

**PEMBERDAYAAN FORUM KESEHATAN DESA (FKD)  
DALAM PENGEMBANGAN DESA SIAGA**

**THE EMPOWERMENT OF VILLAGE HEALTH FORUM (VHF) IN  
ALERTED VILLAGE DEVELOPMENT**

**Didik G. Suharto, Kristina Setyowati**

Program Studi Ilmu Administrasi Negara, FISIP  
Universitas Sebelas Maret Surakarta  
didikgusuharto@yahoo.com

**ABSTRAK**

Permasalahan yang dihadapi mitra (Forum Kesehatan Desa / FKD) dalam mengembangkan desa siaga dapat didekati dari aspek kapasitas manajerial dan aspek kapasitas pemahaman teknis kesehatan anggota. Berdasarkan kegiatan pengabdian yang sudah dilaksanakan, dapat dijelaskan bahwa kegiatan difokuskan dalam rangka untuk meningkatkan kapasitas anggota dalam pengelolaan kelembagaan FKD (khususnya pengelolaan kegiatan, sarana/prasarana, dan dana operasional); serta bagaimana kapasitas pengetahuan kesehatan dasar anggota FKD sebagai pelopor, fasilitator, dan motivator dalam mendukung promosi kesehatan masyarakat. Faktor yang mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan program, yaitu: faktor yang bersumber dari pengurus/kader FKD, kelembagaan FKD, pemerintah desa, Dinas Kesehatan/Puskesmas, *private sector*/perusahaan, dan masyarakat. Kata kunci: desa; desa siaga, kemiskinan; pemberdayaan; kelembagaan

**ABSTRACT**

The problem the partner (Village Health Forum/VHF) encountered in developing alerted village could be approached from managerial capacity aspect and from the aspect of technical understanding capacity of members' health. Considering the activity of service conducted, it could be explained that the activity focused on improving the members' capacity in managing the institutionalism of VHF (particularly activity management, infrastructure and operating fund); and how the basic health knowledge capacity of VHF members as initiator, facilitator, and motivator supported the public health promotion. The activity of service to public in partner institution included: need assessment, institution capacity development, partnership development, and monitoring and evaluation. The factors affecting the program's smoothness and success were: the factor deriving from VHF administrator/cadre, VHF institution, village government, Health Office/Public Health Center, private sector/company, and society.

Keywords: empowerment; Village Health Forum, alerted village

**Pendahuluan**

Tidak bisa dipungkiri bahwa sektor kesehatan merupakan salah

satu pilar utama untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Untuk itu pembangunan di bidang

kesehatan selalu menjadi prioritas pemerintah. Pembangunan kesehatan seakan berkejaran dengan permasalahan kesehatan masyarakat. Meskipun berbagai indikator derajat kesehatan masyarakat di Indonesia menunjukkan adanya perbaikan dalam tiga dekade terakhir, tetapi harus diakui masih banyak yang perlu dikerjakan. Sebagai misal masalah kualitas gizi masyarakat dan kesehatan ibu/anak.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menunjukkan, prevalensi gizi kurang sebesar 17,9% dan gizi buruk 4,9%. Sasaran pada tahun 2014 angka prevalensi tersebut ditargetkan turun menjadi sebesar 15,0% untuk gizi kurang dan 3,5% untuk gizi buruk. Sedangkan angka kematian Balita sebanyak 44 per 1.000 kelahiran hidup (KH). Angka kematian bayi sebesar 34 per 1.000 KH, dan angka kematian neonatal 19 kematian per 1.000 KH pada tahun 2007 (SDKI). Target Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015 adalah 32/1.000 KH untuk angka kematian Balita dan 23 per 1.000 KH untuk angka kematian bayi. Sementara itu, angka kematian

ibu sebesar 228 per 100.000 KH pada tahun 2007 (SDKI). Data kesehatan lain, persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih secara nasional pada tahun 2010 sebesar 82,3% (Riskesdas, 2010).

Di samping persoalan di atas, terdapat tantangan kesehatan terkait pemberantasan penyakit menular yang masih menjadi persoalan serius dari tahun ke tahun. Contoh penyebaran penyakit TB, setiap tahun ditemukan tak kurang setengah juta kasus baru TB. Di mana sekitar 70% penderitanya tergolong usia produktif. Juga penyakit-penyakit “massal” lain (DBD, diare, malaria, dll.) yang jelas-jelas masih merupakan ancaman kesehatan masyarakat.

Permasalahan kesehatan di tingkat Jawa Tengah tidak berbeda jauh dengan di tingkat nasional. Masalah utama kesehatan di Jawa Tengah antara lain masih tingginya angka kematian ibu dan bayi, masih adanya kasus gizi buruk, tingginya berbagai penyakit menular; seperti demam berdarah, malaria, tuberkolosis paru, HIV/AIDS; meningkatnya penyakit tidak

menular, serta munculnya penyakit baru; seperti SARS dan flu burung. Berbagai masalah kesehatan tersebut karena perilaku yang kurang sehat, pengelolaan lingkungan yang kurang mendukung kesehatan, akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang belum optimal, serta keterpaduan pengelolaan pembangunan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat belum optimal. Peran aktif masyarakat sangat penting untuk merubah perilaku yang kurang mendukung kesehatan masyarakat menuju perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan ikut serta mengelola dan menjaga lingkungan. Selain itu diharapkan masyarakat mampu melaksanakan dan meningkatkan berbagai upaya kesehatan termasuk deteksi dini masalah kesehatan di masyarakat. Pengembangan desa menuju desa siaga perlu upaya fasilitasi untuk mendorong masyarakat sadar, mau dan mampu serta peduli dalam mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan (Dinas Kesehatan Prov. Jawa Tengah, 2010).

Fenomena yang berlangsung di tengah berkembangnya berbagai penyakit ialah biaya pemeliharaan kesehatan yang cenderung terus mengalami peningkatan, sehingga menyulitkan akses masyarakat terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan. Pemerintah tampaknya berusaha keras mengatasi persoalan tersebut dengan sejumlah kebijakan. Kebijakan-kebijakan yang bersifat populis digulirkan ke masyarakat, seperti pemberian Jamkesmas/Jamkesda atau bentuk asuransi kesehatan yang lain. Namun, pemberian jaminan perlindungan kesehatan secara maksimal terbentur oleh kemampuan penyediaan dana pemerintah maupun masyarakat. Intervensi pemerintah untuk mengendalikan harga obat esensi supaya harganya terjangkau oleh masyarakat belum memperlihatkan hasil menggembirakan. Terbukti saat ini pembiayaan obat cenderung belum efisien. Oleh karena itu, mewujudkan pembangunan kesehatan yang efektif dan

sekaligus mengefisienkan pembiayaan kesehatan, kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif sangat strategis dilakukan. Pemerintah (dan juga masyarakat) seringkali melihat upaya kesehatan hanya berupa layanan klinis, sedangkan kegiatan yang sifatnya promotif/preventif dianggap sebagai pemborosan anggaran. Padahal, upaya promotif/preventif justru merupakan investasi berharga di bidang kesehatan. Di sisi lain, pemerintah memiliki banyak keterbatasan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. Keterbatasan sumber daya manusia (SDM), sarana/prasarana, dan anggaran menyebabkan gerak dan cakupan kerja pelayanan kesehatan terbatas pula.

Persoalan kesehatan masyarakat di Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali bisa dijadikan gambaran. Di Kecamatan Teras, capaian pembangunan kesehatan tahun 2012 di beberapa aspek belum terwujud maksimal. Beberapa

indikator antara lain: penyehatan lingkungan permukiman melalui rumah sehat yang baru tercapai 54% dari target 7.072 rumah, dan pemanfaatan jamban keluarga oleh penduduk (40% dari target 40.687 penduduk; pengendalian vektor yang tampak dari rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes (tercapai 86% dari 4.569 rumah/bangunan); dan capaian keluarga sadar gizi (2,7%).

Dalam hal keberadaan sarana kesehatan, mayoritas desa di Kecamatan Teras belum memadai. Bahkan, lima desa di antaranya sama sekali tidak mempunyai sarana kesehatan. Jumlah sarana kesehatan yang minim, seharusnya menuntut desa untuk siaga dalam mengantisipasi dan mempromosikan kesehatan. Di bawah ini tabel sarana kesehatan di Kecamatan Teras.

Tabel 1  
Banyaknya Sarana Kesehatan di Kecamatan Teras Tahun 2011

Desa	Rumkit	BKI	Poli	Pusk	Perawa	Pust	Praktek
------	--------	-----	------	------	--------	------	---------

	umum	swast	A	swast		tan	u	Dr	Drg
01. Kopen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02. Doplang	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03. Kadireso	-	-	-	-	-	-	1	-	-
04. Nepen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05. Sudimoro	-	-	-	-	-	-	-	3	-
06. Bangsalan	-	-	-	-	-	-	-	1	-
07. Salakan	-	-	-	-	-	-	-	1	-
08. Teras	-	-	-	-	1	-	-	3	1
09. Randusari	-	-	-	-	-	-	-	4	-
10. Mojolegi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Gumukrejo	-	-	-	-	-	-	1	-	-
12. Tawang Sari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Krasak	-	-	-	-	-	-	1	-	-
J u m l a h	-	-	-	-	1	-	3	12	1

Sumber : Puskesmas Teras, 2012

Desa siaga merupakan desa yang masyarakatnya mempunyai kepedulian, kesiap-siagaan dan kemampuan potensial dalam mengenali permasalahan serta penanganan kegawat-daruratan, bencana dan masalah kesehatan secara mandiri. Desa siaga difasilitasi oleh Forum Kesehatan Desa (FKD) yang keberadaannya diharapkan mempunyai daya ungkit tinggi untuk pemberdayaan Masyarakat. Namun realitasnya, desa siaga yang diinisiasi sejak tahun 2006 melalui kebijakan Bupati Boyolali saat ini sebagian besar FKD tidak aktif. FKD sebenarnya mempunyai tugas: menyusun

kebijakan; mengumpulkan informasi dan menggali potensi dengan SMD (Survei Mawas Diri); merencanakan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD); koordinasi, penggerak, pembinaan, dan pengembangan kegiatan; monitoring evaluasi kegiatan desa; dan penghubungan berbagai kepentingan; namun sekarang ini cenderung tidak berdaya.

#### Metode

Program pengabdian dilaksanakan di Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali, khususnya di Forum Kesehatan Desa di Desa Tawang Sari dan Desa Kadireso.

Kegiatan pengabdian melibatkan partisipasi aktif institusi mitra.

Kegiatan pertama adalah need assesment yang meliputi evaluasi, menyamakan

persepsi dan rencana program.

Tahapan berikutnya adalah kegiatan yang berupa

pengembangan kapasitas internal kelembagaan. Kegiatan yang dilakukan meliputi

peningkatan pengetahuan manajemen organisasi, peningkatan pengetahuan dan ketrampilan teknis, serta peningkatan sarana/prasarana dan

kuantitas/kualitas kegiatan. Kegiatan selanjutnya adalah dalam rangka pengembangan kemitraan. Kegiatan untuk mengembangkan kemitraan dengan institusi eksternal meliputi upaya penjalinan kemitraan antara Forum Kesehatan

Desa dengan pemerintah (Puskesmas) dan sektor swasta, dan menyusun kaji tindak kemitraan antara Forum Kesehatan Desa dengan pemerintah (Puskesmas) dan sektor swasta. Tahapan terakhir ialah kegiatan monitoring dan evaluasi program. Kegiatan tersebut dimaksudkan untuk

memperbaiki program dalam kaitan keberlanjutannya melalui

pengamatan dan evaluasi diri.

Rangkaian kegiatan yang dilakukan selama program pengabdian diarahkan untuk menghasilkan target yakni mengembangkan kapasitas manajerial dan pengetahuan teknis kesehatan dasar anggota Forum Kesehatan Desa, serta jasa dalam bentuk pemberian fasilitasi untuk meningkatkan kualitas SDM anggota forum.

### **Hasil dan Pembahasan**

Pemberdayaan Forum Kesehatan Desa (FKD) secara empiris dapat berkontribusi untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, khususnya dalam mempromosikan program kesehatan melalui pengembangan desa siaga. FKD menjadi wahana efektif dalam melakukan upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan.

Persoalan yang dihadapi Forum Kesehatan Desa dalam mengembangkan desa siaga di Kecamatan Teras dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Dinamika kegiatan FKD pada umumnya rendah.

2. Pengetahuan anggota FKD tentang persoalan promosi kesehatan dan kesehatan dasar sangat terbatas.
3. Kemampuan manajerial kader/pengurus FKD kurang.
4. Anggaran operasional FKD kecil.
5. Sarana dan prasarana dalam menunjang kegiatan FKD terbatas.
6. Partisipasi masyarakat dalam kegiatan FKD rendah.

Untuk memberdayakan FKD dalam pengembangan desa siaga, persoalan-persoalan tersebut diupayakan diselesaikan melalui pendekatan governance yang dipadukan dengan pola pemberdayaan, dan pendekatan capacity building.

Sebagaimana disampaikan Farazmand (2004), beberapa konsep penyelenggaraan pemerintahan yang paling banyak diketahui dan paling sering digunakan dalam dua puluh tahun terakhir atau lebih adalah pemerintahan yang baik, pemerintahan wirausahawan, pemerintahan sosial dan politik, pemerintahan yang memberdayakan, pemerintahan partisipatif, pemerintah regulatif, pemerintahan

intervensionis, pemerintahan kemudi (steering) melawan pemerintahan mendayung (rowing), dan semacamnya. Karakteristik penting dari semua konsep tersebut adalah sebuah pernyataan untuk menolak bentuk-bentuk tradisional dari pemerintahan birokratis yang otoriter dengan pengambilan keputusan dan pelaksanaan sepihak (unilateral).

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat untuk memberdayakan Forum Kesehatan Desa dalam pengembangan desa siaga di Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali ini didasari dengan pendekatan governance.

Governance concerns the interaction between government and society (Pekonen, 1993). "Governance" merupakan suatu terminologi yang digunakan untuk menggantikan istilah "government", yang menunjukkan penggunaan otoritas politik, ekonomi, dan administrasi dalam mengelola masalah-masalah kenegaraan. Istilah ini secara khusus menggambarkan perubahan peranan pemerintah dari pemberi pelayanan (provider) kepada "enabler" atau "facilitator", dan perubahan kepemilikan yaitu dari

milik negara menjadi milik rakyat. Pusat perhatian utama dari “governance” adalah perbaikan kinerja atau perbaikan kualitas (Keban, 2000).

UNDP mendefinisikan governance sebagai: “... the exercise of political, economic, and administrative authority to manage a nation’s affairs. It is the complex mechanisms, process, relationships and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their rights and obligations and mediate their differences”.

Sedangkan Pierre (2000) mengartikan ganda governance, di satu sisi governance berkaitan dengan manifestasi empiris adaptasi negara terhadap lingkungan eksternal yang muncul pada akhir abad 20. Di sisi lain, governance berhubungan dengan representasi teoritis atau konseptual dari koordinasi suatu sistem sosial dan komponen lebih banyak, peran negara dalam prosesnya.

Kemitraan dalam pelayanan publik telah mendapat perhatian dari para peneliti dan pembuat kebijakan sejak akhir 1990-an (Kaehne, 2015).

Kemitraan publik-swasta (PPP) adalah pengaturan antara pemerintah dan pelaku swasta dengan tujuan menyediakan infrastruktur publik, fasilitas dan layanan (Bel, dkk., 2013). Norton (1994) dalam melihat pengalaman pemerintahan lokal di Amerika Serikat menyebutkan bahwa otoritas daerah secara tradisional menunjukkan perhatian untuk melibatkan para warganegara dalam proses pemerintahan. Mereka konsultasi dengan individu, melibatkan organisasi-organisasi swasta dalam pengambilan keputusan mereka, membiarkan para anggota masyarakat berpartisipasi dalam rapat dewan serta komite dan mencoba menghormati kelompok kepentingan dan pers.

Dari pandangan-pandangan di atas, pendekatan governance terwujud dengan baik jika ada kolaborasi, kemitraan, dan jejaring antara negara dengan elemen-elemen di luar negara (sektor swasta dan civil society). Konsepsi mengenai governance menjadi dasar atas perwujudan kemitraan antara Forum Kesehatan Desa (FKD), Pemerintah Desa, Puskesmas, dan sektor privat. Peran Puskesmas adalah pembina



teknis FKD sebagai bagian dari tugas pokok dan fungsi Puskesmas dalam menumbuh-kembangkan partisipasi masyarakat di bidang kesehatan. Pemerintah desa berperan memfasilitasi operasional FKD. Sedangkan peran sektor privat adalah memberikan dukungan (terutama pendanaan) sebagai bagian dari tanggung-jawab sosial perusahaan atau corporate social responsibility (CSR).

Jejaring antar stakeholders tersebut dicoba dirintis oleh kegiatan pengabdian masyarakat ini. Namun sebelumnya dilakukan penguatan-penguatan di internal Forum Kesehatan Desa dalam bentuk capacity building.

Grindel (dalam Keban, 2000) berpendapat capacity building merupakan “serangkaian strategi yang ditujukan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan responsivitas dari kinerja pemerintahan, dengan memusatkan perhatian kepada dimensi: (1) pengembangan sumberdaya manusia; (2) penguatan organisasi; dan (3) reformasi kelembagaan. Dalam konteks pengembangan sumberdaya manusia, perhatian diberikan kepada

pengadaan atau penyediaan personel yang profesional dan teknis. Kegiatan yang dilakukan antara lain training, pemberian gaji/upah, pengaturan kondisi dan lingkungan kerja dan sistim rekrutmen yang tepat. Dalam kaitannya dengan penguatan organisasi, pusat perhatian ditujukan kepada sistim manajemen untuk memperbaiki kinerja dari fungsi-fungsi dan tugas-tugas yang ada dan pengaruran struktur mikro. Aktivitas yang harus dilakukan adalah menata sistim insentif, pemanfaatan personel yang ada, kepemimpinan, komunikasi, dan struktur manajerial. Dan berkenaan dengan reformasi kelembagaan, perlu diberi perhatian terhadap perubahan sistem dan institusi-institusi yang ada, serta pengaruh struktur makro. Dalam hal ini aktivitas yang perlu dilakukan adalah melakukan perubahan “aturan main” dari sistim ekonomi dan politik yang ada, perubahan kebijakan dan aturan hukum, serta reformasi sistim kelembagaan yang dapat mendorong pasar dan berkembangnya masyarakat madani.

Upaya-upaya capacity building tersebut tidak jauh berbeda

dari pendapat Edralin (dalam Keban, 2000). Dijelaskan Edralin, World Bank memfokuskan peningkatan kemampuan kepada: (1) pengembangan sumber daya manusia, khususnya training, rekrutmen, pemanfaatan dan pemberhentian tenaga kerja profesional, manajerial dan teknis; (2) organisasi, yaitu pengaturan struktur, proses, sumber daya, dan gaya manajemen; (3) jaringan kerja interaksi organisasi, yaitu koordinasi kegiatan-kegiatan organisasi, fungsi jaringan kerja, dan interaksi formal dan informal; (4) lingkungan organisasi, yaitu aturan dan perundang-undangan yang mengatur pelayanan publik, tanggung jawab dan kekuasaan antara lembaga, kebijakan yang menghambat tugas-tugas pembangunan, dan dukungan keuangan dan anggaran; dan (5) lingkungan kegiatan yang luas, yaitu mencakup faktor politik, ekonomi, dan kondisi-kondisi yang berpengaruh terhadap kinerja. Sementara itu, UNDP memfokuskan pada tiga dimensi yaitu: (1) tenaga kerja (dimensi sumber daya manusia), yaitu kualitas SDM dan cara SDM dimanfaatkan; (2) modal

(dimensi fisik) yaitu menyangkut peralatan, bahan-bahan yang diperlukan, dan gedung; dan (3) teknologi yaitu organisasi dan gaya manajemen, fungsi perencanaan, pembuatan keputusan, pengendalian dan evaluasi, serta sistem informasi manajemen. Dan United Nations memusatkan perhatiannya kepada: (1) mandat atau struktur legal; (2) struktur kelembagaan; (3) pendekatan manajerial; (4) kemampuan organisasional dan teknis; (5) kemampuan fiskal lokal; dan (6) kegiatan-kegiatan program.

Pada intinya terdapat upaya-upaya strategis untuk meningkatkan kapasitas dan potensi institusi lokal. Pollit dan Bouckaert (2000) melihat bahwa pembenahan *microorganizational abilities of governments* di tingkat daerah – suatu bentuk reformasi manajemen publik yang harus diperhatikan pemerintah saat ini, dan tidak semata membenahi *macroorganizational capacities* di tingkat pusat.

“An understanding of the institutional value of the arts through practices such as community cultural development is important when assessing the value of arts practices

supported by local governments.” (Lavarack dan Ryan, 2015).

Fokus pembangunan kapasitas kelembagaan di institusi mitra, yakni Forum Kesehatan Desa (FKD) Desa Tawang Sari dan Desa Kadireso, dikhususkan pada aspek pengembangan organisasi dan manajemen dan pengembangan sumber daya manusia.

Tantangan kelembagaan Forum Kesehatan Desa diantaranya adalah bagaimana menciptakan harmonisasi dan integrasi terhadap kegiatan yang dilakukan stakeholders. Penyempurnaan kelembagaan dilakukan melalui dinamisasi dan optimalisasi kegiatan FKD. FKD Desa Tawang Sari yang sudah relatif eksis, dalam arti kepengurusan dan kadernya cukup aktif melakukan kegiatan, dukungan diarahkan agar kegiatan FKD lebih efektif. Dan pada saat sama, intensitas dan kualitas kegiatan FKD didorong agar lebih berkembang. Sementara FKD Desa Kadireso yang bisa dikatakan tidak eksis (“mati suri”) difasilitasi untuk me”refresh” organisasi terlebih dahulu sebelum didorong melaksanakan program kegiatan secara maksimal.

FKD yang tumbuh di tengah komunitas masyarakat pedesaan diharapkan menjadi organisasi dengan sistem terbuka, sehingga lebih mendayagunakan kekuatan organisasi, yakni kebersamaan (socialized power). Pengembangan organisasi dan manajemen mencakup upaya internal dalam memperbaiki kualitas sarana/prasarana dan pengelolaan dana operasional, serta upaya eksternal dalam menjalin kemitraan dengan Puskesmas dan pemerintah desa.

Aspek sumber daya manusia dalam organisasi merupakan penopang penting bagi kemajuan organisasi. Penguatan dari sisi sumber daya manusia (pengurus dan kader) FKD merupakan bagian utama untuk memberdayakan FKD. Pengembangan kemampuan dan kapasitas pengurus/kader dilakukan antara lain melalui penyuluhan/pelatihan dan pendampingan. Dalam waktu bersamaan, dua institusi mitra melakukan penguatan sumber daya manusianya.

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat di institusi mitra dirinci meliputi tahapan sebagai berikut:

Tabel 2 Rincian Kegiatan Pengabdian

No	Kegiatan	Bentuk	Keterangan
1	Need assesment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi dengan <i>stakeholder</i> lokasi mitra</li> <li>• Observasi lapangan</li> <li>• Identifikasi dan pengadaan peralatan</li> </ul>	Pelaksana: tim pengabdi
2	Pengembangan kapasitas lembaga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelatihan bagi pengurus dan kader FKD</li> <li>• Penyerahan bantuan peralatan penunjang kegiatan dan stimulus kegiatan.</li> </ul>	Pelaksana: tim pengabdi & Puskesmas Peserta: pengurus dan kader FKD
3	Pengembangan Kemitraan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendampingan</li> <li>• Penyusunan rencana tindak lanjut</li> </ul>	Pelaksana: tim pengabdi Peserta: pengurus dan kader FKD
4	Monitoring dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunjungan lapangan</li> <li>• Evaluasi pasca kegiatan</li> </ul>	Pelaksana: tim pengabdi

Secara umum, semua kegiatan dapat berlangsung dengan baik. Hanya kegiatan pembentukan jaringan dengan private sector yang tidak terlaksana maksimal. Ketidaksih maksimalan pembentukan jaringan dikarenakan antara lain keterbatasan waktu sehingga belum ada kesempatan mengembangkan jaringan ke private sector. Selain itu, belum maksimalnya pengembangan jaringan disebabkan secara kondisional realitas FKD belum eksis. Aktivitas institusi mitra

cenderung masih pasif atau kegiatan FKD tidak ada. Sehingga prioritas diutamakan untuk pembenahan internal terlebih dahulu. Meskipun demikian, institusi mitra tetap diarahkan didorong untuk menjalin jejaring dengan pihak eksternal (Puskesmas, pemerintah desa, private sector, dan lain-lain). Upaya mendorong institusi mitra untuk menyusun rencana tindak lanjut (RTL) pasca pelatihan, mempunyai maksud selain agar keberlanjutan program pengabdian masyarakat ini

lebih terjamin, juga agar institusi mitra memiliki kreativitas, khususnya dalam menggali kerjasama dalam menunjang kegiatan FKD.

Pemberdayaan Forum Kesehatan Desa dalam pengembangan desa siaga dipengaruhi oleh berbagai faktor. Dalam melihat persoalan representasi interaksi dalam governance, Pekonen (1993) menyatakan sebagai berikut: “...particularly interested in the program of how representative interaction should be understood and organized in order to guarantee the best possible success in governance, remembering that successful interaction both requires and should create good learning capacities, flexibility and accountability.”

Dapat diidentifikasi hal-hal yang mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan pemberdayaan Forum Kesehatan Desa. Faktor-faktor pengaruh tersebut meliputi:

1. Faktor yang bersumber dari pengurus/kader FKD  
Keterbatasan kuantitas dan kualitas kader penggerak Forum Kesehatan Desa merupakan persoalan utama dalam

memberdayakan FKD. Desa tidak memiliki cukup kader untuk menjadi penggerak FKD. Solusinya, pertama adalah dengan mendorong masyarakat untuk bersedia menjadi kader di desa. Kedua, menumbuh-kembangkan kebanggaan masyarakat sebagai kader FKD. Ketiga, memberdayakan pengurus/kader dalam hal pengetahuan manajerial dan pengetahuan dasar kesehatan masyarakat.

2. Faktor yang bersumber dari kelembagaan FKD

FKD biasanya tidak memiliki sumber daya memadai, baik sumber daya manusia maupun sarana/prasarana operasional. Sekretariat FKD ada yang berada di rumah kader sehingga kegiatan tidak optimal. FKD juga dihadapkan pada persoalan kepengurusan yang tidak aktif. Solusinya, sebagai langkah awal diadakan penataan ulang organisasi (reorganisasi) FKD bagi yang tidak aktif. Kedua, pengurus/kader FKD dipacu untuk dinamis dan solid dalam mengelola FKD. Ketiga, diberikan bantuan peralatan operasional dan

- dana stimulus untuk meningkatkan motivasi anggota FKD.
3. Faktor yang bersumber dari pemerintah desa  
Pemerintah desa rata-rata sudah menerbitkan surat keputusan (SK) kepengurusan FKD di desa masing-masing. Namun, dukungan kepada FKD seringkali hanya berhenti sampai pada penerbitan SK. Perhatian pemerintah desa terhadap operasional kegiatan FKD masih sangat kurang, khususnya dalam hal alokasi anggaran desa untuk FKD. Selama ini anggaran untuk FKD sangat minim, bahkan bisa dikatakan FKD tidak mendapatkan pendanaan dari desa. Demikian pula dukungan dalam bentuk sarana/prasarana (sekretariat, peralatan, dll.) desa seringkali tidak memfasilitasi. Solusinya, pemerintah desa didorong memberikan fasilitasi bagi operasional dan keberlanjutan FKD. Terlebih lagi sejak berlakunya UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa, desa akan lebih leluasa mendapatkan akses sumber daya (terutama dana) dan membelanjakannya sesuai kebutuhan desa.
  4. Faktor yang bersumber Dinas Kesehatan/Puskesmas  
Dinas Kesehatan/Puskesmas sebenarnya mempunyai peran strategis dalam memberdayakan pengurus/kader FKD. Tetapi, selama ini peran tersebut belum berjalan optimal. Selain karena kelembagaan FKD sendiri yang tidak aktif, Dinas Kesehatan/Puskesmas biasanya sudah memiliki beban kerja yang cukup berat. Solusinya, pemerintah kabupaten di masa mendatang sebaiknya lebih banyak memberikan perhatian kepada Dinas Kesehatan/Puskesmas untuk memberdayakan FKD.
  5. Faktor yang bersumber dari private sector/perusahaan  
Private sector atau institusi swasta diharapkan bisa berkontribusi bagi kemajuan FKD. Di Kecamatan Teras terdapat sejumlah perusahaan-perusahaan sedang atau besar, seperti PT Sari Warna Asli, PT Hanil Adetex, PT Japfa, dan PT Pertamina. Namun pada kenyataannya, sektor swasta

belum tertarik untuk membantu memberdayakan FKD. Solusi, private sector, sektor swasta, atau perusahaan lebih diperkenalkan mengenai aktivitas FKD. Sehingga private sector bisa tertarik untuk berkontribusi memberdayakan FKD melalui mekanisme corporate social responsibility (CSR).

6. Faktor yang bersumber dari masyarakat

Dalam pemberdayaan FKD, eksistensi masyarakat memiliki posisi paling strategis. Selain sebagai obyek, posisi masyarakat sebenarnya juga sebagai subyek. Masyarakat diharapkan menjadi pelaku bagi pengembangan FKD. Realitasnya, sebagian besar masyarakat tidak tahu keberadaan FKD, dan sebagian yang lain tidak peduli terhadap keberadaan FKD. Implikasi yang paling nyata ialah sulitnya mencari pengurus dan kader penggerak FKD. Antusiasme masyarakat untuk membesarkan FKD rendah. Solusinya, memahamkan dan menyadarkan masyarakat mengenai pentingnya FKD bagi pembangunan kesehatan di

masyarakat desa. Upaya tersebut diawali dari kader-kader yang sudah dibentuk dan dilatih melalui kegiatan pengabdian ini.

### **Kesimpulan dan Saran**

Berdasarkan paparan di atas, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kegiatan pengabdian masyarakat difokuskan dalam rangka untuk meningkatkan kapasitas anggota dalam pengelolaan kelembagaan FKD (khususnya pengelolaan kegiatan, sarana/prasarana, dan dana operasional); serta bagaimana kapasitas pengetahuan kesehatan dasar anggota FKD sebagai pelopor, fasilitator, dan motivator dalam mendukung promosi kesehatan masyarakat.
2. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat di institusi mitra meliputi: need assessment, pengembangan kapasitas lembaga, pengembangan kemitraan, serta monitoring dan evaluasi. Secara umum, semua kegiatan dapat berlangsung baik, kecuali pembentukan jaringan dengan private sector.

3. Faktor yang mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan program, yaitu: faktor yang bersumber dari pengurus/kader FKD, faktor yang bersumber dari kelembagaan FKD, faktor yang bersumber dari pemerintah desa, faktor yang bersumber Dinas Kesehatan/Puskesmas, faktor yang bersumber dari private sector/perusahaan, dan faktor yang bersumber dari masyarakat.

Mengamati kesimpulan tersebut, diajukan saran-saran untuk pemberdayaan Forum Kesehatan Desa sebagai berikut :

1. Pemberdayaan FKD pada hakekatnya menyangkut banyak aspek yang harus diperhatikan. Ketersediaan waktu dan biaya yang memadai akan lebih mengefektifkan pemberdayaan FKD dalam pengembangan desa siaga.

2. Para pemangku kepentingan (stakeholders) diharapkan ikut berperan secara aktif dalam mendorong pemberdayaan FKD. Pemerintah desa dan Puskesmas (Dinas Kesehatan) dapat memfasilitasi dan mendampingi kegiatan FKD. Sedangkan pihak

private sector dapat berkontribusi dengan memberikan bantuan dana atau bentuk lain melalui skema CSR.

3. Masyarakat desa diharapkan mau berperan aktif, baik sebagai pengurus maupun kader FKD, sehingga operasional kegiatan bisa berjalan optimal dengan dukungan masyarakat sebagai wujud keswadayaan masyarakat desa.

4. Perlu ada komitmen, terutama dari pemerintah tingkat atas, untuk memberdayakan FKD, baik melalui keberpihakan regulasi maupun bentuk-bentuk pemberdayaan yang lain

### Daftar Pustaka

Bel, Germà, Brown, Trevor, dan Marques, Rui Cunha, 2013, "Public-Private Partnerships: Infrastructure, Transportation and Local Services," *Local Government Studies*, Volume 39, Issue 3, pages 303-311

Farazmand, Ali, 2004, "Sound Governance in the Age of Globalization," dalam Farazmand, Ali (ed.), *Sound Governance, Policy and Administrative Innovations*, USA: Praeger Publishers



- Kaehne, Axel, 2015, "Multi-Agency Protocols as a Mechanism to Improve Partnerships in Public Services," *Local Government Studies*, Volume 41, Issue 3, pages 321-338
- Keban, Yeremias T., 2000, "Good Governance" dan "Capacity Building" sebagai Indikator Utama dan Fokus Penilaian Kinerja Pemerintahan, Naskah No. 20, Juni-Juli 2000
- Lavarack, John dan Ryan, Roberta, 2015, "Cultural Development and Local Government: Analytical Frames, Insights and Observations," *Asia Pacific Journal of Public Administration*, Vol. 37, No. 1, 44-55
- Norton, Alan, 1997, *International Handbook of Local and Regional Government, A Comparative Analysis of Advanced Democracies*, UK: Edward Elgar Publishing Limited
- Pekonen, Kyosti, 1994, "Governance and the Problem of Representation in Public Administration: The Case of Finland," dalam Kooiman, Jan (ed.), *Modern Governance, New Government-Society Interaction*, London: SAGE Publications
- Pierre, Jon, 2000, "Introduction: Understanding Governance," dalam Pierre, Jon (ed.), *Debating Governance*, New York: Oxford University Press
- Pollit, C. dan Bouckaert, G., 2000, *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, New York: Oxford University Press
- Sumber lain:**  
Departemen Kesehatan, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2010  
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga, 2010  
Puskesmas Teras, Profil Kesehatan Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali, 2012

