Bab 2

Sitasi: Laksono, A. D., Megatsari, H. and Yoto, M. (2019) 'Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya', in Suyanto, B. (ed.) *Connecting the Unconnected, Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya*. Surabaya: Health Advocacy, pp. 19–50. doi: 10.31227/osf.io/wmh48.

Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya

Agung Dwi Laksono, Hario Megatsari, Mohamad Yoto

Kegiatan Desa Sehat Berdaya yang dilakukan termasuk ke dalam kategori *Action Research*, atau Riset Aksi, atau Penelitian Tindakan, dengan desain pendekatan kualitatif. *Action research* adalah penelitian yang dilakukan untuk memecahkan masalah baik langsung atau melalui proses reflektif dari masalah progresif yang dilakukan oleh individu yang bekerja dengan orang lain dalam tim atau sebagai bagian dari komunitas sasaran untuk memperbaiki cara mereka mengatasi masalah dan memecahkan masalah (Weerman and Abma, 2019)(Hyra *et al.*, 2019).

Ada dua jenis riset aksi, yaitu riset aksi partisipatif dan riset aksi praktis. Menurut Denscombe (2010) tujuan strategi dari riset aksi ini adalah untuk memecahkan suatu masalah tertentu dan untuk menghasilkan pedoman praktek terbaik. Riset aksi melibatkan partisipasi aktif dalam situasi di masyarakat yang terus berubah, hal ini melibatkan potensi lokal (kelompok masyarakat yang terorganisir

maupun unsur pemerintah) yang ada di wilayah sasaran, sementara secara bersamaan proses penelitian juga dijalankan (Haynes *et al.*, 2019).

Ada empat teori besar yang dinilai berpengaruh pada riset aksi. Keempat teori tersebut adalah :

- (1) "*Chris Argyris' Action Science*",
- (2) "*John Heron and Peter Reason's Cooperative Inquiry*",
- (3) "*Paulo Freire's Participatory Action Research*", dan
- (4) "*William Barry's Living Educational Theory Approach to Action Research*".

Chris Argyris' Action Science

"*Chris Argyris Action Science*" dimulai dengan studi tentang bagaimana manusia merancang tindakan mereka dalam situasi sulit. Manusia merancang tindakan mereka untuk mencapai konsekuensi yang diinginkan dan diatur oleh satu set variabel lingkungan. Bagaimana variabel yang mengatur diperlakukan dalam merancang tindakan adalah perbedaan utama antara pembelajaran satu putaran dan pembelajaran putaran ganda. Ketika tindakan yang dirancang untuk mencapai konsekuensi yang dimaksudkan dan untuk menekan konflik tentang variabel yang mengatur, siklus pembelajaran satu putaran biasanya terjadi kemudian (Argyris, 1970; 1982; 2004; Chris; Argyris, Putnam, & Smith, 1985).

Di sisi lain, ketika tindakan yang diambil, tidak hanya untuk mencapai konsekuensi dimaksudkan, tetapi juga untuk secara terbuka menanyakan tentang konflik dan mungkin mengubah variabel yang mengatur, baik satu putaran dan siklus pembelajaran putaran ganda biasanya terjadi. Hal ini berbeda dari penelitian eksperimental yang variabel lingkungan dikendalikan dan peneliti mencoba mencari tahu sebab dan akibat dalam lingkungan yang terisolasi (Argyris, 1970; 1982; 2004; Chris; Argyris, Putnam, & Smith, 1985).

John Heron and Peter Reason's Cooperative Inquiry

Cooperative Inquiry, juga dikenal sebagai penyelidikan kolaboratif. Pertama kali diusulkan oleh John Heron pada tahun 1971 dan kemudian diperluas dengan argumentasi dari Peter Reason dan Demi Brown. Ide utama dari penyelidikan kooperatif adalah untuk penelitian '**with**' daripada '**on**' orang. Hal ini menekankan bahwa semua peserta aktif sepenuhnya terlibat dalam keputusan penelitian sebagai asisten peneliti (Reason & Rowan, 1981; Reason, 1995; Heron, 1996; Reason & Bradbury, 2001).

Cooperative Inquiry menciptakan siklus penelitian dengan empat jenis tahapan pengetahuan: proposisi mengetahui (seperti dalam ilmu kontemporer), praktik mengetahui (pengetahuan yang datang dengan benar-benar melakukan apa yang kita usulkan), pengalaman mengetahui (umpan balik yang kita dapatkan secara *real time* tentang interaksi dengan dunia yang lebih besar) dan presentasi mengetahui (proses seni latihan praktik-praktik baru). Proses penelitian meliputi empat tahap ini pada setiap siklus dengan memperdalam pengalaman dan pengetahuan tentang proposisi awal, atau proposisi baru, pada setiap tahapan siklus yang ada (Reason & Rowan, 1981; Reason, 1995; Heron, 1996; Reason & Bradbury, 2001).

Paulo Freire's Participatory Action Research

Participatory Action Research atau riset aksi partisipatif telah muncul dalam beberapa tahun terakhir sebagai metode yang signifikan untuk intervensi, dalam perkembangan dan perubahan dalam masyarakat dan kelompok. Pada saat ini *Participatory Action Research* dipromosikan dan dilaksanakan oleh banyak lembaga internasional dan universitas, serta organisasi masyarakat. *Participatory Action Research* dibangun di atas pedagogi kritis yang dikemukakan oleh Paulo Freire sebagai respon terhadap model resmi tradisional pendidikan di mana guru berdiri di depan dan menanamkan informasi kepada mahasiswa yang merupakan

penerima pasif. Hal ini dikembangkan lebih lanjut di model pendidikan orang dewasa di seluruh Amerika Latin (Freire, 1970; 1982).

William Barry's Living Educational Theory Approach to Action Research

William Barry, mendefinisikan sebuah pendekatan untuk riset aksi yang berfokus pada menciptakan *weight* ontologis. Dia mengadaptasi ide *weight* ontologis riset aksi dari filsuf Kristen eksistensial Gabriel Marcel (1963). Barry dipengaruhi oleh frasa Jean McNiff dan Jack Whitehead (2008) tentang *living theory* riset aksi, tetapi bertentangan dengan proses validasi yang dianjurkan oleh Whitehead yang menuntut video "bukti" dari "nilai-nilai energi yang mengalir", dan posisi ontologis Whitehead yang ateis, yang mempengaruhi konsepsinya tentang nilai-nilai dalam penelitian tindakan (Atkins & Wallace, 2012).

Para peneliti yang menggunakan pendekatan ini harus bersedia untuk mengenali dan bertanggung jawab untuk menjadi 'kontradiksi hidup' dalam praktik profesional mereka...

Barry menjelaskan bahwa *Living Educational Theory* (LET) merupakan pendekatan kritis dan transformasional untuk riset aksi. Hal ini menghadapkan peneliti untuk menantang *status quo* praktek pendidikan mereka dan untuk menjawab pertanyaan, 'Bagaimana saya bisa meningkatkan apa yang saya lakukan?' Para peneliti yang menggunakan pendekatan ini harus bersedia untuk mengenali dan bertanggung jawab untuk menjadi 'kontradiksi hidup' dalam praktik profesional mereka, berpikir dan bertindak dengan cara yang berbeda (Atkins & Wallace, 2012).

Gambar 2.1.
Continued Action for Improvement
Sumber: Mertler (2009)

Cukup banyak dari para ahli dan peneliti yang mencoba untuk menggambarkan model dari proses riset aksi partisipatif. Model riset aksi partisipatif dimulai dengan adanya permasalahan atau suatu topik tertentu. Model tersebut menggunakan observasi untuk mengamati situasi yang ada, diikuti dengan mengumpulkan dan mensintesis informasi dan data. Terdapat beberapa model yang beragam dan bervariasi, mulai dari yang sederhana, sampai dengan yang kompleks.

Pada bab ini, akan dibahas salah satu model dari riset aksi partisipatif yang dapat menggambarkan proses berjalannya Program Desa Sehat Berdaya. Model yang dimaksud adalah model menurut Metler (2009).

Dari gambar 2.1 dapat terlihat bahwa secara garis besar terdapat 5 tahapan besar, yaitu :

- (1) *Developing an Improved System*
- (2) *Current Situation Analysis*
- (3) *Improvement Implemented*
- (4) *Review Changes*
- (5) *Report and Recommendations*

Lima tahapan besar tersebut merupakan suatu tahapan dalam melakukan riset aksi partisipatif, dimana tahap pertama adalah *Developing an Improved System*. Dalam tahap ini, seorang yang melakukan riset aksi partisipatif melakukan pengembangan terhadap suatu sistem yang akan dijadikan lokasi lapangan penelitian tersebut. Tahap awal dari riset aksi partisipatif ini sangat menentukan keberlanjutan dari proses, karena dari tahap awal ini, peneliti diharapkan mendapatkan gambaran yang utuh tentang situasi lapangan yang ada.

Tahapan berikutnya adalah *Current Situation Analysis*, dalam tahapan ini yang dilakukan adalah melakukan pemahaman mengenai bagaimana karakteristik dari masyarakat yang akan dijadikan target sasaran dari riset aksi partisipatif tersebut. Pemahaman mengenai karakteristik masyarakat sasaran tersebut dilakukan secara komprehensif, sehingga diharapkan peneliti yang melakukan riset aksi partisipatif tidak salah dalam melakukan pendekatan kepada masyarakat sasaran, serta masyarakat juga dapat mengenal dan memahami peneliti yang melakukan riset aksi partisipatif.

Keterlibatan masyarakat yang tinggi dapat berfungsi selain menyelesaikan permasalahan yang ada di masyarakat sasaran, juga dapat meningkatkan kapasitas dari masyarakat sasaran.

Setelah melakukan tahapan *Current Situation Analysis*, tahapan yang dilakukan adalah melakukan *Improvement Implemented*. Dalam tahap ini, peneliti melakukan eksekusi terhadap hasil analisis yang dilakukan pada tahap *Current Situation Analysis*. Eksekusi tersebut berupa suatu tindakan intervensi terhadap permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat sasaran. Dalam konteks riset aksi partisipatif, keterlibatan masyarakat sasaran sangat penting dan tinggi, terutama dalam tahap ini. Keterlibatan masyarakat yang tinggi dapat berfungsi selain menyelesaikan permasalahan yang ada di masyarakat sasaran, juga dapat meningkatkan kapasitas dari masyarakat sasaran.

Tahapan berikutnya adalah *review changes* dalam proses riset aksi partisipatif. Dalam tahap ini, yang dilakukan adalah mengidentifikasi kegiatan yang ada di tahap sebelumnya yang perlu dilakukan penyesuaian sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang dari adanya proses intervensi yang dilakukan.

Penyesuaian situasi dan kondisi tersebut juga dapat membantu masyarakat sasaran untuk mendapatkan *skill* dan kemampuan beradaptasi, serta melakukan penyesuaian yang sejalan dengan situasi dan kondisi yang ada.

Tahap dari terakhir dari proses adalah melakukan *Report and Recommendations*. Secara umum, fokus pada tahap ini adalah untuk mendokumentasikan proses yang sudah dilakukan pada tahap-tahap sebelumnya. Dokumentasi penting untuk proses pembelajaran (*lesson learnt*) bagi yang lain untuk melakukan proses yang sama. Selain itu, dalam dokumentasi tersebut dicantumkan rekomendasi

Dokumentasi penting untuk proses pembelajaran (lesson learnt) bagi yang lain untuk melakukan proses yang sama.

yang bisa dilakukan oleh beberapa pihak terkait pada masyarakat sasaran.

Selain lima tahapan besar yang dilakukan, pada Gambar 2.1 juga terlihat bahwa terdapat tiga proses yang harus dilakukan pada beberapa tahapan tersebut. Tiga proses tersebut adalah: *Plan, Act, Reflect*. Secara umum, aktivitas yang dilakukan pada setiap tahapan tersebut adalah melakukan perencanaan, mengimplementasikan perencanaan, dan melakukan refleksi atau evaluasi terhadap pelaksanaan yang sudah berlangsung. Tiga proses tersebut saling berkaitan dan akan membentuk kegiatan yang lebih kompleks dibanding tahapan sebelumnya (Mertler, 2009). Pada riset aksi partisipatif Desa Sehat Berdaya, proses yang dilakukan oleh tim peneliti mengikuti tahapan dan proses sesuai dengan gambar 2.1. Hal ini dilakukan supaya proses pelaksanaan riset aksi partisipatif di lapangan berjalan sesuai dengan koridor yang ada.

Pada tahap *Current Situation Analysis*, tim peneliti menggunakan suatu instrumen yang mengacu kepada buku *Program Planning for Health Education and Promotion* (Dignan and Carr,

1992). Secara umum dalam buku tersebut akan membantu tim peneliti untuk mendapatkan gambaran mengenai komunitas yang digunakan sebagai lokasi penelitian. Terdapat empat aspek yang digali untuk membantu peneliti mendapatkan gambaran tentang masyarakat sasaran, empat aspek tersebut adalah: aspek demografis, aspek geografis, aspek sosial-ekonomi-budaya dan aspek kesehatan. Masing-masing dari aspek tersebut memiliki konten yang relevan dengan situasi dan kondisi masing-masing lokasi.

Tim Pelaksana

Riset Aksi Desa Sehat Berdaya merupakan inisiasi Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat Indonesia (Persakmi) Pengurus Daerah Provinsi Jawa Timur, yang didukung dalam hal pendanaan oleh Yayasan Dana Sosial Al Falah (YDSF) Malang. Pelaksanaan di lapangan tim gabungan ini menggandeng Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sebagai pemilik wilayah yang menjadi area implementasi kegiatan Desa Sehat Berdaya.

Secara operasional kegiatan Desa Sehat Berdaya dilaksanakan oleh sebuah tim yang terbagi dalam tim teknis dan tim pelaksana lapangan. Tim teknis terdiri dari akademisi ilmu kesehatan masyarakat, peneliti kesehatan dan birokrat dinas kesehatan. Sedang tim ke-dua adalah tim pelaksana lapangan yang disebut dengan Sahabat Desa.

Secara operasional kegiatan Desa Sehat Berdaya dilaksanakan oleh sebuah tim yang terbagi dalam tim teknis dan tim pelaksana lapangan.

Sahabat Desa

Sesuai dengan desain riset aksi partisipatif, maka peneliti diterjunkan untuk berbaur dan hidup bersama masyarakat. Peneliti yang *live in* dalam program Desa Sehat Berdaya ini diberi nama Sahabat Desa. Sahabat Desa akan berperan sebagai fasilitator secara partisipatif bersama-sama memecahkan masalah yang terjadi di masyarakat. Setiap Sahabat Desa akan bertanggung jawab penuh pada satu desa terpilih.

Sebagai bagian dari tim peneliti, Sahabat Desa didapatkan melalui proses rekrutmen terbuka. Proses rekrutmen ini dilakukan dengan beberapa kriteria:

- 1) Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat dari Perguruan Tinggi dengan Akreditasi minimal B.
- 2) Memiliki usia <27 tahun.
- 3) Indeks Prestasi minimal 2,75.
- 4) Tidak terafiliasi dengan partai politik.
- 5) Memiliki kepekaan dan kepedulian terhadap masyarakat desa.
- 6) Berminat untuk berbagi dan berkolaborasi dengan masyarakat.
- 7) Bersedia ditempatkan di lokasi pengabdian selama satu tahun.

Sebelum diturunkan di lapangan, Sahabat Desa dibekali dengan beberapa materi terkait. Materi-materi tersebut terdiri dari seperangkat pendekatan kesehatan masyarakat, prioritas kesehatan masyarakat dan beberapa indikator standar pelayanan minimal bidang kesehatan.

Program Desa Sehat Berdaya
sahabat desa, berdaya desa

Sahabat Desa

Open Recruitment

Program Desa Sehat Berdaya merupakan suatu gerakan masyarakat desa yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong menuju desa sehat. Kami memanggil para *Sahabat Desa*, yang beran turun bahu membahu di Desa terpilih Kab. Malang untuk bergabung dalam arus besar perubahan membangun desa.

Persyaratan Umum

1. Tidak terafiliasi dengan partai politik.
2. Memiliki kepedulian dan kepedulian terhadap masyarakat desa
3. Berminat untuk berbagi dan berkolaborasi dengan masyarakat
4. bersedia ditempatkan di lokasi pengabdian, yaitu di Kabupaten Malang

Persyaratan Khusus

1. Jenis kelamin laki-laki
2. Saja pada Kesehatan Masyarakat dari Perguruan Tinggi dengan Akreditasi minimal B
3. Usia < 37 tahun
4. Indeks Prestasi minimal 2,75
5. Memiliki atau sedang mengurus Surat Tanda Registrasi (STR)
6. Memiliki Kartu Tanda Anggota (KTA) Persakmi dan surat rekomendasi dari pengantar

Lampiran Dokumen Pelengkap

1. Fotokopi ijazah / Surat Keterangan Lulus (SKL)
2. Transkrip nilai
3. Essay dengan tema "Pemberdayaan Desa" minimal 300 kata (ukuran kertas A4, spasi 1,5, font Times New Roman 12)
4. Foto berwarna 4x6 (2 lembar)
5. Fotokopi KTP
6. Curriculum Vitae

Semua lampiran dokumen pelengkap di masukkan ke dalam map kertas berwarna putih
Berisi di hati nama "PROGRAM DESA SEHAT BERDAYA"
Alamat pengirim :
Sekretariat MTEP Jawa Timur, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Jl. Ahmad Yani 118, Kota Surabaya 60231

Tanggal Penting

Pengumpulan berkas : 5 - 22 Februari 2018
Pengumuman : 23 Februari 2018

Pengumuman seleksi administrasi akan di umumkan di web persakmi.or.id

kerjasama sinergi oleh:

PERSAKMI
Persatuan Masyarakat Kesehatan Masyarakat Indonesia

YDSF
Yayasan Desa Sehat Foundation

Sekretariat Program Desa Sehat
Pengurus Daerah PERSAKMI Jawa Timur
c.p. Kinanti (0822 3314 7084)

Gambar 2.2. Poster Open Recruitment Sahat Desa untuk Program Desa Sehat Berdaya

Sumber: Pengurus Daerah Persakmi Jawa Timur (2018)

Selain Sahabat Desa sebagai bagian peneliti yang *live in* di masyarakat, pendampingan juga dilakukan oleh tim teknis yang siap sedia sebagai konsultan dukungan tenaga ahli. Kumpulan tim pendamping konsultan Sahabat Desa ini terdiri dari akademisi Ilmu Kesehatan Masyarakat, birokrat Dinas Kesehatan Provinsi dan peneliti dari Kementerian Kesehatan. Semua anggota tim bisa berkomunikasi secara langsung melalui aplikasi *whatsapp group* 24 jam.

Gambar 2.3. Proses Pembekalan Sahabat Desa
Sumber: Tim Peneliti (2018)

Konteks Desa Sasaran

Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya yang baru pertama kali diinisiasi ini dilaksanakan di tiga desa di Kecamatan Kalipare, Kabupaten Malang. Tiga desa tersebut terdiri dari Desa Arjosari, Desa Kaliasri dan Desa Sumber Petung. Ketiga desa terpilih ini merupakan kesepakatan antara Pengurus Daerah Persakmi Jawa Timur sebagai pelaksana dan pihak YDSF sebagai penyedia dana.

Pemilihan desa selain dilakukan dengan pertimbangan aspek ketertinggalan, juga dilakukan dengan mempertimbangan potensi dan kedekatan masyarakat dengan Dai Desa. Dai Desa adalah program unggulan dari YDSF dengan menempatkan seorang Dai di desa. Para Dai ini bertanggung jawab untuk mengajar dan membimbing masyarakat dalam aspek agama.

Dengan sudah adanya Dai Desa di masyarakat sasaran, diharapkan Sahabat Desa yang baru datang bisa berkolaborasi. Proses kemitraan ini diharapkan menjadi lebih memudahkan Sahabat Desa untuk menyempurnakan berbagai tahapan dari riset aksi partisipatif, terutama tahapan awalnya, yaitu melakukan analisis komunitas dan membangun kedekatan dengan masyarakat sasaran, sehingga masyarakat sasaran merasa bahwa Sahabat Desa adalah bagian dari mereka.

***Dalam pelaksanaannya,
Sahabat Desa akan
ditempatkan dan
bertanggung jawab di
setiap desa lokasi
selama kurun waktu
satu tahun.
Pelaksanaan dimulai
per Mei 2018...***

Dalam pelaksanaannya, Sahabat Desa akan ditempatkan dan bertanggung jawab di setiap desa lokasi selama kurun waktu satu tahun. Pelaksanaan dimulai per Mei 2018 sampai dengan April 2019.

Fokus Kajian

Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya ini mempunyai beberapa fokus kajian yang akan menjadi bahan evaluasi hasil riset, selain beberapa tematik yang akan digali saat proses di lapangan nantinya. Pemilihan fokus tersebut sangat ditentukan oleh situasi dan kondisi dari masing-masing desa. Penentuan situasi dan kondisi diawali dari proses analisis komunitas pada setiap desa, dan proses

tersebut merupakan langkah pada tahapan awal dari Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya.

Pada tahap analisis komunitas di Riset Aksi Partisipatif Desa Sehat Berdaya, Sahabat Desa akan mengidentifikasi gambaran dari masyarakatnya dengan melihat empat aspek, yaitu aspek geografis, aspek demografis, aspek sosial ekonomi budaya, dan aspek kesehatan. Analisis komunitas merujuk pada buku yang berjudul "Program Planning for Health Education and Communication", karangan Mark B. Dignan (1992). Detail dari empat aspek tersebut akan diuraikan dalam tabel 2.1.

Tabel 2.1 Analisis Komunitas

NO.	VARIABEL	PENJELASAN
A Ciri-Ciri Geografis Komunitas		
1	Iklim	Kumpulan gejala cuaca, curah hujan dan angin pada suatu tempat
2	Lokasi	Letak suatu daerah berdasarkan jarak dari pusat pemerintahan kecamatan, kabupaten dan propinsi Perbatasan wilayah administrasi dari sebuah lokasi (peta)
3	Jenis Permukaan	Bentuk topografi dari permukaan tanah dari suatu tempat
B Karakteristik Demografis		
1	Total Populasi	Jumlah penduduk seluruhnya satu tahun terakhir, menurut data yang tercatat di administrasi Desa (melihat buku register Desa)
2	Distribusi penduduk menurut sex, umur, pekerjaan, agama, suku dan ras	Jumlah penduduk (angka absolut dan relatif) menurut karakteristik: 1. Jenis kelamin: laki-laki dan perempuan 2. Umur: sesuai pengelompokkan umur yang ada pada data Desa (register/KSK) 3. Pekerjaan: sesuai pengelompokkan jenis pekerjaan yang ada pada data Desa 4. Agama: sudah jelas 5. Suku: sesuai suku yang ada di Indonesia, a.l. Jawa, Madura dll

		6. Ras: berdasarkan suku bangsa a.l. Arab, Cina, India, dll
3	Status perkawinan	- Distribusi penduduk yang menikah dan tidak menikah (belum menikah, janda, duda). → WUS, PUS - Jumlah kejadian perkawinan satu tahun terakhir, distribusi usia perkawinan, menurut data terakhir yang tercatat di administrasi Desa
4	Angka migrasi	Jumlah penduduk (angka absolut dan relatif) yang melakukan: 1. Migrasi masuk ke desa tersebut dalam satu tahun terakhir per 1000 penduduk 2. Migrasi keluar ke desa tersebut dalam satu tahun terakhir per 1000 penduduk
5	Pola migrasi	Pola migrasi dari desa tersebut ke desa lain, dari desa tersebut ke kecamatan/kabupaten/kota atau ke kota lain
6	Keberadaan kelompok sosial	Keberadaan kelompok atau perkumpulan sosial kemasyarakatan, jumlah dan jenisnya.
7	Angka ketergantungan	Jumlah penduduk berumur <15 tahun ditambah penduduk berumur >60 tahun dibagi penduduk umur 15-60 tahun yang ada di desa tersebut x 100%
8	Karakteristik keluarga	Menyatakan tipe keluarga yang ada di desa tersebut (keluarga inti (<i>nuclear family</i>), keluarga batih (<i>extended family</i>))
9	Tingkat pendidikan	Persentase penduduk menurut tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan
10	Angka pendapatan dan kemiskinan	Tingkat pendapatan rata-rata masyarakat desa (per hari/minggu/bulan/tahun/musim). Persentase penduduk menurut kategori keluarga sejahtera dari BKKBN atau menurut kategori keluarga miskin dari BPS
C Perdagangan dan Bisnis Komunitas		
1	Pertanian	Jenis, bentuk dan luas atau jumlah kegiatan manusia yang dilakukan untuk membudidayakan flora dan fauna (monografi desa, luas daerah pertanian dan jumlah serta jenis hewan)
2	Industri dan ekonomi lokal	Segala bentuk industri dan perusahaan serta kegiatan ekonomi dari warga yang berada dalam lingkungan geografis kelurahan sasaran
3	Koperasi lokal	Segala bentuk koperasi dalam lingkungan sasaran

4	Tipe transportasi	Sarana yang digunakan untuk memindahkan barang maupun orang dari suatu tempat ke tempat tertentu
5	Moda transportasi (barang, manusia, individu dan masal)	Bentuk dan jumlah sarana transportasi berdasarkan benda yang diangkut
6	Infrastruktur transportasi	Jenis dan panjang jalan dalam suatu wilayah, berdasarkan pemanfaatan
D Sarana dan Prasarana Komunitas		
1	Jumlah sekolah (formal dan informal)	Jenis dan jumlah institusi yang memberikan pelayanan pendidikan baik berupa pendidikan yang diselenggarakan oleh pemerintah, institusi resmi, swasta maupun perorangan
2	Sarana rekreasi	Pelayanan jasa yang digunakan oleh masyarakat untuk menghabiskan waktu luang mereka
3	MCK, SPAL	Sarana yang digunakan untuk kegiatan mandi, mencuci dan buang air besar maupun kecil secara bersama-sama
4	Sumber air	Sarana yang digunakan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan air bersih mereka sehari-hari
E Karakteristik Sosial, Budaya dan Politik		
1	Struktur pemerintah lokal	Gambaran posisi dan peran anggota masyarakat yang merupakan pengelola masyarakat dan biasanya digambarkan dalam diagram. Gambaran ini ada yang bersifat formal maupun informal
2	Struktur formal	Gambaran posisi dan peran pengelola masyarakat yang didasarkan pada aturan formal
3	Struktur informal	Gambaran posisi dan peran pengelola pemerintahan yang didasarkan pada aturan tidak tertulis masyarakat
4	Sistem Pendidikan	Rangkaian konsep dan/atau institusi yang mengelola peningkatan pengetahuan dan ketrampilan anggota masyarakat
5	Sistem Pendidikan Formal Pemerintah	Rangkaian konsep dan/atau institusi yang mengelola peningkatan pengetahuan dan ketrampilan anggota masyarakat yang diselenggarakan oleh dan didasarkan pada aturan pemerintah
6	Sistem Pendidikan Formal non-pemerintah	Rangkaian konsep dan/atau institusi yang mengelola peningkatan pengetahuan dan ketrampilan anggota masyarakat yang diselenggarakan oleh institusi non-pemerintah

7	Sistem Pendidikan non-formal pemerintah	Rangkaian konsep dan/atau institusi yang mengelola peningkatan pengetahuan dan ketrampilan vokasional anggota masyarakat yang diselenggarakan oleh dan didasarkan pada aturan pemerintah
8	Norma	Berbagai aturan yang tidak tertulis yang menjadi kesepakatan dan dipatuhi oleh anggota masyarakat yang mengatur perilaku
9	Nilai	Pandangan masyarakat terhadap sesuatu yang dianggap berharga. Nilai ini menentukan sistem nilai yang ada di masyarakat Misal 'keperawanan' mempunyai nilai yang tinggi; 'penguasaan agama' mempunyai nilai yang tinggi di masyarakat agamis
10	Sistem Nilai	Rangkaian pandangan masyarakat terhadap sesuatu yang dianggap berharga. Sistem nilai ini menentukan bagaimana anggota masyarakat harus berperilaku berkaitan dengan mempertahankan sesuatu yang berharga tersebut Misal bagaimana berupaya mempertahankan 'keperawanan' karena mempunyai nilai yang tinggi
11	Adat kebiasaan	Serangkaian kegiatan yang dilakukan yang bersumber dari generasi sebelumnya.
F Statistik Vital		
1	Live birth rate	Jumlah bayi yang lahir hidup dibagi dengan jumlah kelahiran seluruhnya (lahir mati dan hidup) di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
2	Fetal mortality rate	Jumlah kematian janin (bayi yang masih di dalam kandungan) dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
3	Infant Mortality rate	Jumlah bayi (umur <1 tahun) yang meninggal dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
4	Neonatal death rate	Jumlah bayi usia <1 bulan yang meninggal dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
5	Crude Death rate	Jumlah seluruh kematian dibagi jumlah penduduk di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
6	Specific Death Rate based on age and cause of death	Persentase kematian menurut kelompok umur dan penyebab kematian

7	Maternal mortality rate	Jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan, persalinan dan nifas dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
8	Crude Birth rate	Jumlah seluruh kelahiran hidup dibagi jumlah penduduk di desa tersebut dalam satu tahun x 100%
G Angka Morbiditas		
1	Penyakit infeksi	Penyakit menular atau penyakit infeksi adalah sebuah <u>penyakit</u> yang disebabkan oleh sebuah agen <u>biologi</u> (seperti <u>virus</u> , <u>bakteria</u> atau <u>parasit</u>), bukan disebabkan faktor fisik (seperti <u>luka bakar</u>) atau <u>kimia</u> (seperti <u>keracunan</u>).
2	Penyakit noninfeksi dan kronis	Non infeksi: Penyakit yang tidak disebabkan oleh kuman, tetapi disebabkan karena adanya problem fisiologis atau metabolisme pada jaringan tubuh manusia. Penyakit-penyakit tersebut contohnya : penyakit degeneratif Kronis : Penyakit yang berlangsung sangat lama. Beberapa penyakit kronis yang sering menyebabkan kematian kepada si penderitanya antara lain: AIDS, Serangan jantung, Kanker
3	Penyakit Akibat Kerja	Penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan, alat kerja, bahan, proses maupun lingkungan kerja.WHO membedakan empat kategori Penyakit Akibat Kerja : 1. Penyakit yang hanya disebabkan oleh pekerjaan, misalnya Pneumoconiosis. 2. Penyakit yang salah satu penyebabnya adalah pekerjaan, misalnya Karsinoma Bronkhogenik. 3. Penyakit dengan pekerjaan merupakan salah satu penyebab di antara faktor-faktor penyebab lainnya, misalnya Bronkhitis khronis. 4. Penyakit dimana pekerjaan memperberat suatu kondisi yang sudah ada sebelumnya, misalnya asma.
4	Angka cakupan imunisasi	Jumlah bayi yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap (BCG, Polio, DPT, hepatitis B, campak) dibagi jumlah bayi yang ada di desa setempat
5	K1 dan K4	K1: Cakupan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang pertama kali pada masa kehamilan trimester I di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu K4: cakupan Ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling

		sedikit 4 kali pada trimester III di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
6	N1	Kunjungan neonatal pada minggu pertama (0-7 hari)
7	N2	Kunjungan neonatal pada usia 8-28 hari
H Faktor Risiko		
1	Perilaku	Respons individu terhadap suatu rangsangan. Respons ini terdiri dari 3 komponen yaitu (1) respons yang bersifat kognitif atau disebut sebagai 'pengetahuan'; (2) respons yang bersifat afektif atau disebut sebagai 'sikap'; dan (3) respons yang bersifat motorik atau yang disebut sebagai 'praktek' atau 'tindakan'
2	Pengetahuan	Komponen kognitif dari perilaku sebagai hasil dari penginderaan rangsangan. Diukur melalui apa yang seseorang ketahui tentang sesuatu hal
3	Sikap	Komponen afektif emosional dari perilaku. Diukur dari kecenderungan emosi (senang – tidak senang; setuju – tidak setuju) terhadap sesuatu. Ada 3 tingkatan dari sikap: 1. Kepercayaan bahwa perilaku tersebut bermanfaat atau tidak bermanfaat; 2. Perasaan emosi terhadap perilaku yang akan dilakukan 3. Kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan
4	Tindakan	Komponen motorik dari perilaku. Komponen ini merupakan sesuatu yang dilakukan oleh individu sebagai respons dari stimulus
I Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat Komunitas		
1	SDM Formal	Adalah orang yang mempunyai keahlian di bidang kesehatan dan diakui secara hukum yang berlaku di RI
2	SDM Informal	Adalah orang yang mempunyai keahlian di bidang kesehatan yang tidak mempunyai bentuk legalitas secara resmi dari Pemerintah (pusat, provinsi maupun daerah) namun oleh masyarakat tetap dipercaya di bidang kesehatan
3	Jenis yankes formal	Puskemas ; temukan data mengenai : jumlah, struktur organisasi, program

		Pustu, Posyandu, Polindes, bidan di desa, BPS, RSIA, DPS (dokter praktek swasta), Poskesdes ; temukan data mengenai : jumlah, struktur organisasi
4	Jenis yankes informal	Jenis pelayanan kesehatan yang tidak dilindungi oleh aturan-aturan yang berlaku di Negara Kesatuan Republik Indonesia
5	Jenis yankes sukarela	Layanan kesehatan yang tersedia di tingkat desa atau sekitar desa dimana masyarakat tidak perlu mengeluarkan biaya untuk mengaksesnya, temukan data mengenai : jumlah, struktur organisasi
6	Program pemerintah di bidang kesehatan di desa	Segala aktivitas atau kegiatan yang di koordinasikan oleh desa dari pemerintah pusat/provinsi/kabupaten yang berhubungan dengan kesehatan, temukan data mengenai: deskripsi, jumlah, struktur organisasi, contoh: KRR, posyandu lansia, jamkesda, jamkesmas, desa siaga,
7	Sistem rujukan	Suatu tatanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah dari suatu kasus atau masalah kesehatan masyarakat, baik secara vertikal maupun horizontal, kepada yang berwenang dan dilakukan secara rasional.
J Sistem Bantuan Sosial Komunitas		
1	Partisipasi pada program pemerintah di bidang kesehatan	Tingkat keikutsertaan masyarakat pada program pemerintah, cara pengukuran disesuaikan dengan program pemerintah, misal posyandu, parameternya menggunakan D/S, data sekunder : laporan dari posyandu, atau apapun
2	Asuransi sosial masyarakat lokal	Suatu sistem yang berkembang di masyarakat untuk dapat membantu anggota masyarakat yang sedang bermasalah dengan kesehatannya, sistemnya dilihat, data primer
3	Program yang dikembangkan masyarakat lokal di bidang kesehatan	Segala aktivitas atau kegiatan yang di kembangkan oleh elemen-elemen yang ada di desa yang berhubungan dengan kesehatan, temukan data mengenai : deskripsi, jumlah, struktur organisasi

Proses analisis komunitas yang dilakukan Sahabat Desa, juga melibatkan konsep *strengthening community action* di masyarakat sasaran masing-masing desa. Konsep *strengthening community action* ini diambil dari Piagam Ottawa (World Health Organization,

1986), yang menekankan tentang memperkuat beberapa hal positif yang dimiliki oleh setiap komunitas, sehingga potensi yang dimiliki oleh masyarakat dapat muncul dan menjadi salah satu senjata dalam menyelesaikan permasalahan yang dimiliki komunitas (Addison *et al.*, 2019).

Berdasarkan hasil analisis komunitas serta penggalian dan pendekatan yang intensif kepada masyarakat desa, yang dilakukan oleh Sahabat Desa di masing-masing desa, maka didapatkan fokus kajian dari masing-masing desa adalah sebagai berikut :

- (1) Desa Sumberpetung : permasalahan KIA
- (2) Desa Arjosari : permasalahan gizi
- (3) Desa Kaliasri : permasalahan sanitasi, khususnya jamban.

Fokus permasalahan di masing-masing desa tidak lantas mengabaikan permasalahan yang lain. Tetapi dari tiga permasalahan tersebut, akan dijadikan sebagai intervensi yang bersifat monumental dan dapat digunakan sebagai proses pembelajaran mengenai aplikasi dari konsep riset aksi partisipatif dan konsep *strengthening community action* (O'Connor *et al.*, 2019) (Kumpulainen and Soini, 2019).

Cara Pengumpulan Data dan Analisis

Para Sahabat Desa dan tim peneliti di lapangan menggunakan alat bantu instrumen panduan wawancara untuk pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam pada tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh alternatif, petugas kesehatan dan bagian masyarakat lainnya. Dalam kegiatan ini panduan wawancara hanyalah sekedar sebuah alat bantu saja, instrumen utama dalam penelitian yang bersifat kualitatif adalah peneliti itu sendiri (Laksono, 2015)(Kusumawardani *et al.*, 2015).

Cara pengumpulan data utama lainnya adalah dengan melakukan observasi secara partisipatif. Pada proses ini tim peneliti

Sahabat Desa *live in* di lokasi penelitian selama satu tahun, hidup dan berbaur dengan masyarakat. Pada metode pengumpulan data ke-dua ini tim peneliti dibantu dengan instrumen perekam gambar dan video.

Data-data yang terkumpul kemudian akan digolongkan berdasarkan 2 kelompok besar, yaitu kelompok (1) analisis komunitas dan (2) kelompok analisis intervensi. Data mengenai analisis komunitas akan berguna untuk mengidentifikasi permasalahan dan potensi yang dimiliki oleh masyarakat sasaran (Boyer *et al.*, 2019). Data mengenai analisis intervensi akan berguna untuk mengembangkan program intervensi yang sesuai dengan permasalahan dan potensi yang ada di kelompok masyarakat.

Tantangan Resistensi di Lapangan

Pada tataran lapangan tidak mudah bagi pengelola untuk melaksanakan program Desa Sehat Berdaya. Karena Persakmi Pengda Jawa Timur dan YDSF sebagai pengelola, menginisiasi program Desa Sehat Berdaya sebagai pihak non pemerintah. Meski tak menampik dalam pelaksanaannya pengelola juga menggunakan pendekatan struktural pada waktu tertentu, karena bagaimanapun latar belakang pengelola secara personal yang terdiri dari birokrat dinas kesehatan provinsi, dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, dan peneliti di Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI.

Dalam pelaksanaan Program Desa Sehat Berdaya perlu dilakukan evaluasi pada tahap akhir. Hal ini dilakukan selain untuk menilai program juga untuk menilai hasil atau *output*-nya. Untuk keperluan tersebut, maka Sahabat Desa melakukan *assessment* (penilaian) awal sebelum memulai program ini. *Assessment* dilakukan bukan untuk mencari-cari kesalahan petugas kesehatan setempat, tetapi lebih kepada menilai *starting point* (titik awal) yang akan

dijadikan bahan atau standar sebagai patokan untuk evaluasi hasil pada saat akhir.

Meski demikian, mau-tidak mau, hasil *assessment* menjadi 'momok' tersendiri bagi petugas kesehatan setempat, karena terkesan seperti mengevaluasi kinerja mereka. Hal ini tidak bisa dihindari, karena pada akhirnya resistensi terhadap hasil *assessment* muncul di permukaan. Sebuah tantangan lapangan.

Tercatat setidaknya ada dua resistensi petugas kesehatan di lapangan terhadap hasil *assessment* Sahabat Desa. Pertama adalah *assessment* untuk mencari gambaran status gizi balita secara riil di lapangan. Untuk keperluan ini maka Sahabat Desa turut serta dalam pelaksanaan Posyandu di desa. Data yang dikumpulkan adalah tanggal lahir balita, berat badan dan tinggi badan atau panjang badan balita. Sahabat Desa hanya melakukan pendampingan, pelaksana pengukuran adalah para kader setempat yang bertugas melakukan pengukuran dan mencatat hasil pengukuran seperti biasanya. Tidak ada perlakuan yang berbeda dibanding pelaksanaan Posyandu pada hari lain.

Hasil pengukuran inilah yang memancing resistensi petugas kesehatan di lapangan, karena menunjukkan adanya beberapa balita yang memiliki status gizi buruk.

Hasil pengukuran anthropometri balita oleh para kader Posyandu dianalisis Sahabat Desa dengan menggunakan AnthroPlus, *software* analisis status gizi yang dikeluarkan oleh WHO (Gibson, 2005) (World Health Organization, 2009). Hasil pengukuran inilah yang memancing resistensi petugas kesehatan di lapangan, karena menunjukkan adanya beberapa balita yang memiliki status gizi buruk. Mau-tidak mau memang hasil pengukuran ini seperti mengevaluasi kinerja petugas di lapangan.

Petugas kesehatan setempat menolak hasil pengukuran tersebut. Petugas meminta Sahabat Desa untuk mencatatnya hanya sebagai gizi kurang, bukan gizi buruk. Petugas kesehatan setempat juga meminta untuk melakukan pengukuran ulang bersama-sama di lapangan.

Resistensi kedua adalah saat tim melakukan *assessment* penilaian akses masyarakat ke pelayanan kesehatan menurut perspektif masyarakat. Hal ini perlu dilakukan karena *assessment* yang selama ini dilakukan seringkali hanya dari sisi pemberi pelayanan (Petit-Steeghs *et al.*, 2019)(McNeil *et al.*, 2019). Hal ini tentu saja kurang *fair* (adil) bila dipandang hanya dari sisi petugas saja (Yusra, Findyartini and Soemantri, 2019).

Keluhan tidak hanya dari sisi fisik dan ketersediaan pelayanan saja, tetapi juga keluhan terhadap sikap dan kurangnya keramahan petugas pemberi pelayanan.

Hasil *assessment* memang menunjukkan banyak kelemahan yang dikeluhkan oleh masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan yang ada di wilayah setempat. Keluhan tidak hanya dari sisi fisik dan ketersediaan pelayanan saja, tetapi juga keluhan terhadap sikap dan kurangnya keramahan petugas pemberi pelayanan. Masyarakat yang diwawancarai seperti mendapatkan kesempatan untuk meluapkan semua yang menjadi keluhan yang selama ini telah dirasakan. Hasil *assessment* bisa dilihat pada Bab 5 “Perspektif Masyarakat tentang Akses Pelayanan Kesehatan” (Megatsari *et al.*, 2018).

Tentu saja hasil *assessment* mengundang resistensi petugas kesehatan setempat. Petugas kesehatan merasa hasil kinerjanya selama ini kurang dihargai. Sahabat Desa yang ditempatkan di lapangan juga dituduh sebagai mata-mata Dinas Kesehatan provinsi.

Resistensi petugas kesehatan setempat terhadap hasil *assessment* adalah suatu hal yang biasa. Resistensi memang harus dilalui oleh Sahabat Desa dalam menjalankan program Desa Sehat Berdaya. Resistensi adalah sebuah keniscayaan.

Dimanapun, dan pada level apapun, perbedaan antara informasi yang dihasilkan dari data berbasis fasilitas kesehatan (*facility based*) yang dikumpulkan sebagai laporan oleh petugas kesehatan, pasti akan berbeda dengan data yang dikumpulkan langsung dan bersumber dari masyarakat (*community based*) (Laksono *et al.*, 2016)(Haynes *et al.*, 2019). Kecenderungannya adalah informasi yang bersumber data *facility based* lebih baik pencapaiannya dibanding dengan informasi yang bersumber data *community based*.

Fakta perbedaan data ini juga terjadi di level nasional antara data yang dikelola oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (Pusdatin), yang bersumber dari laporan rutin, dengan data hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. (Balitbangkes) yang dikumpulkan dari masyarakat secara langsung.

Gejolak dan resistensi sudah pasti ada. Beberapa kabupaten sangat resisten terhadap hasil Riskesdas. Beberapa kabupaten pun nekat untuk melakukan pengukuran ulang dengan melakukan survei sendiri. Bila dilakukan dengan metode yang sama, tentu saja hasilnya tidak akan jauh berbeda, dan hal ini pun terbukti di lapangan.

Menyikapi Situasi Teror

Minggu, 13 Mei 2018, empat hari menjelang puasa Ramadhan Surabaya diguncang teror bom yang meledak di tiga lokasi gereja yang berbeda. Tiga lokasi gereja tersebut ada di Gereja Pantekosta Pusat Surabaya di Jalan Arjono, di Gereja Santa Maria

Tak Bercela di Jalan Ngagel Madya dan Gereja Kristen Indonesia (GKI) di Jalan Diponegoro.

Bom susulan masih terjadi di Surabaya dan Sidoarjo pada keesokan harinya, 14 Mei 2018. Markas Kepolisian Resor Kota Besar Surabaya dan Rusun Wonocolo di Taman, Sidoarjo menjadi target berikutnya. Pada kejadian dua hari beruntun ini Polisi mencatat setidaknya ada 21 orang warga yang meninggal sebagai korban bom

Situasi kepanikan sebagai akibat teror bom ini membuat seluruh aparat di Indonesia meningkatkan kewaspadaannya, khususnya aparat di Jawa Timur...

Surabaya, serta belasan lainnya luka-luka. Dari sejumlah korban meninggal, 13 orang adalah pihak pengebom bunuh diri (tempo.co, 14 Mei 2018).

Selasa, 15 Mei 2018, teror bom masih terjadi. Kali ini kejadian merembet ke Pekanbaru, Provinsi Riau. Tidak tanggung-tanggung, Markas Polda Riau menjadi sasaran para teroris ini. Setidaknya lima orang

menjadi korban bom bunuh diri ini.

Kejadian teror bom ini berlanjut dengan penggerebekan beberapa terduga terroris di beberapa wilayah Jawa Timur dan di wilayah Indonesia lainnya. Tercatat penggerebekan terjadi di Surabaya, Sidoarjo, Pasuruan, Probolinggo, Malang, Tanggulangit dan Sumatera Selatan.

Situasi kepanikan sebagai akibat teror bom ini membuat seluruh aparat di Indonesia meningkatkan kewaspadaannya, khususnya aparat di Jawa Timur, tidak terkecuali di Kabupaten Malang.

"Pak... Mohon ma'af... untuk Puskesmas minta diberi proposal kegiatan di desa. Karena tadi kepala Puskesmas telepon saya, karena katanya ada kegiatan yang

menimbulkan curiga dari aparat keamanan dengan situasi yang ada sekarang ini. Kepala Puskesmas sempat ditanya sama aparat keamanannya. Tolong pak... disampaikan ke teman-teman di desa, jangan ada kegiatan selain yang sudah ditulis di proposal.”

Peringatan ini disampaikan oleh Kasie Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Pesan peringatan tersebut dikirim melalui aplikasi *whatsapp* pada Ketua Pengda Persakmi Jawa Timur.

Kondisi yang kurang kondusif tidak hanya berlangsung di tataran kabupaten, di lapangan para Sahabat Desa pun tidak terlepas dari kondisi yang membutuhkan banyak kewaspadaan dan kesabaran dalam proses ini.

Kabar imbas teror yang terjadi di Surabaya tidak hanya muncul dan terjadi di Desa Kaliasri, tapi juga kedua desa penempatan Sahabat Desa lainnya.

“*Assalamu'alaikum* bapak ibu. Minta tolong dari panitia untuk menghubungi pihak Polsek Kalipare. Soalnya masih ditanyain terus sama beberapa intel. Ya setidaknya ada sedikit *omong-omongan*. Kalau misal kita disuruh ke sana biar kita ke sana, soalnya kemarin kata Kapus (Kepala Puskesmas) gak usah ke Polsek... mohon bantuannya.”

Pesan singkat ini dikirim oleh Sahabat Desa yang ditempatkan di Desa Kaliasri. Kabar imbas teror yang terjadi di Surabaya tidak hanya muncul dan terjadi di Desa Kaliasri, tapi juga kedua desa penempatan Sahabat Desa lainnya.

“Mengenai adanya miskomunikasi antara aparat keamanan se-tempat dengan adanya Sahabat Desa dan juga isu mengenai kegiatan yang mencurigakan karena kurang koordinasi kami selaku Sahabat Desa ke pihak keamanan

setempat baik di Koramil ataupun Polsek dan *inshaAllah* besok atau minggu saya akan sowan ke yang bersangkutan sehingga tidak akan terjadi hal yang serupa di kemudian hari.”

Sahabat Desa memang memiliki pendekatan yang berbeda pada setiap sasaran masyarakat desa. Pada saat kejadian para Sahabat Desa cenderung dengan kegiatan keagamaan, karena memang momentumnya bertepatan dengan bulan Ramadhan. Hal tersebut ada yang menafsirkan secara berbeda, karena memang di Kecamatan Kalipare dihuni oleh masyarakat yang tidak hanya beragama Islam, namun ada juga juga Katolik dan Kristen.

“...masalah itu muncul karena bapak Kepala Puskesmas dihubungi pihak keamanan dan menanyakan mengenai keberadaan Sahabat Desa dan karena kurang faham beliau menanyakan ke Dinkes Kabupaten bapak, sehingga pihak Dinkes kabupaten mengira kegiatan kami ada yang melanggar ataupun kurang etis. Tapi *inshaAllah* bisa ditangani bapak.”

Momentum ini menjadi sebuah peringatan yang penting, bahwa pada tahapan awal sebuah riset aksi partisipatif sangat perlu untuk membangun *raport* dengan masyarakat. Perlu untuk bersegera membersamai mereka dalam setiap kesempatan. Sahabat Desa harus selalu berkoordinasi dengan pihak Puskesmas mengenai semua kegiatan yang akan dilakukan. Setidaknya petugas kesehatan di tingkat desa (bidan dan perawat) mengetahui apa yang sedang dan akan dilakukan di tengah masyarakat.

Daftar Pustaka

- Addison, J. *et al.* (2019) ‘The ability of community based natural resource management to contribute to development as freedom and the role of access’, *World Development*, 120, pp. 91–104. doi: 10.1016/j.worlddev.2019.04.004.
- Argyris, C. (1970) *Intervention Theory and Method: a Behavioral Science View*. Mass: Addison-Wesley.
- Argyris, C. (1982) *Reasoning, Learning, and Action: Individual and Organizational*.

- San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C. (2004) *Reasons and Rationalizations: The Limits to Organizational Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.
- Argyris, C., Putnam, R. and Smith, D. M. (1985) *Action Science: Concepts, Methods and Skills for Research and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Boyer, N. *et al.* (2019) 'Using Action Research to Innov8: Facilitating Culture Shifts in the Scholarship of Teaching and Learning', *Community College Journal of Research and Practice*, 43(8), pp. 556–572. doi: 10.1080/10668926.2018.1512060.
- Denscombe, M. (2010) *Good Research Guide For small-scale social research projects*. 4th Editio. Berkshire, GBR: Open University Press.
- Dignan, M. B. and Carr, P. A. (1992) *Program Planning for Health Education and Promotion*. Second Edi. Baltimore: Williams and Wilkins. Available at: <https://archive.org/details/programplanningf00mark/page/n3>.
- Freire, P. (1970) *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Freire, P. (1982) 'Creating alternative research methods. Learning to do it by doing it', in Hall, B., Gillette, A., and Tandon, R. (eds) *Creating Knowledge: A Monopoly. Society for Participatory Research in Asia, New Delhi*. New Delhi.
- Gibson, R. (2005) *Principles of Nutritional Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Haynes, E. *et al.* (2019) 'Community-based participatory action research on rheumatic heart disease in an Australian Aboriginal homeland: Evaluation of the "On track watch" project', *Evaluation and Program Planning*, 74, pp. 38–53. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2019.02.010.
- Heron, J. (1996) *Cooperative Inquiry: Research into the human condition*. London: Sage Publication Ltd.
- Hyra, D. aEmail. A. *et al.* (2019) 'A Method for Making the Just City: Housing, Gentrification, and Health', *Housing Policy Debate*, 29(3), pp. 421–431. doi: 10.1080/10511482.2018.1529695.
- Kumpulainen, K. and Soini, K. (2019) 'How Do Community Development Activities Affect the Construction of Rural Places? A Case Study from Finland', *Sociologia Ruralis*, 59(2), pp. 294–313. doi: 10.1111/soru.12234.
- Kusumawardani, N. *et al.* (2015) *Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: PT Kanisius.
- Laksono, A. D. (2015) 'Pengumpulan Data Penelitian Kualitatif', in Kasnodihardjo (ed.) *Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Jogjakarta: PT Kanisius, pp. 15–34.
- Laksono, A. D. *et al.* (2016) *Healthcare Accessibility in Indonesia (Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia)*. Edited by S. Supriyanto, D. Chalidyanto, and R. D. Wulandari. PT Kanisius.
- McNeil, D. A. *et al.* (2019) 'Maternal perceptions of childhood vaccination: Explanations of reasons for and against vaccination', *BMC Public Health*, 19(1). doi: 10.1186/s12889-018-6338-0.

- Megatsari, H. *et al.* (2018) 'Community Perspective about Health Services Access', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21, pp. 247–253. doi: 10.22435/hsr.v2i14.231.
- Mertler, C. A. (2009) *Action Research: Teachers as Researchers in the Classroom*. second edi. United Kingdom: Sage Publication.
- O'Connor, E. C. *et al.* (2019) 'Piloting a participatory, community-based health information system for strengthening community-based health services: findings of a cluster-randomized controlled trial in the slums of Freetown, Sierra Leone', *Journal of global health*, 9(1). doi: 10.7189/jogh.09.010418.
- Petit-Steeghs, V. *et al.* (2019) 'Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness', *Midwifery*, 74, pp. 76–83. doi: 10.1016/j.midw.2019.03.016.
- Reason and Bradbury (2001) *Handbook of Action Research*. London: Sage Publication Ltd.
- Reason, P. (1995) *Participation in Human Inquiry*. London: Sage Publication Ltd.
- Reason, P. and Rowan, J. (1981) *Human Inquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research*. London: Wiley.
- Weerman, A. and Abma, T. (2019) 'Social work students learning to use their experiential knowledge of recovery. An existential and emancipatory perspective', *Social Work Education*, 38(4), pp. 453–469. doi: 10.1080/02615479.2018.1538335.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2009) *WHO AnthroPlus for Personal Computers, Manual Software for assessing growth of the world's children and adolescents*. Geneva: World Health Organization.
- Yusra, R. Y., Findyartini, A. and Soemantri, D. (2019) 'Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia', *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 15, pp. 24–29. doi: 10.1016/j.xjep.2019.01.005.

Boks 1. Sahabat Desa, Bukti Keseriusan Pendekatan Preventif-Promotif

Kalipare – Kabupaten Malang, Sabtu, 12 Mei 2018

Kemarin pagi setengah siang, Jum'at jam 10.00 WIB, adalah waktu yang bersejarah. Bertempat di Ruang Pertemuan Kecamatan Kalipare, Kabupaten Malang, telah dilakukan acara serah terima Sahabat Desa pada program rintisan Desa Sehat Berdaya.

Program rintisan penempatan Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di desa ini diinisiasi oleh Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat Indonesia (Persakmi) Pengurus Daerah Provinsi Jawa Timur bekerja sama dengan Yayasan Dana Sosial Al Falah (YDSF) Kabupaten Malang.

Acara dihadiri oleh berbagai pihak yang menjadi pemangku kepentingan program ini. Tercatat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, utusan Persakmi, utusan YDSF, pihak Kecamatan Kalipare, Kepala Puskesmas Kalipare dan staf, serta Kepala Desa di tiga desa yang menjadi wilayah penempatan. Selain itu, acara ini juga disaksikan Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi, staf pengajar dari Universitas Airlangga, dan juga seorang Peneliti dari Badan Litbang Kementerian Kesehatan.

"Terus terang kami ini masih belum mengerti bagaimana cara meningkatkan cakupan program PIS PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga), kami ini justru mau belajar dari Sahabat Desa tentang itu. Kami masih bingung dan ngambang ini. Demikian ya Dokter Imam yaaa?" curhat ibu Dewi Prahmatari, ST., sekaligus pernyataan bernada tanya pada Dokter Imam selaku Kepala Puskesmas Kalipare. Dewi sendiri merupakan pejabat fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat yang hadir pada acara tersebut mewakili pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.

Pada acara tersebut selain adanya paparan tentang program Desa Sedaya dari Persakmi Pengda Jatim, juga diserahterimakan para SKM yang telah didaulat menjadi **Sahabat Desa** kepada para kepala desa setempat. Para SKM Sahabat Desa ini per tanggal 11 Mei 2018 akan ditempatkan di Desa Arjosari, Desa Sumber Petung dan Desa Kaliasri, selama satu tahun penuh.

Program Desa Sedaya merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan, ekonomi dan pendidikan masyarakat desa. Para SKM yang menjadi Sahabat Desa akan berperan menjadi fasilitator bagi masyarakat dalam tiga bidang tersebut.

Pola pendekatan yang dipakai dalam program Desa Sedaya adalah *community based*, bukan *facility based*. Para SKM yang menjadi Sahabat Desa akan menjadi fasilitator yang hidup berbaaur dengan masyarakat untuk mempromosikan pola hidup sehat dan pola pencegahan penyakit. @dl

Sumber: <http://persakmi.or.id/headlines/sahabat-desa-bukti-keseriusan-pendekatan-preventif-promotif/>