

Monograf

Pemodelan Desa Siaga Berbasis Pemberdayaan Masyarakat



2019

Penulis:

Suparji, SKM.,MPd

Sunarto, S.Kep.,Ns.,M.Mkes

Dr.Heru Santoso WN.,M.Mkes



Penerbit :

Prodi Kebidanan Magetan

Poltekkes Kemenkes Surabaya

MONOGRAF

Pemodelan Desa Siaga Berbasis Pemberdayaan Masyarakat

2019

Penulis :

Suparji, SKM.,MPd

Sunarto, S.Kep.,Ns.,M.Mkes

Dr.Heru Santoso WN.,M.Mkes

Cetakan Pertama : Oktober 2019
Editor : Dr. Khambali,ST.,MPPM
Tata Letak : Sunarto
Tata Muka : Tim Prodi Kebidanan Magetan

Diterbitkan Oleh : Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya
Jl. Jend S Parman No.1 Magetan 63313
Telp.0351-895216; Fax.0351-891565 Magetan
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

ISBN : 978-623-91627-8-8

© Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002.
Dilarang memperbanyak/menyebarkan dalam bentuk apapun
tanpa izin tertulis dari penerbit Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, dengan memuji kebesaran Allah SWT, dan atas kehendak-Nya pula akhirnya monograf Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Kemandirian dalam Penyelenggaraan Desa Siaga bisa diterbitkan. Buku monograf ini sebagai tambahan bacaan disamping buku-buku sejenis yang telah terbit. Buku ini disusun berdasarkan hasil penelitian dengan topik serupa yang dilakukan penulis tahun 2018.

Buku monograf ini berisi tujuh bab, dimulai dari bab satu berisi pendahuluan, bab dua berisi konsep pemberdayaan masyarakat, bab tiga berisi jenis pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, bab empat berisi pemberdayaan desa siaga, bab lima berisi evaluasi kebijakan pemberdayaan masyarakat dalam desa siaga, bab enam berisi hasil-hasil penelitian pemberdayaan masyarakat desa siaga dan bab tujuh kesimpulan dan saran.

Kami berharap kepada para pembaca pada umumnya dan para mahasiswa Kebidanan pada khususnya, bisa lebih memahami pentingnya pemberdayaan masyarakat berbasis mandiri untuk mewujudkan desa siaga paripurna. Kami yakin monograf serupa sudah banyak diterbitkan oleh penulis yang lain, harapan penulis buku monograf ini dapat digunakan sebagai sumber referensi tambahan untuk mempelajari pemberdayaan masyarakat mandiri dalam mewujudkan desa siaga.

Penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak terutama pada teman-teman sejawat Dosen yang tidak bisa saya

sebutkan satu persatu, atas jasanya dalam setiap kesempatan dan diskusi tentang monograf semoga amal baiknya diberi limpahan rahmat dari Allah SWT. Kepada Dr.Khambali,ST.,MPPM (Wadir Akademik Poltekkes Kemenkes Surabaya), penyusun mengucapkan terima kasih atas koreksi dan editing terhadap judul, tulisan, sekuensi pokok bahasan per bab dan kalimat per kalimat semoga amal baiknya membawa manfaat dan barokah.

Semoga dengan bimbingan Allah SWT, buku Monograf ini dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu Kesehatan dan dapat digunakan sebagai referensi dalam membangun desa menuju desa siaga mandiri paripurna. Jazahumullahu Khairan.

Magetan, Oktober 2019
Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 Pendahuluan	1
BAB 2 Pemberdayaan Masyarakat	5
2.1 Konsep Pemberdayaan	5
2.2 Konsep Pemberdayaan Masyarakat	6
2.3 Konsep Kemandirian Desa Siaga	12
BAB 3 Domain Organisasi dan Model Pemberdayaan Masyarakat	21
3.1 Domain Organisasi Pemberdayaan Masyarakat	21
3.2 Model Pemberdayaan Masyarakat	22
BAB 4 Bentuk dan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	25
4.1 Bentuk Pemberdayaan Masyarakat	25
4.2 Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	26
BAB 5 Pemberdayaan Desa Siaga	31
5.1 Kegiatan Desa Siaga	31
5.2 Pengembangan Desa Siaga	35
5.3 Persiapan Pengembangan Desa Siaga	38
5.4 Penyelenggaraan Desa Siaga	43
BAB 6 Pemodelan Variabel Pemberdayaan	45

Masyarakat dalam Penyelenggaraan Desa Siaga	
6.1 Variabel Pemberdayaan Masyarakat	45
6.2 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	45
6.3 Kerangka Analisis Jalur Pemodelan	48
6.4 Gambaran Indikator Konstruksi dari Pemodelan Pemberdayaan Masyarakat dalam Penyelenggaraan Desa Siaga	49
6.5 Pengaruh Antar variabel dalam Pemodelan Pemberdayaan Masyarakat dalam Penyelenggaraan Desa Siaga	57
BAB 7 Kesimpulan	65
7.1 Kesimpulan	65
7.2 Saran	65
INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA	66
DAFTAR PUSTAKA	69

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Jenis Indikator Kesehatan	30
Tabel 5.1 Pentahapan Desa Siaga Aktif	45
Tabel 6.1 Variabel Penelitian	49
Tabel 6.2 Uji Validasi Instrumen	51
Tabel 6.3 Cross Loading Pemodelan	57
Tabel 6.4 Gambaran Efek Setiap Jalur Pemodelan	62

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 5.1 Siklus Pemecahan Masalah Kesehatan oleh Masyarakat	46
Gambar 6.1 Kerangka Analisis SEM	53
Gambar 6.2 Hasil SEM tahap Kedua	55
Gambar 6.3 Hasil SEM tahap Ketiga	61
Gambar 6.4 Model Pemberdayaan Masyarakat Desa Siaga	63

BAB 1 : PENDAHULUAN

Indonesia sudah berkali-kali masuk dalam kategori negara yang lamban dalam mengupayakan pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs). Sumber kelambanan tersebut ditunjukkan oleh indikator tingginya angka kematian ibu dan angka kematian balita, belum teratasinya laju penularan HIV/AIDS, rendahnya pemenuhan air bersih dan sanitasi yang buruk, dan belum adanya pengakuan inisiatif masyarakat (Nawalah, Qomarudin, & Hargono, 2012). Pemerintah Republik Indonesia belum pernah mendorong rasa kepemilikan bersama MDGs kepada rakyatnya, dalam hal ini sangat kuat kesan bahwa pencapaian MDGs identik dengan pelaksanaan program pemerintah (Rudiyanto, 2017). Berkaitan dengan kenyataan tersebut, sejak tahun 2006 Kementerian Kesehatan RI telah melakukan upaya terobosan yang memiliki daya ungkit bagi peningkatan derajat kesehatan penduduk Indonesia dan untuk akselerasi pencapaian MDGs yaitu dikeluarkannya kebijakan tentang program pemberdayaan masyarakat (Kemenkes, 2019). Pemberdayaan masyarakat desa merupakan suatu kondisi masyarakat desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan mereka secara mandiri (Sulaeman, 2012).

Pengertian Pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara,

melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan (Supardan, 2013). Sementara itu, menurut pemerintah RI dan *United Nations International Children's Emergency Funds*, pemberdayaan masyarakat adalah upaya yang bersifat noninstruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektor maupun lembaga swadaya masyarakat dan tokoh masyarakat (Kemenkes, 2007)

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke-7 di Nairobi, Kenya, menegaskan kembali pentingnya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan menyepakati perlunya: membangun kapasitas promosi kesehatan, penguatan sistem kesehatan, kemitraan dan kerjasama lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, serta sadar sehat dan perilaku sehat (WHO, 2008).

Salah satu wujud manifestasi pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di Indonesia adalah implementasi program desa siaga. Sampai saat ini, masalah-masalah pemberdayaan masyarakat pada program desa siaga antara lain: pertama, paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan telah dirumuskan, namun belum dipahami dan diaplikasi semua pihak; kedua, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan bahwa daerah

kabupaten/kota memegang kewenangan penuh dalam bidang kesehatan, namun kewenangan tersebut belum berjalan secara optimal; ketiga, revitalisasi puskesmas dan posyandu hanya diartikan dengan pemenuhan fasilitas sarana; keempat, dinas kesehatan kabupaten/kota lebih banyak melakukan tugas tugas administratif; kelima, keterlibatan masyarakat masih bersifat semu yang lebih berkonotasi kepada kepatuhan daripada partisipasi dan bukan pemberdayaan masyarakat (UNICE & Pemerintah, 1999)

Hasil studi lapangan menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berada pada kondisi yang kurang menguntungkan, yang ditandai dengan semakin menurunnya jumlah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM). Selain itu juga ada tanda-tanda bahwa Forum Kesehatan Desa mulai tidak aktif lagi. Kondisi capaian pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah sebagai berikut: 1) rerata jumlah kader Posyandu di setiap desa hanya sekitar 4 orang, 2) program desa siaga dari hasil program Survei Mawas Diri (SMD) tidak berjalan dengan baik, dan 3) program kesiapsiagaan kegawatdaruratan juga tidak ada yang berjalan.

Berbagai hasil penelitian telah menunjukkan bahwa *social capital* (modal sosial) merupakan fasilitator penting dalam pembangunan ekonomi. Modal sosial yang dibentuk berdasarkan kegiatan ekonomi dan sosial di masa lalu dipandang sebagai faktor yang dapat meningkatkan pembangunan ekonomi, jika modal sosial ini digunakan secara tepat maka akan mampu memperkuat efektivitas pembangunan (Suharto & Yuliani, 2017). Modal sosial

dapat dikatakan sebagai suatu norma atau nilai yang telah dipahami bersama oleh masyarakat yang dapat memperkuat jaringan sosial/ kerja yang positif, terjalinnya kerjasama yang saling menguntungkan, menumbuhkan kepedulian dan solidaritas yang tinggi dan dapat mendorong tingkat kepercayaan antara sesama dalam rangka tercapainya tujuan bersama (Widjajanti, 2011).

Hasil-hasil penelitian yang dirangkum dalam monograf ini berusaha untuk mengkaji beberapa permasalahan yang berkaitan dengan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat keberdayaan warga masyarakat dalam implementasi desa siaga yang dilanjutkan dengan pengembangan model pemberdayaan masyarakat dalam implementasi desa siaga berbasis kemandirian.

BAB 2 : PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

2.1 Konsep Pemberdayaan

Penggunaan istilah pemberdayaan masyarakat erat kaitannya dengan paradigma pembangunan masyarakat (*community development*). Pemberdayaan memiliki arti mendekatkan masyarakat pada sumber-sumber daya, memberikan kesempatan, meningkatkan kapasitas pengetahuan dan ketrampilan guna menentukan masa depan mereka dan berperan serta di dalamnya sehingga mampu memberikan pengaruh pada kehidupan di komunitasnya. Oleh sebab itu pemberdayaan merupakan alat dari seluruh pembangunan masyarakat.

Menurut Lowe (1995) dalam (Mulyawan, 2016) konsep pemberdayaan diartikan suatu proses sebagai akibat dari individu memiliki otonomi, motivasi dan ketrampilan untuk melaksanakan pekerjaan untuk mencapai tujuan bersama. Menurut Suharto (2005) dalam (Mulyawan, 2016) terdapat beberapa definisi tentang pemberdayaan antara lain :

1. Pemberdayaan bertujuan untuk meningkatkan kekuasaan orang-orang yang lemah atau tidak beruntung (Ife, 1995);
2. Pemberdayaan adalah sebuah proses dimana seseorang menjadi tambah kuat untuk berpartisipasi dalam berbagai pengontrolan kejadian yang mempengaruhi kehidupannya (Parson, et al.,1994);

3. Pemberdayaan menunjuk pada usaha pengalokasian kembali kekuasaan melalui pengukuhan struktur sosial (Swift dan Levin, 1987);
4. Pemberdayaan adalah suatu cara dimana masyarakat, organisasi dan komunitas diarahkan agar mampu menguasai atau berkuasa atas kehidupannya (Rappaport, 1984).

Berdasarkan definisi di atas pemberdayaan mengandung makna meningkatkan kekuasaan, merupakan sebuah proses, pengalokasian kekuasaan dan cara agar mampu berkuasa. Sejalan dengan pendapat di atas menurut Wrihatnolo dan Dwidjowijoto (2007) dalam (Mulyawan, 2016), pemberdayaan adalah suatu proses yang bukan sebuah proses secara instan, sebagai suatu proses pemberdayaan mempunyai tiga tahapan yaitu penyadaran, pengkapasitasan dan pendayaan. Maka tahapan pemberdayaan antara lain :

1. Tahap penyadaran, artinya masyarakat diberi pencerahan dalam bentuk pemberian penyadaran bahwa mereka memiliki hak untuk mempunyai sesuatu;
2. Tahap pengkapasitasan (*capacity building*), artinya masyarakat dimampukan untuk berbuat sesuatu (*enabling*);
3. Tahap ketiga adalah pemberdayaan (*empowerment*) artinya mereka diberi daya, kekuasaan, otoritas atau peluang.

2.2 Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian pembangunan masyarakat (*community development*) dan pembangunan yang bertumpu pada masyarakat (*community based*)

development) dan dalam tahap selanjutnya muncul *driven development* (pembangunan yang diarahkan/digerakkan masyarakat).

Dimensi pemberdayaan masyarakat menurut Effendy (2002) dalam (Mulyawan, 2016) mengandung makna tiga pengertian yaitu; *enabling*, *empowering*, dan *maintaining*, yaitu :

1. *Enabling*, diartikan sebagai terciptanya iklim yang mampu mendorong berkembangnya potensi masyarakat. Tujuan dari tahap awal ini, masyarakat mampu mandiri dan berwawasan bisnis yang berkesinambungan;
2. *Empowering*, artinya potensi yang dimiliki masyarakat lebih diperkuat lagi, dengan cara meningkatkan ketrampilan dan kemampuan manajerial;
3. *Maintaining*, artinya kegiatan pemberdayaan yang bersifat protektif, potensi masyarakat yang lemah dalam segala hal perlu adanya perlindungan secara seimbang agar persaingan berjalan sehat.

Tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah membantu pengembangan manusiawi yang otentik dan integral dari masyarakat lemah, rentan, miskin, marjinal, dan kaum kecil untuk diberdayakan secara sosial ekonomis sehingga mereka dapat lebih mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup mereka, serta sanggup berperan dalam pengembangan masyarakat.

Sasaran program pemberdayaan masyarakat untuk mencapai kemandirian adalah terbukanya kesadaran dan tumbuhnya keterlibatan masyarakat akar rumput (termarginalkan) dalam

kemajuan dan kemandirian, peningkatan usaha-usaha kecil kearah swadaya masyarakat dan meningkatkan ketrampilan dan manajemen untuk perbaikan produktivitas dan pendapatan mereka (masyarakat terpinggirkan).

Masyarakat yang berdaya akan mampu dan kuat untuk berpartisipasi dalam pembangunan, mampu mengawasi jalannya pembangunan, dan juga mampu menikmati hasil pembangunan. Indikator untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat menurut Sumodiningrat (1999) dalam (Mulyawan, 2016) adalah sebagai berikut :

1. Berkurangnya jumlah penduduk miskin;
2. Berkembangnya usaha-usaha kecil menengah (UKM) dengan memanfaatkan potensi masyarakat;
3. Meningkatnya kepedulian masyarakat terhadap kesejahteraan;
4. Meningkatnya kemandirian komunitas marjinal ditandai banyaknya kelompok pemodal;
5. Pemerataan pendapatan ditandai meningkatnya pendapatan per kapita keluarga per bulan.

Menurut John Friedmann (1992) Pemberdayaan masyarakat harus berawal dari pemberdayaan setiap rumah tangga yang mencakup tiga hal yaitu; 1) pemberdayaan sosial ekonomi yang difokuskan pada upaya menciptakan akses bagi setiap rumah tangga dalam proses produksi seperti; akses informasi, akses keuangan, akses organisasi sosial, akses ketrampilan dan akses kesehatan, 2) pemberdayaan politik difokuskan pada upaya

menciptakan akses dalam pengambilan keputusan publik, dan 3) pemberdayaan psikologis difokuskan pada upaya membangun kepercayaan diri setiap rumah tangga yang lemah.

Untuk mencapai tujuan pemberdayaan diperlukan cara atau teknik yang lebih spesifik yaitu :

1. Membangun relasi pertolongan yang merefleksikan respon empati, menghargai perbedaan, keunikan individu dan kerjasama tim;
2. Membangun komunikasi yang menghormati martabat dan harga diri anggota komunitas;
3. Terlibat dalam pemecahan masalah secara langsung sehingga tercipta pengkondisian masyarakat selalu hadir di dalam pembuatan dan penentuan keputusan dan mengevaluasi hasilnya;
4. Merefleksikan sikap dan nilai-nilai pekerjaan sosial melalui ketentuan moral, etika, penghapusan bentuk diskriminasi, ketidaksetaraan kesempatan, perumusan kebijakan dan norma-norma lainnya.

Strategi dan pendekatan dalam pemberdayaan masyarakat agar berlangsung mulus dan berhasil menggunakan lima langkah yaitu :

1. pemungkinan yaitu menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal;

2. penguatan yaitu memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhannya;
3. perlindungan yaitu melindungi masyarakat terutama kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari persaingan antara kelompok kuat dan kelompok lemah dan eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah;
4. penyokongan yaitu memberikan pembimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas kehidupannya;
5. pemeliharaan yaitu memelihara kondisi yang kondusif agar tetap terjadi keseimbangan distribusi kekuasaan antara berbagai kelompok di masyarakat.

Program-program pemberdayaan masyarakat yang bisa dikembangkan pada dasarnya dikelompokkan menjadi empat kategori (Ndraha, 2005) yaitu :

1. Pemberdayaan politik, bertujuan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam posisi tawar yang diberikan oleh pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah Kabupaten/Kota, contohnya pemberdayaan desa siaga;
2. Pemberdayaan ekonomi, bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ekonomi dengan meningkatnya pendapatan anggota, contohnya BUMDES, desa wisata, dll;
3. Pemberdayaan sosial budaya, bertujuan meningkatkan sumber daya manusia melalui pemanfaatan potensi diri

manusia, contohnya koperasi, bank sampah, persepuluhan, dasa wisma, dll;

4. Pemberdayaan lingkungan, bertujuan untuk pelestarian lingkungan, pemanfaatan lingkungan untuk kekuatan ekonomi termasuk pemanfaatan aset lingkungan di masyarakat untuk peningkatan pendapatan seperti BUMDES.

Selanjutnya pembahasan mengenai dimensi-dimensi pemberdayaan masyarakat dalam penelitian ini yaitu menciptakan iklim atau suasana yang kondusif, meningkatkan potensi atau kapasitas masyarakat, dan perlindungan masyarakat, dengan melakukan pemodelan dari berbagai variabel-variabel penelitian terdahulu yang sesuai dengan pemberdayaan masyarakat menuju kemandirian dalam mengembangkan desa siaga.

variabel-variabel yang dipakai untuk pemodelan menggunakan pendekatan teori pemberdayaan dari Kartasasmita (1996) yaitu; faktor *enabling*, faktor *encourage* (pendorong), motivasi, kesadaran (*awareness*), faktor *empowering*, dan faktor perlindungan (*protecting*).

Kaitannya dengan pemberdayaan masyarakat untuk mewujudkan desa siaga, konsep pemberdayaan berhubungan dengan paradigma pembangunan sosial. Tujuan pembangunan sosial ini adalah menciptakan lingkungan yang kreatif, sehat dan ramah pada penghuninya.

Paradigma untuk mewujudkan desa siaga berdasarkan pendekatan pembangunan sosial diperlukan *people centered*, *people participatory*, *empowering and sustainable*. Oleh karena itu

pemberdayaan masyarakat merupakan bagian integral dari proses pembangunan masyarakat. Pelaksanaan pemberdayaan melibatkan masyarakat secara penuh dalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemeliharaan, dan pelestarian sarana prasarana yang dibangun. Maka pemberdayaan masyarakat menempatkan manusia sebagai subyek pembangunan.

2.3 Konsep Kemandirian 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 dalam rangka mewujudkan desa sehat. Sebuah Desa dikatakan menjadi desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Desa yang dimaksud di sini adalah kelurahan atau 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 umum desa siaga adalah terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Tujuan khususnya adalah sebagai berikut

- Peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
- Peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan

gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawadaruratan dan sebagainya)

- Peningkatan kesehatan lingkungan di desa. Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

Ciri-ciri Desa Siaga paling tidak memiliki empat bidang garap yang satu dengan lainnya saling membutuhkan, keempatnya yaitu :

1. Minimal Memiliki pos kesehatan desa yang berfungsi memberi pelayanan dasar (dengan sumberdaya minimal 1 (satu) tenaga kesehatan dan sarana fisik bangunan, perlengkapan&peralatan alat komunikasi ke masyarakat & ke puskesmas)
2. Memiliki sistem gawat darurat berbasis masyarakat
3. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan secara mandiri
4. Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat

Sasaran pengembangan desa siaga adalah mempermudah strategi intervensi, sasaran ini dibedakan menjadi tiga yaitu sebagai berikut :

1. Semua individu dan keluarga di desa yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, 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 memberi dukungan memberi dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sasaran, dan lainnya, seperti kepala desa, camat, pejabat terkait, LSM, swasta, donatur, dan pemilik kepentingan lainnya.

Kriteria Pengembangan dalam pengembangan desa siaga akan meningkat dengan membagi menjadi empat kriteria.

1. **Tahap bina.** Tahap ini forum masyarakat desa mungkin belum aktif, tetapi telah ada forum atau lembaga masyarakat desa yang telah berfungsi dalam bentuk apa saja misalnya kelompok rembuk desa, kelompok pengajian, atau kelompok persekutuan do'a.
2. **Tahap tambah.** Pada tahap ini, forum masyarakat desa telah aktif dan anggota forum mengembangkan UKBM sesuai kebutuhan masyarakat, selain posyandu. Demikian juga dengan polindes dan posyandu sedikitnya sudah oada tahap madya.
3. **Tahap kembang.** Pada tahap ini, forum kesehatan masyarakat telah berperan secara aktif, dan mampu mengembangkan UKBM sesuai kebutuhan dengan biaya berbasis masyarakat. Jika selama ini pembiayaan kesehatan oleh masyarakat sempat terhenti karena kurangnya pemahaman terhadap sistem jaminan, masyarakat didorong lagi untuk mengembangkan sistem serupa dimulai dari

sistem yang sederhana dan di butuhkan oleh masyarakat misalnya tabulin.

4. **Tahap Paripurna**, tahap ini, semua indikator dalam kriteria dengan siaga sudah terpenuhi. Masyarakat sudah hidup dalam lingkungan sejahtera serta berperilaku hidup bersih dan sehat.

Indikator keberhasilan pengembangan desa siaga dapat diukur dari 4 (empat) kelompok indikator, yaitu : indikator input, proses, output dan outcome (Depkes, 2009).

1. Indikator Input

- Jumlah kader desa siaga.
- Jumlah tenaga kesehatan di poskesdes.
- Tersedianya sarana (obat dan alat) sederhana.
- Tersedianya tempat pelayanan seperti posyandu.
- Tersedianya dana operasional desa siaga.
- Tersedianya data/catatan jumlah KK dan keluarganya.
- Tersedianya pemetaan keluarga lengkap dengan masalah kesehatan yang dijumpai dalam warna yang sesuai.
- Tersedianya data/catatan (jumlah bayi diimunisasi, jumlah penderita gizi kurang, jumlah penderita TB, malaria dan lain-lain).

2. Indikator proses

- Frekuensi pertemuan forum masyarakat desa (bulanan, 2 bulanan dan sebagainya).
- Berfungsi/tidaknya kader desa siaga.
- Berfungsi/tidaknya poskesdes.

- Berfungsi/tidaknya UKBM/posyandu yang ada.
- Berfungsi/tidaknya sistem penanggulangan penyakit dan/atau masalah kesehatan berbasis masyarakat.
- Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.
- Ada/tidaknya kegiatan rujukan penderita ke poskesdes dari masyarakat.

3. Indikator Output

- Jumlah persalinan dalam keluarga yang dilayani.
- Jumlah kunjungan neonatus (KN2).
- Jumlah BBLR yang dirujuk.
- Jumlah bayi dan anak balita BB tidak naik ditangani.
- Jumlah balita keluarga miskin (GAKIN) umur 6-24 bulan yang mendapat MP-ASI.
- Jumlah balita yang mendapat imunisasi.
- Jumlah pelayanan gawat darurat dan KLB dalam tempo 24 jam.
- Jumlah keluarga yang punya jamban.
- Jumlah keluarga yang dibina sadar gizi.
- Jumlah keluarga menggunakan garam beryodium.
- Adanya data kesehatan lingkungan.
- Jumlah kasus kesakitan dan kematian akibat penyakit menular tertentu yang menjadi masalah setempat.
- Adanya peningkatan kualitas UKBM yang dibina.

4. Indikator outcome

- Meningkatnya jumlah penduduk yang sembuh/membaik dari sakitnya.
- Bertambahnya jumlah penduduk yang melaksanakan PHBS.
- Berkurangnya jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia.
- Berkurangnya jumlah balita dengan gizi buruk.

Untuk menentukan desa atau kelurahan sudah termasuk desa atau kelurahan siaga aktif dapat menggunakan 8 indikator berikut: (Kepmenkes Nomor :1529/Menkes/SK/X/2010), yaitu :

1. Memiliki forum masyarakat desa/kelurahan
2. Memiliki kader pemberdayaan masyarakat atau kader kesehatan desa atau kelurahan siaga aktif
3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
4. Posyandu dan UKB lainnya aktif
5. Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di desa atau kelurahan yang bersumber dari pemerintah, desa atau kelurahan, masyarakat dan dunia usaha.
6. Peran serta masyarakat dan organisasi kemasyarakatan.
7. Peraturan kepala desa atau peraturan Bupati/Walikota.
8. Pembinaan PHBS di Rumah Tangga.

Desa atau kelurahan Siaga diharapkan dapat merekonstruksi atau membangun kembali berbagai upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM). Pengembangan Desa atau kelurahan Siaga juga merupakan revitalisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan, dan ditingkatkan.

Desa Siaga juga dapat merupakan pengembangan dari konsep Siap-Antar-Jaga, sehingga diharapkan pada gilirannya akan menjadi Desa Sehat yang dilengkapi komponen-komponen yaitu dikembangkannya pelayanan kesehatan dasar dan UKBM, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di kalangan masyarakat, diciptakannya kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi kegawatdaruratan dan bencana, serta sistem pembiayaan kesehatan yang berbasis masyarakat. Untuk mempermudah strategi dalam intervensinya, sasaran pengembangan Desa Siaga dibedakan menjadi 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 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 terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

Pengembangan Desa Siaga merupakan proses untuk membangkitkan peran serta masyarakat melalui penggerakkan dan

pemberdayaan masyarakat. Proses yang dilaksanakan pada dasarnya adalah memfasilitasi masyarakat menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang teroganisir (pengorganisasian masyarakat) dengan langkah-langkah pengembangan/tahapan sebagai berikut :

1. Identifikasi masalah, penyebab masalah, sumber daya untuk mengatasi masalah.
2. Perumusan masalah, penetapan prioritas masalah dan perumusan alternative pemecahan masalah kesehatan yang ada.
3. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan kegiatan dan melaksanakannya secara bersama - sama.
4. Memantau dan mengevaluasi serta membina kelestarian upaya – upaya yang telah dilakukan.

Adapun langkah-langkah pokok dalam pengembangan desa siaga yaitu :

1. Pengembangan tim Petugas, bertujuan mempersiapkan para petugas agar memahami tugas dan fungsinya dalam pengembangan desa siaga serta siap bekerjasama dalam satu tim untuk melaksanakan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat.
2. Pertemuan Tingkat Desa, bertujuan mengenalkan konsep Desa Siaga, penyadaran pentingnya wadah koordinasi Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) serta dukungan para pemuka masyarakat dan kader kesehatan

dalam penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat dengan memfasilitasi masyarakat menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisir. Diharapkan para pemuka masyarakat siap menjadi Tim pengembangan Masyarakat.

3. Survey Mawas Diri / Identifikasi Masalah dan Potensi, bertujuan agar pemuka masyarakat / kader mampu melakukan telaah mawas diri sehingga dapat diidentifikasi masalah kesehatan serta daftar potensi desa yang dapat digunakan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.
4. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), adalah pertemuan warga masyarakat untuk membahas hasil survei mawas diri, merumuskan masalah, menetapkan prioritas masalah, merumuskan alternative pemecahan masalah, menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, dukungan dan kontribusi masing-masing pihak serta melaksanakan kegiatan dan jadwal pelaksanaannya.
5. Pelaksanaan Kegiatan
 - Pemilihan pengurus dan kader desa siaga.
 - Orientasi / pelatihan kader desa siaga.
 - Pengembangan Poskesdes dan UKBM lainnya
 - Penyelenggaraan kegiatan desa siaga sesuai dengan perencanaan yang dibuat, diharapkan secara bertahap memenuhi 8 (delapan) indikator desa siaga.
6. Pembinaan dan peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan desa siaga

BAB 3 : DOMAIN ORGANISASI DAN MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

3.1 Domain Organisasi Pemberdayaan Masyarakat

Untuk memahami proses pemberdayaan, praktisi promosi kesehatan memerlukan operasionalisasi dari konsep pemberdayaan masyarakat. Operasionalisasi proses pemberdayaan masyarakat membantu anggota masyarakat untuk memulai dan mempertahankan kegiatan yang mengarah ke perubahan dalam kesehatan dan kualitas hidup masyarakat. Berbagai faktor atau aspek organisasi yang mempengaruhi pemberdayaan masyarakat telah disampaikan oleh (Labonte & Laverack, 2001) dan dikenal sebagai domain organisasi pemberdayaan masyarakat.

Saat ini, peneliti menekankan bahwa perubahan domain organisasi pemberdayaan masyarakat dapat digunakan sebagai parameter dalam evaluasi inisiatif masyarakat (Laverack, 1999). Selanjutnya, perubahan dalam domain dapat berkontribusi untuk memecahkan masalah kesehatan di masyarakat sehingga domain organisasi pemberdayaan masyarakat dapat dilihat sebagai faktor penentu kesehatan.

Domain organisasi pemberdayaan masyarakat menunjukkan kemampuan potensi jaringan untuk mengembangkan pemberdayaan dan kemitraan demokratis dengan masyarakat, melalui kapasitas masyarakat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan. Ini adalah domain organisasi yang menyajikan cara mudah untuk mendefinisikan dan mengukur

pemberdayaan sebagai suatu proses. Berdasarkan kajian literatur, beberapa penulis telah membangun pemahaman yang berbeda tetapi mengandung sedikit tumpang tindih (Laverack, 1999). Laverack (1999) telah mengidentifikasi beberapa domain organisasi pemberdayaan masyarakat yaitu: partisipasi, kepemimpinan, penilaian masalah, struktur organisasi, sumber daya mobilisasi, tautan ke orang lain, *know how*, manajemen program dan peran agen luar.

Smith et al. (2003) dalam (Noor, 2011) menemukan bahwa sebagian domain organisasi pemberdayaan masyarakat adalah partisipasi, pengetahuan, keterampilan, sumber daya, visi bersama, rasa kebersamaan dan komunikasi. Hawe et al. (2000) dalam (Sutarso et al., 2018) mengidentifikasi satu set yang lebih umum dari domain organisasi pemberdayaan masyarakat yang terdiri atas tiga kegiatan utama: (1) membangun infrastruktur untuk menyampaikan program promosi kesehatan; (2) membangun kemitraan dan lingkungan organisasi yang menjamin program yang berkelanjutan dan keuntungan kesehatan; dan (3) pemecahan masalah pembangunan kapabilitas. Bush et al. (2002) dalam (Wardana, 2014) menguraikan indeks kapasitas masyarakat, yang dibedakan menjadi empat domain yaitu jaringan kemitraan, transfer pengetahuan, pemecahan masalah, dan pembangunan infrastruktur.

3.2 Model Pemberdayaan Masyarakat

Terdapat 10 model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan telah diformulasikan yaitu (Widjajanti, 2011):

1. model pengembangan lokal yaitu pemberdayaan masyarakat sebagai upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan pengembangan potensi dan sumberdaya lokal;
2. model promosi kesehatan dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu persuasi, konseling personal dalam kesehatan, aksi legislatif, dan pemberdayaan masyarakat;
3. model promosi kesehatan perspektif multidisiplin yang mempertimbangkan lima pendekatan meliputi upaya medis, perubahan perilaku, pendidikan kesehatan, pemberdayaan, dan perubahan sosial;
4. model pelayanan kesehatan primer berbasis layanan masyarakat, dalam hal ini masyarakat harus bertanggung jawab dalam mengidentifikasi kebutuhan dan menetapkan prioritas, merencanakan dan memberikan layanan kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi layanan kesehatan;
5. model pemberdayaan masyarakat meliputi partisipasi, kepemimpinan, keterampilan, sumber daya, nilai-nilai, sejarah, jaringan, dan pengetahuan masyarakat;
6. model pengorganisasian masyarakat yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, responsitas budaya, dan kompetensi komunitas;
7. model determinan sosial ekonomi terhadap kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan modal kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan

modal atau kekayaan yang berhubungan satu sama lain dengan kesehatan;

8. model kesehatan dan ekosistem masyarakat interaksi antara masyarakat, lingkungan, dan ekonomi dengan kesehatan;
9. model determinan lingkungan kesehatan individual dan masyarakat determinan lingkungan kesehatan individual meliputi lingkungan psikososial, lingkungan mikrofisik, lingkungan sosial yang mencerminkan kekhasan seperti ras/kelas/gender, lingkungan perilaku, dan lingkungan kerja. Sementara itu, determinan lingkungan kesehatan masyarakat meliputi lingkungan politik/ekonomi, lingkungan makrofisik, tingkat keadilan sosial dan keadilan dalam masyarakat, serta perluasan kontrol dan keeratan masyarakat
10. model pembangunan kesehatan masyarakat desa atau yang sering disebut PKMD (Widjajanti, 2011).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat di bidang Kesehatan pasal (8) disebutkan bahwa penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan tahap sebagai berikut : pengenalan kondisi desa/kelurahan; survei mawas diri; musyawarah di desa/kelurahan; perencanaan partisipatif; pelaksanaan kegiatan; dan pembinaan kelestarian.

BAB 4 BENTUK DAN KEGIATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI BIDANG KESEHATAN

4.1 Bentuk Pemberdayaan Masyarakat

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan non-instruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan. Bentuk-bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut menurut (Legiarto, 2016). bermacam-macam, antara lain sebagai berikut :

1. Tokoh atau pimpinan masyarakat (*Community leader*)

Di sebuah masyarakat apapun baik pedesaan, perkotaan maupun pemukiman elite atau pemukiman kumuh, secara alamiah akan terjadi kristalisasi adanya pimpinan atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal (camat, lurah, ketua RT/RW) maupun bersifat informal (ustadz, pendeta, kepala adat). Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau provider kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat.

2. Organisasi masyarakat (*community organization*)

Dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya PKK, karang taruna, majelis taklim, koperasi-koperasi dan sebagainya.

3. Pendanaan masyarakat (*Community Fund*)

Sebagaimana uraian pada pokok bahasan dana sehat, maka secara ringkas dapat digaris bawahi beberapa hal sebagai berikut: “Bahwa dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak lama(tahun 1980-an) Pada masa sesudahnya(1990-an) dana sehat ini semakin meluas perkembangannya dan oleh Depkes diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)

4. Material masyarakat (*community material*)

Seperti telah diuraikan sebelumnya sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah mempunyai sumber daya alam yang berbeda yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan.

5. Pengetahuan masyarakat (*community knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kepada masyarakat adalah contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat.

6. Teknologi masyarakat (*community technology*)

Di beberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaring air bersih menggunakan pasir atau arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang ditengahnya ditaruh kaca. Untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya.

4.2 Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Menurut (Legiarto, 2016), kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mencakup:

1. Upaya membangun kesadaran kritis masyarakat dimana masyarakat diajak untuk berpikir serta menyadari hak dan kewajibannya di bidang kesehatan. Membangun kesadaran masyarakat merupakan awal dari kegiatan pengorganisasian masyarakat yang dilakukan dengan membahas bersama tentang harapan mereka, berdasarkan prioritas masalah kesehatan sesuai dengan sumber daya yang dimiliki.
2. Perencanaan partisipatif merupakan proses untuk mengidentifikasi masalah kesehatan serta potensi selanjutnya menerjemahkan tujuan ke dalam kegiatan nyata dan spesifik yang melibatkan peran aktif masyarakat dalam perencanaan segala hal dalam kesehatan. Kegiatan ini dilakukan sendiri oleh masyarakat didampingi oleh fasilitator. Hal ini, selain dapat menimbulkan rasa percaya akan hasil perencanaan juga membuat masyarakat mempunyai rasa memiliki terhadap kegiatan yang dilakukan. Perencanaan partisipatif ini berbasis pada hasil survei dan pemetaan mengenai potensi, baik kondisi fisik lingkungan dan sosial masyarakat, yang digali oleh masyarakat sendiri.
3. Pengorganisasian masyarakat sendiri merupakan proses yang mengarah pada terbentuknya kader masyarakat yang bersama masyarakat dan fasilitator berperan aktif dalam lembaga berbasis masyarakat (Forum Masyarakat Desa) sebagai representasi masyarakat yang akan berperan sebagai penggerak

masyarakat dalam melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

4. Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh masyarakat bersama dengan pengelola pemberdayaan dengan menggunakan metode dan waktu yang disepakati bersama secara berkesinambungan untuk mengetahui dan menilai pencapaian kegiatan yang dijalankan. Hasil evaluasi ini digunakan sebagai rujukan untuk melakukan kegiatan yang berkelanjutan.

Pengukuran keberhasilan dari program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menurut Legiarto (2016), dapat dilihat dari indikator; input, proses, output dan outcome yaitu :

1. *Input*

Input meliputi SDM, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.

2. *Proses*

Proses, meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan. Dalam kaitan dengan desain penelitian tahap proses berkaitan dengan dosis pelaksanaan bisa berupa; bentuk, frekuensi dan intensitas kegiatan.

3. *Output*

Output, meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dari perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan

pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat.

4. Outcome

Outcome dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi kesehatan.

Tabel 4.1 : Jenis Indikator Kesehatan

No	Klasifikasi Indikator	Jenis Indikatornya
1	Indiaktor Proses dan masukan	Indiaktor Pelayanan Kesehatan: 1. Persentase Persalinan oleh Tenaga Kesehatan 2. Persentase UCI 3. Persentase KLB ditangani < 24 jam 4. Persentase Tablet Fe Ibu Hamil 5. Persentase ASI eksklusif 6. Persentase pemeriksaan gigi dan mulut anak SD 7. Persentase kesehatan kerja 8. Persentase Yankes untuk Maskin Indikator Sumberdaya 1. Rasio dokter/100.000 penduduk 2. Rasio bidan/100.000 penduduk 3. Rasio perawat/100.000 penduduk 4. Rasio dokter spesialis/100.000 penduduk 5. Rasio dokter keluarga/100.000 pend 6. Rasio sanitarian/100.000 pend 7. Rasio SKM/100.000 penduduk 8. Persentase Jamkesmas 9. Persentase ADD (anggaran Dana Desa) untuk kesehatan

	Indikator manajemen 1. Persentase kabupaten yang memiliki profil kesehatan 2. Persentase desa yang memiliki profil kesehatan Indikator sektor terkait 1. Persentase akses air minum bersih 2. Persentase PUS menjadi peserta KB 3. Persentase penduduk melek huruf
2	Indikator output Indikator kesehatan lingkungan 1. Persentase rumah sehat 2. Persentase TTU sehat Indikator perilaku 1. Persentase PHBS 2. Persentase Posyandu Purnama dan mandiri Indikator Akses dan mutu Yankes 1. Persentase penduduk memanfaatkan Puskesmas 2. Persentase penduduk memanfaatkan Ponkesdes
3	Indikator Outcome Indikator kematian 1. AKB 2. AKBa 3. AKI 4. AHH Indikator Kesakitan 1. Angka kesakitan malaria 2. Angka kesakitan TB 3. Prevalensi HIV 4. Prevalensi AFP 5. Prevalensi DBD Indikator Status Gizi 1. Persentase BGM 2. Persentase kecamatan/desa bebas rawan gizi

BAB 5 : PEMBERDAYAAN DESA SIAGA

5.1 Konsep Desa Siaga

Desa siaga aktif adalah bentuk pengembangan dari desa siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa siaga aktif adalah desa atau yang :

1. Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya.
2. Penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan *surveilans* berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Berdasarkan pengertian tersebut di atas maka Desa siaga dikatakan desa siaga aktif apabila memiliki tiga komponen yaitu; (1) Pelayanan kesehatan dasar, (2) Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya *surveilans* berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan

bencana serta penyehatan lingkungan, (3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Untuk menjamin kemantapan dan kelestarian, pengembangan Desa Siaga Aktif dilaksanakan secara bertahap, dengan memperhatikan kriteria atau unsur-unsur yang harus dipenuhi, yaitu:

1. Kepedulian Pemerintah Desa dan tokoh atau pemuka masyarakat terhadap Desa yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa (Fordes);
2. Keberadaan kader pemberdayaan masyarakat atau kader teknis Desa Siaga Aktif;
3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari;
4. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan kegiatan diantaranya : (a) *surveilans* berbasis masyarakat, (b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, dan (c) penyehatan lingkungan;
5. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan Desa Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa (ADD) serta pendanaan swadaya dari masyarakat dan dunia usaha;
6. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa Siaga Aktif;
7. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga Aktif;

8. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga oleh kader kesehatan, kelompok pemberdayaan maupun tokoh masyarakat.

Desa siaga dikatakan aktif apabila masyarakatnya atau masing-masing rumah tangga telah memiliki komitmen untuk melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat yang mencakup diantaranya adalah:

1. Melaporkan segera kepada kader/petugas kesehatan, jika mengetahui dirinya, keluarganya, temannya atau tetangganya menderita penyakit menular.
2. Pergi berobat atau membawa orang lain berobat ke Poskesdes/Pustu/Puskesmas bila terserang penyakit.
3. Memeriksa kehamilan secara teratur kepada petugas kesehatan.
4. Mengonsumsi tablet tambah darah semasa hamil dan nifas (bagi ibu hamil).
5. Makan-makanan yang beraneka ragam dan bergizi seimbang (terutama bagi perempuan termasuk pada saat hamil dan menyusui).
6. Mengonsumsi sayur dan buah setiap hari.
7. Menggunakan garam beryodium setiap kali memasak.
8. Menyerahkan pertolongan persalinan kepada tenaga kesehatan.
9. Mengonsumsi kapsul vitamin A bagi ibu nifas.
10. Memberi ASI eksklusif kepada bayinya (0-6 bulan).
11. Memberi makanan pendamping ASI.

12. Memberi kapsul vitamin A untuk bayi dan balita setiap bulan Februari dan Agustus.
13. Menimbang berat badan bayi dan balita secara teratur serta menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) atau Buku KIA (Kartu Ibu dan Anak) untuk memantau pertumbuhannya.
14. Membawa bayi/anak, ibu, dan wanita usia subur untuk diimunisasi.
15. Tersedianya oralit dan zinc untuk penanggulangan Diare.
16. Menyediakan rumah dan/atau kendaraannya untuk pertolongan dalam keadaan darurat (misalnya untuk ibu bersalin, ambulan, dan lain-lain).
17. Menghimpun dana masyarakat desa untuk kepentingan kesehatan, termasuk bantuan bagi pengobatan dan persalinan.
18. Menjadi peserta (akseptor) aktif keluarga berencana.
19. Menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari
20. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
21. Menggunakan jamban sehat
22. Mengupayakan tersedianya sarana sanitasi dasar lain dan menggunakannya.
23. Memberantas jentik-jentik nyamuk.
24. Mencegah terjadinya pencemaran lingkungan, baik di rumah, desa/kelurahan maupun di lingkungan pemukiman.
25. Melakukan aktivitas fisik setiap hari.
26. Tidak merokok, minum minuman keras, madat, dan menyalahgunakan napza serta bahan berbahaya lain.

27. Memanfaatkan UKBM, Poskesdes, Pustu, Puskesmas atau sarana kesehatan lain.
28. Pemanfaatan pekarangan untuk taman obat keluarga (TOGA) dan warung hidup di halaman masing-masing rumah atau secara bersama-sama (kolektif)
29. Melaporkan kematian.
30. mempraktikkan PHBS lain yang dianjurkan.

Untuk mengukur keberhasilan pembinaan PHBS di Rumah Tangga digunakan 10 (sepuluh) perilaku yang merupakan indikator yaitu; (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, (2) memberi ASI eksklusif kepada bayi, (3) menimbang berat badan balita, (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, (6) menggunakan jamban sehat, (7) memberantas jentik nyamuk, (8) konsumsi sayur dan buah setiap hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari, (10) tidak merokok di dalam rumah.

5.2 Pengembangan Desa Siaga

Pengembangan Desa Siaga Aktif merupakan program lanjutan dan akselerasi dari program Pengembangan Desa Siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006. Pengembangan Desa Siaga Aktif dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat, yaitu upaya memfasilitasi proses belajar masyarakat desa dalam memecahkan masalah-masalah kesehatannya. Oleh karena itu program ini memerlukan peran aktif dari berbagai pihak mulai dari pusat, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, sampai ke desa dan kelurahan.

1. Urusan Wajib Pemerintah Kabupaten/Kota

Bidang kesehatan yang berskala kabupaten dan kota merupakan salah satu urusan wajib untuk daerah kabupaten dan kota. Berkaitan dengan hal tersebut, Menteri Kesehatan telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten dan kota sebagai tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan daerah kabupaten dan kota. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) tersebut berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan targetnya. Salah satu target dalam SPM Kesehatan tersebut adalah cakupan Desa (dan Kelurahan) Siaga Aktif yang harus tercapai sebesar 80% pada tahun 2015. Dengan demikian, jajaran kesehatan di kabupaten dan kota mulai dari dinas kesehatan, Puskesmas sampai ke rumah sakit wajib memberikan fasilitasi dan rujukan, serta dukungan dana dan sarana bagi pengembangan Desa Siaga Aktif.

Pengembangan desa Siaga Aktif pada hakikatnya merupakan bagian dari urusan pemerintahan yang menjadi kewajiban dan kewenangan kabupaten dan kota yang diserahkan pengaturannya kepada desa dan kelurahan, dan menjadi tanggung jawab Pemerintahan Desa dan Pemerintahan Kelurahan. Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif harus tercakup dalam rencana pembangunan desa, baik dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa (RPJMD) dan Rencana Kerja Pembangunan Desa (RKP Desa). Mekanisme

perencanaan dan penganggarannya dibahas melalui forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa (Musrenbangdes). Sedangkan kegiatan-kegiatan dalam rangka pengembangan Kelurahan Siaga Aktif diusulkan melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kota.

2. Dukungan Kebijakan di Tingkat Desa

Pada tingkat pelaksanaan di desa, pengembangan Desa Siaga Aktif harus dilandasi minimal oleh Peraturan Kepala Desa yang tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

3. Integrasi dengan Program Pemberdayaan Masyarakat

Pengembangan Desa Siaga Aktif merupakan program pemberdayaan masyarakat, sehingga dalam pelaksanaan kegiatannya terintegrasi dengan program-program pemberdayaan masyarakat lain, baik yang bersifat nasional, sektoral maupun daerah. Salah satu contohnya adalah Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri. Integrasi pengembangan Desa Siaga Aktif ke dalam PNPM Mandiri merupakan sesuatu yang sangat penting, karena tujuan dari PNPM Mandiri memang sejalan dengan tujuan dari pengembangan Desa Siaga Aktif. Pada tingkat pelaksanaannya pengembangan Desa Siaga Aktif dapat bersinergi dengan program PNPM Mandiri yang ada untuk kegiatan-kegiatan di bidang kesehatan masyarakat.

5.3 Persiapan Pengembangan Desa Siaga

Menurut (Hartono et al., 2010), dalam rangka persiapan untuk pengembangan Desa Siaga Aktif perlu dilakukan sejumlah kegiatan yang meliputi: pelatihan fasilitator, pelatihan petugas kesehatan, analisis situasi perkembangan Desa Siaga Aktif, penetapan Kader Pemberdayaan Masyarakat, serta pelatihan Kader Pemberdayaan Masyarakat dan lembaga kemasyarakatan.

1. Pelatihan Fasilitator

- a. Dalam rangka pengembangan Desa Siaga Aktif diperlukan adanya fasilitator di kabupaten dan kota. Fasilitator Pengembangan Desa Siaga Aktif adalah Petugas Promosi Kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Dinas Kesehatan Kota yang ditunjuk/ditugasi dan tenaga lain dari program pemberdayaan masyarakat (seperti PNPM Mandiri), LSM, dunia usaha, atau pihak-pihak lain.
- b. Pelatihan Fasilitator diselenggarakan oleh Pemerintah Provinsi dengan materi pemberdayaan dan pengorganisasian masyarakat dalam pengembangan Desa Siaga Aktif.

2. Pelatihan Petugas Kesehatan

- a. Petugas kesehatan di kabupaten, kota, dan kecamatan adalah pembina teknis terhadap kegiatan UKBM-UKBM di desa dan kelurahan. Oleh sebab itu, kepada mereka harus diberikan pula bekal yang cukup tentang pengembangan Desa Siaga Aktif.

- b. Pelatihan bagi mereka dibedakan ke dalam 2 (dua) kategori berdasarkan kualifikasi pesertanya, yaitu: (1) Pelatihan Manajemen, dan (2) Pelatihan Pelaksanaan.
 - c. Pelatihan Manajemen diikuti oleh para Kepala Puskesmas dan pejabat pengelola program-program kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Materi pelatihan ini lebih ditekankan kepada konsep dan aspek-aspek manajerial dari pengembangan Desa Siaga Aktif.
 - d. Pelatihan Pelaksanaan diikuti oleh para petugas yang diserahi tanggung jawab membina Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (satu orang untuk masing-masing Puskesmas) dan para petugas kesehatan yang membantu pelaksanaan UKBM di desa atau kelurahan (misalnya bidan di desa). Materi pelatihan ini selain mencakup proses pengembangan Desa Siaga Aktif, lebih ditekankan kepada teknis pelayanan di Desa Siaga Aktif dan promosi kesehatan.
 - e. Pelatihan bagi petugas kesehatan diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan.
3. Analisa Situasi Perkembangan Desa Siaga Aktif
- a. Analisis situasi perkembangan Desa Siaga Aktif dilaksanakan oleh Fasilitator dengan dibantu pihak-pihak lain terkait.
 - b. Pelaksanaannya mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan, yang mengarah kepada evaluasi dan inventarisasi terhadap

desa-desa dan kelurahan-kelurahan dalam kaitannya dengan pengembangan Desa Siaga Aktif.

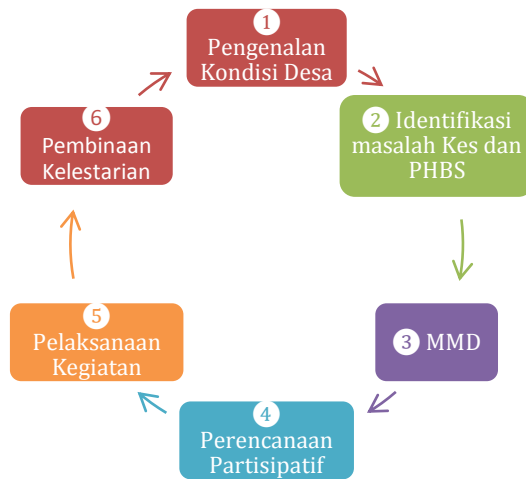
- c. Hasil evaluasi dan inventarisasi berupa daftar desa dan kelurahan yang dikelompokkan ke dalam kategori: (1) Desa yang belum digarap, (2) Desa Siaga Aktif Pratama, (3) Desa Siaga Aktif Madya, (4) Desa Siaga Aktif Purnama, dan (5) Desa Siaga Aktif Mandiri.
 - d. Daftar desa hasil evaluasi dan inventarisasi dilaporkan kepada Bupati atau Walikota dengan tembusan kepada: (1) Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Desa dan Kelurahan Siaga Tingkat Kabupaten/Kota, (2) Pokjanal Tingkat Provinsi, dan (3) Pokjanal Tingkat Pusat.
4. Penetapan Kader Pemberdayaan Masyarakat
- a. Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) adalah anggota masyarakat desa yang memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif di desa.
 - b. KPM merupakan tenaga penggerak di desa yang akan disertai tugas pendampingan di desa atau kelurahan dalam rangka pengembangan Desa Siaga Aktif.

Tabel berikut menggambarkan tentang beberapa perbedaan pentahapan kriteria desa siaga aktif menurut (Hartono et al., 2010) sebagai dasar pemberdayaan kelompok masyarakat. Pentahapan ini diperlukan agar fokus pemberdayaan sesuai dengan sasaran desa siaga yang akan dicapai.

Tabel 5.1 : Pentahapan Desa Siaga Aktif

No	Kriteria	Pentahaan Desa Siaga Aktif			
		Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1	Forum Desa	Ada tapi belum berjalan	Ada tapi belum berjalan secara rutin	Berjalan tiap triwulan	Berjalan tiap bulan
2	Kader Pemberdayaan Masyarakat	Ada 2 orang	Ada 3-5 orang	Ada 6-8 orang	Ada lebih dari 9 orang
3	Kemudahan akses layanan kesehatan dasar	Ya	Ya	Ya	Ya
4	Posyandu dan UKBM	Posyandu aktif, UKBM tidak	Posyandu aktif, UKBM hanya 2 yang aktif	Posyandu aktif, UKBM 3 yang aktif	Posyandu aktif, UKBM ada 4 yang aktif
5	Dukungan dana	Dari ADD	Dari ADD dan 1 sumber lain	Dari ADD dan 2 sumber lain	Dari ADD dan 2 sumber lainnya
6	Peran serta masyarakat dan Ormas	Masyarajat aktif, Ormas belum	Masyarakat aktif dan 1 Ormas	Masyarakat Aktif dan 2 Ormas	Masyarakat aktif dan lebih dari 2 Ormas aktif
7	Perdes	Belum	Ada, realisasi belum	Ada dan sudah direalisasikan	Ada dan sudah direalisasikan
8	PHBS	< 20% Ruta	20% Ruta	40% Ruta	70% Ruta

Berikut siklus pemecahan masalah kesehatan oleh masyarakat disadur dari (Hartono et al., 2010)



Gambar 5.1 : Siklus Pemecahan Masalah Kesehatan Oleh Masyarakat

Pengenalan kondisi desa bisa diketahui dari laporan tahunan hasil kegiatan dan/atau profil desa. Profil ini berisi data dan informasi yang bisa dipakai fasilitator untuk mengetahui kesenjangan atau target yang tidak tercapai. Kesenjangan tersebut dilist dalam bentuk identifikasi masalah khususnya masalah kesehatan dan masalah capaian PHBS. Fasilitator juga bisa menggunakan hasil survei mawas diri yang dilakukan oleh kader di masing-masing RT untuk seluruh desa.

Hasil catatan permasalahan kemudian diagendakan untuk MMD (musyawarah masyarakat desa) yang tujuannya memilih masalah prioritas dan menentukan perencanaan dan pelaksanaan tindakan serta TOR-nya (*Term of Reference*). Didalam TOR sudah tersirat, masalah, tujuan, indikator hasil, penanggung jawab, jenis kegiatan, sasaran, pendanaan dan waktu kegiatan.

Proses selanjutnya adalah melaksanakan hasil musyawarah dan/atau melaksanakan TOR sesuai hasil notulen rapat dan dimonitoring terus-menerus oleh fasilitator. Hasil monitoring dipakai untuk melakukan evaluasi dan pembinaan terus menerus agar kegiatan pemberdayaan masyarakat berjalan aktif.

Fasilitator bisa membuat checklist monitoring dan instrumen untuk mengukur keberhasilan dari kegiatan. Untuk memudahkan kegiatan monitoring dan evaluasi (Monev), bisa disepakati waktu Monev bisa triwulanan, semesteran atau tahunan tergantung berat ringannya masalah. Sebaiknya kegiatan Monev sudah tersurat di dalam TOR.

Hasil dari kegiatan monitoring dan evaluasi berupa penilaian apakah kegiatan yang mencakup delapan indikator desa siaga sudah diterapkan dengan baik. Selain delapan indikator juga Monev menilai apakah indikator input, proses, output dan outcome dari pelaksanaan desa atau kelurahan siaga targetnya tercapai. Kegiatan Monev juga untuk memperoleh peta resiko kemungkinan terjadinya permasalahan dalam pelaksanaan desa siaga.

5.4 Penyelenggaraan Desa Siaga

Kepala Desa dan Perangkat Desa lainnya bersama Badan Permusyawaratan Desa (BPD) adalah aparatur penyelenggara pemerintahan desa. Oleh karena itu, kegiatannya adalah memfasilitasi/memberikan dukungan dalam menyelenggarakan pengembangan Desa Siaga/kelurahan Aktif, yang merupakan tugas dari Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) dan kader kesehatan.

Sesuai kaidah akuntabilitas kinerja pemerintah desa, keberadaan desa/kelurahan siaga aktif merupakan salah satu indikator kinerja utama yang harus dilaporkan kepada BPD (Badan Permusyawaratan Desa), Camat dan atau publik (masyarakat). Oleh karenanya keberadaan desa siaga merupakan program utama unggulan bagi pemerintah desa/kelurahan di bidang pembangunan kesehatan, disamping indikator kesehatan lainnya.

Bentuk fasilitasi dan dukungan antara lain; penganggaran dalam alokasi dana desa, persiapan sarana dan prasarana, penunjukkan kader, koordinasi dengan pihak Puskesmas untuk melaksanakan pelatihan kader pemberdayaan masyarakat, mengeluarkan surat keputusan atau penetapan sebagai desa siaga aktif, membuat perencanaan kegiatan, melaksanakan kegiatan dan pemantauan PHBS di masing-masing rumah tangga.

BAB 6 : PEMODELAN VARIABEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENYELENGGARAN DESA SIAGA

6.1 Variabel penelitian

Variabel penelitian sebagai prediktor pemodelan pemberdayaan masyarakat berbasis kemandirian dalam penyelenggaraan desa siaga adalah; modal fisik (X_1), modal manusia (X_2), modal sosial (X_3) dan Keberdayaan masyarakat (X_4)(Suparji, Nugroho, & Sunarto, 2018) adalah sebagai berikut :

Tabel 6.1 : Variabel penelitian

Variabel			Indikator
X1	Modal Fisik	X1.1	Sarana dan prasarana kesehatan
		X1.2	Sarana dan prasarana komunikasi
		X1.3	Sarana dan prasarana transportasi
X2	Modal Manusia	X2.1	Tingkat pendidikan dan pengalaman pelatihan
		X2.2	Tingkat kesehatan
		X2.3	Kemampuan membangun interaksi
X3	Modal Sosial	X3.1	Jaringan sosial/kerja
		X3.2	Tingkat kepercayaan antara sesama
		X3.3	Ketaatan terhadap norma
		X3.4	Kepedulian terhadap sesama
		X3.5	Keterlibatan dalam kegiatan
Y1	Keberdayaan Masyarakat	Y1.1	Kemampuan identifikasi dan pengembangan potensi
		Y1.2	Kemampuan identifikasi dan memprioritaskan masalah
		Y1.3	Kemampuan merencanakan dan memecahkan masalah
Y2	Keberhasilan Desa Siaga	Y2.1	Kesegeraan dalam perencanaan kegiatan Desa Siaga
		Y2.2	Keteraturan dalam pelaksanaan Desa Siaga
		Y2.3	Keberlanjutan dalam pelaksanaan kegiatan Desa Siaga.

6.2 Teknik dan instrumen pengumpulan data

Seluruh data dari kelima konstruk (variabel laten) dikumpulkan melalui pengisian kuesioner dengan tipe diferensial semantik dengan rentang 0 sampai dengan 10. Dengan demikian, disediakan 5 set kuesioner, yang masing-masing set berisi item-

item sebagai instrumen untuk mengukur indikator-indikator dari setiap variabel laten.

Dalam penelitian ini dilakukan pengukuran validitas terhadap instrumen sebelum disebarkan kepada responden. Dalam hal ini, ada dua tipe validitas yang diuji yaitu validitas isi dan validitas konstruk. Validitas isi diuji dalam beberapa langkah sebagai berikut:

1. Selalu merujuk kepada literatur yang relevan dan mutakhir, terutama dari artikel di jurnal internasional
2. Merujuk kepada pakar yang relevan dalam bidang pemberdayaan masyarakat dan model teori yang digunakan. Dalam hal ini dipilih pakar dari lembaga ilmiah yaitu "*Communication and Social Dynamics*" (CSD)
3. Melakukan *focused group discussion* (FGD) dengan para pelaksana dan pembina penyelenggaraan Desa Siaga.

Validitas konstruk diuji menggunakan teknik korelasi *Product moment* dari *Pearson*. Skor item yang berkorelasi secara signifikan dengan skor total indikator dinyatakan valid. Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menyatakan seberapa jauh suatu pengukuran tanpa penyimpangan (*error free*), sehingga memberikan konsistensi pengukuran. Reliabilitas alat ukur menunjukkan intensitas dari hasil pengukuran, sekiranya alat yang sama tersebut digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang sama atau berlainan. Dalam penelitian ini pengukuran reliabilitas alat ukur diuji dengan menggunakan pendekatan *Alpha Cronbach*. Jika

koefisien korelasi dari *Alpha Cronbach* >0,60 maka disimpulkan bahwa satu set kuesioner dari sebuah indikator dinyatakan valid (Kuntoro, 2011). Hasil pengujian validitas dan reliabilitas instrumen pengumpulan data disajikan pada tabel berikut :

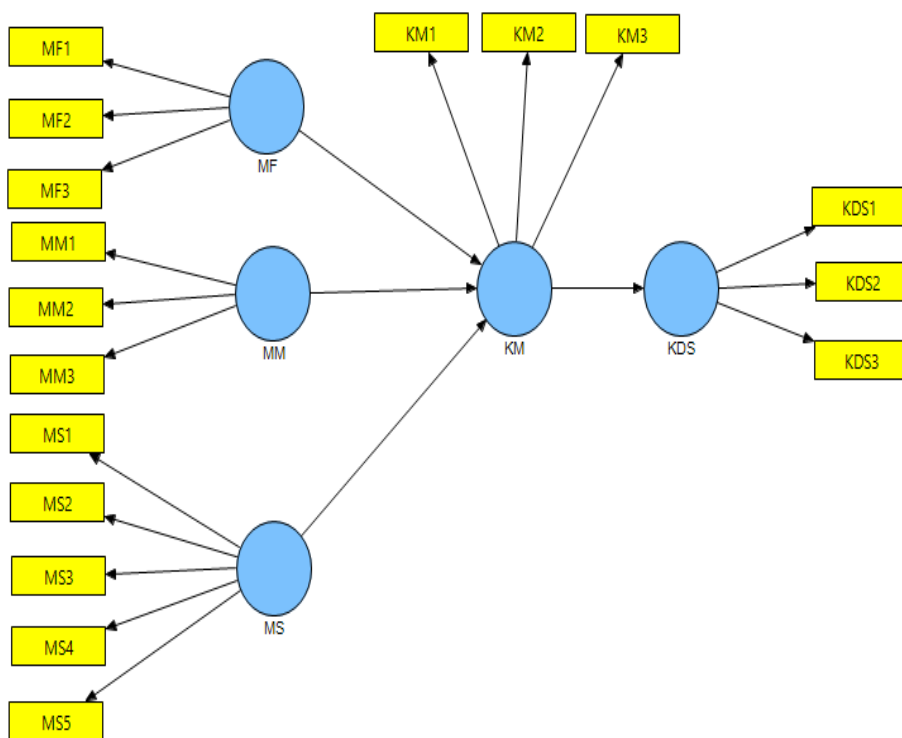
Tabel 6.2 : Uji validitas instrumen

No	Konstruk	Indikator	Item	Validitas		Reliabilitas	
				Nilai p dari Korelasi Item-Total	Kesimpulan	Koefisien Cronbach's Alpha	Kesimpulan
1	MF	MF1	MF1a	0,000	Valid	0,892	Reliabel
			MF1b	0,000	Valid		
		MF2	MF2a	0,000	Valid	0,873	Reliabel
			MF2b	0,000	Valid		
		MF3	MF3a	0,000	Valid	0,860	Reliabel
			MF3b	0,000	Valid		
2	MM	MM1	MM1a	0,000	Valid	0,790	Reliabel
			MM1b	0,000	Valid		
		MM2	MM2a	0,000	Valid	0,897	Reliabel
			MM2b	0,00	Valid		
		MM3	MM3a	0,000	Valid	0,965	Reliabel
			MM3b	0,000	Valid		
3	MS	MS1	MS1a	0,000	Valid	0,933	Reliabel
			MS1b	0,000	Valid		
		MS2	MS2a	0,000	Valid	0,960	Reliabel
			MS2b	0,000	Valid		
		MS3	MS3a	0,000	Valid	0,957	Reliabel
			MS3b	0,000	Valid		
		MS4	MS4a	0,000	Valid	0,933	Reliabel
			MS4b	0,000	Valid		
		MS5	MS5a	0,000	Valid	0,941	Reliabel
			MS5b	0,000	Valid		
4	KM	KM1	KM1a	0,000	Valid	0,956	Reliabel
			KM1b	0,000	Valid		
		KM2	KM2a	0,000	Valid	0,949	Reliabel
			KM2b	0,000	Valid		
		KM3	KM3a	0,000	Valid	0,954	Reliabel
			KM3b	0,000	Valid		
5	KDS	KD1	KD1a	0,000	Valid	0,28	Reliabel
			KD1b	0,000	Valid		
		KD2	KD2a	0,000	Valid	0,965	Reliabel
			KD2b	0,000	Valid		
		KD3	KD3a	0,000	Valid	0,963	Reliabel
			KD3b	0,000	Valid		

Keterangan: Valid jika nilai p <0,05, Reliabel jika koefisien *Cronbach's Alpha* >0,600

6.3 Kerangka Analisis Jalur Pemodelan

Kerangka analisis jalur yang digunakan sebagai pemodelan pemberdayaan masyarakat berbasis kemandirian dalam penyelenggaraan desa siaga yang menjadi pedoman dalam proses analisis data baik pada tahap analisis model pengukuran maupun model struktural disajikan pada Gambar berikut :



Keterangan:

MF = Modal Fisik

MM = Modal Manusia

MS = Modal Sosial

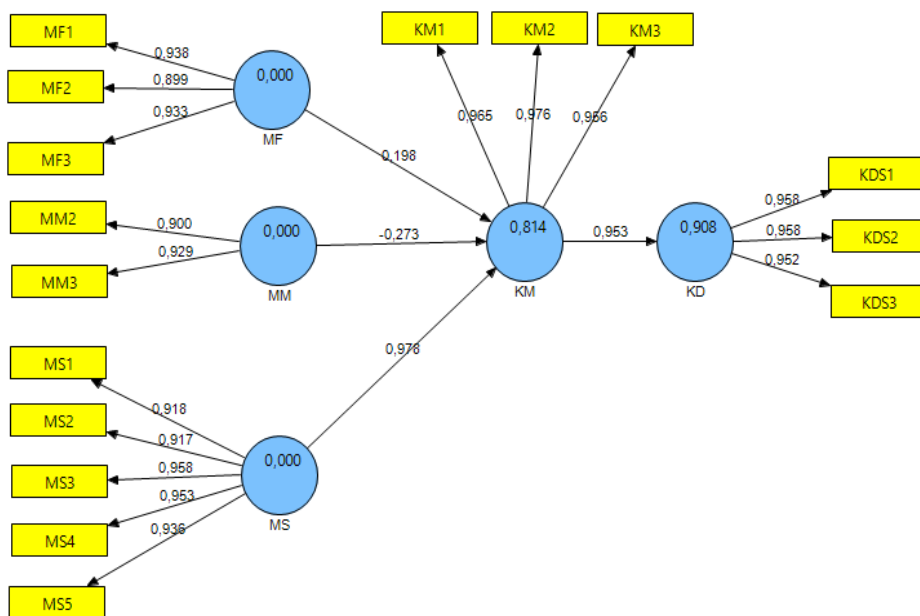
KM = Keberdayaan Masyarakat

KDS = Keberhasilan Desa Siaga

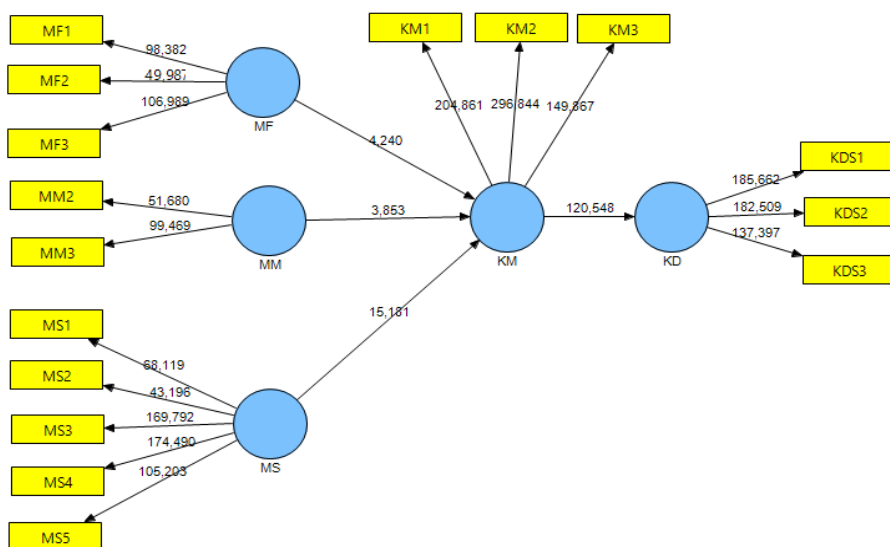
Gambar 6.1 Kerangka Analisis Menggunakan *Structural Equation Modeling*

6.4 Gambaran indikator konstruk dari model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga

Hasil analisis model pengukuran (*outer model*) yang menunjukkan validitas dan reliabilitas masing-masing indikator dari konstruk, setelah indikator MM1 (tingkat pendidikan dan pelatihan) dikeluarkan dari model. Validitas konstruk diukur berdasarkan nilai *factor loading* dari masing-masing indikator terhadap konstruk yang diukurnya (*outer loading*), sebagaimana ditampilkan pada gambar dan tabel berikut :



(a) Factor Loading dan Path Coefficient



(a) T-Statistics

Gambar 6.2 Hasil Analisis SEM Tahap Kedua

Nilai Hasil Konvergen Pada Penelitian Pengembangan Model Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Kemandirian Dalam penyelenggaraan Desa Siaga tahap kedua sebagai berikut :

Variabel			Outer Loading	Ketr
MF	MF1	Sarana dan prasarana kesehatan	0,937895	Valid
	MF2	Sarana dan prasarana komunikasi.	0,898903	Valid
	MF3	Sarana dan prasarana Transportasi	0,933391	Valid
MM	MM2	Tingkat Kesehatan	0,899733	Valid
	MM3	Kemampuan Membangun Interaksi	0,929015	Valid
MS	MS1	Jaringan sosial/kerja	0,918233	Valid
	MS2	Tingkat kepercayaan antara sesama	0,916590	Valid
	MS3	Ketaatan terhadap norma	0,958094	Valid
	MS4	Kepedulian terhadap sesama	0,952538	Valid
	MS5	Keterlibatan dalam aktivitas organisasi sosial	0,935820	Valid
KM	KM1	Kemampuan dalam mengidentifikasi dan mengembangkan potensi	0,965080	Valid

	KM2	Kemampuan dalam mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah	0,975781	Valid
	KM3	Kemampuan dalam merencanakan dan melaksanakan pemecahan masalah	0,955823	Valid
	KD1	Kesegeraan dalam melakukan perencanaan kegiatan Desa siaga	0,957883	Valid
KDS	KD2	Keteraturan dalam pelaksanaan desa siaga.	0,957901	Valid
	KD3	Keberlanjutan dalam pelaksanaan kegiatan desa siaga.	0,952423	Valid

Gambar 6.2 dan Tabel di atas memberikan gambaran bahwa seluruh indikator yang tersisa memiliki nilai *factor loading* >0,7000; sehingga bisa diinterpretasikan bahwa seluruh indikator tersebut bisa menjadi ukuran yang valid bagi masing-masing konstruk yang diukurnya. Dengan demikian bisa dilakukan analisis lebih lanjut untuk interpretasi hasil pengujian reliabilitas dari setiap set indikator untuk mengukur konstruk masing-masing, berdasarkan nilai *cross loading*, serta *average variance extracted* (AVE), *composite reliability*, dan *Cronbachs Alpha* sebagaimana ditampilkan pada Tabel 6.3 berikut ini.

Tabel 6.3 *Cross Loading* Pada Penelitian Pengembangan Model Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Kemandirian Dalam penyelenggaraan Desa Siaga.

	MF	MM	MS	KM	KDS
MF1	0,9379	0,6444	0,63363	0,65052	0,63465
MF2	0,8989	0,676	0,56054	0,48935	0,49715
MF3	0,93339	0,70817	0,67337	0,66671	0,61077
MM2	0,62749	0,89973	0,64431	0,56376	0,55665
MM3	0,70442	0,92902	0,84505	0,66492	0,6324
MS1	0,63379	0,7974	0,91823	0,75551	0,71091

MS2	0,67018	0,87077	0,91659	0,72404	0,7107
MS3	0,61714	0,76418	0,95809	0,84825	0,79294
MS4	0,62043	0,72008	0,95254	0,89302	0,87437
MS5	0,6457	0,72542	0,93582	0,90626	0,8822
KM1	0,63328	0,65179	0,88569	0,96508	0,90132
KM2	0,63388	0,65062	0,87284	0,97578	0,91879
KM3	0,65097	0,65459	0,81137	0,95582	0,94053
KDS1	0,59527	0,58756	0,80773	0,93045	0,95788
KDS2	0,63488	0,68844	0,82046	0,91715	0,9579
KDS3	0,59338	0,59585	0,8222	0,88421	0,95242

Tabel 6.3 menunjukkan bahwa seluruh “koefisien korelasi antara indikator dengan konstruk yang diukurnya” lebih besar daripada “koefisien korelasi antara indikator dengan konstruk lain”. Dengan demikian bisa diinterpretasikan bahwa berdasarkan nilai *cross loading* pada analisis tahap kedua, seluruh indikator reliabel untuk mengukur konstruk masing-masing.

Hasil *Composite Reliability* dan *Cronbachs Alpha* pada penelitian pengembangan model pemberdayaan masyarakat berbasis kemandirian dalam penyelenggaraan desa siaga sebagaimana tabel berikut :

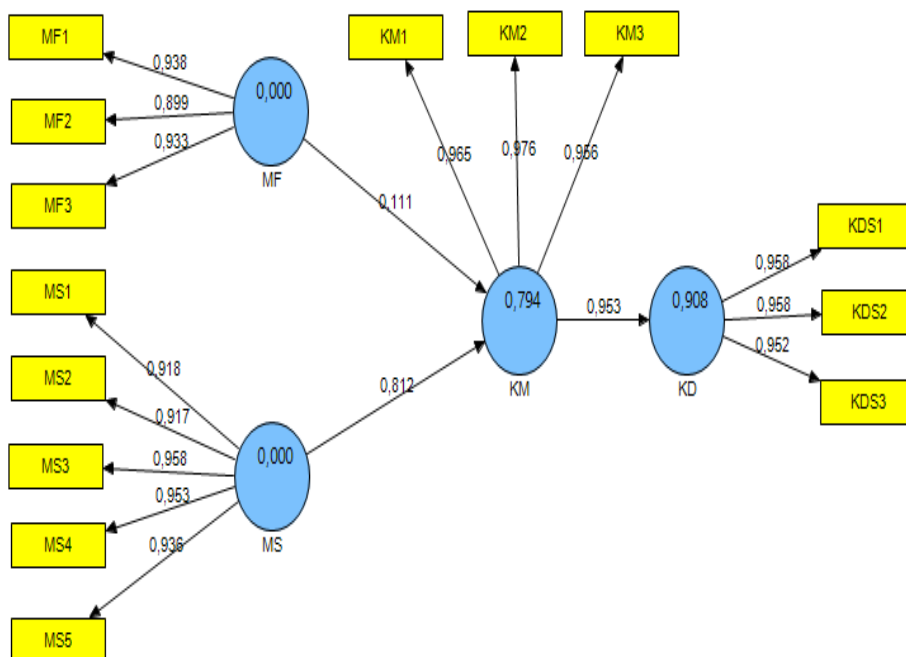
Variabel	<i>Composite Reliability</i>	<i>Cronbachs Alpha</i>	<i>Keterangan</i>
MF	0,945643	0,914581	Reliabel
MM	0,910829	0,805517	Reliabel
MS	0,972673	0,964924	Reliabel
KM	0,976393	0,963699	Reliabel
KDS	0,969618	0,953007	Reliabel

Tabel di atas menunjukkan bahwa masing-masing konstruk memiliki nilai *Average Variance Extracted* (AVE) >0,5; memiliki nilai *composite reliability* >0,7000; serta nilai *Cronbach Alpha* >0,7000. Dengan demikian bisa diinterpretasikan bahwa berdasarkan nilai dari ketiga batasan tersebut, seluruh indikator reliabel untuk mengukur konstruk masing-masing.

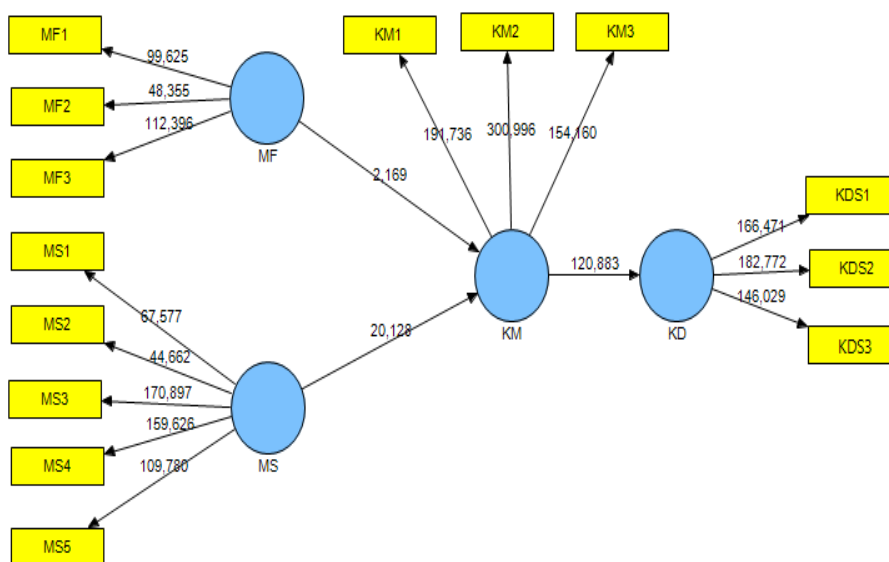
Telah dijelaskan pada bagian sebelumnya (*outer model*) bahwa seluruh indikator telah diinterpretasikan valid dan reliabel untuk mengukur konstruk masing-masing. Dengan demikian, seluruh indikator tersebut bisa dimasukkan ke dalam analisis model struktural (*inner model*) yang menjelaskan tentang jalur-jalur pengaruh antar konstruk dalam model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga yang akan dikembangkan, sebagaimana disajikan pada gambar dan tabel berikut :

Variabel	<i>Path coefficients</i>	<i>t-statistic</i>	Keterangan
Pengaruh Structural MF terhadap KM	0,197744	2,243644	Signifikan
Pengaruh Structural MM terhadap KM	-0,272991	3,853	Tidak Signifikan
Pengaruh Structural MS terhadap KM	0,97768	20,843121	Signifikan
Pengaruh Structural KM terhadap KDS	0,952826	113,24964	Signifikan

Tabel di atas menunjukkan bahwa ada satu jalur pengaruh yang memiliki arah negatif yaitu jalur pengaruh modal manusia (MM) terhadap keberdayaan masyarakat (KM) dengan nilai nilai *path coefficient* = -0,111. Nilai koefisien dengan arah negatif ini menunjukkan bahwa semakin tinggi modal manusia maka semakin rendah tingkat keberdayaan masyarakat. Hal ini bertentangan dengan teori-teori yang telah *established*, sehingga jalur pengaruh ini bisa dihapus dari model yang dikembangkan. Dengan demikian, dibutuhkan analisis tahap ketiga dengan menghapus konstruk modal manusia dari dalam model struktural yang dikembangkan. Hasil analisis jalur tahap ketiga sebagaimana gambar 6.3 berikut :



(a) Factor Loading dan Path Coefficient



(a) T-Statistics

Gambar 6.3 Hasil Analisis SEM Tahap Ketiga

Hasil *Uji Hipotesis* Pada Penelitian Pengembangan Model Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Kemandirian Dalam penyelenggaraan Desa Siaga Bidang Kesehatan sebagaimana tabel berikut :

Variabel	Path coefficients	t-statistic	p-value	Ketr
Pengaruh Structural MF terhadap KM	0,197744	2,243644	0,110568	Signifikan
Pengaruh Structural MS terhadap KM	0,97768	20,843121	0,812288	Signifikan
Pengaruh Structural KM terhadap KDS	0,952826	113,24964	0,952891	Signifikan

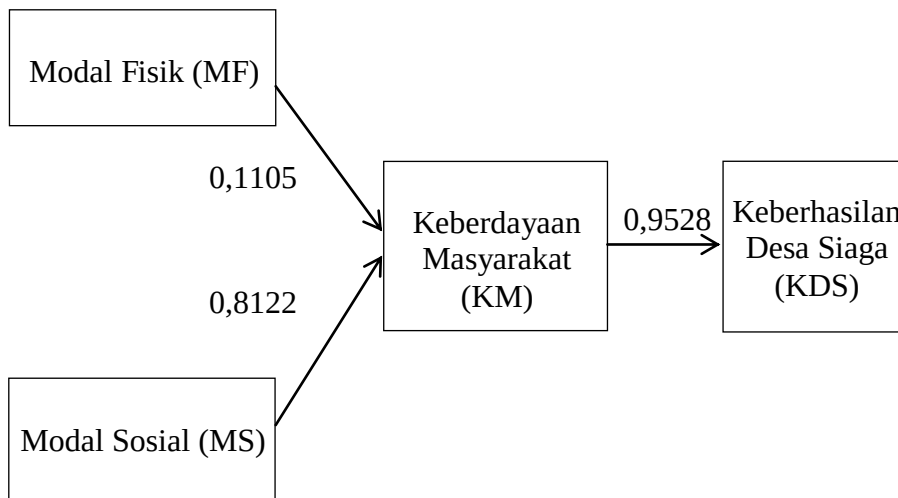
Selanjutnya disajikan tentang efek langsung, efek tak langsung dan efek total untuk setiap jalur pengaruh antar konstruk dalam pemodelan tahap ketiga sebagai model yaitu :

Tabel 6.4 : gambaran efek setiap jalur pemodelan

No	Jalur Pengaruh antar Konstruk	Efek Langsung	Efek Tak Langsung	Efek Total
1	MF → KM	0,110568		0,110568
2	MS → KM	0,812288		0,812288
3	MF → KDS		0,105360	0,105360
4	MS → KDS		0,774022	0,774022
5	KM → KDS	0,952891		0,952891

Tabel di atas tampak bahwa faktor yang paling berperan dalam keberhasilan desa siaga adalah keberdayaan masyarakat (efek langsung sebesar 0,95), disusul pada urutan kedua yaitu modal sosial (efek langsung sebesar 0,81). Sedangkan modal fisik hanya berpengaruh sangat kecil hanya 0,11.

Berdasarkan keseluruhan hasil analisis di atas, selanjutnya digambarkan hasil pengembangan model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga sebagaimana gambar berikut :



Gambar 6.4: Model Pemberdayaan Masyarakat dalam Penyelenggaraan Desa Siaga

6.5 Pengaruh Variabel Modal Sosial dan Keberdayaan Masyarakat terhadap Keberhasilan Penyelenggaraan Desa Siaga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh konstruk dalam model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga memiliki nilai rendah menurut penilaian para pelaksana desa siaga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh indikator dari modal fisik masih dirasakan rendah oleh para pelaksana desa siaga, baik dari segi sarana dan prasarana kesehatan, sarana dan prasarana komunikasi, serta sarana dan prasarana transportasi. Ini menunjukkan bahwa fasilitas fisik yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan desa siaga masih belum memadai. Kondisi ini kurang menguntungkan, karena dalam manajemen penyelenggaraan desa siaga, fasilitas fisik merupakan salah satu komponen *input* yang menjadi syarat bagi terselenggaranya program desa siaga (Cholisin, 2011).

Dari hasil penelitian diketahui bahwa seluruh indikator dari modal manusia masih dirasakan kurang oleh para pelaksana desa siaga, baik dari segi tingkat pendidikan dan pengalaman pelatihan, tingkat kesehatan, serta kemampuan membangun interaksi. Ini menunjukkan bahwa kualitas sumberdaya manusia sebagai pelaku dari program desa siaga masih kurang memadai. Kondisi ini perlu mendapat perhatian karena dalam manajemen penyelenggaraan desa siaga, sumberdaya manusia khusus para pelaksana desa siaga di masyarakat merupakan salah satu komponen *input* yang menjadi syarat bagi terselenggaranya program desa siaga. Sumberdaya manusia ini pada gilirannya akan berperan dalam proses penyelenggaraan desa siaga sehingga akan sangat menentukan bagi keberhasilan penyelenggaraan desa siaga. (Depkes RI, 2006)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh indikator dari modal sosial yakni jaringan sosial/kerja, tingkat kepercayaan antara sesama, ketaatan terhadap norma, kepedulian terhadap sesama, dan keterlibatan dalam pelaksanaan kegiatan masih dirasakan rendah oleh para pelaksana desa siaga. Kondisi ini kurang menguntungkan karena dalam manajemen penyelenggaraan desa siaga, modal sosial dari para pelaksana desa siaga merupakan *softskills* yang harus dikuasai dan dijalankan oleh mereka. *Softskill* memegang peran penting bagi keberhasilan dalam pelaksanaan kegiatan terutama yang melibatkan penampilan kerja di dalam team, termasuk dalam penyelenggaraan desa siaga. Untuk menjamin keberhasilan penyelenggaraan desa siaga para

pelaksana desa siaga tidak bisa hanya mengandalkan *hardskills* saja seperti pengetahuan atau keterampilan, tetapi juga harus diimbangi dengan *softskill* yang kuat seperti kelima komponen modal sosial sebagaimana disebutkan di atas. (Wallerstein, N., 2006)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh indikator dari keberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga yakni kemampuan identifikasi dan pengembangan potensi, kemampuan identifikasi dan memprioritaskan masalah, serta kemampuan merencanakan dan memecahkan masalah masih dirasakan rendah oleh para pelaksana desa siaga. Ketiga komponen di atas mencerminkan kualitas dari proses penyelenggaraan desa siaga. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa proses penyelenggaraan desa siaga di Kecamatan Panekan masih dirasakan kurang baik oleh para pelaksana desa siaga setempat. Kondisi ini perlu mendapatkan perhatian yang serius karena dalam manajemen penyelenggaraan program, termasuk program desa siaga, kualitas tahapan proses dalam suatu manajemen merupakan penentu bagi kualitas output dan outcome dari kegiatan manajemen terkait. Dengan kata lain, lemahnya proses penyelenggaraan desa siaga akan menjadi hambatan bagi keberhasilan pencapaian tujuan dari penyelenggaraan desa siaga tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh indikator dari keberhasilan desa yaitu tingkat kesegeraan, tingkat keteraturan, dan tingkat keberlanjutan dalam pelaksanaan kegiatan desa masih dirasakan rendah oleh para pelaksana desa siaga. Hal ini sesuai

dengan hasil diskusi dengan para pembina desa siaga di Puskesmas Panekan Kabupaten Magetan bahwa secara umum penyelenggaraan desa siaga di Kecamatan Panekan masih belum optimal, meskipun lembaga desa siaga masih tetap eksis. Hal ini ditandai dengan perkembangan UKBM yang masih statis, serta belum ada peningkatan level desa siaga, dalam hal ini semua desa siaga di Kecamatan Panekan masih berada pada level Desa Siaga Pratama. Kondisi ini perlu mendapatkan perhatian dari segala pihak, karena ketidakberhasilan ini dapat menjadi ancaman bagi kelangsungan penyelenggaraan program desa siaga di Kecamatan Panekan khususnya dan Kabupaten Magetan pada umumnya (Puskesmas Panekan, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada empat variabel yang terlibat dalam model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga, yaitu modal fisik, modal manusia, keberdayaan masyarakat, dan keberhasilan desa siaga. Dalam hal ini, modal fisik dan modal sosial berperan sebagai determinan langsung bagi keberdayaan masyarakat, selanjutnya keberdayaan masyarakat berperan sebagai determinan langsung bagi keberhasilan desa siaga. Dengan kata lain, modal fisik dan modal sosial merupakan determinan tidak langsung bagi keberhasilan desa siaga melalui pemberdayaan masyarakat.

Berdasarkan uraian di atas, dapat dikatakan bahwa keberdayaan masyarakat dipengaruhi oleh dua determinan secara simultan yaitu modal fisik dan modal sosial. Dalam hal ini, modal sosial memiliki pengaruh yang sangat kuat, sedangkan di sisi lain,

modal fisik memiliki pengaruh yang sangat lemah. Modal sosial sebagai komponen *input* yang bersifat *intangible* (tidak berwujud) terbukti memiliki peran lebih dominan bagi keberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga. Hasil penelitian ini sangat beralasan, karena dalam ilmu manajemen sumberdaya manusia telah dikenal komponen *softskills* yang sangat besar perannya dalam mewujudkan kinerja sumberdaya manusia dalam organisasi.

Jika dicermati dengan seksama, tampak bahwa indikator-indikator dari modal sosial dalam penelitian ini yakni jaringan sosial, tingkat kepercayaan antara sesama, ketaatan terhadap norma, kepedulian terhadap sesama, dan keterlibatan dalam pelaksanaan kegiatan merupakan bagian dari *softskills* yang harus dikuasai oleh Kader Pemberdayaan Masyarakat Desa Siaga (KPM-Desa Siaga)(Suparji et al., 2018).

Sementara itu, meskipun modal fisik juga berpengaruh secara signifikan terhadap keberdayaan masyarakat, namun pengaruh ini sangat lemah. Ini menunjukkan bahwa modal fisik sebagai salah satu komponen *input* yang bersifat *tangible* (komponen yang berwujud) dalam manajemen memiliki peran yang lebih lemah dibandingkan dengan komponen yang bersifat *intangible*(Sinaga & Hadiati, 2001). Salah satu referensi ternama dalam bidang manajemen kualitas menyatakan bahwa dari lima dimensi utama kualitas layanan hanya ada satu yang bersifat *tangible*, sedangkan selebihnya bersifat *intangible* yaitu dimensi reliabilitas, jaminan, daya tanggap, serta empati (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Terkait dengan pernyataan ini, maka modal sosial perlu mendapatkan prioritas untuk

dikembangkan lebih lanjut dengan tidak mengabaikan faktor modal fisik (Suparji et al., 2018).

Telah dijelaskan di atas bahwa keberdayaan masyarakat merupakan determinan langsung bagi keberhasilan desa siaga, dengan pengaruh sangat kuat. Dalam hal ini, semakin tinggi keberdayaan masyarakat maka akan semakin besar peluang untuk mencapai keberhasilan penyelenggaraan desa siaga (Sulaeman, 2012). Dengan demikian, langkah strategis untuk mewujudkan pencapaian tujuan desa siaga adalah melalui upaya pemberdayaan masyarakat khususnya para kader pemberdayaan masyarakat desa siaga. Keberdayaan masyarakat ini merupakan cerminan dari kualitas pada tahap proses dalam manajemen penyelenggaraan desa siaga (Sutarso et al., 2018). Hubungan kausalitas ini relevan dengan prinsip-prinsip manajemen bahwa tanpa proses yang baik maka tidak mungkin didapatkan *output* yang baik. Dengan kata lain, tanpa keberdayaan para pelaksana desa siaga maka tidak akan terwujud keberhasilan program desa siaga (Suparji et al., 2018).

Berdasarkan nilai efek total dari modal fisik, modal sosial dan keberdayaan masyarakat terhadap keberhasilan desa siaga baik secara langsung maupun tidak langsung, terlihat bahwa keberdayaan masyarakat merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan desa siaga, yang ditandai dengan efek total sangat kuat. Dengan demikian, bisa dikatakan bahwa keberdayaan masyarakat merupakan faktor kunci atau determinan utama bagi keberhasilan desa siaga. Seluruh indikator dari keberdayaan masyarakat yaitu kemampuan mengidentifikasi

masalah, kemampuan mengembangkan potensi, kemampuan merencanakan kegiatan, memprioritaskan masalah, dan kemampuan memecahkan masalah sangat berpengaruh dalam keberhasilan pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga (Hartono et al., 2010).

Pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga sebagai obyek penelitian ini merupakan salah satu bentuk program pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, sehingga meskipun secara khusus kesimpulan penelitian ini hanya berlaku untuk bagi pemberdayaan masyarakat dalam kerangka program desa siaga, namun model ini bisa digunakan sebagai acuan untuk menjelaskan pemberdayaan masyarakat secara umum, yang tentunya masih harus diverifikasi melalui penelitian.

Untuk rencana ke depan, model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga ini akan diusulkan kepada pihak penyusun kebijakan untuk diterapkan dalam upaya mendukung terwujudnya keberhasilan penyelenggaraan desa siaga, sekaligus sebagai penerapan model yang bersifat rintisan. Jika rintisan ini berhasil, akan dilakukan perbaikan-perbaikan dan dilanjutkan pada rencana tahap kedua yaitu mengusulkan implementasi model pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga dengan wilayah yang lebih luas.

Hasil penelitian pemodelan desa siaga berbasis pemberdayaan masyarakat perlu diaplikasikan secara langsung dalam bentuk *action research* (Pengabdian Kepada Masyarakat). Topik yang dikerjakan adalah penerapan pemodelan ini langsung

pada desa binaan dan dilakukan secara berkelanjutan, artinya terus menerus dilakukan monitoring dan evaluasi. Kegunaan monitoring dan evaluasi ini untuk perbaikan pemodelan yang telah ada. Kata kunci dari aplikasi hasil penelitian ini adalah menghidupkan kembali kegiatan desa siaga dengan cara pemberdayaan kelompok-kelompok di masyarakat.

Salah satu keterbatasan dalam penelitian ini yang dapat digunakan sebagai referensi bagi aktifitas penelitian lanjutan tentang model pengembangan pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan desa siaga adalah bahwa penelitian ini hanya berfokus pada penyelenggaraan desa siaga, sehingga belum bisa digeneralisasikan untuk semua program kesehatan yang lain. Agar bisa diketahui apakah model yang dihasilkan dari penelitian ini dapat cocok bagi program kesehatan yang lain, maka model ini masih perlu diverifikasi melalui penelitian-penelitian lanjutan.

BAB 7 : PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan proses pemodelan hingga tahap akhir dapat disimpulkan bahwa dalam model pemberdayaan masyarakat berbasis kemandirian pada penyelenggaraan desa siaga ditentukan oleh dua faktor utama secara berurutan yaitu:

1. Keberdayaan masyarakat yang mencakup kemampuan identifikasi dan pengembangan potensi, kemampuan identifikasi dan memprioritaskan masalah, serta kemampuan merencanakan dan memecahkan masalah;
2. Modal sosial yang mencakup jaringan sosial/kerja, tingkat kepercayaan antara sesama, ketaatan terhadap norma, kepedulian terhadap sesama, dan keterlibatan dalam pelaksanaan.

7.2 Saran

Dalam menentukan pemodelan berdasarkan variabel-variabel pemberdayaan masyarakat berbasis kemandirian dalam penyelenggaraan desa siaga, agar keberhasilan desa siaga bisa terwujud dengan baik, maka faktor utama yang harus dibangun adalah:

1. Keberdayaan masyarakat sebagai determinan langsung dari keberhasilan desa siaga
2. Modal sosial sebagai determinan tidak langsung dari keberhasilan desa siaga

INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA

Model Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Kemandirian dalam Penyelenggaraan Desa Siaga

Data Identitas Diri:

Usia : tahun
 Lama Bertugas : tahun
 Pendidikan :
 Pelatihan yang pernah di ikuti: kali, tahun:,,

Petunjuk:

Dimohon Saudara **“melingkari”** salah satu pilihan jawaban yang paling sesuai dengan kondisi yang Saudara alami !

MF-1	Sarana kesehatan yang tersedia dalam pelaksanaan desa siaga: Sangat tidak lengkap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat lengkap Prasarana kesehatan yang tersedia dalam pelaksanaan desa siaga: Sangat tidak lengkap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat lengkap
MF-2	Sarana komunikasi yang tersedia dalam pelaksanaan desa siaga: Sangat tidak lengkap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat lengkap Prasarana komunikasi yang tersedia dalam pelaksanaan desa siaga: Sangat tidak lengkap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat lengkap
MF-3	Sarana transportasi yang tersedia dalam pelaksanaan desa siaga: Sangat tidak lengkap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat lengkap Prasarana transportasi yang tersedia dalam pelaksanaan desa siaga: Sangat tidak lengkap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat lengkap
MM-1	Tingkat pendidikan terakhir anda adalah: 1. SD/ sederajat 2. SMP/ sederajat 3. SMA/ sederajat 4. PT Frekuensi pelatihan bidang kesehatan yang pernah anda ikuti adalah: 1. Tidak pernah 2.kali (sebutkan)
MM-2	Tingkat kesehatan fisik anda sebagai pelaksana desa siaga adalah: Sangat tidak sehat 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat sehat. Tingkat kesehatan mental anda sebagai pelaksana desa siaga adalah: Sangat tidak sehat 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat sehat

MM-3	Kualitas interaksi antar sesama pelaksana desa siaga adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
	Kualitas interaksi antara pelaksana dengan pembina desa siaga adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
MS-1	Kualitas jaringan sosial dalam pelaksanaan desa siaga adalah: Sangat buruk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
	Kualitas jaringan kerja dalam pelaksanaan desa siaga adalah: Sangat buruk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
MS-2	Tingkat kepercayaan antara sesama pelaksana desa siaga adalah: Sangat buruk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
	Tingkat kepercayaan antara pelaksana dengan pembina desa siaga adalah: Sangat buruk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
MS-3	Tingkat ketaatan para pelaksana terhadap aturan yang berlaku dalam desa siaga adalah: Sangat tidak taat 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat taat
	Tingkat ketaatan para pembina terhadap aturan yang berlaku dalam desa siaga adalah: Sangat tidak taat 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat taat
MS-4	Tingkat kepedulian para pelaksana dalam penyelenggaraan desa siaga adalah: Sangat tidak peduli 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat peduli
	Tingkat kepedulian para pembina dalam penyelenggaraan desa siaga adalah: Sangat tidak peduli 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat peduli
MS-5	Tingkat keterlibatan para pelaksana dalam penyelenggaraan desa siaga adalah: Sangat rendah 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat tinggi.
	Tingkat keterlibatan para pembina dalam penyelenggaraan desa siaga adalah: Sangat rendah 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat tinggi
KM-1	Kemampuan para pelaksana dalam mengidentifikasi potensi adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
	Kemampuan para pelaksana dalam pengembangan potensi adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik

KM-2	Kemampuan para pelaksana dalam mengidentifikasi masalah adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
	Kemampuan para pelaksana dalam memprioritaskan masalah adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
KM-3	Kemampuan para pelaksana dalam merencanakan pemecahan masalah adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
	Kemampuan para pelaksana dalam melaksanakan pemecahan masalah adalah: Sangat tidak baik 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik
KDS-1	Tingkat kesegeraan para pelaksana dalam perencanaan kegiatan adalah: Selalu menunda-nunda 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat segera
	Tingkat kesegeraan para pelaksana dalam pelaksanaan dan monitoring kegiatan: Selalu menunda-nunda 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat segera
KDS-2	Tingkat keteraturan saya dalam melakukan perencanaan kegiatan: Sangat tidak teratur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat teratur
	Tingkat keteraturan saya dalam melakukan tindakan dan monitoring kegiatan: Sangat tidak teratur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat teratur
KDS-3	Keberlanjutan saya dalam melakukan perencanaan kegiatan: Tidak melaksanakan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Selalu melaksanakan
	Keberlanjutan saya dalam melakukan tindakan dan monitoring : Tidak melaksanakan 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Selalu melaksanakan

DAFTAR PUSTAKA

- Hartono, B., Rauf, R., Pramudho, K., Setiaji, B., Kiswijayanti, S. E., Lugiarti, E., ... Ismoyowati. (2010). *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*. (L. S. Sulistyowati & P. Girsang, Eds.) (Edisi I). Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Sekretaris Jenderal Kemenkes RI.
- Permenkes RI Nomor 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan (2019).
- Labonte, & Laverack. (2001). Capacity Building in Health Promotion, Part I: For Whom? and for What Purpose. *Critical Public Health*, 11(4), 111–127.
- Laverack, G. (1999). *Addressing the Contradiction Between Discourse and Practice in Health Promotion*. Deakin University Melbourne.
- Legiarto, S. (2016). KOnsep Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Retrieved from www.syahrullegiarto.wordpress.com/2016/03/03/pemberdayaan-masyarakat-di-bidang-kesehatan
- Menkes, R. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga (2007).
- Mulyawan, R. (2016). *Masyarakat, Wilayah dan Pembangunan*. (W. Gunawan, Ed.) (Cetakan I.). Bandung: UNPAD.
- Nawalah, H., Qomarudin, M. B., & Hargono, R. (2012). Allert Village: Community Empowerment Effort in The Fielad Health Through Role of Village Midwives. *The Indonesia Journal of Public Health*, 8(3), 91–98.
- Noor, M. (2011). Pemberdayaan Masyarakat. *Jurnal Ilmiah CIVIS*, 1(2), 87–99.

- Parasuraman, Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. *Journal Of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Rudiyanto, A. (2017). *Pelaksanaan Pencapaian TPB SDGs*.
- Sinaga, A. M., & Hadiati, S. (2001). *Pemberdayaan Sumber Daya Manusia* (Pertama). Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.
- Suharto, & Yuliani. (2017). Analisis Jaringan Sosial: Menerapkan Metode Asesmen Cepat dan Partisipatif (MACPA) pada Lembaga Sosial Lokal di Subang.
- Sulaeman. (2012). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(4), 186–192.
- Sulaeman, Endang, Sutisna., dkk. 2012. *Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Desa Siaga*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, (Online), 7(4): 187, (<http://www.portalgaruda.org>), diakses 29 November 2016.
- Supardan. (2013). *Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*.
- Suparji, Nugroho, H. S. W., & Sunarto. (2018). Community Empowerment Model Based on Independence in Administration Alert Village Health Sector. *Health Nations*, 2(2), 163–168. Retrieved from <http://heanoti.com/index.php/hn/article/view/hn20203>
- Sutarso, J., Prasetyowati, T., Setyarahajoe, R., Mulyani, H. S., Sutaryono, Syukrillah, K., ... Jerisa, A. (2018). *Pemberdayaan Masyarakat: Perspektif Komunikasi, Organisasi, Budaya dan Politik*. (E. Santoso, Ed.) (Edisi I). FISIP Universitas Jenderal Soedirman bekerjasama dengan Yayasan Literasi Bangsa.
- UNICE, & Pemerintah, R. (1999). *Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta.

Wardana, W. (2014). *Memberdayakan Masyarakat* (Edisi I). Jakarta: PT Indika Energy Tbk.

WHO. (2008). *Priamry Health Care Now More than Ever, The World Health Report*. Geneva.

Widjajanti. (2011). Model Pemberdayaan Masyarakat. *Ekonomi Pembangunan*, 12(1), 15–27.

Wrihatnolo, Randy, R. & Dwidjowijoto, Riant, N. 2007. *Manajemen Pemberdayaan: Sebuah Pengantar dan Panduan Untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.