

DECENTRALIZING EMERGENCY CARE: BREAKING THE GEOGRAPHIC AND CULTURAL CHAINS OF MATERNAL MORTALITY IN ACEH BARAT

Amri Samsuwir
Bappeda Kabupaten Aceh Barat
Email: amribarca83@gmail.com

ABSTRAK

Angka kematian ibu di wilayah terpencil Kabupaten Aceh Barat, khususnya di Kecamatan Sungai Mas dan Woyla, merupakan krisis multidimensi yang dipicu oleh hambatan topografi geografis dan kuatnya cengkeraman budaya patriarki. Meskipun kinerja penyerapan anggaran pemerintah daerah secara administratif sangat tinggi, model layanan kesehatan yang tersentralisasi di wilayah urban dan bersifat pasif mengakibatkan kegagalan sistem evakuasi kedaruratan yang fatal. Penelitian ini bertujuan untuk merumuskan strategi transformasi layanan kesehatan melalui pendekatan dekonsentrasi guna memitigasi risiko kematian maternal. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan desain studi kasus, melibatkan 50 informan kunci melalui wawancara mendalam yang ditriangulasi dengan data sekunder pemerintah. Analisis dilakukan menggunakan matriks SWOT (IFE/EFE) untuk memetakan posisi strategis daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tata kelola kesehatan di Aceh Barat berada pada Kuadran I (Strategi Agresif), di mana kekuatan penyerapan anggaran dan peluang regulasi Dana Desa belum dikapitalisasi secara optimal untuk mengatasi hambatan akses. Artikel ini mendiskusikan pentingnya pergeseran paradigma dari layanan pasif menuju sistem evakuasi mandatori berbasis gampong. Rekomendasi utama diarahkan pada pembentukan regulasi daerah yang mengunci alokasi Dana Desa untuk ambulans gampong dan dana taktis darurat. Langkah ini dinilai sebagai manifestasi keadilan sosial dan perlindungan hak hidup perempuan di wilayah hinterland Aceh Barat.

Kata Kunci: *Kematian Ibu, Dekonsentrasi Layanan, Dana Desa, Evakuasi Darurat, Aceh Barat.*

ABSTRACT

The maternal mortality rate in remote areas of West Aceh Regency, specifically in Sungai Mas and Woyla sub-districts, represents a multidimensional crisis triggered by geographical topographic barriers and the persistent influence of patriarchal culture. Despite high administrative budget absorption, the centralized and passive healthcare service model in urban areas results in fatal failures of emergency evacuation systems. This study aims to formulate health service transformation strategies through a deconcentration approach to mitigate maternal mortality risks. A qualitative case study design was employed, involving 50 key informants through in-depth interviews triangulated with government secondary data. Analysis was conducted using the SWOT matrix (IFE/EFE) to map the strategic position. The findings indicate that health governance in West Aceh is situated in Quadrant I (Aggressive Strategy), where budget absorption capacity and external regulatory opportunities from Village Funds have not been optimally capitalized to overcome access barriers. This article discusses the urgency of a paradigm shift from passive services to a mandatory village-based evacuation system. The primary recommendation is the establishment of local regulations that earmark Village Funds for village ambulances and tactical emergency funds. This step is considered a manifestation of social justice and the protection of women's right to life in the hinterland areas of West Aceh.

Keywords: Maternal Mortality, Service Deconcentration, Village Funds, Emergency Evacuation, West Aceh.

PENDAHULUAN

Kesehatan ibu dan anak merupakan pilar utama dalam mengukur derajat kesejahteraan suatu bangsa, sebagaimana tercermin dalam target *Sustainable Development Goals* (SDGs). Namun, tantangan dalam menekan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih menghadapi realitas yang kompleks, terutama pada wilayah-wilayah dengan karakteristik geografis yang ekstrem. Di Provinsi Aceh, Kabupaten Aceh Barat muncul sebagai lokus yang memerlukan perhatian serius akibat disparitas layanan kesehatan antara wilayah urban dan pedalaman. Fenomena kematian maternal di wilayah ini bukan sekadar persoalan medis, melainkan hasil akumulasi dari kegagalan sistemik dalam merespons hambatan fisik dan sosial yang melingkupi masyarakat di wilayah *hinterland*.

Secara administratif, Pemerintah Kabupaten Aceh Barat menunjukkan performa yang impresif dalam tata kelola keuangan. Berdasarkan laporan kinerja terbaru, penyerapan anggaran pada sektor-sektor strategis mencapai angka di atas 90%, yang secara teoritis mencerminkan kapasitas birokrasi yang handal (Bappeda Aceh Barat, 2025). Namun, efisiensi anggaran ini berbanding terbalik dengan capaian indikator kesehatan di tingkat tapak. Terdapat anomali yang signifikan di mana wilayah perkotaan seperti Kecamatan Johan Pahlawan menikmati fasilitas medis yang melimpah, sementara Kecamatan Sungai Mas dan Woyla terjebak dalam stagnasi cakupan pelayanan antenatal. Ketimpangan ini menegaskan adanya "jarak maut" yang memisahkan ibu hamil dari fasilitas kesehatan rujukan.

Permasalahan utama yang diidentifikasi adalah model pelayanan yang masih bersifat pasif (*passive case finding*). Sistem yang ada saat ini menuntut pasien untuk secara mandiri mendatangi fasilitas kesehatan, tanpa mempertimbangkan ketiadaan moda transportasi evakuasi di pelosok desa. Hambatan ini diperparah oleh konstruksi budaya patriarki yang masih mengakar kuat, di mana otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan medis sering kali disubordinasi oleh peran laki-laki atau tetua keluarga (Rizkianti et al., 2020). Akibatnya, saat terjadi komplikasi persalinan, waktu yang berharga terbuang dalam birokrasi perizinan keluarga dan pencarian armada transportasi.

Kajian ini menjadi krusial untuk mengisi kesenjangan antara kebijakan makro yang bersifat administratif dengan kebutuhan mikro di wilayah terpencil. Urgensi dekonstruksi kebijakan kesehatan di Aceh Barat terletak pada perlunya integrasi antara sumber daya fiskal daerah dengan fleksibilitas Dana Desa. Tanpa adanya intervensi yang bersifat mandatori dan dekonsentratif, angka kematian ibu akan terus menjadi bayang-bayang kelam di tengah kemajuan pembangunan daerah. Oleh karena itu, artikel ini mendalami bagaimana strategi dekonsentrasi layanan dan mobilisasi anggaran gampong dapat menjadi solusi konkret dalam memutus rantai keterlambatan penanganan medis di wilayah terpencil.

LANDASAN TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL

Transformasi layanan kesehatan di wilayah terpencil memerlukan pisau analisis yang mampu membedah aspek perilaku sosial sekaligus struktur organisasi. Penelitian ini mengintegrasikan dua kerangka teoretis utama sebagai fondasi diskusi. Pertama, *The Three Delays Model* yang dikembangkan oleh Thaddeus dan Maine (1994) menjadi instrumen utama dalam memahami hambatan akses kesehatan maternal. Model ini

menjelaskan bahwa kematian ibu sering kali diakibatkan oleh tiga fase keterlambatan: keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan, keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan dalam menerima perawatan yang memadai di fasilitas tersebut. Dalam konteks Aceh Barat, fase keterlambatan pertama dan kedua menjadi faktor determinan yang paling dominan akibat kendala geografis dan hambatan sosiokultural (Sumiaty & Syafruddin, 2021).

Kedua, prinsip desentralisasi dan dekonsentrasi layanan publik menjadi landasan dalam merumuskan restrukturisasi organisasi kesehatan. Dekonsentrasi dalam kebijakan publik bukan sekadar pemindahan beban kerja, melainkan pergeseran otoritas dan sumber daya ke unit pelayanan yang paling dekat dengan masyarakat (Cheema & Rondinelli, 1983). Di wilayah dengan topografi ekstrem, pelayanan kesehatan tidak bisa lagi tersentralisasi di pusat kabupaten. Otoritas medis dan logistik evakuasi harus didekonsentrasikan hingga ke tingkat gampong untuk menjamin *responsiveness* layanan. Hal ini sejalan dengan mandat Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan yang mewajibkan pemerintah daerah memastikan setiap warga mendapatkan akses layanan dasar tanpa terkecuali (Kemenkes RI, 2019).

Selain pendekatan teoretis, kerangka regulasi nasional memberikan peluang besar bagi daerah untuk melakukan inovasi fiskal. Peraturan Menteri Desa (Permendes) mengenai prioritas penggunaan Dana Desa secara eksplisit memberikan ruang bagi desa untuk mendanai sektor kesehatan preventif dan kuratif. Sinergi antara kebijakan pusat dan daerah ini memungkinkan adanya kolaborasi fiskal yang inklusif, di mana Dana Desa berfungsi sebagai jaring pengaman logistik evakuasi yang tidak terjangkau oleh APBK kabupaten (Budi & Khoiri, 2021). Integrasi teori keterlambatan, konsep dekonsentrasi, dan peluang regulasi ini membentuk kerangka pikir bahwa keselamatan ibu hamil adalah tanggung jawab kolektif yang memerlukan intervensi struktural yang berani.

METODOLOGI PENELITIAN

Artikel ini dikembangkan menggunakan pendekatan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus eksploratif. Pemilihan desain studi kasus bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam dan kontekstual mengenai fenomena kematian maternal di lokus yang memiliki karakteristik unik, yakni Kecamatan Sungai Mas dan Woyla di Kabupaten Aceh Barat. Penelitian ini berusaha menangkap realitas di balik angka statistik dengan menggali pengalaman subjektif dari para pemangku kepentingan di lapangan.

Data primer diperoleh melalui teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) terhadap 50 informan kunci yang dipilih secara *purposive sampling*. Responden terdiri dari ibu hamil berisiko tinggi, suami atau keluarga pengambil keputusan, bidan desa yang bertugas di daerah terpencil, perangkat gampong (Keuchik), serta tokoh masyarakat. Fokus wawancara diarahkan pada identifikasi hambatan fisik saat proses rujukan dan dinamika pengambilan keputusan di tingkat rumah tangga. Selain wawancara, observasi lapangan dilakukan untuk memverifikasi kondisi infrastruktur jalan dan ketersediaan sarana evakuasi di pos kesehatan desa.

Data sekunder dikumpulkan melalui telaah dokumen resmi, termasuk Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Bappeda Aceh Barat 2024, Profil Gender 2024,

serta Laporan Indikator Kesehatan 2025. Proses analisis data mengikuti tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Validitas data diuji melalui triangulasi sumber dan teknik, yakni dengan membandingkan informasi dari berbagai level informan serta mencocokkannya dengan dokumen pemerintah. Selanjutnya, data diolah menggunakan matriks *Internal Factor Evaluation* (IFE) dan *External Factor Evaluation* (EFE) untuk memberikan landasan kuantitatif dalam analisis SWOT, guna menentukan posisi strategis pemerintah daerah dalam menangani isu tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dinamika Faktor Internal dan Eksternal dalam Tata Kelola Kesehatan

Analisis mendalam terhadap kondisi internal Pemerintah Kabupaten Aceh Barat menunjukkan adanya kontras yang tajam antara kapasitas administratif dan efektivitas pelayanan di lapangan. Melalui matriks *Internal Factor Evaluation* (IFE), diidentifikasi bahwa kekuatan utama daerah terletak pada kemampuan penyerapan anggaran yang mencapai 90,67% (Bappeda Aceh Barat, 2025). Angka ini menunjukkan bahwa secara finansial, daerah memiliki "napas" yang panjang untuk membiayai program-program strategis. Kekuatan ini didukung oleh keberadaan 16 *Focal Point* Pengarusutamaan Gender (PUG) yang tersebar di berbagai SKPK, yang secara konseptual dapat berfungsi sebagai agen perubahan untuk kebijakan responsif gender.

Namun, kekuatan tersebut terkoreksi secara signifikan oleh kelemahan internal yang bersifat struktural. Sistem pelayanan kesehatan di Aceh Barat masih terjebak dalam pola *passive case finding*, di mana fasilitas kesehatan primer di wilayah pelosok sering kali mengalami kekosongan tenaga medis karena maldistribusi bidan yang lebih memilih bertugas di wilayah urban (Kurniati et al., 2020). Selain itu, ketiadaan Standard Operating Procedure (SOP) yang mengatur skema rujukan darurat dari tingkat desa menuju kabupaten menjadi titik lemah yang mematikan. Matriks IFE menghasilkan skor 1,85, yang mengindikasikan bahwa kelemahan internal dalam merespons isu kesehatan maternal jauh lebih besar dibandingkan kekuatan administratif yang dimiliki. Pemerintah daerah terbukti sangat handal dalam membelanjakan uang, namun belum efektif dalam mentransformasi belanja tersebut menjadi akses keadilan bagi perempuan di pedalaman.

Di sisi eksternal, peluang besar hadir melalui regulasi penggunaan Dana Desa yang semakin fleksibel. Berdasarkan matriks *External Factor Evaluation* (EFE), peluang dari pemanfaatan Dana Desa mendapatkan skor tertinggi karena kemampuannya untuk menutupi keterbatasan APBK kabupaten. Dana Desa dapat dioptimalkan untuk membiayai pengadaan kendaraan siaga desa dan dana taktis kedaruratan yang selama ini tidak tersedia. Namun, peluang ini dibayangi oleh ancaman nyata berupa kondisi geografis yang ekstrem dan jarak tempuh yang melebihi batas aman untuk kegawatdaruratan obstetri. Selain rintangan fisik, ancaman kultural berupa dominasi patriarki memberikan tekanan eksternal yang menghambat efektivitas layanan (Manggala & Tjandrarini, 2020). Skor EFE sebesar 2,40 menunjukkan bahwa meskipun lingkungan eksternal penuh dengan tantangan, terdapat peluang fiskal yang sangat kuat yang dapat dikapitalisasi jika pemerintah daerah berani mengambil langkah regulasi yang tegas.

2.2. Visualisasi Posisi Strategis dan Diagnosis SWOT

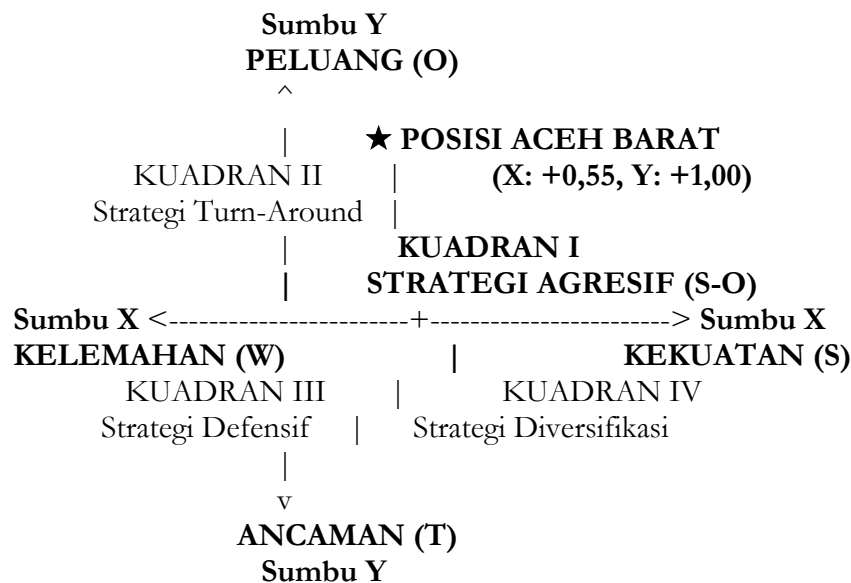
Penentuan posisi strategis dilakukan dengan menghitung selisih koordinat pada Sumbu X (Faktor Internal) dan Sumbu Y (Faktor Eksternal). Berdasarkan perhitungan Matriks IFE dan EFE pada sub-bab sebelumnya, adalah sebagai berikut:

1. Perhitungan Sumbu X (Internal: Kekuatan vs Kelemahan)

- Total Skor Kekuatan (*Strengths / S*) = 0,60 + 0,30 + 0,30 = **1,20**
- Total Skor Kelemahan (*Weaknesses / W*) = 0,35 + 0,30 = **0,65**
- **Titik Koordinat X** = S – W = 1,20 – 0,65 = **+0,55**

2. Perhitungan Sumbu Y (Eksternal: Peluang vs Ancaman)

- Total Skor Peluang (*Opportunities / O*) = 1,20 + 0,30 + 0,20 = **1,70**
- Total Skor Ancaman (*Threats / T*) = 0,30 + 0,40 = **0,70**
- **Titik Koordinat Y** = O – T = 1,70 – 0,70 = **+1,00**



Analisis Posisi Strategis: Kuadran I (Strategi Agresif / Pertumbuhan Cepat)

Dengan titik koordinat (**X= +0,55 ; Y= +1,00**), posisi strategis tata kelola penanganan darurat ibu hamil di Kabupaten Aceh Barat secara matematis jatuh pada **Kuadran I (Positif, Positif)**.

Integrasi antara skor IFE dan EFE memposisikan tata kelola kesehatan Kabupaten Aceh Barat pada Kuadran I dalam diagram kartesius SWOT. Posisi koordinat (+0,55 ; +1,00) menempatkan daerah ini dalam area "Strategi Agresif". Secara akademis, posisi di Kuadran I menandakan bahwa organisasi memiliki modalitas kekuatan yang cukup untuk memanfaatkan peluang eksternal demi mengatasi tantangan yang ada. Dalam konteks ini, Pemerintah Kabupaten Aceh Barat seharusnya tidak lagi menggunakan pendekatan defensif atau sekadar melakukan rutinitas pelayanan. Sebaliknya, pemerintah harus melakukan ekspansi jangkauan pelayanan secara agresif dengan mengombinasikan kekuatan serapan anggaran dan peluang Dana Desa.

Strategi agresif (S-O) yang didiskusikan dalam penelitian ini adalah melalui skema mandatori kebijakan. Pemerintah kabupaten tidak bisa lagi sekadar memberikan imbauan kepada desa untuk peduli pada kesehatan ibu. Karena secara internal birokrasi memiliki kapasitas eksekusi anggaran yang tinggi, kekuatan ini harus digunakan untuk melahirkan

Peraturan Bupati (Perbup) yang bersifat memaksa (*mandatory*) agar desa menggunakan anggarannya untuk evakuasi medis. Ini adalah bentuk dekonsentrasi tanggung jawab fiskal yang rasional. Dengan memposisikan keselamatan ibu hamil sebagai prioritas dalam APB Gampong, maka ancaman geografis yang tadinya mematikan dapat dimitigasi melalui penyediaan kendaraan siaga di setiap titik koordinat desa.

Memutus Rantai Keterlambatan Melalui Dekonsentrasi Layanan

Pembahasan mengenai solusi di Bab II ini berfokus pada upaya memutus fase keterlambatan kedua (mencapai fasilitas) dalam model Thaddeus dan Maine. Narasi analisis menunjukkan bahwa selama pelayanan medis tetap tersentralisasi dan bersifat menunggu, angka kematian ibu di Aceh Barat akan sulit ditekan secara progresif. Dekonsentrasi layanan harus diwujudkan dalam dua dimensi utama. Pertama, dimensi fisik melalui penyediaan ambulans gampong yang didanai oleh Dana Desa. Ketersediaan armada transportasi di tingkat desa secara langsung menghilangkan hambatan biaya dan jarak tempuh yang selama ini menjadi momok bagi keluarga miskin di pedalaman.

Kedua, dimensi sosiokultural melalui rekayasa kebijakan yang responsif gender. Intervensi *Focal Point* PUG dalam mengawal Musrenbang Gampong adalah langkah kunci untuk memecah dominasi laki-laki dalam perencanaan desa (Rizkianti et al., 2020). Saat suara perempuan terakomodasi dan Dana Desa dikunci untuk urusan keselamatan nyawa, maka hambatan budaya patriarki yang selama ini memperlambat proses rujukan dapat dikurangi secara bertahap. Diskusi dalam penelitian ini menegaskan bahwa solusi atas kematian ibu bukanlah pembangunan rumah sakit baru di kota, melainkan pemerataan akses transportasi dan penguatan kewenangan desa dalam urusan kedaruratan medis. Hasil analisis SWOT dan IFE/EFE ini menjadi dasar kuat untuk merumuskan pilihan kebijakan yang akan dibahas pada bagian selanjutnya, di mana fokus utamanya adalah mewujudkan keadilan akses melalui reformasi regulasi daerah.

ALTERNATIF DAN PEMILIHAN KEBIJAKAN

Formulasi Alternatif Kebijakan Kedaruratan Maternal

Berdasarkan diagnosis strategis pada kuadran agresif yang telah diuraikan sebelumnya, intervensi tata kelola kesehatan ibu hamil di Kabupaten Aceh Barat menuntut langkah-langkah yang bersifat afirmatif dan ekspansif. Mengacu pada persilangan faktor internal dan eksternal, kajian ini memformulasikan tiga alternatif kebijakan yang ditujukan untuk mendemokratisasi akses kesehatan dan meretas kebuntuan geografis di wilayah pedalaman.

Alternatif pertama mengusung konsep kolaborasi fiskal melalui kebijakan mandatori pengalokasian Dana Desa untuk skema evakuasi medis berbasis gampong. Konsep ini mensyaratkan pemerintah kabupaten untuk menerbitkan instrumen hukum berupa Peraturan Bupati (Perbup) yang mewajibkan aparat desa di kecamatan terpencil, seperti Sungai Mas dan Woyla, untuk mengunci (*earmark*) persentase tertentu dari alokasi Dana Desa. Dana ini secara spesifik diarahkan untuk pengadaan dan operasional kendaraan siaga desa atau ambulans gampong, serta pembentukan dana taktis kedaruratan maternal.

Kebijakan ini merupakan bentuk pengejawantahan dari fleksibilitas regulasi nasional yang mengizinkan pemanfaatan Dana Desa untuk program kesehatan preventif dan kegawatdaruratan (Puspita & Susanna, 2020). Keterlibatan *Focal Point* Pengarusutamaan Gender juga menjadi esensial dalam alternatif ini guna memastikan kelompok perempuan memiliki posisi tawar di dalam forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) desa.

Alternatif kedua berfokus pada reformasi birokrasi internal melalui dekonsentrasi sumber daya manusia dan integrasi sistem layanan proaktif (*mobile clinic*). Pendekatan ini mengkritisi pola sentralisasi tenaga medis dengan mewajibkan redistribusi bidan tersertifikasi dari kawasan urban menuju fasilitas Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan Puskesmas Pembantu (Pustu) di kawasan *hinterland*. Mengingat tingginya resistensi aparatur sipil negara untuk bertugas di daerah terpencil, alternatif ini menuntut pemerintah daerah untuk mengalokasikan insentif kewilayahan (*remote area allowance*) yang kompetitif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten (APBK). Selain menetap, tenaga medis diwajibkan melakukan penjemputan bola ke rumah-rumah ibu hamil berisiko tinggi. Strategi redistribusi sumber daya ini secara teoretis efektif dalam menurunkan disparitas layanan, meskipun sangat bergantung pada kapasitas fiskal daerah untuk menanggung belanja pegawai jangka panjang (Kurniati et al., 2020).

Alternatif ketiga menawarkan perpaduan antara peningkatan infrastruktur fisik dan rekayasa sosiokultural melalui penguatan fasilitas penyangga (*buffer*) dan pelembagaan prosedur operasional standar (SOP) kedaruratan tingkat gampong. Dalam opsi ini, pemerintah daerah berinvestasi besar pada peningkatan status dan kelengkapan peralatan medis Pustu agar mampu melakukan stabilisasi awal pada kasus pendarahan sebelum pasien dirujuk ke rumah sakit kabupaten. Bersamaan dengan itu, intervensi budaya dilakukan dengan menyusun regulasi adat tingkat desa yang memotong rantai birokrasi perizinan patriarki. Saat kegawatdaruratan terjadi, tenaga kesehatan dan perangkat desa memiliki otoritas mutlak untuk segera mengevakuasi pasien tanpa harus menunggu konsensus keluarga besar yang acap kali memakan waktu fatal (Sumiaty & Syafruddin, 2021).

Evaluasi dan Pemilihan Kebijakan Berbasis Kriteria William Dunn

Untuk memastikan bahwa pilihan kebijakan tidak didasarkan pada intuisi semata, ketiga alternatif tersebut dievaluasi secara komparatif menggunakan instrumen kriteria evaluasi kebijakan publik dari Dunn (2015). Metode ini menilai kelayakan kebijakan melalui enam parameter mutlak: efektivitas, efisiensi, kecukupan, keadilan, responsivitas, dan kelayakan politis/administratif. Penilaian terhadap masing-masing alternatif menghasilkan polarisasi yang jelas terkait kapasitas sumber daya dan kecepatan dampak.

Pada parameter efisiensi dan ketersediaan sumber daya, alternatif kedua dan ketiga menunjukkan kelemahan yang sangat signifikan. Kedua opsi tersebut menuntut injeksi APBK murni dalam jumlah yang sangat masif, baik untuk belanja insentif pegawai kewilayahan maupun belanja modal alat kesehatan dan bangunan. Di tengah ketatnya ruang fiskal kabupaten yang telah terserap untuk program wajib lainnya, pembebanan anggaran baru berpotensi memicu resistensi dari Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD). Sebaliknya, alternatif pertama mencatatkan skor efisiensi yang optimal. Melalui skema mandatori Dana Desa, pemerintah kabupaten melakukan *cost-shifting* atau pengalihan beban

pembiayaan yang sangat elegan. Pemanfaatan miliaran rupiah Dana Desa yang telah tersedia di kas gampong memungkinkan terciptanya infrastruktur evakuasi tanpa menguras struktur dasar APBK (Budi & Khoiri, 2021).

Ditinjau dari parameter efektivitas dan responsivitas, ketiadaan moda transportasi di tengah malam saat terjadi komplikasi persalinan merupakan masalah paling riil yang dikeluhkan oleh masyarakat pedalaman (Laksono & Wulandari, 2020). Kehadiran bidan yang siaga di desa (alternatif kedua) maupun Pustu yang direhabilitasi (alternatif ketiga) akan kehilangan maknanya apabila pasien yang mengalami pendarahan hebat pada akhirnya tetap tidak dapat dievakuasi ke rumah sakit rujukan karena ketiadaan mobil. Alternatif pertama secara langsung menghantam akar masalah tersebut. Keberadaan ambulans gampong memberikan respons instan terhadap kebutuhan mobilitas darurat, sekaligus meretas fase keterlambatan menuju fasilitas kesehatan yang selama ini mematikan.

Terkait dengan parameter keadilan (*equity*) dan kelayakan administratif, alternatif pertama memberikan afirmasi struktural yang luar biasa bagi perempuan di wilayah terpencil. Kebijakan ini tidak hanya menyediakan akses transportasi, tetapi secara politik memaksa elit desa untuk memprioritaskan nyawa perempuan di atas pembangunan fisik infrastruktur jalan atau jembatan semata. Secara legalitas, langkah ini sangat layak dieksekusi karena memiliki landasan hukum yang kuat dari peraturan kementerian tingkat pusat. Berdasarkan akumulasi pembobotan kriteria tersebut, alternatif pertama yakni Mandatori Pengalokasian Dana Desa untuk Skema Evakuasi Medis Berbasis Gampong secara meyakinkan terpilih sebagai solusi kebijakan yang paling rasional, efisien, berkeadilan, dan siap diimplementasikan secara administratif oleh Pemerintah Kabupaten Aceh Barat.

KESIMPULAN

Kegagalan sistem dalam menekan angka risiko kegawatdaruratan ibu hamil di wilayah pedalaman Kabupaten Aceh Barat bukanlah semata-mata diakibatkan oleh keterbatasan ilmu medis, melainkan merupakan manifestasi dari ketidakadilan spasial dan kultural. Model pelayanan kesehatan yang selama ini tersentralisasi secara pasif di wilayah perkotaan telah menciptakan diskriminasi akses yang fatal bagi masyarakat di kawasan dengan topografi menantang. Kuatnya cengkeraman budaya patriarki turut memperburuk situasi dengan menunda pengambilan keputusan kritis di tingkat rumah tangga. Berdasarkan evaluasi komprehensif, penyelesaian masalah ini tidak dapat lagi bertumpu pada pendekatan sektoral Dinas Kesehatan, melainkan menuntut rekayasa tata kelola anggaran di tingkat akar rumput. Keterbatasan ruang fiskal kabupaten dapat disiasati dengan mengkapitalisasi peluang regulasi penggunaan Dana Desa untuk menciptakan jaring pengaman logistik evakuasi.

Oleh karena itu, kajian ini merekomendasikan penerbitan Peraturan Bupati (Perbup) Kabupaten Aceh Barat tentang Mandatori Prioritas Penggunaan Dana Desa untuk Penyelenggaraan Sistem Evakuasi Darurat Maternal. Kebijakan ini bersifat mengikat dan menargetkan aparatur gampong untuk secara wajib mengalokasikan instrumen anggaran spesifik bagi pengadaan, pemeliharaan, dan operasional kendaraan siaga desa (ambulans gampong), serta penyediaan dana taktis kedaruratan.

Untuk menjamin keberhasilan implementasi, pemerintah daerah perlu mengawal peta jalan kebijakan yang sistematis dalam siklus lima tahun. Pada fase inisiasi jangka pendek, fokus utama diletakkan pada legalisasi Perbup, penyusunan petunjuk teknis oleh Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Gampong (DPMG), dan pendampingan Musrenbang Desa oleh para aktivis *focal point* gender guna menjamin masuknya

nomenklatur tersebut dalam APB Gampong. Memasuki fase menengah, ekspansi pengadaan armada evakuasi dan integrasi teknologi komunikasi rujukan antara desa dan rumah sakit kabupaten harus direalisasikan secara penuh. Pada fase penguatan jangka panjang, pemerintah dituntut untuk mendorong kemandirian finansial sistem ini melalui pembentukan unit usaha kesehatan di bawah Badan Usaha Milik Gampong (BUMG), sehingga layanan darurat maternal dapat terus berlanjut secara otonom. Intervensi kebijakan ini diharapkan tidak hanya memutus rantai jarak maut secara fisik, tetapi juga mengangkat derajat kemanusiaan dan keadilan bagi perempuan di seluruh pelosok Aceh Barat.

Peta Jalan (*Roadmap*) Implementasi Kebijakan (2026–2030)

Guna menjamin bahwa rekomendasi kebijakan ini tidak sekadar menjadi dokumen administratif yang stagnan, implementasi mandatori Dana Desa untuk evakuasi darurat maternal memerlukan rancangan peta jalan (*roadmap*) yang sistematis, terukur, dan berkelanjutan dalam siklus lima tahun (2026–2030). Peta jalan ini membagi intervensi ke dalam lima fase transisi yang melibatkan kolaborasi lintas sektoral secara presisi.

Pada tahun pertama (2026), implementasi difokuskan pada fase Regulasi dan Institusionalisasi. Langkah konkret pada tahap ini adalah pengesahan Peraturan Bupati (Perbup) Aceh Barat yang memandatkan penggunaan Dana Desa untuk evakuasi darurat, diikuti dengan penyusunan petunjuk teknis evaluasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Gampong (APBG) oleh Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Gampong (DPMG). Secara bersamaan, *focal point* pengarusutamaan gender dari tingkat kabupaten diturunkan untuk memberikan asistensi langsung dalam Musrenbang Gampong di lokus prioritas, yakni Kecamatan Sungai Mas dan Woyla. Keberhasilan fase inisiasi ini diukur dari terbitnya landasan hukum yang sah dan kepastian bahwa seratus persen gampong di kawasan *hinterland* tersebut telah memasukkan nomenklatur pengadaan ambulans gampong dalam APBG tahun berikutnya.

Memasuki tahun kedua (2027), fokus kebijakan bergeser pada fase Pengadaan dan Piling. Pada tahap ini, otoritas pelaksanaan berada di tangan Keuchik (Kepala Desa) yang dievaluasi oleh DPMG dan Puskesmas setempat. Dana Desa yang telah dialokasikan mulai dieksekusi untuk pengadaan atau modifikasi kendaraan siaga desa. Bersamaan dengan penyediaan infrastruktur fisik, instrumen sosial berupa Standar Operasional Prosedur (SOP) kedaruratan tingkat gampong disepakati bersama antara tenaga kesehatan, aparat desa, dan tokoh adat setempat untuk memangkas birokrasi perizinan rujukan. Indikator keberhasilan utama pada tahun kedua ini adalah ketersediaan minimal satu unit kendaraan siaga di setiap desa terpencil, yang secara langsung ditargetkan mampu memangkas waktu respons penjemputan ibu hamil berisiko menjadi maksimal tiga puluh menit.

Pada tahun ketiga (2028), pemerintah daerah memasuki fase Ekspansi dan Integrasi Sistem. Keberhasilan di lokus prioritas direplikasi melalui perluasan kewajiban pengadaan sarana evakuasi ke kecamatan-kecamatan lapis kedua yang memiliki karakteristik semi-urban. Lebih dari sekadar perluasan wilayah, fase ini menuntut integrasi teknologi komunikasi antara armada desa dengan instalasi gawat darurat (IGD) di tingkat kabupaten. Dinas Kesehatan, DPMG, dan Dinas Kominfo berkolaborasi membangun sistem pusat panggilan (*call center*) desa yang terpadu. Target dari fase ekspansi ini adalah tercapainya cakupan kepemilikan ambulans gampong sebesar tujuh puluh persen di seluruh

Aceh Barat, dengan indikator absolut berupa nihilnya kasus penolakan atau keterlambatan rujukan yang disebabkan oleh ketiadaan moda transportasi.

Selanjutnya, pada tahun keempat (2029), siklus kebijakan berfokus pada fase Evaluasi dan Penguatan. Mengingat besarnya aliran dana yang dikelola di tingkat desa, Inspektorat Daerah bersama Bappeda turun tangan untuk melakukan audit komprehensif terhadap efektivitas dan transparansi penggunaan dana taktis darurat tersebut. Untuk menjaga keberlangsungan motivasi aparatur desa, pemerintah kabupaten memberikan instrumen penghargaan (*reward*) berupa tambahan Dana Insentif Daerah (DID) bagi gampong yang berhasil mempertahankan rekor nihil kematian ibu (*zero maternal mortality*). Indikator capaian pada fase ini tidak hanya terbebasnya program dari penyimpangan fungsi kendaraan, tetapi juga tercapainya standar pemenuhan cakupan kunjungan antenatal (K4) hingga seratus persen di wilayah pedalaman.

Puncak dari peta jalan ini berada pada tahun kelima (2030), yakni fase Kemandirian dan Keberlanjutan. Ketergantungan pembiayaan operasional ambulans pada Dana Desa harus direduksi secara bertahap agar tidak membebani APBG secara terus-menerus. Oleh karena itu, DPMG dan pengurus desa diinstruksikan untuk membentuk atau mengoptimalkan Badan Usaha Milik Gampong (BUMG) yang bergerak di sektor jasa kesehatan maupun sektor lain, di mana sebagian labanya disubsidikan silang untuk membiayai operasional evakuasi medis. Keberhasilan fase paripurna ini ditandai dengan terbentuknya ekosistem evakuasi darurat desa yang beroperasi secara mandiri secara finansial, yang pada akhirnya bermuara pada indikator makro berupa penurunan drastis Angka Kematian Ibu (AKI) akibat hambatan jarak dan keterlambatan akses di Kabupaten Aceh Barat hingga mencapai titik nol kasus.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Aceh Barat. (2024). Profil gender Kabupaten Aceh Barat tahun 2024. Pemerintah Kabupaten Aceh Barat.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Aceh Barat. (2025). Laporan kinerja instansi pemerintah (LKjIP) tahun 2024. Pemerintah Kabupaten Aceh Barat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat & Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Aceh Barat. (2025). Laporan indikator kesehatan Kabupaten Aceh Barat 2025. Pemerintah Kabupaten Aceh Barat.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2025). Panduan penulisan policy paper bagi jabatan fungsional perencana. Pusat Pembinaan, Pendidikan, dan Pelatihan Perencana (Pusbindiklatren) Bappenas.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia. (2023). Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal,

dan Transmigrasi Nomor 7 Tahun 2023 tentang Rincian Prioritas Penggunaan Dana Desa. Jakarta: Kemendesa PDTT.

Pemerintah Republik Indonesia. (2014). Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Jakarta: Sekretariat Negara.

Cheema, G. S., & Rondinelli, D. A. (1983). *Decentralization and development: Policy implementation in developing countries*. Sage Publications.

Dunn, W. N. (2015). *Public policy analysis: An introduction* (6th ed.). Routledge.

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)

Budi, A. S., & Khoiri, A. (2021). The political will of local governments in reducing maternal mortality rate through village funds in Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 34-45. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i1.2021.34-45>

Efendi, F., Ni'mah, L. M., Hadisuyatmana, S., Kuswanto, H., Lindayani, L., & Berliana, S. M. (2019). Determinants of facility-based childbirth in Indonesia. *The Scientific World Journal*, 2019, 9694602. <https://doi.org/10.1155/2019/9694602>

Kurniati, A., Chen, C. M., Efendi, F., & Berliana, S. M. (2020). Factors influencing the retention of rural health workers in Indonesia. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00486-0>

Laksono, A. D., & Wulandari, R. D. (2020). The barriers to maternal health services in rural Indonesia. *Journal of Public Health*, 30(1), 235-243. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01274-3>

Laksono, A. D., Wulandari, R. D., & Soedirham, O. (2019). Regional disparities of antenatal care utilization in Indonesia. *PLoS ONE*, 14(2), e0211842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211842>

Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., & Marthias, T. (2021). The Republic of Indonesia health system review. *Health Systems in Transition*, 10(1), 1-285.

Manggala, P. S., & Tjandrarini, D. H. (2020). The role of women's empowerment on the utilization of maternal health care in Indonesia. *Kesmas: National Public Health Journal*, 15(4), 184-191. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v15i4.3855>

Puspita, T., & Susanna, D. (2020). Utilization of village funds for health sector in Indonesia: A systematic review. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 9(2), 65-72.

Rizkianti, A., Amaliah, N., & Rachmawati, R. (2020). Women's decision-making autonomy and its relationship with maternal healthcare utilization in Indonesia. *BMC Women's Health*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01128-6>

- Sumiaty, S., & Syafruddin, S. (2021). The effect of geographic and socio-demographic factors on the delay in referring maternal emergencies. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional*, 6(1), 45-56.
- Trisnantoro, L., Marthias, T., & Harimurti, P. (2020). Decentralization and health systems performance in Indonesia. *BMJ Global Health*, 5(e002305).
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002305>
- Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2020). Determinants of knowledge of pregnancy danger signs in Indonesia. *PLoS ONE*, 15(5), e0232550.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232550>