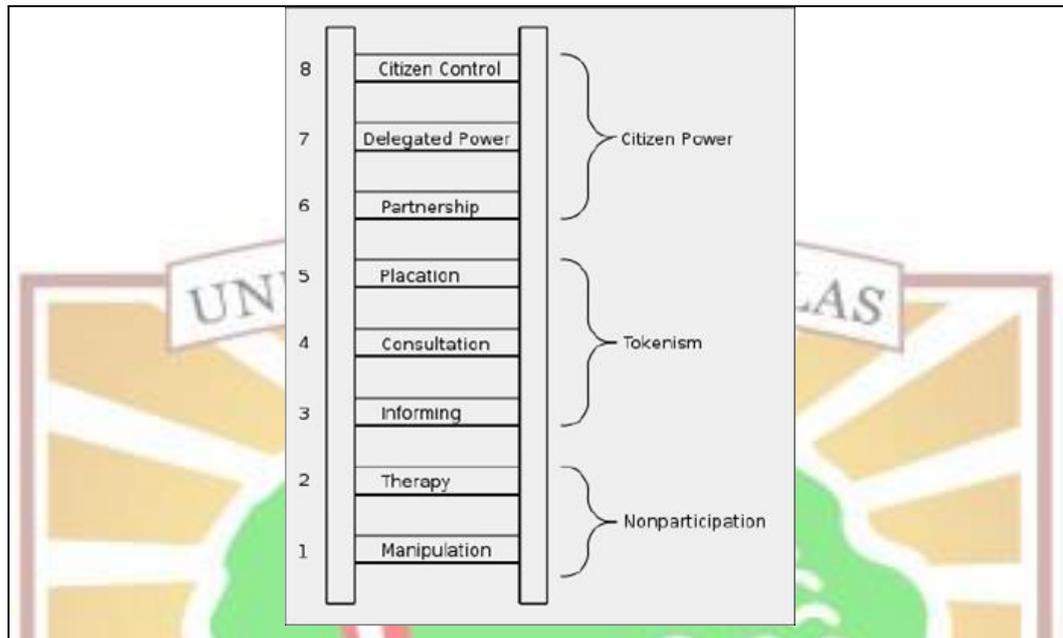
- 6) Partisipasi *interaktif* adalah ciri dimana masyarakat berperan dalam analisis perencanaan kegiatan, perancangan proses penguatan kelembagaan dan sering dilakukan melalui metode interdisipliner. Mencari keragaman perspektif dalam proses belajar mengajar yang terstruktur dan sistematis. Masyarakat juga memiliki peran untuk mengontrol atas (pelaksanaan) keputusan-keputusan mereka, sehingga memiliki andil dalam keseluruhan proses kegiatan.
- 7) *Self mobilization* (mandiri) memiliki karakter masyarakat mengambil inisiatif sendiri. Masyarakat secara bebas terlibat untuk mengubah sistem dan nilai-nilai yang mereka miliki. Masyarakat membangun dan mengembangkan kontak dengan pihak-pihak lain untuk mendapatkan bantuan-bantuan teknis dan sumberdaya. Masyarakat berperan aktif pemanfaatan sumberdaya yang ada dan atau digunakan.

Menurut Arnstein (1969 dalam Imtihan, Wahyunadi dan Frimansyah, 2017) menyajikan teori partisipasi dengan istilah *Theory The Ladder of Participation* yaitu suatu tangga bentuk pentahapan partisipasi dalam masyarakat dan membagi menjadi delapan tahapan partisipasi, yaitu :

- a. Manipulasi (*manipulation*), pada tangga partisipasi ini terlihat tidak ada komunikasi masyarakat tidak terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan karena mengharapkan pengetahuan masyarakat bisa dengan kata lain masyarakat tidak tahu sama sekali terhadap tujuan, tapi hadir dalam forum.
- b. Terapi (*therapy*), pada jenjang partisipasi tahap ini sudah terlihat ada komunikasi yang bersifat terbatas.
- c. Informasi (*information*), pada tahap ini partisipasi sudah terlihat ada komunikasi yang banyak tapi masih bersifat satu arah, masyarakat masih belum melakukan komunikasi karena masyarakat belum diberi kesempatan melakukan tanggapan balik (*feed back*).
- d. Konsultasi (*consultation*), pada tangga partisipasi ini komunikasi telah lebih naik karena bersifat dua arah, tapi masih bersifat partisipasi yang

yang sudah diatur dan ditentukan, dan tidak dapat dilaksanakan secara sembarangan (ritual), pada partisipasi ini sudah dilakukan penjaringan aspirasi dari masyarakat sudah ada pengajuan usulan, sudah ada kesempatan aspirasi masyarakat untuk didengar walaupun belum ada kepastian kalau aspirasi yang disampaikan akan dilaksanakan ataupun akan terjadi suatu perubahan.

- 
- e. Penentrangan/perujukan (*placation*), pada partisipasi jenjang ini sudah terlihat adanya feedback masyarakat, masyarakat sudah dapat memberikan saran atau memberi usulan perencanaan kegiatan, tetapi kewenangan untuk menilai kelayakan dan ketetapan usulan masih ditangan pemerintah.
 - f. Kemitraan (*partnership*), pada jenjang partisipasi ini pemerintah dan masyarakat diposisi sejajar merupakan mitra, sudah terlihat adanya negosiasi dalam hal perencanaan, pelaksanaan, maupun monitoring dan evaluasi, masyarakat sudah diberi akses oleh penguasa untuk bernegosiasi dalam melakukan pendapat.
 - g. Pendelegasian kekuasaan / pelimpahan kekuasaan (*delegated power*), pada partisipasi di tahap kewenangan masyarakat sudah diberi oleh penguasa untuk mandiri mulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, sehingga akan muncul tanggung jawab masyarakat dalam keberhasilan program.
 - h. Pengendalian warga / control masyarakat (*citizen control*), dalam jenjang ini partisipasi masyarakat tertinggi, masyarakat mengelola program tanpa ada campur tangan pemerintah.



Gambar 1. Tangga Partisipasi

Sumber : Arnstein (1969 dalam Imtihan, dkk, 2017)

Masyarakat pada posisi tangga 1 dan tangga 2 diartikan sebagai *non participation* atau dinilai kondisi belum adanya partisipasi, karena keterlibatan masyarakat masih bergantung kepada, sehingga peran masyarakat tidak terlihat. Pada tangga 3, tangga 4 dan tangga 5 dikategorikan sebagai derajat *tokenisme* dimana peran serta masyarakat sudah ada, sehingga masyarakat diberikan kesempatan untuk berpendapat dan didengar pendapatnya, tetapi masyarakat tidak memiliki kemampuan untuk mendapatkan jaminan bahwa partisipasi masyarakat akan dipertimbangkan oleh pemerintah atau penguasa. Kebijakan sekadarnya, berupa upaya superfisial (dangkal, pada permukaan) atau tindakan simbolis dalam pencapaian suatu tujuan. Dalam hal sekedar menggugurkan kewajiban belaka dan bukannya usaha sungguh-sungguh untuk melibatkan masyarakat secara bermakna. Partisipasi pada jenjang ini akan memiliki perubahan dalam masyarakat tetapi kemungkinan yang sangat kecil. Pada tiga tangga terakhir yaitu tangga 6, tangga 7 dan tangga 8 adalah *citizen power*, pada tangga ini yang disebut partisipasi yang sebenarnya karena masyarakat sudah berperan penuh dalam pengambilan keputusan (Imtihan, dkk, 2017)

Dapat terlihat bahwa partisipasi dari masyarakat dalam pelaksanaan sebuah program pembangunan mutlak diperlukan, karena masyarakatlah yang

pada akhirnya akan melaksanakan dan merasakan hasil program tersebut. Adanya keterlibatan masyarakat memungkinkan mereka akan memiliki rasa tanggung jawab dan merasa memiliki terhadap keberlanjutan program pembangunan, dengan pendekatan partisipatif, diharapkan partisipasi, potensi dan kreatifitas masyarakat dapat lebih tergali.

4. Partisipasi Masyarakat dalam Rangka *Good Governance*

Saat ini telah terjadi pergeseran dari paradigma *government* (pemerintah) menjadi *governance* (tata pemerintahan). *Governance* mulai dikenal di Indonesia kurang sejak adanya krisis moneter pada tahun 1998, Indonesia memulai berbagai inisiatif yang dirancang untuk mengarah kepada *good governance*, akuntabilitas dan partisipasi yang lebih luas. Konsep *good governance* (tata pemerintahan yang baik), salah satu strategi membangun yang mewujudkan ketatapemerintahan yang baik yaitu melibatkan dan mendorong partisipasinya masyarakat dalam setiap aktivitas penyelenggaraan pemerintahan. *Governance* difokuskan pada kualitas hubungan antara pemerintah dan masyarakat. *Governance* meliputi tiga sektor penting yaitu sektor negara, sektor swasta dan masyarakat menurut Sedarmayanti (dalam Purba dan Djanin, 2015).

Indonesia membenahi dirinya dengan *Good Governance* di lingkungan pemerintah, dunia usaha swasta, dan masyarakat, karena demokrasi sebagai inti dari *Good Governance* menuntut keikutsertaan seluruh elemen masyarakat dalam penyelenggaraan pemerintahan, dan pembangunan, mulai dari perumusan pembuatan dan penyusunan kebijakan sampai pada pelaksanaan dan pengendalian pemerintahan. Desentralisasi dapat menciptakan transparansi dan akuntabilitas yang bisa menjadi modal untuk membentuk demokrasi lokal. Desentralisasi tidak mampu secara otomatis langsung mengandung prinsip tata kelola pemerintahan yang baik. Dalam penyelenggaraan pemerintahan yang efektif dan lebih demokratis menuntut praktek pemerintahan lokal yang lebih baik yang membuka peran serta masyarakat untuk menuju masyarakat madani (*Civil Society*). Supaya terwujud masyarakat madani (*Civil Society*) diperlukan tata kelola pemerintahan yang baik, dimulai dari pemerintah desa sebagai implikasi otonomi desa. Dalam mewujudkan pemerintahan yang baik dan

bertanggungjawab diperlukan partisipasi masyarakat dalam mendukung terselenggaranya pemerintahan yang diinginkan. Masyarakat desa menjadi masyarakat yang berguna, khususnya dalam proses penyelenggaraan pemerintahan (ditingkat desa) merupakan perwujudan riil *Good Governance*, masyarakat semacam ini akan solid dan berpartisipasi aktif dalam menentukan kebijakan pemerintahan, juga akan menjalankan fungsi pengawasan yang efektif dalam pelaksanaan penyelenggaraan pemerintahan (Purba dan Djanin, 2015).

United Nations Development Programme (UNDP², 1997) sebagaimana yang dikutip Lembaga Administrasi Negara (LAN), karakteristik *good governance*, sebagai berikut: 1) *Participation*, keterlibatan masyarakat dalam pembuatan keputusan baik secara langsung maupun tidak langsung, yang dibangun diatas kebebasan berasosiasi dan berbicara; 2) *Rule of Law*, adalah kerangka hukum harus adil; 3) *Transparency*, adanya kebebasan dalam memperoleh informasi terutama oleh mereka yang berkepentingan langsung dengan kepentingan publik; 4) *Responsiveness*, adalah lembaga-lembaga publik cepat dan tanggap dalam melayani *stakeholder*; 5) *Consensus Orientation*, adalah suatu ikhtiar yang berusaha menjembatani berbagai kepentingan yang berbeda dalam suatu consensus menyeluruh dan yang berorientasi kepada kepentingan masyarakat yang luas; 6) *Equity*, adalah semua warga Negara, baik laki-laki maupun perempuan, mempunyai kesempatan untuk meningkatkan atau menjaga kesejahteraan mereka; 7) *Effectiveness and Efficiency*, adalah pengelolaan sumber daya publik yang dilakukan secara berdaya guna (efisien) dan berhasil guna (efektif) serta menggunakan sumber daya yang tersedia secara optimal dan bertanggungjawab; 8) *Accountability*. Adanya pertanggungjawaban kepada publik atas setiap aktivitas yang dilakukan; 9) *Strategic Vision* adalah penyelenggaraan pemerintahan dan masyarakat dituntut memiliki visi jauh kedepan dengan mengikutsertakan masyarakat dalam seluruh proses pembangunan (Risnawati, 2014).

² UNDP dibentuk pada tahun 1965 dan merupakan penggabungan dua organisasi yang sudah ada sebelumnya (Program Bantuan Teknis PBB dan Program Dana Khusus PBB). UNDP merupakan organisasi paling besar di antara organisasi-organisasi khusus PBB dan perannya paling penting bagi negara berkembang. Pusat kegiatannya di New York City, Amerika Serikat. Anggotanya sebanyak 165 negara dan di dalamnya terdapat negara dan lembaga donor, yaitu Amerika Serikat, Inggris, Jepang, Belanda, Norwegia, Swedia, Uni Eropa, dan Komisi Eropa

C. Mewujudkan Perubahan Sosial

Manfaat dan tujuan Pembangunan dalam pemberdayaan masyarakat adalah terjadi suatu perubahan sosial. Perubahan sosial adalah perubahan fungsi kebudayaan dan perilaku manusia dan masyarakat dari keadaan tertentu ke keadaan yang lain. Selo Soemardjan mendefinisikan perubahan sosial adalah segala perubahan pada lembaga kemasyarakatan di dalam suatu masyarakat, yang mempengaruhi sistem sosial, termasuk nilai-nilai, sikap dan pola perilaku di antara kelompok-kelompok dalam masyarakat. Perubahan Sosial Budaya adalah perubahan lembaga-lembaga kemasyarakatan pada kurun waktu tertentu dalam bentuk cara hidup, pola-pola kehidupan akibat perubahan - perubahan kondisi geografis, kebudayaan material, komposisi penduduk dan ideologi maupun karena penemuan-penemuan baru di dalam masyarakat (Tumengkol, 2012).

Menurut Soemarjan perubahan sosial adalah perubahan yang meliputi seluruh perubahan pada lembaga kemasyarakatan yang mempengaruhi system sosial, termasuk nilai sikap, pola perilaku, diantara kelompok masyarakat. Moore mendefinisikan perubahan sosial adalah perubahan penting, dalam struktur sosial, pola-pola perilaku dan interaksi sosial yang terjadi di dalam suatu masyarakat. Pendapat Harper dalam mendefinisikan perubahan sosial adalah pergantian (perubahan) yang signifikan mengenai struktur sosial dalam waktu tertentu (Martono, 2014).

Perubahan sosial adalah sebagai perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi masyarakat pendapat Kingsley Davis. Menurut Lauer perubahan sosial diartikan sebagai sebuah perubahan fenomena sosial diberbagai tingkat kehidupan manusia, dari tingkat individu sampai dunia dikutip dari Henslin (Martono, 2014). Perubahan sosial bukanlah suatu proses yang terjadi secara tiba-tiba, apalagi yang melibatkan individu atau kelompok sosial sebagai target perubahan. Perubahan sosial merupakan perubahan kehidupan masyarakat yang berlangsung terus-menerus dan tidak akan pernah berhenti, karena tidak ada satu masyarakatpun yang berhenti pada suatu titik tertentu sepanjang masa.

Ada enam pokok perubahan sosial menurut para sosiolog, yaitu: 1) Apakah sebenarnya yang berubah? adalah struktur sosial yang mengalami

berbagai perubahan, misalnya keluarga, lembaga-lembaga sosial, lembaga-lembaga keagamaan, lembaga-lembaga politik, dan bermacam-macam jenis lembaga yang ada di dalam suatu masyarakat. Perubahan tersebut ada yang lambat ada pula yang berjalan dengan cepat; 2) Bagaimana hal tersebut mengalami perubahan? Perubahan sosial tersebut sesuai dengan kondisi tempat terjadinya perubahan; 3) Apa tujuan perubahan itu? perubahan sosial bukanlah suatu perubahan yang otomatis dan mekanistik, melainkan memiliki berbagai tujuan; 4) Seberapa cepat perubahan itu? Perubahan sosial ada yang secara revolusioner, ada yang berjalan secara bertahap. Perubahan secara bertahap pun berjenis-jenis, ada yang cepat ada yang lambat; 5) Mengapa terjadi perubahan? sebab-sebab mengapa terjadi perubahan; 6) Faktor-faktor apa saja yang berperan didalam perubahan tersebut? Suatu perubahan sosial mengenai kehidupan bersama manusia tentunya mempunyai berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi merupakan suatu jaringan dari berbagai faktor yang telah menyebabkan perubahan sosial tersebut menurut Tilaar (dalam Martono, 2014).

Perubahan sosial adalah sebagai pergantian (perubahan) yang mengenai struktur sosial masyarakat dalam kurun waktu tertentu, yang mengandung beberapa tipe perubahan struktur sosial, yaitu: 1) perubahan dalam personal, perubahan-perubahan peran dan individu-individu baru yang berkaitan dengan keberadaan structural, perubahan bersifat gradual (bertahap), dan tidak banyak unsure-unsur baru maupun unsur-unsur yang hilang, seperti perubahan peran dan fungsi perempuan dalam masyarakat. 2) Perubahan dalam cara bagian-bagian struktur sosial, misalnya perubahan alur kerja birokrasi lembaga pemerintahan. 3) Perubahan dalam fungsi –fungsi struktur, dimana hal ini berkaitan dengan apa yang dilakukan masyarakat dan bagaimana masyarakat melakukannya. 4) Perubahan dalam hubungan struktur yang berbeda, seperti lembaga pendidikan dengan masyarakat industri dimana lembaga pendidikan menyiapkan tenaga kerja, 5) Kemunculan struktur baru, yang menggantikan struktur lama, seperti KPK menggantikan tugas polisi dalam pemberantasan korupsi menurut Harper (dalam Martono, 2014).

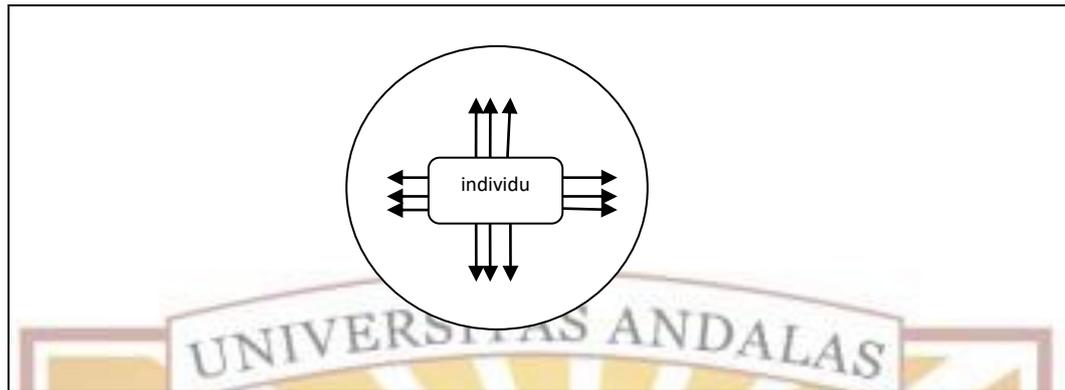
Sasaran perubahan sosial ditujukan kepada individu, kelompok masyarakat atau masyarakat keseluruhan. Sasaran perubahan sosial tepat apabila

menggunakan *terminology* sebagai subjek bukan objek yang akan diubah (Martono, 2014). Individu sebagai agen perubahan sosial didasarkan pada asumsi bahwa individu yang sudah berubah akan mempengaruhi tatanan sosial (kelompok atau organisasi). Individu diubah untuk tujuan keuntungan kelompok atau organisasi atau meningkatkan hubungan antar kelompok atau untuk pembangunan keseluruhan masyarakat.

Beberapa strategi yang dipakai apabila individu digunakan sebagai target perubahan (Martono, 2014):

- 1) Strategi Psikoanalisis, strategi ini berasumsi bahwa manusia pada hakikatnya mempunyai sifat id, ego dan super ego (menurut Freud). Id adalah satu-satunya komponen kepribadian yang hadir sejak lahir. Ego adalah komponen kepribadian yang bertanggungjawab untuk menangani realitas, berada dalam pikiran sadar, prasadar dan tidak sadar. Superego adalah aspek kepribadian yang menampung semua standar internalisasi moral dan cita-cita yang diperoleh dari keluarga atau masyarakat.
- 2) Strategi Psikologi Sosial, strategi ini berasumsi bahwa sifat manusia adalah lingkungan sosialnya sendiri. Strategi ini adalah individu merupakan representasi kondisi lingkungannya, sehingga ketika akan melakukan perubahan pada suatu kelompok atau masyarakat.
- 3) Strategi Modifikasi Individu, strategi ini berasumsi bahwa manusia bertindak atas dasar ganjaran dan hukuman. Strategi ini untuk mengubah perilaku individual.
- 4) Strategi Pendidikan, strategi ini berasumsi bahwa manusia memiliki sifat yang rasional dan akan bertindak secara logis atau berdasarkan kepentingan dirinya sendiri atas dasar pengetahuan yang diperoleh selama berinteraksi dengan individu lain.
- 5) Strategi Dinamika Kelompok, didasari atas ide bahwa norma yang mempengaruhi perilaku (individu) akan tercipta dalam interaksi kelompok.

Strategi yang memanfaatkan individu sebagai agen perubahan dapat digambarkan:

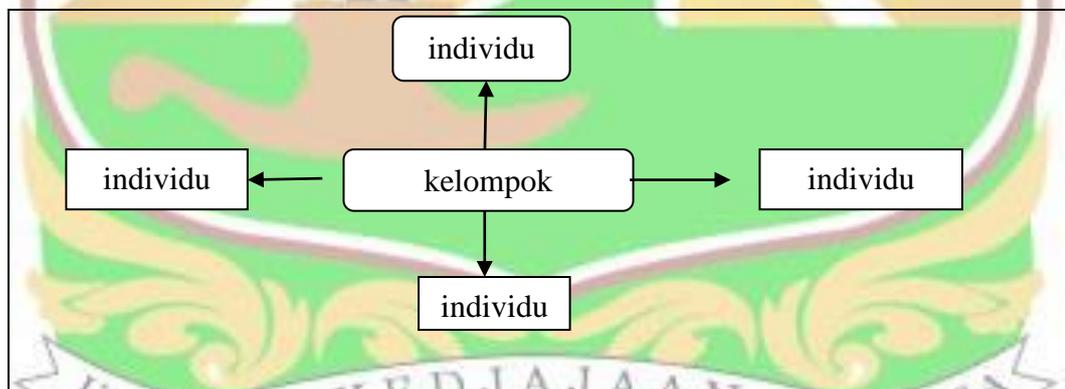


Gambar 2. Individu sebagai agen perubahan
Sumber : Martono (2014)

Beberapa Strategi yang digunakan apabila kelompok dijadikan target atau perantara perubahan (Martono, 2014) :

- 1) Metode mengubah komposisi kelompok, dengan cara mengubah keanggotannya.
- 2) Metode mengubah proses atau struktur kelompok, dengan cara mengubah pola komunikasi di dalam kelompok, atau dengan meningkatkan peran anggota kelompok dalam proses pembuatan keputusan

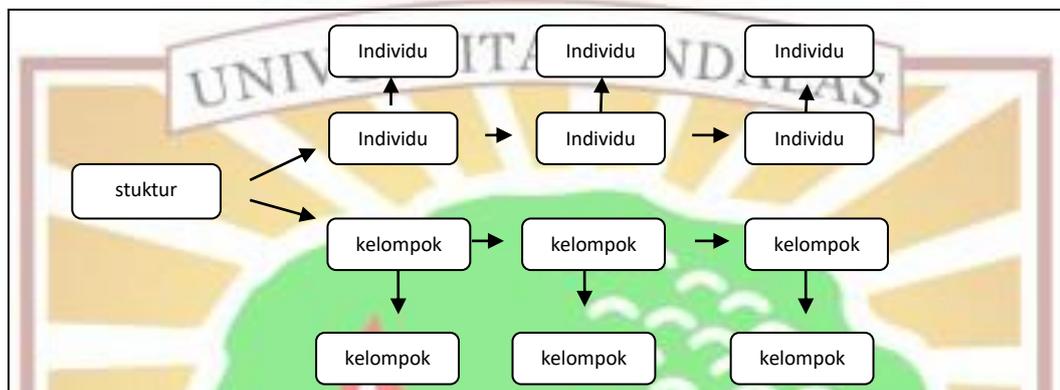
Strategi yang memanfaatkan kelompok sebagai agen perubahan dapat digambarkan seperti berikut :



Gambar 3. Kelompok Sebagai Agen Perubahan
Sumber : Martono (2014)

Strategi yang melibatkan kelompok sebagai agen perubahan relative lebih mudah dan cepat dilakukan daripada menggunakan individu sebagai agen perubahan. Kadangkala strategi ini memerlukan biaya yang cukup besar karena melibatkan seluruh anggota kelompok dalam proses perubahan. Perubahan di tingkat struktur sosial merupakan aspek memiliki jangkauan yang sangat luas.

Perubahan meliputi perubahan dalam system pembagian kelas sosial, perubahan aspek vokasional anggota masyarakat atau perubahan norma dan nilai. Struktur menunjuk pada aktivitas membangun sesuatu atau menghasilkan produk akhir yaitu membangun suatu tindakan (Martono, 2014). Strategi perubahan dengan mengubah struktur sosial dapat digambarkan :



Gambar 4. Struktur Sebagai Agen Perubahan

Sumber : Martono (2014)

Terdapat beberapa strategi perubahan sosial yang dapat diterapkan dalam upaya menciptakan perubahan sosial menurut Harper dalam Martono (2014) adalah :

- 1) Strategi Fasilitatif, dimana agen perubahan dalam strategi ini bertindak sebagai fasilitator. Fasilitator bertanggungjawab menyediakan berbagai sumber daya, informasi dan sarana konsultasi. Strategi ini untuk kelompok yang mempunyai karakteristik terbuka untuk menerima bantuan dari pihak luar, serta mengharapkan terlibat dalam mengubah dirinya. Strategi ini efektif apabila : a) tujuan perubahan bersifat luas dan multidimensi; b) suatu perubahan membutuhkan partisipasi aktif berbagai komponen masyarakat, terutama masyarakat yang kompleks dan heterogen.
- 2) Strategi Reedukatif, apabila adanya hambatan-hambatan dalam penerimaan inovasi, yang berkaitan dengan kekurangan pengetahuan atau pendidikan dan ketrampilan. Strategi ini dilakukan dengan program terstruktur dan pelatihan terhadap kelompok sasaran potensial yang menerima perubahan secara langsung atau tidak langsung (melalui media massa). Strategi ini ditujukan untuk : a) mempersiapkan rasionalisasi terhadap penerimaan suatu inovasi

- (perubahan); b) mempersiapkan kelompok sasaran (masyarakat) untuk memahami pengetahuan dan ketrampilan baru dalam menerima perubahan.
- 3) Strategi Persuasif, upaya melakukan perubahan masyarakat dengan cara membujuk, ini diterapkan apabila masyarakat tidak menyadari akan kebutuhan perubahan atau perhatian rendah terhadap perubahan. Agen perubahan harus mempunyai kemampuan : a) menyusun dan menyeleksi permasalahan-permasalahan yang dihadapi dan berupaya mencari jalan keluar; b) menggunakan bujukan melalui keterlibatan perasaan dan antisipasi terhadap faktor nonrasional (pertimbangan nilai-nilai budaya lokal)
 - 4) Strategi Kekuasaan, melakukan perubahan dengan cara paksaan, menggunakan kekerasan atau ancaman. Strategi ini mendapatkan pandangan negative dan tidak menyenangkan karena sasaran berada pada bayang-bayangan ketakutan atau kecemasan akan perubahan. Strategi ini efektif bila sasaran berkomitmen rendah terhadap perubahan dan perubahan mempunyai risiko yang tinggi.
 - 5) Strategi Kekerasan dan Nonkekerasan, timbulnya konflik antarkelas masyarakat perlu diselesaikan dengan kekerasan yang sifatnya revolusi, penggunaannya efektif dan tampaknya diperlukan dalam beberapa situasi. Strategi ini adalah alternative terakhir apabila strategi lain tidak mempengaruhi perubahan.

Para Sosiolog memberikan klasifikasi terhadap perubahan sosial masyarakat yaitu statis dan dinamis, namun yang dimaksud masyarakat statis adalah masyarakat yang sedikit sekali mengalami perubahan dan berjalan lambat, artinya di dalam masyarakat statis tersebut tetap mengalami perubahan. Adapun masyarakat dinamis adalah masyarakat yang mengalami berbagai perubahan yang cepat. Manusia memiliki peran sangat penting terhadap terjadinya perubahan masyarakat. Perubahan itu terjadi sesuai dengan hakikat dan sifat dasar manusia yang selalu ingin melakukan perubahan, karena manusia memiliki sifat selalu tidak puas terhadap apa yang telah dicapainya, ingin mencari sesuatu yang baru untuk mengubah keadaan agar menjadi lebih baik sesuai dengan kebutuhannya. Sementara itu perubahan-perubahan sosial yang berlangsung dengan cepat dan menyangkut dasar-dasar atau sendi-sendi pokok kehidupan masyarakat.

Proses terjadinya perubahan-perubahan sosial yang terjadi akan dapat diketahui Sokanto (dalam Lumintang, 2015) menyatakan :

Proses terjadinya perubahan-perubahan sosial yang terjadi akan dapat diketahui karena adanya beberapa ciri-ciri yang memadai 1. Tidak ada masyarakat yang stagnant, masyarakat mengalami perubahan-perubahan secara lambat atau secara cepat. 2. Perubahan-perubahan pada satu lembaga sosial diikuti perubahan-perubahan pada lembaga-lembaga sosial lainnya. 3. Perubahan-perubahan sosial mengakibatkan disorganisasi sementara sifatnya dalam menyesuaikan diri. 4. Perubahan-perubahan yang tidak dapat diisolir pada bidang kebendaan atau spiritual saja. 5. Secara tipologis perubahan-perubahan sosial: (a) sosial proses: *the circulation of various rewards, facilities and personel in an exiting structure*; (b) *segmentation the prolifiration on structural units that do not diffequalitatively from exiting units*; (c) *structure change: the emerge of qualitatively now complexes of roles and organisatio*; (d) *change in groups, structure: the shifts in the composition of groups, and the level of canciosness of group, and the relation among the group in society* (Lumintang, 2015 : 6)

Perubahan sosial adalah suatu proses yang perlu aktor (agen) yang berupaya melakukan perubahan, subjek yang dikenai perubahan atau sasaran perubahan. Strategi perubahan dapat dilakukan dengan proses pemberdayaan masyarakat, karena kebutuhan masyarakat sebagai fokus perubahan.

D. Konsep Desa Siaga Aktif

1. Pengertian Desa Siaga Aktif

Bagian ini akan menyampaikan pedoman pelaksanaan Desa Siaga Aktif, untuk mencapai desa siaga aktif dalam buku Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga Aktif sebagai pedoman bagi Dinas kesehatan untuk melaksanakan program dan untuk menilai keberhasilan program yang dikatakan Desa Siaga Aktif adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan serta kemauan untuk untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawadaruratan, kesehatan secara mandiri. Penduduknya dapat mengakses pelayanan kesehatan dasar dengan mudah yang memberikan pelayanan setiap hari. Penduduknya dapat mengembangkan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat, serta masyarakat menerapkan Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes, 2014).

Istilah Desa Siaga yaitu mencakup konsep mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, mensiapsiagakan masyarakat menghadapi ancaman dan masalah kesehatan, mengembangkan kegiatan surveilans dan sistim informasi kesehatan yang berbasis masyarakat serta menciptakan perilaku hidup sehat masyarakat. Terlihat bahwa Program Desa Siaga Aktif adalah suatu program yang dibuat oleh Pemerintah Pusat dengan tujuan peningkatan kegiatan pengembangan pemberdayaan masyarakat yang terkait kesehatan agar dapat mengantisipasi dini terkait permasalahan dilingkungan sekitarnya.

Secara operasional, pembentukan desa siaga aktif dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut (Kemenkes, 2014) :

- a. Pemilihan pengurus dan kader desa siaga. Pemilihan pengurus dan kader siaga dilakukan melalui pertemuan khusus para pimpinan formal desa dan tokoh masyarakat. Serta beberapa wakil masyarakat pilihan dilakukan secara musyawarah dan mufakat, sesuai dengan tata cara dan criteria yang berlaku dengan di fasilitasi oleh masyarakat.
- b. Orientasi / pelatihan kader siaga, sebelum melaksanakan tugasnya, pengolahan dan kader desa yang telah ditetapkan perlu di beri orientasi atau pelatihan. Orientasi / pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota. Materi orientasi / pelatihan mencakup kegiatan yang akan di laksanakan di desa dalam rangka pembangunan desa siaga yang meliputi pengelolaan desa siaga secara umum, pembangunan dan pengelolaan poskesdes, pembangunan dan pengelolaan UKBM lain, dan hal-hal penting lain yang terkait seperti kehamilan dan persalinan sehat.
- c. Pengembangan poskesdes (Pos Kesehatan Desa) dan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Manusia) lain.
Pembangunan poskesdes dapat di kembangkan dari polindes yang sudah ada. Dengan demikian, akan diketahui bagaimana poskesdes tersebut diadakan, membangun baru dengan fasilitas dari pemerintah, membangun baru dengan bantuan dari donator, membangun baru dengan swadaa masyarakat atau memodivikasi bangun lain. Jika poskesdes sudah berhasil di selenggarakan, kegiatan di lanjutkan dengan UKBM.

UKBM adalah salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. UKBM seperti Posyandu, Polindes, POD (Pos Obat Desa), Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja), TOGA (Taman Obat Keluarga), dana sehat. Penyelenggaraan desa siaga. Dengan adanya poskesdes, desa yang bersangkutan telah ditetapkan sebagai desa siaga. Setelah desa siaga resmi dibentuk, dilanjutkan dengan pelaksanaan kegiatan poskesdes secara rutin, yaitu pengembangan system surveilans berbasis masyarakat, pengembangan kesiap siagaan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana, pemberantasan penyakit (dimulai dengan dua penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB/ Kejadian Luar Biasa), penanggulangan masalah dana, pemberdayaan masyarakat menuju kadarsi dan PHBS (Prilaku Hidup Bersih dan Sehat), serta penyehatan lingkungan.

- d. Pembinaan dan peningkatan kerjasama, mengingat permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja sektor lain dan adanya keterbatasan sumber daya, maka untuk memajukan desa siaga, perlu adanya pengembangan jejaring kerjasama dengan berbagai pihak perwujudan dari pengembangan jejaring desa siaga dapat dilakukan melalui temu jejaring IKBM secara internal di dalam desa sendiri dan atau temu jejaring antar desa siaga (minimal sekali dalam setahun). Upaya ini selain memantapkan kerjasama, juga diharapkan dapat menyediakan wahana tukar menukar pengalaman dan memecahkan masalah yang dihadapi bersama. Pembinaan jejaring lintas sektor juga sangat penting, khususnya dengan program pembangunan yang bersasaran desa. Salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian desa siaga adalah keaktifan para kader.

Dalam pelaksanaan desa siaga aktif dilaksanakan secara bertahap dengan memperhatikan beberapa unsur-unsur yaitu :

- a. Kepedulian pemerintah desa dan pemuka masyarakat yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa.
- b. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat
- c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan tiap hari

- d. Keberadaan UKBM yang melaksanakan 1) surveilans terhadap masyarakat 2) penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan 3) penyehatan lingkungan
- e. Terakomodasinya dana untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa serta dari masyarakat dunia usaha
- f. Peran aktif masyarakat dan organisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan
- g. Peraturan di tingkat desa yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga Aktif
- h. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga di Desa

Pentahapan pengembangan Desa Siaga Aktif (Kemenkes, 2014) : 1) Strata Pratama, 2) Strata Madya, 3) Strata Purnama dan 4) Strata Mandiri. Desa Siaga Aktif Pratama yaitu desa yang sudah memiliki Forum Masyarakat Desa tetapi masih belum berjalan. Sudah memiliki kader Pemberdayaan Masyarakat / Kader Kesehatan Desa Siaga Aktif minimal 2 orang. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari. Sudah memiliki posyandu, tetapi UKBM lainnya tidak aktif. Sudah ada dana untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa tetapi belum ada sumber dana lainnya. Ada peran aktif masyarakat tetapi tidak ada peran aktif organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan. Belum memiliki peraturan di tingkat desa yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa Siaga Aktif. Kurang dari 20% rumah tangga di desa mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Desa Siaga Aktif Madya yaitu desa yang sudah memiliki Forum Masyarakat Desa yang berjalan tetapi belum secara rutin tiap triwulan. Sudah memiliki kader Pemberdayaan Masyarakat / Kader Kesehatan Desa Siaga Aktif antara 3-5 orang. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari. Sudah memiliki posyandu, dan 2 (dua) UKBM lainnya yang aktif. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa serta sumber dana lainnya baik dari masyarakat ataupun dunia usaha. Ada peran aktif masyarakat serta peran aktif satu organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan. Sudah memiliki peraturan di tingkat desa yang melandasi dan mengatur

pengembangan Desa Siaga Aktif tapi belum teralisasi. Minimal 20% rumah tangga di desa mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Desa Siaga Aktif Purnama yaitu desa yang sudah memiliki Forum Masyarakat Desa yang berjalan rutin tiap triwulan. Sudah memiliki kader Pemberdayaan Masyarakat / Kader Kesehatan Desa Siaga Aktif antara 6-8 orang. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari. Sudah memiliki posyandu, dan 3 (tiga) UKBM lainnya yang aktif. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha. Sudah ada peran aktif masyarakat serta peran aktif dan dua organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa Siaga Aktif. Minimal 40% rumah tangga di desa mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Desa Siaga Aktif Mandiri yaitu desa yang sudah memiliki Forum Masyarakat Desa yang berjalan rutin setiap bulan. Sudah memiliki kader Pemberdayaan Masyarakat / Kader Kesehatan Desa Siaga Aktif lebih 9 orang. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari. Sudah memiliki posyandu, dan lebih dari 4 (empat) UKBM lainnya yang aktif dan berjejaring. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha. Sudah ada peran aktif masyarakat serta peran aktif dan lebih dua organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa Siaga Aktif. Minimal 70% rumah tangga di desa mendapat pembinaan PHBS.

Dengan ditetapkannya tingkatan atau strata tersebut diatas, maka Desa Siaga Aktif yang saat ini sudah dikembangkan harus dievaluasi untuk menetapkan apakah masih dalam kategori Desa atau sudah dapat dimasukkan ke dalam salah satu dari tingkatan/ kategori Desa Siaga Aktif Evaluasi ini dilakukan dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang ada (Kemenkes, 2014).

2. Pengembangan Desa Siaga Aktif

Pengembangan desa siaga dilaksanakan dengan membantu / memfasilitasi / mendampingi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi dan dilakukan oleh forum masyarakat desa (pengorganisasian masyarakat), yaitu dengan menempuh tahap berikut :

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya, yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah.
- c. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak merencanakan dan melaksanakannya.
- d. Memantau, mengevaluasi, dan membina kelesatarian upaya yang telah dilakukan.

Keberhasilan pengembangan Desa Siaga Aktif dapat dilihat dari:

- a. Keberadaan dan keaktifan Forum Desa, forum yang dibentuk di tingkat desa/tingkat kecamatan yang terdiri atas para pemangku kepentingan. Susunan Forum di tingkat desa adalah :

Ketua : Kepala Desa atau pihak lain yang ditunjuk

Wakil Ketua/Sekretaris: Sekretaris Desa atau pihak lain yang ditunjuk

Anggota : Perangkat Pemerintahan Desa, Unsur Lembaga Kemasyarakatan seperti Tim Penggerak PKK, LPM Desa dan tokoh masyarakat atau pihak lain yang terkait. Struktur diperlukan agar terdapat pembagian pekerjaan dan memudahkan bagi para anggota yang terlibat didalam pelayanan kesehatan pada forum ini, melaksanakan tugas sebagaimana tugas yang diberikan kepada mereka yang telah diputuskan secara bersama pada pertemuan musyawarah masyarakat desa (MMD) (Kemenkes, 2014).

- b. Adanya kader pemberdayaan Masyarakat/ kader kesehatan di Desa Siaga Aktif.

Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) adalah anggota masyarakat Desa yang memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif di Desa. Sedangkan kader kesehatan adalah kader teknis desa siaga

aktif, yaitu anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan secara sukarela serta telah mengikuti pelatihan di bidang kesehatan (Kemenkes, 2014).

- c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari. Kemudahan akses desa ke pelayanan kesehatan dasar adalah tersedianya Poskesdes yang beroperasi atau sarana pelayanan kesehatan dasar lain di desa yang memberikan pelayanan kesehatan setiap hari atau terdapatnya Puskesmas, Pustu atau sarana pelayanan kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan setiap hari dan secara geografis mudah dicapai oleh masyarakat desa yang bersangkutan (Kemenkes, 2014).
- d. Keberadaan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dapat melaksanakan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, surveilans berbasis masyarakat serta penyehatan lingkungan. Menurut Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu (Kemenkes, 2011). Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat. Keaktifan Posyandu merupakan salah satu kriteria untuk mencapai Desa Siaga Aktif. Posyandu dikatakan aktif apabila minimal Posyandu yang ada di desa 25 % sudah mencapai tingkat Posyandu Purnama, yaitu Posyandu yang telah melakukan penimbangan lebih dari 8 kali dalam setahun dengan rata-rata kader yang bertugas 5 orang atau lebih, cakupan sasaran yang ditimbang, kegiatan KIA, KB dan imunisasi sudah 50% atau lebih, sudah memiliki kegiatan tambahan namun sasaran yang berpartisipasi dalam dana sehat kurang dari 50%. UKBM dikatakan aktif apabila secara rutin melakukan salah satu atau beberapa dari kegiatan - kegiatan: (1) Pengamatan dan pemantauan penyakit serta keadaan kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, dan perilaku yang dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat, (2) Pelaporan cepat (kurang dari 24 jam) kepada petugas kesehatan untuk respon cepat, (3) Pencegahan dan penanggulangan sederhana penyakit dan masalah kesehatan, serta Pelaporan kematian (Kemenkes, 2013).

Adapun jenis - jenis UKBM yang ada di masyarakat seperti :

Poskesdes, Posyandu, Pos Lanjut Usia, Kelompok Pemakai Air, Pos Pembinaan terpadu PTM, Pos Upaya Kesehatan Kerja, Pos Malaria Desa, Pos TB Desa, Pos Kesehatan Pesantren (Kemenkes, 2014).

- e. Adanya pendanaan untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes), masyarakat dan dunia usaha. Dukungan dana adalah pemberian atau penyediaan uang/anggaran dari suatu pihak kepada masyarakat desa yang khusus diperuntukan bagi pengembangan Desa Siaga Aktif, yang berasal dari pemerintah (Pemerintah Desa) atau sumber lain.

Sumber dana lain adalah sumber dana di luar dari dana Pemerintah Desa, yang dapat berupa dana dari masyarakat, dana dari perusahaan, dana dari organisasi kemasyarakatan, dana dari lembaga donatur, dan lain-lain yang tidak mengandung ikatan bisnis/komersial, melainkan disumbangkan untuk pengembangan Desa Siaga Aktif.

- f. Adanya peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa Siaga Aktif. Organisasi kemasyarakatan yang ada di desa tentunya memiliki keterkaitan dengan budaya/ tradisi lokal masyarakat setempat. Apabila suatu program dilaksanakan sesuai dengan tradisi lokal maka akan memiliki potensi tinggi untuk berlanjut dan merupakan investasi yang sangat berharga. Peran serta aktif masyarakat adalah keterlibatan atau keikutsertaan sejumlah anggota masyarakat dalam kegiatan-kegiatan pengembangan Desa Siaga Aktif, di mana setiap orang memiliki tugas dan tanggung jawab yang jelas, baik secara tertulis maupun tidak tertulis. Sedangkan peran serta aktif organisasi kemasyarakatan adalah keterlibatan atau keikutsertaan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan-kegiatan pengembangan Desa Siaga Aktif, baik dalam bentuk pemikiran, pendampingan, maupun kontribusi tenaga untuk kegiatan. Dalam pengertian ini tidak termasuk kontribusi dalam bentuk dana. Sedangkan yang dimaksud dengan organisasi kemasyarakatan adalah organisasi yang dibentuk oleh anggota masyarakat warga Negara Republik Indonesia secara sukarela atas dasar kesamaan kegiatan, profesi, fungsi, agama, dan kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, untuk berperan serta dalam pembangunan dalam

rangka mencapai tujuan nasional dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila.

- g. Adanya peraturan di desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga Aktif. Peraturan tentang Desa Siaga Aktif dapat berupa Peraturan Kepala Desa atau Peraturan Bupati. Peraturan Kepala Desa adalah peraturan perundang-undangan yang ditetapkan oleh Kepala Desa yang bersifat mengatur dalam rangka melaksanakan Peraturan Desa dan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Termasuk dalam pengertian ini adalah Keputusan Kepala Desa, yaitu keputusan yang ditetapkan oleh Kepala Desa yang bersifat menetapkan dalam rangka melaksanakan Peraturan Desa dan Peraturan Kepala Desa yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga Aktif. Sedangkan Peraturan Bupati/Walikota adalah peraturan perundang-undangan ditetapkan oleh Bupati/Walikota yang bersifat mengatur dalam rangka melaksanakan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Termasuk dalam pengertian ini adalah Keputusan Bupati/Walikota, yaitu keputusan yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota yang bersifat menetapkan dalam rangka melaksanakan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dan Bupati/Walikota. Realisasi peraturan adalah diberlakukannya peraturan dengan melaksanakan hal-hal yang tercantum dalam peraturan tersebut, baik sebagian ataupun keseluruhan.
- h. Adanya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga. Pengerian PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Kemenkes, 2011).

Pembinaan PHBS adalah upaya untuk menciptakan dan melestarikan perilaku hidup yang berorientasi kepada kebersihan dan kesehatan di masyarakat, agar masyarakat dapat mandiri dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. Oleh karena itu, pembinaan PHBS dilaksanakan melalui penyelenggaraan promosi kesehatan, yaitu upaya untuk

membantu individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar tahu, mau, dan mampu mempraktikkan PHBS, melalui proses pembelajaran dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi, sesuai sosial budaya setempat serta didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. PHBS dapat diterapkan dalam tatanan manapun, mulai dari tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum dan sarana kesehatan. Keberhasilan PHBS tatanan rumah tangga menggunakan sepuluh indikator yaitu (1) persalinan ditolong tenaga kesehatan; (2) memberikan ASI eksklusif kepada bayi; (3) menimbang berat badan balita; (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; (6) menggunakan jamban sehat; (7) memberantas jentik nyamuk, (8) mengonsumsi sayur dan buah setiap hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari; (10) tidak merokok di dalam rumah (Kemenkes, 2011).

PHBS merupakan cerminan pola hidup keluarga yang senantiasa memperhatikan dan menjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat memberdayakan anggota rumah tangga agar mengetahui, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS tatanan rumah tangga meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, memberikan bayi ASI eksklusif, menimbang balita secara teratur, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, makan buah dan sayur setiap hari, olahraga secara teratur, tidak merokok di dalam rumah, dan membuang sampah pada tempatnya. Pada penelitian ini hanya tiga indikator yang diteliti meliputi: BAB di jamban, menggunakan air bersih, dan membuang sampah pada tempatnya (Gani, Istiaji dan Pratiwi, 2015).

Dari Profil Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 jumlah kematian bayi meningkat dari 52 orang tahun 2015 menjadi 59 orang tahun 2016. Kematian ibu meningkat dari 4 orang tahun 2015 menjadi 6 orang pada tahun 2016. Untuk penyakit menular penderita Demam Berdarah meningkat dari 190 kasus tahun 2015 menjadi 230 kasus tahun 2016, penderita TB meningkat dari 177 penderita tahun 2015 menjadi 395 penderita tahun 2016. Dengan masih tinggi

kasus kematian bayi, kematian ibu dan kesakitan menunjukkan masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Lima Puluh Kota, ini salah satu penilaian keberhasilan Nagari Siaga Aktif.

E. Hasil Penelitian yang Relevan

1. Penelitian yang dilakukan oleh Nurpeni (2014) tentang Program Desa Siaga di Desa Pinang Sebatang Kecamatan Tualang Kabupaten Siak. Masalah yang ditemukan yaitu : 1) Tingkat kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan masih rendah; 2) Petugas kesehatan hanya satu orang; 3) Keengganan masyarakat berobat ke puskesmas; 4) Lembaga sosial belum berfungsi. Penelitian dengan menggunakan metode kualitatif. Kesimpulan penelitian ini adalah faktor-faktor penghambat dalam pelaksanaan program desa siaga antara lain sarana dan prasarana, sumber daya manusia petugas dan anggaran biaya program desa siaga yang belum transparan dalam melaksanakan program desa siaga
2. Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Abdus (2011), dalam Partisipasi Masyarakat Dalam Pelaksanaan Desa Siaga Di Desa Tumbukan Banyu Kecamatan Daha Selatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Propinsi Kalimantan Selatan. Permasalahan yang ditemukan adalah pelaksanaan desa siaga masih kurang mendapat perhatian dari pemangku kepentingan (*stakeholder*) dan masyarakat Desa Tumbukan Banyu, sehingga mereka belum terlibat secara penuh dalam pelaksanaan desa siaga. Padahal semua kegiatan dalam pelaksanaan desa siaga tersebut tidak lepas dari peran serta masyarakat itu sendiri. Metode penelitian berbentuk kualitatif. Kesimpulan penelitian *pertama* proses pelaksanaan desa siaga di desa Tumbukan Banyu sudah berjalan dengan baik, meliputi ; tahap perencanaan , pelaksanaan dan evaluasi. Proses pelaksanaan desa siaga di desa Tumbukan Banyu masih tergantung dengan petugas dari puskesmas. Pelaksanaan desa siaga masih bersifat *top down* (atas perintah atasan). Masyarakat hanya melaksanakan kegiatan yang sudah ditetapkan oleh puskesmas. *Kedua* Partisipasi masyarakat dalam proses pelaksanaan desa siaga di desa Tumbukan Banyu mulai tahap perencanaan sampai evaluasi

dalam bentuk bentuk buah pikiran, harta benda, tenaga, sosial, dan pengambilan keputusan. Tingkat partisipasi masyarakatnya dari perencanaan sampai evaluasi adalah *passif* (kepatuhan).

3. Hasil Penelitian Ridwan (2012) dalam Analisis Faktor Penghambat Tidak berhasilnya Desa Siaga di Desa Tongko Kecamatan Lage Kabupaten Posos. Permasalahan yang ditemukan yaitu masih rendahnya partisipasi masyarakat dalam meningkatkan keberhasilan pelaksanaan Desa Siaga. Metode penelitian yang digunakan kualitatif fenomenologi menggali informasi pada suatu wilayah. Kesimpulan penelitian dengan hasil tidak berjalannya Desa Siaga karena kurang sosialisasi sehingga masyarakat kurang memahami dan kurang berpartisipasi. Forum komunikasi masyarakat Desa tidak jalan. Tidak adanya monitoring dan evaluasi Dinas Kesehatan.



E. Kerangka Pemikiran



Gambar 5. Kerangka Pemikiran

Gambar diolah dari teori-teori sebelumnya

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian tentang Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengembangan Nagari Siaga Aktif di Kabupaten Lima Puluh Kota menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara mendalam, untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota. Untuk mencapai tujuan penelitian dengan mempelajari tiga kasus pengembangan Nagari Siaga Aktif.

Menurut Strauss dan Corbin (dalam Afrizal, 2016) penelitian kualitatif didefinisikan sebagai metode penelitian Ilmu – Ilmu Sosial dengan cara mengumpulkan dan menganalisa data yang diperoleh dengan kata-kata melalui lisan atau tulisan serta dengan melihat atau mengamati perbuatan-perbuatan objek penelitian, metode kualitatif ini tidak menghitung atau mengkuantifikasikan data yang telah diperoleh, dengan kata lain tidak menganalisis angka-angka. Angka-angka juga diperlukan atau didapatkan dalam penelitian kualitatif ini bukan merupakan data utama dalam penelitian melainkan digunakan sebagai pendukung argumen, interpretasi atau laporan penelitian. Tidak berbeda jauh dengan Semiawan (2010) yang menyatakan metode kualitatif data selalu diperoleh dari “tangan pertama” tidak boleh dari pihak ketiga dan berupa pengalaman langsung dari partisipan.

Seiring dengan pendapat di atas Nugrahani (2014) menyatakan para peneliti kualitatif menyatakan bahwa penelitian kualitatif melihat realita yang ada dalam lingkungan social penelitian, serta mempunyai hubungan erat antara peneliti dan subjek yang diteliti. Sifat penelitian dalam penelitian kualitatif peneliti memenuhi syarat dengan nilai-nilai. Dalam penelitian kualitatif yang dicari peneliti kualitatif jawaban atas pertanyaan tentang cara munculnya pengalaman sosial sekaligus perolehan maknanya dalam hal ini mementingkan proses. Sebaliknya, penelitian kuantitatif menitikberatkan pada pengukuran dan analisis hubungan sebab akibat antara bermacam-macam variabel, bukan mementingkan prosesnya. Sehingga penelitian kualitatif terlihat dalam sebuah penelitian yang bebas nilai.

Menurut Strauss dan Corbin (2007 dalam Tresiana, 2013) penelitian kualitatif merupakan jenis penelitian yang hasil penelitiannya tidak dalam berbentuk angka statistic atau bentuk hitungan lainnya. Meskipun data hasil penelitian berbentuk data yang dapat dihitung seperti angka-angka sebagaimana dalam sensus, tetapi adata tetap dianalisis dengan cara kualitatif atau secara deskriptif. Penelitian kualitatif selalu merujuk pada analisis data non-matematis. Prosedur ini menghasilkan temuan yang diperoleh melalui data-data yang dikumpulkan dengan beragam sarana, antara lain wawancara, pengamatan, dokumen atau arsip, dan tes.

Pendapat Nugrahani (2014) dalam Metode Penelitian Kualitatif yaitu :

Dalam penelitian lapangan, kajian bersifat terbuka, tidak terstruktur, dan fleksibel, karena peneliti memiliki peluang untuk menentukan fokus kajian. Penelitian lapangan bersifat tidak terstruktur karena sistematika fokus kajian dan prosedur pengkajiannya tidak dapat disistemisasikan secara ketat dan pasti. Selain itu, penelitian lapangan juga bersifat fleksibel karena selama proses penelitian, peneliti diperkenankan untuk memodifikasi rumusan masalah maupun format-format yang digunakan. Dalam penelitian yang berorientasi pada tujuan untuk memahami karakteristik individu maupun kelompok tertentu secara fokus mendalam, maka jenis penelitian lapangan yang dilakukan termasuk dalam kelompok studi kasus (Nugrahadi, 2014).

Untuk menjawab penyebab permasalahan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri dengan menggunakan metode penelitian kualitatif karena mengungkap suatu fenomena yang terjadi secara menyeluruh dari adanya sebuah kegiatan pemberdayaan masyarakat karena Nagari Siaga Aktif adalah merupakan program kesehatan yang bersifat pemberdayaan masyarakat yang keberhasilannya akibat keterlibatan dan partisipasi masyarakat, sehingga akan banyak mengangkat persoalan – persoalan mendasar kaitannya dengan proses pemberdayaan dalam masyarakat. Peneliti menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga yang akan yang akan diperoleh dari informan yang terlibat langsung pada program ini.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini memilih tiga lokasi disetiap tahap penilaian nagari siaga aktif yaitu satu untuk nagari kategori pratama, satu nagari kategori madya dan satu kategori purnama karena ini mewakili pengtahapan masing-masing Nagari Siaga Aktif, yang dapat mewakili untuk menjawab permasalahan Faktor-faktor apa yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif di Kabupaten Lima Puluh Kota. Masing – masing diambil satu nagari berdasarkan *Purposive sampling* yaitu pengambilan sumber data dengan pertimbangan tertentu, pengambilan Nagari dengan pertimbangan kategori mengundi masing-masing nagari sesuai kelompok kategorinya.

Menurut Patton (1986) dalam Nugrahani (2014) menerangkan tentang *purposive sampling* yaitu :

... pada penelitian kualitatif tidak ada sampel acak, tetapi sampel bertujuan (*purposive sampling*). Sampel bertujuan yakni sampel yang dipilih berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Oleh karena itu, model pengambilan sampel dengan cara demikian disebut sebagai sampel bertujuan. Dalam hal ini ada kecenderungan peneliti memilih informan yang dianggap mengetahui informasi dan masalahnya secara mendalam dan dapat dipercaya menjadi sumber data yang mantap. Dalam pengumpulan data, pilihan informan dapat dikembangkan sesuai kebutuhan peneliti dalam memperoleh data (Nugrahani, 2014 : 101-102).

Jumlah Nagari berdasarkan Kategori adalah Kategori Pratama sebanyak 66 Nagari, Kategori Madya sebanyak 12 nagari, dan Kategori Purnama sebanyak 1 nagari. Nagari yang terpilih menjadi lokasi penelitian. Lokasi penelitian dilakukan secara *Purposive sampling* dengan memilih 3 Nagari yaitu :

- 1) Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh (Kategori Pratama)
- 2) Nagari VII Koto Talago Kecamatan Guguk (Kategori Madya)
- 3) Nagari Batu Balang Kecamatan Harau (Kategori Purnama)

Kategori ini berdasarkan kategori penilaian yang dilakukan puskesmas masing-masing wilayah kerja nagari yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota. Waktu penelitian Januari sampai Juni tahun 2019 yang terjadwal di masing-masing nagari tempat penelitian, dengan memperhatikan kondisi informan yang akan diwawancarai.

C. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara Mendalam

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dengan wawancara mendalam (*in-depth interviews*) menggunakan panduan atau pedoman yang berisi pertanyaan atau daftar pertanyaan untuk menggali informasi dari informan. Menggunakan wawancara yang tidak terstruktur dengan informan, yaitu tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk mengumpulkan data, tapi pedoman wawancara yang digunakan untuk bertanya kepada informan hanya berisi garis-garis besar permasalahan yang digunakan untuk mendengarkan cerita dan jawaban dari informan.

Wawancara kepada informan sebaiknya menggunakan bahasa yang sama dengan para informan yang diwawancarai sehingga para informan menjadi mudah dalam menjawab pertanyaan dan merasa lebih familiar/akrab, dan diperoleh jawaban sesuai yang dibutuhkan peneliti. Dalam hal penelitian ini metode wawancara mendalam digunakan dengan harapan untuk mendapatkan data-data atau informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri.

Tabel 1. Data Wawancara

No	Data	Ket
1	Keaktifan Forum Nagari	
2	Keaktifan Kader	
3	Keaktifan UKBM	
4	Peran aktif masyarakat dan organisasi masyarakat	
5	Pendampingan PHBS	

2. Subjek Penelitian

Untuk mengumpulkan atau menjawab pertanyaan dibutuhkan informan. Informan adalah orang yang dijadikan narasumber atau yang diwawancarai untuk menjawab pertanyaan (permasalahan yang menjadi pertanyaan) peneliti atau pewawancara. Yang harus diperhatikan dalam memilih informan yaitu (1) orang bersangkutan sudah cukup lama dan terus menerus dalam kegiatan nagari siaga

aktif (2) orang bersangkutan terlibat penuh dalam kegiatan nagari siaga aktif (3) orang yang bersangkutan memiliki cukup waktu untuk dimintai informasi demi kepentingan penelitian nagari siaga aktif (Nugrahani, 2014). Informan yang ideal memiliki empat karakteristik sebagai berikut : 1) orang yang akrab dan mengenal serta mengikuti pelaksanaan program; 2) orang yang tinggal dan terlibat dalam rutinitas di lingkungan pelaksanaan program; 3) bukan pemula tapi hidup beberapa tahun di lingkungan pelaksanaan program; 4) orang yang saat ini masih terlibat di lapangan dalam pelaksanaan program (Neuman, 2015)

Secara spesifik karakteristik informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Wali Nagari / Sekretaris Nagari / Kepala Jorong :

Dari sumber ini dapat diketahui keberadaan dan keaktifan forum desa, adanya UKBM yang aktif, adanya pendanaan untuk pengembangan Desa Siaga aktif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa, adanya peran serta masyarakat dan bentuk peran serta aktif masyarakat atau organisasi masyarakat dalam pengembangan nagari siaga aktif.

2. Kader kesehatan

Dari sumber ini dapat diketahui informasi mengenai jumlah kader yang aktif dalam pengembangan nagari siaga aktif. Peran serta kader dalam pelaksanaan Nagari Siaga Aktif, penyebab kurang aktifnya kader.

3. Bidan Desa

Dari sumber ini dapat diketahui informasi kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari, keaktifan masyarakat / kader/ organisasi masyarakat dalam pengembangan nagari siaga aktif, UKBM aktif, Pembina PHBS. Bidan Desa yang di wawancarai seluruh Bidan Desa yang berada di wilayah Nagari yang dijadikan lokasi penelitian. Seluruh Bidan Desa di wawancarai untuk mendapatkan validasi data yang diperoleh.

4. kepala puskesmas

Seluruh Kepala Puskesmas di wilayah kerja puskesmas tempat Nagari yang dijadikan tempat penelitian. Nagari Pandam Gadang dengan Puskesmas

Koto Tinggi, Nagari Tujuh Koto Talago dengan Puskesmas Padang Kandis dan Nagari Batu Balang dengan wilayah kerjanya Puskesmas Taram.

5. kepala seksi promkes, jaminan dan pemberdayaan masyarakat dan kepala bidang kesehatan masyarakat

Dari sumber ini dapat diketahui hasil dari evaluasi keberhasilan program Nagari Siaga Aktif.

Penentuan informan untuk wawancara dipilih berdasarkan kriteria pentahapan pengembangan desa siaga aktif yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Sebagian Informan sebagai validitas data (triangulasi) supaya terdapat kepuasan dalam pengambilan data.

Tabel 2. Data Informan

No	Nagari	Keterangan Informan	Jumlah
1	Nagari Pandam Gadang	Wali Nagari / sekretaris	1
		Kader Kesehatan	2
		Bidan desa	2
		Jorong	2
2	Nagari VII Koto Talago	Wali Nagari	1
		Kader Kesehatan	2
		Bidan desa	2
		Jorong	2
3	Batu Balang	Wali Nagari	1
		Kader Kesehatan	2
		Bidan desa	2
		Jorong	2
4	Dinas Kesehatan	Kepala Puskesmas	3
		Kepala Seksi	1
Total Informan			25

3. Pengumpulan Dokumen

Pengumpulan dokumen dalam penelitian ini adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengumpulkan dan menganalisis dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam penelitian yang dipandang perlu, baik dokumen bentuk tulisan, gambar atau elektronik. Seperti yang dijelaskan dokumen itu dapat berupa arsip-arsip, atau rekaman yang berhubungan dengan penelitian ini. Bisa juga dari beberapa hasil penelitian, literatur buku, informasi media, data yang berkaitan dengan penelitian ini.

Penelitian ini mengambil dokumen tentang data gambaran umum nagari dari profil nagari, Kecamatan Gunuang Omeh Dalam Angka Tahun 2017, Tahun 2018, dan Tahun 2019, Kecamatan Guguak Dalam Angka Tahun 2017, Tahun 2018, dan Tahun 2019 serta Kecamatan Harau Dalam Angka Tahun 2017, Tahun 2018, dan Tahun 2019. Data dari Kabupaten Lima Puluh Kota dalam Angka Tahun 2017, Tahun 2018 dan tahun 2019. . Angka-angka kesehatan pernagari yang diambil dari Profil Puskesmas Koto Tinggi, Puskesmas Padang Kandis dan Puskesmas Taram, dan Laporan Bulan Puskesmas ke Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2017, Tahun 2018 dan tahun 2019. dan strata nagari siaga aktif pernagari dari Laporan Seksi Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota, hasil penelitian dan jurnal-jurnal yang mendukung serta Profil Kesehatan Tahun 2018 dan Tahun 2019.

D. Analisis Data

Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan dan analisis data dilakukan bersamaan selama proses penelitian berlangsung (Afrizal 2014). Untuk itu peneliti kualitatif harus selalu ingat, tidak ada panduan baku bagi peneliti kualitatif dalam hal melakukan analisis data. Analisis data dalam penelitian kualitatif adalah suatu proses dimana peneliti akan mengumpulkan dan mengatur secara sistematis hasil dari transkrip interview, seluruh catatan di lapangan, dan data-data lain yang didapatkan dan kesemuanya itu akan menimbulkan pemahaman peneliti terhadap suatu fenomena serta membantu peneliti untuk mempresentasikan penemuannya kepada orang lain. Tersirat dalam penjelasan ini, bahwa analisis data terkait erat dengan pengumpulan dan interpretasi data. Ini wajar, sebab analisis data dalam penelitian kualitatif seringkali bersamaan dengan interpretasi data, bagian berkesinambungan dari pengumpulan data (Bogdan dan Biklen dalam Machmud, 2016).

Analisis data dilakukan dengan cara sebagai berikut (Nugrahani, 2014) :

1. Reduksi Data

Setelah dari lokasi penelitian, komponen pertama dalam analisis data di lapangan yang diperoleh dilakukan reduksi data yaitu memilah, menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, mengorganisasi hal-hal yang

penting dan membuang yang tidak perlu, serta dicari pola atau temanya melalui proses penyuntingan kemudian dilakukan pemberian kode atau pentabelan, sehingga reduksi data bagi peneliti adalah melakukan proses pemilihan atau seleksi, penyederhanaan, dan pengelompokan dari semua jenis informasi yang mendukung data penelitian yang diperoleh dan dicatat selama proses pengambilan data di lapangan. Pada proses reduksi ini data dipilah untuk mendapatkan data yang valid dan dapat dilakukan pengecekan dan disederhanakan.

2. Penyajian Data

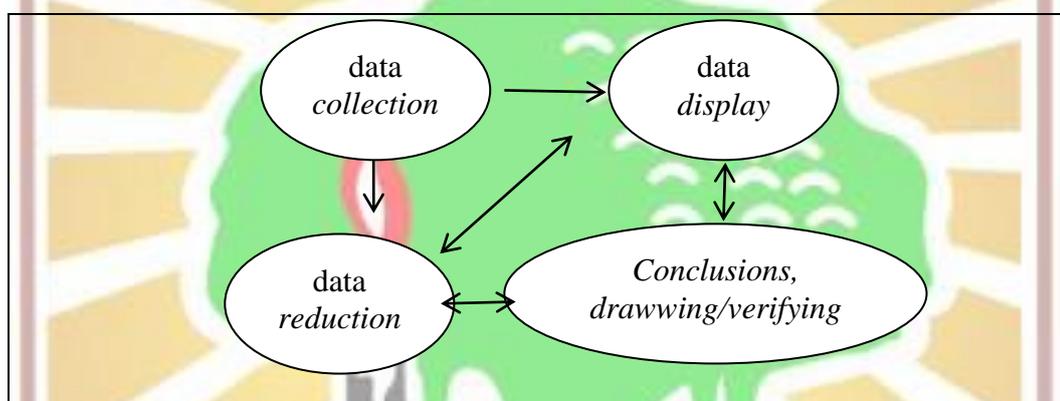
Penyajian data adalah hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis yang dapat memberikan sekumpulan informasi yang telah di reduksi dan memberi kemungkinan kepada peneliti untuk pengambilan kesimpulan sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Sajian data ini merupakan suatu tahap setelah analisis. Penyajian data dalam hal ini berbentuk deskripsi dan narasi yang lengkap, yang disusun berdasarkan pokok-pokok temuan yang telah direduksi datanya sesuai kebutuhan. Penyajian data menggunakan bahasa peneliti yang logis, dan sistematis, sehingga mudah dipahami. Memiliki tujuan untuk lebih mempermudah bagi peneliti dalam melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari data hasil penelitian.

3. Penarikan Kesimpulan / Verifikasi

Pada proses verifikasi penelitian kualitatif data dilakukan secara terus menerus sepanjang proses penelitian itu dilakukan. Dari sejak awal ke lokasi penelitian untuk proses pengumpulan data, peneliti selalu berusaha untuk menganalisis serta mencari makna dari data yang berhasil dikumpulkan, dengan mencari pola tema, hubungan persamaan, maupun hipotesis, dan selanjutnya dituliskan atau dituangkan dalam bentuk kesimpulan yang masih sifatnya tentatif. Penarikan kesimpulan merupakan kegiatan menjelaskan/menafsirkan terhadap hasil dari data yang telah direduksi sehingga dapat dianalisis dan interpretasi, yang menjadi kesimpulan.

Dalam hal penarikan kesimpulan data yang diperoleh dilapangan, data sebaiknya telah dilakukan proses triangulasi maka dapat ditarik suatu kesimpulan akhir. Proses triangulasi adalah suatu proses mencari kebenaran data antara satu sumber data dengan sumberdata lain. Kesimpulan dari penelitian harus sesuai dengan hal-hal berikut :

(1) Tema/topik dan judul penelitian; (2) Tujuan penelitian; (3) Pemecahan permasalahan; (4) Data-data dalam penelitian; (5) Temuan-temuan dari hasil analisis data dalam penelitian; dan (6) Teori/ilmu yang relevan.



Gambar 6. Analisis Data
Sumber Miles & Huberman, 1984 (dalam Nugrahani, 2014)

Pendapat Miler dan Humber (dalam Nugrahani, 2014) bahwa proses Analisis Data melakukan tahap seperti berikut :

a) Analisis pengumpulan data

Peneliti memahami fenomena sosial faktor -faktor yang mempengaruhi pengembangan nagari siaga aktif dan setelah pengumpulan data, analisa meliputi menetapkan fokus penelitian, pembentukan pengumpulan data, pengembangan pertanyaan-pertanyaan dalam rangka pengumpulan data (informasi, situai, dokumentasi).

b) Reduksi data (*data reduction*)

Memilih data-data yang diperoleh dalam penelitian bagian penting dan benar benar dibutuhkan dan dalam memasukkan data hanya data yang memiliki sifat yang obyektif sesuai kebutuhan penelitian. Awal mulanya dengan membuat abstraksi rangkuman data sehingga data

terkelompok dengan inti dan proses dan tidak lari dari pertanyaan masih didalamnya. Adapun data-data tersebut yang terkait dengan penelitian faktor -faktor yang mempengaruhi pengembangan nagari siaga aktif

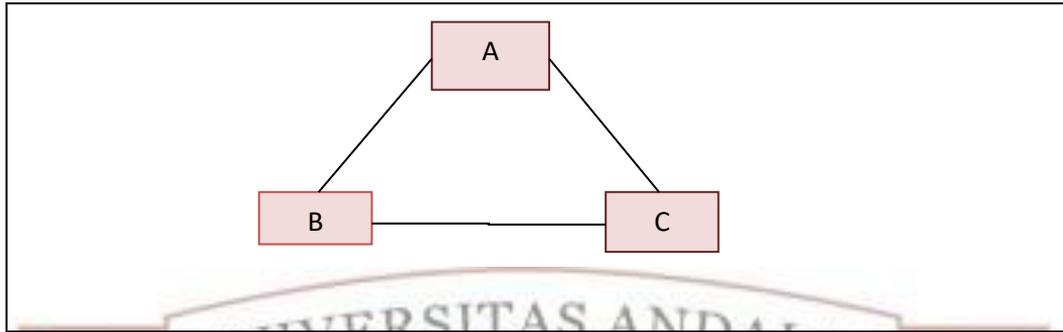
c) Penyajian data (*data display*)

Penyajian data adalah menyajikan data dalam bentuk sekumpulan informasi yang tersusun dalam bentuk naratif yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian data yang lebih sering digunakan dalam penelitian kualitatif adalah bentuk teks naratif. Selanjutnya, disarankan juga selain dengan teks naratif, dapat berupa grafik, matrik, network (jejaring kerja) dan chart.

d) Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusion drawing*)

Penarikan kesimpulan dan verifikasi merupakan upaya memaknai hasil penelitian dari wawancara mendalam dan pengamatan yang telah disajikan datanya yang berbentuk kata-kata, dengan mencermati pola-pola ketentuan penjelasan, konfigurasi, dan hubungan sebab akibat. Kesimpulan ada dua yaitu kesimpulan awal yang dikemukakan dan masih bersifat sementara dan setelah triangulasi dengan mencari bukti-bukti dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya yang maka dibuatkan kesimpulan akhir.

Teknik validasi data dengan teknik Triangulasi. Triangulasi adalah segitiga, bukan setiap penelitian harus diperoleh dengan tiga informan sebagai sumber informasi. Triangulasi prinsipnya informasi yang dikumpulkan dicari dari sumber-sumber yang berbeda sehingga tidak menimbulkan bias pada sebuah kelompok. Triangulasi yaitu memperoleh data dari berbagai informan dapat berarti informan-informan yang berbeda atau adanya sumber data yang berbeda mengenai yang diteliti. Triangulasi dilakukan untuk memperkuat data dan untuk membuat peneliti yakin terhadap kebenaran dan kelengkapan data. Triangulasi ini dapat dilakukan secara terus menerus sampai peneliti merasa puas dengan datanya dan sampai peneliti meyakini data tersebut valid (Afrizal, 2016).



Gambar 7. Triangulasi
Sumber : Afrizal (2016)

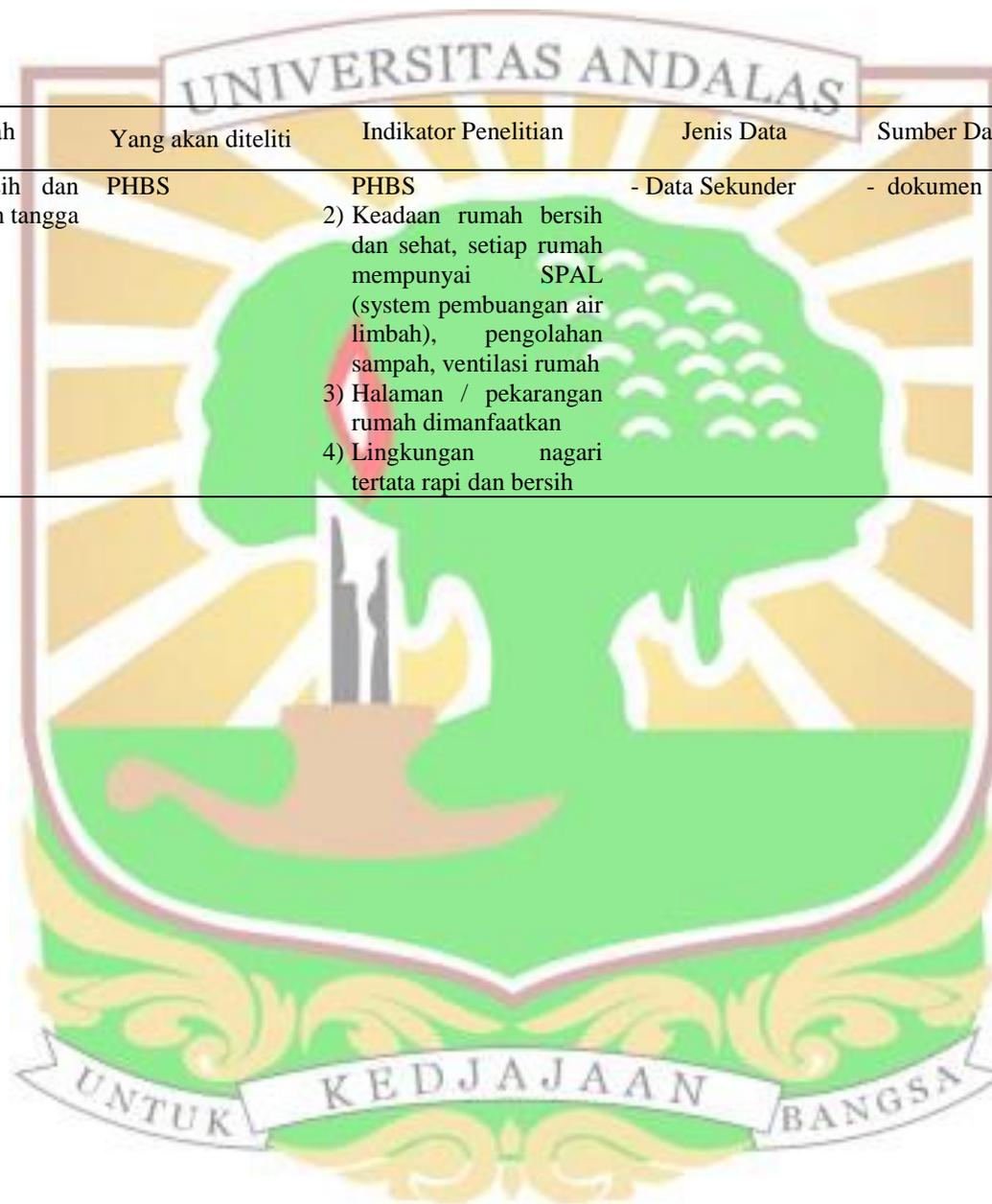
Berdasarkan penjelasan diatas agar dalam penelitian ini didapatkan data yang valid, peneliti mengumpulkan data dari beberapa informan yang berbeda terhadap satu topik yang sama yaitu Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri. Selain itu, penulis membandingkan hasil wawancara dengan pengamatan, membandingkan pendapat seseorang dengan pendapat orang lain, membandingkan data primer (wawancara) dengan data dokumen. Tabel 3. berikut tentang matrik penelitian ini.



Tabel 3. Matrik Penelitian Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengembangan Nagari Siaga Aktif Kabupaten Lima Puluh Kota

No	Rumusan Masalah	Yang akan diteliti	Indikator Penelitian	Jenis Data	Sumber Data	Metoda	Analisis
1.	Apa yang menyebabkan tidak aktifnya Forum Desa Nagari Siaga Aktif ?	Faktor keaktifan Forum Nagari	1) SK Forum Nagari 2) Jumlah Pertemuan Forum Nagari	- Data Primer - Data Sekunder	- informan - dokumen	- Wawancara - Dokumentasi	Analisis kualitatif
2.	Apa yang menyebabkan tidak aktifnya Kader Pemberdayaan Masyarakat pada Nagari Siaga Aktif ?	Faktor keaktifan kader	Jumlah kader aktif	- Data Primer - Data Sekunder	- informan - dokumen	- Wawancara - Dokumentasi	Analisis kualitatif
3.	Apa yang menyebabkan tidak aktifnya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dapat melaksanakan survailans berbasis masyarakat, penanggulangan bencana dan kegawat daruratan kesehatan, dan penyehatan lingkungan pada Nagari Siaga Aktif ?	Faktor keaktifan UKBM	1) Jumlah UKBM 2) Jumlah UKBM aktif	- Data Primer - Data Sekunder	- informan - dokumen	- Wawancara - Dokumentasi	Analisis kualitatif
4.	Bagaimana bentuk peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Nagari Siaga Aktif ?	Faktor peran aktif masyarakat dan organisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan	1) Ada ambulan Desa 2) Ada Donor Darah	- Data Primer - Data Sekunder	- informan - dokumen	- Wawancara - Dokumentasi	Analisis kualitatif
5.	Bagaimana bentuk pembinaan	Faktor pembinaan	1) Persentase pencapaian	- Data Primer	- informan	- Wawancara	Analisis

No	Rumusan Masalah	Yang akan diteliti	Indikator Penelitian	Jenis Data	Sumber Data	Metoda	Analisis
	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga di Nagari Siaga Aktif ?	PHBS	PHBS 2) Keadaan rumah bersih dan sehat, setiap rumah mempunyai SPAL (system pembuangan air limbah), pengolahan sampah, ventilasi rumah 3) Halaman / pekarangan rumah dimanfaatkan 4) Lingkungan nagari tertata rapi dan bersih	- Data Sekunder	- dokumen	- Dokumentasi	kualitatif



BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

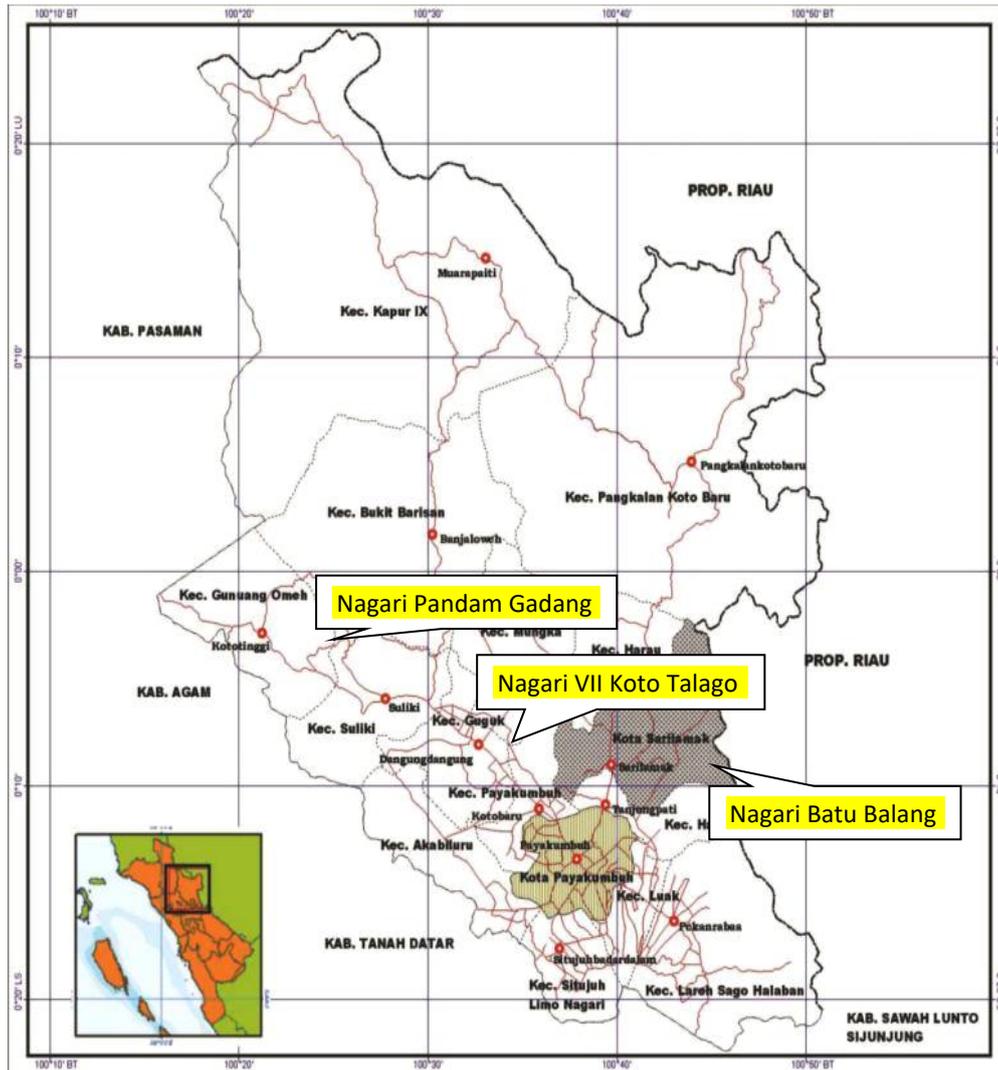
Kabupaten Lima Puluh Kota terletak antara $0^{\circ}25'28,71''$ LU dan $0^{\circ}22'14,52''$ LS serta antara $100^{\circ}15'14,52''$ - $100^{\circ}50'47,80''$ BT. Kabupaten ini diapit oleh empat kabupaten yaitu Kabupaten Agam, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung, dan Kabupaten Pasaman serta satu propinsi yaitu Propinsi Riau. Batas wilayah Kabupaten Lima Puluh Kota sebagai berikut:

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Rokan Hulu dan Kabupaten Kampar di Propinsi Riau.
- b. Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Tanah Datar dan Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung.
- c. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Agam dan Kabupaten Pasaman.
- d. Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Kampar, Propinsi Riau.

Secara administrasi Kabupaten Lima Puluh Kota memiliki 13 Kecamatan dan 79 nagari dengan luas keseluruhan 3.354,30 KM² atau 7,94% dari luas Propinsi Sumatera Barat. Kecamatan terluas yaitu Kecamatan Kapur IX dengan luas 732,36 KM² dan yang terkecil yaitu Kecamatan Luak dengan luas 61,68 KM². Hasil estimasi jumlah penduduk pada tahun 2019 sebesar 372.568 jiwa, yang terdiri atas 184.995 jiwa penduduk laki-laki dan 187.573 jiwa penduduk perempuan (BPS Lima Puluh Kota, 2019).

Sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Lima Puluh Kota terdiri atas Dinas Kesehatan, dibantu oleh sarana pelayanan kesehatan dasar yakni 22 unit Puskesmas, 1 unit Instalasi Farmasi Kabupaten, 88 unit Puskesmas Pembantu (Pustu) dan 172 Poskesri. Ratio pelayanan kesehatan secara umum jika dilihat dari ratio Puskesmas dengan jumlah penduduk sebesar 372.512 jiwa adalah 1 : 19.605 jiwa (Profil Dinkes Kab Lima Puluh Kota, 2019)

Penelitian dilakukan pada tiga nagari, yaitu Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunung Omeh, Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguk dan Nagari Batu Balang Kecamatan Harau. Posisi ketiga nagari dapat dilihat pada peta Kabupaten Lima Puluh Kota



Gambar 8. Peta Kabupaten Lima Puluh Kota
Sumber : Kabupaten Lima Puluh Kota Dalam Angka 2019

Untuk lebih jelasnya profil ketiga nagari penelitian dapat diuraikan sebagai berikut.

1 Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunung Omeh

Nagari Pandam Gadang adalah Nagari Siaga Aktif dengan kategori Pratama. Nagari Pandam Gadang terletak di Kecamatan Gunung Omeh Kabupaten Lima Puluh Kota. Berdasarkan Data BPS tahun 2019 Nagari Pandam Gadang memiliki luas 64 Km² jarak ke Ibukota Kabupaten 43 km, jarak nagari ke kecamatan 8 km, dengan jumlah jorong sebanyak enam jorong yaitu Jorong Koto Panjang, Jorong Kampuang Gaduang, Jorong Kampuang Potai, Jorong Ikan

Banyak, Jorong Sungai Mengkirai dan Jorong Koto Marapak. Ibukota Nagari terletak di Jorong Ikan Banyak. Jumlah penduduk Nagari Pandam Gadang sebanyak 5.015 orang, dimana sebanyak 2.477 orang penduduk adalah laki-laki dan 2.538 orang adalah penduduk perempuan. Kepadatan penduduk 78 jiwa penduduk per Km² dan rata-rata penduduk per rumah tangga tiga jiwa.

Sarana dan prasarana kesehatan yang terdapat di Nagari Pandam Gadang terdiri dari dua buah puskesmas pembantu dan satu polindes, serta sembilan posyandu. Untuk tenaga kesehatan Nagari Pandam Gadang tidak memiliki dokter umum, dokter gigi dan perawat umum. Tenaga kesehatan lainnya yang dimiliki Nagari Pandam Gadang adalah tiga orang bidan. Nagari Pandam Gadang juga tidak ada apotik dan toko obat berizin. Jumlah kunjungan puskesmas 13.684 orang. Peserta aktif KB di Nagari Pandam Gadang 573 PUS dengan 13 kondom, 218 suntik, 16 AKDR, 46 MOP/MOW, 46 implan.

Menurut Profil Puskesmas Koto Tinggi Tahun 2019 terdapat sembilan posyandu yang aktif dengan kategori purnama tujuh posyandu dan dua posyandu mandiri. Peserta jaminan kesehatan 68,9% dari jumlah penduduk yang berasal dari penerima bantuan iuran (PBI) 61.6% dan non PBI 7.2% . Jumlah kelahiran 99 orang, Jumlah kematian bayi nihil, jumlah kematian ibu nihil. Jumlah balita di Nagari pandam gadang 292 orang, kurang gizi 45 orang (15,4%), balita pendek 75 orang (27,6%) dan balita kurus 14 orang (5,1%). Kasus KLB selama 2019 nihil dan kasus Demam Berdarah nihil. Pemanfaatan dana desa untuk kesehatan 2,1% dari total dana desa yang diperoleh. Tabel berikut data kependudukan tiga tahun terakhir.

Tabel 4. Jumlah Penduduk Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh Tahun 2016-2017 Berdasarkan Jenis Kelamin Rasio dan Kepadatan Penduduk

Uraian	Tahun		
	2016	2017	2018
Penduduk			
Laki-laki	2.456	2.477	2.498
Perempuan	2.519	2.538	2.560
Jumlah	4.975	5.015	5.058
Rasio JK	97	97,60	97,58
Kepadatan penduduk	78	78,36	79,03
Rata-rata penduduk per RT		3,77	3,80

Sumber : Kecamatan Gunuang Omeh Dalam Angka

Dari Tabel.4 terlihat bahwa terjadi penambahan jumlah penduduk di Nagari Pandam Gadang dari tahun 2016 bertambah setiap tahun dari 4.975 pada tahun 2016 menjadi 5.058 pada tahun 2018. Peningkatan rasio penduduk dari 78 pada tahun 2016 menjadi 79.03 pada tahun 2018, dan kepadatan penduduk meningkat 78 pada tahun 2016 menjadi 79.03 pada tahun 2018 dan rata-rata penduduk per rumah tangga meningkat dari 3.7 pada tahun 2016 menjadi 3.80 pada tahun 2018.

Tabel 5. Jumlah Kasus TB, DBD, Gizi Buruk, AKI, AKB dan AKABA Tahun 2017 – 2019 Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh

Uraian	Tahun (kasus)		
	2017	2018	2019
Kasus TB	2	1	5
DBD	1	-	5
Gizi Buruk	3	-	1
AKI	-	-	1
AKB	-	-	2
AKABA	-	1	1
Stunting			57

Sumber : Profil Puskesmas Koto Tinggi

Tabel 5 memperlihatkan bahwa dibidang kesehatan juga terjadi kenaikan kasus penyakit seperti kasus TB pada tahun 2018 satu kasus menjadi lima kasus.

Kasus DBD meningkat dari satu kasus tahun 2017 menjadi lima pada tahun 2019. Sedangkan untuk AKI dan AKB yang sebelumnya pada tahun 2017 dan 2018 tidak ada pada tahun 2019 AKI satu kasus dan AKB dua kasus. Sedangkan untuk AKABA nihil tahun 2017 menjadi satu kasus pada tahun 2018 dan tahun 2019. Stunting di Nagari Pandam Gadang 57 kasus yaitu 23.7% dari jumlah balita yang ada, menjadi Nagari Pandam Gadang lokus penanganan stunting secara nasional untuk Kabupaten Lima Puluh Kota.

2. Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak

Nagari Tujuh Koto Talago adalah Nagari Siaga Aktif dengan Kategori Madya terletak di Kecamatan Guguak Kabupaten Lima Puluh Kota. Berdasarkan Data BPS Tahun 2019 Nagari Tujuh Koto Talago memiliki luas 21 Km² dengan jarak ke ibukota kecamatan 2 km dan jarak ke ibukota kabupaten 17 km. Jumlah jorong sebanyak tujuh jorong yaitu Jorong Talago, Jorong Tanjung Jati, Jorong Ampang Gadang, Jorong Koto Kaciak, Jorong Padang Japang, Jorong Sipingai, dan Jorong Padang Kandis. Ibukota Nagari terletak di Jorong Talago. Jumlah penduduk Nagari Tujuh Koto Talago sebanyak 9.780 orang (4.626 laki-laki dan 5.154 perempuan). Kepadatan penduduk 474 jiwa penduduk per Km² dan rata-rata penduduk per rumah tangga empat jiwa.

Sarana dan prasarana kesehatan yang terdapat di Nagari Tujuh Koto Talago satu buah puskesmas, tiga buah puskesmas pembantu, tiga poskesri dan 22 posyandu. Untuk tenaga kesehatan Nagari Tujuh Koto Talago memiliki satu orang Dokter Umum, satu orang Dokter Gigi dan delapan orang perawat umum. Terdapat juga perawat gigi satu orang, bidan delapan orang dan tenaga kesehatan lainnya delapan orang. Jumlah kunjungan ke puskesmas 1.460 untuk umum dan 2.811 untuk peserta JKN KIS. Di Nagari Tujuh Koto Talago ada dua apotik dan dua toko obat. Peserta aktif KB terdiri dari 1.018 PUS dengan 25 Kondom, 337 suntik, 306 Pil, 157 AKDR, 53 MOP/MOW 140 implan.

Menurut Profil Puskesmas Padang Kandis Tahun 2019 di Nagari Tujuh Koto Talago Terdapat 13 posyandu yang aktif dengan strata pratama delapan, tiga madya, dua purnama dan tidak ada yang mandiri. Peserta jaminan kesehatan 48,1% dari jumlah penduduk berasal dari penerima bantuan iuran (PBI) 40.2% dan non PBI 7,9%. Jumlah kelahiran 186 orang, jumlah kematian bayi satu orang

dan jumlah kematian ibu nihil. Jumlah Balita 540 yang ditimbang, Balita kurang gizi 16 orang (3%), Balita pendek 15 orang (2,8%) dan Balita kurus 3 orang (0,6%). Kasus KLB selama 2019 nihil, tetapi Demam Berdarah ada 3 kasus. Pemanfaatan dana desa untuk kesehatan 3,2% dari total dana desa yang diperoleh.

Tabel 6. Jumlah Penduduk Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak Tahun 2016-2018 Berdasarkan Jenis Kelamin Rasio dan Kepadatan Penduduk

Uraian	Tahun		
	2016	2017	2018
Penduduk			
Laki-laki	4.584	4.626	4.664
Perempuan	5.106	5.154	5199
Jumlah	9.690	9.780	9.863
Rasio JK	90,00	89.76	89.71
Kepadatan penduduk	461	465.71	469.67
Rata-rata penduduk per RT	4	3.97	3,80

Sumber : Kecamatan Guguak Dalam Angka

Dari Tabel.6 diketahui bahwa terjadi penambahan jumlah penduduk di Nagari Tujuh Koto Talago dari tahun 2016 setiap tahun dari 4.584 pada tahun 2016 menjadi 4.664 pada tahun 2018. Penurunan rasio penduduk dari 90 pada tahun 2016 menjadi 8971 pada tahun 2018. dan kepadatan penduduk meningkat pada tahun 2016 menjadi 469.67 pada tahun 2018 dan rata-rata penduduk per rumah tangga tetap sama ada tiga tahun ini yaitu 4. Untuk bidang kesehatan dapat dilihat dari tabel 7 dibawah.

Tabel 7. Jumlah Kasus TB, DBD, Gizi Buruk, AKI, AKB dan AKABA Tahun 2017-2019 Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak

Uraian	Tahun		
	2017	2018	2019
Kasus TB	4	1	3
DBD	-	1	4
Gizi Buruk	3	-	1
AKI	-	-	-
AKB	-	-	-
AKABA	-	-	-
Stunting			14

Sumber : Profil Puskesmas Koto Tinggi

Tabel 7 memperlihatkan bahwa dibidang kesehatan terlihat lebih baik karena angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian balita (AKABA) tidak ada tiga tahun terakhir dari tahun 2017 sampai tahun 2019. Berbeda dengan kasus Demam berdarah (DBD) dan kasus TB terjadi perubahan kenaikan dan penurunan kasus dilihat dari tahun 2018 terjadi kenaikan kasus pada tahun 2019 Kasus TB dari satu kasus menjadi tiga kasus, sedangkan kasus DBD dari satu kasus menjadi empat kasus tahun 2019. Untuk angka stunting Nagari Tujuh Koto Talago mempunyai 14 kasus berarti 2,9% dari total balita yang ada di nagari.

3. Nagari Batu Balang Kecamatan Harau

Nagari Batu Balang terletak di Kecamatan Harau, yang merupakan Nagari Siaga Aktif kategori Purnama, sama seperti dua nagari dari kecamatan sebelumnya, kecamatan Harau juga berada di Kabupaten Lima Puluh Kota. Berdasarkan Data BPS tahun 2019 Nagari Batu Balang memiliki luas 20.09 Km². Jarak Nagari Batu Balang ke Ibukota Kecamatan 3 km dan ke ibukota Kabupaten 5 km. Jumlah jorong Nagari Batu Balang sebanyak enam jorong yaitu Jorong Padang Ambacang, Jorong Harau, Jorong Tiga Alur, Jorong Balai, Jorong Boncah dan Jorong Koto Kaciak. Ibukota Nagari terletak di Jorong Balai. Jumlah penduduk Nagari Batu Balang sebanyak 5.755 orang dengan rincian 2.882 penduduk laki-laki dan 2.873 penduduk perempuan, dengan kepadatan 136 jiwa penduduk per Km² rata-rata penduduk per rumah tangga empat jiwa.

Sarana dan prasarana kesehatan yang terdapat di Nagari Batu Balang yaitu satu buah buah puskesmas pembantu, enam polindes, delapan posyandu. Untuk tenaga kesehatan Nagari Batu Balang hanya memiliki bidan sebanyak enam orang sedangkan dokter umum, dokter gigi dan perawat umum tidak ada. Nagari Batu Balang tidak ada apotik dan toko obat berizin. Jumlah kunjungan puskesmas 791 orang. Peserta aktif KB terdiri dari 788 PUS dengan memakai 48 kondom, 515 suntik, 87 pil, 52 AKDR, 34 MOP/MOW, 52 implan.

Menurut Profil Puskesmas Taram tahun 2019 terdapat delapan posyandu di Nagari Batu Balang dengan kategori enam madya, dua purnama tidak ada yang pratama dan mandiri. Peserta jaminan kesehatan 67.2% dari jumlah penduduk yang berasal dari penerima bantuan iuran (PBI) 54% dan non PBI 13,2% .Jumlah

kelahiran 106 jiwa, kematian bayi satu jiwa, jumlah kematian ibu nihil. Jumlah Balita ditimbang 384 jiwa, balita kurang gizi 20 jiwa, balita pendek 16 jiwa, balita kurus delapan jiwa. Jumlah rumah sehat 41,6%, Jamban sehat 461, Sumber Air Bersih 77%. Kasus KLB selama 2019 dan Demam Berdarah nihil, Pemanfaatan dana desa untuk kesehatan 8,7% dari total dana desa yang diperoleh.

Tabel 8. Jumlah Penduduk Nagari Batu Balang Tahun 2016-2018 Berdasarkan Jenis Kelamin Rasio dan Kepadatan Penduduk

Uraian	Tahun		
	2016	2017	2018
Penduduk			
Laki-laki	2.853	2.882	2.908
Perempuan	2.845	2.873	2.899
Jumlah	5.698	5.755	5.807
Rasio JK	100	96	95
Kepadatan penduduk	284	136	138
Rata-rata penduduk per RT	4	4	4

Sumber : Kecamatan Harau Dalam Angka

Dari Tabel 8. diketahui bahwa terjadi penambahan jumlah penduduk di Nagari Batu Balang dari tahun 2016 setiap tahun dari 5.698 pada tahun 2016 menjadi 5.807 pada tahun 2018. Penurunan rasio penduduk dari 100 pada tahun 2016 menjadi 95 pada tahun 2018. dan kepadatan penduduk menurun pada tahun 2016 dari 284 menjadi 138 pada tahun 2018 dan rata-rata penduduk per rumah tangga tetap sama ada tiga tahun ini yaitu 4. Untuk bidang kesehatan dapat dilihat dari table 8 dibawah.

Tabel 9. Jumlah Kasus TB, DBD, Gizi Buruk, AKI, AKB dan AKABA Tahun 2017-2019 di Nagari Batu Balang Kecamatan Harau

Uraian	Tahun		
	2017	2018	2019
Kasus TB	-	10	14
DBD	3	4	3
Gizi Buruk	3	-	1
AKI	-	-	-
AKB	-	-	-
AKABA	6	4	6
Stunting			21

Sumber : Profil Puskesmas Koto Tinggi

Tabel 9 memperlihatkan bahwa dibidang kesehatan terlihat lebih baik karena angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB) tidak ada tiga

tahun terakhir dari tahun 2017 sampai tahun 2019, sedangkan dan angka kematian balita (AKABA) naik dari empat kasus tahun 2018 menjadi enam kasus tahun 2019. Berbeda dengan kasus Demam berdarah (DBD) terjadi perubahan penurunan kasus dari empat kasus tahun 2018 menjadi tiga kasus tahun 2019. Kasus TB dari sepuluh kasus tahun 2018 menjadi empat belas kasus tahun 2019, Untuk angka stunting Nagari Tujuh Koto Talago mempunyai 21 kasus berarti 5,8% dari total balita yang ada di nagari. Dari Tabel 10 terlihat perbandingan sarana dan prasarana yang ada pada ketiga nagari tempat penelitian.

Tabel 10. Perbandingan Sarana dan Prasarana Kesehatan serta Tenaga Kesehatan yang Terdapat di Ketiga Nagari Penelitian

No	Nagari	Sarana dan Prasarana Kesehatan Tenaga Kesehatan								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Pandam Gadang	-	2	1	9	-	-	-	-	3
2	Tujuh Koto Talago	1	3	3	22	1	1	8	1	8
3	Batu Balang	-	1	6	8	-	-	-	-	6

Keterangan : 1=Puskesmas, 2 = Puskesmas Pembantu, 3 = Polindes/Poskesri, 4 =Posyandu, 5 = Dokter Umum, 6 = Dokter Gigi, 7 = Perawat Umum, 8 = Perawat Gigi, 9 = Bidan

B. Pengembangan Nagari Siaga Aktif menjadi Nagari Siaga Aktif Mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota

Desa Siaga Aktif adalah desa/nagari yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawadaruratan, kesehatan secara mandiri. Penduduknya dapat mengakses pelayanan kesehatan dasar dengan mudah yang memberikan pelayanan setiap hari. Penduduknya dapat mengembangkan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat, serta masyarakat menerapkan PHBS, Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (Kemenkes, 2014).

Nagari Siaga Aktif terdiri dari delapan kriteria pencapaian yaitu : 1) adanya forum desa/nagari; 2) kader kesehatan yang aktif; 3) kemudahan akses pelayanan kesehatan; 4) posyandu dan UKBM lainnya yang aktif; 5) dukungan dana dari pemerintah desa/nagari; 6) peran serta masyarakat, dunia usaha dan organisasi kemasyarakatan; 7) Adanya Peraturan Kepala Desa/Wali nagari atau Bupati/Walikota; 8) Adanya pembinaan PHBS Rumah Tangga. Dari delapan unsur

ini maka nagari siaga aktif akan di kategorikan menjadi Nagari Siaga Aktif Pratama, Nagari Siaga Aktif Madya, Nagari Siaga Aktif Purnama dan Nagari Siaga Aktif Mandiri.

Perkembangan di Kabupaten Lima Puluh Kota sampai Tahun 2018 setelah sepuluh tahun program ini berjalan dari 79 Nagari yang ada pencapaiannya hanya Nagari Siaga Aktif Kategori Pratama sebanyak 65 Nagari, Nagari Siaga Aktif Kategori Madya sebanyak 13 nagari, dan Nagari Siaga Aktif Kategori Purnama sebanyak 1 nagari dan tidak ada Nagari Siaga Aktif Kategori Mandiri. Padahal target Kementerian Kesehatan pada Tahun 2018 sebanyak 80% Nagari Siaga Aktif dalam Kategori Mandiri (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota, 2019).

Hasil pengkategorian oleh puskesmas wilayah kerja 79 nagari di Kabupaten Lima Puluh Kota tidak dapat memenuhi kriteria Nagari Siaga Aktif untuk menjadi Nagari Siaga Aktif Mandiriyaitu : 1) Nagari yang sudah memiliki forum nagari yang aktif tiap bulannya; 2) kader kesehatan yang aktif berjumlah sembilan orang lebih; 3) kemudahan akses pelayanan kesehatan serta yang buka 24 jam; 4) UKBM aktif yang aktif yaitu posyandu dan minimal empat UKBM lainnya; 5) adanya dukungan dana dari pemerintah desa/nagari; 6) minimal dua dana rutin dari masyarakat dan dunia usaha, peran serta masyarakat dan lebih dari dua organisasi kemasyarakatan; 7) adanya Peraturan Wali nagari atau Bupati tentang Nagari Siaga yang telah direalisasikan; 8) pembinaan PHBS minimal 70% Rumah Tangga yang ada.

Penyebab tidak tercapai kategori Nagari Siaga Aktif Mandiri di Kabupaten Lima Puluh Kota dilihat dari hasil penelitian di tiga nagari sampel yaitu Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh (Kategori Pratama), Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak (Kategori Madya), dan Nagari Batu Balang Kecamatan Harau (Kategori Paripurna), berikut akan dijelaskan factor-faktor penyebab ketidakberhasilan Nagari Siaga Aktif Mandiri.

1. Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh Dilihat dari Faktor-Faktor Ketidakberhasilan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri

Hasil penelitian menemukan penyebab Nagari Siaga Aktif Mandiri tidak berhasil dibangun di Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh sebagaimana berikut :

a. Rendahnya Keaktifan Forum Nagari

Menurut Kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri keaktifan forum desa terlihat dengan kegiatan forum yang rutin setiap bulannya. Forum Nagari dilaksanakan diawali dengan kegiatan Survey Mawas Diri (SMD) yang dilakukan oleh Kader Kesehatan. Hasil SMD akan dibahas dalam Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) yang akan menentukan apa rencana kedepannya.

Keberadaan Forum Nagari terutama dilihat dari adanya surat keputusan (SK) tentang adanya forum untuk Nagari Siaga. Nagari Pandam hanya mempunyai Surat Keputusan Wali Nagari Pandam Gadang Nomor 10/SK/WN/PD-GD/2006 tentang Pengukuhan Pengurus Nagari Siaga, yang isinya susunan pengurus Nagari Siaga, daftar nama calon pendonor darah dan daftar nama siap, antar jaga. Daftar nama siap antar jaga disini adalah relawan untuk kendaraan pribadi menjadi ambulance nagari, karena belum tersedia ambulance nagari. SK ini tidak lagi terpakai karena beberapa personil yang ada orangnya sudah tidak ada.

Dari hasil wawancara dengan informan (Sekretaris Nagari) tentang apakah mengenal program Nagari Siaga aktif dan apakah ada forum Nagari dan bagaimana keaktifannya adalah :

... mengenal dan kurang memahami ...SK Nagari Siaga aktif ada tahun 2006, dan yang pernah mengikuti workshop pelaksanaan nagari siaga aktif waktu pelaksanaannya di Nagari Banja Laweh Kecamatan Bukit Barisan dari Nagari Pandam Gadang adalah Wali Nagari yang sekarang mengundurkan diri karena ikut pemilihan anggota DPRD dan wali nagari sekarang pejabat Wali Nagari PNS dari kecamatan.....

SMD jalan tiap tahun, tahun 2018 terakhir tentang survey mawas diri diundang kader jadi hasil dikumpulkan dulu.....Setelah SMD, MMD ada diadakan forum satu kali setahun... karena oleh bidan di nagari....(wawancara tanggal 9 Februari 2019)

Hasil wawancara dengan informan (Bidan Desa) tentang pelaksanaan Nagari Siaga, apakah ada forum nagari dan keaktifannya bahwa :

....Forum nagari bisa dilihat dengan adanya MMD, ... MMD didahului oleh SMD...Jadwal SMD diatur oleh Bidan disetiap jorong, hasil SMD dikumpulkan di nagari, data diolah di nagari sebelum pertemuan yang sudah dibuat POA Nagari dan jadwal diatur di POA... SMD dan MMD dilakukan satu kali setahun di kantor walinagari dengan mengundang tokoh masyarakat, jorong, bidan desa.....(wawancara tanggal 16 Februari 2019)

Dapat disimpulkan bahwa kegiatan Forum Nagari dilakukan dengan adanya kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) yang didahului oleh Survey Mawas Diri (SMD) tapi hanya satu kali setahun. Berdasarkan hasil wawancara terlihat MMD adalah menjadi kegiatan rutin puskesmas sebagaimana kegiatan puskesmas terakreditasi di awal tahun. Peran wali nagari sebagai kepala pemerintah nagari tidak terlihat karena forum masih dijadwalkan oleh kepala puskesmas sesuai kebutuhan program. Belum pernah jadwal Forum Nagari yang disepakati berasal dari Pemerintahan Nagari Pandam Gadang sebagaimana tercantum pada SK Forum dari Wali Nagari. Pelaksanaan kegiatan SMD dilakukan kader masing-masing jorong didampingi oleh bidan desa dengan mengisi daftar tilik yang diberikan puskesmas. Jadwal SMD tersebut merupakan hasil kesepakatan puskesmas dengan nagari.

Jadwal kegiatan Nagari Siaga aktif sudah memiliki POA yang dibuat oleh bidan desa, namun kegiatan yang sudah tersusun tidak berjalan sesuai POA. Kegiatan SMD dan MMD berjalan setiap tahun, namun kegiatan sebagai hasil dari MMD belum berjalan dengan baik karena tidak adanya dana untuk nagari siaga aktif. Kegiatan saat ini yang masih berlangsung adalah kelas ibu hamil dengan pendanaan dari Nagari. Selain itu terdapat juga kegiatan penanggulangan kejadian diare menjadi prioritas masalah dan kegiatan-kegiatan remaja untuk mencegah kejadian kehamilan yang tidak diinginkan.

Di Nagari Pandam Gadang kegiatan Forum Nagari dibantu oleh inovasi yang dilakukan bidan desa adalah melaksanakan SMD jika ada kejadian penyakit dari laporan Nagari maupun dari laporan bidan desa. Seluruh masyarakat dikumpulkan kemudian dilakukan SMD. Setelah SMD dilakukan oleh kader maka

dilakukan MMD di nagari untuk bersama-sama mencari jalan keluar dalam pemberantasan penyakit tersebut. Jadi forum Nagari belum terlaksana rutin setiap bulannya sebagaimana yang seharusnya ada sebagai bagian keputusan wali nagari tentang forum.

b. Kader Kurang Mandiri

Menurut kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri adanya kader pemberdayaan masyarakat di setiap nagari yang aktif dan berjumlah lebih dari sembilan orang. Dari hasil wawancara dengan Informan (kader) tentang apakah informan ditunjuk sebagai kader pemberdayaan masyarakat yang melaksanakan program nagari siaga aktif dan berapa orang jumlah kader dan bagaimana keaktifannya :

... kami kader posyandu.... tapi melakukan semua kegiatan yang berhubungan dengan kader....Kader dibantu bidan dalam pelaksanaan SMD ke rumah tangga, yang diberitahu bidan kapan akan turun ke rumah tangga, hasil SMD akan direkap bersama bidan di kantor wali nagari, hanya satu orang kader perposyandu yang ikut SMD, kader mendapat honor SMD dari puskesmas setiap pelaksanaan dan ada rumus hitungannya(wawancara tanggal 16 Februari 2019)

Pendapat ini sama dengan yang disampaikan oleh informan (sekretaris nagari) tentang peran kader dalam nagari siaga :

.... kader khusus Nagari Siaga Aktif tidak ada.... Kader posyandu langsung menjadi kader nagari siaga..... di nagari siaga 1 per jorong dia kader posyandu juga, Nagari Pandam gadang 6 jorongnya..... Kader mendapat honor dari dana DAUN (Nagari) untuk pelaksanaan posyandu. Sebelumnya dana di peroleh dari donator, tapi semenjak Tahun 2007 donatur tidak ada lagi sampai sekarang..... (wawancara tanggal 9 Februari 2019)

Wawancara dengan informan (Bidan Desa) menceritakan keterlibatan kader dalam Program Nagari Siaga bahwa :

..... Kalau masalah kesiagaan keterlibatan kader contoh kasus ibu hamil bermasalah kader pasti melapor terlebih dahulu dan kalau ada bermasalah kader yang mengetahui duluan, dan kalau tidak kunjungan pasti dengan kader turun kelapangan bertanya terlebih dahulu ke kader kalau bersedia dikunjungi baru didampingi kader terkadang ada beberapa masyarakat tidak mau dikunjungi. Disini masih ada paham ingin melahirkan dirumah, contohnya beberapa waktu kemaren tidak kuat lagi soalnya daerah disini jauh-jauh, kondisi daerah susah, kalau menggunakan motor harus melewati sungai tidak sanggup, kalau jalan kaki harus mendaki keatas,

kader inilah yang mendampingi dan saya menyiapkan alat. Untuk keterlibatan keluarga kebanyakan keluarga sudah mulai paham siaga, hanya saja kalau ibu bermasalah pasti keluarga bermasalah itulah susah nya cara mengatasinya melibatkan kader terlebih dahulu, kalau tidak juga paham melapor ke jorong, kalau masih belum teratasi baru ke nagari. Contoh pasien dengan kondisi anak sunsang air ketuban merembes, suami tidak mau membawa ke rumah sakit, di ajak keluarga, keluarga susah juga diberi penjelasan, dilapor ke jorong dan jorong pun tidak bisa memberi penjelasan kepada keluarga, lalu ke nagari lalu nagari menyarankan untuk membuat surat pernyataan, dan akhirnya keluarga membuat surat pernyataan didepan wali nagari dan diketahui wali nagari, pada akhirnya pasien ini selamat juga dan disuruh ke rumah sakit suliki sendiri kebetulan ada posyandu juga sementara pasien sudah ada tanda-tanda dan ditanya apakah pasien bisa ke rumah sakit sendiri soalnya kalau saya yang mengantar tidak boleh oleh suami, dan karena sudah didekati si ibu si ibu mau pergi..... (wawancaratanggal 16 Februari 2019)

Dari hasil wawancara dengan ketiga informan kelemahan kader selama ini karena SMD kader masih dibantu oleh Bidan Desa yang ada di jorong, sehingga jorong yang tidak mempunyai Bidan Desa ada kegiatan akan terlambat akan menunggu bidan desa Pembina wilayah jorong dari puskesmas yang akan membantu pelaksanaan SMD yang dilakukan oleh kader. Terlihat bahwa kader belum mandiri dalam pelaksanaan SMD. Kader selama ini belum pernah ikut sosialisasi atau pelatihan cara melakukan SMD. Dalam pelaksanaan SMD tidak semua rumah tangga di jorong tapi *sample* dengan cara *simple random sampling* yang dibantu bidan desa dalam melakukan.

c. Kurangnya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) selain Posyandu yang Aktif

Kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri yang harus dipenuhi yaitu UKBM selain posyandu ada empat UKBM lainnya yang aktif. Hasil wawancara dengan informan (Sekretaris Nagari) tentang kegiatan UKBM di Nagari Pandam Gadang yang dia ketahui menyatakan :

.....Disetiap jorong ada posyandu....Kegiatan inovasi dari masyarakat kecuali kesehatan atau kegiatan lain untuk membangun masyarakat adalah gotong royong satu kali dalam sebulan di jorong-jorong itu terjadwal, membuat kerupuk, perbaikan jalan, saluran air di jorong yang bertanggung jawab menjadwalkan. Senam yang dilakukan kader bersama

masyarakat,yang ada UKK tidak semua jorong dan TABULIN.....
(wawancara tanggal 8 Februari 2019)

Sama dengan pendapat Informan (Bidan Desa) tentang keaktifan UKBM termasuk selain posyandu hasil wawancara mengatakan :

.....dari tujuh jorong yang ada pustu poskorsi hanya ada 3 yaitu koto marapak, sungai mangkiran dan ikan banyak.....UKBM selain posyandu yang ada, ada posyandu lansia tidak aktif ada.....dari pemuda KOLAK LABU (posyandu pemuda), ada didikan malam untuk anak-anak inovatif dari warga biasanya jumat malam sekarang dibuat sore kamis karena biasanya ada kendala hujan, lokasi di mesjid, kegiatan yang utama tentang agama dilibatkan warga,pos UKK untuk produksi kerupuk
(wawancara tanggal 23 Februari 2019)

Hasil wawancara disimpulkan bahwa posyandu balita merupakan kegiatan rutin setiap bulan, posyandu sudah merupakan UKBM murni masyarakat puskesmas dan bidan desa pelaksana untuk kegiatan kesehatan seperti imunisasi, yang lainnya dilakukan kader termasuk pencatatan dan pelaporan. Kampung KB merupakan kegiatan yang dikoordinir oleh Dinas KB dan Pemberdayaan Perempuan dan Anak. Kampung KB merupakan program untuk meningkatkan peran serta pemerintah, lembaga non pemerintah dan swasta dalam memfasilitasi, mendampingi dan membina masyarakat untuk menyelenggarakan program kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga (KKB-PK) dan pembangunan sektor terkait, juga meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pembangunan berwawasan kependudukan. Konsep Nagari Siaga dan Kampung KB sama, yaitu sama-sama wahana pemberdayaan masyarakat. Posyandu lansia sama seperti posyandu balita, kadernya berbeda dengan posyandu balita tetapi kegiatannya belum berjalan rutin dan tidak tercatat seperti posyandu balita. Pos UKK (usaha kesehatan kerja) yang dibentuk untuk tenaga kerja pembuat kerupuk ubi (singkong). Nagari Pandam Gadang masih kekurangan dua UKBM lagi untuk bisa menjadi nagari siaga aktif mandiri.

d. Rendahnya Partisipasi Pemangku Kepentingan

Peran aktif masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat untuk menjadi nagari siaga aktif mandiri adalah minimal dua dana rutin dari masyarakat dan dunia usaha, peran serta masyarakat dan lebih dari dua organisasi

kemasyarakatan. Hasil wawancara dengan informan (sekretaris nagari) tentang adanya peran serta masyarakat, dan dunia usaha serta dua organisasi kemasyarakatan :

.... peran serta masyarakat yaitu adanya kendaraan masyarakat yang menjadi ambulance nagari dan adanya nama-nama pendonor darah, tapi untuk donor darah tidak jalan karena tidak adanya tenaga laboratorium di Puskesmas Koto Tinggi sehingga masyarakat yang ditunjuk belum mengetahui golongan darah mereka... (wawancara tanggal 9 Februari 2019).

Peran aktif masyarakat juga dalam bentuk kegiatan kegawatdaruratan kesehatan. Iuran dari masyarakat untuk kegawatdaruratan dilakukan melalui penggalangan dana yang disepakati. Iuran khusus seperti iuran bulanan atau tahunan yang bersifat tetap tidak dilakukan. Kegiatan kegawatdaruratan yang dibantu disini seperti ibu-ibu yang mau melahirkan, terutama yang mengalami permasalahan dalam proses melahirkan. Hal ini sependapat dengan informan (bidan desa) yang diwawancara menyatakan :

.....Iuran dari masyarakat untuk kegawatdaruratan ada ...dengan melakukan penggalangan dana yang disepakati hanya saja iuran rutin tidak ada.Pendonor darah baru akan dicanangkan kendala karena harus ke rumah sakit jadi masyarakat malas..... (wawancara tanggal 16 Februari 2019).

Kegiatan Donor Darah di Nagari Pandam Gadang tidak ada padahal dalam SK Nagari Siaga tahun 2006 nama-nama pendonor dibuat, tapi SK tidak pernah diperbaharui, sehingga peran masyarakat tidak ada. Kendala lain tidak adanya donor darah karena sumberdaya di puskesmas. Puskesmas belum memiliki tenaga labor yang bisa melakukan pengecekan darah. Masyarakat banyak tidak mengetahui golongan darahnya. Masyarakat yang mau mendonorkan darah melakukan pengecekan langsung di Rumah Sakit dr. Ahmad Darwis di Suliki. Jarak Nagari Pandam Gadang ke Suliki terlalu jauh, sehingga donor darah belum berjalan.

Selain dana nagari, dana masyarakat dan dana dari dunia usaha belum ada yang diperuntukkan khusus untuk kegiatan kesehatan. Keterlibatan organisasi masyarakat minimal dua juga belum ada. Masyarakat baru akan membantu apabila ada kejadian luar biasa atau ada kegiatan khusus.

e. Lemahnya Pendampingan PHBS di Rumah Tangga

Pembinaan PHBS Nagari Saiaga Aktif Mandiri adalah pembinaan PHBS minimal 70% Rumah Tangga yang ada. Nagari Pandam Gadang persentase capaiannya masih rendah, dimana tidak sampai (kurang) dengan sasaran 50%. PHBS dilakukan pembinaan oleh Bidan desa di Nagari Pandam Gadang terdiri dari tiga orang yaitu di Jorong Sungai Mangkirai, Jorong Ikan Banyak dan Jorong Koto Marapak. Hanya tiga jorong dari enam jorong yang memiliki bidan desa. Keberadaan bidan desa sebagai pembina wilayah erat kaitannya dengan pelaksanaan PHBS di rumah tangga. Dengan keterbatasan jumlah bidan desa ini tentunya ikut mempengaruhi capaian PHBS di rumah tangga. Hal ini disampaikan oleh informan (Bidan Desa) tentang pembinaan PHBS di Nagari Pandam Gadang yaitu :

....untuk pembinaan PHBS.....contohnya jamban belum 80% keluarga memiliki, sampah masih belum, air dari nagari yang mengelola perkubik 1500 rupiah... sumber air dari bukit dan diolah oleh nagari yang didanai pemerintah, tidak pamsimas ataupun PAM.... Ada masalah air ini ada pembayaran ratusan ribu untuk pemasangan air kebetulan sumber air Jorong Koto Marapak, bagi masyarakat di Jorong Koto Marapak pemasangan air di gratiskan oleh Wali Nagari dengan syarat pemasangan wc di rumah.....pengumuman itu ada ditempelkan di warung-warung.....pembinaan PHBS yang sulit itu adalah merokok....

.....Contoh lainnya dulu jamban masyarakat tidak ada, masalah utama memang jamban karena air tidak ada atau belum masuk kerumah-rumah makanya nagari melihat di hutan itu ada sumber air makanya diadakannya air hanya saja keluhan masyarakat mengenai jamban padahal ada bantuan 1000 jamban dari Dinas Kesehatan... di Jorong Sungai Mangkirai dapat karena ada pamsimas jadi ada masyarakat yang meniru membuat lobang tetapi kendalanya bagaimana masyarakat membuat jamban dengan septiteng sementara air saja tidak masuk kerumah...maka dari itu banyak la bantuan kloset wc yang disimpan saja oleh warga, sejak air sudah ada masyarakat sudah mulai memasang jamban tapi belum seluruhnya.... (wawancara tanggal 16 Februari 2019).

Dapat disimpulkan bahwa pembinaan PHBS belum mencapai 70%, secara umum tiap rumah belum seluruhnya mempunyai SPAL (Saluran Pembuangan Air Limbah) dan belum ada pengolahan sampah dengan baik, sampah masih ada yang dibakar. Rencana pengolahan sampah sudah ada tapi belum mendapatkan tempat untuk membangun tempat pembuangan / pengolahannya. Pada beberapa jorong, air bersih rumah tangga berasal dari sumber yang dikelola oleh nagari. Nagari

mengelola 1500 kubik air yang dialirkan ke rumah tangga. Sumber air berasal dari bukit dan diolah oleh nagari menggunakan dana nagari. Jamban sehat belum seluruh jorong masih ada keluhan masyarakat mengenai jamban padahal ada bantuan 1000 jamban dari Dinas Kesehatan untuk masyarakat yaitu bantuak kloset. Masyarakat yang meniru membuat lobang tetapi kendalanya bagaimana masyarakat membuat jamban dengan septik teng sementara air saja tidak masuk kerumah, maka dari itu banyak bantuan kloset disimpan saja oleh warga. Kloset tersebut baru terpasang kalau air sudah ada. Pembinaan PHBS dilakukan oleh bidan desa dan puskesmas, berbentuk promosi dan edukasi kepada masyarakat, hasil penilaian PHBS Nagari Pandam Gadang 55%.

Dari keempat factor terlihat bahwa penyebab tidak berhasilnya pengembangan nagari siaga aktif menjadi mandiri di Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh menurut informan (kepala puskesmas Koto Tinggi) menyatakan :

...menyatakan nagari siaga aktif ada... kegiatan semuanya jalan tapi tidak rutin dan tidak terdokumentasikan.... Menyebabkan tidak aktif adalah forum...saat ini nagari sibuk dengan kegiatan-kegiatan sendiri sejak dana desa dikelola oleh nagari...kegiatan yang bersifat kesehatan di nagari banyak dibebankan ke bidan desa... sebaiknya ada sinkronisasi dari pusat sehingga penggunaan dana desa juga sama dengan program-program yang ada di kesehatan dan lain-lain (wawancara tanggal 30 Januari 2020)

Dari hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Koto Tinggi disimpulkan bahwa program nagari siaga aktif tetap jalan tapi tidak ada kemajuan karena kesibukan nagari dengan kegiatan yang harus dikelola mereka sendiri. Banyak program-program yang diberikan kepada nagari tidak hanya nagari siaga, sehingga membuat nagari kurang memahami dan menjadi beban. Untuk forum nagari tetap dimotori oleh puskesmas karena puskesmas membutuhkan untuk penilaian akreditasi puskesmas. Kepala puskesmas berharap ada keterlibatan kepala daerah atau pemerintah daerah selain puskesmas atau dinas kesehatan dalam memotori program ini.

2. Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak Dilihat dari Faktor-Faktor Ketidakberhasilan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri

Hasil penelitian menemukan penyebab Nagari Siaga Aktif Mandiri tidak berhasil dibangun di Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak sebagaimana berikut :

a. Rendahnya Keaktifan Forum Nagari

Kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri keaktifan forum desa terlihat dengan kegiatan forum yang rutin setiap bulannya. Forum Nagari dilaksanakan di awali dengan kegiatan Survey Mawas Diri (SMD) yang dilakukan oleh Kader Kesehatan. Hasil SMD akan dibahas dalam Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) yang akan menentukan apa rencana kedepannya. Sama seperti Nagari Pandam Gadang keberadaan Forum Nagari terutama dilihat dari adanya surat keputusan (SK) tentang adanya forum untuk Nagari Siaga Aktif, SK terakhir yang ada diterbitkan Tahun 2017. Dari hasil wawancara dengan informan (Kepala Urusan Pembangunan) tentang keaktifan forum nagari menyatakan bahwa :

.....untuk kegiatan desa siaga di kita ini ada dibentuk timnya... seperti kegiatan saya lihat turunan dari ... Ada kecamatan siaga dan ada nagari siaga, nagari siaga ada indikator-indikator yang pertama disana terjadi masalah apapun kegiatan ada namanya istilah adaptasi dan mitigasi kalau adaptasi adalah hal-hal yang lazim terjadi masyarakat sudah mengetahui langkah awal untuk antisipasi, kemudian mitigasi ini tidak diperkirakan terjadi tetapi masyarakat sudah ada kesiapan bila terjadi bukan berarti sudah terjadi lalu dilakukan pencegahan dan dari sini sama persis dengan kegiatan kampung iklim dan secara bermasyarakat walaupun belum seluruhnya dilakukan nagari siaga ini minimal sudah mencoba berfokus pada jorong namun tahun ini di loting Jorong Tanjung Jati untuk jorong siaga itu walaupun bukan tanjung jati menunjang akan tetapi daya dukung tetap di enam jorong..... Pada tahun sebelumnya adalah Jorong Padang Japang Nagari Siaga di Nagari Tujuh Koto Talago dilaksanakan disimpulkan bahwa kegiatan Forum Nagari minimal dilaksanakan 1 kali setahun untuk membahas hasil Survey Mawas Diri yang dilakukan kader bersama bidan desa..... (wawancara 6 Maret 2019).

Pendapat informan (wali jorong) tentang Nagari siaga dan forum Nagari menyatakan bahwa :

.... “Sosialisasi tentang nagari siaga di puskesmas, aula kantor wali nagari dan kantor camat cuma sudah lama dan awal-awal saja hangatnya, ambulan jorong ada yang diperbantukan walapun mobilnya mobil pickup yang ditunjuk sebagai ambulan desa untuk warga yang harus dirujuk ke

fasilitas kesehatan dengan cepat. di sini belum berjalan betul nagari siaga. Dan sekarang juga sudah mulai meredup....Ada pustu hanya saja bidannya tidak ada, bidannya honor sehingga SMD tidak jalan” (wawancara tanggal 30 Maret 2019)

Dari hasil wawancara disimpulkan Kurang aktif forum nagari juga disebabkan karena belum terjadwalnya forum nagari secara khusus.Sosialisasi tentang nagari siaga pernah dilakukan di puskesmas, tetapi sudah lama dilakukan. Namun implementasi lebih lanjut tidak berjalan baik. Program nagari siaga terkait seperti survey mawas diri (SMD) baru satu kali setahun yang turun kelapangan, dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) juga satu kali satu tahun dengan menunggu pemberitahuan dari puskesmas. Sependapat dengan wawancara dengan informan (Bidan Desa) tentang forum nagari yang mengatakan :

..... pelaksanaan SMD untuk mengetahui keadaan masyarakat semua kader dilibatkan, misalnya berapa rumah rumah untuk 1 orang kader. MMD dengan SMD jarak 1 bulan,.....dan setelah selesai MMD akan diadakan musrenbang kumpulkan masalah baru diangkat ke musrenbang.....tapi adakalanya musrenbang telah jalan tapi MMD belum terlaksana.... karena jorong banyak yang kosong, dulu ada polindes lengkap ada struktur organisasi..... Bidan banyak yang kosong yang ada 4 yang ada diorong tetap Jorong Talago, Jorong Koto Kaciak, Jorong Ttanjuang Jati dan Jorong Pandam Gadang, sedangkan Jorong Ssipingai dan Jorong Padang Jopang kosong. Jorong Sipingai dulu ada sukarela tapi lulus PNS(wawancara tanggal 23 Maret 2019)

Dari hasil wawancara informan dapat disimpulkan bahwa forum Nagari Siaga sesuai pedoman pelaksanaannya untuk meningkatkan strata nagari siaga belum terlaksana rutin setiap bulannya begitu juga untuk mengawasi pelaksanaan Nagari Siaga. Fokus pelaksanaan nagari siaga dibentuk perjorong yang akan digilirkan setiap tahun tanpa jorong menghentikannya. Pertemuan terkait kesehatan sering dilakukan oleh pemerintah nagari berkoordinasi dengan kepala puskesmas namun bukan dalam pengembangan nagari siaga saja, tapi disesuaikan dengan kebutuhan program kesehatan dari puskesmas untuk difasilitasi nagari.

b. Kurang Mandiri Kader

Kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri adanya kader pemberdayaan masyarakat disetiap nagari yang aktif dan berjumlah lebih dari sembilan orang. Nagari Siaga Aktif di Nagari Tujuh Koto Talago tidak memiliki kader khusus

pemberdayaan masyarakat tersendiri. Kader pemberdayaan masyarakat Nagari Siaga Aktif menggunakan kader posyandu. Keaktifan kader dari hasil wawancara dengan informan (kader) mengatakan :

...Kader yang ada untuk kegiatan nagari siaga adalah kami yang juga kader posyandu Tidak hanya kegiatan posyandu dan nagari siaga semua kegiatan yang membutuhkan kader kami menjadi kadernya
Belum ada nampak bantuan kesehatan dari nagari honor baru seperti dana daun untuk kader dari nagari, ada dana makan Rp.450.000 perposyandu Rp.15.000/orang setelah dipotong pajak, kalau dana kader Rp.25.000/orang setelah dipotong pajak dan dibagikan nagari sekali dalam 6 bulan atau 2 kali dalam setahun rutin dan lancar dana dari nagari.... (wawancara tanggal 23 Maret 2019)

Kita simpulkan bahwa rendah keaktifan kader juga dipengaruhi rendahnya honor yang diberikan kepada kader sebagai reward, ini berdampak kepada ketidakhadiran kader pada kegiatan posyandu. Kader diberi hanya diberi honor Rp. 50.000 / bulan melalui dana desa. Untuk kegiatan SMD kader diberi honor Rp. 40.000/10 RT dari anggaran puskesmas. Kader berharap ada peningkatan honor, sejak adanya pembayaran honor kepada kader belum pernah ada kenaikan honor atau peningkatan penghasilan oleh Wali Nagari.

Hasil wawancara dengan informan (bidan desa) tentang keaktifan kader dalam pelaksanaan nagari siaga aktif adalah :

.... Dalam melakukan SMD kader bersama-sama dengan bidan desa karena bidan desa juga akan melaksanakan kunjungan rumah pelaksanaan PIS-PK... tapi format SMD nagari siaga berbeda dengan PIS-PK, format SMD secara keseluruhan termasuk hingga posyandu didalamnya bagaimana sarana dan prasarana.... Sekarang SMD masih hanya saja melanjutkan berdasarkan data yang ada di PIS-PK, kalau misalnya ada SMD untuk data-data, data nya merupakan data kita (bidan desa).... Seperti kadarzi kalau belum ada SK kita berikan SK. Kadarzi perubahan perilaku kalau tidak sesuai diulang kembali, disini kadarzi belum dilakukan. Dikumpulkan data terlebih dahulu baru di bawa ke rapat seperti mengisi kuesioner. Dari kader kalau ditanya masalah kadarzi indikator saja kader tidak paham..... (wawancara tanggal 23 Maret 2019)

Dalam kegiatan SMD kader didampingi oleh bidan desa pembina wilayah masing-masing. Jadwal SMD akan disesuaikan dengan jadwal yang telah disepakati dengan bidan desa setelah pelaksanaan posyandu. Honor kader mendapatkan dari dana desa untuk kegiatan posyandu sedangkan SMD kader

mendapatkan honor dari puskesmas yang dihitung per RT yang dikunjungi. Hasil SMD akan direkapitulasi kader bersama bidan desa untuk dijadikan laporan pelaksanaan MMD di forum nagari yang akan ditentukan oleh puskesmas jadwalnya bersama-sama jorong lainnya. Kesulitan pelaksanaan SMD adalah keberadaan masyarakat berada dirumah susah diketahui, karena aktifitas atau pekerjaan sehari-hari. Selain itu ada juga kegiatan/aktifitas masyarakat yang tidak terduga, misalnya hari sudah tentukan ternyata di masyarakat ada yang meninggal atau ada yang pesta sehingga pertemuan menjadi batal.

c. Kurangnya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) selain Posyandu yang Aktif

Kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri UKBM selain posyandu ada empat UKBM lainnya yang aktif. Saat ini tidak ada UKBM yang aktif di Nagari Tujuh Koto Talago yang dapat melaksanakan surveilans yang berbasis masyarakat, penanggulangan bencana dan kegawat darurat. UKBM yang ada selain posyandu di Nagari Tujuh Koto Talago adalah Poslansia satu kelompok, Posbindu PTM satu kelompok, Pos Unit Kesehatan Kerja (UKK) empat kelompok yaitu kelompok kerja usaha kripik ganepo³. Kecuali posyandu, UKBM yang ada masih di koordinasikan oleh Puskesmas. Hasil wawancara dengan informan (Kaur Pembangunan Nagari Tujuh Koto Talago) berpendapat :

...pada saat tahun 2018 bulan oktober keluar permendes 16 tahun 2018 tentang berita penggunaan dana desa dan sudah dituangkan dalam RKP tahun 2019 sampai masalah posyandu yang jumlah 13 posyandu. Kami membuat inovasi untuk kegiatan posyandu yaitu penggalangan komitmen para usaha satu ikat sayur untuk anak balita dan ibu hamil di tujuh koto talago.....Kegiatan untuk pengurangan angka kematian bayi ada pembinaan dari dokter puskesmas dan ada yang diminta langsung dari dinkes ada juga putra daerah melakukan pembinaan, kemudian ada yang dari provinsi hanya saja jadwalnya tidak tetap yang mengelola lansia dan prolanis.....(wawancara tanggal 9 Maret 2019)

Hasil wawancara dengan informan (Bidan Desa) tentang keaktifan UKBM selain posyandu adalah;

³Kripik ganepo adalah istilah atau nama daerah untuk makanan ringan produk olahan dari ubi kayu (singkong). Di Nagari VII Koto Talago ada satu jorong yaitu Padang Kandis yang masyarakatnya mempunyai usaha pembuatan kripik ganepo.

..... UKBM selain posyandu yaitu posyandu lansia, kb dri BKKBN, BKL (bina keluarga lansia) mewakili nagari, tetapi tidak semua nagari kegawat daruratan di nagari belum ada Cuma baru akan dibentuk. di jorong swadaya masyarakat dari perantau melalui nagari baru nagari yang menyalurkan, misalnya ada posyandu diberikan kotak, sekarang ada tetapi tidak berupa nominal, yang aktif dari nagari dan disalurkan dari nagari baru ke jorong....(wawancara tanggal 16 Maret 2019)

Di Nagari Tujuh Koto Talago juga mempunyai Puskesmas Santun Lansia yang terletak di Jorong Koto Kociak yang dibina langsung oleh puskesmas Padang Kandis. Puskesmas Santuan Lansia ini merupakan satu-satunya puskesmas lansia di Kabupaten Lima Puluh Kota. Kegiatan UKBM baru bersifat sosialisasi kepada kader. UKBM belum terdokumentasi sehingga keaktifan dan kesiapan masyarakat tentang bencana belum ada. Padahal banyak bermasalah masyarakat terkait bencana yang perlu diselesaikan melalui UKBM. Untuk menjadi mandiri Nagari Tujuh Koto Talago masih kekurangan satu UKBM lain yang aktif.

d. Rendahnya Partisipasi Pemangku Kepentingan

Peran aktif masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat untuk menjadi nagari siaga aktif mandiri adalah minimal dua dana rutin dari masyarakat dan dunia usaha, peran serta masyarakat dan lebih dari dua organisasi kemasyarakatan. Keaktifan masyarakat dan organisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan belum begitu terlihat jelas berdasarkan hasil wawancara dengan informan (Kaur Pembangunan Nagari Tujuh Koto Talago) tentang partisipasi masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat :

.....adapun yang terjadi disana sudah ada partisipasi, nagari atau jorong siaga ini bagaimana menimbulkan partisipasi masyarakat bukan hanya menjalankan program dari kabupaten bukan tidak mungkin masyarakat berjiwa partisipatif salah satu contoh keberadaan ambulan itu murni bantuan satu orang perantau.....masyarakat masih bergantung dengan perantau. Salah satu contoh adalah keberadaan ambulance yang merupakan bantuan satu orang perantau. Latar belakang keberadaan ambulance itu dahulunya adalah salah satu masyarakat sakit gejala jantung dan hendak dirujuk ke rumah sakit. Ambulan rumah sakit yang satu mengantarkan jenazah dan merujuk pasien ke Bukittinggi sehingga pasien diantar dengan mobil umum. Mobil umum merupakan partisipasi masyarakat atau tetangga

yang sakit. Kondisi ini tidak selalu bisa diharapkan....(wawancara tanggal 9 Maret 2019).

Hasil wawancara dengan informan (kepala jorong) tentang partisipasi masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat adalah :

....Dukungan dari masyarakat, atau organisasi masyarakat warga tentang nagari siaga kepada perantau bantuan dana, perantau bersedia membantu tetapi karena kegiatan jalan ditempat jadi tidak berlanjut,... dulu dicanangkan wali nagari ada dari perantau seperti ambulan desa. Dan warga ada partisipasi bersedia mobil mereka diperbantukan untuk warga yang membutuhkan....Ada kegawatdaruratan yang terjadi partisipasi warga aktif hanya saja tidak ada pelaporan dan pendokumentasian, kalau ada warga yang butuh bantuan cepat ada, ada diberi SK Wali Nagari tentang penunjukan kendaraan masyarakat untuk ambulance siaga nagarai tapi ini tidak aktif warga yang sakit butuh bantuan tidak ada terlantar, dan tidak melulu warga yang ditunjuk itu yang ditunggu kadang sedang menjemput kayu kebukit tentu tidak mungkin beliau yang ditunggu tetapi selalu ada bantuan untuk warga yang membutuhkan dicari warga lain yang mempunyai kendaraan dan warga tidak ada yang terlantar..... (Wawancara tanggal 23 maret 2019)

Dari hasil wawancara bentuk parsipasi masyarakat adalah partisipasi perantau. Sumbangan perantau untuk membeli ambulance dimanfaatkan untuk seluruh masyarakat Nagari Tujuh Koto Talago, dana operasional ambulance berdasarkan sumbangan masyarakat yang memakai. Kecuali untuk masyarakat miskin operasional pemakaian ambulance dari bantuan masyarakat. Donor darah belum ada yang terbentuk di Nagari Tujuh Koto Talago. Potensi ibu-ibu resiko tinggi sejak awal sudah diketahui. Motivasi untuk ketersediaan darah untuk berjaga-jaga selalu diberikan. Namun kelompok pendonor darah belum terbentuk. Kebutuhan masyarakat di nagari terhadap donor darah dilakukan dengan informasi melalui media social kemudian masyarakat nagari yang sukarela akan berpartisipasi datang langsung ke PMI di rumah sakit tempat masyarakat dirawat. Dari segi pelaksanaan sudah ada tapi kurang dari segi administrasi.

Pemanfaatan Dana Nagari pada dua tahun terakhir persentasenya yaitu 60% fisik dan 40% pemberdayaan. Tahun 2019 dibalik menjadi 40% fisik dan 60% pemberdayaan. Kegiatannya adalah pembentukan badan usaha milik nagari, sarana prasarana olahraga, embung, produk unggulan seperti keripik ganepo dan termasuk beberapa pelatihan, dan tahun ini diprioritaskan untuk bidang kesehatan

masyarakat. Dari hasil wawancara terlihat partisipasi masyarakat dan organisasi masyarakat sudah ada tapi tidak rutin yang belum terlihat adalah partisipasi dunia usaha, karena di Nagari Tujuh Koto Talago ada satu jorong yang masyarakatnya mempunyai dunia usaha kripik ganepo.

e. Lemah Pembinaan PHBS di Rumah Tangga

Pembinaan PHBS Nagari Saiaga Aktif Mandri adalah pembinaan PHBS minimal 70% Rumah Tangga yang ada. Sedikit berbeda dengan Nagari Pandam Gadang di Nagari Tujuh Koto Talago persentase pencapaian pembinaan PHBS baru mencapai 60%. Hasil wawancara dengan informan (Kepala Urusan Pembangunan Nagari Tujuh Koto Talago) sebagai berikut :

....Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga di Nagari Saiaga Aktif yang masih bermasalah merokok, jamban dan sampah tahun 2018. Untuk kegiatan PHBS dilaksanakan di SD 02 Tujuh Koto Talago dalam bentuk kegiatan SLGM (Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat) dan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat). Sampai saat ini kegiatan tersebut terus dilaksanakan. Khusus SLGM tinja anak diolah menjadi biogas. Korelasinya anak sekolah jajan 2x dalam seminggu Senin dan Kamis selebihnya anak diwajibkan membawa nasi dan kalau ada yang membawa mie dikenai denda Rp50.000 supaya ada efek jera. Target dalam kegiatan ini agar paham menu B2SA (Beragam Bergizi Seimbang Aman) Kegiatan ini bekerja sama dengan Dinas Pangan, Dinas Kesehatan dan Dinas Pertanian Kabupaten Lima Puluh Kota. Dari provinsi juga didatangkan Balai Pengkajian Pertanian Sumatera Barat..... (wawancara tanggal 9 Maret 2019).

Hasil wawancara dengan informan (Kepala Jorong) tentang pembinaan PHBS yaitu :

...Pembinaan PHBS ada pertiga bulan,.... Untuk kejadian luar biasa DBD terakhir tahun kemaren..... diperiksa jentik nyamuk kerumah ternyata tidak ada, ditemukan disekolah, KLB lain seperti warga yang terkena Scabies karena air pamsimas yang airnya masih dalam sistem penyaringan, warga semua menggunakan air pamsimas,.... sumber air dari gunung, sungai didalam hutan dipergunakan pipa untuk mengalirkan air, pengelolaan sampah dilakukan secara pribadi dan belum ada dari jorong, ada kegiatan SASUPI belum sampai di Jorong Sipingai baru sampai Jorong Padang Kandis yang dibina oleh puskesmas,... di Jorong ini masyarakat dalam pengelolaan sampah secara mandiri dengan cara dikumpulkan dan dibakar sendiri, disekolah baru mulai sosialisasi pengelolaan sampah..... Untuk BAB dirumah sudah banyak WC Cuma septiteng masih ada kekolam tetapi sudah diusahakan dan sekarang ada septiteng bantuan yaitu setiap 5 rumah 1 septiteng komunal, 25 rumah

sudah diberlakukan septiteng komunal.....(wawancara tanggal 23 Maret 2019).

Hasil wawancara dengan informan (Bidan Desa) tentang pembinaan PHBS di Nagari Tujuh Koto Talago yaitu :

...Pengelolaan sampah ada lobang, disetiap rumah ada lobang dan dibakar tapi masih ada juga membuang disungai itulah susahny.SMD terjadwal, sedang pendataan terakhir 2018 dengan data 2017, hasilnya perjorong disatukan di nagari. Pencatatan kami ada dilakukan ada dibuku kegiatan, Cuma pencatatan untuk ke dinas yang tidak ada.(wawancara tanggal 23 Maret 2019)

Nagari Tujuh Koto Talago mempunyai inovasi dengan istilah SASUPI “Sarak Jadi Piti” atau “sampah jadi uang” dan ini baru dilakukan di Jorong Padang Kandis, yaitu kegiatan pemanfaatan limbah sampah melalui kegiatan pengumpulan dan pengolahan sampah menjadi sumber pendapatan rumah tangga.Masyarakat memilah sampah rumah tangga mereka untuk di jual di Bank Sampah yang dibentuk bersama sehingga mendapatkan penggantian uang.Sampah diolah lagi bersama menjadi produk-produk yang bisa dimanfaatkan untuk masyarakat.Kegiatan ini inovasi Nagari Tujuh Koto Talago dengan Puskesmas Padang Kandis.Kegiatan SASUPI akan direncanakan di tingkat institusi/sekolah.

Pengolahan sampah dengan cara membuat lobang sampah. Setiap rumah memiliki lobang sampah dan sampah dibakar pada lobang tersebut. Hasil SMD terakhir dilakukan ditemukan masih ada juga masyarakat membuang sampah disungai.Pada Jorong Sipingai pengelolaan sampah dilakukan secara pribadi. Saat ini wc masyarakat menggunakan septik teng mencapai 50-60%. Pengolahan sampah baru mulai digerakkandan bekerja sama dengan puskesmas. Persentase rumah sehat tidak sampai 40%, pemanfaatan pekarangan dilihat lokasi 65%.Pembinaan PHBS dimulai 2018 melalui program kerja sama dengan Dinas PU dengan pengadaan septik teng komunal di Jorong Sipingai.Program ini dilaksanakan di Jorong Sipingai karena keadaan rumah tangga yang berdekatan sehingga setiap 5 rumah dapat menggunakan 1 septik teng komunal. Untuk BAB dirumah sudah banyak WC namun pembuangannya masih ada kekolam ikan. Penanganan masalah ini dengan memberikan bantuan septik teng, yaitu setiap 5 rumah 1 septik teng komunal, hasilnya sudah 25 rumah memiliki septik teng

komunal. Kegiatan ini ada tetapi belum menjadi suatu program yang terpantau dalam suatu pelaporan yang terdokumentasi untuk dapat dievaluasi perkembangannya. Bahkan Wali Nagari sudah menyediakan dana untuk kader sebagai pengelola kegiatan.

Dari kelima factor penyebab ketidakberhasilan pengembangan nagari siaga aktif menjadi mandiri di Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguak hasil wawancara dengan informan (Kepala Puskesmas) yaitu :

... nagari siaga aktif tidak berjalan di Nagari Tujuh Koto Talago karena kegiatan ini belum menganggap kegiatan nagari tapi masih menganggap kegiatan puskesmas... nagari masih menunggu dari kesehatan untuk kegiatan ini jalan... dibeberapa kegiatan ini sudah dijalankan tapi masih belum sempurna..ada beberapa kendala membuat kegiatan ini tidak jalan...kita melakukan pertemuan kadang-kadang yang hadir orang ditukar-tukar sehingga yang kita harapkan tidak tercapai... kepedulian masyarakat akan berpartisipasi masih rendah... wilayah nagari yang cukup luas sehingga program ini dikemas per jorong.... Tingginya pendidikan masyarakat tapi prilakunya masih rendah... (wawancara tanggal 20 Januari 2019)

Dari hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Padang Kandis disimpulkan bahwa kegiatan ini sudah jalan tapi tidak banyak perkembangannya, kesepakatan dengan wali nagari kegiatan ini dikemas perjorong setiap tahunnya, tapi kegiatan dijorong lain tidak dihentikan. Setiap kegiatan masih menunggu dari puskesmas belum ada kemandirian nagari untuk pelaksanaan kegiatan nagari siaga aktif. Forum akan tertunda pertemuannya kalau puskesmas sedang sibuk.

3. Nagari Batu Balang Kecamatan HarauDilihat dari Faktor-Faktor Ketidakberhasilan Nagari Siaga Aktif menjadi Mandiri

Hasil penelitian menemukan penyebab Nagari Siaga Aktif Mandiri tidak berhasil dibangun di Nagari Batu Balang Kecamatan Harau sebagaimana berikut :

a. Rendahnya Keaktifan Forum Nagari

Kriteria Nagari Siaga Aktif Mandiri keaktifan forum desa terlihat dengan kegiatan forum yang rutin setiap bulannya.Seperti dua Nagari sebelumnya, Nagari Batu Balang untuk keaktifan Forum Nagari Siaga kegiatan baru sebatas pertemuansatu kali dalam satu tahun berupa MMD yang membahas hasil temuan dari SMD yang dilakukan kader di rumah tangga. Pertemuan Forum Nagari Siaga

juga tidak terjadwal khusus, masih disepakati oleh puskesmas. Hasil wawancara dengan informan (wali nagari) mengatakan :

...Nagari siaga merata disetiap jorong, Cuma yang menjadi prioritas di Jorong Balai, karena dekat dari kantor wali nagari, akses mudah, SMD dilakukan disetiap jorong oleh kader yang sudah ditunjuk dan didampingi oleh bidan desa untuk MMD dilakukan dengan kesepakatan bersama puskesmas... Nagari kami terbaik pelaksanaan nagari siaganya di Kabupaten Lima Puluh Kota....(wawancara tanggal 6 April 2019)

Hasil wawancara dengan informan (Kepala Jorong) tentang pelaksanaan forum nagari adalah :

.... Masalah untuk nagari siaga sebetulnya harapan dari kami nagari kurangnya dukungan bukan dari segi anggaran ataupun pendanaan tetapi kepedulian masyarakat yang sebagian peduli dan sebagian lagi dari masyarakat tidak peduli sama sekali disitu lah yang kami hadapi selama proses. Terkadang dari peserta SMD ataupun MMD tidak tersampaikan apa permasalahan ke warga....(wawancara tanggal 6 April 2019)

Jadwal SMD dibuat oleh puskesmas yang dikoordinasikan ke nagari. Setelah selesai SMD puskesmas akan memberikan jadwal MMD dan disesuaikan dengan kondisi puskesmas dan nagari. Peserta SMD ataupun MMD juga kurang tersampaikan apa permasalahan ke warga. Kondisi ini akibat kurangnya kesadaran masyarakat, seperti masalah sampah. Pemerintahan nagari berharap masyarakat dapat menyampaikan permasalahan kepada kader agar nagari bisa membantu masyarakat butuhkan.SMD masih dilaksanakan satu kali dalam satu tahun dan MMD dilaksanakan satu kali dalam satu tahun.Sedangkan nagari siaga aktif mandiri SMD dilaksanakan dua kali dalam setahun dan MMD dilaksanakan satu kali setiap bulannya jadi kegiatan forum nagari sudah dilakukan tapi tidak rutin setiap bulan.

b. Kurang Mandiri Kader

Kriteria nagari siaga aktif mandiri adanya kader pemberdayaan masyarakat disetiap nagari yang aktif dan berjumlah lebih dari sembilan orang.Tidak berbeda dengan Nagari Pandam Gadang dan Nagari Tujuh Koto Talago, kader pemberdayaan masyarakat atau kader nagari siaga tidak ada yang di khususkan untuk Nagari Batu Balang.Saat ini seluruh program kesehatan memakai kader posyandu. Wawancara dengan informan (kader) tentang jumlah kader dan

keaktifan kader tentang keterlibatan kader dalam pelaksanaan nagari siaga aktif adalah :

... kader yang ada adalah kader posyandu tidak kader khusus pelaksanaan nagari siaga.....Kader posyandu yang ada saat ini berjumlah 40 orang dari delapan posyandu, masing-masing posyandu lima orang. Dua orang kader dari setiap posyandu akan melakukan SMD ke rumah tangga yang ada di jorong wilayahnya. Dalam pelaksanaan SMD ke rumah tangga kader didampingi oleh bidan desa wilayah kerja jorong tersebut.... kegiatan yang dilakukan kader agak terasa berat karena banyak-banyak kegiatan yang memakai kader, padahal kader hanya diberi honor 50.000/bulan dari dana desa, keikutsertaan kader waktu MMD karena hasil SMD kader akan dijadikan prioritas program(wawancara tanggal 6 April 2019)

Wawancara dengan informan (bidan desa) tentang peran aktif kader dalam kegiatan nagari siaga aktif berupa : “Di Nagari Batu Balang untuk kegiatan nagari siaga aktif pelaksana SMD kader posyandu yang sudah disepakati... setiap posyandu dua orang kader.... Untuk SMD jadwal akan disepakati oleh kader dan bidan desa karena SMD kader pelaksanaannya ditemani oleh bidan desa wilayah jorong masing-masing...” (wawancara tanggal 6 April 2019).

Semua kader adalah kader aktif, seluruh kegiatan kesehatan mempunyai kader yang sama yaitu kader posyandu, kami bekerja bersama-sama kecuali untuk posyandu lansia yang kader nya dibedakan tapi tidak semua jorong ada pos lansia. Untuk kegiatan SMD ada bantuan dari puskesmas setiap rumahtangga yang disurvei. Tidak semua rumah tangga dilakukan SMD tapi *sample*. Rumah tangga yang di SMD berdasarkan pemilihan bidan desa yang jumlahnya sudah ditetapkan oleh puskesmas, yang diacak pemilihannya. Untuk kegiatan MMD semua kader dilibatkan, karena MMD akan membahas semua permasalahan dan pengembangan kesehatan di wilayah jorong masing-masing. Di Nagari Batu Balang kader sudah aktif tapi belum mandiri.

c. Kurangnya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) selain Posyandu yang Tidak Aktif

Kriteria nagari siaga aktif mandiri Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) selain posyandu balita ada empat UKBM lainnya yang aktif. UKBM yang dapat melaksanakan surveilans berbasis masyarakat, penanggulangan bencana dan kegawat daruratan kesehatan, dan penyehatan lingkungan tidak

ada. Hasil wawancara dengan informan (wali nagari) tentang keaktifan empat UKBM selain posyandu menyatakan : "Di Nagari Batu Balang saat ini UKBM yang sudah kami bentuk bersama puskesmas adalah Posyandu lansia dan Pos UKK dan Pos Bindu PTM, tapi ini tidak di semua jorong... hanya jorong yang sudah disepakati dengan puskesmas.... " (Wawancara tanggal 6 April 2019)

Sedangkan menurut informan (Bidan Desa) tidak berbeda jauh dengan wali nagari tentang UKBM lain yang ada selain posyandu mengatakan "UKBM yang ada di nagari adalah Bina lansia, Pos UKK, dan Pos Bindu... untuk UKBM ini aktif tapi tidak terjadwal rutin seperti posyandu... kalau posyandu sudah terjadwal rutin tiap bulan dan diketahui oleh ibu-ibu yang mempunyai anak balita" (wawancara tanggal 6 April 2019).

Saat ini yang telah ada posyandu balita, posyandu lansia tapi tidak di semua jorong hanya ada dua jorong yang memiliki posyandu lansia. UKBM lain yang baru terbentuk yaitu Posbindu PTM disini dilakukan kegiatan Germas (Gerakan Masyarakat Sehat). Kecuali posyandu, UKBM yang ada belum berjalan dengan aktif, karena masih digerakkan oleh puskesmas. Posyandu sudah merupakan pemilikan nagari jadwal dan anggarannya sudah dari nagari. Nagari Batu Balang masih kekurangan satu UKBM aktif lagi untuk menjadi Nagari Siaga Aktif Mandiri.

d. Rendahnya Partisipasi Pemangku Kepentingan

Peran aktif masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat untuk menjadi nagari siaga aktif mandiri adalah minimal dua dana rutin dari masyarakat dan dunia usaha, peran serta masyarakat dan lebih dari dua organisasi kemasyarakatan. Hasil wawancara dengan informan (Wali Nagari) tentang Peran aktif masyarakat dan organisasi masyarakat dan dunia usaha adalah :

... dalam kegiatan kesehatan sudah ada terlaksana partisipasi masyarakat. Nagari telah memiliki mobil ambulance nagari. Mobil atau ambulance nagari berada di kantor wali nagari. Jorong yang jauh cara mengkoordinasikan dengan cara menghubungi nomor telepon ambulance nagari. Siapapun yang butuh ambulance dapat menghubungi nomor atau sopir ambulance nagari. Dana operasional sopir tahun 2019 ini sudah ada anggarannya seperti servis dan segala macamnya sudah terkoordinir. Dana operasional ambulan dibebankan kepada dana kongsi atau arisan kematian... Pemanfaatan ambulan bagi masyarakat dalam satu minggu ada tiga kali pemanfaatan ambulance. Ambulance bukan keperluan Nagari Batu

Balang saja tapi nagari-nagari tetangga. Aturannya pembayaran setelah pulang dari rumah sakit. Donor darah belum terbentuk di Nagari Batu Balang.Nagari Batu Balang, setiap jorong telah dilaksanakan nagari siaga atau organisasi kemasyarakatan dalam bidang kesehatan. Prioritas kegiatan dilakukan di Jorong Balai, karena dekat dari kantor wali nagari dan memiliki akses yang mudah. Inovasi dilakukan masyarakat dengan meminta kegiatan seperti arisan jamban. Bidan desa hanya membantu kebutuhan masyarakat tersebut. Selain dari arisan jamban di Jorong Balai juga melaksanakan pos gizi di Padang Ambacang, kegiatan ini juga inisiatif dari masyarakat.... (wawancara tanggal 6 April 2019)

Dapat disimpulkan bahwa sudah terdapat sumbangan dari warga nagari tetapi tidak rutin termasuk untuk pengobatan gratis, namun kegiatan tidak terjadwal karena warga yang menyumbang berdomisili di Batam. Kegiatan dilaksanakan jika perantau pulang dan berkoordinasi dengan wali nagari untuk mengumpulkan warga. agar dilakukan pemeriksaan kesehatan gratis dan juga ada dilakukan sunat atau khitanan masal juga dari perantau. Jorong yang rawan bencana di ada dibentuk TAGANA. Sudah memiliki SK Tim dan sudah mendapatkan pelatihan untuk siaga bencana dan kegiatan masih berjalan sampai saat sekarang.

Di Nagari Batu Balang juga ada SIBANGGA (Sistem Rujukan Berbasis Nagari Siaga), SIBANGGA adalah suatu teknologi informasi dan komunikasi yang dikembangkan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi sistem rujukan kesehatan di nagari sehingga tidak ada kematian ibu dan bayi dalam proses atau perjalanan rujukan akibat penolakan tempat pelayanan rujukan. Rujukan yang dimaksud disini yaitu rujukan dini berencana maupun rujukan terencana dengan meningkatkan komunikasi dan kolaborasi dua arah antara perujuk (bidan desa atau puskesmas) dan penerima (rumah sakit daerah). Konsep SIBANGGA ini adalah konsep dimana mengintegrasikan dan mengoptimalisasi penggunaan teknologi informasi dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, dengan metode pemberdayaan masyarakat dalam konsep nagari siaga. Program ini merupakan inovasi dari program SIJARIEMAS, SIJARIEMAS adalah sistem informasi yang mendukung komunikasi rujukan maternal neonatal antara perujuk dan tempat rujukan yaitu Rumah Sakit. Salah satu tujuan SIJARIEMAS adalah untuk penguatan sistem rujukan, memudahkan proses pertukaran informasi rujukan

dalam jejaring rujukan gawat-darurat antara perujuk dan rumah sakit sehingga rumah sakit bisa mempersiapkan kedatangan pasien ibu hamil dengan resiko tinggi yang dalam keadaan gawat darurat

Apabila ada Ibu hamil dalam kondisi gawat darurat maka melalui aplikasi akan dapat bantuan yang dibutuhkan oleh bidan desa atau nagari tempat ibu hamil tinggal. Ambulance nagari untuk SIBANGGA ini dibeli melalui sumbangan anak nagari Batu Balang yang ditambah dengan sumbangan dari para perantau yang tersebar dari tiap penjuru di nusantara, untuk pembelian satu unit ambulance.



Gambar 9. Bupati Limapuluh Kota, Irfendi Arbi meresmikan Sistem Informasi Rujukan Ibu dan Bayi Baru Lahir Berbasis Nagari (Sibangga) dan ambulance Nagari Batu Balang, di kantor wali nagari, Kecamatan Harau, Rabu (18/10/2017).

Sumber : VALORA.co.id tanggal 18/10/2017

Nagari melakukan pelatihan mandiri pangan untuk masyarakat dan sosialisasi untuk kesadaran sosial untuk kebutuhan lainnya disuplai dari nagari. Pelaksanaan evaluasi dimulai di tingkat jorong dengan mengadakan lomba dari nagari. Bibit sudah dianggarkan dan dibagi ke rumah tangga di setiap jorong agar program tani menyentuh rumah tangga melalui kelompok dasa wisma. Untuk tahun 2019 tahap pertama sekitar 1200 KK, setelah itu selesai nanti baru ke kelompok dasa wisma perkeluarga itu sebenarnya pemberdayaan dan motivasi bagi masyarakat, sebagai contoh untuk kedepannya untuk warga.

Dengan meningkatnya ketahanan pangan di tingkat keluarga makadiharapkan bapak siaga, ibunya siaga, anaknya siaga terhadap keluarganya, sehingga pemerintah nagari bisa memasukkan pembinaan lainnya terutama di bidang kesehatan dibidang sosial dan hukum. Untuk bidang agama masyarakat melaksanakan kelompok yasin mengaji dan mengadakan iyuran untuk pelaksanaan kegiatannya. Gotong yang susah saat ini cukup gotong royong di wilayah umum saja dulu yang ditetapkan bersama.

Kegiatan yang belum terlaksana dalam masaempat tahun pemerintahan yaitu yang pertama pemanfaatan pekarangan rumah (TOGA). Kegiatan saat ini untuk TOGA adalah dalam tahap sosialisasi dengan menyampaikan bahwa ibu-ibuk baik posyandu, kelompok rumah tangga Nagari Batu Balang dilarang membeli dengan apa yang mereka produksi seperti cabe terung dan lain-lain sehingga dapat menumbuhkan pemanfaatan pekarangan dengan kebutuhan keluarga sehari-hari untuk dapur dan mendapatkan bahan-bahan tersebut tanpa pestisida sehingga keluarga menjadi sehat karena sumber bahan makanannya terjaga, kecuali yang tidak bisa dibuat seperti garam dan minyak.

Dibandingkan dua nagari sebelumnya Nagari Batu Balang lebih tinggi mendapat dukungan anggaran dari dana nagari yaitu 8,7% dana nagari untuk kesehatan, tapi belum mengkhususkan untuk kegiatan nagari siaga aktif. Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan masyarakat khususnya Nagari Siaga di Nagari Batu Balang yang berasal dari pro aktif masyarakat sudah ada di samping dana perantau yang selalu bisa dikumpulkan untuk keperluan masyarakat di nagari untuk bidang apapun.

e. Lemahnya Pembinaan PHBS di Rumah Tangga

Pembinaan PHBS Nagari Saiaga Aktif Mandiri adalah pembinaan PHBS minimal 70% Rumah Tangga yang ada. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga di Nagari Siaga Aktif telah dilakukan. Hasil wawancara dengan informan (wali nagari) tentang pembinaan PHBS di Nagari Batu Balang adalah :

..... Inovasi dari jorong balai diadakan bidan desa bidan yola mengadakan arisan jamban ada sekitar 20 KK, dan arisan itu di cabut 2 kali dalam 1 bulan jadi siapa yang mendapatkan arisan tersebut akan langsung memberikan bahan-bahan untuk pembuatan WC dan langsung dibuat WC

nya sesuai standar dan sudah mendapatkan arisan sudah terpasang sebanyak 3 KK, sebenarnya mulainya tahun kemaren Cuma ada kendala kita jadi sekarang terhenti karena telat membayar tapi ada 3 contoh yang sudah selesai..... (wawancara tanggal 6 April 2019)

Hasil wawancara dengan informan (kepala jorong) tentang pembinaan PHBS di wilayahnya :

....masalah dengan BAB masih banyak yang menggunakan jambang (WC terbang) jadi alhamdulillah berkat program dari dinas PU yang memberikan jatah pada jorong mendapat uang jadi masalah BAB ini sudah cukup mulai teratasi. Partisipasi masyarakat yang sudah membuat sanitasi bersama ini memiliki partisipasi masyarakat yang besar (wawancara tanggal 6 April 2019)

Menurut Kepala Puskesmas PHBS Nagari mencapai 65%. Nagari Batu Balang memiliki program dari Dinas PU tentang pengadaan jamban. Kegiatan berada pada tiga jorong yang mendapat bantuan serta sanitasi bersama. Jorong yang terlibat tersebut adalah Jorong Koto Harau, Tigo Alua dan Koto Kaciak, tujuannya untuk mengatasi masyarakat untuk BAB. Jorong Koto Kaciak irigasi bersama ada satu, Jorong Tiga Balai ada tiga, Jorong Banjo satu dan saat ini sudah hampir selesai untuk mengatasi penyakit Cikungunya.

Nagari Batu Balang mengadakan arisan jamban oleh sekitar 20 KK, dan arisan itu dilaksanakan dua kali dalam satu bulan, jadi siapa yang mendapatkan arisan tersebut akan langsung memberikan bahan-bahan untuk pembuatan WC dan langsung dibuat WC nya sesuai standar. Ada tiga KK yang sudah mendapatkan arisan, setelah itu terkendala karena telat membayar sehingga kegiatan terhenti. Kegiatan baru-baru ini terlaksana lagi, dengan demikian Jorong Balai sudah melakukan inovasi dan menjadikan contoh untuk jorong lainnya.

Hasil wawancara dengan informan (Kepala Puskesmas) tentang pengembangan nagari siaga aktif di Nagari Batu Balang Kecamatan Harau :

... Program ini masih terlihat seperti programnya kesehatan, tidak menggambarkan program pemberdayaan masyarakat nagari...begitu juga dengan keterlibatan lintas sector masih rendah karena mereka menganggap program kesehatan yang harus dikerjakan oleh kesehatan...dibeberapa kegiatan sudah banyak yang dilakukan tetapi tetap harus dimotori oleh puskesmas... untuk forum masih diprakasai oleh puskesmas kalau tidak ini bisa tidak jalan....(wawancara tanggal 23 Januari 2019)

Wawancara dengan Kepala Puskesmas Taram disimpulkan bahwa program nagari siaga belum terlihat menjadi program nagari karena kegiatan ini menunggu dari puskesmas. masih milik kesehatan belum dijalankan sepenuhnya oleh nagari, dibeberapa kegiatan sudah jalan tapi tidak tercatat dan terdokumentasi dengan baik. Kegiatan ini belum bisa melibatkan listas sektor, karena susahnya melakukan koordinasi.

Tabel 11. Rekapitulasi Hasil Penelitian Berdasarkan Indikator Nagari Siaga Aktif Mandiri di Bandingkan dengan Nagari Pandam Gadang, Nagari Tujuh Koto Talago dan Nagari Batu Balang

No	Indikator Kategori Mandiri	Nama Nagari		
		Nagari Pandam Gadang	Nagari Tujuh Koto Talago	Nagari Batu Balang
1	Forum Nagari	Ada	ada	ada
	- SMD (2 kali / tahun)	1 kali / tahun	1 kali / tahun	1 kali / tahun
	- MMD (setiap bulan)	1 kali / tahun	1 kali / tahun	1 kali / tahun
2	Kader pemberdayaan masyarakat	Tidak / kader posyandu	Tidak / kader posyandu	Tidak / kader posyandu
	- Jumlah (lebih 9 orang)	1/ jorong	1/ jorong	1/ jorong
3	UKBM (posyandu dan 4 UKBM lainnya)	Posyandu + 2 UKBM lainnya	Posyandu + 3 UKBM lainnya	Posyandu + 3 UKBM lainnya
4	Peran serta masyarakat, organisasi kemasyarakatan (Masyarakat aktif dan lebih dari dua ormas)	Masyarakat belum rutin, ormas tidak ada	Masyarakat belum rutin, ormas tidak ada	Masyarakat belum rutin, ormas tidak ada
5	Pembinaan PHBS (minimal 70% RT)	55%	60%	65%

C. Faktor Dominan yang Mempengaruhi Tidak Berkembangnya Nagari Siaga Aktif Mandiri

Dari ketiga nagari lokasi penelitian yang telah di paparkan diatas maka faktor yang paling dominan mempengaruhi ketidakberhasilan program Nagari Siaga Aktif di Kabupaten Lima Puluh Kota yaitu faktor forum nagari. Forum belum yang jadwal tim yang dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Nagari yang mempunyai tugas dan tanggung jawab. Sehingga forum nagari tidak jalan masih di koordinir oleh puskesmas. Kegiatan forum nagari yang merupakan dasar

pelaksanaan Nagari Siaga Aktif yang pelaksanaannya berdasarkan Permenkes No14 Tahun 2010 minimal melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa satu kali per bulan.

Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) di ketiga nagari penelitian hanya satu kali per tahun, yang jadwal ditetapkan oleh Puskesmas. Puskesmas membutuhkan MMD nagari di wilayah binaan karena merupakan salah satu penilaian untuk akreditasi puskesmas di program Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM). Dari ketiga nagari terlihat bahwa permasalahan yang dihadapi untuk pengembangan nagari siaga aktif hampir sama wawancara dengan informan (Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota)

... secara kegiatan ini ada tapi secara administrasi ini tidak ada.... Kegiatan ini masih dianggarkan oleh puskesmas sebaiknya dari nagari... dibentuk kelompok pendonor... Sibangga yang dicanangkan di Nagari Batu Balang tidak dilanjutkan oleh Nagari yang lain... pernah diadakan uji coba nagari siaga dalam bentuk pelaksanaan forum nagari yang benar di Nagari Banjo Laweh Kecamatan Bukit Barisan Tahun 2017 yang waktu pelaksanaan forum nagari diikuti oleh nagari yang lain.... Banyak program-program kesehatan yang menyebabkan keberatan bagi nagari sebaiknya program yang ada dikemas satu sehingga tidak menimbulkan masalah di nagari....(wawancara tanggal 18 Januari 2020)

Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota menyimpulkan bahwa sebaiknya kegiatan – kegiatan didesain sejalan sehingga pelaksanaan di nagari sejalan. Kegiatan ini disosialisasikan lagi dan dilakukan pendampingan kembali oleh Dinas Kesehatan, dan kelanjutan program dilihat dari kebutuhan nagari sendiri, tidak kewajiban puskesmas. Ada tiga program yang mirip yaitu nagari siaga, nagari sehat dan PIS-PK sehingga ini dikemas satu dan dilakukan bersama-sama sehingga kegiatan menjadi sejalan. Nagari siaga tidak jalan karena penilaiannya tidak memberi dampak pada Pemerintah Daerah, jadi dampak pelaksanaan program ini masih belum terasa. Sedangkan beberapa program lainnya apabila program tidak berhasil menjadi keberhasilan Kepala Daerah, atau dikaitkan dengan bantuan anggaran keuangan dari pusat.

D. Pembahasan

Nagari Siaga adalah suatu konsep untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, mempersiapkan masyarakat untuk menghadapi ancaman dan masalah kesehatan, mengembangkan kegiatan pemantauan melalui sistem informasi kesehatan yang berbasis masyarakat serta menciptakan perilaku hidup sehat masyarakat. Pembahasan hasil penelitian ini difokuskan kepada keaktifan dan keberadaan Nagari Siaga di tiga Nagari penelitian dengan melihat faktor-faktor, yaitu Forum Nagari, Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM), Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), peran masyarakat dan organisasi kemasyarakatan, dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Dari gambaran umum hasil penelitian adanya pembagian pentahapan nagari siaga aktif berdasarkan ketetapan Kementerian Kesehatan di ketiga nagari penelitian capaian cakupan angka kesehatan belum memperlihatkan angka yang berbeda antara kategori pratama, kategori madya dan purnama. Perbedaan terlihat dari adanya ambulance nagari di Tujuh Koto Talago dengan kategori madya. Nagari Batu Balang sebagai kategori purnama selain mempunyai ambulance nagari adanya inovasi SIBANGGA sebagai yaitu aplikasi kegiatan rujukan kegawatdaruratan ibu, bayi dan anak.

Dari hasil penelitian di atas faktor ketidakberhasilan program adalah lemahnya pemberdayaan masyarakat nagari. Dari ketiga nagari belum tercipta pembangunan pemberdayaan masyarakat, disetiap kegiatan Nagari Siaga Aktif yang sudah dilaksanakan belum terlihat adanya kemandirian lembaga atau organisasi selaras dengan pendapat Asmiwati (2016) bahwa pemberdayaan masyarakat adalah kegiatan yang mengupayakan serta mempersiapkan masyarakat dengan cara memperkuat suatu kelembagaan masyarakat agar mereka mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan. Suhendra (2011) menyatakan pemberdayaan masyarakat dilakukan berkelanjutan dan sinergis melibatkan potensi yang ada secara evolutif.

Keberhasilan pengembangan nagari siaga aktif mandiri sangat tergantung dengan keberadaan dan keaktifan forum nagari. Forum nagari sebagai lembaga untuk pengembangan nagari siaga aktif. Lembaga ini dibentuk di tingkat nagari

yang terdiri atas para pemangku kepentingan dengan Wali Nagari sebagai ketuanya. Forum Nagari akan mengeluarkan peraturan di tingkat nagari yang akan melandasi dan mengatur tentang pengembangan nagari siaga aktifnya. Para pemangku kepentingan di tingkat nagari akan dicantumkan dalam struktur agar terdapat pembagian pekerjaan dan memudahkan bagi para anggota yang terlibat didalam pelayanan kesehatan pada forum ini dalam melaksanakan tugas sebagaimana tugas yang diberikan kepada mereka yang telah diputuskan secara bersama pada pertemuan musyawarah masyarakat desa (MMD).

MMD diawali dengan kegiatan Survey Mawas Diri (SMD), dimana Survei Mawas Diri adalah kegiatan untuk mengenali kondisi dan masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat, serta potensi untuk pengembangan dan inovasi yang dimiliki masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut. Hal ini penting untuk diidentifikasi oleh masyarakat sendiri lewat SMD, sehingga masyarakat dapat digerakkan untuk berperan serta aktif memperkuat upaya-upaya perbaikan masalahnya sesuai batas kewenangannya, sedangkan MMD adalah mencari alternative pemecahan masalah. Menurut ketentuan Kemenkes tahun 2010 tentang Pedoman Pengembangan Desa/ Kelurahan Aktif untuk disebut nagari siaga aktif mandiri idealnya SMD dilaksanakan satu kali dalam enam bulan sedangkan MMD dilaksanakan satu kali dalam sebulan.

Forum Nagari merupakan forum dimana masyarakat berdiskusi menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di sekitarnya. Forum tersebut terwujud mengingat hak azazi manusia untuk hidup sehat dan layak. Selain itu, meningkatkan pula bahwa kesehatan merupakan investasi yang tidak ternilai harganya. Forum yang diharapkan akan berkontribusi positif terhadap peningkatan status kesehatan masyarakat. Tantangan pembangunan kesehatan menjadi kompleks karena pemerintah dengan segala upaya dan daya bermaksud memandirikan masyarakat dalam hal kesehatan. Masalah kesehatan di masyarakat sejatinya mampu dikenali lebih dini oleh masyarakat. Selanjutnya dengan sistem gotong royong dengan mempertimbangkan kebudayaan setempat (*local wisdom*) mampun menanganinya. Selanjutnya, dalam situasi tersebut masyarakat disebut masyarakat yang berdaya dalam arti masyarakat yang sadar, mau, dan

mampu untuk hidup sehat dan mampu mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri.

Hasil penelitian ini menemukan bahwa di tiga nagari objek penelitian tidak ada forum nagari yang aktif secara terus menerus sebagai suatu lembaga nagari siaga. SMD hanya dilakukan satu kali dalam setahun dan MMD juga satu kali dalam setahun. Umumnya forum nagari diaktifkan oleh puskesmas wilayah nagari masing-masing untuk kepentingan puskesmas terhadap program nagari siaga aktif, jadi bukan untuk kewajiban yang terlibat dalam forum nagari dalam mewartakan kebutuhan masyarakat akan nagari siaga aktif. Hal ini juga menjadi salah satu hal yang membuat keaktifan desa siaga aktif ini kurang maksimal di ketiga nagari penelitian. Dengan tidak aktifnya forum nagari sebagai lembaga kesehatan tentunya sudah dapat dipastikan bahwa Nagari Siaga tidak berjalan dengan aktif.

Hasil ini sejalan dengan pendapat Jim Ife dalam Zubaedi (2016) yang mengidentifikasi jenis kekuatan masyarakat untuk memberdayakan mereka dimana salah satunya adalah kekuatan kelembagaan, utamanya adalah kelembagaan kesehatan dalam keaktifan nagari siaga aktif. Dimana inisiatif dalam penyelenggaraan musyawarah masyarakat desa berasal dari nagari yang telah ditetapkan dalam Surat Keputusan Forum Nagari, yang melibatkan para tokoh masyarakat sehingga sependapat dalam mendukung pengembangan nagari siaga aktif.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Penelitian Ridwan (2012) dalam Analisis Faktor Penghambat Tidak berhasilnya Desa Siaga di Desa Tongko Kecamatan Lage Kabupaten Poso yang menemukan bahwa salah satu penyebab tidak berjalannya desa siaga karena tidak aktifnya Forum Komunikasi masyarakat desa. Menurut Bahua (2015) pemberdayaan masyarakat dapat terjadi bila dalam program pembangunan masyarakat tidak dianggap sebagai objek dari pembangunan, tetapi menjadi subjek/pelaku dari pembangunan. Berbagai unsur pemberdayaan masyarakat diantaranya : pemberian motivasi (*motivating*), pemberian penguatan (*empowering*), Pemberian perlindungan (*protecting*).

Selain Forum Nagari bentuk lembaga lain yaitu UKBM adalah salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. UKBM

adalah wahana pemberdayaan masyarakat yang didirikan berdasarkan kebutuhan masyarakat yang berguna untuk menanggulangi masalah kesehatan. UKBM ini dikelola oleh, dari untuk dan bersama masyarakat. Pembentukan UKBM akan dibimbing oleh petugas puskesmas yang mengelola UKBM itu sendiri, lintas sector dan lembaga terkait lainnya. Contoh beberapa UKBM Posyandu balita, Polindes, POD (Pos Obat Desa), Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja), TOGA (Taman Obat Keluarga), Posyandu Lansia, Posbindu PTM dan dana sehat.

Posyandu lansia adalah UKBM yang berbentuk suatu forum komunikasi, alih teknologi dan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan sumber daya manusia khususnya lanjut usia, sehingga usia lanjut tetap dapat menjaga kesehatan fisik, tetap bugar, kesehatan rekreasi terpelihara dan dapat menyalurkan minat serta bakat dalam mengisi waktu luang (Depkes, 2000). Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) adalah Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat yang kegiatannya merupakan peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan monitoring terhadap faktor risiko PTM serta tindak lanjutnya yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik (Kemenkes, 2012). Pos UKK (upaya kesehatan kerja) adalah bentuk pemberdayaan masyarakat di kelompok pekerja informal adalah sebagai tindakan preventif melindungi pekerjamendapatkan pembinaan dalam hal kesehatan kerja sehingga mereka dapat bekerja dengan aman, sehat dan produktif.

Dengan forum nagari yang aktif setiap permasalahan kesehatan yang ditemukan waktu pelaksanaan MMD maka akan dapat dipilih UKBM yang dibentuk untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang ada, UKBM tidak pilihan puskesmas. Hasil penelitian pada 3 Nagari Siaga yang merupakan objek penelitian sudah memiliki UKBM minimal 3 UKBM yaitu posyandu dan polindes. Posyandu sebagai wadah memantau pertumbuhan dan perkembangan balita setiap bulan (1 kali sebulan) dan polindes yang disebut Poskesri sebagai tempat masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dasar 24 jam. Dana sehat belum berjalan sebagaimana mestinya karena bantuan perantau selalu dapat diandalkan untuk memenuhi kebutuhan biaya masyarakat terhadap kegiatan pelayanan kesehatan. Meskipun demikian sudah memiliki kesadaran dan kemampuan untuk

menentukan sendiri apa yang harus mereka lakukan untuk mengatasi permasalahan yang mereka hadapi dalam pelayanan kesehatan.

Dengan sudah adanya UKBM di setiap Nagari Siaga, sudah sejalan dengan pendapat Sumaryadi dalam Asmiwati (2016), mengatakan pemberdayaan masyarakat adalah sebuah upaya mempersiapkan masyarakat dengan langkah memperkuat kelembagaan masyarakat agar mereka mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan di tingkat nagari.

Fenomena dilapangan program pembangunan nagari siaga aktif masih banyak menggunakan pola yang tidak menyertakan partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan berdampak pada sisi pemanfaatan dari kebijakan pembangunan. bahkan pola-pola seperti musyawarah rencana pembangunan desa selama ini hanya dipahami sebagai formalitas semata yang berujung akan melemahkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan nagari siaga aktif.

Pendapat Fatimah (2012) Partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan, perhatian dan sumbangan yang diberikan oleh kelompok atau masyarakat yang berpartisipasi. Partisipasi masyarakat berarti masyarakat ikut serta, dimana masyarakat ikut dan serta dalam pemerintah karena kenyataannya pemerintahlah yang sampai dewasa ini merupakan perancang, penyelenggara, dan pembayar utama dalam pembangunan. Masyarakat diharapkan dapat ikut serta, karena kegiatan pembangunan di seleggarakan dan dibiayai oleh pemerintah, Itu dimaksudkan untuk sebesar - besarnya kesejahteraan masyarakat sendiri, untuk rakyat banyak. Dari ketiga nagari lokasi penelitian belum ada terlihat partisipasi masyarakat/organisasi masyarakat atau dunia usaha begitu juga dengan partisipasi kader.

Kunci keberhasilan dan kelestarian Nagari Siaga Aktif adalah keaktifan para kader dan peran serta / partisipasi masyarakat atau organisasi masyarakat atau dunia usaha yang ada ditengah masyarakat ikut terlibat dalam pengembangan nagari siaga. Menurut Kemenkes, 2014 kader kesehatan adalah kader teknis desa siaga aktif, yaitu anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan secara sukarela serta telah mengikuti pelatihan di bidang kesehatan. Menurut

ketentuan Kemenkes tahun 2010 tentang Pedoman Pengembangan Desa / Kelurahan Aktif untuk disebut nagari siaga aktif mandiri idealnya memiliki kader kesehatan aktif lebih dari sembilan orang.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa di tiga nagari objek penelitian tidak ada kader pemberdayaan masyarakat atau kader kesehatan desa siaga atau yang disebut kader desa siaga disini yang ada hanya berfungsi sebagai kader teknis desa siaga aktif. Yang bertugas sebagai kader teknis nagari siaga adalah kader posyandu. Ini terjadi karena kegiatan Nagari Siaga belum menjadi kebutuhan masyarakat sehingga dapat saja dengan menganggap tugas-tugas sebagai kader nagari siaga bisa dilaksanakan juga oleh kader posyandu yang memang sudah rutin setiap bulan untuk mengajak masyarakat dalam kegiatan posyandu balita padahal kader nagari siaga dilatih tersendiri untuk bisa memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif di nagari, dimana kegiatan posyandu bulanan adalah sebagian kecil dari tugas mereka dan tidak ada kader yang mengikuti pelatihan kader desa siaga aktif, kader masih belum mandiri masih dibantu oleh bidan desa.

Hasil ini sesuai dengan menurut Cohen dan Upof dalam Asariansyah (2013), ada beberapa bentuk partisipasi masyarakat dalam pembangunan salah satunya partisipasi dalam pelaksanaan. Adanya keikutsertaan masyarakat dalam memberikan kontribusi guna menunjang pelaksanaan pembangunan yang berwujud tenaga yang berguna bagi pelaksanaan pembangunan. Tidak berbeda jauh dengan penelitian wijayanti dan munawaroh (2014) dalam Evaluasi Keberhasilan Indikator Program Desa Siaga Di Ciangsana, Gunung Putri, Bogor, Tahun 2013 menemukan bahwa ada kader desa siaga di Ciangsana sebanyak 5 orang namun tidak aktif dengan alasan kesibukan dan perekonomian jadi kader hanya untuk penunjukan saja, jadi untuk pelaksanaan kegiatan biasanya dilakukan oleh kader posyandu yang tersebar di tiap RW.

Peran serta aktif masyarakat adalah keterlibatan atau keikutsertaan sejumlah anggota masyarakat dalam kegiatan-kegiatan pengembangan Nagari Siaga Aktif, di mana setiap orang memiliki tugas dan tanggung jawab yang jelas, baik secara tertulis maupun tidak tertulis. Sedangkan peran serta aktif organisasi

kemasyarakatan adalah keterlibatan atau keikutsertaan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan-kegiatan pengembangan Nagari Siaga Aktif, baik dalam bentuk pemikiran, pendampingan, maupun kontribusi tenaga untuk kegiatan. Dalam pengertian ini tidak termasuk kontribusi dalam bentuk dana.

Dari hasil penelitian di 3 Nagari Siaga belum dapat dilihat peran aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan. Ini karena tidak adanya peraturan yang dibentuk Forum Nagari yang mengikat masyarakat maupun organisasi kemasyarakatan terkait kegiatan Nagari Siaga Aktif. Ini diakibatkan karena Forum Nagari yang tidak aktif. Forum Nagari hanya akan terbentuk jika ada lomba-lomba terkait Nagari Siaga, sehingga SK Forum Nagari akan terbentuk atas panduan puskesmas, setelah kegiatan lomba berakhir maka forum juga berhenti.

Bentuk peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan yang ditemukan di nagari penelitian masih tergolong kepada peran serta dalam jenis partisipasi Partisipasi Vertikal, yaitu masyarakat terlibat atau mengambil bagian dalam suatu program pihak lain, dalam hubungan dimana masyarakat berada sebagai status bawahan, pengikut, atau klien. Hal ini tentunya tidak akan berlanjut dengan baik sepanjang kepentingan pihak lain sudah selesai.

Menurut Dwiningrum, 2011 partisipasi yang diharapkan adalah partisipasi horizontal, dimana masyarakat mempunyai prakarsa, setiap anggota atau kelompok masyarakat berpartisipasi horizontal satu dengan yang lainnya dalam mewujudkan Nagari Siaga Aktif. Partisipasi masyarakat menurut pendapat Mubyarto dalam Lally, 2015 mendefinisikan partisipasi masyarakat adalah kesediaan masyarakat untuk membantu keberhasilan setiap program pembangunan sesuai dengan kemampuannya tanpa mengorbankan kepentingan diri sendiri. Partisipasi masyarakat merupakan suatu proses komunikasi dua arah yang terus menerus merupakan komunikasi antara pihak pemerintah sebagai pemegang kebijakan dan masyarakat di pihak lain sebagai pihak yang merasakan langsung dampak dari kebijakan tersebut. Tiga lokasi penelitian peran pemerintah sebagai pemegang kebijakan terlihat lemah dalam memotivasi masyarakat. Nagari siaga aktif menjadi tidak berhasil karena sebagian besar yang terlibat dalam pembangunan masih lemah partisipasi karena kurangnya pengetahuan tentang nagari siaga aktif.

Menurut Arnstein (1969 dalam Imtihan dkk, 2017) Tingkat partisipasi masyarakat pada pelaksanaan nagari siaga aktif di ketiga nagari penelitian masih pada tahap 1 yaitu sebagai *non participation* atau dinilai kondisi belum adanya partisipasi, karena keterlibatan masyarakat masih bergantung kepada, sehingga peran masyarakat tidak terlihat. Hasil Penelitian ini juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Abdus (2011), dalam Partisipasi Masyarakat Dalam Pelaksanaan Desa Siaga Di Desa Tumbukan Banyu Kecamatan Daha Selatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Propinsi Kalimantan Selatan bahwa pelaksanaan desa siaga masih bersifat *top down* (atas perintah atasan). Masyarakat hanya melaksanakan kegiatan yang sudah ditetapkan oleh puskesmas dan tingkat partisipasi masyarakatnya dari perencanaan sampai evaluasi adalah *passif* (kepatuhan).

Keberhasilan pembangunan dalam pemberdayaan masyarakat terlaksana dengan partisipasi masyarakat dan hasilnya terlihat dengan adanya perubahan sosial dalam kehidupan masyarakat. Keberhasilan nagari siaga aktif terlihat dengan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawadaruratan, kesehatan secara mandiri, salah satu bentuk yang terlihat dengan PHBS yang tercapai diatas 70%.

PHBS merupakan cerminan pola hidup keluarga yang senantiasa memperhatikan dan menjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat memberdayakan anggota rumah tangga agar mengetahui, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS tatanan rumah tangga meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, memberikan bayi ASI eksklusif, menimbang balita secara teratur, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, makan buah dan sayur setiap hari, olahraga secara teratur, tidak merokok di dalam rumah, dan membuang sampah pada tempatnya.

Hasil penelitian di tiga Nagari Siaga hanya tiga indikator yang meliputi: BAB di jamban, menggunakan air bersih, dan membuang sampah pada tempatnya. Di setiap jorong di Nagari Siaga masih memiliki masalah untuk 3

indikator tersebut. Hal ini terkait juga dengan keberadaan bidan desa. Jika jorong tidak memiliki bidan desa maka Pembina untuk PHBS ini juga tidak akan optimal, karena petugas hanya datang sesuai jadwal dari puskesmas, sementara jika jorong memiliki bidan desa maka masyarakat memiliki Pembina dan konsultan untuk melaksanakan PHBS.

Ketidakberhasilan Nagari Siaga di 3 Nagari disebabkan karena kegiatan tersebut belum mencerminkan perubahan total suatu masyarakat atau penyesuaian sistem sosial secara keseluruhan untuk menuju kondisi yang lebih baik. Jika konsep Nagari Siaga sudah tertanam pada masyarakat maka tanpa mengabaikan keragaman kebutuhan dasar dan keinginan individual maupun kelompok-kelompok sosial yang ada di dalamnya akan bergerak maju menuju suatu kondisi yang diharapkan yaitu menjadikan nagari mereka sebagai suatu Nagari Siaga Aktif sesuai konsep yang diharapkan pemerintah. Menurut Soemarjan dalam Martono (2014) perubahan sosial adalah perubahan yang meliputi seluruh perubahan pada lembaga kemasyarakatan yang mempengaruhi system sosial, termasuk nilai sikap, pola prilaku, diantara kelompok masyarakat ketidakberhasilan nagari siaga dapat dari ketidakberhasilan PHBS dalam tatanan masyarakat.

Dalam hal ini perlu dilakukan kembali advokasi ditingkat nagari dan kecamatan yang melibatkan camat, lintas sector sehingga program nagari siaga tidak hanya merupakan program kesehatan, tapi adalah program nagari yang tertuang dalam muserembang nagari dan penganggarannya di nagari. Dilakukan sosialisasi di tingkat nagari dan jorong yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan termasuk masyarakat, organisasi masyarakat dan badan usaha berbasis masyarakat untuk ikut berperan aktif dan rutin dalam pelaksanaan nagari siaga aktif. Pelaksanaan pelatihan kader nagari siaga sehingga kader dapat mendampingi pelaksanaan nagari siaga aktif terutama pelaksanaan SMD kader bisa mandiri. Pemantauan rutin kegiatan nagari siaga aktif oleh dinas kesehatan maupun puskesmas dan melakukan evaluasi kegiatan nagari siaga aktif setiap tahun dengan melihat indikator nagari siaga aktif yang ada.

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari penelitian ditemukan masih banyak faktor-faktor penyebab ketidakberhasilan pengembangan nagari siaga aktif di tiga nagari penelitian yaitu: belum aktifnya forum nagari, kader yang belum mandiri, UKBM selain posyandu yang belum terbentuk, rendahnya partisipasi masyarakat, dunia usaha dan organisasi masyarakat dan rendahnya pembinaan PHBS;
2. Hal diatas dapat dilihat dari ketiga nagari lokasi penelitian ketidak berhasilan nagari siaga aktif dipengaruhi oleh tidak terlaksananya faktor-faktor pendukung pelaksanaan nagari siaga aktif mandiri yaitu :
 - a. Nagari Pandam Gadang Kecamatan Gunuang Omeh faktor-faktor pendukungnya nagari siaga aktif mandiri yang tidak terlaksana ; a) Pertemuan forum Nagari Siaga baru dilakukan sekali pertahun;b) Tidak memiliki kader pemberdayaan masyarakat, hanya memanfaatkan kader posyandu yang kegiatannya dibantu oleh bidan desa; c) Tidak lengkapnya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM);d) Pembinaan dan pencapaian PHBS hanya 50%, e) masih rendahnya peran aktif masyarakat yang rutin dan belum adanya partisipasi organisasi masyarakat atau badan usaha masyarakat dalam kegiatan kesehatan.
 - b. Nagari Tujuh Koto Talago Kecamatan Guguk faktor-faktor tersebut diataranya: a) Forum nagari belum aktif karena SMD dan MMD dilaksanakan hanya satu kali pertahun;b) Tidak memiliki kader pemberdayaan masyarakat, hanya memanfaatkan kader posyandu yang belum mandiri karena masih bergantung dengan bidan didesa; c) Masih kurang terbentuknya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) lain selain posyandu, kegiatan baru bersifat sosialisasi; d) Peran aktif masyarakat dan organisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan belum terbentuk dan belum berperan secara rutin, lebih mengharapkan bantuan perantau. e) Pembinaan dan pencapaian PHBS hanya 50-65%.
 - c. Seterusnya di Nagari Batu Balang Kecamatan Harau ketidakberhasilan nagari siaga aktif mandiri juga akibat belum terselaksananya faktor-

faktor pendukungnya, seperti; a) Pertemuan forum Nagari Siaga dilakukan sekali setahun, sejak SK diterbitkan pada tahun 2016. b) Tidak memiliki kader pemberdayaan masyarakat, hanya memanfaatkan kader posyandu c) Tidak aktifnya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) selain posyandu;d)peran aktif masyarakat dan organisasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan sudah ada dalam bentuk Ambulan Desa dan adanya program inovasi berbasis aplikasi “Sibangga” (system informasi rujukan ibu dan bayi baru lahir berbasis nagari siaga); e) Pembinaan PHBS juga telah dilakukan dan pencapaian PHBS 65%, juga memiliki program jamban dan arisan jamban.

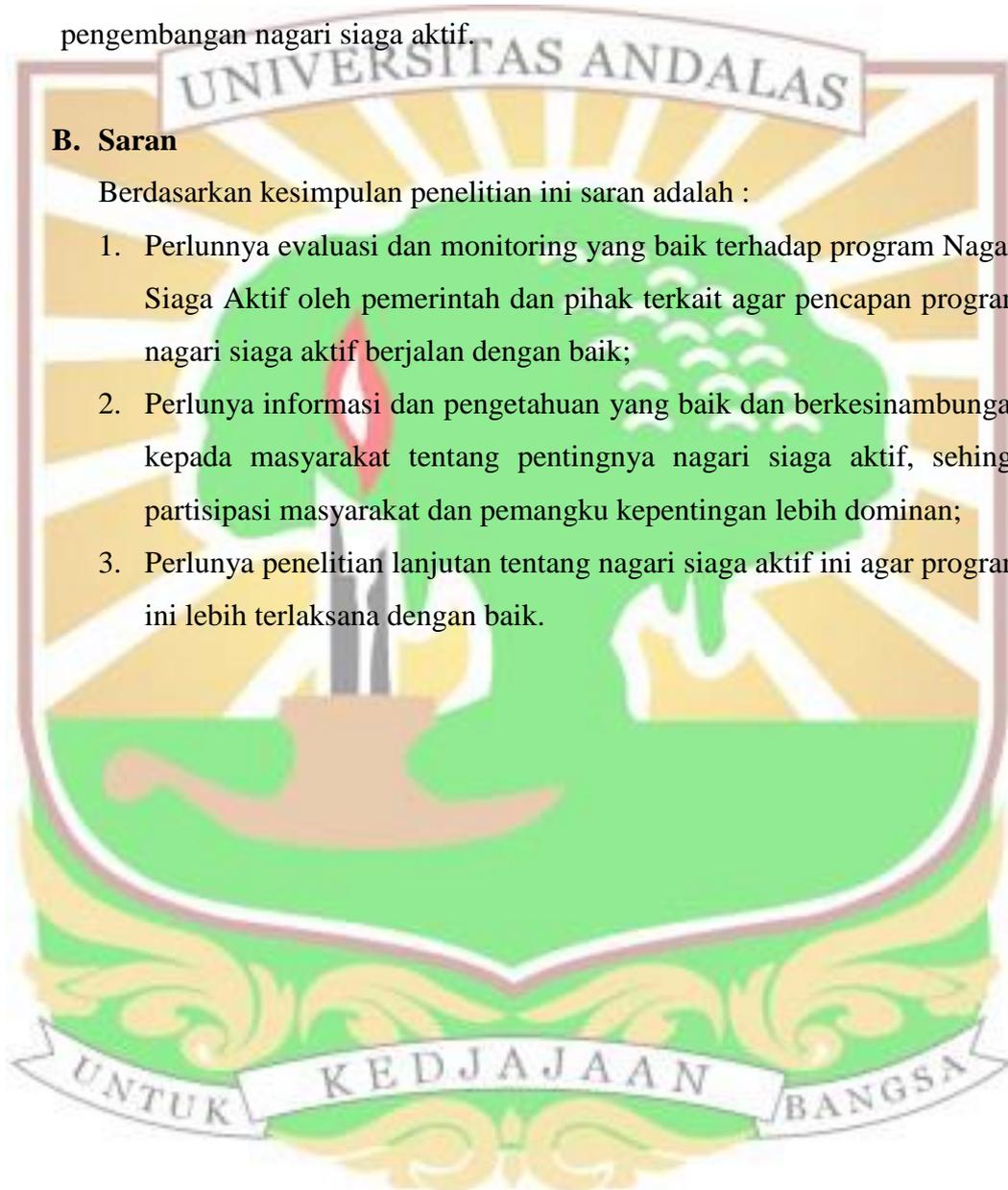
3. Faktor dominan yang paling mempengaruhi ketidakberhasilan pengembangan nagari siaga aktif adalah forum masyarakat desa, karena apabila forum ini jalan maka akan mempengaruhi peningkatan factor-faktor yang lain, karena di forum nagari itu dilakukannya musyawarah masyarakat desa sebagai sarana komunikasi dalam pelaksanaan nagari siaga aktif. Hal ini disebabkan karena masih lemahnya pemberdayaan masyarakat nagari. Dari ketiga nagari belum optimalnya pembangunan pemberdayaan masyarakat, disetiap kegiatan nagari siaga aktif tidak terlihat adanya kemandirian lembaga atau forum nagari, forum ini masih bergantung dengan puskesmas. Pemberdayaan yang tidak terbangun mengakibatkan rendahnya partisipasi masyarakat dalam keikutsertaan membentuk nagari siaga aktif. Padahal keberhasilan pembentukan nagari siaga aktif mandiri akan membentuk perubahan sosial masyarakat, dapat memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat mandiri.
4. Pengembangan nagari siaga aktif menjadi mandiri diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif, yaitu menadmpingi (memfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahana masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. Dalam hal ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mampu memberi dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumber dana yang lain yang bersifat rutin, sehingga pembangunan nagari siaga aktif mandiri dapat berjalan lancar. Sedangkan pendekatan

kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar memahami dan mendukung khususnya dalam membentuk opini guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan nagari siaga aktif. Jadi dukungan dan partisipasi yang diharapkan dapat berupa dukungan moral, dukungan financial atau dukungan material sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan nagari siaga aktif.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian ini saran adalah :

1. Perlunya evaluasi dan monitoring yang baik terhadap program Nagari Siaga Aktif oleh pemerintah dan pihak terkait agar pencapaian program nagari siaga aktif berjalan dengan baik;
2. Perlunya informasi dan pengetahuan yang baik dan berkesinambungan kepada masyarakat tentang pentingnya nagari siaga aktif, sehingga partisipasi masyarakat dan pemangku kepentingan lebih dominan;
3. Perlunya penelitian lanjutan tentang nagari siaga aktif ini agar program ini lebih terlaksana dengan baik.



DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Afrizal. 2016. Metode Penelitian Kualitatif., Jakarta : Raja Grafindo Persada, 261 hal
- Alaxander, Nila Ratna Juita. 2017. Modul I dan II Pemberdayaan Masyarakat. 64 hal
- Bahua, Mohamad Iqbal. 2015. Penyuluhan dan Pemberdayaan Petani Indonesia. Kota Gorontalo: Ideas Publishing, 132 hal
- (Bapenas), Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Bapenas. 2011. Laporan Akhir Pembangunan Perdesaan dalam Konteks Kesejahteraan Masyarakat. Jakarta : Kementerian PPN/ Bapenas, 130 hal
- (Bapenas) Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Bapenas. 2015. Indeks Pembangunan Desa 2014., Tantangan Pemunahan Standar Pelayanan Minimum Desa. Jakarta : Kementerian PPN/ Bapenas, 88 hal
- Birdsall, Karen dan Hill, Peter. 2011. Persalinan sebagai Urusan Desa, Sebuah Publikasi dalam *German Health Practice Collection*, Eschborn, German : GTZ, 52 hal
- [BKKBN] Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2011. Analisis Mortalitas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Barat. Jakarta, 33 hal
- Siti Irene Astuti Dwiningrum. 2011. Desentralisasi dan Partisipasi Masyarakat Dalam Pendidikan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar., 334 hal
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Pedoman Pelaksanaan Pembangunan Desa Siaga, Jakarta, 10 hal
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan. 2011. Pedoman Pengelolaan Posyandu, Jakarta. Kemenkes RI, 62 hal
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan. 2013. Profil Kesehatan Indonesia 2012, Jakarta. Kemenkes RI, 507 hal
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan. 2014. Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, Jakarta : Perpustakaan Nasional, 62 hal
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan. 2016. Profil Kesehatan 2015, Jakarta : Kemenkes RI, 403 hal
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan. 2017. Profil Kesehatan 2016, Jakarta : Kemenkes RI, 431 hal

- Machmud, Muslim. 2014. Tuntutan Penulisan Tugas Akhir Berdasarkan Prinsip Dasar Penelitian Ilmiah. Malang, Penerbit Selaras : 264 hal
- Martono, Nanang. 2014. Sosiologi Perubahan Sosial. Jakarta : Raja Grafindo Persada, 479 hal
- Neuman, Laurance. W. 2015. Metodologi Penelitian Sosial : Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif, Edisi Ketujuh, Jakarta : PT Indeks, 673 hal.
- Nugrahani, Farida. 2014. Metode Penelitian Kualitatif dalam Penelitian Pendidikan Bahasa. Surakarta. 320 hal
- Semiarwan, Conny, R. 2010, Metode Penelitian Kualitatif, Jakarta : Grasindo. 145 hal
- Siyoto, Sandu dan Sodik, Ali. 2015. Dasar Metodolgi Penelitian. Yogyakarta : Literasi Media Publishing, 130 hal
- Sood, S. Chandra, U. Palmer , A. and Molyneux I. 2004. *the Effects of the SIAGA Behavior Change Campaign in Indonesia with Population-Based Survey Results*. Maryland HPIEGO, 48 p
- Suwandi, 2015. Desentralisasi Fiskal dan Dampaknya terhadap Pertumbuhan Ekonomi, Penyerapan Tenaga Kerja, Kemiskinan dan Kesejahteraan di Kabupaten / Kota Induk Profinsi Papua. Yogyakarta : Deepublish, 254 hal
- Tresiana, Novita, 2013, Metode Penelitian Kualitatif, LP Universitas Lampung, Lampung
- Zubaedi. 2016, Pengembangan Masyarakat,, Jakarta : Kharisma Putra Utama, 269 hal

Jurnal dan Penelitian

- Abdus, Muhamad, 2011. Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Desa Siaga di Desa Tumbukan Banyu Kecamatan Daha Selatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Propinsi Kalimantan Selatan. (*Public Participation in Progress Village Tumbukan Banyu Alert In the village of South Daha Sub District South Hulu Sungai South Kalimantan Province*). Pasca UNHAS : 1-9
- Amalia, Ayu Diah dan M. Syawie, 2015, Pembangunan Kemandirian Desa melalui Konsep Pemberdayaan, Suatu Kajian dalam Perspektif Sosiologi *The Development of Rural Resilience with Empeworing Concept : a study of Sociological Perspective*, Sosio Informa Vol 1, No. 02 (Mei-Agustus 2015) : 175-188

- Andari dan Ella, 2019, Pengembangan Model Smart Rural untuk Pembangunan Kawasan Perdesaan di Indonesia *Developing a Smart Rural Area Development in Indonesia*, Jurnal Borneo Administrator, Vol 15 (1) (2019) : 41-58
- Andreeyan, Rizl, 2014. Studi Tentang Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Pembangunan di Kelurahan Sambutan Kecamatan Sambutan Kota Samarinda. *eJournal Administrasi Negara*, 2014, 2 (4) : 1938-1951
- Asariansyah, Muhammad Faisal, Saleh, Choirul, dan Rengu, Stefanus Pani. 2013. Partisipasi Masyarakat dalam Pemerataan Pembangunan Infrastruktur Jalan (Studi Kasus di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang) . *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol. 1, No. 6, : 1141-1150
- Asmiwati, Mira. 2016. Studi Tentang Penataan Ruang Kawasan Perdesaan di Kecamatan Muara Ancalong Kabupaten Kutai Timur (Studi Kasus di Desa Kelinjau Ulu), *eJurnal Ilmu Pemerintah*, 2016, 4 (4) : 1855-1866
- Chaerunnissa, Chika. 2014. Partisipasi Masyarakat dalam Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) di Kabupaten Brebes (Studi Kasus Desa Legok dan Desa Tambakserang Kecamatan Bantarkawung), *Politika*, vol. 5, no.2, Oktober 2014 : 1-6
- Erawati dan Mussadun, 2013. Partisipasi Masyarakat dalam Musyawarah Perencanaan Pembangunan di Kelurahan Kotobaru Tengah, *Jurnal Ilmu Politik dan Pemerintahan Lokal*, Volume II edisi 2, Juli – Desember : 251-262
- Fadil, Fathurrahman. 2013 Partisipasi Masyarakat Dalam Musyawarah Perencanaan Pembangunan di Kelurahan Kotobaru Tengah, *Jurnal Ilmu Politik Dan Pemerintahan Lokal*, Volume II Edisi 2, Juli-Desember : 251-262
- Gani, Husni Abdul. Istiaji, Erdi dan Pratiwi, Prita Eka. 2015, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tatanan Rumah Tangga Masyarakat Using (Studi Kualitatif di Desa Kemiren, Kecamatan Glagah, Kabupaten Banyuwangi) *A Qualitative Study in Kemiren Village, Glagah Sub District, Banyuwangi Regency*. *Jurnal IKESMA* Volume 11 Nomor 1 Maret 2015 : 25-35
- Imtihan, Husnul, Wahyunadi, dan Firmansyah M, 2017. Peran Pemerintah dan Partisipasi Masyarakat dalam Perencanaan Pembangunan Daerah (Musrenbang ds. Taman Sari Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat 2016). *Neo-Bis* Volume 11, No 1, Juni 2017 : 1-10
- Krisnovianti, 2015. Evaluasi Program Desa Siaga Aktif di Desa Kalamok Kecamatan Malinau Utara Kabupaten Malinau. *Ejournal Pemerintahan Integrative*, 3 (1) : 263 -274

- Laily, Elida Imro'atin Nur, Partisipasi Masyarakat Dalam Perencanaan Pembangunan Partisipatif, Kebijakan dan Manajemen Publik, Volume 3, Nomor 2, Mei-Agustus 2015 : 186-190
- Limintang, Juana. 2015. Pengaruh Perubahan Sosial terhadap Kemajuan Pembangunan Masyarakat di Desa Tara-Tara I. e-Journal "Acta Diurna". Volume IV No.2. Tahun 2015 : 1-10
- Nawalah, Hoirun. Qomarudi, Bagus dan Hargono, Rahmat, 2012. Desa Siaga : Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan melalui Peran Bidan di Desa, *The Indonesian Journal of Public Health*. Vol 8 No 3, Maret 2012 : 91-98
- Nurpeni. 2014. Program Desa Siaga di Desa Pinang Sebatang Kecamatan Tualang Kabupaten Siak. *Jurnal Niara* Vol 8 No. 5 Januari 2014, 1-3
- Pratiwi, Tika Putri, 2014. Strategi Peningkatan Pendapatan Asli Daerah, Investasi dan Pertumbuhan Ekonomi Kota Semarang melalui Mice (Meeting, Incentive, Convention dan Exhibition), Jurusan Ekonomi Pembangunan, Fakultas Ekonomi, Universitas Negeri Semarang, Indonesia *EDAJ* 3 (1) (2014) : 39-53
- Priyatna, A. 2012. Pemberdayaan Masyarakat dalam Prespektif Pengukuran Keberdayaan Komunitas Lokal, *Depsos RI* : 1-12
- Putra, Harry Prima. 2011. Kebijakan Pemerintah dalam Bentuk Pemberdayaan dan Partisipasi dan Partisipasi Masyarakat (Studi Tentang Partisipasi Masyarakat dalam PNPM MP, *Jurnal Fisip UMRAH* Vol 1, 2011 : 33-49
- Purba, Irma Sunarty dan Djamin, Djanius. 2015. Partisipasi Masyarakat dalam Meningkatkan *Good Governance* di Tingkat Desa, *Jurnal Ilmu Pemerintahan dan Sosial Politik*, Vol 3 (1) (2015): 25-36
- Ridwan. 2012. Analisis Faktor Penghambat Tidak Berhasilnya Desa Siaga di Desa Tongko Kecamatan Lage Kabupaten Poso, Thesis. Program Pasca Sarjana Universitas Hasanudin Makasar 2012 : 117 hal
- Tukasno, Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Perdesaan (PNPM-MPD) Melalui Proses Pengembangan Kapasitas (Studi Di Kecamatan Pekalongan Kabupaten Lampung Timur) *Evaluation Of National Program Of Community Empowerment (Pnpm-Mpd) Through Capacitybuilding Process (Study In Study In District Of Pekalongan East Lampung)*. *Jurnal Manajemen dan Bisnis*. Vol 3 No. 2 April 2013 : 178-197
- Tumengkol, Selvie M. (2012). Masalah Sosial sebagai Dampak Perubahan Sosial dan Upaya Pemecahannya (Studi Kasus Masalah Kemiskinan). Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Sam Ratulangi Manado, Karya ilmiah : 1-29

Widayanti, Sri, 2012. Pemberdayaan Masyarakat : Pendekatan Teoritis. Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial, Vol. 1, No. 1, Januari-Juni 2012 :87-102

Widjajanti, Kesi. 2011. Model Pemberdayaan Masyarakat. Semarang Jurnal Ekonomi Pembangunan Volume 12, Nomor 1, Juni 2011 : 15-27

Wijayanti, Wiwit dan Munawaroh 2014. Evaluasi Keberhasilan Indikator Program Desa Siaga di Ciangsana, Gunung Putri, Bogor , Tahun 2013 Jurnal ilmiah kesehatan, 6 (1), Januari 2014, 40-45

Yuliandri, 2014. Laporan Akhir Pengkajian Hukum tentang Partisipasi Masyarakat dalam Penentuan Arah Kebijakan Prioritas Penyusunan Peraturan Perundang-Undangan. Pusat Penelitian Dan Pengembangan Sistem Hukum Nasional Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI : 1-83

Yustikasari dan Komala, Lukiati. 2017. Pelatihan Pengembangan Komunikasi Pemberdayaan Masyarakat Desa Miskin Tinggi (DMT) di Kabupaten Pangandaran Provinsi Jawa Barat. Prosiding Seminar Nasional Pengabdian Masyarakat, 2017, Vol 2 No.1 : A35-A40.

Peraturan dan Per Undang-Undangan

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2007 tentang Pedoman Penataan Lembaga Kemasyarakatan

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2007 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat

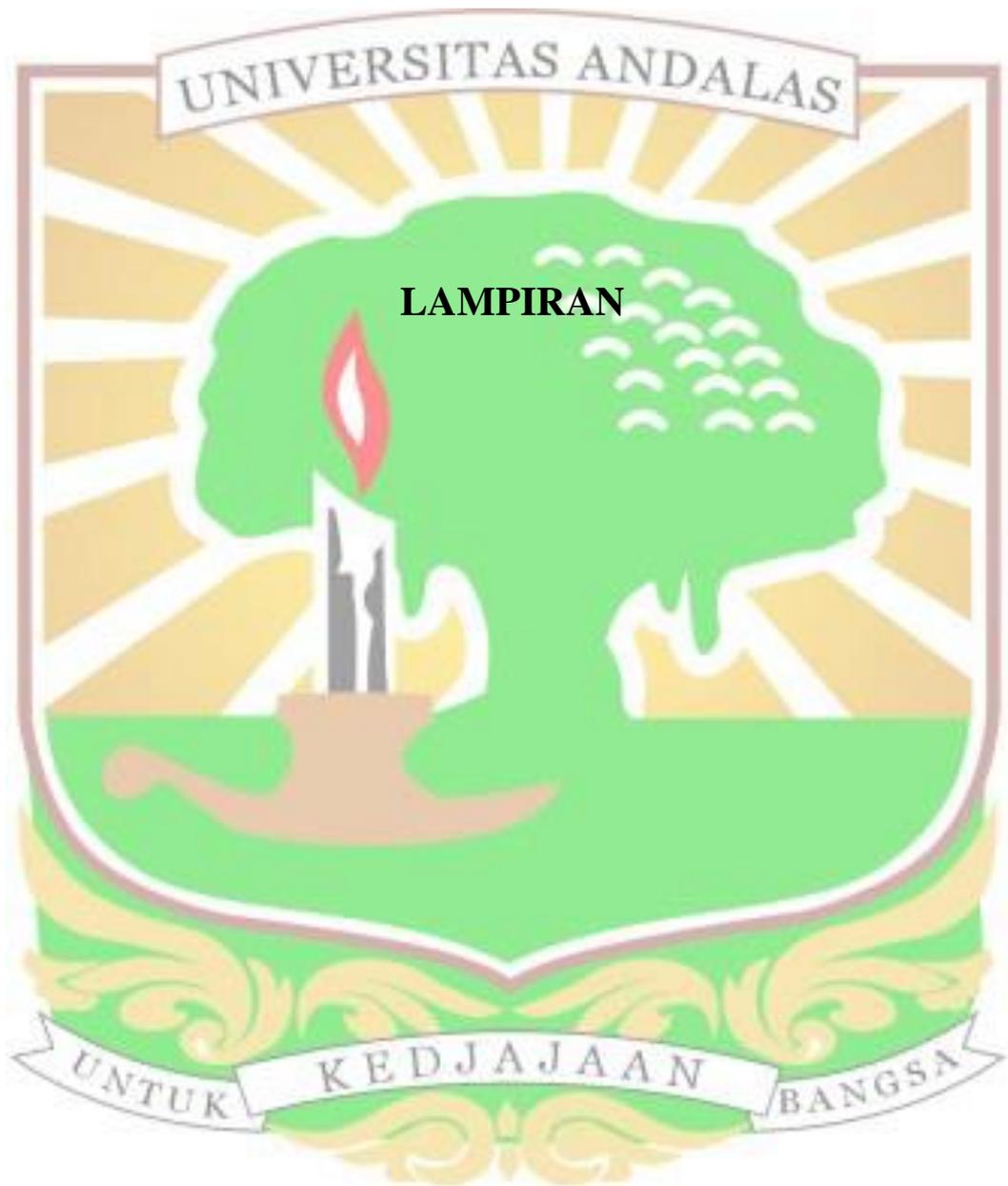
Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Laporan Kepala Desa

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah



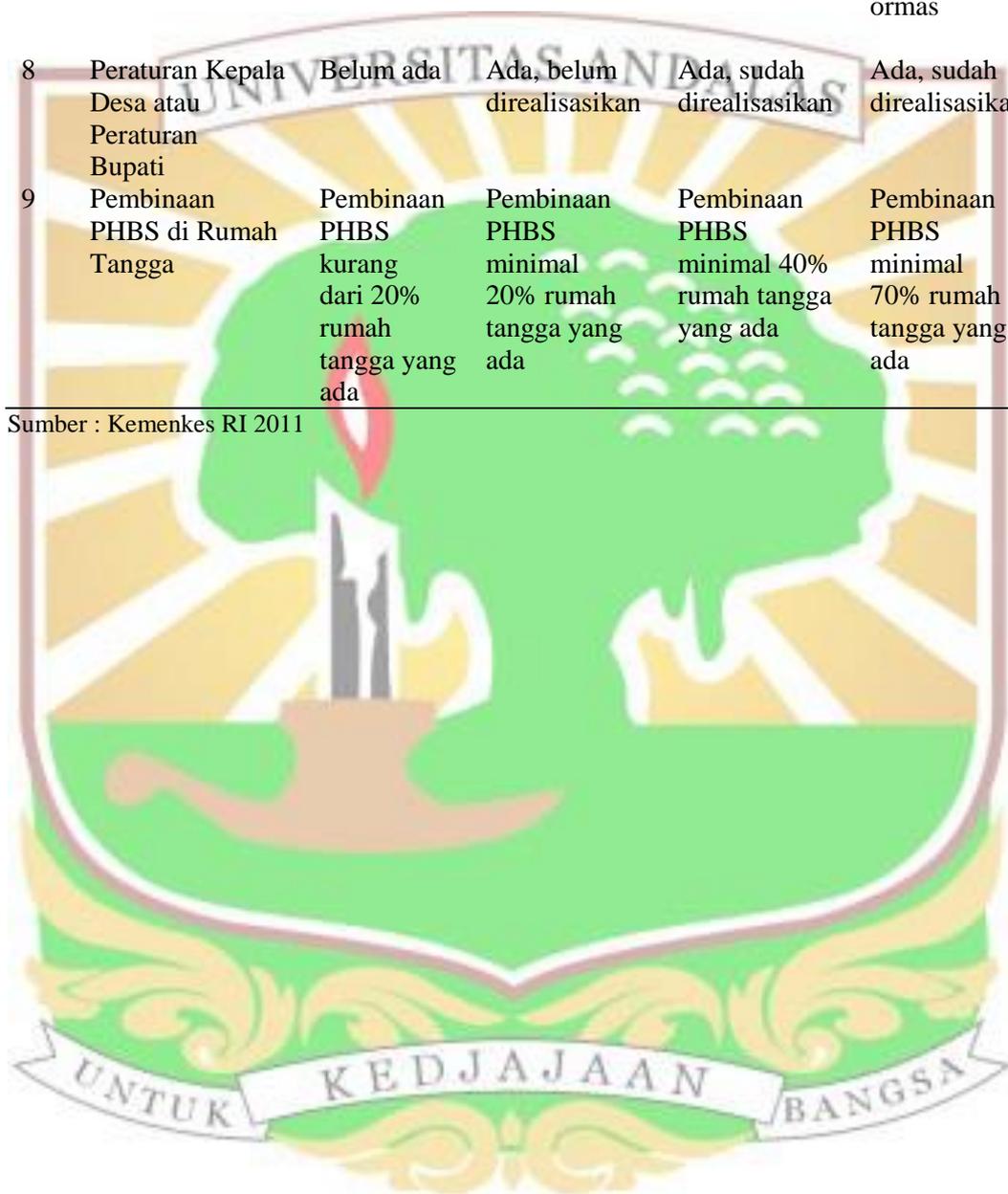
LAMPIRAN

Lampiran 1. KRITERIA PENTAHAPAN DESA SIAGA AKTIF

NO	KRITERIA	PENTAHAPAN DESA SIAGA				
		PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	
1	2	3	4	5	6	
1	memiliki tenaga profesional kesehatan (dokter/ perawat / bidan) yang dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan sesuai kewenangannya. Sudah mempunyai pelayanan kesehatan dasar	Ada, tetapi Pelayanan tidak setiap hari	Ada, Pelayanan setiap hari, serta memfasilitasi kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui FKD untuk kegiatan SMD (Survey Mawas Diri)	Ada, Pelayanan setiap hari serta memfasilitasi kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui FKD/FKK untuk kegiatan SMD, MMD dan UKBM	Ada, Pelayanan setiap hari	Ada, Pelayanan setiap hari
2	Forum Komunikasi Desa (FKD)	Ada, tetapi belum berjalan	Berjalan, tetapi belum rutin setiap triwulan	Berjalan setiap triwulan	Berjalan setiap bulan	
3	KPM/ Kader Kesehatan	Sudah ada minimal 2 orang	Sudah ada 3-5 orang	Sudah ada 6-8 orang	Sudah ada 9 orang atau lebih	
4	Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar	Ya	ya	Ya	ya	
5	Posyandu & UKBM lainnya aktif	Posyandu ya, UKBM lainnya tidak aktif	Posyandu & 2 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 3 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 4 UKBM lainnya aktif	
6	Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan : Pemerintah Desa dan Masyarakat Dunia Usaha	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa serta belum ada sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa serta satu sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa serta dua sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta dua sumber dana lainnya	
7	Peran serta masyarakat dan	Ada peran aktif	Ada peran aktif	Ada peran aktif	Ada peran aktif	

NO	KRITERIA	PENTAHAPAN DESA SIAGA			
		PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1	2	3	4	5	6
	Organisasi Kemasyarakatan (ormas)	masyarakat dan tidak ada peran aktif ormas	masyarakat dan peran aktif satu ormas	masyarakat dan peran aktif dua ormas	masyarakat dan peran aktif lebih dari dua ormas
8	Peraturan Kepala Desa atau Peraturan Bupati	Belum ada	Ada, belum direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan
9	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 2011



Lampiran 2. Kategori Nagari Siaga Aktif di Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2018

NO	KECAMATAN	WILAYAH PUSKESMAS	NAGARI	KATEGORI NAGARI SIAGA AKTIF				KET
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		13	22	79				
1	Suliki	Suliki	1. Kurai 2. Sungai Rimbang 3. Tanjung Bungo 4. Suliki 5. Limbanang 6. Andiang	1	1	1	1	1
2	Guguk	Padang Kandis Dangung-Dangung	1. Tujuh Koto Talago 2. Guguak Lapan Koto 3. Sungai Talang 4. Kubang 5. Simpang Sugiran		1	1	1	
3	Payakumbuh	Koto Baru Simalanggang	1. Koto Baru Simalanggang 2. Taeh Bukik 3. Simalanggang 4. Sungai Beringin	1	1	1	1	





NO	KECAMATAN	WILAYAH PUSKESMAS	NAGARI	KATEGORI NAGARI SIAGA AKTIF				KET
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
			5. Piobang	1				
			6. Taeh Baruah	1				
			7. Koto tengah Simalanggang	1				
4	Luak	Mungo	1. Sikabu-kabu Tanjung Haro	1				
			2. Mungo	1				
			3. Sungai Kamuyang	1				
			4. Andaleh	1				
5	Harau	Taram	1. Taram	1				
			2. Bukit Limbuku	1				
			3. Batu Balang				1	
			4. Pilubang	1				
		Tanjung Pati	5. Solok Bio-Bio	1				
			6. Tarantang	1				
			7. Harau	1				
			8. Sarilamak	1				
			9. Gurun	1				
			10. Lubuak Batingkok	1				
			11. Koto Tuo	1				

NO	KECAMATAN	WILAYAH PUSKESMAS	NAGARI	KATEGORI NAGARI SIAGA AKTIF				KET	
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6	Pangkalan Koto Baru	Pangkalan	1. Pangkalan	1					
			2. Koto Alam	1					
			3. Manggilang	1					
		Gunuang Malintang Rimbo Data	4. Gunuang Malintang	1					
			5. Tanjung Balik	1					
			6. Tanjung Pauh	1					
7	Kapur IX	Muaro Paiti	1. Muaro Paiti	1					
			2. Koto Bangun	1					
			3. Lubuk Alai	1					
			4. Koto Lamo	1					
		Sialang	5. Sialang	1					
			6. Durian Tinggi	1					
			7. Galugua	1					
8	Gunuang Omeh	Koto Tinggi	1. Pandam gadang	1					
			2. Koto Tinggi	1					
			3. Talang Anau			1			
9	Lareh Sago Halaban	Pakan Rabaa	1. Labuah gunung	1					

NO	KECAMATAN	WILAYAH PUSKESMAS	NAGARI	KATEGORI NAGARI SIAGA AKTIF				KET
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
10		Halaban	2. Batu Payung	1				
			3. Bukik Sikumpa	1				
			4. Balai Panjang	1				
			5. Sitanang	1				
			6. Ampalu	1				
			7. Halaban	1				
			8. Tanjuang gadang	1				
			11	Situjuah Limo Nagari	Situjuah	1. Situjuah Batua		
			2. Situjuah Ladang Laweh	1				
			3. Tunga			1		
			4. Situjuah Banda Dalam				1	
			5. Situjuah Gadang	1				
12	Mungka	Mungka	1. Jopang Manganti	1				
			2. Simpang Kapuak	1				
			3. Mungka	1				
			4. Talang maua	1				
			5. Sungai Antuan	1				



NO	KECAMATAN	WILAYAH PUSKESMAS	NAGARI	KATEGORI NAGARI SIAGA AKTIF				KET
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Bukit Barisan	Maek	1. Maek	1				
		Banja Laweh	2. Banja Laweh			1		
			3. Koto tengah				1	
		Baruah Gunung	4. Sungai Naniang				1	
			5. Baruah Gunung			1		
	Akabiluru	Batu hampar		1. sarik Laweh	1			
				2. Batu Hampar	1			
				3. Suayan	1			
				4. Sungai Balantiak	1			
				5. Pauh sangik	1			
				6. Koto Tengah Batu				
		Piladang	Hampa					1
			7. Durian Gadang					1
JUMLAH				66	12	1	79	

Sumber : laporan Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2019

