

STRATEGI PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DALAM UPAYA MEREVITALISASI PROGRAM DESA SIAGA

Baktiawan Nusanto

ABSTRAK

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. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 564/Menkes/SK/VIII/2006. 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. Program Desa Siaga merupakan tindak lanjut dari amanat Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, dalam UU tersebut kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang berhak dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, Namun di samping itu, setiap orang juga tidak luput dari kewajiban - kewajiban di bidang kesehatan. Pelaksanaan Desa Siaga di Kabupaten Jember masih dalam tahap proses, sehingga perlu adanya strategi percepatan dan revitalisasi terutama bagi Desa Siaga yang masih pada tahap pratama, dengan juga tidak melupakan tahapan – tahapan lanjutan seperti, tahapan madya, purnama dan siaga mandiri. Untuk meneropong hal tersebut peneliti mengambil topik penelitian.

Key Word : Strategi, Pemerintah, Kabupaten, Revitalisasi, Desa Siaga.

PENDAHULUAN

Menurut WHO kesehatan adalah keadaan sehat jasmani, mental, social yang sempurna dan bukan hanya keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia yang merupakan kesatuan utuh dari manusia sebagai hasil dari hubungan yang seimbang antara komponen jasmani, psikologis, dan sosio-kultural. Pembangunan kesehatan makin mendapat perhatian di seluruh dunia, dan terjadi perubahan pola pandang dari yang semula melihat kesehatan sebagai suatu komoditi yang konsumtif, kini menjadi suatu investasi sumber daya manusia yang menentukan bagi perkembangan bangsa dan negara. Oleh karena itu perlu adanya analisis yang lebih menyeluruh mengenai determinan yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan.

Visi pembangunan nasional tahun 2005-2025 sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 adalah “Indonesia Yang Mandiri, Maju, Adil, Dan Makmur”. Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan 8 (delapan) arah pembangunan jangka panjang,

yang salah satunya adalah mewujudkan bangsa yang berdaya saing. Untuk mewujudkan bangsa yang berdaya saing, salah satu arah yang ditetapkan adalah mengedepankan pembangunan sumberdaya manusiayang ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Unsur-unsur penting bagi peningkatan IPM adalah derajat kesehatan, tingkat pendidikan, dan pertumbuhan ekonomi. Derajat Kesehatan dan tingkat pendidikan pada hakikatnya adalah investasi bagi terciptanya sumber daya manusia yang berkualitas, yang selanjutnya mendorong pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan. Dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, pembangunan kesehatan harus diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang.

Pembangunan kesehatan juga tidak terlepas dari komitmen Indonesia sebagai warga masyarakat dunia untuk ikut merealisasikan tercapainya *MDGs*, menurunkan angka kematian anak, Agenda ke-5 Meningkatkan kesehatan ibu, Agenda ke-6 Memerangi HIV dan AIDS, Malaria dan penyakit lainnya, serta Agenda ke-7 Melestarikan lingkungan hidup.t, kesehatan dapat dikatakan merupakan unsur yang dominan, karena dari delapan agenda *MDGs* lima diantaranya berkaitan langsung dengan kesehatan, dan tiga diantaranya berkaitan secara tidak langsung.

Dalam dasawarsa 1970 – 1980 an, Pemerintah telah berhasil menggalang peran aktif dan memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui gerakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), Pada saat itu, seluruh sektor pemerintahan yang terkait, organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, serta para pengambil keputusan dan pemangku kepentingan lain, bahu-membahu menggerakkan, memfasilitasi, dan membantu masyarakat, di desa dan kelurahan untuk membangun kesehatan mereka sendiri. Akan tetapi, akibat terjadinya krisis ekonomi dan faktor-faktor lain, gerakan pemberdayaan masyarakat berangsur-angsur melemah. Namun demikian semangat masyarakat tidak hilang sama sekali. Sisa-sisa semangat itu tercermin dan masih bertahannya organisasi Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (Tim Penggerak PKK) dari tingkat pusat sampai tingkat desa, masih hidupnya kelompok Dasawisma, dan masih berkembangnya Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) di banyak desa dan kelurahan. Walaupun harus menghadapi banyak kendala, Tim Penggerak PKK masih tetap berjuang menghidupkan Posyandu di desa dan kelurahan, sehingga saat ini 84,3 % desa dan kelurahan memiliki Posyandu Aktif.

Masa kejayaan PKMD itu hendak diulang dan dibangkitkan kembali melalui gerakan pengembangan dan pembinaan Desa Siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006. Yaitu dengan ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Sampai dengan tahun 2009 tercatat 42.295 desa dan kelurahan (56,1%) dari 75.410 desa dan kelurahan yang ada di Indonesia telah memulai upaya mewujudkan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga. Namun demikian, banyak dari antaranya masih belum berhasil menciptakan Desa Siaga Aktif. Hal ini bisa difahami, karena pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga yang menganut konsep pemberdayaan masyarakat, memang memerlukan proses.

Permasalahan kesehatan yang dihadapi sampai saat ini cukup kompleks, karena upaya kesehatan yang telah di laksanakan belum dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 diketahui penyebab kematian di Indonesia untuk semua umur, telah terjadi pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yaitu penyebab kematian pada usia lebih 50 tahun, yang terbanyak adalah stroke, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Hasil Riskesdas 2007 juga menggambarkan

hubungan penyakit degeneratif seperti sindroma metabolik, stroke, hipertensi, obesitas dan penyakit jantung dengan status sosial ekonomi masyarakat (pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain). Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, menurut data SDKI tahun 2002 – 2003 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, demikian pula angka kematian bayi juga masih tinggi yaitu 35 per 1000 kelahiran hidup.

Penduduk Indonesia menurut SDKI tahun 2002 – 2003 masih mempunyai umur harapan hidup rata – rata adalah 66 tahun baik laki – laki maupun perempuan. Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa masalah – masalah kesehatan yang ada di masyarakat terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak ternyata masih cukup tinggi. Masalah kesehatan masyarakat dapat bermula dari perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat diantaranya berkaitan dengan masalah kesehatan lingkungan, kesehatan ibu anak, kesehatan remaja serta kesehatan lanjut usia, maupun pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang masih sangat rendah seperti pemeriksaan kesehatan, kehamilan, Imunisasi, dan Posyandu. Perilaku hidup yang bersih dan sehat (PHBS) dan dengan kemampuan masyarakat untuk memilih, mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok atau misi di bidang kesehatan adalah mendorong masyarakat untuk lebih mandiri dalam menghadapi dan mendapatkan pemecahan terhadap masalah – masalah kesehatan yang dihadapinya.

Tujuan Penelitian

1. Untuk mengkaji langkah Pemerintah kabupaten Jember dalam dalam mengoptimalkan Program Desa Siaga.
2. Melakukan pengamatan model Strategi Pelaksanaan Program Desa Siaga di kabupaten Jember.
3. Untuk mengetahui keikutsertaan Stake Holder dalam Pelaksanaan Desa Siaga.
4. Untuk mengetahui Peran Lembaga-lembaga terkait dalam Proses Pelaksanaan Program Desa Siaga di kabupaten Jember.

TINJAUAN PUSTAKA

Kebijakan Publik

Studi kebijakan publik berusaha untuk meninjau berbagai teori dan proses yang terjadi dalam kebijakan publik. Dapat dikatakan bahwa kebijakan publik tidak lepas dari proses pembentukan kebijakan itu sendiri. Dengan demikian, salah satu tujuan studi kebijakan publik adalah untuk menganalisis bagaimana tahaapan demi tahapan proses pembentukan kebijakan publik tersebut sehingga terwujudlah suatu kebijakan publik tertentu.

Thomas R Dye (dalam Esmi Warrasih:2005) menjelaskan bahwa kebijakan negara atau *public policy is whatever goverments choose to do or not to do* (pilihan tindakan apapun yang dilakukan atau tidak ingin dilakukan oleh pemerintah). Menurut Anderson dan Dye (Wahab:1997), ada 3 (tiga) alasan mempelajari kebijakan negara yaitu, *pertama* dilihat dari sudut alasan ilmiah (*scientific reason*), kebijakan negara dipelajari dengan maksud untuk memperoleh pengetahuan yang lebih mendalam mengenai hakekat dan asal mula kebijakan negara, berikut proses-proses yang mengantarkan perkembangannya serta akibat-akibatnya

pada masyarakat; *kedua* dilihat dari sudut alasan profesional (*profesional reason*), maka studi kebijakan negara dimaksudkan untuk menerapkan pengetahuan ilmiah di bidang kebijakan negara guna memecahkan masalah-masalah sosial sehari-hari. Sehubungan dengan ini, terkandung suatu pemikiran tentang faktor-faktor yang membentuk kebijakan negara, atau akibat-akibat yang ditimbulkan oleh kebijakan tertentu, maka perlu dipertimbangkan bagaimana individu, kelompok atau pemerintah dapat bertindak guna mencapai tujuan mereka; *ketiga*, dilihat dari sudut alasan politis (*political reason*), maka mempelajari kebijakan negara pada dasarnya dimaksudkan agar pemerintah dapat menempuh kebijakan yang tepat, guna mencapai tujuan yang tepat pula. Dengan kata lain, studi kebijakan negara dalam hal ini dimaksudkan untuk menyempurnakan kebijakan negara yang dibuat oleh pemerintah.

Harold D. Laswell dan Abraham Kaplan memberi arti kebijakan sebagai suatu pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah, sedang Carl J. Friedrich mendefinisikan kebijakan sebagai "...serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu." (Joko:1989)

Atas dasar berbagai pengertian yang telah disebutkan di atas, dapat dikemukakan elemen yang terkandung dalam kebijakan publik sebagaimana apa yang dikemukakan oleh Anderson dalam Islamy (1994:202) yang antara lain mencakup beberapa hal berikut:

1. Kebijakan selalu mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu.
2. Kebijakan berisi tindakan atau pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah.
3. Kebijakan adalah apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah dan bukan apa yang bermaksud akan dilakukan.
4. Kebijakan publik bersifat positif (merupakan tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu) dan bersifat negative (keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu).
5. Kebijakan publik (positif) selalu berdasarkan pada peraturan perundangan tertentu yang bersifat memaksa (otoritatif).

Konsep kesejahteraan menunjuk pada proses mensejahterakan manusia atau aktivitas untuk mencapai kondisi sejahtera. Di sini, istilah 'kesejahteraan' tidak perlu pakai kata 'sosial' lagi, karena sudah jelas menunjuk pada sektor atau bidang pembangunan sosial. Sektor 'pendidikan' dan 'kesehatan' juga tidak pakai embel-embel 'sosial' atau 'manusia'. Selain di Indonesia kata sosial memiliki banyak arti dan karenanya sering disalahpahami, di negara lain istilah yang banyak digunakan untuk menjelaskan 'bidang sosial' secara spesifik ini adalah 'welfare' (kesejahteraan), umumnya menerangkan berbagai sistem pelayanan sosial dan skema jaminan social bagi kelompok yang tidak beruntung. Oleh karena itu, istilah 'pembangunan kesejahteraan sosial' sesungguhnya cukup disebut 'pembangunan kesejahteraan'. Implikasinya adalah terwujudnya Kesejahteraan Pendidikan, Kesehatan dan seterusnya.

Implementasi Kebijakan (*Policy Implementation*)

Jika suatu kebijakan telah diputuskan atau direkomendasikan untuk dipilih, maka kebijakan tersebut tidak akan berhasil terwujud apabila kebijakan tadi tidak diimplementasikan. Kebijakan yang telah dipilih oleh pembuat kebijakan (*policy makers*) tidak menjamin bahwa

kebijakan tersebut pasti berhasil dalam implementasinya. Istilah implementasi sering digunakan oleh para ahli untuk menggambarkan tahapan pelaksanaan. Namun di kalangan para ahli sendiri hingga saat ini belum ada kesatuan pendapat mengenai implementasi, hal ini disebabkan, apa yang disebut sebagai implementasi merupakan tahapan yang kompleks dan rumit. Kendati sulit untuk merumuskan batasan implementasi secara definitif, namun batasan mengenai apa yang disebut implementasi untuk keperluan analisis, mutlak diperlukan.

Kebijakan (*policy*) adalah sebuah instrumen pemerintahan, bukan saja dalam arti *government*, dalam arti hanya menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh berbagai bentuk kelembagaan, baik swasta, dunia usaha maupun masyarakat madani (*civil society*). Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumberdaya alam, finansial dan manusia demi kepentingan publik, yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara. Kebijakan merupakan hasil dari adanya sinergi, kompromi atau bahkan kompetisi antara berbagai gagasan, teori, ideologi, dan kepentingan-kepentingan yang mewakili sistem politik suatu negara.

Dari semua definisi yang telah diuraikan diatas menekankan implementasi tidak hanya melibatkan perilaku badan-badan administrasi yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri kelompok sasaran, tetapi juga menyangkut jaringan kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat dan akhirnya berdampak pada diharapkan maupun yang tidak diharapkan dari suatu program.

Lebih lanjut Mazmanian Dan Sabtier menjelaskan lebih rinci prose implementasi kebijakan dengan mengemukakan bahwa implementasi adalah pelaksanaan keputusan kebijakan desa, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula dalam bentuk perintah-perintah atau putusan badan peradilan. Lazimnya keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan tujuan/sasaran yang ingin dicapai secara tegas dan berbagai cara untuk menstrukturkan/mengatur proses implementasinya.

Proses ini berlangsung setelah melalui sejumlah tahapan tertentu, biasanya diawali dengan tahapan pengesahan undang-undang, kemudian output kebijakan dalam bentuk pelaksanaan keputusan oleh badan (instansi) pelaksanaan, kesediaan dilaksanakannya keputusan-keputusan tersebut oleh kelompok-kelompok sasaran, dampak nyata yang dikehendaki atau yang tidak dari output tersebut, dampak keputusan sebagaimana dipersepsikan oleh badan-badan yang mengambil keputusan, dan akhirnya perbaikan-perbaikan penting terhadap undang-undang/peraturan-peraturan yang bersangkutan.

Sementara itu, pelaksanaan kebijakan merupakan suatu proses usaha untuk mewujudkan suatu kebijakan yang masih bersifat abstrak kedalam realita nyata. Pelaksanaan kebijakan merupakan suatu kegiatan untuk menimbulkan hasil (*outputs*), dampak (*outcomes*) dan manfaat (*benefit*) serta dampak (*impacts*) yang dapat dinikmati oleh kelompok sasaran (*target group*).

Kajian ini mengambil posisi bahwa setiap perundang-undangan adalah kebijakan, namun tidak setiap kebijakan diwujudkan dalam bentuk perundang-undangan. Hogwood dan Gunn dalam Modal Sosial Dan Kebijakan Publik (Edi Suhartono, 2008:7) menyatakan bahwa kebijakan publik adalah seperangkat tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai hasil-hasil

tertentu. Ini tidak berarti bahwa makna 'kebijakan' hanyalah milik atau domain pemerintah saja. Organisasi-organisasi non-pemerintah, seperti Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Organisasi Sosial (Karang Taruna, Pendidikan Kesejahteraan Keluarga, dll) dan lembaga-lembaga voluntir lainnya memiliki kebijakan-kebijakan pula. Namun, kebijakan mereka tidak dapat diartikan sebagai kebijakan publik karena tidak dapat memakai sumberdaya publik atau memiliki legalitas hukum sebagaimana lembaga pemerintah. Sebagai contoh, pemerintah memiliki kewenangan menarik pajak dari rakyat dan berhak menggunakan uang dari pajak tersebut untuk mendanai kegiatan pembangunan.

Keberhasilan implementasi kebijakan negara sebagai suatu proses secara garis besar disamping dipengaruhi oleh faktor tujuan yang telah ditetapkan, dengan cara apa tujuan tersebut dilaksanakan juga dipengaruhi oleh beberapa variabel dalam implementasi kebijakan publik, yaitu: *communications* (komunikasi), *resources* (sumber daya), *dispositions* atau *attitudes* (sikap) dan *bureaucratic structure* (struktur birokrasi) (Lilik Ekowati, 37).

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, sesuai dengan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Dalam penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif, permasalahan yang diangkat merupakan permasalahan yang tidak bisa dijelaskan dan dianalisa melalui data-data statistik sehingga perlu pendekatan tertentu untuk memahaminya. Penelitian kualitatif merupakan cara untuk memahami perilaku sosial sebagai upaya menjangkau informasi secara mendalam dari suatu fenomena atau permasalahan yang ada di dalam kehidupan suatu objek, dihubungkan dengan pemecahan suatu masalah, baik dari sudut pandang teoritis maupun empiris.

Fokus Penelitian nantinya akan dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan beberapa Unit Pelaksana Teknis daerah (UPTD) Puskesmas di kabupaten Jember. Penentuan informan yang digunakan dengan cara *Snow Ball Sampling*. Proses analisis data dilakukan secara terus menerus, bersamaan dengan pengumpulan data dan kemudian dilanjutkan setelah pengumpulan data dilakukan.

PEMBAHASAN

Desa Siaga

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa yang dimaksud yaitu kelurahan atau nagari atau istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Desa siaga dikatakan dapat membangun kembali berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Pengembangan desa siaga merupakan realisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan, dipertahankan dan ditingkatkan kelestariannya (Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Tujuan Desa Siaga

a. Tujuan Utama

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya sehingga tercipta desa sehat, kecamatan sehat, kabupaten sehat, propinsi sehat dan Indonesia sehat.

b. Tujuan Khusus

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan
2. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya).
3. Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
4. Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa.
5. Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.
6. Meningkatnya kemandirian masyarakat desa dalam pembiayaan kesehatan.
7. Meningkatnya dukungan dan peran aktif para perangkat kepentingan dalam rangka mewujudkan kesehatan masyarakat desa.
(DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

Landasan Hukum UU No. 23 Tahun 1992. Tentang Kesehatan; UU No. 32 Tahun 2004. Tentang Pemerintahan Daerah; PP No. 25 Tahun 2004. Tentang Otonomi Daerah; SK Menteri Dalam Negeri Dan Otonomi Daerah No. 9/ 2001 Tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat; SK Menkes No. 564/ 2006. Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.

Sasaran Desa Siaga

Tiga jenis sasaran pengembangan Desa Siaga:

1. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
2. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perilaku individu dan keluarga/ dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader desa serta petugas kesehatan.
3. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat yang berhubungan dengan desa siaga, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya
(Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Standar Pelayanan Minimal Desa Siaga

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ketetapan pemerintahan dibidang kesehatan, yang menjadi acuan kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan daerah kabupaten/ kota. Hal tersebut tercantum pada Peraturan Pemerintah No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal khususnya di bidang kesehatan. Pada SPM tahun 2010-2015, target kinerja Desa Siaga diharapkan mencapai 80 % yang aktif (Menkes RI., 2008). Pengembangan Program Desa Siaga Pengembangan program desa siaga dilakukan dengan memperhatikan dan mempertimbangkan keadaan desa yang akan dikembangkan. Desa yang pernah dikembangkan dengan pendekatan (misalnya : Siap-Antar-Jaga) atau pengembangan UKBM seperti posyandu atau pengembangan usaha kecil dan menengah dikembangkan lebih lanjut menjadi desa siaga. Pengembangan desa siaga juga dapat dimulai dengan merevitalisasi UKBM yang ada (misalnya revitalisasi posyandu, polindes), untuk mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Berbagai alternatif titik awal (*starting point*) untuk mengembangkan desa-desa menjadi desa siaga, yaitu Desa harus siap-antar-jaga; Desa dengan Pos Kesehatan Desa; Desa dengan Posyandu; Desa bina programprogram kesehatan lainnya; Desa bina sektor-sektor non kesehatan, termasuk bina LSM (Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Kriteria Desa Siaga

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Kriteria desa siaga adalah memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Puskesmas pembantu (Pustu), dikembangkan Poskesdes; memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu, Pos/ Warung obat desa, dll.); memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktorfaktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat; memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat; memiliki lingkungan yang sehat; masyarakat yang sadar gizi; masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat.

Adapun penjelasan untuk masing-masing kriteria tersebut di atas adalah sebagai berikut:

a. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

Sarana kesehatan yang dibentuk di desa yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu. Dalam rangka menyediakan/ mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa.

b. Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)

UKBM merupakan wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait. UKBM dapat berupa antara lain :

1. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Posyandu merupakan salah satu UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat. Posyandu berguna memberikan kemudahan kepada masyarakat, terutama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk menunjang percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

2. Pos Pelayanan Terpadu Usia Lanjut (Posyandu Usila)
Posyandu Usila merupakan wahana pelayanan bagi kaum Usia Lanjut (Usila), yang dilakukan dari, oleh, dan untuk kaum Usila. Titik berat pelayanannya pada upaya promotif dan preventif tanpa menghasilkan upaya kuratif dan rehabilitatif.
 3. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)
Poskesdes adalah salah satu UKBM yang dibentuk dalam upaya mendekatkan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan profesional Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta Keluarga Berencana (KB), yang dikelola oleh Bidan di Desa (BDD) dan pamong desa.
 4. Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD)
POD atau WOD adalah wahana edukasi dalam rangka alih pengetahuan dan ketrampilan tentang obat dan pengobatan sederhana dari petugas kepada kader dan dari kader kepada masyarakat, untuk memberikan kemudahan dalam memperoleh obat yang bermutu dan terjangkau.
- c. *Surveilans* Berbasis Masyarakat
Pemantauan yang dilakukan oleh masyarakat terhadap masalahmasalah di desa. Pemantauan ini dilakukan dengan pengumpulan data, pengolahan dan interpretasi data secara sistematis dan terus-menerus.
 - d. Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Kegawatdaruratan dan Bencana Berbasis Masyarakat
Upaya yang dilakukan masyarakat untuk mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana, melalui langkahlangkah yang tepat guna dan berdaya guna.
 - e. Pembiayaan Kesehatan Berbasis Masyarakat
Secara umum terdapat dua bentuk sumber pendanaan dari masyarakat yang dapat digali untuk digunakan dalam peningkatan upaya kesehatan, yaitu dana masyarakat yang bersifat aktif dan dana masyarakat yang bersifat pasif.
 1. Dana Masyarakat yang Bersifat Aktif
Dana masyarakat yang bersifat aktif adalah dana yang secara khusus digali atau dikumpulkan oleh masyarakat yang digunakan untuk membiayai upaya kesehatan dan sering disebut dengan dana sehat.
 2. Dana Masyarakat yang Bersifat Pasif
Dana masyarakat yang bersifat pasif adalah pemanfaatan dana yang sudah ada di masyarakat untuk membiayai upaya kesehatan.
 - f. Lingkungan Sehat
Pengembangan lingkungan sehat di desa diarahkan kepada terciptanya lingkungan yang tertata dengan baik, bebas dari pencemaran, sehingga menjamin warga/ masyarakat.
 - g. Pengembangan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)
Pengembangan keluarga yang berperilaku gizi seimbang serta mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya.
 - h. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dan berperan serta dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya (Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Tahapan Pengembangan Program Desa Siaga

Pengembangan program desa siaga dilaksanakan secara bertahap, berkaitan dengan hal tersebut maka ditetapkan adanya empat kriteria tingkatan desa siaga yaitu :

- a. Kriteria Desa Siaga Pratama (Tahap Bina) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa; memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (*surveilans*) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.
- b. Kriteria Desa Siaga Madya (Tahap Tumbuh) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa; memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos
- c. Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (*surveilans*) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.
- d. Kriteria Desa Siaga Purnama (Tahap Kembang) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa; memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos
- e. Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (*surveilans*) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat; memiliki sistem pembiayaan kesehatan
- f. berbasis masyarakat.
- g. Kriteria Desa Siaga Mandiri (Tahap Paripurna) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa; memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos
- h. Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (*surveilans*) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat; memiliki sistem pembiayaan kesehatan
- i. berbasis masyarakat; memiliki lingkungan yang sehat; masyarakatnya sadar gizi serta berperilaku hidup bersih dan sehat. (Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Langkah-langkah Desa Siaga

Pengembangan desa siaga dilaksanakan dengan membantu/ memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisasi (pengorganisasian masyarakat), yaitu dengan tahap-tahap:

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.

- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah
Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya.
- c. Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.
- d. Langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh di Desa Siaga adalah pengembangan tim petugas kesehatan; pengembangan tim di masyarakat; Survei Mawas Diri (SMD); Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) (DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

Peran Pejabat Pemerintah dan Tokoh Masyarakat

Para pejabat pemerintah, pejabat lintas sektoral, unsur-unsur organisasi/ ikatan profesi, pemuka masyarakat, tokoh agama, PKK, LSM, dunia usaha swasta dan lain-lain, diharapkan berperan aktif juga disemua tingkat administrasi.

- a. Di Tingkat Desa

Lurah/ Kepala Desa atau sebutan lain; tim penggerak PKK; tokoh masyarakat/ konsil kesehatan (apabila telah terbentuk); organisasi kemasyarakatan/ LSM/ dunia usaha/ Swasta

- b. Semua pihak yang mempunyai pengaruh terhadap pembentukan perilaku individu dan keluarga (kader kesehatan, karang taruna, tokoh masyarakat, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), BPD (Badan Permusyawaratan Desa), LKMD (Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa), TP PKK (Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan keluarga).
 1. Kader Kesehatan adalah perwujudan peran aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu
 2. Karang Taruna adalah organisasi kepemudaan yang menaungi kegiatan warga dan diakui oleh pemerintah.
 3. Tokoh Masyarakat adalah orang-orang yang dihormati dan disegani dalam kelompoknya karena aktivitas dalam kelompoknya serta kecakapan dan sifat-sifat yang dimilikinya.
 4. LSM adalah lembaga-lembaga diluar sektor maupun bisnis swasta yang bergerak dalam aktivitas pembangunan atau pembelaan kepentingan umum dan menekankan perencanaan pola-pola alternatif serta pemberdayaan masyarakat.
 5. BPD adalah badan yang mempunyai fungsi mengayomi adatistiadat, membuat peraturan desa, menampung dan menyalurkan aspirasi masyarakat serta melakukan pengawasan pemerintahan desa.
 6. LP2MPD/ LKMD adalah wadah yang dibentuk atas prakarsa masyarakat, sebagai mitra pemerintah desa dan pemerintahan kelurahan untuk menampung dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhan masyarakat dibidang pembangunan.
 7. TP PKK adalah mitra kerja pemerintah yang organisasi kemasyarakatannya berfungsi sebagai fasilitator, perencana, pelaksana, pengendali, dan penggerak pada masing-masing jenjang untuk terlaksananya program PKK. (DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

Indikator Keberhasilan Desa Siaga

Keberhasilan merupakan perihal (keadaan) yang mendapatkan hasil (tercapai segala usahanya) (Depdiknas, 2008). Keberhasilan pengembangan desa siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikator yaitu;

1. Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa besar masukan telah diberikan dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu ada/ tidaknya Forum Masyarakat Desa; ada/ tidaknya Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapannya; ada/ tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat; ada/ tidaknya Tenaga kesehatan (minimal bidan)
2. Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa; berfungsi/ tidaknya Poskesdes; berfungsi/ tidaknya UKBM yang ada; berfungsi/ tidaknya sistem kegawatdaruratan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana; berfungsi/ tidaknya sistem surveilans berbasis masyarakat; bda/ tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk Kadarzi dan PHBS.
3. Indikator keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes; cakupan pelayanan UKBM-UKBM lain; jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan; cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk Kadarzi dan PHBS
4. Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dan hasil kegiatan di desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu jumlah penduduk yang menderita sakit; jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa; jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia; jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia; jumlah balita dengan gizi buruk (DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

Hubungan Antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa siaga

Perwujudan dari pengembangan program desa siaga dapat dilakukan dengan adanya pelaksanaan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) secara internal di dalam desa sendiri atau pun antar desa siaga. Upaya ini dapat memantapkan kerjasama dan sebagai wahana bertukar pengalaman dalam memecahkan masalah yang dihadapi bersama. Keaktifan kader kesehatan merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam pengembangan program desa siaga. Kader kesehatan diberi kesempatan dalam mengembangkan kreativitasnya dan melakukan pemantauan serta evaluasi untuk melihat pengembangan program desa siaga. (Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Kader kesehatan terlibat secara langsung dalam pengelolaan pengembangan program desa siaga. Kegiatan yang dilakukan oleh kader dapat berupa penyuluhan PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat), membantu pelaksanaan posyandu, membantu mencegah kegawatdaruratan kesehatan masyarakat, dan sebagainya. Hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga dapat diasumsikan yaitu meliputi pelaksanaan posyandu secara rutin, adanya poskesdes yang selalu siap dalam melayani kesehatan dasar masyarakat, adanya pos obat desa, adanya kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi kegawatdaruratan. Pemberdayaan masyarakat dalam hal ini kader kesehatan yang harus dilakukan secara optimal

sehingga pengembangan program desa siaga dapat tercapai. Oleh karena itu, salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian desa siaga adalah keaktifan para kader kesehatan. Kader-kader yang memiliki motivasi tinggi harus diberi kesempatan untuk mengembangkan kreativitasnya dalam pelaksanaan UKBM yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat di desa. Apabila UKBM dapat berjalan dengan baik maka pengembangan program desa siaga juga akan meningkat (Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Peningkatan Mutu Sumberdaya Aparatur Pemerintah

Dalam tulisan diatas telah sedikit disinggung tentang peran serta masyarakat, pemerintah dan swasta dalam Program Desa Siaga. Indikator kesuksesan dari Program Desa Siaga adalah peningkatan sumberdaya aparatur dengan adanya stimulus pada peningkatan kesejahteraan melalui perbaikan kebijakan fiskal bagi daerah. Namun yang tidak kalah pentingnya yang juga termasuk dalam faktor internal yaitu peningkatan profesionalisme apatur dengan jalan meningkatkan kemampuan penelolan Program Desa Siaga. Hal ini sangat penting dilakukan dengan alasan agar supaya para personalia memahami secara sungguh-sungguh pada delegasi tugas yang diembannya. Untuk mewujudkan harapan tersebut sangat diperlukan suatu upaya peningkatan profesionalisme yang dilakukan dalam tiga hal: 1). Meningkatkan taraf pendidikan sesuai dengan disiplin ilmu yang diperlukan. 2). Perlunya kegiatan pelatihan-pelatihan (workshop) secara intensif. 3). Diperlukan upaya studi banding dengan beberapa wilayah ditanah air apabila diperlukan. Kodisi tersebut selaras dengan perubahan paradigma penyelenggaraan pemerintah yang harus profesional dan kompeten.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 130; 168 – 214
- Asshidiqie, Jimly. *Islam dan Kedaulatan Rakyat*. Jakarta : Gemani Insani Press, 1995.
- Azhary, Muhammad Tahir. *Negara Hukum*. Jakarta : Bulan Bintang, 1992
- Budiarto, E. 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC. Hal. 29 – 31.
- Budiardjo, Miriam. *Dasar-dasar Ilmu Politik* Jakarta : Gramedia, 1992
- Denhardt, Janet V. dan Robert B. Denhardt. 2003. *The New Public Service: Serving, not Steering*. Armonk, New York: M.E Sharpe.
- Denhardt, Robert B. dan Janet V. Denhardt. 2000. "The New Public Service: Service Rather than Steering". *Public Administration Review* 60 (6).
- Denhardt, Robert B. dan Janet V. Denhardt. 2003. "The New Public Service: An Approach to Reform". *International Review of Public Administration* 8 (1).
- Departemen kesehatan RI, 2007. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta. Hal. 2 – 53
- Departemen kesehatan RI, 2009. *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi*

- Khusus Bidang Kesehatan*. Jakarta.
- http://www.depkes.go.id/downloads/dak_09/jdak09_new.pdf.
- Departemen Pendidikan Nasional, 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Ketiga. Jakarta. Hal. 1099
- Dinas Kesehatan Kota Madiun, 2007. *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga Kota Madiun*. Madiun. Hal. 13 – 27
- Dinas Kesehatan Kota Madiun, 2007. *Pedoman Operasional Pengembangan Desa Siaga Bagi Petugas Kesehatan Kota Madiun*. Madiun. Hal.1 – 28
- Dinas Kesehatan Kota Madiun, 2007. *Buku Pegangan Kader Desa Siaga Kota Madiun*. Madiun. Hal. 1 – 54
- Dinas Kesehatan Kab. Sragen, 2008. *Buku Paket Pelatihan Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat Dalam Pengembangan Desa Siaga*. Sragen. Hal. 1 – 3
- Dinas Kesehatan Kab. Sragen, 2009. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen..* Hal. 4 – 35
- Dinas Kesehatan Kab. Sragen, 2010. <http://www.sragen.go.id/>. Sumber: Sragen Dalam Angka Tahun 2008/ Buku PDRB Kab. Sragen Tahun 2009.
- Effendy N., 2000. *Dasar – Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat Edisi 2*. Jakarta: EGC. Hal. 24 – 30
- Gaffar, Afan, 1995, “Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan”, *Prisma* 4, April 1995.
- Gie, The Liang,S, 1968, *SejarahPertumbuhanPemerintah Daerah di Indonesia, jilid I. Jakarta : GunungAgung*
- Hidayat A.A., 2009. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 34 – 40
- Hanif Nurcholish, 2005, *Teori dan Praktik Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, PT Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta
- Hisrich, R dan Peters, M. 2000. *Entrepreneurship*. 4th edition. Singapore: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Hunter, A.S.et.al. 2003. A Psychological model of Entrepreneurial Behaviour. *Journal of The Academy Business and Economics*,April 2003, 5-10.
- Huntington, Samuel.P(1995), *Gelombang Demokratisasi Ketiga*, Jakarta: PT Intermedia Press
- Irfan Islami, 2004, *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Joko Purwono, 1989, *Analisis Kebijakan Publik : Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Kuntjoro-Jakti, Dorodjatun, 1980, “Birokrasi di Dunia Ketiga: Alat Rakyat, Alat Penguasa, atau Penguasa?”, *Prisma*, 10 Oktober 1980.
- Keban, Yeremias T. 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik: Konsep, Teori dan Isu (Edisi Pertama)*. Yogyakarta: Gava Media.

- Mas Roro Lilik Ekowati, 2005, *Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Kebijakan atau Program*, Pustaka Citra, Surakarta.
- Menteri Kesehatan RI, 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 741/ MENKES/ PER/VII/2008*.
- Moleong L.J., 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya. Hal. 178 – 179
- Nursalam, 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 92-120
- Notoatmodjo S, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 84 – 92
- Notoatmodjo S, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 139 – 147
- Osborne, David dan Ted Gaebler. 2003. *Reinventing Government (Mewirusaha Birokrasi): Sepuluh Prinsip untuk Mewujudkan Pemerintahan Wirausaha*. Jakarta
- Osborne, David and Peter Plastrik, 1992, *Banishing Bureaucracy*, New York: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Osborne, David dan Peter Plastrik. 2001. *Memangkas Birokrasi: Lima Strategi Menuju Pemerintahan Wirausaha*. Jakarta: PPM.
- Pasalong, Harbani. 2007. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Retna E.A. dan Rismintasri S., 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Mulya Medika. Hal. 129 – 136; 148
- Ritzer, George (editor). 2005. *Encyclopedia of Social Theory (Volume 2)*. Thousand Oaks, California: Sage Publication.
- Riant Nugroho, 2004, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Edisi Kedua, Gramedia, Jakarta.
- Solichin Abdul Wahab, 1997, *Public Policy : Pengertian Pokok Untuk Memahami dan Analisis Kebijakan Pemerintah*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Salmon, Charles T. 1989. "Campaigns for Social Improvement: An Overview of Values, ationales, and Impacts". Dalam Charles T. Salmon ed., *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California: Sage Publication.
- Suryono, Agus, 2005. *Ekonomi Politik Pembangunan*, Malang: Brawijaya
- Sugiyono, 2008. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Suryabrata S., 2006. *Psikologi Kepribadian*. Jakarta : Rajawali. Hal. 72
- Sobur A., 2003. *Psikologi Umum*. Bandung : CV. Pustaka Setia. Hal. 316 – 317
- Sopiyudin M.D., 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 121-128
- Syafrudin dan Hamidah, 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC. Hal. 194 –207

- Taufiqurrahman M.A., 2008. *Pengantar Metodologi Penelitian Untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta: LPP UNS dan UNS Press. Hal. 71 – 75
- Toha, Miftah. 1996. *Birokrasi Indonesia dalam Era Globalisasi*, Jakarta: PD Batang Gadis.
- Tjokrowinoto, Moeljarto. 1996. “Perkembangan Mutakhir Ilmu Administrasi Negara”. *Teori-teori Politik Dewasa Ini*. Penyunting: Miriam Budiardjo dan Tri Nuke Pudjiastuti. Jakarta: Rajawali Pers.
- Tinic, Serra A. 1997. “United Colors and United Meanings: Benetton and Commodification of Social Issues”. Dalam *Journal of Communication* Vol. 47 No 3. Spring. Austin, Texas: International Communication Association.
- Wibowo, EkoWaskito, 2005.
- United Nations, ESCAP, PBB Web Site/Website PBB Locator, *Proverty and Development Division, Good Governance*, Activities/Ongoing/gg/governance.asp, 28/05/2010
- United Nations, ESCAP, PBB Web Site/Website PBB Locator, *Proverty and Development Division, Good Governance*, Activities/Ongoing/gg/governance.asp, 28/05/2010
- United Nations, ESCAP, PBB Web Site/Website PBB Locator, *Proverty and Development Division, Good Governance*, Activities/Ongoing/gg/governance.asp, 28/05/2010
- Utarini A., 2004. *Metode Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: UGM Pers. Hal. 2
- United Nations, ESCAP, PBB Web Site/Website PBB Locator, *Proverty and Development Division, Good Governance*,
- Zulkifli, 2003. *Posyandu dan Kader Kesehatan*.