

## PERAN PUSKESMAS DALAM PENGEMBANGAN DESA SIAGA DI KABUPATEN BANTUL

### HEALTH CENTER'S ROLE ALERT VILLAGE'S DEVELOPMENT IN BANTUL REGENCY

Lucia Sri Rejeki<sup>1</sup>, Mubasysyir Hasanbasri<sup>2</sup>, Guardian Yoki Sanjaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** Alert village is a village where the residents have the readiness of resources, the ability, and the intention to independently prevent and overcome health problems or threats, disaster, and emergency. Health center has a duty as the facilitator of the alert village's development, where besides providing basic medical care, health center is expected to be able to carry out the mobilization and the community empowerment. If the facilitation process succeeded, it can evoke intentions and community independence in health, so that alert village's liveliness comes from community's initiative and is not from health center. This kind of development strategy leads to community development.

**Objective:** This research aims to review the role of health center within alert village's development, especially towards the facilitation of alert village's development.

**Method:** This research uses the qualitative descriptive method along with a case study design, to describe health center's perception towards alert village's development and health center's role as the alert village's facilitator. The subjects of this research are the heads of health centers and midwife coordinators, as well as the community leaders: the heads of the public's welfare affair and the chief of village's women organization. The data are collected through in-depth interviews.

**Results:** This research showed various activities of Community-Based Health Efforts as the form of alert village's implementation. The facilitation which health center provides to actualize active alert village had not showed community development, but rather a social mobilization. The obstructions are that health center has not been provided with facilitation techniques and the community's culture is less independent in health.

**Conclusion:** Alert village's development towards community development has not been utterly well responded by the community.

**Keywords:** Facilitation, alert village, community development.

#### ABSTRAK

**Latar Belakang :** Pengembangan masyarakat menjadi salah satu topik yang paling populer didalam konteks intervensi kesehatan masyarakat. Di Indonesia, Desa Siaga merupakan bentuk pengembangan masyarakat di bidang kesehatan. Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah/ancaman kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan secara mandiri. Puskesmas memiliki tugas seba-

gai fasilitator pengembangan desa siaga, dimana selain memberikan pelayanan medis dasar, diharapkan mampu melaksanakan tugas penggerakan dan pemberdayaan masyarakat. Fasilitas pengembangan desa siaga ini tergantung kemampuan puskesmas, disini diharapkan puskesmas mampu menerapkan prinsip-prinsip fasilitasi yang efektif. Apabila proses fasilitasi berhasil akan menumbuhkan kemauan dan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan, sehingga keaktifan desa siaga berasal dari inisiatif masyarakat bukan dari puskesmas. Fasilitas pengembangan seperti ini mengarah pada *community development*.

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk melakukan kajian terhadap peran puskesmas dalam fasilitasi pengembangan desa siaga.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus, untuk mendeskripsikan peran puskesmas sebagai fasilitator desa siaga. Subyek penelitian adalah kepala puskesmas dan bidan koordinator, serta tokoh masyarakat : kepala bagian kesejahteraan rakyat desa, ketua Tim Penggerak PKK desa, dan kader kesehatan. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi.

**Hasil :** Desa siaga telah dilaksanakan dengan berbagai kegiatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), namun belum semuanya berjalan seperti yang diharapkan. Puskesmas telah berupaya dalam mendampingi pengembangan desa siaga, namun fasilitasi yang dilakukan puskesmas belum mewujudkan *community development*, melainkan lebih kearah mobilisasi sosial.

**Kesimpulan :** Pengembangan desa siaga kearah *community development* belum terwujud dalam masyarakat.

**Kata Kunci :** Fasilitasi, desa siaga, community development

#### PENGANTAR

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau, mampu mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), bencana, kecelakaan, serta lainnya dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong. Inti kegiatan desa siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat secara mandiri<sup>1</sup>.

Puskesmas memiliki tugas sebagai fasilitator desa siaga, selain memberikan pelayanan medis dasar, diharapkan mampu melaksanakan tugas pergerakan dan pemberdayaan masyarakat. Fasilitasi mendorong partisipasi dan tanggung jawab untuk pengambilan keputusan<sup>2</sup>. Fasilitasi bentuk intervensi atau dukungan untuk meningkatkan kapasitas individu, kelompok atau kelembagaan masyarakat<sup>3</sup>.

Fasilitasi pengembangan desa siaga tergantung kemampuan puskesmas, disini diharapkan puskesmas mampu menerapkan prinsip-prinsip fasilitasi efektif. Fasilitasi tersebut mengarah terwujudnya *community development*. Konsep *community development* menurut Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) adalah pembangunan masyarakat, suatu proses usaha atau potensi yang dimiliki masyarakat diintegrasikan sumber daya pemerintah, untuk memperbaiki kondisi ekonomi, sosial, dan kebudayaan, dalam konteks kehidupan berbangsa, dan memberdayakan mereka agar mampu berkontribusi secara penuh untuk mencapai kemajuan pada level nasional<sup>4</sup>. Hal ini tidak memecahkan semua permasalahan yang dihadapi masyarakat setempat, tetapi menumbuhkan kepercayaan diri menghadapi berbagai masalah yang efektifitasnya sama dengan dihasilkan kegiatan masyarakat setempat<sup>5</sup>.

Desa Siaga di Kabupaten Bantul sudah seluruhnya dinyatakan sebagai desa siaga aktif dengan strata yang bervariasi. Desa siaga aktif pratama 49,3%, aktif madya 40%, aktif purnama 10,7% dan belum ada yang mencapai desa siaga aktif mandiri<sup>6</sup>. Desa siaga aktif adalah bentuk pengembangan desa siaga, yaitu desa yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar melalui poskesdes, puskesmas pembantu, puskesmas atau sarana kesehatan lainnya. Penduduk dalam mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)<sup>7</sup>.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus, mengenai wujud kegiatan desa siaga dan fasilitasi yang dilakukan puskesmas dalam pengembangan desa siaga. Unit analisis adalah puskesmas yang dilaksanakan di Puskesmas Piyungan dan Puskesmas Bantul I, dengan subjek penelitian kepala puskesmas dan bidan. Dila-

kukan wawancara pula kepada masyarakat, yaitu kepala bagian kesejahteraan desa, Tim Penggerak PKK dan kader kesehatan. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan dilakukan observasi terhadap kegiatan-kegiatan terkait desa siaga. Analisa data dilakukan secara kualitatif<sup>8</sup>.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Wujud Kegiatan Desa Siaga

Dalam penelitian ini ditemukan berbagai macam Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) sebagai wujud kegiatan desa siaga.

### Pola Pengembangan Desa Siaga

Sebagai langkah awal pelaksanaan desa siaga, puskesmas membentuk tim desa siaga untuk cakupan wilayahnya. Tim ini terdiri dari kepala puskesmas, bidan koordinator dan bidan desa, kemudian menyusun rencana kegiatan pengembangan desa siaga. Advokasi dilakukan kepada pemangku kepentingan ditingkat kecamatan, dengan tujuan memperoleh dukungan dan komitmen dalam pelaksanaan desa siaga. Advokasi diawali dengan pendekatan informal kepada camat, disampaikan bahwa di Kabupaten Bantul telah dicanangkan program desa siaga akan ditindaklanjuti ditingkat kecamatan. Disampaikan pula desa siaga merupakan revitalisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) jadi bukan merupakan program baru. Informasi ini penting dengan tujuan pihak di lapangan mudah memahami.

Advokasi juga dilakukan kepada ibu camat selaku ketua Tim Penggerak PKK tingkat kecamatan, dan ditindaklanjuti dengan sosialisasi desa siaga pada pertemuan PKK ditingkat kecamatan yang dihadiri oleh pengurus PKK kecamatan dan pengurus PKK tingkat desa. Advokasi berikutnya dilaksanakan ditingkat desa yang meliputi lurah, kepala bagian kesra desa, dan TP PKK desa. Lurah dan kepala bagian kesra yang rata-rata sudah lama menduduki jabatan ini dan tinggal di desa bersama masyarakat, bisa membayangkan bentuk kegiatan desa siaga setelah disampaikan bahwa desa siaga adalah revitalisasi PKMD.

Langkah berikutnya dilaksanakan sosialisasi ditingkat pedukuhan, kepala puskesmas bersama dengan bidan desa melaksanakan sosialisasi kepada para kepala dusun. Lurah atau kepala bagian kesejahteraan rakyat yang mendampingi sosialisasi setelah memimpin kesepakatan dilaksanakannya desa siaga, kemudian memandu dibentuknya Forum Masyarakat Desa.

Posko kesehatan desa sebagai pusat kegiatan forum tersebut, masing-masing desa berbeda, ada

Tabel 1. Wujud Kegiatan Desa Siaga

No	Kegiatan	Pelaksanaan
1	Posyandu	Tiap pedukuhan memiliki 1-2 posyandu Kegiatan dilaksanakan tiap bulan
2	Posyandu lansia	Tiap posyandu memiliki 5-10 kader kesehatan Tidak semua pedukuhan memiliki posyandu lansia Kegiatan dilaksanakan tiap bulan
3	DB4MK	Desa bebas 4 masalah kesehatan : bebas kematian ibu, bebas kematian bayi, bebas gizi buruk, bebas demam berdarah
4	Gerakan Sayang Ibu	
	Pendataan ibu hamil	Pendataan meliputi ibu hamil normal dan beresiko Dilaksanakan tiap bulan
	Tabungan ibu hamil	Dilaksanakan oleh PKK Sekarang tidak aktif lagi
	Kelompok donor darah	Pendataan meliputi nama dan nomor telepon yang bersedia menjadi donor darah bagi ibu bersalin dilaksanakan oleh Karang Taruna
	Ambulans desa	Pendataan meliputi mobil, motor yang bersedia untuk dipinjam mengantar ibu bersalin Dilaksanakan oleh kesra desa
5	Gizi	Pemantauan status gizi balita Pendataan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Kelompok Pendukung Ibu Motivator ASI
6	Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)	Pemeriksaan bak kamar mandi dan reservoir air lain adakah jentik-jentik nyamuknya Dilaksanakan oleh kader
7	Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)	Dilaksanakan oleh masyarakat dengan menguras, menutup, mengubur (3M) PSN dilaksanakan serentak untuk tingkat kecamatan dalam rangka mencegah penyakit demam berdarah Dilaksanakan bersama-sama oleh kecamatan, desa, pedukuhan, puskesmas dan masyarakat
8	PHBS	Tim pemantau dari kabupaten Pendataan tatanan rumah tangga dilaksanakan dengan mengunjungi rumah ke rumah Penilaian menggunakan 10 indikator Pelaksana : kader kesehatan
9	Penanggulangan kedaruratan dan bencana	Pemetaan masing-masing desa terhadap daerah rawan bencana: longsor, banjir, angin ribut Pelatihan siaga bencana Memberikan bantuan kepada daerah yang mengalami bencana
10	Poskokesdes	Sebagai sarana berkumpul Forum Masyarakat Desa untuk pertemuan membahas masalah kesehatan terutama laporan DB4MK Pelaporan kasus dan penyakit yang terjadi di masyarakat

lurah yang menyediakan salah satu ruang di kantor kelurahan sebagai posko kesehatan desa, namun ada juga yang menghendaki posko kesehatan desa menggunakan rumah dinas puskesmas pembantu yang tidak ditempati oleh staf puskesmas. Tugas pertama untuk forum ini adalah memetakan kegiatan-kegiatan UKBM yang telah ada pada masing-masing desa kemudian akan mengadakan pertemuan rutin di poskokesdes. Sosialisasi tidak berhenti disini, berikutnya kepada para kader kesehatan yang sudah rutin mengadakan pertemuan tiap bulan. Pertemuan tiap posyandu mewakili dua orang kader untuk menghadiri, harapannya kader yang hadir ini akan meneruskan informasi kepada kader lainnya di masing-masing posyandu yang rata-rata berjumlah lima sampai sepuluh orang.

Langkah berikutnya adalah pelatihan kader desa siaga. Tiap dusun memilih dan mengirimkan satu orang untuk menjadi peserta pelatihan. Kader ini adalah anggota masyarakat yang memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk menggerakkan

masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif di desa. Setelah mengikuti pelatihan kader ini akan disertai tugas pendampingan di desa dalam rangka pengembangan desa siaga. Materi pelatihan mencakup kegiatan yang akan dilaksanakan di desa dalam rangka pengembangan desa siaga, yaitu meliputi pengelolaan desa siaga secara umum, pembangunan dan pengelolaan poskokesdes, pengembangan dan pengelolaan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), serta hal-hal penting terkait seperti kehamilan dan persalinan sehat, Siap Antar Jaga, Keluarga Sadar Gizi, posyandu, kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman, kegawatdaruratan sehari-hari, kesiapsiagaan bencana, Kejadian Luar Biasa, Warung Obat Desa (WOD), pemanfaatan pekarangan dengan Taman Obat Keluarga (TOGA), kegiatan surveilans, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Pelatihan kader dilaksanakan selama dua hari dengan pembiayaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, dan diikuti 25 orang untuk tiap desa. Narasumber pelatihan terdiri dari kepala puskesmas, dokter, bidan, petugas gizi, petugas kesehatan lingkungan dan petugas promosi kesehatan. Pelatihan dibuka oleh camat sekaligus memberi dorongan bagi para kader sebagai tenaga penggerak masyarakat dalam partisipasi pelaksanaan desa siaga.

Tugas pertama kader setelah mengikuti pelatihan adalah melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD). Tujuan survei ini agar masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri dengan hasil yang diharapkan adalah identifikasi permasalahan kesehatan serta daftar potensi di desa yang didayagunakan dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Survei awal, kader mendata UKBM yang ada di masing-masing dusun, mendata PHBS dan Kadarzi dan setelah data terkumpul, dengan bimbingan bidan desa data-data tersebut dianalisa dan disajikan dalam Musyawarah Masyarakat Desa (MMD). Tujuan penyelenggaraan musyawarah ini adalah untuk mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan hasil SMD dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Peserta MMD ini adalah lurah, kesra desa, tokoh masyarakat, karang taruna dan TP PKK desa. Data serta temuan yang diperoleh pada saat SMD disajikan, utamanya adalah daftar masalah kesehatan, dimusyawarahkan untuk penentuan prioritas, dukungan, serta langkah-langkah pemecahan masalah.

Pelaksanaan pemantauan kegiatan desa siaga, dilakukan dalam beberapa bentuk, 1) melalui pertemuan Forum Masyarakat Desa bagi desa yang telah aktif melaksanakannya, dan 2) bagi desa yang belum aktif menyelenggarakan pertemuan Forum Masyarakat Desa, puskesmas melakukan pembinaan dan pemantauan pada pertemuan kader yang diadakan tiap satu bulan sekali. Pertemuan ini kader membawa laporan posyandu dan bisa menyampaikan kendala-kendala yang ditemui ataupun melaporkan kasus seperti gizi buruk, ibu hamil beresiko, penyakit demam berdarah dan penyakit menular lainnya. Sedangkan *refreshing* kader diadakan di puskesmas dengan pemberian materi kesehatan dan pencatatan pelaporan.

Pada akhir tahun puskesmas melakukan evaluasi desa siaga dengan indikator yang ada dalam buku pedoman desa siaga dari Kementerian Kesehatan. Indikator tidak semua bisa dinilai dan tidak semua kegiatan terdokumentasi. Cakupan pelayanan kesehatan dasar poskokesdes tidak bisa dinilai karena poskokesdes tidak menyelenggarakan pelayanan kesehatan melainkan sebagai posko kegiatan

Forum Masyarakat Desa. Sistem kegawatdaruratan dan sistem surveilans berbasis masyarakat tidak ada dokumentasinya. Hal ini dimungkinkan karena laporan masyarakat atau kader dilakukan secara lisan sehingga petugas puskesmas lupa tidak mencatat.

### Implementasi Desa Siaga

Advokasi dan sosialisasi kepada instansi terkait dan masyarakat merupakan upaya awal yang penting agar desa siaga mendapat dukungan dari lintas sektor dan masyarakat. *Partnership building* antar pemangku kepentingan yang terlibat dalam program pembangunan masyarakat merupakan salah satu aspek penting dari fasilitasi<sup>9</sup>. *Partnership* didefinisikan sebagai sebuah hubungan antara individu atau kelompok yang dijiwai oleh saling kerjasama dan bertanggungjawab<sup>10</sup>. *Partnership* adalah sebuah hubungan dinamis antara peran-peran yang berbeda<sup>11</sup>.

Pelaksanaan desa siaga belum optimal, kegiatan-kegiatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) belum seperti yang diharapkan. Posyandu yang merupakan kegiatan yang sudah berjalan bertahun-tahun tak mengalami kemajuan yang ditunjukkan dengan strata mandiri masih sedikit. Forum Masyarakat Desa yang seharusnya mampu mandiri, masih tergantung pada puskesmas, artinya apabila puskesmas tidak berinisiatif mengadakan pertemuan maka tidak ada kegiatan. Peran lintas sektor maupun masyarakat sifatnya menunggu inisiatif puskesmas baik kegiatan dibidang kesehatan maupun pencatatan. Sementara puskesmas menganggap bahwa penggerakan masyarakat adalah kewenangan camat ataupun lurah desa, sehingga masyarakat akan lebih responsif apabila pihak kecamatan atau desa yang menggerakkan desa siaga. Pelatihan kader yang telah dilaksanakan tak membuahkan hasil yang menggembirakan, tidak semua kader yang dilatih aktif dalam kegiatan desa siaga terutama dalam pencatatan surveilans kesehatan dan laporan kegiatan PHBS, DB4MK, PJB, kadarzi, posyandu ataupun kegiatan lainnya. Kegiatan desa siaga lebih terfokus pada DB4MK bahkan masyarakat menganggap kegiatan desa siaga adalah DB4MK, padahal DB4MK merupakan bagian dari desa siaga. Hal ini bisa dimengerti karena program inovasi Kabupaten Bantul ini memberikan hadiah yang cukup besar.

Pemerintah umumnya terbatas oleh waktu dan harapan terhadap hasil nyata yang cepat kelihatan, dan memandang persoalan masyarakat sebagai fenomena lingkungan sekitar yang mudah diatasi secara teknis semata. Pendekatan yang dilakukan seringkali pendekatan proyek pembangunan dan bantuan sosial materi belaka<sup>12</sup>.

Penggerakan dan pelaksanaan merupakan upaya untuk mencapai tujuan program desa siaga. Oleh karena itu, fungsi ini lebih menekankan cara mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peran kepemimpinan, motivasi staf, kerjasama, dan komunikasi antar staf merupakan hal pokok yang perlu mendapat perhatian.

Evaluasi desa siaga dengan indikator yang ada dalam buku pedoman desa siaga tidak semua indikator bisa dinilai dan tidak semua kegiatan terdokumentasi. Untuk mengevaluasi efektivitas dari fasilitasi, harus dipahami dengan jelas tentang tujuan yang hendak dicapai dari suatu kebijakan. Standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi harus segera diatasi. Penyimpangan harus dideteksi secara dini, dicegah, dikendalikan bahkan dikurangi. Tujuan fungsi ini adalah agar penggunaan sumber daya dapat lebih efisien, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih efektif<sup>13</sup>.

### Fasilitasi Pengembangan Desa Siaga

Pelaksanaan desa siaga puskesmas merupakan ujung tombak di masyarakat. Puskesmas memiliki tugas sebagai fasilitator desa siaga, namun dalam penelitian ini puskesmas tidak memperoleh pembekalan yang cukup dari dinas kesehatan, maupun pemerintah daerah, baik tentang teknik fasilitasi maupun desa siaga itu sendiri. Hal ini menghambat puskesmas dalam menyusun rencana kerja pelaksanaan desa siaga. Puskesmas dituntut melaksanakan program desa siaga yang merupakan program *top down* menjadi kegiatan yang menumbuhkan pemberdayaan masyarakat. Hal ini tentu saja merupakan tugas dan tantangan yang berat bagi puskesmas. Perencanaan yang dibuat tergantung persepsi dan kreasi kepala puskesmas dan bidan sebagai tim fasilitator desa siaga. Fasilitasi merupakan kreasi suasana dimana sebuah tim bisa dipimpin melalui proses sehingga bisa mengatasi masalah dan mencapai keberhasilan dengan keterbatasan<sup>14</sup>. Fasilitasi adalah seni, bukan sekedar memberikan sebuah gagasan ke dalam pikiran orang lain tetapi membuat gagasan tersebut larut didalamnya<sup>15</sup>. Namun demikian ketrampilan tetap yang utama, meskipun intuisi adalah penting dalam fasilitasi namun harus ditekankan bahwa intuisi saja tidak bisa menggantikan peran dan ketrampilan dan teknik

yang merupakan pondasi seorang fasilitator<sup>16</sup>. Fasilitator harus fokus pada proses yang efektif, dinamika kelompok memungkinkan peserta untuk fokus pada muatan atau substansi<sup>17</sup>. Fasilitator yang efektif memiliki tanggung jawab diantaranya merancang partisipasi, mengorganisir, mendorong kelompok untuk mengevaluasi sendiri perkembangan dan kemajuan kerja, meyakinkan bahwa kelompok merupakan kumpulan pengetahuan, pengalaman dan kreatifitas dan selalu bersikap netral<sup>18</sup>.

Pelaksanaan advokasi oleh puskesmas kepada camat dan lurah cukup baik dengan ditunjukkan camat mendampingi pelaksanaan sosialisasi desa siaga ditingkat kecamatan, dan lurah mendampingi puskesmas saat sosialisasi desa siaga ditingkat desa. Demikian juga pada saat pembentukan Forum Masyarakat Desa dan penunjukkan poskokesdes. Pada pelaksanaan pelatihan kader desa siaga, camat turut menyambut dan membuka pelatihan. Hal ini menunjukkan dimana terjadi kerjasama dan pembagian tugas sesuai ketugasan masing-masing, camat atau lurah menyampaikan ajakan dukungan segenap masyarakat dalam program desa siaga, puskesmas menyampaikan teknis pelaksanaan desa siaga. Hubungan kemitraan antar pemangku kepentingan yang terlibat dalam program pembangunan merupakan salah satu aspek penting dalam fasilitasi. Kegiatan advokasi dan sosialisasi desa siaga ini menunjukkan gambaran kearah *partnership*, yang memberi arti dari pemusatan kemampuan, keahlian dan sumberdaya dari berbagai pemangku jabatan untuk memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan masyarakat<sup>19</sup>. Kemitraan yang sukses perlu untuk membuat perubahan terhadap kehidupan masyarakat<sup>20</sup>. Pembagian tugas dan sumberdaya secara adil<sup>21</sup>. *Partnership* bagaimanapun juga harus mengembangkan sebuah pembagian fungsi<sup>22</sup>. Kerjasama erat yang saling menguntungkan antar kelompok dengan berbagi kepentingan, tanggung jawab, hak, dan kekuatan<sup>23</sup>.

Respon yang positif ini tidak ditindaklanjuti dengan *networking* yang baik, sehingga dari pihak lintas sektor merasa tugasnya sudah selesai, untuk kegiatan selanjutnya seolah-olah menunggu inisiatif dari puskesmas. Hal ini berpengaruh pada pelaksanaan desa siaga yang dalam perkembangannya tak seperti yang diharapkan, Forum Masyarakat Desa lebih banyak yang tidak aktif mengadakan pertemuan di poskokesdes, demikian juga administrasi tidak lengkap bahkan banyak kegiatan yang tak ada pencatatannya. Kegiatan posyandu baik kehadiran masyarakat maupun pencatatan pelaporan tidak menunjukkan kemajuan yang berarti, kegiatan pemantauan

jentik secara mandiri tak dilakukan oleh masyarakat, demikian juga dengan PHBS tak ada data terbaru, yang seharusnya secara rutin enam bulan sekali dilakukan pendataan oleh kader. Pembinaan kader yang dilaksanakan secara rutin oleh puskesmas tidak memberikan daya ungkit yang besar bagi keaktifan masyarakat dalam masalah kesehatan. Laporan DB4MK yang mengandung unsur hadiah sejumlah dana, tidak semua desa aktif membuat laporannya, akhirnya puskesmas juga yang menyelesaikan laporannya. Sebaliknya puskesmas juga merasa tugas sudah selesai dan menganggap penggerakan masyarakat adalah tugas lurah atau kepala bagian kesra yang memiliki kewenangan menggerakkan masyarakat untuk melakukan suatu kegiatan. Puskesmas dan pihak lintas sektor nampak keduanya menunjukkan sikap merasa tugasnya sudah selesai, jadi saling menunggu inisiatif dari lain pihak. Pelaksanaan desa siaga tidak bisa berjalan bila hanya sektor kesehatan yang memikirkan dan melaksanakannya. *Partnership* yang terwujud pada tahap sebelumnya akhirnya memudar, hal ini mempengaruhi terhadap pengembangan desa siaga, yang hingga kini belum ada desa siaga aktif dengan strata mandiri di Kabupaten Bantul.

Hasil penelitian ini nampak bahwa secara keseluruhan dalam pengembangan desa siaga, fasilitasi yang dilakukan puskesmas belum mendorong terwujudnya *community development*, dimana merupakan suatu proses pembangunan yang berkesinambungan, artinya kegiatan dilaksanakan secara terorganisir dan tahap demi tahap dimulai dari tahap permulaan sampai pada tahap kegiatan tindak lanjut dan evaluasi. Untuk mewujudkan hal ini diperlukan kemampuan fasilitasi yang baik serta komitmen yang tinggi. Dalam penelitian ini puskesmas diharapkan menjadi fasilitator dalam pengembangan desa siaga, namun tak dibekali teknik fasilitator. Selain itu juga faktor dari masyarakat yang sangat kompleks dan kultur masyarakat yang menunggu penggerakan dari atas. Akibatnya belum mampu mewujudkan *community development* dalam pembangunan kesehatan khususnya desa siaga. Pendekatan *doing with the community* belum terlaksana, melainkan lebih bersifat mobilisasi sosial, dimana lebih bersifat pendekatan *doing for the community*.<sup>24</sup> Hal ini merupakan pengaruh dari kebijakan-kebijakan atau aturan-aturan yang memaksa melakukan suatu kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu. Puskesmas mendapat tugas melaksanakan program desa siaga, dan dengan segala keterbatasannya berupaya untuk mengimplementasikan di masyarakat.

Metode kerja *doing for* menjadikan masyarakat menjadi pasif, kurang kreatif dan tidak berdaya, bah-

kan mendidik masyarakat untuk bergantung pada bantuan pemerintah. Sebaliknya metode kerja *doing with* merangsang masyarakat menjadi aktif dan dinamis.<sup>25</sup>

## KESIMPULAN

Program desa siaga telah dilaksanakan berbagai bentuk kegiatan antara lain posyandu, DB4MK, Gerakan Sayang Ibu, Gizi, PHBS, Pemberantasan Sarang Nyamuk, poskokesdes dan kegawatdaruratan bencana. Pelaksanaan desa siaga belum berkembang seperti yang diharapkan, belum semua kegiatan berjalan secara rutin, demikian halnya dengan pencatatan dan laporan kegiatan juga tidak lengkap. Puskesmas telah mengupayakan pendampingan pelaksanaan desa siaga namun tidak memperoleh pembekalan teknik fasilitasi yang baik sehingga menghambat dalam pengembangan menuju desa siaga aktif. Fasilitasi yang dilakukan puskesmas dalam pengembangan desa siaga belum mewujudkan *community development*, melainkan lebih kearah mobilisasi sosial.

## SARAN

Dalam menetapkan kebijakan hendaknya pemerintah mempersiapkan segala sumber daya terutama sumber daya manusia.

Dilakukan upaya perbaikan fasilitasi dalam pengembangan desa siaga.

Dalam mewujudkan pemberdayaan masyarakat perlu melibatkan pihak ketiga yang memiliki kompetensi sebagai fasilitator untuk mencapai hal yang optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
2. Prendiville P. Developing Facilitation Skills: A Handbook for Group Facilitators, Dublin: Combat Poverty Agency; 2008.
3. Sumpeno W. Menjadi Fasilitator Genius, Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2009.
4. MacQueen KM., McLellan E., Metzger DS., Kegels S., Strauss RP., Scotti R., Blanchard L., Trotter RTI, What Is Community? An Evidence-based Definition for Participatory Public Health. American Journal of Public Health. 2009; 91(12): 1929-1938.
5. Cary LJ. Community Development as A Process, Columbia, USA: University of Missouri Press; 1970.

6. Dinkes Kab. Bantul. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2011, Bantul, Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul; 2011.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Aktif, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
8. Moleong LJ. Metodologi Penelitian Kualitatif, Bandung: Rosdakarya; 2007.
9. Haryanto R. Program Pengembangan SDM dan Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pola Kemitraan: Tinjauan Pelaksanaan Tahun 2005-2007 dan Rencana Tahun 2008. Rapat Koordinasi YDSM dengan Mitra. Bogor: YDSM; 2007.
10. Bailis LN., Melchior A. Promoting and sustaining civic partnerships: A conceptual history, framework, and a call to action. *CRF Service-Learning Network*, 2004; 10 (1): 1-5.
11. Brinkerhoff JM. Assessing and improving partnership relationships and outcomes: a proposed framework. *Evaluation and Program Planning*, 2002; 25 (3): 215-231.
12. Edstorm J. Buku Pegangan Fasilitator: Fasilitasi yang Efektif Jakarta: USAID dan LGSP; 2008.
13. Mir G., Allgar V., Cottrell D., Heywood P., Evans J., Marshall J. Health Facilitation and Learning Disability, Leeds: Centre for Health and Social Care, University of Leeds; 2007.
14. Oakham G. Core Facilitation Concepts. *The Wayside Network*; 2004.
15. Clarke S., Blackman R., Carter I. Facilitation Skills Workbook Middlesex, UK: Tearfund Publications; 2004.
16. Harnisch L. Core Values Facilitator Guide, United States: Oregon Department of Human Services; 2003.
17. Burke DW. Basic Facilitation Skills, Boston, MA: The Human Leadership and Development Division of The American Society for Quality; 2002.
18. Blackburn S. Facilitation Tools and Techniques, Australia: The Wayside Network; 2004.
19. Granner ML., Sharpe PA. Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. *Health Educ Res*, 2004; 19 (5): 514-532.
20. El Ansari W., Phillips CJ. Empowering healthcare workers in Africa: Partnerships in health-beyond the rhetoric towards a model. *Critical Public Health*, 2001; 11 (3): 231-252.
21. Eilbert KW., Lafronza V. Working together for community health—a model and case studies. *Evaluation and Program Planning*, 2005; 28 (2): 185-199.
22. Kanter RM. Collaborative advantage: The art of alliances. *Harvard Business Review*, 1994; 72 (4): 94.
23. Seifer SD., Connor K. Community Campus Partnerships for Health: Faculty Toolkit for Service-Learning in Higher Education, Scotts Valley, CA National Service-Learning Clearinghouse; 2007.
24. Rahardiantoro D. An Effort to Humanize Human [Internet] Available from : [www.datawork.indonesia.com/resource/article/index.php?actarticle&id=254te=Community&title2=Community%20Development%20](http://www.datawork.indonesia.com/resource/article/index.php?actarticle&id=254te=Community&title2=Community%20Development%20) [Accessed 24 Desember 2010]; 2008.
25. Dunham A. Community Welfare Organization, Principles and Practice, New York: Thomas Y. Crowel Company; 1958.