

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Trilogi dalam pembangunan kesejahteraan sosial mencakup tiga bidang yaitu pembangunan ekonomi, pengembangan sumber daya manusia, dan perawatan masyarakat. *Pertama*, Pembangunan ekonomi bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan bagi manusia. Kesejahteraan masyarakat terdiri dari beberapa faktor baik yang berupa kebutuhan lahiriah maupun batiniah dari sudut pandang ekonomi, kebutuhan hidup harus dipenuhi secara alamiah oleh manusia itu sendiri. Pembangunan ekonomi dalam pencapaian tujuan untuk kesejahteraan masyarakat dihasilkan sendiri oleh masyarakat dan hasilnya dinikmati sendiri oleh masyarakat. Kesejahteraan yang ingin dicapai dan membangun harkat dan sesuai martabat kemanusiaan dengan berlandaskan pada kemampuan dan mengembangkan potensi yang dimiliki secara optimal (Etik, 2014).

*Kedua*, pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang merupakan bagian dari proses dan tujuan dalam pembangunan nasional. Departemen Kesehatan menyebutkan bahwa salah satu tugas pokok dan fungsinya dalam mengembangkan SDM terutama pada bidang pendidikan dan pelatihan yaitu membina unit pendidikan dan Pelatihan Pegawai serta Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan memegang peran cukup penting mengingat kesehatan adalah keadaan kesejahteraan dari badan, jiwa,

sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis dan merupakan salah satu kebutuhan pokok rakyat dan dapat mewujudkan manusia Indonesia yang berkualitas (Depkes, 2014).

Tujuan pembangunan kesehatan adalah ketercapaiannya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesejateraan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Sehingga pada masa ini urusan sumber daya manusia kesehatan lebih banyak diselenggarakan oleh Pusat Pendidikan dan Pelatihan Pegawai dan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan. *Ketiga*, perawatan kesehatan masyarakat ini bertujuan dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya pengembangan yang diharapkan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat agar dapat lebih bermutu (Depkes, 2006).

Mengingat kesehatan dalam pembangunan kesejahteraan sosial hubungannya sangat erat kaitannya karena untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Pembangunan kesejahteraan sosial di dalamnya mencakup berbagai unsur kebijakan dan pelayanan dalam arti luas yang terkait dengan berbagai kehidupan masyarakat seperti kesehatan, jaminan sosial, pendapatan, pendidikan, dan budaya, maka pembangunan kesehatan yang ditujukan untuk mengusahakan kesempatan yang lebih luas bagi setiap warga negara untuk mendapatkan derajat kesehatan yang sebaik-baiknya, adalah merupakan salah satu perwujudan daripada usaha mencapai keadilan sosial. Pertumbuhan kemampuan nasional pada setiap tahap pembangunan, dilakukan usaha-usaha penyediaan kesehatan yang lebih meluas dan lebih merata bagi seluruh rakyat (Azhar, T.N, 2007).

Bersamaan dengan itu arah usaha ditujukan agar penyediaan pelayanan yang lebih meluas dan lebih merata tersebut dapat terjangkau oleh kemampuan masyarakat. Melihat masalah-masalah kesehatan yang belum dapat terpecahkan sehingga memerlukan adanya pembangunan kesejahteraan sosial (Harahap, 2011:20).

Pada intinya pembangunan kesejahteraan sosial diarahkan pada tercapainya kondisi keberfungsian sosial yaitu kemampuan seseorang untuk melaksanakan peran, fungsi, dan tugas sebagaimana yang diharapkan, kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya serta kemampuan untuk memecahkan persoalan hidup dan mampu bertahan dalam menghadapi masalah kesehatan (Tisnohadi, 2003:8).

Melihat banyaknya masalah kesehatan menjadikan manusia belum dapat menjalankan kehidupannya dengan produktif. Hal ini dapat dilihat dari fenomena kesehatan dunia (*global health issues*) yang terus meningkat. Fenomena kesehatan global merupakan gangguan fisik, mental, maupun kesejahteraan sosial yang meliputi seluruh dunia (Tisnohadi, 2003:10). Faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan global antara lain: pola hidup, status ekonomi, lingkungan sosial, sistem komunikasi, dan informasi, serta psikologis atau kejiwaan. Dan sedangkan masalah kesehatan pada masyarakat di negara berkembang khususnya Indonesia yaitu terbagi menjadi beberapa kelompok, antara lain: masalah perilaku kesehatan, lingkungan, genetik, dan pelayanan kesehatan yang akan meningkat ke masalah kesehatan ibu dan anak, masalah gizi dan beragam penyakit baik menular atau tidak menular (Doc. Laporan Dinkes Sleman 2014).

Penanganan masalah gizi sangat terkait dengan strategi sebuah bangsa dalam menciptakan SDM yang sehat, cerdas dan produktif. Upaya kita dalam peningkatan SDM yang berkualitas dimulai dengan cara penanganan pertumbuhan anak-anak kita atau adik-adik kita sebagai bagian dari keluarga kita dengan asupan gizi dan perawatan yang baik. Dengan lingkungan yang sehat, maka hadirnya infeksi menular ataupun penyakit masyarakat lain nya dapat dihindari. Ditingkatkan masyarakat faktor-faktor seperti lingkungan yang higienis, kesehatan keluarga, pola asuh terhadap anak dan pelayanan kesehatan primer sangat menentukan dalam membentuk anak yang tahan gizi buruk (Ramlan, 2007).

Secara makro, dibutuhkan ketegasan kebijakan, strategi, regulasi, dan koordinasi lintas sektor dari pemerintahan dan semua *stakeholder* untuk menjamin terlaksana poin-poin penting seperti pemberdayaan masyarakat, pemberantasan kemiskinan, ketahanan pangan, dan pendidikan yang secara tidak langsung akan mengubah budaya buruk dan paradigma di dataran bawah dalam hal perawatan gizi terhadap keluarga.

Keberhasilan pembangunan nasional yang di upayakan oleh pemerintah dan masyarakat sangat ditentukan oleh sumber daya manusia (SDM). SDM yang berkualitas diisikan dengan fisik yang tangguh, kesehatan yang prima, dan menguasai ilmu pengetahuan serta teknologi. Indikator yang antara lain indeks kualitas hidup atau yang lebih rendahnya kualitas SDM antara lain indeks kualitas hidup atau yang lebih dikenal dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) (Setiaji, 2010).

Pada dasarnya (IPM) dan (IKM) mempunyai komponen yang sama, yaitu angka harapan hidup (Tingkat Kesehatan), penguasaan ilmu pengetahuan (Tingkat Pendidikan) dan standar kehidupan yang layak (Tingkat Ekonomi). Pada IPM, standar hidup layak dihitung dari pendapatan perkapita, sementara IKM diukur dengan persentase penduduk tanpa akses terhadap air bersih, fasilitas kesehatan, dan balita kurang mampu (Depkes RI, 2014).

Tiga faktor utama penentuan IPM yang dikembangkan UNDP adalah tingkat pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Ketiga faktor tersebut erat kaitannya dengan status gizi masyarakat. Salah satu prioritas pembangunan nasional dibidang kesehatan adalah upaya perbaikan gizi yang berbasis pada sumber daya, kelembagaan, dan budaya lokal (Setiaji, 2010). Kurang gizi akan berdampak pada penurunan kualitas SDM yang lebih lanjut dapat berakibat pada kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan, menurunkan produktivitas, meningkatnya kesakitan serta kematian. Visi pembangunan gizi adalah “mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk mencapai status gizi masyarakat atau keluarga yang optimal” (Kementrian Kesehatan RI, 2006).

Melihat semakin kompleksnya permasalahan kesehatan tersebut maka ini menjadi tugas konstitusi dan non konstitusi. Menurut Undang-Undang Tahun 1945 permasalahan sosial termasuk kesehatan pada pasal 34 ayat 3 bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak (UUD 1945, Pasal 34: ayat 3). Atas dasar tersebutlah maka pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan membentuk Desa Siaga, yang merupakan gambaran masyarakat yang sadar mau, dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai

ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), Kurang Gizi, Kejadian bencana, Kecelakaan dan lainnya dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong (Riasmini, 2007).

Inti kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif, yaitu upaya mendampingi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses identifikasi masalah hingga upaya pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi (Mustari, A. 2006). Seperti yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Sleman melalui Dinas Kesehatan dalam melakukan pemberdayaan masyarakatnya menerapkan salah satu program yaitu Promosi Kesehatan. Pengembangan Desa Siaga Kesehatan melalui program promosi kesehatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman ini telah dimulai sejak tahun 2012, tepatnya di Desa Sidokarto, Kecamatan Godean. Yang mana dalam perjalanannya Desa Sidokarto ini berhasil mendapatkan predikat sebagai Desa Siaga Aktif Mandiri dalam perlombaan Desa Siaga Tingkat Nasional tahun 2015. Dan harapannya perkembangan dan keberhasilan ini dapat berkembang di seluruh Desa di Kabupaten Sleman.

Sementara itu, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (*advocacy*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat

(*empowerment*) sebagai suatu upaya untuk membantu masyarakat mengenali dan mengetahui masalahnya sendiri, dalam tatanan rumah tangga, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Amalia, Imanda. 2009).

Lemahnya kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan, yang tercermin antara lain terjadi keterlambatan dalam mengenal tanda bahaya penyakit yang berakibat juga pada keterlambatan dalam mengambil keputusan (*decision making*) untuk berobat dan merujuk ke fasilitas kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota). Masih tingginya angka kematian ibu dan anak (AKI) di Kabupaten Sleman dimana pada tahun 2014 dari 14.225 kelahiran jumlah kematian ibu melahirkan mencapai 12 kasus dan 67 bayi meninggal saat dilahirkan. Sedangkan pada tahun 2015, dari 14.134 kelahiran terdapat 4 kasus ibu meninggal saat melahirkan dan 51 bayi meninggal saat dilahirkan. Dari jumlah tersebut kasus kematian ibu melahirkan dan bayi yang dilahirkan dapat ditekan cukup signifikan, namun perlukan tindakan lebih lanjut untuk menangani permasalahan tersebut melalui Desa Siaga yang ada di setiap Desa di Kabupaten Sleman (Laporan Dinkes Sleman 2015).

Selain angka kematian ibu dan anak, di Kabupaten Sleman juga masih terdapat cukup tinggi kasus Kurang Gizi meski masih di bawah angka rata-rata nasional, kasus bayi *stunting* atau tumbuh pendek masih menjadi permasalahan serius di Kabupaten Sleman. Kurangnya asupan gizi bagi ibu hamil diindikasikan menjadi pemicu awal bayi *stunting*. Pemenuhan gizi bagi ibu hamil yang tidak optimal sangat riskan mempengaruhi tumbuh kembang bayi, baik saat masih janin maupun dilahirkan. Pada Tahun 2013 dari sejumlah

60.825 balita terdapat 6,89% atau sekitar 4.191 balita yang terkena *stunting*. Sedangkan padatahun 2014 dari sejumlah 59.049 balita terdapat 6,64% atau sekitar 3.921 balita yang terkena *stunting*. Dan pada tahun 2015 dari sejumlah 56.071 balita terdapat 6,71% atau sekitar 3.762 balita yang terkena *stunting* (dinkes.slemankab.go.id).

Sementara itu terdapat budaya masyarakat untuk meminta nasihat kepada anggota keluarga yang dituakan atau tokoh masyarakat yang dipandang sebagai sumber rujukan nasihat dan pandangan kehidupan. Namun karena keterbatasan pengetahuan yang dituakan dan tokoh masyarakat tersebut, maka keputusan berobat dan/atau merujuk terlambat diambil (Laporan Dinkes Sleman 2015).

Dalam upaya peningkatan kesadaran masyarakat agar dapat mengidentifikasi permasalahan kesehatannya sendiri melalui desa siaga yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman tersebut yang melatarbelakangi penelitian ini untuk mengkaji bagaimana monitoring Dinas Kesehatan atas Desa Siaga yang telah dibentuk, dan program-program dalam pemberdayaan masyarakat tersebut.

## **B. Rumusan Masalah**

- a. Bagaimana monitoring Pelaksanaan Desa Siaga Kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2014-2015?
- b. Apa saja faktor yang mempengaruhi dalam penyelenggaraan monitoring Pelaksanaan Desa Siaga Kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2014-2015?



### **C. Tujuan Penelitian**

- a. Menjelaskan proses monitoring Desa Siaga Kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman
- b. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi dalam penyelenggaraan monitoring Desa Siaga Kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

### **D. Manfaat Penelitian**

- a. Manfaat teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi bagi ilmu pengetahuan pada umumnya, serta dapat memperkaya kajian terkait monitoring kebijakan atau program khususnya dalam bidang kesehatan.

- b. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan bisa dijadikan sebagai masukan bagi *stakeholders*, terutama bagi pemerintah, LSM, dan masyarakat untuk menemukan cara atau langkah memonitoring Desa Siaga Kesehatan dalam proses pelaksanaannya agar berjalan maksimal. Selain itu, diharapkan penelitian ini akan memberikan informasi ilmiah mengenai cara-cara yang bisa dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dalam mengimplementasikan prinsip monitoring terhadap desa siaga kesehatan.

## **E. Kerangka Dasar Teori**

### **1. Kebijakan Publik**

#### **1.1 Pengertian Kebijakan**

Menurut Permenpan Nomor 4 Tahun 2007, kebijakan adalah keputusan yang dibuat oleh suatu lembaga pemerintah atau organisasi dan bersifat mengikat para pihak yang terkait dengan lembaga tersebut (Permenpan. 2007:4).

Pendapat lain dikemukakan oleh Wilson, yang berpendapat bahwa kebijakan adalah seperangkat aksi atau rencana yang mengandung tujuan politik yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan berada dalam lingkup politik dan membutuhkan proses politik di dalamnya (Wayne Persoans. 2011).

Sedangkan Heclo memberikan Pendapat dari sudut pandang tingkat analisis, dimana kebijakan merupakan konsep yang kurang lebih berada di tengah-tengah, yakni dianggap berlaku untuk sesuatu yang “lebih besar” daripada keputusan tertentu, akan tetapi “lebih kecil” ketimbang gerakan sosial (Talitha, 2015).

#### **1.2 Pengertian Publik**

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Birokrasi Publik Nomor 4 Tahun 2007, menjelaskan bahwa publik adalah hal ikhwal yang berkaitan dengan kepentingan orang banyak dan masyarakat luas. Menurut Inu Kencana Syafie yang dikutip dalam Talitha (2015) menyebutkan bahwa publik adalah sejumlah manusia yang memiliki kebersamaan berfikir,

perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai dan norma yang mereka miliki (Talitha. 2015:25).

Sedangkan menurut Oemi, pengertian publik mengacu kepada sekelompok orang yang menaruh perhatian pada suatu hal yang sama, mempunyai minat dan kepentingan yang sama pula. Hal yang menonjol dalam publik adalah perhatian dan kepentingan, bukan kehidupan atau hubungan antara anggotanya (reository.usu.ac.id.pdf).

### **1.3 Pengertian Kebijakan Publik**

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 4 Tahun 2007, Kebijakan Publik adalah keputusan yang dibuat pemerintah atau lembaga pemerintah untuk mengatasi permasalahan, melakukan kegiatan, atau untuk mencapai tujuan tertentu yang berkenaan dengan kepentingan, atau untuk mencapai tujuan tertentu yang berkenaan dengan kepentingan dan manfaat orang banyak (Permenpan, No 4 2007).

Definisi kebijakan publik yang lain dikemukakan oleh Heidenheimer yang menyebutkan bahwa Kebijakan Publik merupakan studi tentang bagaimana, mengapa, dan apa efek dari tindakan aktif (*action*) dan pasif (*inaction*) pemerintah (Wayne Parsoans. 2011:19). Sejalan dengan Heidenheimer, Thomas Dya mengemukakan bahwa Kebijakan Publik adalah suatu studi tentang apa yang dilakukan oleh pemerintah, mengapa pemerintah mengambil tindakan tersebut, dan apa akibat dari tindakan tersebut.

Kebijakan publik adalah salah satu poin penting di dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Kebijakan-kebijakan yang diambil oleh pemerintah

baik di tingkat pusat maupun daerah dituntut untuk dapat menyelesaikan berbagai masalah yang di hadapi masyarakat sekaligus mendorong kemajuan di berbagai sektor seperti sektor ekonomi, pendidikan, kesehatan, sosial budaya, dan lain-lain (Talitha. 2015:26).

Pengertian lain mengatakan bahwa Kebijakan Publik adalah tindakan-tindakan yang dilakukan pemerintah untuk menyelesaikan permasalahan yang ada di masyarakat (Inu Syafii, dkk. 1999:104). Dan salah satu faktor pendorong munculnya sebuah kebijakan publik yang lain yaitu kebutuhan-kebutuhan masyarakat yang hendaknya dapat dipenuhi untuk kemaslahatan masyarakat. Untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut, pemerintah akan mengambil kebijakan-kebijakan tertentu.

Di perlukan adanya kebijakan-kebijakan yang tepat untuk memecahkan berbagai masalah yang sangat beragam dengan faktor pemicu dan penyebab yang juga bermacam-macam. Begitu pula agar mampumemenuhi kebutuhan masyarakat, pemerintah juga harus dapat menerapkan kebijakan-kebijakan dengan tepat. Untuk menadapatkan sebuah yanmasyarakat, diperlukan kebijakan publik yang seksama.

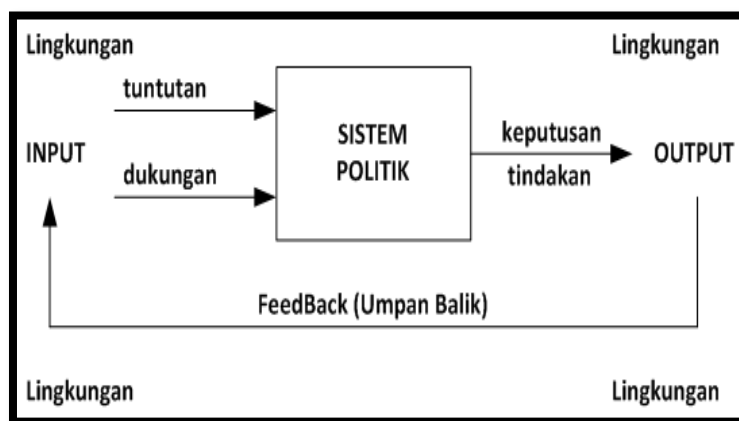
#### **1.4 Proses Kebijakan Publik**

Merujuk teori David Easton, yang mengatakan bahwa sistem politik adalah sistem interaksi dalam setiap masyarakat didalamnya dibuat alokasi yang mengikat atau bersifat otoritatif diimplementasikan sebagaimana yang dikemukakan oleh Varma, David Easton memandang sistem politik sebagai sebuah sistem yang memiliki unsur interaksi yang melibatkan masyarakat dan

bersifat mengikat (Lince Magriasti. 2011). Hal ini dapat dilihat dari gambar yang digagas oleh David Easton dibawah ini:

Gambar 1.1

Model Proses Kebijakan Publik Menurut David Easton



(Sumber: Wikipedia dalam Ferninda (2014))

Gambar di atas menunjukkan sistem politik yang dimulai dari masukan (*input*) yang masuk sebagai *ingredients* yang merupakan sumber penting berjalannya sistem ini. *Input* ini dapat berupa tuntutan ataupun berupa dukungan yang nantinya akan masuk ke dalam sistem politik. Sistem politik di sini yaitu meliputi proses-proses *decision making* yang melibatkan aktor-aktor politik atau birokrat untuk kemudian menghasilkan keputusan atau tindakan terhadap tuntutan atau dukungan yang masuk ke dalam sistem tadi (Talitha. 2015:28).

Keputusan atau tindakan ini akan menjadi *output* yang berupa kebijakan-kebijakan yang nantinya akan diimplementasikan di lingkungan publik. Setelah ada implementasi kebijakan maka akan ada umpan balik atau *feedback* yang baik berupa tuntutan maupun dukungan. Umpan balik inilah

yang akan masuk kembali ke dalam sistem sebagai *input* begitu seterusnya (Talitha. 2015:29).

### **1.5 Prinsip Penyusunan Kebijakan Publik**

Prinsip-prinsip penyusunan kebijakan publik (Permenpan. No 4 2007), terdiri dari:

a. Benar Dalam Proses

Penyusunan Kebijakan Publik prosesnya harus transparan, dapat dipertanggungjawabkan dan melibatkan pihak yang seharusnya terlibat.

b. Benar Secara Isi

Yaitu isi kebijakan: mengatur isi kebijakan yang harus diatur, langsung kepada masalah yang diatur, tidak bertentangan dengan kebijakan yang lebih tinggi atau setara, dan pasal-pasal nya sinkron.

c. Benar Secara Politik Etik

Yaitu mengakomodasi para pihak yang terkait secara langsung dengan kebijakan, menerapkan prinsip pokok *Good Governance*.

d. Benar Secara Hukum

Yaitu bahwa kebijakan ini benar-benar merupakan kaidah umum yang memberikan batas-batas aturan serta mencantumkan sanksi yang tegas bagi pelanggar atasnya, dan memberikan keadilan dan kesamaan di depan hukum bagi publik.

e. Benar Secara Manajemen

Isi kebijakan bersifat sistematis, dapat dilaksanakan meskipun pelaksanaannya bukan oleh pemerintah, namun pemerintah dapat mengendalikannya dengan efektif dan mempunyai manfaat dan dampak yang terukur.

f. Benar Secara Bahasa

Yaitu kebijakan publik di Indonesia harus menggunakan bahasa Indonesia yang baik dan benar.

### **1.6 Bentuk Kebijakan Publik**

Bentuk Kebijakan Publik adalah:

a. Peraturan yang Terkondisifikasi Secara Formal dan Legal

Peraturan yang terkondisifikasi terdiri dari peraturan perundang-undangan sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan serta peraturan pelaksana lainnya.

b. Pernyataan Pejabat Publik di Depan Publik

Pernyataan pejabat publik dimaksud adalah pernyataan dari pejabat publik, baik dalam bentuk pidato tertulis, pidato lisan, ataupun pernyataan-pernyataan publik, termasuk di dalamnya pernyataan kepada media massa di depan publik (Permenpan. No 4 2007).

### **1.7 Stratifikasi Kebijakan Publik**

a. Kebijakan di Tingkat Pusat

Yaitu kebijakan yang ditetapkan oleh lembaga pemerintah di tingkat pusat dan mempunyai ruang lingkup nasional.

b. Kebijakan di Tingkat Daerah

Yaitu kebijakan yang ditetapkan oleh lembaga pemerintah di tingkat daerah dan mempunyai ruang lingkup daerah (Permenpan. No 4 2007).

## 1.8 Sifat Kebijakan Publik

Sifat Kebijakan Publik (Permenpan. No 4 2007), terdiri dari:

a. Kebijakan Publik Strategis

Berkaitan dengan penetapan politik dan strategi dasar negara yang menyentuh wewenang dan penyelenggaraan tugas lembaga pemerintah.

b. Kebijakan Publik Manajemen

Berkaitan dengan pembentukan kebijakan pemerintah sebagai penjabaran terhadap politik dan strategi dasar pemerintahan.

c. Kebijakan Publik Teknis

Sebagai acuan dalam pelaksanaan pencapaian sasaran-sasaran tertentu secara teknis dalam rangka pelaksanaan kebijakan pemerintah pada umumnya.

## 1.9 Tiga Pilar Dalam Pembuatan Kebijakan Publik

Ada tiga pilar dalam pembuatan kebijakan publik yaitu:

a. *Model Of Reasoning*

*Model Of Reasoning* adalah pembuatan keputusan nasional. Dalam model ini, keputusan-keputusan harus dibuat berdasarkan tahap-tahap yang telah ditentukan dengan benar, meliputi:

1. Identifikasi objektif
2. Identifikasi arah-arah alternatif dari tindakan/aksi untuk pencapaian yang objektif
3. Memprediksi konsekuensi-konsekuensi yang mungkin dari setiap alternatif-alternatif
4. Mengevaluasi konsekuensi-konsekuensi yang mungkin dari setiap alternatif-alternatif



5. Memilih atau menyeleksi alternatif yang memaksimalkan pencapaian objektif

b. *Model Of Society*

Model ini menggarisbawahi banyak proyek yang bersifat rasional kontemporer adalah pasar. *Society* atau masyarakat dipandang sebagai sebuah koleksi otonom, rasional pembuat keputusan yang tidak memiliki komunitas hidup. Mereka memaksimalkan *self-interest* melalui perhitungan rasional. Jadi, model pasar dan model pembuatan keputusan rasional memiliki keterkaitan.

c. *Model Of Policy Making*

Model ini adalah sebuah model produksi, dimana kebijakan dibuat secara adil sesuai dengan tahapan yang diminta, hampir semua berada di jalur sidang. Banyak ilmuwan politik mengatakan “mengumpulkan elemen-elemen” dari kebijakan. Sebuah isu “ditempat pada agenda” dan sebuah masalah harus ditandai. Hal ini berjalan melalui legalisasi dan eksekutif sebagai cabang dari pemerintah, dimana solusi alternatif diajukan, dianalisa, dilegitimasi, diseleksi, dan ditandai kembali (Talitha. 2015:33).

### **1.10 Konsep Teoritik Kebijakan yang Berpusat pada Negara**

Konsep Teoritik Kebijakan Publik yang Berpusat pada Negara meliputi:

a. Pendekatan Kepentingan Negara

Pendekatan ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh para pejabat negara yang memiliki independensi untuk membela kepentingan negara.

b. Model Kelembagaan (Institusional)

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah yang memang dianggap memiliki tugas dan hak untuk itu, karena secara struktural pemerintah adalah pihak yang diberi kekuasaan oleh rakyat untuk mengatur negara.

c. Pendekatan Politik Birokratik

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah dengan pertimbangan lebih karena untuk membela kepentingan instansi pemerintahnya sendiri dalam kerangka bersaing dengan kepentingan instansi pemerintah lainnya

d. Model Elit

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah yang mewakili kepentingan elit-elit pemegang kekuasaan negara. Dalam hal ini kebijakan publik dibuat secara *top-down* untuk memperkuat *status quo*.

e. Model-model Aktor Rasional

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh para pejabat negara dengan mempertimbangkan semua sumber daya, informasi, dan alternatif demi tercapainya preferensi para pejabat itu sendiri.

f. Model Rasional

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah dengan pertimbangan *cost-benefit analysis* dari segi efisiensi keuangan.

g. Model Inkremental

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah dengan pertimbangan praktis untuk melanjutkan kebijakan sebelumnya dengan perubahan sedikit demi sedikit.

h. Model Pengamatan Terpadu

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah dengan pertimbangan berupa penggabungan antara model rasional dengan model inkremental (Ulung Pribadi, 2013).

### **1.11 Konsep Teoritik Kebijakan Publik yang Berpusat pada Masyarakat**

Konsep Teoritik Kebijakan Publik yang Berpusat pada Masyarakat meliputi:

a. Pendekatan-pendekatan Analisis Kelas

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat secara formal oleh para pejabat negara, tetapi secara substansial mewakili kepentingan kelas dominan yang akan melanggengkan kekuasaannya di atas kelas subordinasi.

b. Model Proses

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah setelah menerima artikulasi dan agregasi kepentingan dari masyarakat.

c. Model Sistem

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah melalui tahap-tahap: *input* (berupa tuntutan dan dukungan), *throughput* (berupa pembuatan keputusan), dan *output* (berupa peraturan perundang-undangan).

d. Pendekatan-pedekatan Pluralis

Pendekatan ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah secara formal, tetapi secara substansial mewakili formasi konflik, tawar-tawaran, dan koalisi di antara kelompok-kelompok sosial yang sangat beragam dalam masyarakat guna melindungi dan memperjuangkan kepentingan-kepentingan bersama dari para anggotanya.

e. Model Kelompok

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat oleh pemerintah secara formal, tetapi secara substansial oleh kelompok-kelompok kepentingan dalam masyarakat. Peran pemerintah adalah mencari titik kompromi di antara kelompok-kelompok tersebut.

f. Model Pilihan Publik

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat secara formal oleh pemerintah, mewakili kepentingan-kepentingan individu dalam masyarakat dan pemerintah.

g. Model Teori Permainan

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat secara formal oleh pemerintah, tetapi secara substansial mewakili kepentingan pihak-pihak yang berkonflik.

h. Model Perencanaan Strategis

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik secara formal dibuat oleh pemerintah, tetapi secara substansial mewakili organisasi-organisasi yang terutama secara ekonomi berkepentingan

melangsungkan eksistensinya dalam rangka beradaptasi dengan perubahan lingkungan global.

i. Model Demokrasi

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik secara formal dibuat oleh pemerintah, tetapi secara substansial melibatkan anggota-anggota dan kelompok-kelompok dalam masyarakat secara luas (partisipatif).

j. Model Pelayanan Publik

Model ini menjelaskan bahwa kebijakan publik dibuat secara formal oleh pemerintah, tetapi secara substansial dilakukan oleh warga masyarakat untuk memenuhi kebutuhan warga masyarakat, pemerintah bertindak sebagai perantara (Ulung Pribadi. 2013).

## **2. Monitoring Kebijakan**

### **2.1 Pengertian Monitoring**

Monitoring secara luas diakui sebagai suatu elemen yang krusial dalam pengelolaan dan implementasi *project*, program, dan kebijakan baik dalam organisasi sektor privat maupun publik sama seperti halnya dengan evaluasi. Menurut Hogwood dan Gunn (1989) dalam diktat MIP monitoring adalah proses kegiatan pengawasan terhadap implementasi kebijakan yang meliputi keterkaitan antara implementasi dan hasil-hasilnya (*outcomes*) (mip.umy.ac.id. 2015).

Monitoring menurut Dunn monitoring adalah mengamati, menyupervisi, dan lebih memperhatikan jenis serta tingkat penilaian tertentu untuk mengawasi bahwa implementasi sesuai dengan kebijakan yang

dirumuskan. Monitoring terkadang dinamakan sebagai “evaluasi yang sedang berlangsung” atau “evaluasi formatif” (William Dunn, 2001).

Monitoring adalah serangkaian aktivitas untuk mengetahui:

1. Apakah program atau kegiatan yang dilakukan telah berjalan sesuai dengan direncanakan?
2. Adakah hambatan yang terjadi?
3. Bagaimana pelaksana mengatasi hambatan tersebut dan siapa pihak yang bertanggungjawab?

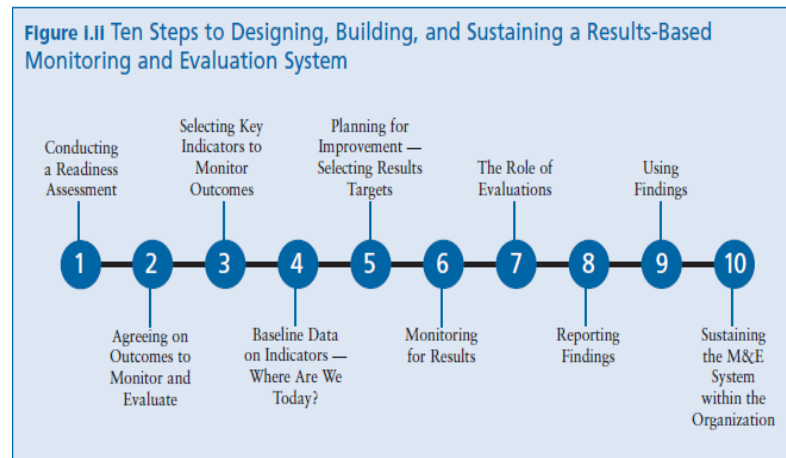
Monitoring dilakukan ketika sebuah kebijakan sedang diimplementasikan. Monitoring adalah aktivitas yang ditujukan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat dari suatu kebijakan atau program atau kegiatan yang sedang diimplementasikan (Suharno, 2008:113-114).

## **2.2 Tahapan Monitoring**

Monitoring sangat erat kaitannya dengan evaluasi, akan tetapi monitoring berbeda dengan evaluasi, berikut adalah teori *Ten Steps to a Result-Based Monitoring And Evaluation System* atau yang lebih sering disebut teori *Result Based Monitoring/RBM*, Kusek (2004) dalam *handbook Ten Steps to a Result-Based Monitoring And Evaluation System* karangan Jody Zall Kuses Ray C. Rist yang dikutip dalam Hanik, menyebutkan terdapat 10 langkah dalam monitoring dan evaluasi yaitu: (Hanik, 2010).

Gambar 1.2

*Ten Steps to a Result-Based Monitoring And Evaluation System*



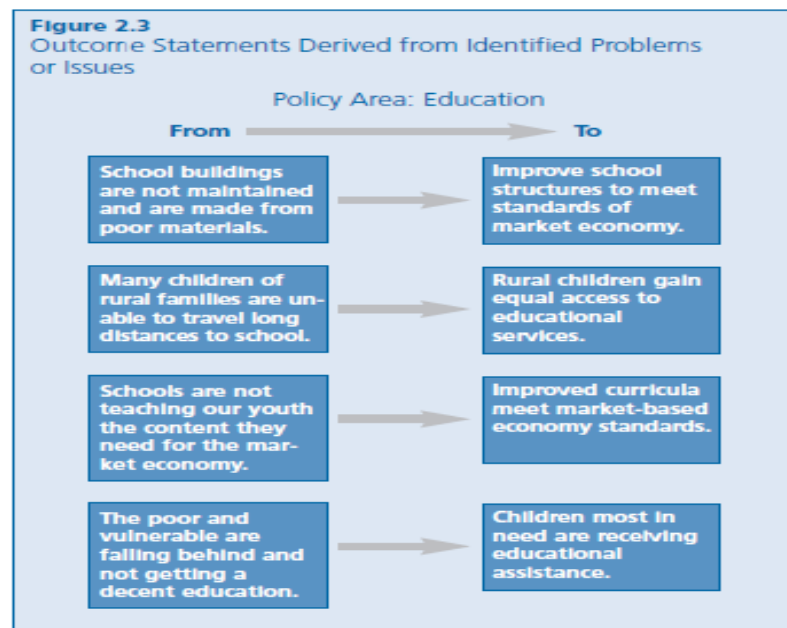
*Sumber: Kusek, 2004 dalam Hanik (2010)*

Dalam gambar diatas dijelaskan bahwa terdapat 10 langkah untuk memonitoring dan mengevaluasi, namun proses monitoring hanya terdapat pada poin langkah 1-6, yaitu:

1. *Conducting a Readiness Assessment* yaitu melakukan persiapan apa saja yang diperlukan untuk melakukan pengukuran terhadap sebuah kebijakan.
2. *Agreeing On Outcomes To Monitor and Evaluate* yaitu menyepakati *outcome* apa saja yang akan dimonitoring dan diamati, menentukan *outcome* dari kebijakan tersebut karena penekanan *outcome* itu sangat penting dalam monitoring. Kusek dalam bukunya memberikan arahan dalam menentukan *outcome* yang salah satu caranya seperti diilustrasikan dalam gambar dibawah.

Gambar 1.3

*Outcomes Statements Derived From Identified Problems or Issues*



Sumber: Kusek, 2004 dalam Hanik (2010)

- Adapun proses dalam mengidentifikasi outcome, adalah mencakup: 1) Identifikasi perwakilan dari tiap-tiap *stakeholder*; 2) Identifikasi terhadap apa yang menjadi perhatian utama dari kelompok *stakeholder* tersebut; 3) Terjemahkan masalah menjadi pernyataan akan kemungkinan perbaikan *outcome*; 4) Disagregasi untuk menangkap *outcome* yang dikehendaki; 5) Susun rencana untuk menilai bagaimana pemerintah atau organisasi akan mencapai *outcome* tersebut.
3. *Selecting Key Indicators to Monitor Outcomes* yaitu memilih indikator kinerja kunci dimana indikator tersebut yang akan menunjukkan apakah *outcome* sudah tercapai untuk mengetahui kinerja.
  4. *Baseline Data on Indicators-Where are we today* yaitu mengetahui data dasar sejauh mana perkembangan indikator tersebut, dari semua proses monitoring yang harus baik, sehingga dapat mengetahui pencapaian indikator untuk



melaksanakan perbaikan program atau kebijakan tersebut. Tentang bagaimana cara mengembangkan *data baseline* dapat mengacu pada gambar di bawah ini:

Gambar 1.4

*Building Baseline Information*

Indicator	Data source	Data collection method	Who will collect data?	Frequency to collect	Cost and difficulty to collect	Who will analyze data?	Who will report data?	Who will use data?
1								
2								
3								

Sumber: Kusel, 2004 dalam Hanik (2010)

Kusek dalam Hanik (2010) juga mengingatkan akan pentingnya tiga hal dalam mengembangkan data *baseline*, yaitu

- a) Mengidentifikasi sumber data untuk indikator, sumber data yang digunakan bisa primer atau sekunder. Data primer dikumpulkan langsung dan harus dipersiapkan pula administrasinya, anggaran, enumerator, alat survey, interview, dan pengamatan langsung. Adapun data sekunder adalah data yang telah dikoleksi oleh lembaga lain. Kusek memberikan catatan penting, yaitu disarankan untuk hanya mengumpulkan data yang diperlukan dan yang dipakai. Aturan utamanya adalah data dan informasi baseline yang dikumpul hanyalah yang berhubungan langsung dengan *performance question* dan indikator yang sudah ditetapkan, sangat tidak disarankan menghabiskan waktu untuk mengumpulkan informasi lainnya.
- b) Mendesain dan membandingkan metode pengumpulan data, jika sumber data telah ditetapkan, lantas bagaimana data tersebut akan

dikumpulkan. Keputusan yang diambil hendaknya dapat mempertimbangkan bagaimana memenuhi data yang dibutuhkan dari tiap-tiap sumber, menyiapkan instrumen pengumpulan datanya untuk merekam informasi secara tepat, prosedur yang akan digunakan apakah survey dan interview, seberapa sering waktu yang dibutuhkan untuk mengakses data tertentu.

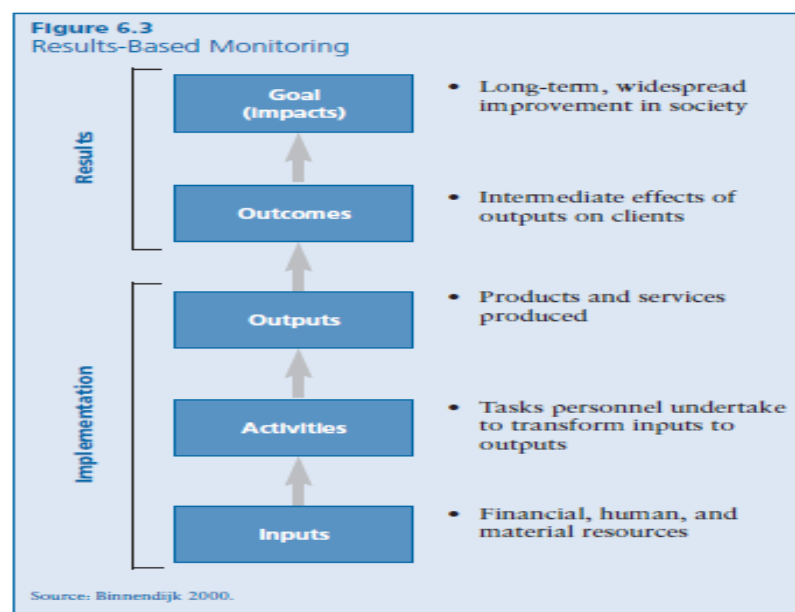
- c) Melaksanakan plotting untuk uji coba, plotting dilakukan untuk mengetahui indikator apa yang tepat dipakai dan mana yang tidak. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan besar pada saat implementasi, karena melalui plotting akan didapatkan informasi terkait ketiadaan data untuk mengukur indikator 'x', apakah terlalu banyak mengeluarkan biaya, menghabiskan waktu, atukah terlalu kompleks untuk dipenuhi.

5. *Planning For Improvement Selecting Results Target* yaitu merencanakan perbaikan atau merumuskan perbaikan sesuai target yang ingin dicapai dalam kebijakan tersebut. Target adalah tujuan spesifik yang mengindikasikan jumlah, waktu, dan lokasi dimana akan direalisasikan. Kusek memaknai target sebagai batasan kuantitatif dari suatu indikator yang akan dicapai dalam waktu yang telah ditetapkan. Metode untuk menetapkan target adalah dimulai dari data *baseline* indikator yang ada, dimana diikuti dengan tingkat perbaikan yang diinginkan/ diharapkan dapat dicapai dalam waktu tertentu untuk sampai pada target kinerja. Dengan demikian titik awalnya harus sudah jelas, termasuk *resources* yang akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kemajuan ke depan sebagaimana waktu yang telah ditargetkan.

6. *Monitoring For Result* yaitu memonitor atau melihat dari hasil kebijakan atau hasil kinerja dari tahap awal hingga akhir. Pelaksanaan moitoring mencakup pelacakan terhadap alat dan strategi (yaitu input, kegiatan, dan output yang ditemukan dalam rencana kerja atau renstra) yang digunakan untuk mencapai outcome yang telah ditetapkan sebelumnya. Alat dan strategi tersebut didukung oleh penggunaan alat manajemen termasuk sumber anggaran, *staffing*, dan rencana kegiatan sebagaimana diilustrasikan dalam gambar dibawah ini:

*Gambar 1.5*

*Result-Based Monitoring*



*Sumber: Kuses, 2004 dalam Hanik (2010)*

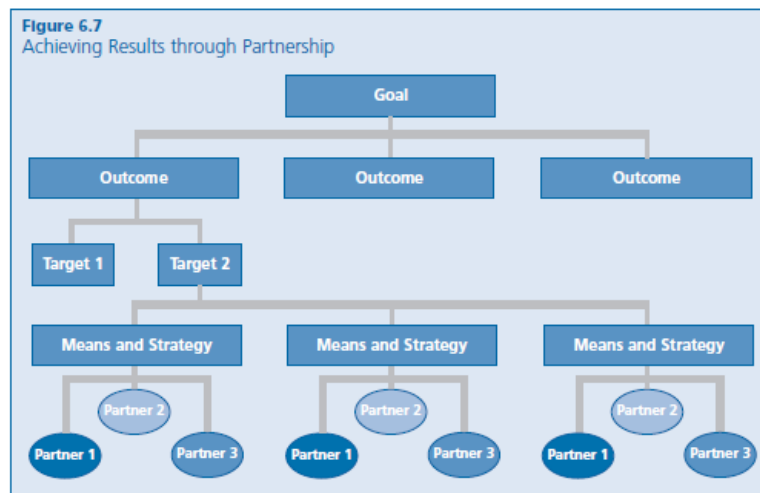
Prinsip kunci yang harus diperhatikan dalam membangun sistem monitoring adalah 1) Adanya kebutuhan akan informasi tentang hasil dalam proyek, program, dan kebijakan; 2) Informasi yang masuk dalam organisasi secara horizontal dan vertikal; 3) Permintaan akan informasi harus diidentifikasi di setiap level; 4) Tupoksi setiap level harus jelas terkait data apa

yang akan dikumpulkan (sumber), kapan (frekuensi), bagaimana (metodologi), siapa yang mengumpulkan, dan untuk siapa data dikumpulkan.

Selain itu untuk menuju optimalnya hasil yang diinginkan, dapat juga dilakukan dengan menjalin kemitraan. Kemitraan dapat dilakukan pada tingkat pemerintah, pusat, daerah, dan lembaga internasional, donor multilateral atau bilateral. Apapun program/kegiatannya, melalui kemitraan harus bekerja dengan sistem yang sama sebagaimana diilustrasikan dalam gambar dibawah ini:

Gambar 1.6

*Achieving Results Through Partnership*



Sumber: Kusek, 2004 dalam Hanik (2010)

Selanjutnya terkait kebutuhan dari tiap sistem yang harus diperhatikan adalah: 1) *Ownership*, rasa kepemilikan *stakeholder* terhadap data di setiap level baik nasional, regional, dan lokal adalah penting. Jika terdapat satu level yang tidak memiliki kebutuhan terkait misalnya mengapa data dikumpulkan atau mengapa data itu menjadi sesuatu yang penting, maka kedepannya akan berpeluang terdapat sebuah masalah pada *quality control*; 2) *Management*,

mencakup siapa, bagaimana, dan dimana sistem tersebut akan diatur cukup penting bagi keberlanjutan sistem tersebut. Koleksi data juga berpotensi *overlap* dengan data yang datang dari lembaga yang berbeda, duplikasi data antara K/L dan BPS, *time lags* dalam penerimaan data yang akan mempengaruhi proses pengambilan keputusan, termasuk kemungkinan ketidaktahuan akan data apa saja yang tersedia; 3) *Maintenance*, pengelolaan dan pemeliharaan sistem monitoring dan evaluasi mensyaratkan adanya insentif yang layak dan kecukupan pendanaan, SDM, tim teknis, manajer, dan staf untuk penyelenggaraan tugas monitoring.

Tanggungjawab individu dan organisasi haruslah dijelaskan, seluruh staf haruslah paham akan apa yang ingin dicapai oleh organisasi terkait penyelenggaraan monitoring. Termasuk juga untuk pemeliharaan dan modernisasi terhadap sistem dan prosedur yang menggunakan teknologi; 4) *Credibility*, hal ini menyangkut keberanian untuk menyampaikan data secara baik dan dapat dipercaya, termasuk jika temuan negatif atau positif idealnya disampaikan apa adanya.

Terkait data hasil monitoring, harus dipastikan bahwa data tersebut memenuhi syarat: *pertama* yaitu validitas, secara jelas dan langsung mengukur kinerja yang dimaksudkan; *kedua* yaitu reliabel, terkait pendekatan yang stabil dan konsisten dalam ruang maupun waktu; dan *ketiga* yaitu *timeliness*, menyangkut frekuensi seberapa sering data harus dikumpulkan, seberapa sering data harus dimutakhirkan, dan apakah data yang tersedia cukup mewakili bagi proses pengambilan keputusan.

Salah satu hal penting dalam monitoring adalah terkait analisis data. Sistem pengumpulan data yang jelas dan rencana analisis diharapkan dapat

mencakup unit analisis, prosedur sampling, instrumen yang akan dipakai untuk pengumpulan data, frekuensi pengumpulan data, metode analisis dan interpretasi data, siapa saja yang bertanggungjawab mengumpulkan data, enumerator (jika dibutuhkan), yang bertanggungjawab untuk menganalisis, interpretasi, dan melaporkan; siapa saja yang membutuhkan data tersebut, prosedur diseminasi, dan tindaklanjut hasil temuan.

### **2.3 Tujuan Monitoring**

Monitoring kebijakan paling tidak memiliki empat fungsi utama yaitu, kepatuhan, auditing, akunting, dan penjelasan. Monitoring adalah proses mengamati dan mengoreksi selama periode waktu tertentu. Tujuannya adalah untuk mencegah implementasi dari penyimpangan, kesalahan dan penundaan. Sedangkan monitoring kebijakan bertujuan untuk memastikan bahwa implementasi kebijakan sehingga dapat mencapai kinerja yang dimaksud. Hal yang penting bahwa tujuan monitoring kebijakan adalah sebagai ‘sistem peringatan diri’ agar dapat memperbaiki jika ditemukan kesalahan sehingga implementasi dapat dilaksanakan dengan sesuai (Riant, 2012).

Tujuan monitoring menurut Dunn dalam diktat Monitoring Kinerja Organisasi Publik (2015) antara lain: (Diktat MKOP, 2015).

1. *Compliance*. Apakah tindakan administrator, pelaksana, dan *stakeholder* sesuai dengan petunjuk pelaksana?
2. *Auditing*. Apakah sumberdaya dan pelayanan benar-benar dinikmati oleh kelompok sasaran dan pemanfaat yang telah ditentukan?

3. *Explanation*. Mengapa hasil dan dampak kebijakan pemerintah bisa berbeda-beda? Komponen kebijakan mana yang bekerja paling efektif? Bagaimana bekerjanya? Mengapa?

Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa tujuan monitoring adalah sebagai berikut: (Diktat NKOP. 2015)

1. Menjaga agar kegiatan yang sedang diimplementasikan sesuai dengan tujuan dan sasaran.
2. Menemukan kesalahan sedini mungkin sehingga mengurangi resiko lebih besar.
3. Melakukan tindakan modifikasi terhadap kebijakan apabila hasil monitoring mengharuskan itu.

Prinsip kegiatan pemantauan: (Kunarjo, 2002:207)

1. Mencatat kegiatan secara terus-menerus selama dalam pelaksanaan.
2. Mencatat hasil setiap periode (tahunan, bulanan) disesuaikan dengan yang direncanakan dalam dokumen proyek/kegiatan.
3. Mencocokkan antara biaya yang dikeluarkan dengan sasaran fisik yang dicapai.
4. Membuat laporan kemajuan yang sekarang dalam selang waktu yang pendek untuk mengoreksi apabila terdapat penyimpangan.
5. Mengambil tindakan apabila anatar pembiayaan dan sasaran fisik tidak sesuai.
6. Mengidentifikasi masalah yang timbul dan mencari solusinya.

Kegiatan monitoring diperlukan untuk mencatat perkembangan program atau kegiatan, memantau proses dan kemajuan pelaksanaan program/kegiatan secara terus-menerus, mengidentifikasi masalah dan penyimpangan yang muncul, merumuskan pemecahan masalah, dan membuat laporan kemajuan secara rutin dalam kurun waktu yang pendek (Cahyaningtyas Laksita. 2016).

Terdapat 5 pokok kegiatan monitoring yaitu: ( Diktat MKOP. 2015)

1. Mencatat perkembangan program atau kegiatan.
2. Memantau proses dan kemajuan pelaksanaan kegiatan secara *continue*.
3. Mengidentifikasi masalah dan penyimpangan
4. Merumuskan solusi masalah
5. Membuat laporan kemajuan (*Progress report*) secara rutin.

### **3. Desa Siaga Kesehatan**

#### **3.1 Pengertian Desa Siaga**

Desa siaga adalah Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri (Mubyarto. 1984:35). Desa yang dimaksud adalah Desa atau kelurahan merupakan kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat-istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Budihardi. 2006:6).



Desa siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa, kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong-royong (Budihardi. 2006:8).

Makna dari SIAGA adalah: “SI” (Siap) yaitu pendataan dan mengamati terkait kesehatan dan lingkungan terutama siap menjadi pendonor darah, siap member bantuan untuk rujukan kesehatan, siap membenatu pendanaan, membantu ibu hamil dan kebutuhan gizi, serta bidan wilayah keseluruhan selalu siap member pelayanan. “A” (Antar) yaitu warga Desa, cepat dan siap mendampingi warga masyarakat lainnya jika memerlukan tindakan gawat darurat Semntara “Ga” (Jaga) yaitu menjaga seluruh elemen warga masyarakat baik anak-anak hingga ibu hamil (Juwita Ayu. 2014).

Pengertian lain disebutkan bahwa Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah Desa dikatakan menjadi desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) (Depkes, 2007).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan Visi Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 adalah “Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan”. Dengan Misi: 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani; 2) Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang

paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan; 3) Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan; 4) Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik. Dalam upaya mencapai visi dan misi tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan strategi, salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat, swasta, dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global memantapkan peran masyarakat termasuk swasta sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan, meningkatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan mensinergikan sistem kesehatan modern dan asli Indonesia, menerapkan promosi kesehatan yang efektif memanfaatkan *agent of change* setempat, memobilisasi sektor-sektor kesehatan. Kegiatan yang dilakukan dengan strategi yang berbasis model pendekatan dan kebersamaan tersebut adalah berupaya memfasilitasi percepatan dan pencapaian peningkatan derajat kesehatan bagi seluruh penduduk dengan mengembangkan kesiap-siagaan di tingkat desa yang disebut Desa Siaga. Desa Siaga yang dikembangkan sejak tahun 2006 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, telah berkembang dan masih terus perlu dilakukan pembinaan (Kemenkes. 2006:30).

### **3.2 Peran Desa Siaga**

Peran Program Desa Siaga dalam pemberdayaan kesehatan yaitu:  
(Kemenkes. 2006: 36)

1. Memberikan pertolongan pertama kepada masyarakat sebelum memperoleh pertolongan medis lebih lanjut, siaga siaga dalam mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan yang sering

muncul dan dapat timbul disekitar wilayah serta mampu menanggulangi dengan mempergunakan fasilitas yang ada.

2. Meningkatkan peran aktif masyarakat dalam merubah perilaku yang kurang mendukung kesehatan masyarakat menuju PHBS dan mengelola serta menjaga lingkungan.
3. Mendekatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat yang berkualitas.
4. Meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap ancaman kesehatan, bencana alam, kegawat-daruratan kesehatan, dan pemanasan global.

### **3.3 Tujuan dan Manfaat Desa siaga**

#### **3.3.1 Tujuan Umum Desa Siaga**

Tujuan umum dibentuknya Desa Siaga adalah untuk mengembangkan masyarakat Desa dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, kegawat-daruratan kesehatan secara mandiri untuk mewujudkan Desa Sehat (Kemenkes. 2006:39)

#### **3.3.2 Tujuan Khusus Desa Siaga (Kemenkes. 2006:39-41)**

1. Optimalisasi peran PKD atau potensi sejenis dalam pemberdayaan masyarakat dan mendorong pembangunan kesehatan di Desa serta rujukan pertama pelaynan kesehatan bermutu bagi masyarakat.
2. Menyiapsiagakan masyarakat untuk menghadapi masalah-maslah yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat.
3. Terbentuknya forum kesehatan Desa yang berperan aktif menggerakkan pembangunan kesehatan di tingkat Desa.

4. Berkembangnya kegiatan gotong-royong masyarakat untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawat-daruratan kesehatan.
5. Berkembangnya upaya kesehatan baik promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan oleh masyarakat.

### **3.3.3 Manfaat dibentuknya Desa Siaga (Kemenkes. 2006:42)**

1. Mudah mendapatkan pelayanan kesehatan dasar.
2. Peduli, tanggap, dan mampu mengenali, mencegah, dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
3. Tinggal di lingkungan yang sehat.
4. Mampu mempraktikkan Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
5. Tokoh masyarakat dan kader berperan aktif memberdayakan dan menggerakkan masyarakat.

### **3.4 Sasaran Desa Siaga**

Sasaran untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa Siaga dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu: (Kemenkes. 2006:43)

1. Pihak-pihak yang memiliki pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga, atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut. Seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader, serta petugas kesehatan.

2. Semua individu dan keluarga di Desa atau kelurahan yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah Desanya.
3. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, saran, dan lain-lain, seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

### **3.5 Kriteria Desa Siaga**

Sebuah Desa telah menjadi Desa Siaga apabila Desa tersebut memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa atau tenaga profesional kesehatan yang siap melaksanakan pemberdayaan masyarakat, mendorong pembangunan berwawasan kesehatan di Desa, dan rujukan pertama pelayanan kesehatan bermutu bagi masyarakat dan kegawat-daruratan kesehatan. Untuk menuju Desa Siaga perlu dikaji berbagai kegiatan yang bersumberdaya masyarakat yang ada dewasa ini seperti Posyandu, Polides, Pos Obat Desa, Dana Sehat, Siap-Antar-Jaga, dan lain-lain sebagai embrio atau titik awal pengembangan menuju Desa Siaga. Dengan demikian, mengubah Desa menjadi Desa Siaga akan jauh lebih cepat bila di Desa tersebut telah ada berbagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) (Kemenkes. 2006: 46).

### **3.6 Langkah-Langkah Pengembangan Desa Siaga**

Pengembangan Desa Siaga dilaksanakan dengan membantu dan memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecah masalah yang terorganisasi (pengorganisasian

masyarakat). Yaitu dengan menempuh tahap-tahap berikut: (Depkes RI. 2006.a:7)

1. Mengidentifikasi masalah, penyebabnya, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
2. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah.
3. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya.
4. Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan. Meskipun di lapangan banyak variasi pelaksanaannya, namun secara garis besarnya langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh adalah sebagai berikut:

- a) Pengembangan Tim Petugas Kecamatan (Lintas Program/Lintas Sektor)

Langkah ini merupakan awal kegiatan, sebelum kegiatan-kegiatan lainnya dilaksanakan. Tujuan langkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas, baik petugas teknis maupun petugas administrasi. Persiapan para petugas ini bisa berbentuk sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi, yang disesuaikan dengan kondisi setempat. Keluaran atau output dari langkah ini para petugas yang memahami tugas dan fungsinya, serta siap bekerjasama dalam satu tim untuk melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat (Depkes RI. 2006.a:10)

b) Pengembangan Tim di Masyarakat (Forum Desa Siaga)

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat, serta masyarakat, agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga. Dalam langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mau memberikan dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumber daya lain, sehingga pengembangan Desa Siaga dapat berjalan dengan lancar. Sedangkan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga (Depkes RI. 2006.a:11).

c) Survei Mawas Diri (SDM)

Survei mawas diri (SMD) atau Telaah Mawas Diri (TMD) atau *Community Self Survey* (CSS) bertujuan agar masyarakat dengan bimbingan petugas mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei ini harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan bimbingan tenaga kesehatan. Dengan demikian, diharapkan mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta bangkit niat dan tekad untuk mencari solusinya. Untuk itu, sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pembekalan keterampilan bagi mereka. Keluaran atau output dari SMD ini

berupa identifikasi masalah-masalah kesehatan serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut Depkes RI. 2006.a:13).

d) Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Tujuan penyelenggaraan musyawarah atau lokakarya desa ini adalah mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan hasil SMD dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Di samping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa Siaga. Inisiatif penyelenggaraan musyawarah sebaiknya berasal dari para tokoh masyarakat yang telah sepakat mendukung pengembangan Desa Siaga. Peserta musyawarah adalah tokoh-tokoh perempuan dan generasi muda setempat (Depkes RI. 2006.a:14)

Data serta temuan lain yang diperoleh pada saat SMD disajikan, utamanya adalah daftar masalah kesehatan, data potensi, serta harapan masyarakat. Hasil pendapatan tersebut dimusyawarahkan untuk penentuan prioritas, dukungan dan kontribusi apa yang dapat disumbangkan oleh masing-masing individu/institusi yang diwakilinya, serta langkah-langkah solusi untuk pengembangan Desa Siaga. Dalam hal ini, seyogianya masyarakat difasilitasi untuk sampai kepada kesimpulan tentang pentingnya hal-hal yang disebutkan sebagai kriteria Desa Siaga (Depkes RI. 2006.a: 15).



e) Pelaksanaan Kegiatan Desa Siaga

Secara operasional pembentukan Desa Siaga dilakukan dengan berbagai kegiatan yaitu: *Pertama*, Pemilihan Pengurus dan Kader Desa Siaga, Pemilihan pengurus dan kader Desa Siaga dilakukan melalui pertemuan khusus para pimpinan formal desa dan tokoh masyarakat serta beberapa wakil masyarakat. *Kedua*, Orientasi/Pelatihan Kader Desa Siaga, Sebelum melaksanakan tugasnya, kepada pengelola dan kader desa yang telah ditetapkan perlu diberikan orientasi atau pelatihan. *Ketiga*, Pengembangan Pelayanan Kesehatan Dasar Dan UKBM, Dalam hal ini, pembangunan Poskesdes (jika diperlukan) bisa dikembangkan dari UKBM yang sudah ada, khususnya Polindes (Depkes RI. 2006.a 17).

f) Pembinaan dan Peningkatan

Mengingat permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja sektor lain, serta adanya keterbatasan sumberdaya, maka untuk memajukan Desa Siaga perlu adanya pengembangan jejaring kerjasama dengan berbagai pihak. Perwujudan dari pengembangan jejaring Desa Siaga dapat dilakukan melalui Temu Jejaring UKBM secara internal di dalam desa sendiri atau Forum Komunikasi Desa Sehat dan atau Temu Jejaring antar Desa Siaga (minimal sekali dalam setahun). Upaya ini selain untuk memantapkan kerjasama, juga diharapkan dapat menyediakan wahana tukar-menukar pengalaman dan memecahkan masalah-masalah yang dihadapi

bersama. Yang juga tidak kalah pentingnya adalah pembinaan jejaring lintas sektor, khususnya dengan program-program pembangunan yang bersasaran desa (Depkes RI. 2006.a:19)

g) Indikator Keberhasilan Desa Siaga

Dalam penetapan indikator keberhasilan Desa Siaga terbagi menjadi tiga jenis, yaitu: (Depsek RI. 2006.a:21)

- 1) Indikator masukan, yaitu untuk mengukur seberapa besar masukan telah diberikan dalam rangka pengembangan desa siaga.
- 2) Indikator proses, yaitu indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu desa dalam rangka pengembangan desa siaga.
- 3) Indikator keluaran untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga.

## **F. Definisi Konseptual**

1. Kebijakan Publik adalah suatu keputusan dapat berupa tindakan pemerintah atau lembaga pemerintahan untuk melakukan sebuah kegiatan, mengatasi permasalahan, atau untuk mencapai tujuan tertentu yang berkaitan dengan kepentingan dan manfaat orang banyak dengan berbagai pertimbangan dan tahapan.
2. Monitoring Kebijakan adalah serangkaian aktivitas atau proses yang dilakukan untuk mengetahui dan mengukur kemajuan dari program dengan kebijakan

secara subyektif maupun obyektif untuk memantau perubahan yang terjadi serta berfokus pada proses dan output, sehingga diharapkan nantinya mengetahui kesalahan sedini mungkin agar tidak akan terjadi kesalahan dan penyimpangan dalam mencapai tujuan yang diinginkan.

3. Desa Siaga Kesehatan adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri menuju desa sehat.

### **G. Definisi Operasional**

Dalam penelitian ini untuk mengetahui bagaimana proses monitoring pelaksanaan Desa Siaga Kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman pada tahun 2014-2016, penulis merujuk pada teori *Ten Steps to a Result-Based Monitoring* oleh *Jody Zall Kusek Ray C. Rist* yaitu *Ten Step* dalam monitoring, yang semula terdapat 6 poin langkah dalam melakukan monitoring kemudian peneliti mengerucutkan menjadi 4 poin langkah yang lebih spesifik karena terdapat kesinambungan jalannya poin langkah 3 dan 4 yaitu terkait dalam memilih indikator kunci dan kemudian mengetahui pencapaian indikator kunci tersebut yang kemudian untuk melaksanakan perbaikan program atau kebijakan tersebut, sehingga dalam penelitian ini digunakan beberapa indikator untuk menganalisis dalam proses monitoring, adapun indikatornya adalah sebagai berikut:

1. Monitoring Desa Siaga oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman:
  - a) Persiapan dalam pelaksanaan proses monitoring
  - b) Menetapkan target pencapaian monitoring
  - c) Penilaian terhadap indikator pencapaian

- d) Laporan pencapaian dalam monitoring
2. Faktor yang mempengaruhi proses monitoring

Dalam penentuan faktor yang mempengaruhi ini dapat dilihat dari 2 arah yaitu:

- a) Faktor internal: yakni berupa kebijakan yang telah ditetapkan, petugas yang melaksanakan tugas dilapangan, dan anggaran.
- b) Faktor eksternal: yakni kondisi sosial dan ekonomi masyarakat dilokasi pelaksanaan program, pemahaman dan penerimaan masyarakat terkait program yang akan dilaksanakan, sarana-prasarana pendukung dan anggaran.

## **H. Metode Penelitian**

### **1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif-kualitatif. Bodgan dan Taylor menyatakan bahwa metode kualitatif adalah salah satu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan atau tulisan dan perilaku orang-orang yang diamati. Melalui metode kualitatif peneliti dapat mengenali subjek, merasakan apa yang mereka alami dalam kehidupan sehari-hari (Lexy Moleong. 2009:3). Berdasarkan teori diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa penelitian deskriptif kualitatif merupakan penelitian yang melibatkan peneliti untuk turun langsung ke lapangan dan berinteraksi untuk mendapatkan data langsung dari obyek-obyek penelitian dan menafsirkannya dengan data deskriptif.

Penelitian mengenai monitoring Pelaksanaan Desa Siaga Kesehatan ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif karena bertujuan untuk mengagkat fakta, keadaan, dan fenomena-fenomena yang kompleks dan dinamis, sehingga peneliti mampu memahami situasi sosial secara mendalam. Penelitian deskriptif menyajikan dan menafsirkan data yang berkenaan dengan situasi yang terjadi, sikap dan pandangan yang ada di masyarakat, untuk kemudian ditafsirkan secara deskriptif sesuai dengan rumusan masalah, tujuan, dan indikator yang digunakan terkait monitoring Desa Siaga Kesehatan.

## **2. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Kabupaten Sleman tepatnya pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan Desa Siaga Kesehatan yang telah dilakukan pembinaan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman untuk menghimpun data terkait dan sejauhmana pelaksanaan monitoring Desa Siaga Kesehatan di Kabupaten Sleman.

## **3. Unit Analisis**

Unit analisis yaitu satuan yang diteliti yang bisa berupa individu, kelompok, benda atau suatu latar peristiwa sosial seperti misalnya aktivitas individu atau kelompok sebagai subjek penelitian (Hamini. 2005:75). Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

## **4. Jenis Data**

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini yakni berdasarkan subjek darimana data diperoleh. *Pertama*, jenis data yang digunakan yaitu data primer dari instansi yang berkaitan dengan Monitoring pelaksanaan Desa

Siaga Kesehatan dengan melakukan wawancara dengan narasumber. *Kedua*, menggunakan jenis data sekunder berupa data-data, berita, draf kebijakan, artikel, dan lain-lain.

## 5. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

### a. Wawancara

Wawancara adalah pengumpulan data dengan cara tanya jawab sepihak yang dikerjakan secara sistematis dan berkelanjutan kepada tujuan penyelidikan. Disini peneliti akan melakukan tanya jawab secara lisan atau tatap muka. Teknik yang digunakan adalah wawancara bebas tertimpin, artinya terlebih dahulu disediakan daftar pertanyaan sebagai pedoman, akan tetapi tidak menutup kemungkinan adanya variasi dan improvisasi pertanyaan yang disesuaikan dengan situasi dan kebutuhan pada saat proses wawancara (Sutrisno Hadi, 1993:40).

Pada tahapan wawancara subjek sasaran wawancara merupakan orang-orang yang dianggap mampu memberikan informasi yang sebenarnya terkait fokus penelitian sehingga data yang dihasilkan akurat. Dalam penelitian ini, pemilihan subjek penelitian menggunakan teknik *puposive* yaitu pemilihan subjek penelitian secara sengaja oleh peneliti (Sugiyono.2013: 300). Dan adapun rincian narasumber yang akan diwawancarai dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Kepala Seksi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan, Ibu Indah Nursantie, S.KM

2. Penanggungjawab Pelaksana Program Desa Siaga Desa  
Sidokarto, Kec.Godean, Ibu Annisa A.md.,Keb

b. Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik yang paling banyak digunakan dalam penelitian. Observasi melibatkan tiga objek sekaligus yaitu lokasi tempat penelitian berlangsung, para pelaku dengan peran-peran tertentu, dan aktivitas para pelaku yang dijadikan sebagai objek penelitian. Penelitian ini dilakukan dengan terlebih dahulu menentukan lokasi penelitian diikuti dengan proses, sebagai alur penelitian dengan melibatkan para pelaku dengan berbagi tindakan. Jadi, peneliti menggunakan Observasi non partisipasi (*Nonparticipant observation*) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui pengamatan dan pengindraan dimana observer atau peneliti tidak benar-benar terlibat langsung bersama dengan objek namun hanya sebagai penonton jadi tidak sebagai pemain. (Nasution, 2003:59).

Observasi yang dilakukan peneliti adalah pengamatan secara langsung ke lapangan, dimana peneliti akan melihat aktivitas atau kegiatan dalam pengembangan dan pelaksanaan monitoring Desa Siaga Kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

c. Dokumentasi

Dokumentasi adalah salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan melihat atau menganalisis dokumen-dokumen yang dibuat oleh subjek sendiri atau oleh orang lain tentang subjek dan mencari data mengenai hal-hal berupa catatan, gambaran, notulen

rapat, dan lain sebagainya (Lexy J Moleong. 2009:178). Peneliti melakukan teknik pengumpulan data ini dengan menghimpun data baik dari dokumen tertulis maupun elektronik dari lembaga/institusi serta obyek lain yang terkait dengan program Desa Siaga. Teknik dokumentasi diperlukan untuk mendukung kelengkapan data yang lain. Dokumen yang dihimpun antara lain data-data laporan keaktifan Desa Siaga, kebijakan terkait Desa Siaga, dan lain-lain.

## **6. Teknik Analisis Data**

Dalam penelitian ini teknik analisa data yang digunakan merujuk kepada pemaparan Salim (2006) yaitu analisa data kualitatif sebagai model alir (*flow model*), yang terdiri dari pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan dan verifikasi.

### **a. Pengumpulan data**

Pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mencari data yang dibutuhkan di lapangan oleh peneliti dengan menggunakan metode yang telah ditentukan, serta pengumpulan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian.

### **b. Reduksi data**

Reduksi data yaitu proses pemilihan dan penyederhanaan data-data kasar yang diperoleh di lapangan. Reduksi data dilakukan dengan cara membuat ringkasan data yang diperoleh dari lapangan dan pengumpulan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian.



c. Penyajian data

Penyajian data dilakukan dengan cara menggambarkan keadaan sesuai dengan data yang sudah diringkas dan disajikan dalam laporan yang sistematis dan mudah untuk dipahami.

d. Menarik kesimpulan

Peneliti menarik kesimpulan terhadap data yang telah diperoleh dan yang telah direduksi dalam bentuk laporan dengan cara membandingkan, menghubungkan, dan memilih data yang mengarah kepada permasalahan serta mampu menjawab permasalahan yang ada sehingga dapat menghasilkan kesimpulan yang valid.