

Persalinan Sebagai Urusan Desa

Sebuah publikasi dalam German Health Practice Collection



Singkatan

BMZ	Germany's Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (Kementerian Pembangunan dan Kerjasama Ekonomi Pemerintah Federal Jerman)
DFID	Department for International Development (Bidang Pembangunan Internasional dari Inggris)
Desa Siaga (DSAJ)	Desa Siap Antar Jaga
GHPC	German Health Practice Collection
GDC	German Development Cooperation (with institutions BMZ, GIZ and KfW Entwicklungsbank)
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH ¹
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (German Technical Cooperation; now GIZ).
KB	Keluarga Berencana
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDG	Millennium Development Goals
MNH	Maternal and Neonatal Health
NTB	Provinsi Nusa Tenggara Barat
NTT	Provinsi Nusa Tenggara Timur
PMI	Palang Merah Indonesia
Polindes	Pondok Persalinan Desa
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
SISKES	Sistem Kesehatan

¹ The Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH dibentuk pada 1 Januari 2011 dengan menggabungkan pengalaman panjang dari Deutscher Entwicklungsdienst (DED) GmbH (Pelayanan Pembangunan Jerman), the Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (Kerjasama Teknis Jerman) dan InWEnt – Pengembangan Kapasitas Internasional, Jerman. Untuk informasi lebih lanjut, kunjungi www.giz.de.

Persalinan Sebagai Urusan Desa

Bagaimana 'Desa Siaga' Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi di Indonesia

Ucapan Terima Kasih	4
German Health Practice Collection	5
Ringkasan Eksekutif	6
Kesehatan Maternal dan Neonatal di Indonesia	8
Pendekatan Desa Siaga	12
▪ 'Siap Antar Jaga'	12
▪ Lima Sistem Desa Siaga	17
▪ Bagaimana menjadi Desa Siaga	25
▪ Mempertahankan Sistem Desa Siaga	36
▪ Biaya Penyelenggaraan Desa Siaga	38
Hasil: Bagaimana Desa Siaga Membawa Perubahan	39
Pembelajaran	45
▪ Prospek ke Depan Desa Siaga: Bertumbuh dan Berubah	47
Kajian Rekanan Ahli (Peer Review)	49
Referensi	51
Sumber	51

Ucapan Terima Kasih

German Health Practice Collection (GHPC) berterima kasih kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atas pengawasan teknis, strategi dan kerangka kebijakan untuk program Desa Siaga. Kami juga berterima kasih kepada Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT) sebagai pengarah pelaksanaan Desa Siaga di tingkat provinsi, serta Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang melaksanakan Program Desa Siaga. Kami juga berterima kasih kepada semua lembaga dan LSM yang berkontribusi dalam keberhasilan pelaksanaan program Desa Siaga.

Secara khusus kami berterima kasih kepada petugas di fasilitas kesehatan dan masyarakat desa yang telah berbagi pengalamannya tentang pelaksanaan Desa Siaga selama persiapan penerbitan tulisan ini. Kami sangat terkesan oleh antusiasme dan komitmen mereka untuk terus menjalankan Desa Siaga dan oleh cerita keberhasilannya.

Program Desa Siaga dimungkinkan karena dukungan finansial UK Department for International Development bagi program SISKES (Sistem Kesehatan). Pendanaan bersama ini sangat besar kontribusinya.

Disamping itu, GHPC juga berterima kasih kepada pihak-pihak berikut atas kontribusinya:

- Dr Lily Sulistyowati, dari Pusat Promosi Kesehatan dan Dr Lukas Hermawan, dari Sub Direktorat Ibu Hamil, di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atas informasi yang jelas tentang program nasional untuk Pemberdayaan Masyarakat serta Ibu dan Anak.
- Dr Nyoman Wijaya Kusuma, Kepala Seksi Sarana Prasarana pada Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Provinsi NTB, atas masukan berharga dan umpan balik selama kunjungan untuk dokumentasi program Desa Siaga.
- Dr Handomi Hasan, dari Bagian Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi NTB; Dr Bachtiar Hasan dari Dinas Kesehatan Kota Bima; serta Hj. Khadijah, Amd dari Bagian Kesehatan Komunitas Dinas Kesehatan Kota Bima, atas fasilitasnya selama kunjungan ke Desa Siaga di Provinsi NTB.
- Anwar Fachry dan Dr James Sonneman, atas kontribusinya dalam Evaluasi Program Desa Siaga Antar Jaga di desa-desa dukungan GIZ SISKES.
- Dr Rahmi Sofiarini, Team Leader Kantor NTB; Karsten van der Oord, PR & Knowledge Management Advisor; Maddi Mina Djara, RBM and Knowledge Management Officer; dan Dr Lieve Goeman, Technical Advisor PAF, yang telah mengorganisir kegiatan dokumentasi yang dilakukan GHPC terhadap program tersebut, persiapan interview, foto, dan sumber daya lain, serta dukungan untuk rancangan grafis.
- Dr Krystyna Makowiecka, dari Maternal Health Group, London School of Hygiene and Tropical Medicine; dan Dr Martin Weber dari World Health Organization, South-East Asia Regional Office sebagai pengkaji ahli bagi tulisan ini.
- Dr. Peter Hill, Associate Professor, School of Population Health, University of Queensland, Australia yang melakukan kunjungan lapangan, melakukan interview dan mempersiapkan versi awal publikasi ini.
- Karen Birdsall, konsultan yang mempersiapkan versi akhir publikasi ini.
- Anna von Roenne, Managing Editor dari German Health Practice Collection, yang telah menyunting versi draft dan mengkoordinir keseluruhan proses.

German Health Practice Collection

Tujuan

Pada tahun 2004, pakar yang bekerja untuk German Development Cooperation/Kerjasama Pembangunan Jerman (GDC)² dan mitranya di tingkat internasional serta di tingkat negara di seluruh dunia meluncurkan German HIV Practice Collection dan pada tahun 2010 memperluasnya menjadi German Health Practice Collection (GHPC). Sejak awal, tujuannya adalah untuk berbagi praktek-praktik baik dan pembelajaran dari inisiatif yang didukung GDC dalam bidang Kesehatan dan Perlindungan Sosial. Proses untuk menentukan dan mendokumentasikan praktek-praktek baik dari kajian rekanan (peer review) sama pentingnya dengan publikasi yang dihasilkan.

Proses

Para manajer dari inisiatif dukungan GDC mengusulkan praktek menjanjikan kepada Managing Editor GHPC di ghpc@giz.de. Sebuah dewan editor yang terdiri dari para pakar kesehatan yang mewakili organisasi GDC di tingkat markas besar dan partner di negara-negara mitra memilih praktek-praktek yang mereka anggap pantas dipublikasikan. Penulis professional kemudian mengunjungi program yang telah dipilih dan bekerja sama erat dengan mitra nasional, daerah dan GDC yang bertanggung jawab dalam mengembangkan dan mengimplementasi program yang akan telah dipilih.

Kemudian pengkaji rekanan (peer-reviewer) internasional yang independen dengan keahlian yang relevan mengkaji apakah pendekatan yang didokumentasikan merupakan 'praktek baik atau praktek menjanjikan,' berdasarkan delapan kriteria:

- Efektivitas
- Transferabilitas
- Pendekatan partisipatif dan pemberdayaan
- Kesadaran akan gender

- Mutu monitoring dan evaluasi
- Inovasi
- Efektivitas biaya komparatif
- Keberlanjutan

Hanya pendekatan-pendekatan yang memenuhi sebagian besar kriteria di atas yang mendapat persetujuan publikasi.

Publikasi

Semua publikasi GHPC memberi gambaran secara rinci terhadap pendekatan terpilih sehingga memungkinkan replikasi atau adaptasi di konteks yang berbeda. Dengan menggunakan bahasa yang jelas, publikasi-publikasi ini ditujukan kepada pembaca dari kalangan luas, bukan hanya para pakar. Publikasi-publikasi ini mengarahkan pembaca kepada sumber informasi yang lebih rinci dan lebih teknis seperti instrumen untuk para praktisi. Publikasi ini juga tersedia dalam versi panjang yang juga diringkas menjadi versi pendek dan dapat dibaca secara online maupun diunduh atau dipesan sebagai buku.

Libatkan diri anda

Apakah anda mengetahui ada praktek yang menjanjikan? Kalau demikian, kami sangat ingin mendengar dari mereka yang menanggapi tantangan-tantangan di bidang Kesehatan dan Perlindungan Sosial. Anda dapat mengunjungi situs kami untuk mendapatkan informasi, memberi penilaian dan memberi komentar terhadap publikasi yang ada di sana, serta publikasi-publikasi yang diusulkan atau yang sedang dalam proses penulisan dan kajian rekanan. Situs kami adalah www.german-practice-collection.org. Untuk mendapat informasi lebih lanjut, silahkan hubungi Managing Editor kami di ghpc@giz.de.

² GDC terdiri dari Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) dan organisasi pelaksanaannya: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH dan KfW Entwicklungsbank. Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH dibentuk pada 1 Januari 2011 dengan menggabungkan pengalaman panjang dari Deutscher Entwicklungsdienst (DED) GmbH (Pelayanan Pembangunan Jerman), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (Kerjasama Teknis Jerman) dan InWEnt – Pengembangan Kapasitas Internasional, Jerman.

Ringkasan Eksekutif

Walaupun Angka Kematian Ibu di Indonesia secara perlahan-lahan turun, namun angka 228 kematian maternal per 100,000 persalinan hidup masih merupakan salah satu yang tertinggi di Asia Tenggara dan kemungkinannya kecil Indonesia akan mampu mencapai target Millennium Development Goal kelima terkait kesehatan maternal pada tahun 2015. Untuk memecahkan masalah ini Pemerintah Indonesia telah menempuh berbagai strategi pelengkap seperti: program Bidan Desa yang mendidik dan menempatkan lebih dari 50.000 bidan di desa-desa di berbagai pelosok Indonesia; investasi dalam pelayanan kesehatan dan peningkatan akses ke pelayanan kedaruratan obstetrik; dan peluncuran Program Desa Siaga pada tahun 2006, yang menggunakan pendekatan mobilisasi masyarakat demi mempromosikan kehamilan dan persalinan aman di tingkat pedesaan.

Pemerintah Jerman telah mendukung strategi Pemerintah Republik Indonesia sejak tahun 2000. Pada tahun 2006 sampai 2009, proyek dukungan Jerman [bernama] SISKES (“Penguatan Sistem Kesehatan Kabupaten”) menyediakan dukungan teknis bagi tingkat provinsi dan kabupaten/kota di Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT) untuk melaksanakan pendekatan Desa Siaga di 140 desa. Publikasi ini memberi gambaran tentang model implementasi Desa Siaga inovatif yang dikembangkan SISKES dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota di kedua provinsi beserta capaian-capaian dan tantangan-tantangannya.

Istilah Desa Siaga merupakan singkatan dari frase yang berarti ‘siap untuk mengantar dan menjaga.’ Sebuah desa disebut Siaga kalau desa tersebut waspada dan siap artinya: masyarakatnya mengetahui siapa yang membutuhkan pertolongan dan membawa mereka ke tempat pelayanan yang memadai. Pendekatan untuk menurunkan kematian maternal

dan bayi ini didasarkan pada gagasan bahwa semua pihak – suami, tetangga, masyarakat dan pemimpin agama, bidan, serta petugas kesehatan – memiliki peranan masing-masing dalam persiapan persalinan dan dalam merespon terhadap kasus komplikasi yang mungkin terjadi. Kehamilan tidak boleh dipandang sebagai urusan pribadi perempuan, tetapi merupakan urusan desa.

Dalam Desa Siaga, anggota masyarakat bekerja sama untuk menyelamatkan nyawa [ibu] melalui kesepakatan untuk mengembangkan dan mendukung lima ‘sistem siaga’ yang terkait dengan sebagian dari resiko terbesar yang dialami ibu saat hamil dan bersalin yaitu: pencatatan ibu hamil di desa, dukungan finansial untuk menanggung biaya terkait persalinan, jaringan pemilik kendaraan yang bersedia untuk mendukung transpor ibu yang membutuhkan pelayanan, kelompok pendonor darah yang mengetahui golongan darahnya, serta Pos Informasi Keluarga Berencana.

Desa Siaga dirancang sebagai sesuatu yang ‘dari masyarakat dan untuk masyarakat’: masyarakat desa dibimbing dalam proses pembentukan Desa Siaga oleh Fasilitator terlatih yang dengan dukungan pemerintah desa dan petugas dari fasilitas kesehatan memimpin anggota masyarakat dalam proses refleksi partisipatif tentang kasus aktual kematian ibu atau anak yang terjadi di desa masing-masing serta faktor-faktor yang mengakibatkan kematian tersebut. Masyarakat desa belajar tentang dukungan non-medis yang mereka dapat berikan demi mengurangi angka kematian di desa masing-masing dan mengadakan persetujuan tentang peraturan-peraturan dan prosedur-prosedur yang mengatur Sistem Siaga di desanya.

Sistem Siaga berhasil dibentuk di 140 desa serta dikenal, digunakan, dan dipercayai masyarakat. Pemantauan reguler serta dua kegiatan evaluasi

mengungkap hasil yang menggembirakan dimana Desa Siaga mendorong adanya pendekatan pemecahan masalah yang positif dalam masyarakat dan telah berkontribusi dalam peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu kunjungan antenatal, peningkatan persentase ibu melahirkan yang ditolong oleh petugas kesehatan yang terampil, peningkatan persentase ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan, dan peningkatan pengetahuan tentang metode-metode Keluarga Berencana.

Pendekatan ini juga telah mengakibatkan adanya perubahan penting dalam dinamika kemasyarakatan. Masyarakat desa saat ini menjadi lebih sadar akan resiko kehamilan dan lebih siap saat menghadapi kedaruratan medis. Hubungan antar gender juga telah berubah melalui pelibatan perempuan dalam semua aspek program Desa Siaga dan melalui penekanan akan keterlibatan laki-laki dalam kehamilan dan persalinan.

Saat Sistem Desa Siaga terbentuk, tanggung jawab untuk memelihara Jaringan Siaga beralih ke masyarakat. Seperti halnya program lain yang tergantung pada kontribusi relawan dan pihak yang antusias, Desa Siaga menghadapi tantangan dalam mempertahankan minat dan komitmen individu-individu yang tidak mendapatkan kompensasi atas waktu dan upaya mereka. Pembelajaran lain dari program dukungan SISKES ini adalah pentingnya struktur koordinasi yang kuat untuk mengelola kontribusi berbagai kelompok dan individu yang terlibat dalam implementasi pendekatan ini.

Pemerintah Indonesia bertujuan untuk memperluas cakupan Desa Siaga menjadi 80% ke-75,000 desa/kelurahan pada tahun 2015 dan sedang memperluas penerapan pendekatan ini sehingga tidak hanya terkait dengan Kesehatan Ibu dan Anak. Pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh dari program dukungan Jerman ini – beserta sumber-sumber informasi yang dikembangkan selama masa kerja proyek – dapat digunakan oleh Provinsi dan Kabupaten/Kota sebagai masukan dalam melaksanakan Desa Siaga.

Kesehatan Maternal dan Neonatal di Indonesia

Dalam tiga dekade terakhir, Republik Indonesia mengalami kemajuan besar dalam pencapaian beberapa tujuan pembangunan termasuk menurunkan tingkat kemiskinan ekstrim, menaikkan tingkat kelulusan pendidikan dasar, dan mengurangi insiden malaria dan tuberkulosis. Namun demikian, Kesehatan Ibu dan Anak masih merupakan masalah yang cukup memprihatinkan karena Angka Kematian Ibu di negara ini yang sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup merupakan salah satu yang tertinggi di Asia Tenggara (Statistics Indonesia and Macro International, 2008: 216). Walaupun Angka Kematian Bayi telah berkurang setengahnya dalam dua dekade terakhir, angka sekarang sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup (Ibid.: 117) masih lebih tinggi dibanding negara-negara tetangga (Pemerintah Indonesia, 2004: 50). Kemungkinan bayi di Indonesia meninggal pada tahun pertama kehidupannya adalah sekitar 4,6 kali lebih besar dibanding bayi di Malaysia³, sedangkan ada 1 di antara 65 ibu yang meninggal pada masa persalinan di Indonesia dibanding dengan 1 di antara 1.100 ibu di Thailand (Ibid.: 56).

Angka kematian yang tinggi ini mengindikasikan perlunya perbaikan lebih lanjut terhadap akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi di Indonesia, khususnya saat persalinan atau segera setelah persalinan. Perbaikan itu antara lain pelayanan antenatal yang lebih baik, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, ketersediaan pelayanan kedaruratan obstetri, dan penguatan pelayanan pasca persalinan. Karena ada perbedaan antara tingkat kematian di antara berbagai daerah di Indonesia dan antara perempuan dari tingkat ekonomi dan pendidikan yang berbeda, maka perlu ada perhatian khusus terhadap kaum miskin dan daerah terpencil di Indonesia.



Seorang perempuan Indonesia dengan anaknya dan dua anak keluarganya. Walaupun ada perbaikan, Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia masih lebih tinggi daripada di negara tetangga. Perbaikan Kesehatan Ibu dan Anak bukan hanya membutuhkan penguatan sistem kesehatan, tetapi juga dorongan kepada perempuan, keluarganya, dan masyarakat untuk memprioritaskan kehamilan sehat, persalinan selamat, dan daya tahan hidup usia dini.

Walaupun efektivitas sistem kesehatan merupakan masalah penting, namun perlu pula ada upaya perubahan pola pencarian pertolongan kesehatan di antara ibu hamil dan nifas, keluarganya, serta masyarakat sehingga memprioritaskan kehamilan sehat, persalinan aman dan kelangsungan hidup usia dini (Ibid.: 52). Menurut laporan pemerintah RI 2010 tentang Millennium Development Goals, masih ada 'kekurangan pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya keselamatan dan kesehatan ibu' sehingga bisa membatasi permintaan akan pelayanan kesehatan yang akhirnya berakibat tingginya kematian ibu dan bayi (Bappenas, 2010: 74).

Apa penyebab tingginya Angka Kematian Ibu?

Sebanyak 20.000 perempuan Indonesia meninggal tiap tahun akibat komplikasi persalinan.⁴ Penyebab

³ Government of Indonesia & UNICEF (2000). Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia. Jakarta. Dikutip dalam Government of Indonesia (2004).

⁴ Kementerian Kesehatan, Indonesia (2001). Rencana Strategis Nasional 'Making Pregnancy Safer' di Indonesia 2001–2010. Jakarta. Dikutip dalam Government of Indonesia (2004: 56).

medis utamanya adalah pendarahan, eklamsia dan darah tinggi, komplikasi aborsi, partus lama dan infeksi (Ibid.: 52). Dengan penanganan yang cepat dan tepat, sebagian besar kematian dapat dicegah.

Penyebab sebagian besar kematian ibu di Indonesia dapat ditelusuri dari **'tiga terlambat'** yaitu: terlambat mengambil keputusan untuk merujuk ibu hamil ke fasilitas kesehatan yang mampu menangani komplikasi, terlambat mendapatkan transportasi ke fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan atau transfusi darah yang tepat pasca kedatangan ke fasilitas kesehatan (kasus yang umum terjadi dapat di baca pada dalam kotak.). Mengurangi jangka waktu antara identifikasi resiko dan penanganan kedaruratan obstetrik merupakan kunci penurunan angka kematian ibu.

Ada sejumlah faktor yang menyumbang terhadap keterlambatan ini antara lain kurangnya akses ke fasilitas kesehatan akibat jarak atau sarana jalan yang kurang baik serta kekurangan dana untuk membayar biaya transportasi. Namun demikian, kadang-kadang ketakutan, mitos dan tabu yang terkait kehamilan dan persalinan memainkan peranan

dalam keterlambatan tersebut. Bukannya mencari pertolongan petugas yang terampil, beberapa ibu mencari pertolongan dukun atau dukun beranak saat terjadi komplikasi persalinan; banyak waktu yang terbuang dan komplikasi yang seharusnya dapat ditangani menjadi tidak dapat tertangani.

Sebanyak 20.000 perempuan Indonesia meninggal setiap tahun akibat komplikasi persalinan. Dengan penanganan yang cepat dan tepat, sebagian besar kematian dapat dicegah.

Penyebab medis dari kematian ibu di Indonesia diperparah dengan penyebab tidak langsung yang disebut **'empat terlalu'**: perempuan melahirkan terlalu muda atau terlalu tua, terlalu banyak anak, dan jarak antar anak yang terlalu dekat. Di Indonesia 8,5% remaja (umur 15 sampai 19 tahun) sudah melahirkan. Di daerah pedesaan angka ini meningkat menjadi 13% (Statistics Indonesia and Macro International, 2008: 57). Proporsi Pasangan Usia Subur yang berkeinginan membatasi jumlah anak

'Tiga Terlambat': Bagaimana keterlambatan akses pelayanan menyebabkan kematian ibu

Satu hari sekitar pukul 9.30 malam, seorang ibu hamil berumur 27 tahun yang baru pulang dari ladang mengeluh sakit perut dan dada. Dia tidak dapat bangun. Suaminya memanggil dukun yang mengatakan bahwa perempuan tersebut diganggu setan saat berada di gunung dan memberinya doa yang harus dia ucapkan. Suaminya kemudian memanggil dukun beranak – di kemudian hari dia mengakui bahwa dia tidak memanggil bidan karena takut biaya – dan pada pukul 1 pagi sang bayi lahir. Pukul 6 pagi penglihatan sang ibu menjadi kabur dan akhirnya tidak bisa melihat apa-apa. Atas usulan tetangga, sang suami memanggil bidan. Sang bidan memeriksa ibu tersebut dan mengusulkan untuk membawanya ke Puskesmas. Namun sang suami ingin tahu biaya yang diperlukan. Bidan pergi ke Puskesmas untuk menanyakannya. Jam 10 pagi keluarga si ibu wanita akhirnya tiba di Puskesmas yang kemudian langsung merujuknya karena tidak mampu menanganinya. Setelah sampai ke rumah sakit, si ibu meninggal di Unit Gawat Darurat.

- Diadaptasi dari sebuah studi kasus dalam *Toolkit: Community Empowerment in MNH (hal. 70)*, yang diunduh dari www.ighealth.org/en/product/downloadfile/92/MNH-Community-Empowerment-Toolkit

atau yang ingin agar jarak kelahirannya jauh namun tidak menggunakan kontrasepsi (disebut *'unmet need'*) adalah sebesar 9.1%, atau angka ini tidak berubah selama lebih dari satu dekade (Bappenas, 2010: 71). Ada perbedaan besar dalam angka *unmet need* kontrasepsi antar provinsi, mulai dari 3,2% di Provinsi Bangka Belitung sampai 22,4% di Provinsi Maluku (Statistics Indonesia and Macro International, 2008: 273). Akses dan pemanfaatan yang lebih besar terhadap berbagai teknik Keluarga Berencana dalam rangka membatasi fertilitas akan membantu mengurangi kematian ibu yaitu dengan membatasi terpaparnya ibu terhadap resiko persalinan.



Dalam sebuah Polindes, dimana seorang bidan menyediakan pelayanan antenatal dan persalinan. Poster warna-warni di dinding mempromosikan program Desa Siaga: 'Suami Siaga' yang terlibat aktif memperhatikan kehamilan isteri dan mendukungnya mendapatkan pelayanan.

Kebijakan dan Strategi

Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu, Pemerintah Indonesia mengikuti pedoman dari World Health Organization untuk program *Safe Motherhood* (Keselamatan Ibu), terutama melalui inisiatif penempatan bidan besar-besaran di desa demi meningkatkan persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terampil. Sejak

peluncuran program *Bidan di Desa* pada tahun 1989, lebih dari 50.000 bidan telah dididik dan ditempatkan di desa di seluruh Indonesia dan bertugas untuk menolong persalinan dan memberi pelayanan antenatal dan nifas, serta melakukan promosi kesehatan dan pelayanan bayi sehat.

Inisiatif tersebut berhasil menaikkan persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan, khususnya di antara penduduk miskin (Hatt et al., 2007) dan di daerah pedesaan dimana persentase persalinan oleh tenaga kesehatan bertambah dua kali lipat menjadi 55% antara tahun 1993 dan 2003 (Makowiecka K et al., 2008). Namun demikian, program ini juga menghadapi berbagai tantangan misalnya: kesulitan mempertahankan keberadaan bidan di desa di daerah terpencil karena mereka merasa terisolir dan kadang-kadang kurang mendapat penerimaan dari masyarakat. Disamping itu, program pendidikan yang awalnya hanya berlangsung satu tahun harus diperpanjang menjadi tiga tahun untuk memastikan bahwa bidan yang dilatih memiliki pengetahuan dan ketrampilan praktis untuk melakukan tugasnya secara efektif (D'Ambruoso et al., 2009). Studi-studi menemukan bahwa bidan lebih mampu mendiagnosa kedaruratan daripada mengelola komplikasi (Ibid.) dan pelayanan kebidanan di daerah terpencil masih merupakan pelayanan yang paling rendah perkembangannya (Makowiecka et al., 2008).

Walaupun Angka Kematian Ibu di Indonesia berangsur-angsur turun, namun dengan kecenderungan yang ada saat ini tidak mungkin Indonesia mencapai target sebesar 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Menilai kembali hal ini berdasarkan pengalaman terbaru didapatkan indikasi bahwa strategi awal yang memusatkan perhatian pada peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan saja tidak

cukup. Perlu ada upaya memberikan penanganan/perawatan secara terus-menerus terhadap kehamilan dan persalinan dimana ibu mendapatkan manfaat dari pelayanan terpadu yang dimulai sebelum kehamilan (misalnya pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi), selama kehamilan, saat persalinan, nifas, sampai ke masa awal kehidupan bayi. Disamping itu, bahkan ketika program *Bidan di Desa* memberi penekanan pada pelayanan penjangkauan (pelayanan luar gedung) kepada masyarakat, masih ada banyak kebutuhan sebagian besar masyarakat yang tidak terpenuhi yaitu untuk mendapatkan akses ke pelayanan kedaruratan obstetrik di fasilitas kesehatan (Hatt et al., 2007) yang sebenarnya merupakan mitra penting dalam pelaksanaan tugas rutin bidan dan tenaga profesional kesehatan, pelayanan persalinan dan pelayan nifas (Bullough et al., 2005).

Berikut ini adalah beberapa prioritas pembangunan Pemerintah Indonesia saat ini (Bappenas, 2010: 75-76) adalah:

- Meningkatkan pelayanan penjangkauan (luar gedung) berbasis fasilitas kesehatan kepada ibu hamil, diantaranya melalui penambahan jumlah dan peningkatan mutu klinik kesehatan dan 'rumah sakit ramah ibu dan bayi'
- Meningkatkan akses ke pelayanan Keluarga Berencana sebagai bagian dari tujuan untuk mencapai akses universal ke pelayanan kesehatan reproduksi
- Memperluas fungsi/tugas bidan dan memperkuat pelayanan kepada masyarakat melalui Posyandu
- Memperkuat sistem rujukan demi memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan pelayanan yang

diperlukan secara tepat waktu (mengurangi efek dari 'tiga terlambat')

- Meningkatkan kesadaran di tingkat masyarakat dan rumah tangga tentang pentingnya kesehatan dan keselamatan ibu melalui penyuluhan

Kontribusi Pihak Jerman

Atas nama pemerintah Jerman, Lembaga Kerjasama Teknis Jerman (GTZ), atau yang sekarang dikenal sebagai Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)⁵, telah mendukung strategi pemerintah Indonesia sejak tahun 2000 melalui implementasi lima proyek kesehatan. Kelima proyek ini terkait bidang inti dalam penguatan sistem kesehatan yaitu Tata Kepemerintahan yang baik, Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, Sistem Informasi, dan Pelayanan Kesehatan baik di tingkat nasional maupun di Provinsi Nangro Aceh Darussalam, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT).

Salah satu proyek tersebut – yaitu proyek SISKES⁶ – mendukung penguatan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota di NTB dan NTT serta penguatan pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat. Sejak tahun 2006, dengan adanya pendanaan dari Pemerintah Inggris, Proyek SISKES secara khusus memusatkan perhatian pada Kesehatan Ibu dan Anak, yang di antaranya termasuk dukungan untuk pendekatan Desa Siaga, yang akan dibahas publikasi ini.

⁵The Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH dibentuk pada 1 Januari 2011 dengan menggabungkan pengalaman panjang dari Deutscher Entwicklungsdienst (DED) GmbH (Pelayanan Pembangunan Jerman), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (Kerjasama Teknis Jerman) dan InWEnt – Pengembangan Kapasitas Internasional, Jerman. Untuk informasi lebih lanjut, kunjungi www.giz.de

⁶SISKES merupakan akronim dari frase 'Sistem Kesehatan.'

Pendekatan Desa Siaga

'Siap Antar Jaga'

Pada tahun 2006, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia meluncurkan program Desa Siaga sebagai salah satu dari empat pilar strategi nasional *Indonesia Sehat 2010* (Depkes, 2006). Penekanan dari strategi ini adalah pada promosi dan pencegahan dengan penekanan utama pada gagasan tentang masyarakat mandiri yang memiliki perilaku hidup bersih dan sehat serta yang secara proaktif berusaha menangani masalah Kesehatan sendiri (World Health Organization, N.N.).



Masyarakat RT Reyan di Desa Gerung Selatan, Lombok Barat. Program Desa Siaga dibangun atas dasar masyarakat mandiri yang bekerja sama menyelesaikan masalah sendiri

Secara logis Desa Siaga cocok dengan pendekatan ini. Istilah Desa Siaga – merupakan singkatan dari: 'Desa Siap Antar Jaga', yang artinya 'siap untuk mengantar dan menjaga.' Sebuah desa dikatakan

Siaga bila desa tersebut waspada dan siap yaitu: masyarakatnya mengetahui mereka yang membutuhkan bantuan dan membawanya ke tempat perawatan yang tepat. Dalam pengertian yang luas, program Desa Siaga dapat dipahami sebagai sebuah proses dimana anggota masyarakat memanfaatkan sumber daya dan kemampuan yang ada untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan dan kedaruratan dalam semangat gotong-royong dan kebersamaan.

Konsep Desa Siaga dimulai pada tahun 1990-an dan awalnya digunakan dalam proyek-proyek pemberdayaan perempuan di Indonesia. Sejak saat itu, konsep ini telah diterapkan dalam program untuk ibu dan anak di Jawa Barat serta program Keluarga Berencana di Nusa Tenggara Barat.⁷ Ketika konsep Desa Siaga diadopsi secara nasional oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2006, ruang lingkupnya diperluas sehingga mencakup berbagai tantangan bidang kesehatan dalam masyarakat di luar Kesehatan Ibu dan Anak yaitu Malnutrisi, PHBS, Sanitasi, Surveillans Epidemiologis dan Kesiap-siagaan Bencana.

Pada tahun 2010 Kementerian Kesehatan mengintensifkan fokusnya pada Desa Siaga dengan meluncurkan program Desa/Kelurahan Siaga Aktif di bawah Pusat Promosi Kesehatan yang berada di bawah Kementerian Kesehatan (Depkes, 2010). Akhir tahun 2010, 56% dari 75,000 desa/kelurahan di Indonesia telah masuk kategori 'aktif';⁸ pada tahun 2015 targetnya adalah 80% dari desa/kelurahan menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif 80%.

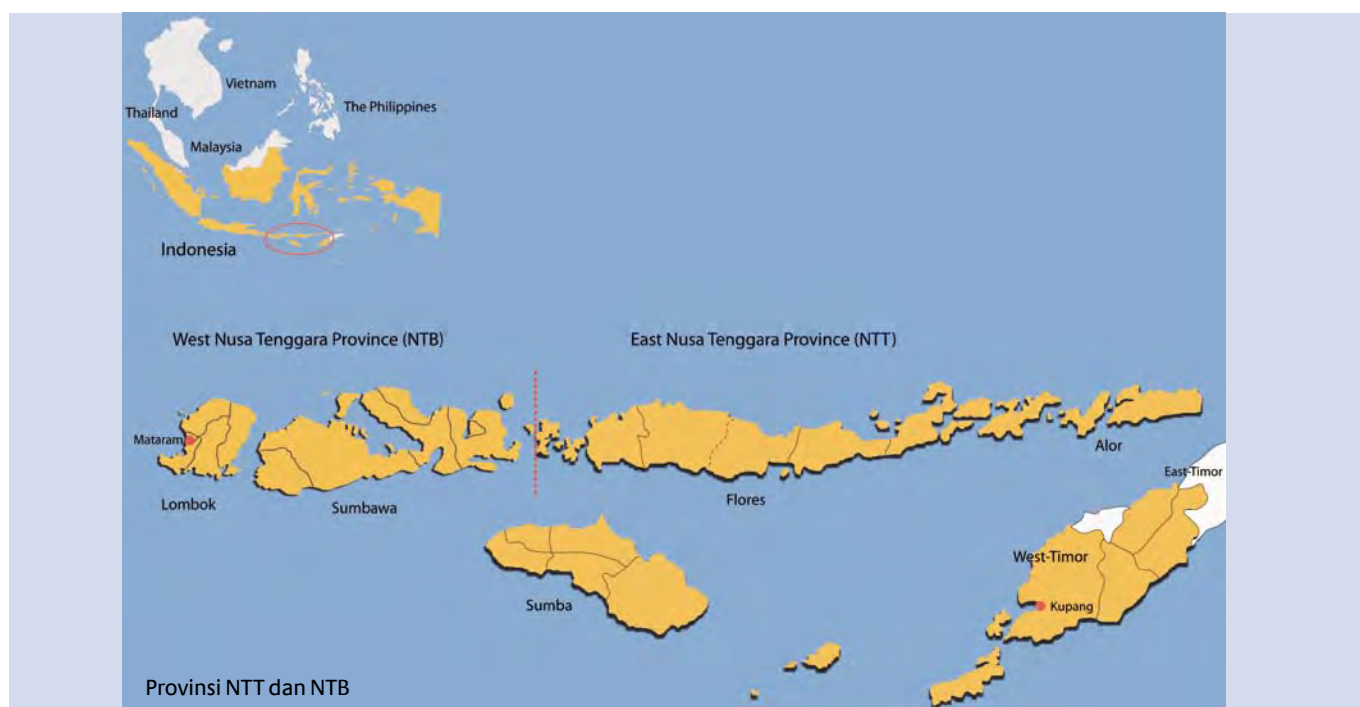
⁷ Program di Jawa Barat didukung oleh USAID, sedangkan AusAID memperkenalkan Desa Siaga di 20 desa di NTB melalui proyek Indonesian Women's Health and Family Welfare Project (IWHFWP).

⁸ Kementerian Kesehatan telah menentukan empat kategori Desa/Kelurahan Siaga, mulai dari kurang aktif (Pratama) – dimana kriteria minimum telah tercapai seperti adanya kader, Posyandu, dan adanya dana dari pemerintah desa/kelurahan – sampai ke yang paling aktif (Mandiri), dimana forum masyarakat desa dilakukan setiap bulan, ada UKBM lain selain Posyandu, ada pendanaan dari luar untuk mendukung kegiatannya, dan pembinaan PHBS bagi sekurang-kurangnya 70% rumah tangga.

Di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT), yang indikator kesehatannya berada di antara yang terendah di Indonesia, Proyek SISKES bertujuan untuk mengurangi tingkat kematian dan kesakitan ibu dan bayi. Angka Kematian Ibu dan Bayi di kedua provinsi ini terus berada dalam kelompok tertinggi walaupun berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkannya. Terkait dengan hal ini, konsep Desa Siaga memiliki prospek tersendiri yaitu penerapan pendekatan ini di provinsi NTB dan NTT berkontribusi terhadap tujuan SISKES secara keseluruhan dengan menciptakan lingkungan yang mendukung anggota

masyarakat sehingga mampu menjangkau pelayanan kesehatan reproduksi.

Publikasi ini memberi gambaran tentang pendekatan inovatif Desa Siaga yang dilakukan di 50 desa/kelurahan di NTT dan 90 desa/kelurahan di NTB selama tahun 2006 sampai 2009 dengan dukungan Kementerian Pembangunan dan Kerjasama Ekonomi Pemerintah Federal Jerman atau Federal Ministry for Economic Development and Cooperation (BMZ) dan Bidang Pembangunan Internasional atau Department for International Development (DFID) dari Inggris.^{9,10}



⁹ Pendekatan terhadap Desa Siaga yang dibahas dalam publikasi ini dilaksanakan di 50 dari 984 desa/kelurahan di NTT dan 90 dari 911 desa/kelurahan di NTB. Di NTT, desa/kelurahan dipilih oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan prinsip pemerataan distribusi geografis. Di NTB desa/kelurahan dipilih oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan GIZ berdasarkan ada tidaknya inisiatif kesehatan lainnya: desa terpilih terletak di daerah Puskesmas yang telah mendapatkan pelatihan PONEC dan perawatan neonatal serta memiliki bidan terlatih dan sebuah fasilitas kesehatan tingkat desa.

¹⁰ Untuk mempersiapkan publikasi ini, dilakukan pertemuan dengan Kepala Pusat Promosi Kesehatan yang saat ini bertanggung jawab atas Program Desa Siaga di Kementerian Kesehatan dan staf senior dari Direktorat Kesehatan Ibu yang sebelumnya membawahi program ini. Di NTB dilibatkan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kota Bima serta dilakukan kunjungan ke tiga Desa Siaga. Dilakukan pula wawancara dengan pelatih program, bidan desa, kepala desa, fasilitator desa dan koordinator jejaring Siaga tentang koordinasi pengumpulan keuangan, transportasi, dan donor darah.

Membangun atas Dasar Gotong-Royong

Masyarakat NTB dan NTT memiliki tradisi saling tolong-menolong yang sudah berakar dalam masyarakat. Nilai-nilai budaya setempat yang menekankan perlunya memperhatikan anggota masyarakat yang rentan, pentingnya saling membantu, dan pentingnya berbagi tanggung jawab, khususnya dalam kaitan dengan fase-fase penting dalam kehidupan: pernikahan, pembangunan rumah atau rumah ibadah, perayaan keagamaan dan bahkan kematian.

Ungkapan 'berat sama dipikul, ringan sama dijinjing' merupakan rangkuman dari pendekatan kehidupan kemasyarakatan di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

Bagi suku Sasak di Pulau Lombok, hal ini dikenal dengan 'Banjar Kawin' atau 'Banjar Kematian'; bagi suku di Bima, Dompu dan Sumbawa hal ini dikenal dengan 'Mboloweki'. Ungkapan '*Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing*' merupakan rangkuman dari pendekatan kehidupan kemasyarakatan ini.

Namun demikian, sedikit mengejutkan karena prinsip-prinsip ini tidak diterapkan ketika ada krisis seperti kedaruratan medis yang muncul secara tiba-tiba saat yang menderita masih hidup. Ibu Rahmi Sofiarini, seorang penasehat program Desa Siaga, meringkas teka-teki ini sebagai berikut: 'Mengapa hanya saling tolong-menolong saat seorang meninggal? Mengapa tidak tolong-menolong saat sebenarnya kita masih bisa *mencegah* kematian misalnya saat ada persalinan?'

Tim yang bekerja untuk memperkenalkan Desa Siaga di NTB dan NTT menggunakan praktek budaya

gotong-royong di tingkat desa sebagai jembatan bagi intervensi untuk menurunkan resiko kehamilan dan persalinan. Sofiarini menjelaskan:

Desa Siaga bukanlah sesuatu yang baru – kita hanya memperkuat nilai-nilai budaya yang sudah ada. Budaya ini sudah ada, tetapi kita memperkuat strukturnya dan menekankan aspek pemberdayaan masyarakat dalam program ini.

Pendekatan Desa Siaga untuk menurunkan jumlah kematian ibu dan bayi didasarkan pada gagasan bahwa setiap orang – baik suami, tetangga, masyarakat dan pimpinan agama, bidan, dan petugas kesehatan lain – memiliki peranan dalam persiapan persalinan dan dalam menghadapi komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan atau persalinan. Kehamilan tidak boleh lagi dipandang sebagai urusan pribadi perempuan tetapi merupakan kepedulian bersama. 'Beban' untuk memastikan kehamilan sehat dan persalinan aman – entah ringan atau berat – harus ditanggung bersama oleh anggota masyarakat.

Tujuan secara keseluruhan dari pendekatan ini adalah pembentukan Desa Siaga yang pada dasarnya terdiri dari jejaring orang-orang kunci yang sadar dan siap menjalankan peran masing: Suami Siaga yang secara aktif memperhatikan kehamilan isterinya; Pemimpin Agama/Da'I Siaga yang membimbing masyarakat untuk memperhatikan dan mendukung orang lain; Bidan Siaga yang mengkoordinir dukungan ini dan yang penilaian klinisnya mendorong tindakan masyarakat. Singkatnya, agar masyarakat menjadi *Siaga*, setiap orang memahami peran masing-masing selama kehamilan dan persalinan.

Dalam sebuah Desa Siaga, anggota masyarakat bekerja sama untuk menyelamatkan nyawa melalui kesepakatan untuk membentuk lima 'sistem siaga' (yang akan dijelaskan di bawah ini) yang menjawab

beberapa resiko yang dihadapi ibu selama kehamilan dan persalinan. Proses pembentukan sistem ini dibimbing oleh Fasilitator Desa yang dengan dukungan pemerintah desa/kelurahan dan fasilitas kesehatan, memimpin masyarakat dalam proses refleksi partisipatif tentang kasus kematian ibu dan bayi yang terjadi di desa masing-masing serta faktor-faktor penyebabnya. Melalui proses partisipatif, masyarakat desa menjadi lebih merasa bertanggung jawab terhadap kesehatan dan keselamatan ibu hamil dan bayinya dan belajar tentang tindakan-tindakan yang dapat membantu mengurangi jumlah kematian ibu di desa masing-masing.

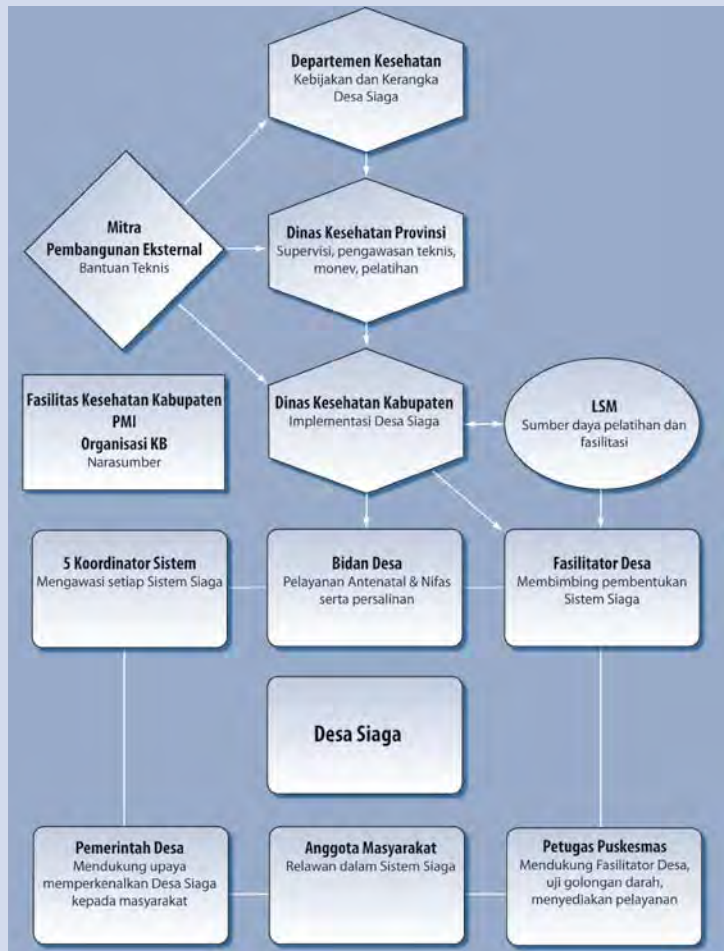


Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, yang sebagian besar masyarakatnya muslim, pertemuan masyarakat untuk program Desa Siaga sering dilakukan di masjid kecil yang disebut mushollah.

Pelaku Utama dan Peranan Masing-Masing

Pelaksanaan pendekatan Desa Siaga membutuhkan kontribusi dari berbagai lembaga dan pelaku, mulai dari pemerintah di tingkat provinsi sampai ke relawan di tingkat masyarakat. Sebelum pembentukan jejaring Siaga, banyak orang perlu dimobilisir, diberi pengertian tentang konsep Desa Siaga dan berkomitmen untuk mencapai tujuannya. Berikut ini adalah beberapa lembaga dan individu kunci yang membantu mewujudkan konsep Desa Siaga:

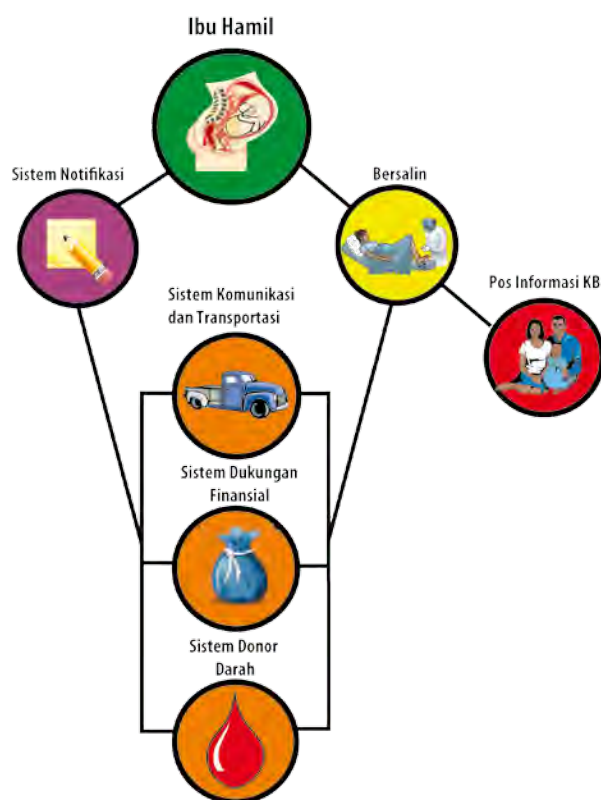
- Desa Siaga merupakan program nasional dari Kementerian Kesehatan Indonesia. **Dinas Kesehatan Provinsi** dan **Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota** merupakan pelaksana utama yang bertanggung jawab bagi kegiatan Desa Siaga di tingkat provinsi dan kabupaten.
- Dalam beberapa kasus, **mitra pembangunan eksternal**, seperti lembaga donor atau LSM Internasional yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten/Kota serta menyediakan dukungan teknis dalam proses pembentukan Desa Siaga.
- Sejumlah lembaga di tingkat kabupaten/kota terlibat sebagai pelatih atau narasumber dalam pembentukan Desa Siaga. Lembaga-lembaga ini juga memiliki peranan dalam berjalannya jejaring Siaga. Lembaga-lembaga ini di antaranya adalah **fasilitas kesehatan di kabupaten/kota**, seperti Rumah Sakit Kabupaten/Kota, Palang Merah tingkat Kabupaten/Kota, dan Unit Transfusi Darah Kabupaten/Kota, serta **lembaga non pemerintah**, seperti PKK, Dharma Wanita, serta Perkumpulan Keluarga Berencana di Kabupaten.



Gambar 1: Organogram Desa Siaga

- **LSM Mitra** yang dikontrak sebagai Fasilitator Desa dan menghubungkan berbagai pemangku kepentingan serta menyediakan dukungan teknis bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan program pelatihan. Peran LSM selesai saat sistem Desa Siaga terbentuk dan berjalan.
- Banyak lembaga tingkat desa atau kecamatan yang terlibat dalam proses Desa Siaga: Puskesmas, bidan koordinator serta bidan, PKK, koordinator KB, Kepala Desa atau dusun, BPD, dan pemimpin agama. **Fasilitator Desa** juga memainkan peranan penting dalam proses pembentukan Desa Siaga. Inti dari program ini adalah anggota masyarakat setuju untuk mendukung dan berkontribusi terhadap jejaring Siaga.

Lima Sistem Desa Siaga



Gambar 2: Sistem Desa Siaga

Desa Siaga dibangun atas lima 'sistem' kunci dalam masyarakat yang bersama-sama memastikan bahwa semua ibu hamil dapat mengakses pelayanan yang tepat secara cepat dan menurunkan kejadian kehamilan beresiko atau yang tidak direncanakan. Unsur-unsur jejaring siaga ini adalah:

- Sistem Notifikasi, dimana ibu hamil di desa diidentifikasi dan dicatat
- Sistem Donor Darah, dimana masyarakat desa yang bersedia menyumbangkan darahnya untuk kasus-kasus kedaruratan medis diidentifikasi dan golongan darahnya diuji serta dicatat
- Sistem Transportasi dan Komunikasi, dimana anggota masyarakat yang memiliki alat transportasi atau telepon seluler setuju untuk membantu membawa ibu bersalin ke fasilitas kesehatan
- Sistem Dukungan Keuangan, dimana dikumpulkan dana untuk membantu biaya terkait persalinan dan untuk mendorong persalinan di fasilitas kesehatan

- Pos Informasi Keluarga Berencana, dimana keluarga mendapatkan informasi dan bimbingan tentang teknik Keluarga Berencana yang dapat digunakan setelah persalinan

Kelima sistem ini dijelaskan secara rinci di bawah ini:

Mengaitkan ibu hamil dengan jejaring pelayanan: Sistem Notifikasi

Inti dari setiap Desa Siaga adalah Sistem Notifikasi, dimana informasi rinci tentang ibu hamil di desa dicatat di register utama yang dibuat dan dimutakhirkan relawan koordinator. Setelah tercatat dalam register, ibu tersebut akan terkait dengan fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal serta pelayanan persalinan dan nifas. Sistem notifikasi membantu mengungkap kehamilan dan membangun rasa tanggung jawab masyarakat untuk kesehatan dan keselamatan si ibu.

Sistem Notifikasi membantu mengungkap kehamilan dan membangun tanggung jawab bersama masyarakat bagi kesehatan dan keselamatan ibu hamil.

Sistem Notifikasi berbentuk buku catatan tangan yang berisi informasi mendasar seperti nama ibu hamil dan suami; tempat tinggal; perkiraan tanggal persalinan; jumlah kehamilan; rencana tempat bersalin. Relawan yang mengelola register mereview catatannya bersama petugas kesehatan pada pertemuan pasca Posyandu. Dengan demikian, register mendukung upaya meningkatkan pemanfaatan pelayanan antenatal serta persentase persalinan oleh tenaga kesehatan.

Hal ini penting karena tidak jarang ibu NTB dan NTT lebih berharap pada bantuan keluarga dan tetangga

atau dukun beranak daripada tenaga kesehatan. Hanya 32% persalinan di lakukan di fasilitas kesehatan di NTB dan 21% di NTT sedangkan rata-rata nasional adalah 46% (Statistics Indonesia and Macro International, 2008: 287). Persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan juga lebih rendah di kedua provinsi: 64% di NTB dan 46% di NTT, dibanding dengan rata-rata nasional sebesar 73% (Ibid.: 288).



Seorang ibu menyediakan informasi diri untuk dimasukkan ke dalam register ibu hamil di desa, yang merupakan bagian dari Sistem Notifikasi. Kalau sudah terdaftar, ibu ini mendapatkan kunjungan awal dari bidan desa dan dikaitkan dengan pelayanan antenatal yang tersedia dalam masyarakat.

Bagi bidan di desa yang membantu persalinan dan menyediakan pelayanan antenatal dan nifas, notifikasi yang lebih awal memberi kesempatan untuk mendekati ibu hamil serta suaminya dengan bahan-bahan antenatal dan untuk mendapatkan komitmen tentang tempat persalinan. Para ibu didorong untuk bersalin di fasilitas kesehatan dan kalau mereka setuju, sebuah stiker 'persiapan persalinan' berwarna terang yang berisi informasi

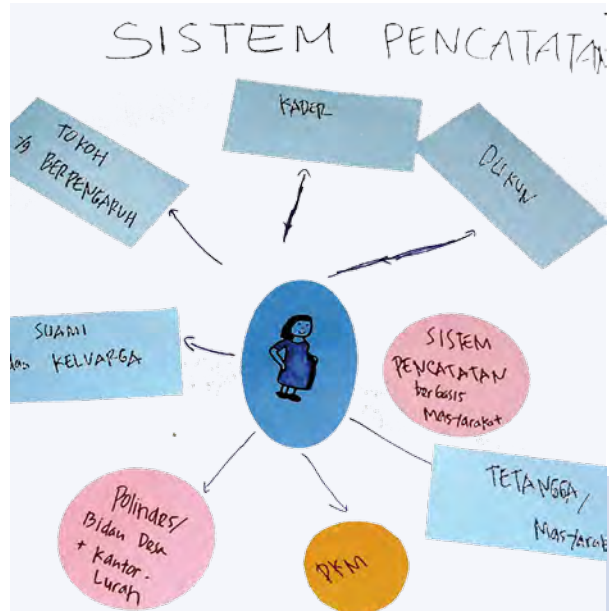


Diagram yang menunjukkan pemain kunci Sistem Notifikasi. Ibu hamil berada pada pusat jejaring dukungan yang melibatkan suami dan keluarga, tetangga, bidan desa dan fasilitas kesehatan, kader KB, dan tokoh masyarakat.

tentang keputusan tersebut ditempel pada pintu depan rumahnya. Stiker tersebut berisi nama ibu hamil dan perkiraan tanggal persalinan; menyebutkan orang yang akan membantu persalinan, dan dimana dia akan bersalin. Sejalan dengan sistem-sistem dalam Desa Siaga, stiker ini menyebutkan siapa yang akan mendampingi saat bersalin, siapa yang memberi dukungan transportasi, dan jika diperlukan, siapa saja yang bersedia mendonorkan darah. Stiker tersebut merupakan simbol dari prinsip 'persalinan adalah urusan desa.'

Seorang bidan di Desa Penanae, NTB, menjelaskan bagaimana Sistem Notifikasi merubah cara dia bekerja:

Sekarang saat saya mengetahui ada ibu yang hamil, saya pergi ke rumahnya dan menanyakan tempat yang mereka inginkan untuk bersalin. Kalau setuju untuk datang ke POLINDES, saya menempel stiker yang berisi informasi tentang mereka di pintu depan rumah. Saya katakan, 'Stiker ini berarti telah

ada persetujuan antara bapak/ibu dengan saya: dan saya akan membantu kalau ibu datang ke Polindes.

Dengan mejadikan persalinan sebagai masalah yang terkait seluruh masyarakat, Sistem Notifikasi membantu memastikan bahwa ibu yang mendapat pelayanan antenatal yang teratur dan berkualitas juga mendapatkan pertolongan petugas saat bersalin. Jika seorang ibu hamil mengalami komplikasi kehamilan atau kedaruratan medis, semakin kecil kemungkinannya untuk tidak diketahui oleh pihak-pihak yang akan membantu.

Menjawab kebutuhan keuangan: Sistem Dukungan Finansial

Kurangnya sumber daya keuangan merupakan salah satu faktor yang mencegah ibu di NTB dan NTT bersalin di fasilitas kesehatan. Bahkan dalam situasi kedaruratan, keputusan untuk merujuk ibu bersalin ke Puskesmas tertunda karena pertimbangan biaya pelayanan medis atau pelayanan lain atau kurangnya uang untuk transportasi.

Dengan adanya Desa Siaga, masyarakat setuju untuk membentuk Sistem Dukungan Finansial dimana kontribusi individu atau rumah tangga dikumpulkan dan digunakan untuk meringankan biaya transportasi atau pelayanan medis selama dan pasca persalinan. Dengan mendorong masyarakat desa untuk memikirkan tentang biaya yang diperlukan untuk bersalin, sistem ini dapat mengurangi sumber kekhawatiran yang dihadapi ibu hamil dan keluarganya saat mengambil keputusan terkait kedaruratan obstetrik.

Sesuai dengan pendekatan umum Desa Siaga, setiap desa menentukan sendiri struktur dananya sehingga ada variasi antara satu desa dengan desa lainnya. Namun demikian pendekatan utamanya sama.



Kontribusi untuk Sistem Dukungan Finansial dicatat dalam sebuah register yang dibuat dan dipegang oleh sejumlah relawan/kader. Sistem pencatatan keuangan tersebut disajikan dan diverifikasi dalam pertemuan dengan masyarakat. Setiap masyarakat memutuskan struktur Sistem Dukungan Finansial yang dipakai, termasuk besaran dan waktu kontribusi, jumlah yang dapat dikeluarkan dari dana tersebut, dan situasi-situasi yang dapat diklaim.

Pendekatan yang paling sering dijumpai dan paling sederhana adalah skema menabung sendiri dimana ibu hamil memberikan kontribusi sejumlah uang secara teratur selama masa kehamilan dan mendapatkan kembali uang tersebut saat persalinan. Pendekatan ini dilakukan di desa Banyumulek, NTB, dimana ibu hamil di desa menabung Rp. 1000 per hari (kira-kira €0.08) dan mendapatkan kembali seluruh uangnya saat bayi lahir. Para ibu berterima kasih karena ada dana yang tersedia untuk menanggung biaya tak terduga terkait persalinan atau untuk dipakai membeli perlengkapan bayi.

Di desa lain, Sistem Dukungan Finansial berbentuk semacam asuransi yang melibatkan semua anggota masyarakat, bukan hanya ibu hamil. Di Kelurahan Penanae, NTB, misalnya, setiap rumah tangga memberikan sumbangan tetap setiap bulan, dan anggota-anggotanya berhak mendapatkan bayaran sampai Rp. 100.000 Rupiah (sekitar €8) kalau ada yang dirawat di Rumah Sakit atau melahirkan. Jumlah yang lebih sedikit diberikan kepada warga

desa yang membutuhkan rawat jalan. Pendekatan ini lebih rumit untuk dikembangkan dan dipertahankan, karena membutuhkan konsensus anggota masyarakat untuk berbagi sumber keuangannya demi menolong warga lain. Pendekatan ini membutuhkan dukungan yang kuat dari pimpinan desa kalau mau berhasil.



Seorang ibu menunjukkan uang yang dia terima dari Sistem Dukungan Finansial di desanya. Ibu hamil didorong untuk memanfaatkan Sistem Dukungan Finansial sebagai skema tabungan mandiri untuk membantu mengurangi biaya persalinan atau kebutuhan bayi.

Kedua pendekatan ini melibatkan sejumlah relawan yang mengatur dana yang dikumpulkan dan yang mencatatnya dalam sebuah buku. Dalam pertemuan dengan masyarakat, relawan ini menyajikan keadaan keuangan secara terbuka dan memberikan informasi rinci tentang pembayaran yang telah dilakukan dalam periode sebelumnya. Walaupun ini tidak menjamin integritas dana dan kadang-kadang ada masalah, pendekatan ini merupakan strategi penting untuk mempromosikan transparansi dan membangun kepercayaan serta rasa kepemilikan terhadap Sistem Siaga di antara masyarakat desa.

Sistem Dukungan Finansial merupakan komponen

yang paling menantang untuk dibentuk dan dipertahankan dari kelima Sistem Desa Siaga dan kadang-kadang harus dilakukan beberapa kali pertemuan di desa sebelum dicapai konsensus tentang pendekatan yang akan diambil. Tidak semua desa berhasil mempertahankan skema ini, tetapi di desa-desa yang berhasil, perbedaan yang dihasilkan besar. Seorang ibu dari Desa Karang Pule, yang harus membayar Rp. 350.000 Rupiah (23 Euro) untuk pelayanan persalinan menjelaskan:

Bagi saya, itu terlalu besar, apalagi saya hanya bekerja sebagai pembantu rumah tangga. Namun, saya bersyukur bahwa dengan Sistem Dukungan Finansial dimana saya menyetor Rp. 500 setiap dua minggu, saya mendapat bantuan sebanyak Rp. 100.000. Saya sadar bahwa kami tidak dapat saling membantu dengan jumlah uang yang banyak sekaligus, tetapi kami dapat menyelesaikan masalah secara bersama saat ada kesepakatan.

Memastikan ketersediaan darah: Sistem Donor Darah

Seorang ibu yang menderita pendarahan selama atau setelah persalinan dapat diselamatkan melalui transfusi darah dari golongan yang sama. Namun demikian, jika tidak ditangani atau kalau darah tidak tersedia, dia dapat meninggal hanya dalam jangka waktu beberapa jam. Prosedur medis yang seharusnya sederhana bisa menjadi rumit dan menyusahkan misalnya kalau ibu hamil tidak mengetahui golongan darahnya sehingga dibutuhkan waktu tambahan untuk menguji golongan darahnya dan mencari donor dengan golongan darah yang sama. Anggota keluarga dan teman yang bersedia mendonorkan darah mungkin juga tidak mengetahui golongan darahnya dan akhirnya baru diketahui bahwa darahnya tidak cocok saat dibutuhkan. Demikian juga halnya, akan membutuhkan waktu lama untuk mencari orang yang bersedia mendonorkan

darah dan saat dia tiba ke fasilitas kesehatan, keadaan ibu sudah tidak tertolong.

Seorang bidan dari Desa Banyumulek mengemukakan kejadian yang tidak jarang dihadapi:

Seorang ibu yang hamil anak kembar sudah akan melahirkan. Setelah setengah jam dia mulai mengalami pendarahan. Saya mencoba membuatnya stabil, tetapi dia pingsan. 'Itu normal,' kata keluarganya. 'Tidak, itu tidak normal,' kata saya sambil berusaha merawatnya selama perjalanan ke Rumah Sakit. Di sana kami harus mencari darah untuknya. Berulang kali kami mencari dan sampai membawa seluruh keluarganya, tetapi tidak ada yang memiliki golongan darah yang cocok.



Seorang petugas dari Puskesmas menguji golongan darah seorang ibu. Di sebagian besar desa, antara 50 sampai 70 orang secara sukarela menjadi pendonor darah sebagai bagian dari program Desa Siaga.

Sistem Donor Darah dimaksudkan untuk menghilangkan hambatan ketersediaan darah bagi ibu yang membutuhkannya. Dalam sistem ini, masyarakat desa belajar tentang proses donor darah dan didorong untuk menjadi relawan yang akan diuji golongan darahnya serta didaftarkan di desa. Dengan demikian, pendonor yang tepat dapat dengan mudah diidentifikasi. Tingginya penggunaan telepon seluler sangat membantu meningkatkan efektivitas sistem ini: Bidan, Fasilitator Desa,

Koordinator Sistem Donor Darah, Bank Darah dan Pendonor Darah dapat saling berkomunikasi kalau dibutuhkan.

Donor darah bukan sesuatu yang dikenal luas oleh masyarakat pedesaan dan pada awalnya konsep ini mengakibatkan kekhawatiran mendasar

Donor darah bukan sesuatu yang dikenal luas oleh masyarakat pedesaan di NTB dan NTT sehingga pada awalnya konsep ini mengakibatkan kekhawatiran mendasar misalnya: jika seorang mendonorkan darahnya, apakah itu berarti dia akan selalu memiliki darah yang lebih sedikit dalam tubuhnya? Apakah itu berbahaya? Apakah orang berbeda iman boleh saling mendonorkan atau menerima darah? Agar mendapatkan dukungan terhadap sistem donor darah, petugas kesehatan, perwakilan PMI, dan tokoh agama memainkan peranan penting dalam menjelaskan manfaat donor darah, menjelaskan prosedur klinis yang harus dilalui, dan meyakinkan masyarakat desa bahwa donor darah adalah sesuatu yang dapat diterima.

Tingkat pemanfaatan sistem donor darah lebih rendah dibanding dengan unsur Desa Siaga lainnya, tetapi sistem ini akan menyelamatkan nyawa kalau sudah jalan. Seperti dikatakan bidan dari desa Banyumulek:

Sebelum Desa Siaga ada, sulit mendapatkan darah. Saya ingat terakhir kali ada seorang ibu yang mengalami pendarahan hebat pasca persalinan. Kami memanggil seluruh keluarganya untuk diuji golongan darahnya. Tidak ada seorangpun yang memiliki golongan darah yang cocok. Kami memanggil banyak orang. Tetapi sekarang kami sudah tahu siapa yang harus dihubungi kalau ada kasus seperti itu lagi – sudah lebih mudah.

Mengakses pelayanan dalam kondisi darurat: sistem transportasi dan komunikasi

Sulit mendapatkan transportasi di daerah pedesaan di Indonesia, khususnya di malam hari, dan sedikit sekali orang yang memiliki mobil. Banyak desa jaraknya berkilo-kilo meter jauhnya dari rumah sakit terdekat, dan seringkali mutu jalannya rendah dengan kondisi geografis yang berbukit-bukit. Keluarga yang tidak punya telepon juga akan mengalami kesulitan karena akan membutuhkan waktu yang lama untuk memberi tahu bidan kalau ada ibu yang hendak melahirkan, mengkoordinir transportasi ibu hamil ke fasilitas kesehatan, atau untuk mendapatkan calon pedonor darah. Apabila terjadi komplikasi selama kehamilan dan persalinan, akses cepat ke pelayanan di fasilitas kesehatan adalah masalah mati hidup. Namun demikian, banyak ibu yang tidak membahas masalah ini ketika merencanakan persalinan: hanya 54% ibu di NTB dan 42% di NTT yang membahas isu transportasi sebelum persalinan terakhir mereka (Ibid.: 291).

Menjelaskan bahwa keterlambatan ke fasilitas kesehatan sebagai salah satu faktor utama penyebab kematian ibu di Indonesia, seorang fasilitator Desa Siaga menantang anggota masyarakat dalam sebuah pertemuan memikirkan apa yang mereka bisa bantu untuk mencegah kematian ibu di desanya:

Mengapa ibu terlambat mendapatkan bantuan? Karena mereka tidak memiliki alat transportasi. Tetapi di tengah-tengah kita ... ada orang yang memiliki kendaraan. Anehnya kita masih malu untuk meminta bantuan bahkan bantuan dari tetangga atau keluarga karena masalah ini tidak pernah dibahas.

Ketika terjadi kedaruratan kehamilan atau persalinan, orang merasa enggan meminta bantuan dari tetangga atau dari anggota masyarakat lainnya,

walaupun misalnya mereka saling mengenal satu dengan yang lain. Mereka yang memiliki kendaraan atau telepon seluler (yang mungkin saja bersedia membantu) seringkali tidak mengetahui adanya kasus tersebut karena secara tradisi masalah ini dirahasiakan.



Di pedesaan di Indonesia jarang orang memiliki mobil. Salah satu sarana transportasi utama di Provinsi NTB adalah 'Ben Hur,' atau Cidomo, yang ditarik seekor kuda.

Komponen keempat dari Desa Siaga – yaitu Sistem Transportasi dan Komunikasi – menangani masalah ini dengan membahas tantangan transportasi secara terbuka dan merubahnya menjadi kesempatan bagi masyarakat desa untuk menunjukkan kesediaannya untuk saling membantu. Meledaknya jumlah telepon seluler dan meningkatnya kesediaan sepeda motor serta mobil merubah pilihan-pilihan transportasi kedaruratan secara radikal. Perubahan ini bahkan terasa sampai ke pedesaan. Kalau berjalan, sistem ini akan mendekatkan masyarakat yang membutuhkan bantuan dengan masyarakat yang bersedia membantu.

Di sebuah Desa Siaga, pemilik kendaraan merelakan kendaraannya untuk digunakan kalau ada ibu hamil atau bersalin yang butuh rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai. Seperti halnya Sistem Notifikasi dan Sistem Donor Darah, ada seorang relawan yang mendaftarkan nama dan alamat rinci (termasuk nomor telepon seluler) pemilik kendaraan

Begitu dekat, namun begitu jauh: Gagal menjangkau fasilitas kesehatan berarti kehilangan nyawa bayi

'Tolong cari kendaraan,' kata saya. 'Kendaraan apa saja boleh – cidomo atau mobil. Pokoknya apa saja.'

Saya menunggu dan menunggu, tetapi tidak ada kendaraan. 'Sebentar, sedikit lagi,' kata mereka. Kemudian sang suami tiba. 'Dimana kendaraannya?' tanya saya. 'Oh, saya akan coba dapatkan kendaraan,' jawabnya. 'Tolong! Kendaraan apa saja boleh, kita butuh transportasi,' pinta saya.

Ibu itu sudah mulai melahirkan. Kaki sampai lutut sudah keluar. Saya harus mulai membantunya di tempat. Kami begitu dekat dengan rumah sakit, jaraknya hanya 200-300 meter. ... Jika saya ingat kejadian itu, saya jadi marah dan sakit hati. Saya merasa gagal sebagai seorang bidan [dia mulai menangis].

– Bidan, Desa Penatoi, Kota Bima, NTB

yang bersedia membantu ibu hamil yang membutuhkan pertolongan. Setiap desa membahas dan mengadakan kesepakatan tentang sistem ini misalnya: kendaraan apa saja yang dapat digunakan untuk kondisi tertentu? Perlukah ada jadwal bagi sopir, ataukah setiap orang harus siap sewaktu-waktu ada kejadian? Berapa kompensasi yang bisa diberikan kepada pemilik kendaraan dan siapa yang akan membayar?

Pertanyaan-pertanyaan tentang biaya dan kompensasi ini seringkali sangat sulit di selesaikan. Tidak jarang masyarakat yang lebih berada awalnya skeptis tentang inisiatif ini karena tidak jelas apa yang akan mereka dapatkan dari skema seperti ini. Bahkan ada yang menolak berpartisipasi, namun kalau mereka melakukan itu, mereka beresiko kehilangan rasa hormat dari sesama warga desa. Menurut penasehat untuk Program Desa Siaga, mereka yang awalnya enggan terlibat akhirnya berubah ketika melihat manfaat dari sistem tersebut saat sudah berjalan.

Sistem Transportasi dan Komunikasi adalah salah satu elemen yang paling banyak digunakan di Desa Siaga: selama tahun 2006 sampai 2009 sistem ini rata-rata

digunakan lebih dari 15 kali di Desa Siaga di NTB (Fachry et al., 2009). Seperti dijelaskan bidan dari Desa Banyumulek, sistem ini memainkan peranannya secara efektif:

Sebelum ada persetujuan bersama, kami malu untuk meminta bantuan tetangga, terutama pada malam hari. Sekarang kami tidak malu lagi meminta bantuan. Kita bisa membangun mereka pada malam hari karena kita mempunyai kesepakatan bersama... Mereka juga jarang menerima imbalan saat kami berikan.

Mengurangi kehamilan tidak terencana: Pos Informasi KB

Mengurangi jumlah kehamilan tidak terencana merupakan komponen penting dari strategi menurunkan Angka Kematian Ibu: semakin sedikit kehamilan tidak terencana berarti ada penurunan paparan ibu terhadap resiko persalinan dan aborsi tidak aman. Di NTT, hanya 30% dari Wanita Usia Subur yang menggunakan metode kontrasepsi, sedangkan rata-rata nasional adalah 55% (Statistics Indonesia and Macro International, 2008: 266), dan *unmet need* KB di NTB and NTT diperkirakan masing-masing 13% dan 17% (sedangkan rata-rata

nasional adalah 9%) (Ibid.: 273). Dengan meningkatnya akses terhadap informasi dan metode kontrasepsi, pasangan dapat memutuskan jumlah anak yang mereka akan punyai.

Unsur Desa Siaga terakhir adalah Pos Informasi KB yang memperdalam dan memperluas kegiatan KB di tingkat desa dan berupaya meningkatkan pemanfaatan pelayanan KB setelah persalinan. Seorang relawan masyarakat (yang disebut *Kader* yang menghubungkan ibu hamil dengan bidan desa dan koordinator KB di *Posyandu*) turut serta dalam program pelatihan kesehatan reproduksi yang diselenggarakan lembaga KB di tingkat kabupaten.



Akses dan pemanfaatan yang lebih besar terhadap metode KB membantu mengurangi Angka Kematian Ibu di Indonesia dengan mengurangi keterpaparan ibu terhadap resiko persalinan dan aborsi tidak aman. Dalam gambar, sekelompok remaja turut serta dalam diskusi tentang KB dan kesehatan reproduksi.

Kader tersebut mendapatkan bahan-bahan seperti poster, brosur, dan alat peraga (misalnya untuk menunjukkan berbagai bentuk kontrasepsi) dan mereka menggunakannya ketika berhadapan dengan orang per orang maupun dalam kelompok kecil perempuan dan laki-laki dewasa ataupun remaja laki-laki dan perempuan yang ingin tahu

lebih banyak tentang Keluarga Berencana. Di beberapa tempat, Puskesmas mengadakan kelas reproduksi bagi orang dewasa atau remaja jika cukup banyak masyarakat yang berminat.

► Informasi lain tentang program pelatihan Pos Informasi KB – beserta pedoman fasilitator dan handout – dapat diakses di www.german-practice-collection.org/en/download-centre/doc_download/935

Pos Informasi KB melengkapi unsur Desa Siaga lain dengan menciptakan lingkungan dimana hanya ada sedikit kehamilan berbahaya yang membutuhkan intervensi kedaruratan. Dalam sebuah evaluasi terhadap Desa Siaga di NTB didapati bahwa, 60% dari ibu yang disurvei (n=280) mengakses informasi dari Pos Informasi KB di desa. Pengetahuan mereka tentang teknik Keluarga Berencana juga mengalami peningkatan dan dengan demikian mengindikasikan semakin luasnya pengetahuan masyarakat dan semakin tingginya kesadaran akan pilihan-pilihan berkeluarga berencana.

Makna Desa Siaga: Ungkapan hati para ibu



'Saat persalinan saya tiba, saya butuh pelayanan rumah sakit namun tidak ada mobil di RT tempat saya tinggal. Namun, koordinator transportasi di RT saya mengatur transportasi. Dia menghubungi koordinator transportasi dari RT lain untuk meminjam mobil. Cepat sekali prosesnya; mobil datang dan membawa saya ke rumah sakit. Saya senang mendapat bantuan karena waktu itu saya berada dalam kondisi yang memprihatinkan. Saya harap saling tolong-menolong seperti ini bisa terus berlanjut.'

Desa Siaga membantu mengurangi sebagian resiko terbesar yang dihadapi perempuan Indonesia selama kehamilan dan persalinan.

- *Zusawati, 25 tahun, Desa Sembung, Kabupaten Lombok Barat*

'Saya pingsan setelah bersalin, dan setelah diperiksa dokter, dia meminta keluarga saya untuk menyediakan dua kantong darah. Mendengar itu saya tidak panik karena saya tahu bahwa di desa ada pendonor darah bergolongan darah O seperti saya dan tidak sulit mendapatkannya. Suami saya menghubungi coordinator donor darah lalu pendonor diminta ke Rumah Sakit. Saya bangga akan program Desa Siaga. Manfaatnya mempermudah menjangkau fasilitas kesehatan, mempermudah mendapatkan donor darah, serta menyediakan kebutuhan keuangan dari tabungan sendiri. Melalui Desa Siap Antar Jaga kita didorong untuk bahu-membahu meringankan penderitaan dan mengatasi keadaan kritis.'

- *Yati Citra Dewi, 24 tahun, Desa Poto, Kabupaten Sumbawa*

Bagaimana menjadi Desa Siaga

Proses menjadikan sebuah desa sebagai Desa Siaga sama pentingnya dengan sistem kunci dalam Desa Siaga. Pembentukan Desa Siaga bukan proses mudah dan bisa memakan waktu sampai empat bulan karena seringkali melibatkan diskusi, debat, ketidaksetujuan dan proses panjang untuk mencapai kesepakatan.

Sebagian masalah yang harus dibahas dan dipecahkan seperti masalah terkait kesehatan reproduksi, bukanlah sesuatu yang secara budaya dapat dibahas di tempat terbuka, khususnya dalam kelompok

di mana ada laki-laki dan perempuan. Ketika membentuk sistem Desa Siaga, masyarakat desa harus menghadapi dan malah mempertimbangkan ulang pandangan tradisional tertentu (seperti siapa yang bertanggung jawab membantu persalinan) yang mencerminkan pandangan melekat tentang gender dan kehidupan keluarga. Demikian pula, masalah tingkat ekonomi juga bisa muncul karena mereka yang memiliki keadaan ekonomi yang lebih baik kadang-kadang bertanya mengapa mereka perlu membantu tetangga yang tidak terlalu beruntung tanpa pamrih.

Dengan berbagai dinamika seperti ini, bagaimana mungkin pembentukan Desa Siaga dapat berhasil? Seperti dibahas di bawah ini, Desa Siaga diperkenalkan melalui proses multi langkah yang dirancang secara seksama (lihat Gambar 2) yang kalau di dilaksanakan secara tepat akan memunculkan rasa kepemilikan yang tulus di antara masyarakat desa. Untuk mengembangkan rasa kepemilikan ini, penting untuk menggunakan kisah-kisah nyata sehingga orang menyadari tentang arti penting kematian ibu dan anak.

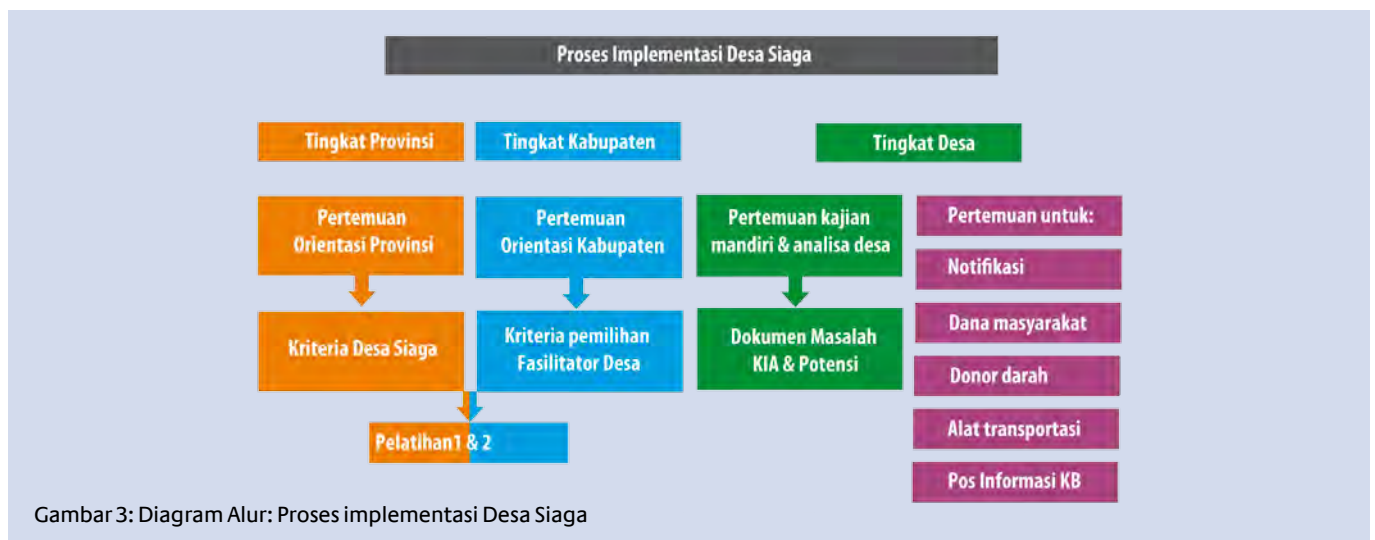
Membentuk Desa Siaga bisa makan waktu sampai empat bulan dan bukan proses mudah karena sering melibatkan diskusi, debat, ketidaksetujuan dan proses panjang untuk mencapai kesepakatan.

Mengingat tingginya Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di NTB dan NTT, ada kemungkinan setiap desa memiliki setidaknya satu kematian ibu yang terkait kehamilan dan komplikasi kehamilan. Walaupun masyarakat desa biasanya mengetahui kematian seorang ibu, karena penguburan dilakukan secara gotong-royong, penyebab kematian biasanya tidak diketahui.



Dengan menggunakan angka statistik dari Puskesmas, seorang Fasilitator Desa berbicara tentang Kesehatan Ibu dan Anak di masyarakat.

Dengan izin dari anggota keluarga ibu yang meninggal, Fasilitator Desa Siaga menggunakan kisahnya untuk mengungkap isu ini dan membahasnya secara terbuka. Seperti dikatakan Rahmi Sofiarini, penasehat program Desa Siaga di NTB, 'kisah-kisah ini menyentuh hati orang.' Menggunakan kisah-kisah ini sebagai titik masuk untuk menganalisa keadaan yang menyumbang terhadap tingginya tingkat kematian ibu dan bayi akan mempermudah fasilitator mendorong masyarakat desa untuk berpikir tentang langkah-langkah untuk mencegahnya sehingga terjadi lagi terhadap ibu atau anak perempuan yang bisa saja isteri, anak atau cucu perempuan, tetangga, atau teman mereka.



Membangun dasar bagi Desa Siaga: memastikan komitmen politis dan dukungan mitra

► Sebuah alat bantu komprehensif yang berisi panduan fasilitator, handout, dan multimedia, telah disusun dan dapat diakses oleh pihak yang berminat mengembangkan Desa Siaga ke tempat lain. Selengkapny alat bantu itu dapat diunduh di www.german-practice-collection.org/en/download-centre/doc_download/930

Walaupun pada akhirnya Desa Siaga melekat dalam kehidupan sehari-hari di desa, namun prosesnya dimulai di tempat jauh yaitu pertemuan perencanaan dan orientasi di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Agar sebuah inisiatif sekompleks Desa Siaga terbentuk dan terpelihara, maka perlu dukungan politis dari lembaga kunci pemerintah dan dari kerjasama sejumlah organisasi mitra. Pertemuan orientasi tersebut merupakan forum untuk memperkenalkan konsep dan pendekatan Desa Siaga kepada lembaga di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota dan untuk mengambil keputusan tentang pendekatan yang akan diambil dalam implementasinya.

Sebagai langkah pertama, perwakilan Bappeda Provinsi, DPRD Provinsi, BKKBN Provinsi, IBI Provinsi, PKK, Rumah Sakit Provinsi, dan Palang Merah Provinsi mengadakan pertemuan sehari di ibukota Provinsi dan memutuskan kriteria sebuah desa disebut Desa Siaga. Semua lembaga di atas yang berada di tingkat Kabupaten beserta perwakilan dari desa-desa tempat diperkenalkannya Desa Siaga yaitu Kepala Desa, BPD, Kepala Puskesmas, Bidan Desa, dan PKK.

Pertemuan di tingkat Kabupaten/Kota sangat penting artinya karena dalam era desentralisasi ini tanggung jawab untuk membentuk Desa Siaga berada pada pihak Kabupaten/Kota. Dalam pertemuan-pertemuan perencanaan ini dasar-dasar bagi pembentukan Desa Siaga dibangun yaitu: masing-masing sepakat tentang peran dan tanggung jawab setiap lembaga dan kepala dari lembaga-lembaga tersebut menyetujui pendekatan yang akan diambil di masyarakat masing-masing. Disamping itu, ada keputusan penting yang harus diambil pada tahap ini yaitu Kepala Desa dan perwakilan BPD, serta Bidan Desa menyepakati tentang siapa yang akan bertindak selaku Fasilitator Desa.

Fasilitator Desa tidak mendapatkan upah atau insentif: mereka harus memiliki motivasi 'bekerja dengan hati.'

Pada pertemuan di tingkat kabupaten/kota, lembaga pelaksana menyusun kerangka umum untuk menentukan Fasilitator Desa yaitu: seorang yang memiliki dasar pendidikan yang memadai dan bersemangat untuk 'bekerja dengan hati,' meminjam istilah penasehat Desa Siaga. Selain mengganti biaya transportasi, Fasilitator Desa tidak mendapatkan bayaran atau insentif apapun atas upaya mereka dan sebagian besar dari mereka punya pekerjaan lain. Kandidat ideal untuk posisi ini adalah seorang yang memandang keterlibatan dalam Desa Siaga sebagai cara untuk memberi sumbangan kepada desa. Fasilitator Desa bisa laki-laki dan perempuan, walaupun lembaga pelaksana lebih memilih perempuan. Sampai saat ini sekitar 40% Fasilitator Desa adalah perempuan.

Membangun tim fasilitasi untuk setiap desa

Banyak Fasilitator Desa adalah orang awam yang tidak memiliki latar belakang kesehatan atau pengembangan masyarakat. Karena itu, ada keterbatasan dalam hak sejauh mana mereka melewati proses mobilisasi yang kompleks dan sensitif walaupun mereka sangat antusias dan berkomitmen.

Langkah berikut dalam implementasi Desa Siaga adalah mempersiapkan sebuah tim kecil yang akan memulai Desa Siaga. Tim ini terdiri dari Fasilitator Desa yang bekerja sama dengan petugas kesehatan dari Puskesmas Kesehatan Ibu dan Anak berpengalaman serta Fasilitator Kabupaten dari LSM yang akan berbagi ketrampilan fasilitasi dan pengalaman mengelola proses dalam masyarakat.



Program pelatihan bagi anggota tim fasilitasi desa bergantung pada metode permainan, simulasi, dan kegiatan interaktif untuk mempersiapkan peserta memimpin proses di desa.

Hubungan antara ketiga anggota tim fasilitasi dimulai saat pelatihan enam hari yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan dipimpin bersama dengan LSM yang bertindak sebagai Fasilitator Kabupaten/Kota. Fasilitator Desa dan perwakilan Puskesmas yang melayani masing-masing desa – bisa sampai 30 orang – bersama-

sama berinteraksi secara intensif membahas masalah Kesehatan Ibu dan Anak serta Pengembangan Masyarakat.

► Panduan pelatihan fasilitator program pelatihan pertama – berisi pedoman dan handout – tersedia di at www.german-practice-collection.org/en/download-centre/doc_download/933

Pelatihan tersebut merupakan pengalaman baru bagi banyak peserta. Beberapa Fasilitator Desa pada awalnya tidak nyaman karena mereka diharapkan untuk berbicara secara terbuka dalam kelompok campuran laki-laki dan perempuan, atau karena asumsi bahwa pandangan dan pengalaman mereka dapat menjadi masukan yang berharga bagi orang lain. Di setiap kesempatan pelatihan selalu ada peserta yang skeptis terhadap permainan yang digunakan untuk membantu peserta saling mengenal satu dengan yang lain atau memberi ilustrasi terhadap konsep kunci tertentu. Tidak setiap orang merasa nyaman dengan permainan peran dimana satu peserta memperhatikan peserta yang lain dan saling memberi masukan kalau perlu perbaikan terhadap ketrampilan wawancara atau ketrampilan moderasi masing-masing.

Namun demikian, seiring waktu, metode interaktif menjadi familiar dan manfaatnya terasa. Pelatih melibatkan peserta dalam kegiatan kelompok kecil dan terus melibatkan mereka dalam kelompok campuran sehingga setiap orang memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain. Tujannya adalah menciptakan dinamika dimana semua peserta merasa mampu berbicara dan mendengar yang lain. Perwakilan Puskesmas didorong untuk berbagi pengetahuan mereka tentang masalah Kesehatan Ibu dan Anak serta belajar dari pengalaman peserta lain yang bercerita tentang masalah masyarakat dari perspektif non klinis.

Materi pelatihan memiliki jangkauan luas. Sebagian sesi awal yang dipimpin oleh petugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang memperkenalkan peserta pada dasar-dasar Kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir serta memberi gambaran tentang situasi terutama di daerah masing-masing misalnya tentang jumlah kematian ibu dan bayi, penyebab utama kematian, persentase ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan dengan pertolongan tenaga kesehatan, serta indikator kunci lainnya. Peserta diajarkan studi kasus kematian ibu yang terjadi di Kabupaten mereka dan kemudian berdiskusi dalam kelompok kecil untuk menganalisa penyebab kematian-kematian tersebut.

Sesi lain memperkenalkan peserta pada metode partisipatif yang dapat digunakan untuk mengkaji Kesehatan Ibu dan Anak di desa masing-masing. Peserta mempraktekkan wawancara terhadap keluarga ibu yang meninggal untuk mendapatkan informasi tentang keadaan di seputar kematian ibu di desanya; cara memimpin diskusi kelompok kecil tentang topik-topik seperti akses ke pelayanan kesehatan atau persepsi tentang kehamilan di masyarakat; serta cara memoderasi diskusi kelompok besar.

Ketrampilan seperti ini sulit dipelajari dalam waktu singkat dan tidak semua Fasilitator Desa yang setelah pelatihan merasa percaya diri untuk melakukan tugas yang mereka harus lakukan. Namun demikian, tidak ada seorangpun dari Fasilitator Desa yang drop out tetapi pada akhirnya secara berangsur-angsur mereka mampu mengembangkan kelima Sistem Siaga di desa mereka. Hal ini dapat dikatakan sebagai hasil dukungan yang diberikan pada tahap-tahap berikutnya oleh petugas Puskesmas dan Fasilitator Desa yang memiliki hubungan erat selama pelatihan.



Ibu yang turut serta dalam diskusi kelompok tentang akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Diskusi kelompok seperti ini membantu masyarakat desa memikirkan dan berbicara tentang Kesehatan Ibu dan Anak di desa.

Berbicara tentang Kesehatan Ibu dan Anak di tingkat Desa

Sekembalinya dari pelatihan, Fasilitator Desa memimpin sejumlah kegiatan yang bertujuan untuk menggerakkan anggota masyarakat berpikir dan berbicara tentang kesehatan dan keselamatan ibu hamil, ibu bersalin dan bayi di desa. Proses ini berlangsung sekitar satu sampai dua minggu yang bisa berupa diskusi kelompok kecil yang diikuti dengan pertemuan dengan masyarakat. Dalam diskusi-diskusi ini, masyarakat berbicara tentang keadaan yang terkait dengan kematian ibu dan bayi di desa mereka dan tentang apa yang mereka dapat lakukan untuk menghindari kasus seperti itu di masa depan. Fasilitator Desa Siaga menyebut fase ini sebagai 'kajian mandiri desa.'

Sebelum pertemuan masyarakat, Fasilitator Desa mengumpulkan data tentang kematian ibu dan bayi baru lahir dari fasilitas kesehatan sehingga

didapatkan gambaran tentang kesehatan bayi dan ibu di masyarakat. Sebagai bagian dari proses ini, petugas kesehatan akan mengarahkan Fasilitator Desa ke rumah tangga yang mengalami kematian akibat persalinan atau mengalami kedaruratan medis. Fasilitator Desa mengatur pertemuan dengan keluarga ibu yang meninggal untuk mendalami keadaan di seputar kematian yang dialami seperti: Kapan keluarga menyadari bahwa si ibu yang meninggal tidak sehat? Siapa saja yang mereka minta bantuan dan mengapa? Apa saja masalah yang dihadapi saat mencari pertolongan bagi sang ibu? Bagaimana perasaan mereka selama masa kedaruratan? Jika salah satu baik bayi maupun ini tidak selamat, apa penyebab kematiannya?

Meyakinkan masyarakat mengapa mereka harus pro aktif menolong sesama bisa jadi sesuatu yang menantang. Tokoh agama memainkan peranan sangat penting menjelaskan pentingnya menolong orang lain sebelum meninggal, bukan hanya setelah meninggal.

Hampir semua suami atau kepala keluarga memberi izin kepada Fasilitator Desa untuk mengungkap ceritanya dalam pertemuan masyarakat dengan harapan bahwa hal yang sama dapat dicegah di masa depan. Menciptakan atmosfir yang kondusif untuk diskusi terbuka tentang masalah pribadi seperti kehamilan, persalinan, dan kesehatan reproduksi bisa jadi sesuatu yang menantang. Namun penggunaan kisah nyata mampu menghapus keengganan masyarakat. Kisah-kisah ini bersifat lokal dan pribadi yaitu kejadian yang menimpa orang-orang yang dikenal oleh masyarakat sehingga memiliki kesan yang dalam. Seiring dengan dipahaminya kejadian secara rinci, masyarakat mulai memahami bahwa masalah yang sama dapat dialami oleh perempuan dalam keluarga mereka.

Selanjutnya, Fasilitator Desa dan petugas dari fasilitas kesehatan melakukan serangkaian diskusi informal tentang 13 masalah terkait kesehatan. Diskusi-diskusi ini mencakup sejumlah besar topik, mulai dari struktur sosial dan demografis desa sampai sikap masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan Keluarga Berencana. Antara 5 sampai 20 orang berpartisipasi dalam setiap diskusi kelompok kecil dan peserta mewakili masyarakat dari berbagai golongan: dewasa dan remaja (laki-laki dan perempuan), tokoh masyarakat, tokoh agama, penyedia pelayanan kesehatan, bidan, dukun beranak dll.

Fasilitator Desa memulai setiap diskusi dengan cerita mengenai kehamilan dan persalinan dalam masyarakat dan menjelaskan tujuan diskusi. Setiap kelompok menggumuli serangkaian pertanyaan yang terkait dengan topik atau tema yang mereka bahas. Di bawah ini beberapa contoh yang dibahas:

- Bagaimana struktur fisik dari desa kita (misalnya batas-batasnya, jalannya, desa tetangga, fasilitas umum dan tempat ibadah)? Bagaimana struktur sosial desa (misalnya siap saja yang tinggal di desa, asal mereka dari mana, bagaimana status ekonomi, sosial, dan pendidikan mereka)? Bagaimana kira-kira peta dari desa kita?
- Apa saja pelayanan kesehatan formal dan informal yang tersedia di desa kita? Berapa biaya pelayanan kesehatan tersebut? Seberapa mudah mengakses pelayanan kesehatan tersebut?
- Apa artinya sakit atau sehat? Kapan orang mencari pertolongan kesehatan?
- Dimana ibu mencari pertolongan selama kehamilan dan persalinan? Bagaimana ibu-ibu ini dirawat? Bagaimana pandangan mereka tentang pelayanan yang mereka terima?
- Kegiatan apa saja yang biasa dilakukan perempuan setiap hari di desa ini? Kegiatan apa yang dilakukan laki-laki? Siapa yang melakukan lebih banyak pekerjaan? Apa dampaknya terhadap perempuan?

- Bagaimana sikap masyarakat terhadap perkawinan? Pada umur berapa laki-laki dan perempuan boleh menikah? Apa saja manfaat dan kerugian dari perkawinan dini?
- Apa saja yang diketahui oleh masyarakat desa tentang Keluarga Berencana? Pelayanan Keluarga Berencana apa saja yang mereka ketahui? Apa saja manfaatnya? Apa saja kerugiannya?

Ketika setiap diskusi berlangsung, fasilitator atau anggota tim lain mencatat hal penting pada kertas lembar balik sehingga diskusi tidak terlewatkan. Dalam beberapa kelompok, masyarakat desa membuat peta dan menjelaskan hasil diskusi mereka melalui gambar. Bagi beberapa fasilitator desa yang tidak terbiasa menuliskan gagasan mereka, pendekatan ini bukan pendekatan yang lazim.

Menurut penasehat Desa Siaga, kelompok diskusi informal ini adalah tempat bekerja keras karena di sinilah dilakukan penyadaran kepada masyarakat tentang tantangan dalam Kesehatan Ibu dan Anak serta di sinilah tingkat kenyamanan masyarakat diganggu dengan pembicaraan tentang topik-topik sensitif. Kadang-kadang ada penolakan untuk

berbicara secara terbuka tentang masalah perempuan seperti kontrasepsi, menstruasi dan persalinan; ada pula yang menganggap bahwa topik-topik adalah topik eksplisit seksual sehingga tidak pantas dipercahkan.



Peta masyarakat Penanae, di Nusa Tenggara Barat, yang dibuat oleh salah satu kelompok diskusi kecil. Peta ini menunjukkan jalan-jalan desa, lokasi fasilitas kunci, dan keadaan fisik desa beserta sungai dan sawah atau ladang. Titik-titik berwarna dapat ditambahkan ke dalam peta ini untuk mengindikasikan rumah ibu hamil dan rumah warga lain seperti pemilik kendaraan dan pendonor darah yang menjadi relawan dalam Desa Siaga.

Perempuan sebagai Fasilitator Desa

Sejumlah besar (40%) Fasilitator Desa yang terlibat dalam pembentukan Desa Siaga di NTB dan NTT adalah perempuan. Fasilitator perempuan seringkali menghadapi lebih sulit dipercaya dan diterima masyarakat dibanding fasilitator laki-laki karena tidak terbiasa mengikuti pertemuan yang dipimpin perempuan. Sejak tahun 2000, perempuan sudah boleh dipilih menjadi Kepala Desa, namun hal ini masih jarang terjadi dan peran perempuan pada umumnya masih terbatas pada kegiatan dalam Dharma Wanita atau PKK.

Perempuan yang sudah menikah yang bertindak sebagai Fasilitator Desa cenderung untuk mengajak suaminya bersama sekurang-kurangnya pada pertemuan pertama. Kehadiran suami memberi legitimasi baginya untuk memainkan peranannya dan membantu masyarakat menerima dia. Fasilitator yang masih muda dan belum menikah harus bekerja keras untuk membangun perannya sebagai fasilitator; dan dalam kasus seperti ini peranan aktif pemerintah desa mendukungnya memainkan peranan penting agar dia diterima. Pengalaman menunjukkan bahwa tantangan-tantangan ini biasanya berkurang seiring waktu dan masyarakat semakin terbiasa dengan fasilitator perempuan.

Dalam rangka mengatasi rasa enggan seperti ini, Fasilitator Desa, petugas Puskesmas dan Fasilitator Kabupaten mengambil pendekatan pragmatis. Mereka menjelaskan bahwa walaupun bukan hal yang lazim untuk membahas hal seperti itu di tempat umum, namun itu harus dilakukan, karena ada masalah yang perlu dipecahkan dalam masyarakat. Diskusi yang dilakukan ada sangkut pautnya dengan mengembangkan pengetahuan, demikian mereka jelaskan, dan ada kait-mengait dengan masalah kehidupan yang mempengaruhi setiap rumah tangga dan setiap anggota masyarakat. Ibu Rahmi Sofiarini, penasehat Desa Siaga menjelaskan, 'Pada awalnya mereka enggan untuk mengambil bagian dalam diskusi seperti itu, tetapi karena mereka mengalami masalahnya, akhirnya mereka berbicara juga.'



Pertemuan formal tingkat desa menandai puncak kajian mandiri, dimana perwakilan kelompok diskusi kecil melaporkan hasil pokok dari pertemuan-pertemuan mereka. Fasilitator Desa menggabungkan kontribusi dari berbagai kelompok demi mendapatkan gambaran yang lebih menyeluruh tentang kesehatan ibu hamil dan bayi di masyarakat.

Puncak dari proses pembentukan Desa Siaga adalah pertemuan formal di desa/kelurahan dimana masyarakat dari berbagai golongan membahas cara mengatasi tantangan yang dihadapi ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi dalam masyarakat.

Kepala Desa mengundang sekitar 40 orang ke pertemuan ini termasuk Kepala Dusun, anggota BPD, perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten, Bidan Desa, petugas Puskesmas, PKK, tokoh agama dan anggota masyarakat yang berpengaruh lainnya. Seorang perwakilan dari masing-masing kelompok diskusi informal juga menghadiri pertemuan ini.

Pada pertemuan ini Fasilitator Desa mulai berbagi tentang angka-angka kunci kesehatan desa misalnya berapa banyak kematian ibu dan bayi yang tercatat baru-baru ini dan menceritakan kembali keadaan yang terjadi di seputar kematian tersebut. Setelah berbagi cerita, fasilitator meminta mereka yang hadir untuk mengemukakan pandangan mereka tentang kasus tersebut berdasarkan tema-tema yang dibahas dalam kelompok kecil yaitu: Apa alasan kematian atau kedaruratan medis tersebut? Apa yang sebenarnya bisa dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu atau bayi? Apa saja yang dapat dilakukan masyarakat desa – seperti tetangga, teman, tokoh masyarakat – untuk mencegah agar hal ini tidak terjadi lagi?

Seiring dengan berlanjutnya pertemuan, perwakilan dari setiap kelompok diskusi informal berbicara tentang pokok-pokok yang muncul dalam diskusi mereka dan yang relevan untuk menjelaskan fenomena kematian ibu dan bayi baru lahir. Kelompok yang membahas persepsi tentang perkawinan misalnya, memaparkan tentang kepercayaan umum bahwa perempuan harus menikah muda (antara umur 15 dan 20 tahun) dan bahwa pemahaman orang muda yang belum menikah terhadap kehamilan dan persalinan sangat sedikit. Kelompok lain yang berdiskusi tentang pola pencarian pertolongan kesehatan di desa, menjelaskan bahwa banyak orang miskin lebih memilih dukun dari pada fasilitas kesehatan karena alasan biaya atau kepercayaan. Refleksi-refleksi dari kelompok kecil ini melengkapi statistik kesehatan dan cerita-

cerita kasus per kasus yang telah dikemukakan sehingga didapatkan gambaran yang lebih luas tentang kondisi Kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir dalam masyarakat.



Masyarakat desa turut serta dalam pertemuan Desa Siaga. Proses menjadi Desa Siaga bisa mencapai empat bulan dan melibatkan diskusi dan musyawarah yang panjang.

Fasilitator desa kemudian mengalihkan diskusi ke pembicaraan mengenai ketersediaan sumber daya di dalam masyarakat dalam rangka menghadapi beberapa tantangan di atas serta tindakan yang dapat diambil orang per orang untuk membantu mengurangi kematian ibu dan bayi. Masyarakat desa juga didorong untuk berpikir tentang bagaimana tradisi gotong-royong yang sudah ada dapat diterapkan pada upaya membantu menyelamatkan nyawa ibu selama hamil dan waktu bersalin. Fasilitator Desa memperkenalkan masyarakat desa pada konsep Desa Siaga dan kelima sistemnya serta memberi penjelasan tentang bagaimana sistem-sistem tersebut membantu menangani tantangan-tantangan yang sudah dibahas sebelumnya.

Pada titik ini pertemuan bisa menjadi kontroversial karena tidak semua orang setuju bahwa semua

orang bertanggung jawab melindungi ibu hamil. 'Itu bukan urusan saya,' kata beberapa orang. 'Tugas suamilah untuk merawat isterinya yang hamil.' Pertemuan ini dapat berlangsung sampai malam karena ada perdebatan tentang apakah masyarakat desa harus saling membantu dengan menyediakan transportasi, keuangan dan donor darah serta sejauh mana masyarakat berkontribusi terhadap hal itu.

Menurut penasehat Desa Siaga, meyakinkan masyarakat desa tentang alasan mengapa mereka harus saling tolong-menolong bisa menjadi sebuah tantangan. Di NTB yang masyarakatnya sebagian besar beragama Islam, pemimpin atau guru agama yang disebut Ustadz, memainkan peranan penting dalam menjelaskan pentingnya saling tolong-menolong sebelum ada yang *meninggal*, bukan setelah meninggal. Membantu persiapan penguburan mungkin akan membantu keluarga yang ditinggalkan, tetapi tidak membawa manfaat untuk yang sudah meninggal, sedangkan kalau membantu sebelumnya bisa menyelamatkan demikian menurut Ustadz. Ketika argumen ini dikemukakan oleh guru agama, yang tugasnya adalah mengajarkan isi Al-Quran, maka langsung diterima oleh orang desa dan arah diskusi pun berubah. Karena itu, Fasilitator Desa selalu bertemu dengan tokoh agama sebelum bertemu dengan masyarakat untuk menjelaskan pendekatan Desa Siaga dan meminta dukungan mereka serta mengundang mereka menghadiri pertemuan. Hal yang sama dilakukan terhadap tokoh lain yang disegani dalam masyarakat misalnya orang kaya atau anggota masyarakat yang terpandang, demi memastikan partisipasinya dalam proses pemebentukan Desa Siaga.

Pertemuan-pertemuan di desa diakhiri dengan kesepakatan tentang pembentukan Sistem Siaga di desa. Walaupun kadang-kadang membutuhkan

waktu, ke-140 desa yang dibantu melewati proses ini akhirnya mencapai kesepakatan untuk membentuk jejaring masyarakat. Setelah pertemuan tersebut, dihasilkan sebuah dokumen yang disebut 'Potret Desa', yang berisi ringkasan dari diskusi kelompok kecil dan gambar, peta, atau diagram lain yang dihasilkan selama proses yang menyajikan ringkasan demografis dan profil masyarakat satu desa. Dokumen ini menjadi sumber bahan bagi aparat desa dan petugas fasilitas kesehatan.

Terkadang menciptakan suasana kondusif untuk membahas masalah pribadi seperti kehamilan, persalinan & kesehatan reproduksi adalah tantangan. Penggunaan kisah nyata membantu menghilangkan keengganan masyarakat.

Mengembangkan Lima Sistem Desa Siaga

Menyusul pertemuan-pertemuan di desa, tim fasilitasi yang terdiri dari – Fasilitator Desa, Perwakilan fasilitas kesehatan, dan Fasilitator Desa mengadakan pertemuan di tingkat provinsi untuk mendapatkan pelatihan selama lima hari yang mempersiapkan mereka melakukan pertemuan pembentukan kelima sistem Desa Siaga.

Penekanan utama dari pelatihan kedua ini adalah pada permainan peran. Para pelatih membantu peserta memilah-milah informasi yang dikumpulkan selama kajian mandiri desa dan bagaimana menggunakannya sebagai 'bukti' agar masyarakat

mendukung dibentuknya sistem Desa Siaga. Peserta melakukan praktek perencanaan dan pengaturan serta penyusunan struktur pertemuan untuk kelima sistem, merencanakan orang yang akan diundang (dan siapa yang perlu ditemui secara pribadi sebelum pertemuan demi memastikan adanya dukungan), bagaimana memulai diskusi, apa saja yang akan dibahas dalam setiap pertemuan, dan keputusan apa saja yang harus tercapai selama diskusi.

Setelah pelatihan, dengan dukungan Kepala Desa serta kehadiran Bidan Desa, petugas Puskesmas, dan Fasilitator Kabupaten, Fasilitator Desa memimpin lima pertemuan atau satu pertemuan untuk masing-masing sistem Desa Siaga. Pertemuan yang membahas sistem notifikasi dilakukan pertama dan diikuti oleh pertemuan sistem lain sampai sistem yang terbentuk sudah berjalan.¹¹ Bisa memakan waktu berbulan-bulan untuk menyelesaikan semua pertemuan dan sistem berjalan.



Tanda di desa Babussalam, Kabupaten Lombok Barat NTB, yang menjelaskan bagaimana sistem Desa Siaga berjalan. Empat bagian di atas menunjukkan secara rinci keputusan yang diambil dalam pertemuan masyarakat untuk membangun Sistem Notifikasi, Transportasi dan Komunikasi, Dukungan Finansial dan Pendonor Darah.

¹¹ Pertemuan untuk Sistem Notifikasi, Transportasi dan Komunikasi, Keuangan dan Pos Informasi KB dilakukan di tingkat dusun, dimana memungkinkan untuk membuat catatan akurat tentang penduduk dan untuk mengorganisir Sistem Finansial dan Transportasi. Sistem Donor Darah diorganisir di tingkat desa. Hal ini memungkinkan dicatatnya pendonor dari berbagai dusun di satu catatan sehingga memastikan tersedianya pendonor dari berbagai golongan darah yang akan dihubungi saat ada kasus kedaruratan.

Kira-kira 40 orang diundang ke setiap pertemuan yang akan membahas dan menyepakati cara mengorganisir sistem Desa Siaga di desanya. Walaupun konsep dasar setiap unsur Desa Siaga sudah baku, setiap desa bebas menentukan bagaimana sistem ini dilaksanakan. Sebagai contoh: Informasi apa saja yang perlu dikumpulkan dan dicatat dalam sistem notifikasi? Apakah pemilik kendaraan di bayar ketika mereka mambantu transportasi ibu hamil ke fasilitas kesehatan? Siapa saja yang harus berkontribusi terhadap sistem dukungan finansial serta siapa yang berhak mendapatkan dukungan dari sistem ini?

- Panduan pelatihan bagi fasilitator pelatihan kedua- berisi pedoman dan handout – tersedia di www.german-practice-collection.org/en/download-centre/doc_download/934

Tujuan dari pertemuan masyarakat adalah mencapai kesepakatan tentang setiap sistem sesuai dengan cara tradisional untuk mencapai kesepakatan yang berlaku di desa misalnya persetujuan tentang kontribusi untuk acara penguburan. Keputusan yang diambil saat pertemuan-pertemuan ini ditulis dan ditempatkan di tempat umum beserta nomor telepon seluler orang-orang kunci. Keputusan-keputusan ini juga dipublikasikan melalui Puskesmas dan secara formal disajikan kepada seluruh masyarakat desa pada pertemuan-pertemuan berikutnya.

Langkah terakhir adalah pemilihan koordinator untuk mengatur setiap sistem – yaitu seorang yang dapat dipercaya masyarakat dan dianggap adil dan bertanggung jawab (misalnya yang bertugas untuk mengelola kontribusi dukungan finansial), yang bersedia secara sukarela menysihkan waktunya dan yang memiliki tingkat melek huruf yang memadai. Kalau kelima system ini sudah berjalan, mereka yang disebut ‘koordinator sistem’ bekerja sama

dengan Fasilitator Desa dan terus berkomunikasi satu dengan yang lain maupun dengan Bidan dan Kepala Desa. Mereka inilah yang menjadi kunci dalam mengkoordinir tanggapan terpadu kalau ada kasus kedaruratan.

Sekitar 45% relawan koordinator adalah perempuan dan 55% adalah laki-laki. Distribusi gender yang relatif setara ini menggembirakan karena: pertama, perempuan mengambil peran kepemimpinan di desa; dan kedua karena laki-laki sudah berminat dengan masalah Kesehatan Ibu dan Anak.



Laki-laki di sebelah kiri baru saja setuju kendaraannya digunakan untuk transport ibu hamil ke fasilitas kesehatan kalau ada kasus kedaruratan. Rincian alamatnya serta informasi lain dicatat dalam register oleh Koordinator Sistem dan Fasilitator Desa.

Arti Desa Siaga: Ungkapan Hati Bidan



Bidan Desa dari Banyumulek, Kabupaten Lombok Barat, NTB

Tahun lalu adalah tahun yang baik saya sebagai bidan desa. Kekhawatiran saya ketika membantu persalinan tidak terjadi lagi. Tahun ini, tidak ada ibu atau bayi yang saya rawat yang meninggal. Tentu saja saya merasa lelah kadang-kadang – saya membantu 162 persalinan tahun lalu. Tetapi kalau saya melihat bayi mungil yang lahir selamat dari ibu yang mengalami kesulitan, saya jadi sangat senang. Saya yakin ini terjadi karena desa saya adalah Desa Siaga.

Saya tidak akan pernah melupakan kematian ibu dan kasus pendarahan yang saya tangani sebelum terbentuk Desa Siaga. Sekarang saya tidak lagi menghadapi situasi seperti itu karena ada sistem siaga. Mungkin sebagai orang luar anda tidak memahami betapa banyak perubahan yang terjadi hanya dalam satu tahun, tetapi sekarang kalau saya ingin merujuk seorang ibu, sangat mudah mendapatkan alat transportasi. Saya tinggal menelepon koordinator sistem transportasi dan transpor pun siap.

Sebelumnya sangat sulit untuk membujuk ibu hamil untuk melahirkan di *Polindes*, tetapi sekarang, bahkan sebelum bersalinpun mereka datang ke *Polindes*. 100% ibu hamil melahirkan di *Polindes* ini pada tahun 2008. Relawan koordinator sangat aktif memberi tahu tentang ibu hamil dan menyebarkan informasi Keluarga Berencana.

Sekarang saya sadar bahwa ini terjadi karena masyarakat semakin paham dan semakin bersedia untuk berubah dan untuk saling menolong. Pada awal Desa Siaga, saya sendiri ragu apakah akan ada perubahan. Namun setelah satu tahun saya dapat katakan bahwa saat ini ibu hamil diperhatikan seperti seharusnya dan bayi-bayi yang adalah masa depan kita, dilahirkan dengan selamat.

Mempertahankan Sistem Desa Siaga

Walaupun hakekat Desa Siaga relatif sederhana (yaitu menyadari adanya komplikasi kehamilan dan bersiap sedia menanganinya kalau terjadi), keberhasilan pelaksanaannya tidaklah sederhana. Dibutuhkan perhatian dan dukungan yang berkelanjutan serta kemampuan memecahkan masalah. Setelah melewati proses panjang pembentukan Desa Siaga, apa yang perlu dilakukan

secara teratur untuk mempertahankan dan melanjutkan keberadaannya?

Kekuatan utama Desa Siaga yang juga merupakan kelemahannya adalah Desa Siaga tergantung pada kontribusi sukarela dari berbagai pihak, mulai dari koordinator sampai pihak-pihak yang menyediakan kendaraan, keuangan, dan darah

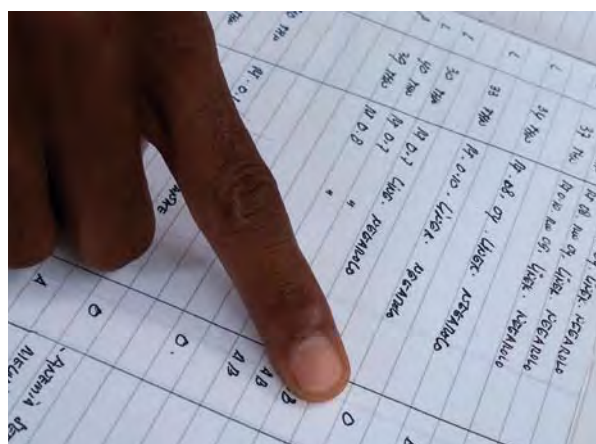
bagi sesama warga desa. Saat komitmen dari salah satu kelompok ini berkurang, seluruh sistem akan terganggu.

Kekuatan utama Desa Siaga yang juga kelemahannya adalah Desa Siaga tergantung pada kontribusi sukarela dari berbagai pihak. Saat komitmen dari salah satu kelompok ini berkurang, seluruh sistem terganggu.

Pengalaman menunjukkan bahwa komitmen kepala desa sangat penting untuk dijadikan panutan oleh warga. Ketika kepala desa berinvestasi dalam Desa Siaga, dia akan menyediakan dukungan yang diperlukan oleh Fasilitator Desa dan Bidan Desa untuk memperkuat jalannya Desa Siaga. Sebagai contoh, pemerintah desa dapat menentukan bahwa pembayaran Sistem Dukungan Finansial dimasukkan ke dalam iuran yang sudah ada dan secara teratur dikumpulkan dari rumah tangga misalnya iuran untuk pelayanan keamanan atau pajak. Memasukkan pungutan Desa Siaga ke dalam sistem yang sudah ada akan mempertinggi tingkat pengumpulan dana sehingga sistem ini bisa lebih efisien. Lebih jauh lagi, di desa-desa yang aparatnya aktif (misalnya secara teratur hadir dalam berbagai pertemuan), pendekatan Desa Siaga masih tetap kuat dan kokoh. Namun demikian, di desa-desa yang aparatnya tidak memiliki minat, jejaring yang terbentuk berjalan tertatih-tatih.

Sistem yang berjalan dengan baik pada awalnya bisa saja kehilangan momentum, misalnya jika seorang koordinator pindah ke desa lain dan tidak ada penggantinya atau penggantinya tidak terlatih. Di beberapa desa, gagasan awal untuk memastikan adanya persediaan darah dalam kerjasama dengan Palang Merah menjadi lemah karena masyarakat sadar bahwa kalau mereka menunggu ada kasus kedaruratan dan mereka diminta bantuan

darah, mereka akan mendapat keuntungan finansial karena keluarga akan membayar. Sedangkan kalau mereka mendonorkan darah melalui Palang Merah tidak dibayar. Kalau dinamika seperti ini muncul ke permukaan, Fasilitator Desa dan Bidan Desa mengidentifikasi masalahnya dan kembali mengingatkan untuk 'kembali ke asal' yaitu bahwa akar Desa Siaga adalah strategi bersama untuk saling tolong-menolong.



Nama, umur, alamat, dan golongan darah pendonor sukarela terdaftar dalam register. Di kabupaten/kota yang mempunyai cabang PMI, donor darah reguler dapat dilakukan agar persediaan darah tetap cukup. Di daerah yang tidak memiliki PMI, pendonor darah dipanggil untuk mendonorkan darahnya kalau ada kebutuhan dan kadang-kadang mendapat bayaran dari keluarga pasien yang membutuhkan darah. Fasilitator Desa dan Bidan harus memastikan bahwa System Donor Darah tidak kehilangan momentum atau dipandang sebagai cara mendapatkan keuangan

Tantangan-tantangan seperti ini dapat diketahui melalui kegiatan monitoring yang dilakukan di setiap desa pasca pembentukan Desa Siaga. Di tingkat desa, Fasilitator Desa, Koordinator Kelima Sistem, Bidan Desa dan Petugas Puskesmas melakukan pertemuan dua bulanan untuk bertukar informasi dan membahas masalah yang mungkin timbul di kelima sistem tersebut. Data monitoring reguler yang didapatkan dari pertemuan-pertemuan tersebut – termasuk

pemanfaatan sistem Desa Siaga – bermanfaat bagi aparat desa dan petugas Kesehatan untuk mengetahui apa yang terjadi serta untuk memperbaiki derajat Kesehatan masyarakat desa.

Disamping itu, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab melakukan pertemuan rutin untuk mengkaji kemajuan penyelenggaraan Desa Siaga secara keseluruhan. Pertemuan ini (yang dilaksanakan dengan jangka waktu yang berbeda-beda antara Kabupaten mulai dari tiga bulanan sampai tahunan, tergantung seberapa aktif pemantauan terhadap kegiatan di Kabupaten) dihadiri oleh Fasilitator Desa, Bidan dan Fasilitator Puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga bertanggung jawab untuk memantau hasil program ini yaitu tingkat pelayanan ANC, persentase persalinan oleh tenaga kesehatan, angka kematian ibu dan bayi, dan peningkatan pemanfaatan teknik KB.

Biaya Penyelenggaraan Desa Siaga

► Informasi lebih lanjut tentang biaya implementasi tersedia di Desa Siaga Cost Analysis in NTB and NTT, yang tersedia di www.german-practice-collection.org/en/download-centre/doc_download/936

Pendekatan Desa Siaga yang dijelaskan dalam publikasi ini adalah pendekatan intensif sumber daya yang membutuhkan investasi waktu, uang, dan tenaga yang besar. Pada tahun 2009

Proyek GIZ SISKES melakukan analisa biaya rinci program Desa Siaga (Sofiarini & Goeman, 2009) berdasarkan pengalaman implementasi Desa Siaga di 140 desa di dua provinsi selama tahun 2006-2009. Analisa tersebut menunjukkan bahwa biaya yang diperlukan dalam membentuk dan mempertahankan Desa Siaga sangat bervariasi tergantung model implementasi yang dipilih dan dipengaruhi oleh berbagai variabel seperti biaya satuan kegiatan di desa atau di kota, jumlah desa yang didukung dalam satu ‘angkatan’, jumlah peserta pelatihan di desa, dan sejauh mana kegiatan pelatihan dan pertemuan digabungkan sehingga lebih hemat.

Temuan-temuan kunci dari kegiatan tersebut adalah:

- Biaya untuk membentuk Desa Siaga di NTB sampai berjalan rata-rata Rp. 53.414.400 (€4109) per desa di NTB¹² dan Rp. 74.615.500 (€5740) per desa di NTT.¹³ Dengan penduduk desa yang berkisar antara 6.000 sampai 21.000 orang, angka ini kurang dari €1 per capita (antara €0.20 sampai €0.69 di NTB, tergantung luas desa, dan €0.27 sampai €0.96 di NTT). Sebagai pembandingan, belanja per capita kesehatan Kota Bima, NTB pada tahun 2008 adalah €10.¹⁴
- 80% dari biaya tersebut terkait dengan kegiatan pembentukan Desa Siaga dan sisanya sebesar 20% terkait dengan kegiatan untuk mempertahankan berjalannya Desa Siaga (termasuk Monev).
- Dari biaya satuan per desa, 40% digunakan di tingkat desa dan 60% at di tingkat kabupaten/kota, yang menunjukkan tingginya biaya untuk tempat kegiatan, konsumsi dan akomodasi di kota.

¹² Angka Euro didasari pada kurs mata uang tahun 2009. Mengingat beragamnya desa yang mengambil bagian dengan konteks masing-masing, ada berbagai variasi dalam biaya implementasi di setiap provinsi. Biaya minimum implementasi Desa Siaga di NTB adalah Rp. 35.265.800 (€2713), dan maksimum adalah 71.145.600 (€5473).

¹³ Biaya implementasi Desa Siaga minimum di di NTT adalah Rp. 70.356.000 (€5412), dan maksimum 78.875.000 (€6067).

¹⁴ Data didapatkan dari SISKES.

Secara umum, analisa biaya ini menunjukkan bahwa semakin lama proses pembentukan, semakin banyak juga kegiatan yang diselenggarakan secara terpisah – khususnya di kabupaten/kota dan provinsi – dan semakin banyak peserta yang dilibatkan dalam setiap kegiatan, serta semakin tinggi biaya secara keseluruhan.

Analisa biaya juga memberikan pedoman secara rinci bagi lembaga pemerintah dan lembaga bantuan pembangunan yang berminat memperluas Desa Siaga ke bagian lain di Indonesia di masa depan. Mengingat kurangnya sumber daya, dokumen tersebut juga memberi masukan tentang cara menyesuaikan anggaran demi mengurangi biaya misalnya dengan mengurangi jumlah peserta, menggabungkan kegiatan sehingga dapat dilakukan penghematan.



Desa Siaga harus berkontribusi terhadap perbaikan pemanfaatan pelayanan kesehatan kunci dan perubahan perilaku terhadap kehamilan dalam masyarakat. Kesejahteraan ibu dan bayi semakin dilihat sebagai tanggung jawab bersama. Laki-laki memiliki peranan penting di dalamnya.

Hasil: Bagaimana Desa Siaga Membawa Perubahan

Antara tahun 2006 dan 2009 pendekatan Desa Siaga yang menekankan penurunan kematian ibu dan bayi, diperkenalkan di 90 desa di NTB and 50 desa di NTT dengan dukungan GIZ SISKES. Walaupun merupakan bagian dari strategi nasional Desa Siaga, pelaksanaan Desa Siaga di ke-140 desa ini berbeda karena ada penekanan pada partisipasi masyarakat dalam merancang dan melaksanakan sistem Siaga.

Apa hasil yang sudah diberikan pendekatan Desa Siaga ini?

Di samping data monitoring program dan informasi lepas, dua evaluasi yang cukup besar telah dilakukan dalam beberapa tahun terakhir untuk mengkaji Desa Siaga secara keseluruhan atau sebagian. Pada tahun 2009 dilakukan evaluasi terhadap Desa Siaga di NTB yang didanai oleh GIZ SISKES dan dilakukan oleh peneliti dari Universitas Mataram (Fachry et al., 2009);¹⁵ sebuah evaluasi eksternal terhadap program GIZ SISKES yang dilakukan pada tahun yang sama (Independent Monitoring and Evaluation Team, 2009) membahas pencapaian Desa Siaga sebagai bagian dari kajian yang lebih luas. Melalui kedua evaluasi ini serta berbagai wawancara dan kunjungan lapangan yang dilakukan untuk mempersiapkan publikasi ini, didapatkan gambaran tentang pencapaian Desa Siaga.

¹⁵ Evaluasi ini mengkaji berdasarkan indikator input, output, dan outcome, berdasarkan kriteria DAC, dan dalam kaitan dengan prinsip-prinsip Paris Declaration mengenai kepemilikan, penyesuaian dan harmonisasi. Tujuh puluh dari 90 desa yang menjadi Siaga di NTB dipilih secara random dalam evaluasi tersebut, dan secara keseluruhan ada 538 responden yang disurvei. Evaluasi komprehensif ini membuktikan pencapaian awal di salah satu dari kedua provinsi dimana implementasi Desa Siaganya didukung oleh GIZ SISKES. Data dari NTT tidak tersedia. Semua data kuantitatif pada bagian ini berasal dari evaluasi dimaksud, kecuali ada pemberitahuan.

Secara keseluruhan, bukti-bukti yang dikumpulkan menggembarakan, dan mengindikasikan bahwa pendekatan Desa Siaga membawa perbaikan untuk kesehatan ibu dan bayi serta mendorong pendekatan positif baru terhadap pemecahan masalah dalam masyarakat. Penulis laporan evaluasi eksternal tahun 2009 menyimpulkan bahwa:

Di tempat dimana Desa Siaga dilaksanakan, tampaknya ada peningkatan kepercayaan akan kemampuan masyarakat menghadapi kedaruratan obstetrik dan kedaruratan lainnya. Dana Desa Siaga tampaknya terorganisir dengan baik dan memiliki sistem akuntansi yang jelas. Program ini tergantung pada upaya keras dan niat baik relawan dan kegiatan konsolidasi telah dipilih dengan seksama di kedua provinsi untuk mendorong perluasan pemanfaatan secara efektif dan keberlanjutan (Ibid.: 10).

Desa Siaga dikenal, dimanfaatkan dan dipercayai oleh warga desa

Karena sistem Desa Siaga dibangun atas dasar pendekatan 'dari bawah ke atas' secara partisipatif, sistem ini dikenal baik oleh anggota masyarakat. Sebuah survey terhadap 280 ibu di 70 desa di NTB didapati bahwa 83% mengetahui sistem Desa Siaga di desanya dan antara 70% sampai 90% mempunyai pemahaman spesifik tentang kelima sistem dan yang paling banyak diketahui adalah tentang komponen transportasi dan komunikasi.

Lebih dari 80% ibu yang disurvei yang kehamilan terakhirnya terdaftar dalam Sistem Notifikasi, 60% mendapatkan manfaat dari Sistem Dukungan Finansial, dan 60% mendapatkan akses informasi melalui Pos Informasi Keluarga Berencana. Bagi hampir setengah dari ibu-ibu ini, transportasinya ke fasilitas

kesehatan mendapat dukungan dari sistem transportasi dan komunikasi Desa Siaga. Sistem Donor Darah digunakan oleh 12% dari ibu yang disurvei.¹⁶

Desa Siaga berkontribusi meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi

Bersama dengan intervensi lain di daerah yang sama, Desa Siaga berkontribusi secara signifikan ($P < 0,05$) terhadap peningkatan pemanfaatan beberapa pelayanan kesehatan. Evaluasi Desa Siaga yang dilakukan di 70 desa di NTB di antara 280 ibu yang memiliki sekurang-kurangnya dua anak – yang satu dilahirkan sebelum adanya Desa Siaga dan yang lainnya setelah adanya Desa Siaga – menemukan bahwa:

- **Ada peningkatan kunjungan antenatal:** 92% ibu melakukan kunjungan antenatal pada trimester pertama (87% pada data baseline) dan 87% melakukan kunjungan pada trimester ketiga (naik dari 84%).
- **Ada peningkatan persentase ibu yang persalinannya ditolong tenaga kesehatan:** Sejak diperkenalkannya Desa Siaga, 88% ibu yang disurvei mendapat pertolongan persalinan terakhirnya dari tenaga kesehatan. Sedangkan untuk persalinan anak sebelum adanya Desa Siaga, hanya 75% yang ditolong tenaga kesehatan.¹⁷ Persalinan yang ditolong dukun bayi menurun dari 23% menjadi 10%.
- **Ada peningkatan persentase ibu bersalin di fasilitas kesehatan:**¹⁸ Evaluasi ini menunjukkan ada peningkatan menjadi 59%, dari data dasar sebesar 43%.
- **Ada peningkatan pengetahuan tentang metode Keluarga Berencana:** Proporsi ibu yang

¹⁶ Sebanyak 70% ibu yang disurvei mengetahui tentang Sistem Donor Darah, hanya 12% yang pernah memanfaatkannya. 'Memanfaatkan' artinya meminta atau mencari pendonor yang tepat.

¹⁷ Faktor yang kemungkinan mendukung perubahan ini adalah penempatan lebih banyak bidan ke tengah-tengah masyarakat.

¹⁸ Di sini fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah Polindes, Puskesmas, atau Pustu yang diperlengkapi untuk melakukan persalinan (ada bidan dan alat). Angka ini tidak termasuk persalinan di rumah atau yang ditolong dukun bayi.

disurvey yang mengetahui setidaknya satu metode keluarga berencana meningkat dari 98 menjadi 100%, ibu yang mengetahui sekurang-kurangnya empat metode meningkat dari 56 menjadi 66%, dan yang mengetahui tentang lima metode atau lebih meningkat dari 31% menjadi 42%.

Temuan-temuan ini diperkuat oleh laporan Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan NTT tahun 2008, yang juga menunjukkan adanya peningkatan proporsi ibu hamil resiko tinggi yang diidentifikasi dan dirujuk ke pelayanan kesehatan, persentase bayi baru lahir yang melakukan kunjungan neonatal, dan proporsi wanita usia subur yang memanfaatkan pelayanan Keluarga Berencana.¹⁹ Walaupun sulit untuk menentukan kontribusi Desa Siaga dan intervensi lain yang diberikan secara bersama, sangat mungkin bahwa pembentukan Desa Siaga memainkan peranan penting dalam tingginya pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduktif yang terukur di kedua daerah ini.

Desa Siaga memberdayakan masyarakat untuk menyelesaikan sendiri masalahnya

Proses Desa Siaga mendorong orang untuk memikirkan ulang hubungan mereka satu dengan yang lain – bukan hanya dalam hal memberi bantuan kepada orang yang membutuhkan tetapi juga dalam hal meminta bantuan saat ada masalah.

Perubahan sikap di desa melalui proses pemberdayaan masyarakat mungkin sama pentingnya dengan hasil dari sistem itu sendiri. Seperti dikatakan oleh salah satu pelatih Desa Siaga, saat masyarakat mulai memetakan desa, mengalisa masalah, dan membuat

daftar sumber daya yang mereka miliki:

Mereka terkejut bahwa mereka dapat melakukannya. Hal ini belum pernah terpikirkan sebelumnya. Ini membuka wawasan mereka. Sebelumnya, saling menolong saat ada kematian sangat penting; sekarang menolong saat masih hidup jadi lebih penting.

Proses Desa Siaga mendorong orang untuk memikirkan ulang hubungan mereka satu dengan yang lain – bukan hanya dalam hal memberi bantuan kepada orang yang membutuhkan tetapi juga dalam hal meminta bantuan saat ada masalah. Jika sebelumnya banyak orang yang enggan untuk meminta bantuan tetangga yang lebih kaya, atau yang tidak mereka terlalu kenal dekat, Desa Siaga membantu mengurangi keengganan ini. Seperti dikatakan Kepala Desa Babusalam, di Kabupaten Lombok Barat NTB:

Saya tidak akan mengorbankan anak hanya karena saya terlalu takut untuk meminta bantuan. Saya tidak akan mengorbankan hidup hanya karena saya terlalu malu untuk meminta bantuan. Hidup saya lebih bernilai dari rasa malu meminta bantuan.

Pendekatan ini memanfaatkan solidaritas antar masyarakat dan mendorong banyak orang terlibat dalamnya. Seorang tetua di desa Tanjung Karang, Kota Mataram, NTB menyatakan di pertemuan desa:

Karena program ini bertujuan untuk memperbaiki keadaan dalam masyarakat, saya bersedia menjadi relawan.

Program ini juga telah mengakibatkan perubahan sikap terhadap gagasan tentang persiapan persalinan. Masyarakat desa lebih menjadi lebih sadar akan situasi medis yang mungkin terjadi dan siap menghadapinya dengan metode yang sudah disepakati. Seperti dikatakan bidan dari desa Penatoi Kota Bima, NTB:

¹⁹ Data Monitoring dari proyek GIZ SISKES.

Dengan Siap Antar Jaga orang sudah mengantisipasi apa yang mungkin terjadi: orang tidak hanya bertindak saat ada kasus kedaruratan. Sebelum terjadi kita sudah siap.

Desa Siaga merubah hubungan gender

Kehidupan pribadi koordinator juga berubah karena peran mereka dalam Desa Siaga. Fasilitator perempuan yang muda, yang kadang-kadang pada awalnya tidak diterima karena umur dan jenis kelaminnya, menjadi percaya diri seiring dengan berjalannya sistem Siaga. Suami mereka mendukung dan menemani mereka. Mereka membentuk jejaring, menghadiri pertemuan di desa masing-masing demi saling membantu dan sebagai persiapan menghadapi situasi yang sama di desanya. Keberanian berbicara juga meningkat, seperti dikatakan kader KB di Desa Penanae:

Awalnya saya tidak bisa berbicara di depan masyarakat. Saya takut. Ada hambatan. Namun lewat pelatihan, saya berani berbicara. Walaupun dengan tamu dari luar negeri, saya tidak takut lagi.

Petugas Dinas Kesehatan Kota Bima setuju bahwa program ini memperkuat kemampuan relawan:

Relawan terlatih dengan baik. Desa Siaga memperkuat ketrampilan komunikasi, edukasi dan informasi mereka. Mereka lebih bisa berkomunikasi dan pelatihan penyegaran mempertahankan ketrampilan tersebut.

Beberapa ibu berubah setelah proses Desa Siaga sedemikian rupa sehingga ada yang mencoba menjadi anggota DPRD dan dua di antaranya berhasil.

Hubungan antar gender juga telah berubah.

Pelaksana Desa Siaga mendorong partisipasi perempuan dalam program ini, mendukung fasilitator dan koordinator perempuan dan memberikan kesempatan kepada perempuan untuk mengemukakan pandangannya saat pertemuan dalam masyarakat. Seperti dikatakan salah satu penasehat Desa Siaga, 'Jika mereka merasa tidak mampu, mereka meminta bantuan dari yang mampu.'



Seorang kakek dan cucu laki-lakinya.

Di antara pasangan usia subur, sebelumnya suami menarik diri dari 'urusan perempuan', tetapi sekarang mereka semakin paham dan menerima kenyataan bahwa mereka perlu memastikan bahwa isteri mereka harus mendapatkan pertolongan yang dibutuhkan. Di antara 280 ibu yang disurvei di NTB, 49% mengatakan bahwa suami menemani mereka saat kunjungan antenatal sedangkan sebelum adanya Desa Siaga hanya 17%; 78% dari suami menemani isteri saat bersalin dan sebelum Desa Siaga sebesar 62%.²⁰ Bidan yang berupaya

²⁰ Dalam budaya Islam, dipercaya bahwa hal pertama yang harus didengar seorang anak adalah suara adzan, yang dibisikkan ke telinganya oleh sang ayah atau keluarga yang laki-laki. Karena itu, persentase ayah yang hadir saat persalinan cukup tinggi.

memastikan bahwa kehadiran suami tidak hanya pasif tetapi mendukung isteri mereka saat bersalin.

Desa Siaga menghimpun dukungan medis dan non-medis bagi ibu hamil

Pembentukan Sistem Siaga berbasis masyarakat merupakan upaya untuk menciptakan permintaan terhadap pelayanan antenatal, persalinan dan nifas. Bagaimanapun efektifnya, sistem Desa Siaga tidak dapat mengurangi kematian ibu dan bayi tanpa fasilitas pelayanan kesehatan yang efektif dan terjangkau. Dengan kata lain, pendekatan Desa Siaga didasari oleh hubungan saling melengkapi antara tindakan non-medis dan medis yang secara bersama-sama menciptakan perubahan outcome kesehatan ibu dan bayi.

Evaluasi di Provinsi NTB mendapati adanya peningkatan kepuasan ibu terhadap pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi yang mereka dapatkan di *polindes* setelah Desa Siaga dibanding sebelumnya. Para ibu mengatakan adanya tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap berbagai aspek pelayanan, mulai dari ketrampilan petugas dalam merawat sampai kebersihan fasilitas kesehatan, waktu tunggu, dan kemudahan akses.

Hal lain yang penting adalah bahwa Desa Siaga ada di Kabupaten/Kota yang mendapat dukungan dari GIZ SISKES dalam penguatan sistem Kesehatan Kabupaten/Kota,²¹ dan hal ini mengindikasikan adanya sinergi positif antara berbagai upaya di tingkat masyarakat untuk memperkuat tanggapan non-medis terhadap kedaruratan kehamilan dengan upaya-upaya peningkatan pelayanan di tingkat fasilitas kesehatan. Di daerah lain di Indonesia, sistem kesehatan mengambil pendekatan yang

hampir sama yaitu dengan berinvestasi dalam peningkatan pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Desa Siaga menjadi contoh kasus dimana upaya di sisi permintaan dan di sisi pelayanan saling terkait.

Desa Siaga kemungkinan akan berkelanjutan

Tim fasilitasi di desa berhasil membentuk sistem Desa Siaga di 140 desa di NTT dan NTB yang ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dengan dukungan GIZ SISKES. Semua Fasilitator Desa yang dilatih melalui pemberdayaan masyarakat tetap menjadi bagian dari Desa Siaga sampai sekarang-kurangnya terbentuk Sistem Notifikasi. Menurut laporan monitoring tahun 2009, lebih dari dua per tiga Fasilitator Desa (69% di NTT dan 87% di NTB) mengatakan bahwa mereka terus bekerja sama dengan fasilitas kesehatan di desa terkait kegiatan Desa Siaga.²²

Setelah sistem-sistem terbentuk, menjadi tanggung jawab masyarakat secara keseluruhan untuk mempertahankan keberadaan Desa Siaga – dan tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk membina. Pendekatan Desa Siaga terbukti bertahan walaupun tingkatnya berbeda antara berbagai desa. Kalau aparat desa berkomitmen, sistem akan terus berjalan, sedangkan di desa yang aparatnya tidak berminat atau kepemimpinannya lemah, perlahan-lahan sistem ini menjadi kurang aktif. Di desa lain, aspek-aspek pendekatan ini dirubah untuk disesuaikan dengan prioritas dan pilihan desa.

²¹ Misalnya, melalui Pelatihan Manajemen Puskesmas dan penempatan bidan terlatih di desa.

²² Informasi Monitoring dari GIZ SISKES.

Evaluasi eksternal tahun 2009 mendapati adanya komitmen yang besar dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk mengembangkan dan memperluas penerapan Desa Siaga. Lebih lanjut, evaluator menyimpulkan bahwa keputusan yang diambil program dukungan GIZ SISKES untuk membangun 'massa kritis' Desa Siaga di setiap provinsi akan meningkatkan kemungkinan keberlanjutan Desa Siaga karena mempermudah mengembangkan desa baru (Ibid.: 52). Menurut evaluasi tersebut, momentum ini kemungkinan akan berlanjut di daerah dimana ada 'koordinator Desa Siaga yang trampil yang didukung oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang antusias,' khususnya di NTT dimana Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memainkan peranan dalam semua aspek implementasi Desa Siaga.

Ancaman utama terhadap keberlanjutan jangka panjang dari Desa Siaga adalah ketergantungannya pada 'antusiasme individu' dan ketergantungan berlebihan pada 'niat baik relawan' (Ibid.). Perubahan pimpinan desa, perpindahan petugas di Kabupaten/Kota dan Provinsi atau Fasilitator Desa bisa mengganggu seluruh sistem. Walaupun sebagian besar Fasilitator Desa menunjukkan komitmen terhadap Desa Siaga dengan memberikan pelayanan sukarela, waktu yang dibutuhkan banyak dan beberapa aspek seperti sistem dukungan finansial cukup menantang di beberapa desa. Masih perlu dilihat apakah model yang murni sukarela dapat bertahan lama, atau tingkat pengurangan akan perlahan-lahan berkurang seiring dengan tidak adanya insentif yang nyata bagi pemain kunci.

Pembelajaran

Diperkenalkannya Desa Siaga di 140 villages di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur selama periode 2006 sampai 2009 merupakan upaya untuk mengembangkan pendekatan pemberdayaan masyarakat untuk mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir, menunjukkan hasilnya, dan secara seksama mendokumentasikan semua aspek proses yang dilewati sehingga dapat diperluas ke daerah lain.

Investasi dalam pemberdayaan masyarakat meningkatkan kemungkinan dilaksanakannya Desa Siaga secara efektif dan berkelanjutan: ada perbedaan besar antara kinerja Desa Siaga yang menerapkan pendekatan pemberdayaan dengan yang tidak.

Karena pendekatan Desa Siaga diperluas ke desa lain – sesuai dengan target nasional bahwa pada tahun 80% desa/kelurahan di Indonesia menjadi desa/kelurahan aktif pada tahun 2015 – ada berbagai pengetahuan dan sumber daya yang dapat digunakan dari pengalaman di NTB dan NTT.

Beberapa pembelajaran utama adalah sebagai berikut:

- **Pendekatan Desa Siaga berjalan paling baik saat diterapkan secara fleksibel sesuai dengan keadaan desa.** Walaupun beberapa prinsip dan unsur inti dari Desa Siaga ada di semua desa, rincian tentang sistem tersebut diputuskan oleh masing-masing desa tetapi bukan secara hierarkis. Ketika masyarakat menentukan aturan yang berlaku untuk sistem, akan mudah untuk mendukung penegakkan aturan tersebut sehingga program lebih efektif dan berkelanjutan.
- **Investasi pada pemberdayaan masyarakat meningkatkan kemungkinan dilaksanakannya Desa Siaga secara efektif dan berkelanjutan.** Menurut petugas dari Dinas Kesehatan Provinsi NTB, ada perbedaan besar antara kinerja Desa Siaga yang menerapkan pendekatan pemberdayaan dengan yang tidak. Agar masyarakat memiliki rasa kepemilikan, mereka perlu dilibatkan di setiap tahap, mulai dari analisa masalah sampai dicapainya kesepakatan tentang mekanisme kelima sistem.
- **Tantangan untuk mengkoordinir sejumlah besar pemangku kepentingan dalam sebuah proses kompleks tidak boleh dianggap remeh.** Inisiatif pemberdayaan masyarakat merupakan proses jangka panjang yang kadang-kadang berjalan lambat. Dalam model seperti yang dipaparkan dalam publikasi ini, diperlukan struktur koordinasi yang kuat untuk mengawasi kontribusi lembaga atau pribadi yang berada di berbagai tingkatan. Pengawasan akan aliran dana dan anggaran sangat penting supaya kegiatan berjalan sesuai jadwal dan urutan yang ditetapkan.
- **Perubahan kebijakan dapat mempengaruhi insentif orang untuk mendukung Desa Siaga.** Sejak peluncuran Desa Siaga, pemerintah Indonesia telah menyatakan bahwa semua persalinan di fasilitas kesehatan tidak dipungut bayaran. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi Sistem Dukungan Finansial: masyarakat mempertanyakan mengapa dana seperti ini masih perlu dikumpulkan sedangkan pelayanannya sudah gratis. Namun demikian, banyak keluarga yang masih enggan bersalin di fasilitas kesehatan (jika mereka tidak mempunyai uang tunai), walaupun telah terjadi perubahan kebijakan, karena mereka takut biaya-biaya tambahan

seperti transportasi, konsumsi, dan obat.

Kebutuhan akan Sistem Dukungan Finansial masih ada, tetapi untuk memperkenalkannya kepada masyarakat harus disesuaikan dengan kebijakan baru tersebut.

- **Dukungan untuk Desa Siaga di tingkat desa harus berjalan beriringan dengan penguatan sistem kesehatan.** Desa Siaga tidak dapat berkembang dengan sendirinya karena bagi setiap desa yang mengetahui akan kebutuhan ibu hamil dan yang memastikan rujukan lebih awal terhadap setiap tanda komplikasi, perlu ada fasilitas rujukan yang efektif dan siap menerima dan merawat ibu yang dirujuk. Memperkenalkan Desa Siaga di kabupaten yang memiliki program '*Making Pregnancy Safer*' atau '*Menuju Persalinan Selamat*' memastikan adanya keseimbangan antara sisi 'fasilitas kesehatan' dan 'masyarakat'.
- **Keberhasilan Desa Siaga tergantung pada keterlibatan yang berkelanjutan dari orang berkomitmen di Kabupaten/Kota dan Desa.** Kalau sudah terbentuk, menjadi tugas dan tanggung jawab masyarakat untuk menggunakan dan mempertahankan sistem Desa Siaga dan tugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk membina dan mendukung.

Kemungkinan keberlanjutan akan semakin tinggi di desa yang kepemimpinannya mendukung dan yang ada ada dukungan dari luar dalam bentuk pelatihan penyegaran dan dukungan teknis. Desa Siaga sangat tergantung pada upaya relawan dan pejabat yang antusias (misalnya Staf atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Fasilitator Desa, Bidan, Koordinator Sistem dan Kepala/ Aparat Desa) dan mendapatkan tentangan dalam menyediakan dukungan dan insentif bagi mereka yang tidak mendapatkan upah untuk kontribusinya. Namun demikian, di tempat yang proses Desa Siaganya berjalan baik dan banyak orang mengetahui manfaatnya, banyak orang yang senang dikaitkan dengan Desa Siaga.

Prospek ke Depan Desa Siaga: Bertumbuh dan Berubah

Perluasan: Kemungkinan dan Keterbatasan

Dengan dukungan dari Pemerintah Jerman dan Inggris, program GIZ SISKES menunjukkan potensi yang dimiliki Desa Siaga untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi, merubah hubungan gender, dan mendorong proses pemberdayaan masyarakat sehingga mendukung tingkat kesehatan ibu dan bayi yang lebih baik.

Pelaksanaan proses ini membutuhkan input yang signifikan dalam bentuk waktu, uang, dan sumber daya manusia dari berbagai pemangku kepentingan. Koordinasi efektif semua unsur ini terbukti sangat penting.

Berdasarkan pengalaman ini, bagaimana prospek bagi perluasan pemanfaatan Desa Siaga yang menggunakan pendekatan pemberdayaan masyarakat ke desa, daerah, atau negara lain?

► Informasi rinci tentang sumber pendanaan yang tersedia bagi setiap komponen Desa Siaga dapat ditemukan dalam *Desa Siaga Cost Analysis in NTB and NTT*, di www.german-practice-collection.org/en/download-centre/doc_download/936

Kalau tidak ada dukungan lembaga dari luar, adalah memungkinkan untuk mendanai proses Desa Siaga dengan dana yang tersedia dari Pemerintah Indonesia. Hal ini sudah terbukti di provinsi NTT, dimana model ini diperluas ke desa-desa di Kabupaten Belu menggunakan dana yang tersedia. Dana pembangunan dari Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dapat digunakan untuk mendukung kegiatan Desa Siaga. Desa juga dapat mendapatkan dana dari Dukungan Desentralisasi Kesehatan yang disalurkan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Di samping itu,

ada dana dari Pusat juga untuk mendukung program di daerah terpencil yang dapat digunakan untuk mendukung biaya pelatihan dan implementasi Desa Siaga. Dana ini disalurkan melalui Bappeda Provinsi atau Kabupaten/Kota. Apabila dilakukan upaya untuk menyesuaikan model program sehingga mengurangi belanja, pendanaan yang memadai cukup tersedia untuk implementasi Desa Siaga.

Pembentukan koordinasi yang berkelanjutan lebih sulit dari pada mengidentifikasi sumber pendanaan. Perlu diperhatikan upaya membentuk struktur koordinasi yang mampu mengawasi sistem pembiayaan yang rumit dan memastikan bahwa anggaran terencana, disetujui, dan tersedia tepat waktu sehingga kegiatan dapat dilaksanakan sesuai dengan urutan kronologisnya. Pengalaman SISKES dalam melaksanakan Desa Siaga di 140 desa menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan struktur yang paling tepat dalam sistem kesehatan untuk memainkan peranan koordinasi, sedangkan di luar sistem Kesehatan, Bappeda²³ adalah lembaga yang paling tepat.

Mengingat investasi yang sudah dilakukan di NTB dan NTT, perluasan Desa Siaga ke desa baru di kedua provinsi dapat dilakukan dengan lebih mudah dan dengan anggaran yang lebih kecil dibanding dengan kalau memperkenalkannya di provinsi yang baru (dimana seluruh rangkaian langkah dan kegiatan masih perlu dilakukan). Di NTB dan NTT telah dilakukan pertemuan orientasi di tingkat provinsi dan di banyak kabupaten/kota, bahan pelatihan juga sudah ada dan siap digunakan, serta sudah ada pula narasumber yang memiliki pengalaman langsung dalam program ini. Memperluas konsep Desa Siaga dengan menambahkan kesiap-siagaan bencana misalnya, dapat dengan mudah difasilitasi.

²³ Badan Perencanaan Pembangunan Daerah

Sebuah Konsep dalam Transisi

Konsep Desa Siaga merupakan sebuah konsep dalam transisi. Ada komitmen tingkat tinggi untuk memperluas Desa Siaga ke seluruh Indonesia, namun ada juga minat untuk menggunakan pendekatan ini mengatasi masalah kesehatan di luar masalah Kesehatan Ibu dan Anak.

Desa Siaga merupakan sebuah konsep dalam transisi. Ada komitmen tingkat tinggi agar Desa Siaga di terapkan di seluruh Indonesia, namun ada juga minat untuk menggunakan pendekatan ini mengatasi masalah kesehatan di luar masalah Kesehatan Ibu & Anak

Dalam program Desa Siaga nasional, Sistem Notifikasi merupakan kunci bagi pengembangan lebih lanjut, yang memungkinkan pemantauan malnutrisi, wabah epidemis, pengendalian penyakit menular, perilaku hidup bersih dan sehat, kesiap-siagaan bencana, dan perbaikan sanitasi. Sebagaimana Sistem Notifikasi telah digunakan untuk melacak status ibu hamil, sistem ini dapat dengan mudah diperluas untuk mencakup isu-isu lain dalam masyarakat.

Seperti dijelaskan oleh staf Dinas Kesehatan Provinsi NTB di Mataram:

Kita ingin mengurangi kematian ibu di desa menjadi nol. Kita ingin agar semua desa menjadi Desa Siaga untuk melindungi ibu saat hamil, tetapi juga kita ingin menggunakan Sistem Notifikasi untuk surveilans penyakit sehingga memberi peringatan akan kemungkinan flu burung atau penyakit lain.

Penanggung jawab program Desa Siaga nasional telah beralih dari Direktorat Kesehatan Ibu ke Pusat Promosi Kesehatan di Kementerian Kesehatan RI. Dengan demikian, ada pejabat baru yang bertanggung jawab untuk program yang menantang ini.

Akibat perubahan tersebut, ada kemungkinan fokus pada kesehatan ibu dan bayi menjadi kurang menonjol – atau setidaknya-tidaknya menjadi tidak eksklusif – dalam tahun-tahun ke depan.

Seiring dengan diperluasnya Desa Siaga, juga ada resiko bahwa tekanan untuk mencapai target nasional mengakibatkan percepatan implementasi program tanpa penekanan yang cukup pada proses pemberdayaan masyarakat. Hal ini agak disayangkan, karena pemberdayaan masyarakat seperti yang digambarkan dalam publikasi ini merupakan faktor yang menyumbang terhadap keberhasilan Desa Siaga di NTB dan NTT. Saat ini dilakukan berbagai upaya untuk berbagi pengalaman dari kedua provinsi dengan berbagai pemangku kepentingan termasuk tingkat pusat dan untuk mempopulerkan bahan-bahan yang kaya informasi (di dalamnya termasuk Alat Bantu beserta Pedoman Pelatihan, Handout, Analisa Pembiayaan dan Video) yang dikembangkan selama proyek. Dipertimbangkannya pembelajaran-pembelajaran ini dalam rencana implementasi tingkat provinsi dan kabupaten/kota di bagian lain di Indonesia akan membantu memperkuat pendekatan Desa Siaga secara menyeluruh dan berkontribusi terhadap sukses yang keberlanjutan.



Pendekatan Desa Siaga diterapkan pada berbagai masalah masyarakat mulai dari kesehatan sampai kesiap-siagaan bencana. Di sini anggota masyarakat mengambil bagian dalam simulasi untuk mengkaji kesiap-siagaan mereka menghadapi bencana.

Kajian Rekanan Ahli (Peer Review)

German Health Practice Collection telah menentukan kriteria yang harus dipenuhi sebuah program atau proyek yang akan menjadi bagian dari rangkaian publikasi ini.

Dua pengkaji ahli laporan ini menyimpulkan bahwa program Desa Siaga yang didukung oleh GIZ SISKES dan dijelaskan dalam publikasi ini, merupakan 'praktek menjanjikan' yang perlu dipublikasikan secara luas dan yang pembelajarannya dapat bermanfaat bagi penyusun kebijakan dan praktisi yang terlibat dalam masalah Kesehatan Ibu dan Anak.

Kedua pengkaji setuju bahwa Desa Siaga dipilih karena inovasinya, kesadaran gendernya, serta pendekatan partisipatif dan pemberdayaannya. Seorang pengkaji mencatat bahwa dengan dukungan Jerman, menjadi memungkinkan untuk mengimplementasikan inisiatif Pemerintah Indonesia yang penting di beberapa daerah termiskin di Indonesia, dan dengan demikian menunjukkan potensinya di daerah yang memiliki keterbatasan sumber daya. Hal ini dapat dipandang sebagai sesuatu yang inovatif.

Kedua pengkaji mempertanyakan tantangan serta keterbatasan yang melekat dalam sebuah pendekatan yang sangat tergantung pada relawan dalam masyarakat dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang tidak mendapatkan imbalan atas upaya mereka. Terkait dengan hal ini, mereka juga mempertanyakan keberlanjutan sistem Siaga ini ketika dukungan eksternal selesai baik dalam hal finansial maupun teknis.

Namun demikian, seorang pengkaji – yang menjadi bagian dalam Tim Evaluasi program GIZ SISKES tahun 2009 – mencatat bahwa dia terkesan dengan 'komitmen dari staf Pemerintah Indonesia dan relawan yang terlibat dalam Desa Siaga.' Dia meng-

amati sendiri di lapangan bagaimana Desa Siaga berhasil dikembangkan sebagai bagian dari Sistem Kesehatan rutin dan menunjukkan indikasi positif akan prospeknya di masa depan. Menurutnya, akan sangat berguna untuk melakukan penilaian lanjutan dalam waktu dua tahun pasca berakhirnya dukungan Jerman untuk mengetahui keberlanjutannya dalam jangka yang lebih panjang.

Para pengkaji ahli mengemukakan tanggapan berikut terkait dengan kriteria yang ditetapkan GHPC untuk menentukan 'praktek menjanjikan':

Efektivitas

Pendekatan Desa Siaga telah berkontribusi terhadap peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduktif di Kabupaten/Kota yang melaksanakannya. Dukungan Jerman memungkinkan model Desa Siaga Kementerian Kesehatan dilaksanakan secara sistematis dan secara partisipatif sehingga meningkatkan efektivitasnya.

Dapat Ditransfer

Desa Siaga merupakan sebuah konsep yang dapat diterapkan secara fleksibel, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas lokal. Dengan demikian, akan memungkinkan untuk mereplikasinya di berbagai latar belakang, sehingga bisa dilakukan penyesuaian dengan sumber daya yang ada. Walaupun seorang pengkaji melihat kemungkinan untuk ditransfer, pengkaji lain mempertanyakan kemungkinan perluasannya mengingat banyaknya input yang dibutuhkan.

Partisipatif dan memberdayakan

Salah satu kontribusi utama GIZ SISKES adalah pengembangan pendekatan pemberdayaan masyarakat untuk implementasi Desa Siaga.

Model ini telah memperkuat kemampuan masyarakat desa untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan tantangan yang dialami di bidang kesehatan. Kepemilikan masyarakat terhadap Sistem Siaga juga ditingkatkan melalui partisipasi dalam setiap tahap pengembangan.

Kesadaran gender

Pendekatan Desa Siaga yang digambarkan dalam publikasi ini menunjukkan kesadaran tinggi akan masalah gender, bukan hanya terkait dengan tujuan dan penerima manfaat langsungnya, tetapi juga terkait dengan metode implementasinya. Program ini mendorong keterlibatan perempuan dalam setiap tahap dan telah berkontribusi terhadap transformasi/perubahan hubungan gender dalam masyarakat.

Monitoring dan evaluasi (Monev)

Monitoring dan evaluasi merupakan aspek penting dalam proyek pembangunan dukungan Jerman. Implementasi Desa Siaga telah dipantau secara sistematis dan telah dilakukan dua evaluasi. Salah satu pengkaji menyatakan bahwa program ini memiliki dasar Monev yang kuat. Sedangkan pengkaji yang lain merasa bahwa peran Monev dalam mengarahkan program dapat dijelaskan dengan lebih baik lagi.

Inovasi

Program Desa Siaga bersifat inovatif dalam hal pemanfaatan pendekatan mobilsasi masyarakat untuk menurunkan kematian ibu dan bayi serta dalam upaya untuk membangun dan memperkuat tradisi gotong-royong yang sudah ada di dalam masyarakat desa.

Efektif biaya

Pengkaji kesulitan memberi komentar tentang masalah ini. Walaupun tersedia analisa biaya yang rinci tentang model yang didukung Jerman ini, tidak ada data yang sama tentang pendekatan lain yang bisa dipakai sebagai pembandingan. Karena itu tidak mungkin dilakukan perbandingan.

Keberlanjutan

Sistem Siaga dibentuk di 140 desa yang turut serta dalam program Desa Siaga. Evaluasi eksternal program GIZ SISKES mencatat adanya komitmen yang kuat terhadap Desa Siaga dari pihak Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, yang menyatakan kepercayaannya bahwa program ini akan diperluas implementasinya.

Referensi

- Bullough, C. et al. (2005). Review: Current strategies for the reduction of maternal mortality. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112:1180-1188.
- D'Ambruoso, L. et al. (2009). Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry. *Midwifery*, 25(5):528 - 539.
- Depkes (2006). *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*. KepMenkes RI: 564/Menkes/SK/VIII/2006.
- Depkes (2010). *Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga Dan Kelurahan Siaga Aktif*. KepMenkes RI: 1529/Menkes/SK/X/2010.
- Fachry, A., Sofiarini, R. and Goeman, L., 2009. *Evaluation of the SIAP ANTAR JAGA village: Evaluation of the achievements and effectiveness of the community empowerment process supported by SISKES during 2006-2009 to develop Desa Siap Antar Jaga/Alert Village*. Tersedia di: www.ighealth.org/en/product/downloadfile/90/Desa-Siap-Antar-Jaga-Evaluation.
- Government of Indonesia (2004). *Indonesia Progress Report on the Millennium Development Goals*. Tersedia di: www.undp.or.id/pubs/imdg2004/.
- Hatt, L et al. (2007). *Did the strategy of skilled attendance at birth reach the poor in Indonesia?* Bulletin of the World Health Organization, 85(10):774-782.
- Independent Monitoring and Evaluation Team (2009). *The final review of SISKES: Improvement of the District Health System in Nusa Tenggara Timur (NTT) and Nusa Tenggara Barat (NTB)*. London: DFID.
- Makowiecka K et al. (2008). Midwifery provision in two districts in Indonesia: how well are rural areas served? *Health Policy and Planning*, 23:67-75.
- Ministry of National Development Planning/National Development Planning Agency (2010). *Report on the Achievement of the Millennium Development Goals Indonesia 2010*. Jakarta: Ministry of National Development Planning.
- Sofiarini, R. and Goeman, L. (2009). *Desa Siaga Cost Analysis in NTB and NTT, based on the support of GTZ SISKES during 2006-2009*. Eschborn: GIZ.
- Statistics Indonesia and Macro International (2008). *Indonesia demographic and health survey, 2007*. Jakarta, Indonesia; Calverton, MD: BPS and Macro International.
- World Health Organization, (N.N). *Indonesia Health Priorities and Programmes*. Tersedia di: www.ino.searo.who.int/en/Section3_6.htm.

Sumber

Toolkit: Community Empowerment in Maternal and Neonatal Health, sumber komprehensif termasuk penjelasan tentang proses, pedoman dan panduan pelatihan, analisa biaya, studi kasis, handout, bahan multimedia, foto serta film.

Dikembangkan oleh Karsten van der Oord dan Rahmi Sofiarini, 2009.

www.ighealth.org/en/product/downloadfile/92/MNH-Community-Empowerment-Toolkit

Film 'SIAP ANTAR JAGA' menyajikan latar belakang Desa Siaga dan memberi gambaran tentang pengalaman melaksanakan pendekatan ini melalui wawancara dengan pemangku kepentingan.

Dikembangkan oleh Karsten van der Oord dan Abdul Haris, 2007.

www.german-practice-collection.org/en/videos/health-ready-to-bring-and-to-take-care

Desa Siaga Cost Analysis in NTB and NTT: Sebuah studi yang memberi informasi untuk para pengambil keputusan terkait implementasi dan perluasan Desa Siaga dari segi finansial. Menyediakan instrumen perencanaan, alokasi anggaran dan analisa belanja.

Dipersiapkan oleh Rahmi Sofiarini and Lieve Goeman, 2009.

www.ighealth.org/en/product/downloadfile/129/Cost-Analysis-of-Desa-Siap-Antar-Jaga-Implementation

Diterbitkan oleh
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

German Health Practice Collection

Programme to Foster Innovation, Learning and Evidence
in HIV and Health Programmes of German Development Cooperation (PROFILE)
*(Program Mendorong Inovasi, Pembelajaran dan Bukti
dalam Program Kesehatan German Development Cooperation)*

Kantor
Bonn and Eschborn, Germany

Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn, Germany
T +49 228 44 60 - 0
F +49 228 44 60 - 17 66
ghpc@giz.de
www.german-practice-collection.org

Dag-Hammarskjöld-Weg 1–5
65726 Eschborn, Germany
T +49 6196 79 - 0
F +49 6196 79 - 1115

The Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
dibentuk pada 1 Januari 2011 dengan menggabungkan pengalaman panjang DED,
GTZ dan InWEnt. Untuk informasi yang lebih lengkap kunjungi www.giz.de.

Bekerjasama dengan
Bidang Bina Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi NTB

Atas nama
Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ);
Division of Health and Population Policies
*(Kementerian Pembangunan dan Kerjasama Ekonomi Pemerintah Federal Jerman
Bagian Kebijakan Kesehatan dan Populasi)*

Managing Editor
Anna von Roenne

Penulis
Karen Birdsall, Peter Hill

Penerjemah
Maddi Mina Djara

Rancangan
www.golzundfritz.com

Fotografi
p.12, © GIZ | Maddi Mina Djara
pp. 18r, 21, 24, 28, 31, © GIZ | Maike Anika Bierwirth
semua foto dan grafik lain, © GIZ | Karsten van der Oord

Eschborn, November 2011

GIZ bertanggung jawab atas isi publikasi ini.

Alamat Kantor BMZ
BMZ Bonn
Dahlmannstraße 4
53113 Bonn, Germany
T +49 228 99 535 - 0
F +49 228 99 535 - 3500
poststelle@bmz.bund.de
www.bmz.de
BMZ Berlin | im Europahaus
Stresemannstraße 94
10963 Berlin, Germany
T +49 30 18 535 - 0
F +49 30 18 535 - 2501