

KAJIAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA DI KABUPATEN OGAN ILIR

STUDY OF THE DEVELOPMENT OF ALERT VILLAGES IN OGAN ILIR DISTRICT

Misnaniarti, Asmaripa Ainy, Nur Alam Fajar
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Indralaya

ABSTRACT

Background: One strategy to achieve Healthy Indonesia is alert village program as stipulated in Decree of the Minister of Health number 564/Menkes/SK/VIII/2006. The observation through document review of Ogan Ilir health profile in year 2007, environment-based morbidity is still high at 7.011 cases of diarrhea, 30 cases of dengue fever, 68 cases of clinical malaria and 11.637 cases of upper respiratory infections and 295 cases of pulmonary tuberculosis. It showed that there're still health problems that need to be handled by both government and society.

Objective: Objective of this research was to develop recommendations of alert village development based on local resources in Ogan Ilir district.

Methods: This was an observational study with quantitative and qualitative approaches. The data was collected in Ogan Ilir Health Office, all Health Centers in the working area of Ogan Ilir, and 40 villages that have become the pilot of alert village program in Ogan Ilir.

Results: Development of alert villages in Ogan Ilir still top down, and the establishment of alert villages have not been fully utilizing the potency of various community based health activities.

Conclusion: The community empowerment still needs to be improved so that local community can dig their own potential resources. The local government and health centers only as facilitators.

Keywords: alert village, community based health activities, community empowerment.

ABSTRACT

Latar belakang: Salah satu strategi untuk mewujudkan Indonesia Sehat adalah program desa siaga seperti diatur dalam SK Menteri Kesehatan No. 564/Menkes/SK/VIII/2006. Hasil observasi pada Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir tahun 2007, angka kesakitan berbasis lingkungan masih tinggi yaitu diare 7.011 kasus, demam berdarah 30 kasus, malaria klinis 68 kasus dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) 11.637 kasus serta Tuberkulosis Paru 295 kasus. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat permasalahan kesehatan yang perlu ditangani secara menyeluruh baik oleh pemerintah maupun masyarakat.

Tujuan: Tujuan penelitian adalah menyusun rekomendasi model pengembangan desa siaga berdasarkan sumber daya lokal di Kabupaten Ogan Ilir.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data

dilakukan di Dinas Kesehatan Ogan Ilir, seluruh puskesmas dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Ogan Ilir, dan 40 desa yang telah menjadi percontohan desa siaga di wilayah Kabupaten Ogan Ilir.

Hasil: Pengembangan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir masih berbasis *top down* dan pembentukan desa siaga belum secara sepenuhnya memanfaatkan potensi dari berbagai kegiatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang ada.

Kesimpulan: Pemberdayaan masyarakat masih perlu ditingkatkan agar masyarakat mampu menggali sendiri potensi sumber daya yang ada dan pemerintah daerah cukup sebagai fasilitator.

Kata kunci: desa siaga, upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM), pemberdayaan masyarakat

PENGANTAR

Pengembangan desa siaga merupakan salah satu strategi dalam mewujudkan Indonesia sehat. Pada akhir tahun 2010 ditargetkan seluruh desa yang ada di Indonesia sudah menjadi desa siaga. Desa siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau, dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular, kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong-royong menuju desa sehat.¹

Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 564/Menkes/SK/VIII/2006.² Inti kegiatan desa siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu, dalam pengembangan desa siaga diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif, yaitu upaya mendampingi (menfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya melalui upaya-upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) sebagai embrio atau titik awal pengembangan menuju desa siaga.

Kabupaten Ogan Ilir terbentuk melalui Undang-Undang No. 37/2003 yang merupakan hasil pemekaran dari Kabupaten Ogan Komering Ilir dan diresmikan pada tanggal 7 Januari 2004. Mempunyai luas wilayah 2.666,07 km² atau seluas 266,607 hektar. Administrasi pemerintahan Kabupaten Ogan Ilir terdiri dari 16 kecamatan dan 241 desa.³

Pada tahun 2006, telah dikeluarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir No. 440/III/KES/2006 tentang Pembentukan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir dan Surat Keputusan Bupati Kabupaten Ogan Ilir No. 317/KEP/DINKES/2006 tentang Perubahan Nama dan Peningkatan Status Polindes menjadi Poskesdes di Kabupaten Ogan Ilir.^{4,5} Pada tahun 2007 Dinas Kesehatan Ogan Ilir juga telah mencanangkan 40 desa sebagai desa siaga percontohan dan pada tahun 2009 seluruh desa telah menjadi desa siaga yaitu sebanyak 241 desa siaga. Namun hasil observasi awal melalui telaah dokumen Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2008, angka kesakitan berbasis lingkungan masih tinggi yaitu diare sebanyak 7.011 kasus, demam berdarah sebanyak 30 kasus, malaria klinis sebanyak 68 kasus dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) sebanyak 11.637 kasus serta penyakit Tuberkulosis Paru sebanyak 295 kasus di tahun 2007. Hal tersebut menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan masyarakat masih perlu ditangani secara menyeluruh oleh pemerintah dan tentunya dengan dukungan masyarakat setempat. Strategi pemberdayaan masyarakat dalam menangani permasalahan kesehatan pada program desa siaga dilakukan melalui peningkatan fungsi upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM).

Berdasarkan uraian tersebut, maka perlu dilakukan kajian pengembangan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir. Selanjutnya akan disusun rekomendasi model pengembangan desa siaga yang sesuai sumber daya lokal di Kabupaten Ogan Ilir menuju visi Indonesia Sehat Mandiri.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir beserta seluruh puskesmasnya.

Pengumpulan data dilakukan oleh tim peneliti dibantu oleh enumerator (petugas pengumpul data di lapangan) untuk pengumpulan data primer maupun sekunder. Data primer terdiri dari hasil wawancara mendalam dan hasil observasi langsung ke-40 desa siaga percontohan yang telah ditetapkan sesuai SK

Bupati Ogan Ilir No. 3891/2006. Data sekunder diperoleh dari berbagai dokumen pelaksanaan desa siaga di masing-masing puskesmas maupun di Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Ogan Ilir memiliki luas wilayah 2.666,07 km². Observasi dilakukan di 40 desa/kelurahan siaga yang telah ditetapkan sesuai SK Bupati Ogan Ilir No. 3891/2006. Diperoleh hanya 25 desa yang mempunyai dokumentasi cukup lengkap tentang berbagai indikator keberhasilan desa siaga. Alasan yang dikemukakan oleh informan adalah karena mereka tidak wajib untuk membuat dan mengumpulkan laporan pelayanan poskesdes ke dinas kesehatan sehingga dokumentasi pelaksanaan poskesdes tergantung dari tenaga pelaksana desa siaga.

Hal ini juga dikuatkan dengan hasil *cross check* ke pihak dinas kesehatan yang menyebutkan bahwa pelaporan pelaksanaan desa siaga baru digiatkan dengan adanya pergantian pimpinan yang baru saat ini.

“Pihak dinas kesehatan baru mendistribusikan format pelaporan kegiatan desa siaga ke masing-masing desa siaga yang telah ditetapkan berdasarkan SK Bupati...” (Informan 1)

“...Belum ada laporan dari pertama pembentukan desa siaga secara khusus tetapi terintegrasi dengan laporan yang lain”. (Informan 2)

Upaya yang dilakukan adalah setiap bidan desa yang mengelola poskesdes diberikan format laporan untuk diisi dan setiap bulannya dilaporkan ke dinas kesehatan melalui puskesmas.

Indikator keberhasilan desa siaga

1. Indikator masukan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator input dapat dilihat pada Tabel 1.

Masih adanya FMD yang belum berjalan disebabkan antara lain karena minimnya dana yang ada serta tingginya tingkat kesibukan masyarakat. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa informan.

2. Indikator proses

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator proses dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 1. Indikator keberhasilan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator masukan

Indikator Masukan	Hasil Observasi
Forum Masyarakat Desa (FMD)	Sejumlah 20 desa sudah memiliki FMD, dan pelaksanaannya ada yang dalam 3 bulan sekali dan ada juga pada saat ditemukannya masalah. Terdapat 2 desa yang memiliki FMD namun tidak berjalan, serta 3 desa tidak memiliki FMD.
Poskesdes dan Sarananya	Dari 25 desa 22 desa diantaranya sudah memiliki Poskesdes dan sarana yang cukup memadai. Adapun 3 lainnya yaitu di Muara Penimbung Ulu, Siring Alam ada namun kondisinya sudah rusak, dan Tanjung Lubuk ternyata tidak memiliki Poskesdes. Meskipun tidak memiliki bangunan fisik yaitu poskesdes, namun koordinasi Poskesdes dengan Puskesmas dalam menangani masyarakat yang berobat sudah baik.
Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) Tenaga Kesehatan dan Kader Aktif	UKBM yang sudah ada di kabupaten Ogan Ilir antara lain: posyandu balita, posyandu lansia, polindes, PKK, serta Jumantik di beberapa desa. Semua desa siaga percontohan telah memiliki bidan rata-rata 1 orang bidan. Adapun untuk kader aktif rata-rata memiliki 2-3 orang kader aktif. Namun ada juga desa yang memiliki kader aktif sampai 8 orang. Kader tersebut juga merupakan kader dari posyandu. Secara khusus, kader untuk desa siaga tidak ada.

Dari indikator frekuensi pertemuan FMD ini dapat dilihat bahwa keberhasilan program desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir ini dapat dinilai berhasil, sebagaimana pada pedoman desa siaga bahwa FMD minimal dilaksanakan 1 kali dalam setahun. Hal ini juga sejalan dengan hasil evaluasi desa siaga di Kecamatan Goligondang.⁶

3. Indikator keluaran

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator keluaran dapat dilihat pada Tabel 3.

4. Indikator dampak

Berdasarkan hasil penelitian diketahui keberhasilan desa siaga yang ada di Kabupaten

Ogan Ilir berdasarkan indikator dampak dapat dilihat pada Tabel 4.

5. Hasil lokakarya mini

Pemberdayaan masyarakat desa diawali dengan bagaimana masyarakat tersebut dapat mengidentifikasi serta menganalisis permasalahan yang ada sehingga dapat menyusun rencana untuk menuju keberhasilan program kesehatan menuju Indonesia Sehat. Oleh karena itu, untuk menggali permasalahan dan merumuskan alternatif pemecahan masalah dalam pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir, telah dilakukan lokakarya mini. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa masalah yang terjadi dalam pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir adalah: a) dana operasional yang minim, b) pendampingan oleh petugas kesehatan yang dirasa

Tabel 2. Indikator keberhasilan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator proses

Indikator Proses	Hasil Observasi
Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa (FMD)	Frekuensi pertemuan untuk FMD rata-rata 1 kali selama satu tahun, namun ada juga yang setiap 2 kali selama satu tahun. Namun ada pula desa yang melaksanakan FMD setiap ada instruksi dari bidan desa.
Keberfungsian Poskesdes	Poskesdes yang ada di desa siaga dalam Kabupaten Ogan Ilir sudah berfungsi sebagaimana mestinya, antara lain sebagai tempat melayani pengobatan umum, tempat persalinan, imunisasi, penyuluhan tentang PHBS dan tumbuh kembang anak yang baik.
Keberfungsian UKBM	Upaya kesehatan berbasis masyarakat yang sudah ada di desa siaga sudah berfungsi dengan baik. Seperti pada kegiatan Posyandu beberapa kader memberikan penyuluhan, dan juga pelaksanaannya sudah rutin dilakukan.
Keberfungsian sistem Surveilans berbasis Masyarakat Keberfungsian kegiatan Kadarzi dan PHBS	Rata-rata sistem surveilans berbasis masyarakat di desa siaga dalam Kabupaten Ogan Ilir belum dilaksanakan secara optimal. Ada Jemantik di desa namun pelaksanaannya belum maksimal. Sebagian besar desa siaga sudah aktif melaksanakan upaya-upaya agar terciptanya Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan PHBS. Seperti penyuluhan-penyuluhan oleh bidan desa maupun kader aktif yang ada. Namun dibandingkan kadarzi, kegiatan peningkatan PHBS masih kurang.

Tabel 3. Indikator keberhasilan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator keluaran

Indikator Keluaran	Hasil Observasi
Cakupan pelayanan kesehatan di Poskesdes	Pelayanan yang diberikan di Poskesdes untuk masyarakat di desa siaga antara lain untuk Ibu hamil K1, Ibu hamil K4, Ibu yang memiliki faktor risiko, persalinan, kunjungan neonatus dan kunjungan KB aktif.
Cakupan pelayanan kesehatan di UKBM yang ada	Masing-masing UKBM memberikan pelayanan sesuai dengan spesifiknya masing-masing, misalnya: posyandu balita untuk pelayanan imunisasi balita, pemeriksaan kesehatan balita, juga untuk ibunya. Posyandu lansia memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia baik penyuluhan maupun pengobatan. PKK lebih kepada pemberian penyuluhan yang terkait dengan peningkatan kesejahteraan keluarga.
Jumlah kasus kegawatdaruratan dan kejadian luar biasa yang dilaporkan dan diatasi	Ditemukan dua kasus kegawatdaruratan dan KLB yang telah dilaporkan terjadi di desa Talang Sari Kecamatan Tebing Gerinting. Pelaporan kejadian kegawatdaruratan merupakan suatu proses survei mawas diri (SMD)
Cakupan rumah tangga yang mendapatkan promosi kesehatan untuk kadarzi dan PHBS	Promosi kesehatan telah dilakukan untuk memberikan informasi kepada masyarakat desa mengenai kadarzi dan PHBS

Tabel 4. Indikator keberhasilan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan indikator dampak

Indikator Dampak	Hasil Observasi
Jumlah masyarakat yang menderita sakit	Penyakit yang sering terjadi di masyarakat Kabupaten Ogan Ilir, meliputi: ISPA, rematik, diare, hipertensi, gastritis, typhoid, gangguan neurotik, asma, alergi kulit, sakit gigi
Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia	Tidak ada kematian ibu melahirkan hingga tahun 2009
Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia	Tidak ada kematian bayi dan balita hingga tahun 2009
Jumlah balita dengan gizi buruk	Hasil observasi menunjukkan bahwa masih terdapat balita dengan gizi kurang yaitu di desa: Senuro Barat, Tanjung Raja, Tanjung Raja Utara, Soak Bato, Talang Aur, Sakatiga, Ulak Kembahang, Siring Alam, Tanjung Lubuk, Talang Balai Baru, dan Sukaraja Baru

masih kurang, c) fasilitas dan alat kesehatan di poskesdes belum lengkap.

Pada Tabel 5 disajikan hasil rumusan alternatif pemecahan masalah dari kegiatan lokakarya mini tersebut.

6. Analisis pelaksanaan desa siaga

Berdasarkan hasil penelitian, pembentukan desa siaga belum mengkaji secara lebih rinci mengenai berbagai kegiatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang telah ada. Pemerintah

secara langsung diwakilkan oleh puskesmas menentukan desa mana yang akan dikembangkan menjadi desa siaga, tanpa mengkaji masalah-masalah utama yang mereka butuhkan.

Selain itu, pelaksanaan pelatihan tenaga kesehatan dan pelatihan tenaga kader desa siaga juga masih terbatas sehingga kegiatan pendampingan ke desa siaga masih dinilai kurang oleh sebagian warga masyarakat. Kegiatan desa siaga yang telah dilaksanakan di Kabupaten Ogan Ilir meliputi: pos kesehatan desa atau poskesdes,

Tabel 5. Alternatif pemecahan masalah dalam pengembangan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir

Masalah	Alternatif pemecahan masalah
Dana operasional yang minim	<ul style="list-style-type: none"> - Penggalangan dana masyarakat - Pencarian bantuan dana dari pihak swasta - Pengembangan usaha masyarakat yang dapat menghasilkan uang untuk dana operasional desa siaga
Pendampingan oleh petugas kesehatan yang dirasa masih kurang	<ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan berkala petugas kesehatan sebagai fasilitator desa siaga - Adanya insentif petugas dalam pelaksanaan pendampingan kegiatan desa siaga - Adanya surat tugas/SK yang mengatur tentang kegiatan pendampingan desa siaga
Fasilitas dan alat kesehatan di poskesdes belum lengkap	<ul style="list-style-type: none"> - Pendataan yang akurat tentang kebutuhan alat kesehatan/fasilitas di masing-masing desa - Bantuan dana dari pemerintah daerah untuk peningkatan kuantitas dan kualitas alat kesehatan

pos pelayanan terpadu atau posyandu, gotong-royong pembersihan lingkungan. Pemantauan terhadap masalah kesehatan di desa juga telah dilakukan melalui forum musyawarah masyarakat desa (MMD) berdasarkan hasil survei mawas diri (SMD).

Pelaksanaan desa siaga di Ogan Ilir masih bersifat *top down* belum bersifat *bottom up*. Hasil observasi konkret menunjukkan bahwa kader posyandu yang ada langsung ditetapkan sebagai kader desa siaga dan tidak melalui sumbang saran dari masyarakat setempat sehingga kendala yang dihadapi adalah keterbatasan kemampuan kader dalam menggiatkan desa siaga. Penetapan desa sebagai desa siaga dilakuakn secara langsung oleh pemerintah setempat dalam hal ini dinas kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Polisiri M⁷, bahwa pemilihan desa menjadi desa siaga di wilayah Kota Tidore Kepulauan tidak berdasarkan permasalahan-permasalahan utama yang benar-benar dibutuhkan oleh desa tersebut, tetapi hanya mengadaptasi dari kegiatan desa siaga secara umum. Padahal, dalam pedoman yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI⁸, pemerintah dalam hal ini dinas kesehatan dan puskesmas seharusnya cukup menjadi fasilitator saja.

Sejauh ini, pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir belum menekankan pada aspek pemberdayaan masyarakat. Padahal seyogyanya, aspek pemberdayaan masyarakat memegang peranan penting dalam keberhasilan pelaksanaan desa siaga. Menurut Wahab⁹, penggunaan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan mengandung makna bahwa hakikat dan pendekatan dalam pemberian pelayanan kesehatan yang semua berkiblat pada kepentingan birokrasi (*bureacratic-oriented*) atau berorientasi pada produsen (*producer-oriented*) berubah menjadi berorientasi pada konsumen yaitu masyarakat (*consumer-driven approach*).

Evaluasi terhadap program pembentukan desa siaga percontohan di Kabupaten Ogan Ilir belum pernah ada, sehingga dokumentasi kegiatan desa siaga sejak dibentuknya tahun 2006, belum lengkap. Dokumentasi sistem pelaporan dan pemantauan terhadap kemajuan pengembangan desa siaga masih secara lisan. Tentu saja hal ini akan menjadi masalah dalam pengembangan desa siaga selanjutnya, karena umpan balik yang dibutuhkan dalam menentukan arah kegiatan desa siaga selanjutnya belum ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan desa siaga di Kabupaten Ogan Ilir masih berbasis *top down* dan hanya mengadopsi pedoman desa siaga yang telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Pembentukan desa siaga belum secara sepenuhnya memanfaatkan potensi dari berbagai kegiatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang ada, serta pemberdayaan masyarakat belum berjalan optimal, dilihat dari dana operasional desa siaga hanya semata-mata dari pemerintah pusat saja.

Saran

Pelaksanaan desa siaga sebaiknya dikembangkan dari pedoman pelaksanaan desa siaga yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI dan bukan semata-mata mengadopsi pedoman tersebut. Keterlibatan masyarakat secara langsung dalam pengembangan desa siaga harus lebih ditingkatkan misalnya penggerakan dana bersumber dari masyarakat dan pelaksanaan desa siaga didasarkan pada masalah dan sumber daya di desa. Meningkatkan dana operasional melalui kemitraan dengan pihak pengusaha swasta dan donatur yang difasilitasi dan diarahkan oleh pemerintah desa.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada pihak DP2M Ditjen Pendidikan Tinggi melalui Lembaga Penelitian Universitas Sriwijaya yang telah membiayai penelitian ini, dan kepada semua pihak di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir yang turut terlibat hingga penelitian ini selesai dilaksanakan.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga. Jakarta. 2006.
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. 2006.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir. Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2007 (Lembar Situasi Kesehatan Tahun Kerja 2008). Indralaya. 2007.
4. Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Nomor 440/III/KES/2006 tentang Pembentukan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir. 2006.

5. Surat Keputusan Bupati Kabupaten Ogan Ilir Nomor 317/KEP/DINKES/2006 tentang Perubahan Nama dan Peningkatan Status Polindes menjadi Poskesdes di Kabupaten Ogan Ilir, 2006.
6. Kurniawan A, Widodo HB, Nurhayati S. Analisis Keberhasilan Proses Program Desa Siaga di Desa Penolih Kecamatan Kaligondang, Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Pembangunan Pedesaan*. Desember 2007 – Maret 2008;7(3).
7. Polisiri M. Implementasi Desa Siaga di Kota Tidore Kepulauan. Tesis Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. UGM. Yogyakarta. 2009.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Tingkat Puskesmas dalam Pengembangan Desa Siaga. Jakarta. 2007.
9. Wahab, Solichin Abdul. Reformasi Pelayanan Publik Menuju Sistem Pelayanan yang Responsif dan Berkualitas. Program Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang. 1998.