

## IMPLEMENTASI PELAYANAN KESEHATAN PADA PROGRAM DESA SIAGA DI KELURAHAN JERUK KECAMATAN LAKARSANTRI KOTA SURABAYA

Naskah diterima tanggal 16 Agustus 2013, disetujui tanggal 8 November 2013

Rendi Sugianto

(Mahasiswa Program Magister Kebijakan Publik FISIP Unair Surabaya)

Jl. Airlangga 4-6 Surabaya

[randysugy@gmail.com](mailto:randysugy@gmail.com)

082139848956

Susi Hardjati

(Dosen Prodi Ilmu Administrasi Negara FISIP UPN "Veteran" Jatim)

Jl. Raya Rungkut Madya Gunung Anyar Surabaya

[susihardjati@gmail.com](mailto:susihardjati@gmail.com)

081339339242

### ABSTRAK

Penelitian ini didasarkan atas upaya pemerintah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, menyiapsiagakan masyarakat menghadapi masalah kesehatan melalui program desa siaga. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Implementasi Program Desa Siaga di Kelurahan Jeruk Kecamatan Lakarsantri Kota Surabaya. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara dan observasi serta dokumentasi. Penentuan informan dengan cara *purposive* sampling dan analisa data menggunakan Model interaktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Program Desa Siaga di kelurahan Jeruk kecamatan Lakarsantri kota Surabaya belum optimal. Hal ini di buktikan dalam pelayanan kesehatan kehamilan, minat ibu hamil yang memeriksakan kondisi kehamilan di pos kesehatan di kelurahan sangat rendah. Pelayanan pengobatan tidak dilakukan oleh dokter hal ini karena kurangnya tenaga dokter di puskesmas. Kader desa siaga dalam pelaksanaan tugasnya terkesan tumpang tindih dengan tugas kader pemberdayaan kelurahan bidang kesejahteraan ekonomi masyarakat.

*Keyword : Implementasi, Pelayanan Kesehatan, Desa Siaga*

### ABSTRACT

*This study is based on the government's efforts to improve services basic health care to the community, the public face ready to alert rural health issues through the program mode. The purpose of this study to determine Implementation Program Desa Siaga in the Village District of Jeruk City Lakarsantri Surabaya. This research is descriptive qualitative. Data collection techniques conducted by interview and observation and documentation. determination of informants by purposive sampling and analysis of the data using an interactive model. Orange urban districts Lakarsantri Surabaya city is not optimal. It is proved in pregnancy health care, interest check the condition of pregnant women pregnancy in village health posts (Poskeskel) is very low. treatment services not performed by doctors this because of the lack of doctors in the health centers. Cadre Standby village in the execution of their duties overlap with duties impressed cadre economic empowerment of village welfare society.*

*Keyword : Implementation, Health Care, Desa Siaga*

## PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu jenis pelayanan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat dalam mencapai kehidupan masyarakat yang sehat. Pelayanan kesehatan yang adil dan merata serta terjangkau dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat merupakan tujuan dari program Indonesia Sehat yang dicanangkan oleh pemerintah guna mengimplementasikan visi Indonesia sehat 2010.

Sejak dicanangkan visi Indonesia sehat pada tahun 2010 telah banyak usaha-usaha yang dilakukan oleh pemerintah guna mensukseskan visi tersebut. Akan tetapi, usaha-usaha serta kemajuan yang diraih masih jauh dari target yang ingin dicapai. Hal tersebut dikarenakan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat, sehingga menyebabkan kasus-kasus kesehatan seperti angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) pada masyarakatpun semakin meningkat.

Berdasarkan data BPS Provinsi Jawa Timur tahun 2013, Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Timur menunjukkan kecenderungan yang meningkat. Hal ini terlihat dari data angka kematian ibu yang menunjukkan bahwa pada tahun 2008 sebesar 83 per 100.000 kelahiran hidup (kh); tahun 2009 sebesar 90,7 per 100.000 kh; tahun 2010 sebesar 101,4 per 100.000 kh; tahun 2011 sebesar 104,3 per 100.000 kh; dan di tahun 2012 mencapai 97,43 per 100.000 kh. Capaian AKI Jawa Timur tahun 2012 melampaui target dari MDGs yang menargetkan angka kematian ibu yakni 102 per 100.000 Angka kelahiran hidup.

Sementara itu Angka kematian bayi cenderung menurun seperti yang tercantum dalam tabel berikut ini AKB tahun 2008 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup (kh). AKB tahun 2009 sebesar 31,41 per 1.000 kh; tahun 2010 mencapai 29,99 per 1.000 kh; tahun 2011 mencapai 29,24 per 1.000 kh; dan di tahun 2012 estimasi AKB telah mencapai 28,31 per 1.000 kh. Dari data tersebut, terjadi penurunan angka kematian bayi pada tahun 2011. Namun angka tersebut masih jauh dari target MDGs, yaitu sebesar 23 per 1.000 Kelahiran Hidup.

Dalam rangka mempercepat terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan mengembangkan desa siaga. Sebagai pedoman dalam melaksanakan

kegiatan desa siaga, Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 564/Menkes/SK/VII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan 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 dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong royong.

Inti kegiatan dari desa siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu hidup sehat. Maka, dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan secara edukatif yaitu upaya pendampingan dan pemberian fasilitas oleh pemerintah yang di serah tugaskan kepada dinas kesehatan dan puskesmas-puskesmas untuk proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya.

Dalam penyelenggaraan desa siaga, peran layanan kesehatan masyarakat seperti PUSKESMAS memiliki peran yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Peran puskesmas dalam program desa siaga seperti yang tertuang dalam KEPMENKES NO : 564/ MENKES / SK/ VIII/ 2006 yaitu : dengan memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk pelayanan di bidang kehamilan dan persalinan, mengembangkan komitmen dan kerja sama tingkat kecamatan dan desa dalam rangka pengembangan desa siaga, memfasilitasi dan memonitoring serta evaluasi terhadap pengembangan desa siaga dan pembinaannya.

Kelurahan Jeruk Kecamatan Lakasatri merupakan wilayah kerja Puskesmas Jeruk dalam mengimplementasikan Desa Siaga. Kelurahan jeruk menamakan program desa siaga menjadi Kelurahan Siaga karena wilayah kerjanya masuk dalam wilayah Kota Surabaya. Program kelurahan siaga pada dasarnya sama dengan Desa siaga. Kelurahan siaga di kelurahan jeruk sudah berlangsung selama 5 tahun semenjak tahun 2008.

Kelurahan siaga di kelurahan Jeruk, yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Jeruk merupakan bentuk upaya dalam penurunan angka kematian

ibu dan bayi. Meskipun angka di wilayah ini masih tergolong kecil setiap tahunnya, namun hal tersebut menjadi rapor atau nilai merah dalam kinerja puskesmas dalam membina desa siaga.

Dari data yang diperoleh dari Puskesmas Jeruk pada tahun 2011 terdapat 1/17 ibu hamil yang meninggal di Kelurahan Lakar, dan pada tahun 2012 terdapat 3/99 bayi yang meninggal, yakni 1 orang berada di kelurahan Jeruk, dan 2 orang di Kelurahan Lakar. Angka kematian tersebut masih relative kecil, namun pihak puskesmas mengatakan bahwa adanya kematian ibu hamil dan bayi yang baru lahir merupakan nilai merah akibat dari kelalaian dari penanganan yang kurang cepat, sehingga menimbulkan kematian bagi ibu dan bayi.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka perlu dilakukan penelitian tentang Implementasi program desa siaga di kelurahan Jeruk kecamatan Lakarsantri.

Berdasarkan latar belakang diatas maka didapat rumusan masalah yang akan dikaji yaitu : "Bagaimana implementasi program desa siaga di Kelurahan Jeruk Kecamatan Lakarsantri Kota Surabaya?"

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan penelitian yang akan dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi program desa siaga di Kelurahan Jeruk Kecamatan Lakarsantri Kota Surabaya.

## KAJIAN TEORI

### a. Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan

Menurut batasan yang dirumuskan dalam Pasal 1 angka (1) Undang-undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dari batasan diatas dapat dimengerti bahwa kesehatan mencakup empat aspek : fisik, mental, sosial dan ekonomi.

Mengacu empat aspek diatas berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental dan sosial saja. Tetapi, juga diukur dari produktifitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan sesuatu secara ekonomi bagi yang belum memasuki usia kerja (anak-anak) dan bagi yang telah tidak bekerja (pensiun/manula), berlaku produktif secara sosial.

Sehat itu adalah hak. Setiap orang berhak untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan,

hal ini telah dijamin dalam konvensi global maupun hukum nasional Indonesia (sesuai dengan Pasal 28 H ayat 1 UUD 1945). Masalah kesehatan di Indonesia adalah masalah yang kompleks yang saling terkait dengan struktur-struktur yang lain, menyangkut pula kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terutama sektor kesehatan.

Masalah kesehatan ini berkaitan dengan unsur-unsur, yakni upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan. Upaya kesehatan ini terdiri dari upaya kesehatan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif, baik terhadap kesehatan individu maupun terhadap kesehatan masyarakat. Sedangkan sumber daya kesehatan terdiri dari sumber daya manusia (Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis) dan sarana kesehatan (rumah sakit, poliklinik, dan laboratorium klinik, dan lainnya).

Pelayanan kesehatan (*health care services*) merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Menurut Lavey dan Looma dalam Komalawati (1999), bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya baik yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan yang ditujukan, baik terhadap perseorangan, kelompok ataupun masyarakat.<sup>21</sup>

Pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan individu. pelayanan kesehatan individu adalah menunjuk pada pelayanan medis. Yang dimaksud dengan pelayanan medis, menurut S. Verboght adalah pelayanan yang diberikan secara langsung dan dapat dipertanggungjawabkan secara professional (profesi medis), yang sasaran utamanya ditujukan kepada individu sehubungan dengan kesehatannya, baik jasmani maupun rohani dalam bentuk pencegahan dan pengobatan.

Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat yang baik harus memiliki beberapa persyaratan pokok. Persyaratan pokok yang dimaksud adalah : a) Tersedia dan berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit di

temukan, serta keberadaannya dalam masyarakat ada pada saat yang dibutuhkan ; b) Dapat diterima dan wajar , artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik ; c) Mudah dicapai, Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting ; d) Mudah dijangkau. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat; e) Bermutu, Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

#### **b. Implementasi Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik Kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya (Evans & Manning, 2003).

Definisi kebijakan kesehatan bervariasi. Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan (Bornemisza & Sondorp, 2002). Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan (Cassels, 1995). Jelasnya kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk merumuskan dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu

negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan (WHO, 2000).

Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Green & Thorogood, 1998).

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999). Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Poter, Ogden and Pronyk, 1999).

Suatu kebijakan akan berhasil kalau di implementasikan dengan baik. Implementasi didefinisikan sebagai apa yang terjadi sesuai dengan harapan dan akibat dari kebijakan yang dirasakan (DeLeon, 1999). Wahab (2002:64) mengatakan bahwa "implementasi kebijaksanaan adalah penyediaan sarana untuk melaksanakan sesuatu dan menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu". Implementasi biasanya berbentuk undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan peradilan, perintah eksekutif, atau dekret presiden.

Kebijakan kesehatan tidak saja terdiri dari dokumen-dokumen strategi dalam suatu negara, tetapi juga bagaimana kebijakan itu di implementasi oleh pengambil keputusan dan pemegang program kesehatan, dan bagaimana melakukannya secara praktis pada masing-masing tingkatan pemerintahan.

Dengan demikian, implementasi kebijaksanaan tidak memiliki kaitan dengan badan-badan yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak langsung mempengaruhi perilaku semua pihak yang terlibat.

Artinya, bahwa implementasi adalah proses yang sesungguhnya tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administrative yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat.

### c. Konsep Dasar Desa Siaga

Desa siaga adalah program yang memiliki ekspektasi dan *goals* untuk mencapai suatu kondisi masyarakat tingkat desa atau kelurahan yang memiliki kemampuan dalam menemukan permasalahan yang ada, kemudian merencanakan dan melakukan pemecahannya sesuai potensi yang dimilikinya, serta selalu siap siaga dalam menghadapi masalah kesehatan dan kegawat-daruratan.

Desa yang dimaksud disini dapat berarti kelurahan atau istilah-istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan yang diakui dan dihormati dalam Pemerintah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Tujuan desa siaga adalah mengembangkan kepedulian dan kesiapsiagaan masyarakat desa dalam mencegah masyarakat desa dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan secara mandiri sehingga akan dapat mewujudkan desa sehat yang mandiri, yang artinya : a) meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan ; b) meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan ; c) meningkatkan keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup sehat dan bersih ; d) meningkatkan kesehatan lingkungan di desa ; dan e) meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

Sasaran dalam Pengembangan Desa Siaga terdiri dari tiga jenis, yaitu :

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 perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat. Termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader 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 terkait, LSM, swasta, para donatur dan pemangku kepentingan lainnya.

### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan maksud untuk memberikan gambaran yang komprehensif dan mendalam tentang Implementasi Program Desa Siaga di kelurahan Jeruk Kecamatan Lakarsantri Kota Surabaya. Fokus dalam penelitian ini adalah pelayanan kesehatan dasar dan kerjasama dalam implementasi program desa siaga .

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, dan dokumentasi. Sumber data yang digunakan dalam penelitian berupa informan dan dokumen, sedangkan dalam menentukan informan dipilih dengan *purposive sampling*. Metode analisa data dengan menggunakan metode analisis *interaktif*.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Desa siaga atau kelurahan siaga yang ada di kota surabaya sudah berjalan sejak tahun 2008 dengan kesepakatan masyarakat. Pada kesepakatan itu, diwakili oleh LKMD (Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa), Kecamatan dan Rumah Sakit untuk menjadikan Kelurahan siaga di Kota Surabaya.

Kegiatan yang dilakukan Desa Siaga atau kelurahan Siaga di Kelurahan Jeruk Kecamatan Lakarsantri sudah berlangsung sejak tahun 2008. Dalam pelaksanaannya memiliki intregrasi yang kuat antara Puskesmas Jeruk selaku koordinator dan Warga kelurahan Jeruk sebagai sasaran dalam implementasi program desa siaga. Kegiatan desa siaga atau Kelurahan Siaga Kelurahan Jeruk dilaksanakan di Pos kesehatan kelurahan (poskeskel), kegiatan tersebut meliputi :

#### a. Pelayanan Kesehatan Dasar

Program desa siaga merupakan program pemerintah yang tertuang dalam KEPMENKES 564/MENKES/SK/VIII/2006 yang merupakan bentuk kesiapsiagaan sumber daya dan kemampuan serta kemauan mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.

Program desa siaga dicanangkan, salah satu alasannya karena tingginya angka kematian ibu dan bayi yang baru lahir. Sasaran dari adanya

program ini adalah untuk memberikan kesadaran terhadap masyarakat akan bahaya kesehatan, sehingga perlu diwaspadai dan lebih mawas diri terhadap banyaknya masalah-masalah kesehatan.

Program desa siaga tidak terlepas dari adanya peran puskesmas yang sangat berperan penting dalam mengimplementasikan program desa siaga. Puskesmas berada di ujung tombak dalam pelaksanaan program tersebut. Hal ini dikarenakan puskesmas, merupakan lembaga pelayanan kesehatan strata 1 (satu) yang lebih berperan dan dekat dengan masyarakat.

Salah satu peran puskesmas dalam implementasi program desa siaga adalah memberikan pelayanan kesehatan dasar di Pos Kesehatan Kelurahan (Poskeskel). Pelayanan Kesehatan dasar dalam program desa siaga di kelurahan Jeruk diharapkan mampu membina desa siaga agar masyarakat mau dan mampu untuk mengenali masalah resiko tinggi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir sehingga masyarakat dapat mengetahui secara cepat dan tepat tentang apa saja yang harus diperbuat jika menjumpai kasus resiko tinggi. Tujuan dari adanya pelayanan kesehatan dasar di Poskeskel agar dapat memudahkan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dasar di poskeskel meliputi pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh bidan kelurahan, Pelayanan Imunisasi bagi bayi, Pengobatan yang dilakukan oleh dokter. Pelayanan kesehatan dasar tentang pemeriksaan ibu hamil yang dilaksanakan di poskeskel kelurahan Jeruk Kecamatan Lakarsantri kota Surabaya belum terimplementasi secara optimal. Hal ini terlihat dari banyaknya masyarakat yang belum memanfaatkan poskeskel dalam memeriksakan kesehatannya terutama dalam hal memeriksakan kehamilannya. Berdasarkan keterangan yang disampaikan oleh Bidan Kelurahan Jeruk yang merupakan koordinator lapangan bagi Kelurahan Jeruk ( Ririn Retno P Amd.Keb), dinyatakan bahwa :

“Di poskeskel ini melayani pemeriksaan kehamilan dasar mas, seperti pemeriksaan fisik, berat badan,tekanan darah, dan kita kasih vitamin kalau diperlukan,jika ada ibu hamil yang mempunyai resiko tinggi atau ada tanda-tanda kelainan, kita rujuk ke rumah sakit atau puskesmas untuk di tangani secara medis. Tapi... ya gak

semua ibu hamil periksa ke sini kok mas”.

Hal serupa juga di kemukakan oleh seorang ibu hamil yang memeriksakan kandungannya di Poskeskel Jeruk (Yati Komarsih) yang mengatakan:

“Saya meriksa kandungan saya disini.., Biasanya yang diperiksa ya..kayak tinggi dan berat badan, pemeriksaan tensi darah dan kalau saya minta vitamin ya dikasih kok... Tapi banyak juga ibu-ibu yang hamil gak mau periksa di sini karena dia ada dokter langganan (periksa ke dokter kandungan) dan dia maunya di USG setiap bulan”.

Dapat diketahui bahwa, jumlah kehadiran ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di poskeskel pada setiap bulannya relatif sangat kecil yaitu sebanyak 8 orang (22%), sedangkan jumlah ibu hamil yang terdata sebesar 36 orang. Rendahnya minat ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke poskeskel disebabkan karena sebagian besar ibu hamil memeriksakan ke bidan langganannya ataupun ke dokter kandungan. Selain itu, banyak juga ibu hamil yang memeriksakan kandungannya langsung ke Puskesmas, sehingga jumlah ibu hamil yang memeriksakan diri di Poskeskel cenderung kecil jumlahnya.

Jenis pelayanan lain yang dilakukan Poskeskel di Kelurahan Jeruk adalah pemberian Imunisasi. Hal itu merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh bidan kelurahan kepada bayi yang berumur 0-11 bulan. Pelayanan imunisasi ini dilakukan sebulan sekali, terkadang pelaksanaannya bersamaan dengan pelaksanaan posyandu . jika terdapat bayi yang tidak diimunisasi atau terlambat, maka poskeskel dapat memberikan imunisasi bagi bayi tersebut. Jenis imunisasi yang diberikan antara lain BCG, Kombo 1,2,3 (DPT+Hepatitis), Polio, HB dan Campak. Kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa banyak orang tua yang tidak mengimunisasikan bayinya di pos kesehatan. Berikut adalah kutipan wawancara dengan kader desa siaga :

“Kami memberikan pelayanan imunisasi bagi bayi dan semuanya gratis.. tapi ya masih ada bayi yang gak diimunisasi, dan banyak juga orang tua yang takut kalau anaknya di imunisasi”.

Penjelasan lain juga diungkapkan oleh warga, yaitu :

“saya gak pernah imunisasi di situ kok , soalnya ya takut kenapa-kenapa keluarga saya ada yang lumpuh gara-gara di imunisasi, jadi saya lebih baik imunisasi di dokter anak mas, lebih percaya meskipun saya harus bayar”.

Dari data yang diperoleh bahwa Jumlah bayi yang hadir untuk imunisasi hanya 10 bayi pada setiap bulannya dari 40 bayi yang tercover dalam data base. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kegiatan pemberian imunisasi yang berada di Poskeskel berjalan kurang optimal. Kurangnya minat orang tua untuk memeriksakan bayinya di Poskeskel Jeruk dikarenakan perasaan traumatik yang berlebihan misalkan : takut disuntik, takut suhu badan bayi menjadi panas, dan kejang-kejang.

Serta, pelayanan pengobatan yang dilakukan oleh dokter di poskeskel sudah tidak berjalan yang disebabkan kurangnya sumberdaya manusia yang dimiliki. Berikut ini adalah hasil wawancara peneliti dengan kepala puskesmas di Kelurahan Jeruk :

“Memang benar.., kami tidak lagi menugaskan seorang dokter di poskeskel, karena kekurangan sumberdaya, kami sudah mengajukan ke dinas kesehatan untuk ditindak lanjuti, dokter kami kurang, kalau ditugaskan di poskeskel, di puskesmas pasti kekurangan dokter”.

Pelayanan pengobatan di poskeskel hanya dilakukan oleh bidan. Berdasarkan jadwal yang ada, sebenarnya dalam pelayanan pengobatan oleh dokter dilakukan 3 kali dalam satu minggu. Namun pada kenyataannya, kehadiran dokter di poskeskel tidak bisa dipastikan sesuai jadwal. Hal ini juga berakibat pada kurang optimalnya pelayanan kesehatan di poskeskel.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan dasar di poskeskel belum terimplementasi secara optimal. Pada dasarnya, implementasi kebijakan merupakan suatu tindakan-tindakan yang dilaksanakan oleh individu-individu (dan kelompok) pemerintah swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan sasaran yang menjadi prioritas dalam keputusan kebijakan (Lineberry, 2001:81)

Program Desa siaga juga harus diarahkan

kepada pencapaian sasaran-sasaran yang diharapkan sehingga nantinya, tujuan akan adanya program desa siaga menjadi terlaksana, baik dari segi Pemerintah sebagai aktor maupun Masyarakat yang dilibatkan langsung dalam program Desa Siaga. Aktor adalah mereka yang berada pada pusat kerangka kebijakan kesehatan. Aktor-aktor ini biasanya mempengaruhi proses pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten atau kota.

Sumber-sumber yang tersedia dalam arti sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar sebagai wujud implementasi program Desa Siaga , harus lebih diperhatikan. Seperti ketersediaan dokter dan tenaga medis yang saat ini sudah tidak memberikan pelayanan di Poskeskel , harus menjadi perhatian utama dengan mencari atau merekrut sumber daya manusia yang mampu dan sesuai dengan bidang kerjanya, sehingga tujuan akan adanya program Desa Siaga dapat terlaksana dengan baik.

Sunarko (2000 : 185 ) mengatakan, implementasi dapat mengalami kegagalan atau tidak membuahkan hasil dikarenakan adanya kekurangan sumber-sumber pembantu (sumber daya manusia). Hal ini cukup jelas bahwa ketika sumber daya dokter tidak diperhatikan, maka kebijakan atau program desa siaga dapat menjadi gagal.

Lebih lanjut dikemukakan oleh Peter dalam Tangkilisan (2003 : 22) Implementasi kebijakan yang gagal disebabkan oleh beberapa faktor yaitu : dukungan dan isi kebijakan. Dukungan dari semua elemen, mutlak diperlukan agar program Desa Siaga tidak terkesan gagal meskipun dalam pelaksanaannya belum optimal.

Dukungan masyarakat yang diwujudkan dengan kesadaran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan dirinya sendiri, turut serta mempengaruhi tingkat keberhasilan suatu program yang ada. Isi kebijakan program Desa Siaga juga seharusnya menjadi patokan dalam implementasi program Desa Siaga, indikator pencapaian dan sasaran dari program Desa Siaga itu seharusnya lebih diperhatikan guna menghindari efek gagalnya suatu program atau kebijakan yang dicanangkan oleh pemerintah.

Untuk memperbaiki kegagalan akan implementasi tersebut, maka diperlukan

langkah strategis guna memberikan efek perbaikan sehingga dapat mengoptimalkan kebijakan yang dicanangkan. Program desa siaga di kelurahan Jeruk, perlu mendapatkan langkah perbaikan sehingga nantinya program tersebut dapat memberikan kontribusi positif bagi masyarakat kelurahan Jeruk.

#### b. Kerja Sama

Program Desa Siaga tidak terlepas dari adanya kerja sama yang dilakukan oleh puskesmas dengan paguyuban kader yang berisikan kader-kader yang berasal dari masyarakat kelurahan Jeruk kecamatan Lakarsantri kota Surabaya.

Kenyataan dilapangan menunjukkan Kerja sama yang dilakukan oleh Puskesmas kepada masyarakat yang tergabung dalam paguyuban kader, kurang terlaksana secara optimal. Hal ini terlihat dari menurunnya jumlah kader yang tersedia dari tahun 2012 sejumlah 48 kader menjadi 24 kader di tahun 2013, seperti kutipan wawancara dibawah ini:

"....betul, dulu kalau gak salah ada 48 orang kader dan sekarang tinggal 24 orang saja. Kader kita ini tugasnya ganda... selain sebagai kader desa siaga, kader itu juga tergabung dikader sejahtera keluarga".

Keikutsertaan kader sangatlah penting dalam mengoptimalkan program desa siaga, seperti yang dikatakan oleh Peters dalam Tangkilisan (2003 : 22 ) , salah satu faktor penyebab gagalnya suatu implementasi kebijakan disebabkan oleh suatu dukungan. Dukungan merupakan hal yang sangat penting , karena berpengaruh pada keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Dukungan kader-kader dirasa perlu dalam mengimplementasikan program desa siaga. Dukungan kader dapat berupa partisipasi yang aktif dalam mengemban tugas yang diberikan sehingga pelaksanaan program desa siaga dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Penyebab dari menurunnya jumlah kader desa siaga , salah satunya bisa saja dapat disebabkan tidak terbagi secara spesifik antara kader desa siaga dan kader kelurahan bidang kesejahteraan ekonomi, tidak terbaginya secara spesifik akan mengakibatkan kegagalan dalam implementasi program desa siaga. Pembagian potensi antara aktor implementasi dan juga mengenai organisasi pelaksana harus menjadi

perhatian khusus dalam hal diferensiasi tugas dan wewenang ,Peter dalam Tangkilisan (2003 :22).

Hal tersebut disebabkan oleh kurang pemahannya kader-kader yang tergabung dalam paguyuban kader untuk mengetahui tugas dan fungsinya sebagai kader desa siaga. ini berkaitan langsung dengan isi kebijakan yang dikeluarkan, dimana isi dari kebijakan tersebut harus benar-benar jelas antara tugas dan fungsi kader desa siaga. hal ini sesuai dengan pernyataan Peter dalam Tangkilisan (2003 :22) mengatakan, Isi kebijakan dapat berpengaruh dalam keberhasilan suatu kebijakan, Peters mengatakan Implementasi kebijakan dapat gagal karena masih samanya isi atau tujuan kebijakan atau ketidak tepatan dan ketidaktegasan intern dan ektern atau kebijakan itu sendiri, menunjukkan adanya kekurangan yang sangat berarti atau adanya kekurangan yang menyangkut sumberdaya pembantu.

Oleh karena itulah, permasalahan tersebut akan berpengaruh pada minat masyarakat yang akan mengajukan diri menjadi kader. Permasa' tersebut dapat disebabkan oleh masih samarnya pengertian program desa siaga yang dicanangkan sehingga membuat pelaksanaan desa siaga menjadi kurang optimal.

Pemecahan masalah tersebut harus diselesaikan dengan mengahdirkan *Stakeholders* (Dinas Kesehata Kota) dalam rapat rutin yang dilakukan. Keberadaan *Stakeholders* dapat memberikan pemahaman tentang tugas dan fungsi kader dalam program desa siaga sehingga memberikan kejelasan dan tidak menimbulkan persepsi yang salah. *Stakeholders* memiliki kepentingan dan terlibat langsung dalam menentukan keberhasilan suatu kebijakan program desa siaga . karena , keberhasilan suatu implementasi sangat bergantung pada kepentingan siapa saja yang terlibat yang termasuk didalamnya pemerintah dan masyarakat Grindle dalam Syauckani (2002).

Isi dan tujuan suatu program desa siaga harus dapat dipahami oleh kader yang ditugaskan langsung untuk mendukung keberhasilan program desa siaga. dan perlu adanya pemilahan jenis kader-kader secara spesifik sehingga nantinya dapat terlihat jelas tugas -tugas kader desa siaga dan menghindari aksi tugas yang tumpang tindih antara kader desa siaga maupun kader posyandu.

Keberhasilan program desa siaga, tidak terlepas dari adanya upaya kerja sama yang dilakukan puskesmas Jeruk. Keseriusan kerja sama yang dilakukan merupakan wujud dari upaya pencapaian tujuan yang diharapkan. Tanpa adanya keseriusan dan ketegasan pemangku kebijakan atau sumber-sumber yang tersedia, maka akan mengakibatkan program desa siaga menjadi kurang optimal.

## PENUTUP

### a. Kesimpulan

Implementasi program desa siaga yang telah dikembangkan sejak tahun 2008 dalam rangka mengembangkan kepedulian dan kesiapsiagaan masyarakat untuk mewujudkan desa sehat yang mandiri belum tercapai secara optimal. Pelaksanaan Pelayanan kesehatan dasar kepada ibu hamil tentang pemeriksaan ibu hamil dapat dikatakan belum terimplementasi. Hal itu disebabkan rendahnya minat masyarakat khususnya ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan di pos kesehatan kelurahan, ibu hamil lebih memilih untuk memeriksakan kehamilannya di puskesmas.

Selain itu, pelayanan imunisasi pada bayi dilaksanakan sebulan sekali dan pelaksanaannya bersamaan dengan pelaksanaan posyandu masih belum optimal.

Hal ini dapat saja disebabkan oleh kurangnya sosialisasi yang rutin dan juga dapat berupa perasaan traumatik yang terlalu berlebihan, masyarakat dihantui perasaan takut tentang efek samping dari pemberian imunisasi.

Pelayanan pengobatan yang dilakukan dokter saat ini sudah tidak berjalan yang disebabkan kurangnya sumberdaya manusia yang dimiliki oleh Puskesmas. Hal ini juga berakibat pada kurang optimalnya pelayanan kesehatan di poskeskel sehingga masyarakat

Kerja sama yang dilakukan antara puskesmas dan kader masih belum optimal, hal ini terlihat dari tugas yang tumpang tindih antara kader desa siaga yang memiliki jabatan rangkap sebagai kader kelurahan bidang kesejahteraan ekonomi. Hal ini disebabkan oleh samarnya isi kebijakan yang dilakukan serta kurangnya kehadiran *stakeholders* dalam rapat rutin untuk memberikan pemahaman akan tugas dan fungsi kader desa siaga.

### b. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang dibuat oleh peneliti, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Perlu memberikan informasi atau penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya imunisasi bagi bayi dan bagi kesehatan bayi agar masyarakat mengetahui manfaat imunisasi.
2. Dinas Kesehatan Kota Surabaya ataupun Puskesmas Jeruk perlu memberikan tambahan sumberdaya manusia yaitu seorang dokter, guna memberikan pelayanan optimal dan pengaktifan kembali pelayanan pengobatan di poskeskel kelurahan Jeruk.
3. Perlunya kerjasama antara bidan puskesmas dengan kader desa siaga, serta perlunya mengadakan forum masyarakat desa atau kelurahan dan pertemuan rutin para kader desa siaga. Hal ini untuk memberikan pemahaman tentang fungsi kader desa siaga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar, 1996, **Pengantar Administrasi Kesehatan**, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Bornemisza O and Sondorp E, 2002. *Health Policy Formulation In Complex Political Emergencies and Post-Conflict Countries, A Literature Review*, London School Of Hygiene & Tropical Medicine University of London, Department Of Public Health and Policy. Health Policy Unit London, UK.
- Cassels A, 1995. **Health sector reform: key issues in less developed countries**. *Journal of international health development* 7(3): 329-49.
- DeLeon P, 1999. *The missing link revisited: contemporary implementation research*. Policy Studies Review
- Evans G, Manning N, 2003. **Helping Governments Keep Their Promises Making Ministers and Governments More Reliable Through Improved Policy Management** Report No. IDP-187 South Asia Region-

- Internal Discussion Paper.
- Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. Churchill Livingstone.
- Grenn J and Thorogood N, 1998. *Analysing Health Policy. A sociological Approach*. Addison Wesley Longman Ltd. Essex.
- Islamy, M Irfan, 2004, **Prinsip-prinsip perumusan Kebijakanaksanaan Negara**, Jakarta : PT. Bumi Aksara.
- Leo, Agustino 2006, **Dasar-dasar Kebijakan Publik**, Bandung : Alfabeta
- Miles , Matthew,B, et al, 1992 , **Analisis data Kualitatif**, Jakarta : Indonesia Press
- Moleong, Lexy J, 2007, **Metodologi Penelitian Kualitatif**, Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Poter J, Ogden J, Pronyk P, 1999. *Infectious disease policy: towards the production of health*. Health Policy and Planning; 14(4):322-8.
- Tangkilisan, Hessel Nogi, 2003. **Kebijakan Publik yang Membumi**, Yogyakarta : YPAPI
- Veronica Komalawati, 1999, **Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik**, Bandung:Citra Aditya Bakti.
- Wahab, Solichin Abdul , 2002, **Analisis Kebijakanaksanaan ( Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakanaksanaan negara )**, Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Walt G, 1994. *Health policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books. UK.
- Winarno, Budi, 2007., **Kebijakan Publik Teori dan Proses**, Yogyakarta : Media Pressindo
- Wiwid, Diantina (2003), **Implementasi Kebijakan Pemerintah Tentang Pembinaan TKI pada beberapa Balai Latihan Kerja Luar Negeri ( studi**

**tentang pembinaan TKI pada beberapa BLKLN di kota Malang )**, (THESIS), Program Pasca Sarjana Universitas Brawijaya, Malang