

seperti Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) atau Survei Mawas Diri (SMD), Tabungan ibu hamil dan dana sehat ibu bersalin, Pos Obat Desa (POD) dan lain-lain, sehingga minimnya dukungan dan partisipasi masyarakat memungkinkan masih terjadinya satu kematian ibu masing-masing pada tahun 2007 dan 2008 akibat perdarahan, serta kematian bayi pada tahun 2009 akibat kelahiran prematur, *bronchopneumonia* dan diare.⁹

Hal ini didukung dengan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah tahun 2008 memperlihatkan bahwa pelaksanaan Desa Siaga masih dirasakan belum berjalan dengan optimal seperti yang diharapkan karena sebagian besar fungsi poskesdes belum dimanfaatkan, upaya kesehatan bersumber masyarakat belum terakomodir dengan baik, sistem *surveillance*, sistem kegawatdaruratan dan penanggulangan bencana belum terlaksana. Hal ini ditunjang dengan kurangnya tenaga kesehatan (bidan/perawat), keterbatasan sarana dan prasarana kesehatan serta keterbatasan dana bagi operasional poskesdes, dibuktikan dengan jumlah bidan sebanyak 250 orang, yang dilatih sebagai bidan poskesdes pada tahun 2008 sebanyak 25 orang dan tahun 2009 sebanyak 90 orang. Selain itu, jumlah keseluruhan poskesdes sebanyak 135 buah terdiri dari bangunan pinjaman sebanyak 114 buah dan bangunan peningkatan polindes sebanyak 21 buah, pembiayaan dana operasional poskesdes dan operasional kader berasal dari Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi.⁵

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Azhar (2007) dan Polisiri (2009) bahwa pelaksanaan Desa Siaga masih bersifat *top down* karena masih berbasis perintah dari atasan, dalam hal ini Dinas Kesehatan dan masih mengandalkan dana dari pemerintah pusat, yang seharusnya bersifat *bottom up* artinya pelaksanaan Desa Siaga harus berdasarkan partisipasi masyarakat sepenuhnya dan tidak lagi mengandalkan peran aktif petugas puskesmas.^{10,11}

Sementara itu penelitian yang dilakukan oleh Hermansyah (2008) menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan Desa Siaga masih belum sesuai dengan harapan Depkes dimana peran serta masyarakat di suatu desa masih kurang, yang dibuktikan dengan

masih belum terlaksananya kegiatan yang berkaitan dengan kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana kesehatan serta *surveillance* berbasis masyarakat. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengorganisasian Desa Siaga baik oleh bidan desa maupun aparat desa sebagai motivator dalam pelaksanaan Desa Siaga.¹²

Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa implementasi/pelaksanaan program Desa Siaga masih ditemukan banyak kekurangan, demikian juga implementasi Desa Siaga di wilayah kerja puskesmas Layeni sebagaimana dijelaskan di atas.

Sehubungan dengan hal itu, telah dilakukan survey pendahuluan terhadap tujuh Desa Siaga di puskesmas Layeni pada bulan Agustus tahun 2009 teridentifikasi bahwa belum berhasilnya implementasi program tersebut dapat dilihat dari sosialisasi program yang kurang intensif kepada masyarakat. Hal ini didukung dengan tidak adanya petunjuk pelaksanaan Desa Siaga sebagai pedoman mengakibatkan partisipasi masyarakat terhadap program sangat minim sehingga upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) tidak berjalan maksimal. Misalnya upaya pengadaan sarana dan prasarana dari masyarakat antara lain pengadaan obat-obatan masih tergantung dari persediaan puskesmas, tabungan ibu bersalin dan dana sehat bersalin pun tidak