Mutiara Pembelajaran Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya

Hario Megatsari, Mohamad Yoto, Agung Dwi Laksono

Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya yang telah dideskripsikan seluruh prosesnya secara mendetail mulai dari Bab 1 sampai Bab 8, merupakan program purwarupa yang menginisiasi suatu kegiatan pemberdayaan bidang kesehatan. Pada Bab 9 ini tim peneliti mencoba menarik butir-butir untuk meringkas secara garis besar apa yang telah diuraikan pada bab-bab sebelumnya. Riset aksi partisipatif ini didedikasikan untuk dapat dicobaterapkan sebagai sebuah program yang lebih mengutamakan pendekatan promotif dan preventif yang berbasis komunitas (*community based*) pada suatu wilayah desa.

Banyak mutiara pembelajaran yang bisa dipetik dari Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya ini. Berikut adalah beberapa pembelajaran yang bisa diambil dari hasil kontemplasi antara peneliti teknis yang terdiri dari unsur akademisi dan peneliti, serta Sahabat

Desa sebagai peneliti lapangan. Hasil kontemplasi ini yang akan menjadi dasar pemikiran untuk pengembangan program pemberdayaan di bidang kesehatan yang berbasis komunitas, yang akan dijadikan ciri khas program Desa Sehat Berdaya nantinya.

Filling the gap

Sudah jamak terjadi di lapangan adanya kesenjangan (*gap*) antara apa yang diinginkan oleh masyarakat dengan apa yang disediakan atau dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan. Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya yang berbasis komunitas berhasil menghapus, atau setidaknya mengurangi kesenjangan tersebut.

Menempatkan Sahabat Desa secara langsung di tengah masyarakat (*community based*), dan bukan di fasilitas kesehatan (*facility based*), memberi banyak keuntungan. Berada di tengah-tengah masyarakat membuat keluhan bisa langsung didengar, ketimpangan bisa segera didialogkan, dan kekurangan bisa dengan segera dicarikan solusi (Laksono, Megatsari, & Yoto, 2019). Hal ini memberi nilai lebih dalam proses pelayanan, sehingga lebih bisa mengejar kualitas sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang ditargetkan. Di sisi lain masyarakat juga merasa lebih puas, karena keluhannya dapat langsung tersampaikan. Meski mungkin solusi belum bisa langsung diberikan, tetapi masyarakat sudah merasa didengarkan.

Penempatan di desa, dengan tetap memperhatikan target SPM, membuat Sahabat Desa harus mempelajari kinerja atau rincian kinerja bidang kesehatan di tingkat desa. Sahabat Desa harus mampu menguraikan setiap indikator dalam SPM untuk menjadi target di desa, sehingga apapun yang dilakukannya akan berujung pada kontribusi terhadap peningkatan SPM.

Connecting the unconnected

Konsep *connecting the unconnected* ini berangkat dari adanya fakta bahwa masih ada sebagian masyarakat di suatu komunitas mengalami keterbatasan terhadap layanan kesehatan (Megatsari, Laksono, Ridlo, Yoto, & Azizah, 2018). Keterbatasan terhadap akses layanan ini salah satu penyebabnya adalah ada kendala akses pada layanan kesehatan. Secara umum akses dapat dibagi menjadi beberapa aspek, antara lain akses geografis, ekonomi dan sosial. Akses geo-grafis dapat dideskripsikan sebagai kemudahan menjangkau pelayanan kesehatan yang diukur dengan jarak, lama perjalanan, jenis transportasi, infrastruktur jalan (Mubasyiroh, Nurhotimah, & Laksono, 2016). Akses ekonomi lebih menekankan kepada kemampuan masyarakat untuk mengalokasikan kemampuan finansialnya dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Sedang akses sosial lebih pada masalah komunikasi, budaya, keramahan, dan kepuasan pelayanan (Laksono, 2016).

Poin kedua ini juga menekankan mengenai suatu proses pemberdayaan masyarakat dapat menghubungkan (connecting) suatu komunitas dengan sumber daya di luar komunitas.

Poin kedua ini juga menekankan mengenai suatu proses pemberdayaan masyarakat dapat menghubungkan (*connecting*) suatu komunitas dengan sumber daya di luar komunitas, yang belum terhubung (*the unconnected*) dengan sumber daya tersebut. Proses *connecting* ini merupakan suatu proses yang cukup strategis dalam membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan yang dihadapi suatu komunitas. Sehingga komunitas yang terhubung tersebut mendapatkan berbagai macam manfaat dari keterhubungan

tersebut, selain tentu saja terselesaikannya masalah kesehatan yang dihadapi.

Konsep *connecting* atau menghubungkan ini dapat dikaitkan dengan salah satu hasil rekomendasi dari Piagam Ottawa yang dihasilkan dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang pertama, yaitu mengenai Strategi Promosi Kesehatan. Strategi Promosi Kesehatan tersebut terdiri dari 3 konsep, yaitu *advocate*, *enable* dan *mediate*. Dalam penjelasannya, konsep *mediate* merupakan suatu bentuk aktivitas menghubungkan (*connecting*) sumber-sumber yang peduli dengan isu kesehatan. Beberapa contohnya antara lain adalah pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, lembaga filantropi, organisasi profesi, media, industri dan yang lainnya (Lasker, Weiss, & Miller, 2011)(Harrison, Loxton, & Somhlaba, 2019).

Bagaimana Mereplikasi Program ini?

Secara garis besar, Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya ini dapat dilaksanakan dengan baik, dan dapat dikategorikan cukup berhasil. Hal tersebut dapat dilihat dengan beberapa indikator berikut:

1) Proses rekrutmen

Proses pemilihan person Sahabat Desa melalui 2 (dua) tahap besar, yang pertama adalah seleksi administratif dan yang kedua adalah proses wawancara. Pada tahap proses wawancara, tim seleksi juga mendalami kinerja organisasi yang pernah diikuti oleh calon Sahabat Desa. Dari proses rekrutmen yang cukup ketat ini, individu Sahabat Desa yang terpilih, secara kompetensi sudah dianggap memiliki kualitas baik.

2) Pelatihan Sahabat Desa

Salah satu tahapan dari Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya ini adalah pelatihan terhadap personel Sahabat Desa.

Pelatihan ini untuk memperkuat kemampuan dan pemahaman Sahabat Desa mengenai desain kegiatan Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya. Sahabat Desa diberikan informasi awal yang cukup mendetail mengenai situasi dan kondisi dari lokasi lapangan Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya di tiga desa di Kecamatan Kalipare, Kabupaten Malang. Pada pelatihan ini juga ditekankan bahwa Sahabat Desa terpilih juga merupakan bagian dari tim peneliti yang ditempatkan di tengah masyarakat. Selain menjalankan program, Sahabat Desa juga harus menjalankan fungsi penelitiannya.

3) Tim teknis

Tim teknis ini terdiri dari berbagai macam unsur, yaitu: akademisi (dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga), teknokrat (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur), peneliti (Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI) dan lembaga filantropi (YDSF Malang). Tim teknis ini berfungsi sebagai pengarah dan memberi masukan kepada Sahabat Desa terkait dengan semua hal yang terjadi di masing-masing desa yang menjadi tanggung jawab Sahabat Desa. Peran dari tim teknis ini cukup vital karena Sahabat Desa perlu pembimbingan dan arahan saat menemui situasi yang rumit di desa.

4) Monitoring dan koordinasi

Proses monitoring dan koordinasi ini merupakan sarana yang efektif bagi tim teknis untuk melakukan proses pembimbingan dan arahan ke Sahabat Desa. Tim teknis memanfaatkan berbagai macam bentuk koordinasi ke Sahabat Desa, mulai dari bertemu secara langsung, membuat grup khusus di aplikasi *chatting* (grup WA) sampai dengan memanfaatkan aplikasi *video call*. Dengan adanya proses *monitoring*, koordinasi, dan *mentoring* yang cukup intens, Sahabat Desa mendapatkan bimbingan dan

arahan yang tepat dalam menyikapi semua situasi yang ada di desa mereka.

Meski demikian, setidaknya ada 2 (dua) hal yang perlu menjadi perhatian khusus saat kita akan melakukan replikasi Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya menjadi sebuah program di wilayah lain. Dua hal tersebut adalah Modal Sosial Tim Pelaksana dan Upaya Menghubungkan dengan Sumber dari Luar;

1) Modal Sosial Tim Pelaksana

Salah satu unsur penting penentu keberhasilan Desa Sehat Berdaya adalah adanya tim teknis dari unsur akademisi, teknokrat, maupun peneliti. Peran tim teknis sangat strategis, karena tidak hanya berfungsi superfisial, tetapi justru menjadi solusi teknis saat Sahabat Desa menemui masalah di lapangan. Bila dirupiahkan, keberadaan tim teknis dalam riset aksi partisipatif ini akan menunjukkan kontribusi yang cukup signifikan.

2) Upaya Menghubungkan dengan Sumber dari Luar

Unsur penting lainnya adalah adanya kemampuan tim peneliti untuk mencari sumber dari luar, untuk turut serta berpartisipasi memecahkan masalah di tiga wilayah binaan. Tercatat ada dua lembaga yang berhasil digayet. Satu lembaga filantropi (YDSF Malang), dan satu organisasi profesi praktis (APPSANI). Kemampuan untuk menghadirkan dua lembaga ini menjadi kunci keberhasilan dari Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya.

Keterbatasan

Keterbatasan dalam riset ini adalah bahwa Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya hanya dilakukan di wilayah perdesaan (*rural*). Hasilnya tentu akan berbeda bila

diimplementasikan di wilayah perkotaan (*urban*) dengan pendekatan yang sama. Klasifikasi perdesaan atau perkotaan, memiliki beberapa indikator tertentu, terutama fasilitas pendukung, berupa sarana dan prasarana yang berbeda untuk dua kategori tersebut (Badan Pusat Statistik, 2010). Ikatan sosial (*social bonding*) yang jauh lebih kuat di wilayah perdesaan juga akan menjadi pembeda, bila riset aksi partisipatif seperti Desa Sehat Berdaya kita terapkan di wilayah perkotaan, yang cenderung secara sosial sudah lebih cair (Suparmini, 2007)(Nonci, 2015)(Panggabean & Lubis, 2017).

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. Peraturan Kepala Badan Pusat Statistik Nomor 37 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Perkotaan dan Perdesaan di Indonesia, Pub. L. No. 37/2010 (2010). Indonesia. Retrieved from https://sirusa.bps.go.id/webadmin/doc/MFD_2010_Buku_1.pdf
- Harrison, C., Loxton, H., & Somhlaba, N. Z. (2019). Stress and Coping: Considering the Influence of Psychological Strengths on the Mental Health of At-Risk South African Adolescents. *Child Care in Practice*, in press. <https://doi.org/10.1080/13575279.2019.1604492>
- Laksono, A. D. (2016). Health Care Accessibility (Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan). In S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R. D. Wulandari (Eds.), *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 5–20). Jogjakarta: PT Kanisius.
- Laksono, A. D., Megatsari, H., & Yoto, M. (2019). *Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya*. Surabaya. <https://doi.org/10.31227/osf.io/wmh48>
- Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2011). Promoting collaborations that improve health. *Education for Health*, 14(2), 163–172. <https://doi.org/10.1080/13576280110051046>
- Megatsari, H., Laksono, A. D., Ridlo, I. A., Yoto, M., & Azizah, A. N. (2018). Community Perspective about Health Services Access. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21, 247–253. <https://doi.org/10.22435/hsr.v2li4.231>
- Mubasyiroh, R., Nurhotimah, E., & Laksono, A. D. (2016). Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. In S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R. D. Wulandari (Eds.), *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 21–58). Jogjakarta: PT Kanisius.
- Nonci, N. (2015). Lokalitas dan Ikatan Sosial pada Masyarakat Desa Labuku. In *Lokalitas dan Pembangunan Alternatif Berorientasi Partisipasi Warga* (pp. 208–244). Manado: Lokalitas dan Pembangunan Alternatif Berorientasi Partisipasi Warga Subtema: Pembangunan Kongres APSSI II dan Konferensi Nasional Sosiologi IV.

- Panggabean, Y. K., & Lubis, D. P. (2017). Social Capital and Poverty in Two Rural Community, Sukamakmur Subdistrict, Bogor Regency, West Java. *Jurnal Sains Komunikasi Dan Pengembangan Masyarakat*, 1(4), 421–434. <https://doi.org/10.29244/jskpm.1.4.421-434>
- Suparmini. (2007). Keterkaitan Desa-Kota: Sebagai Alternatif Pembangunan Perdesaan. *Geomedia*, 5(2), 193–206. <https://doi.org/10.21831/gm.v5i2.14192>