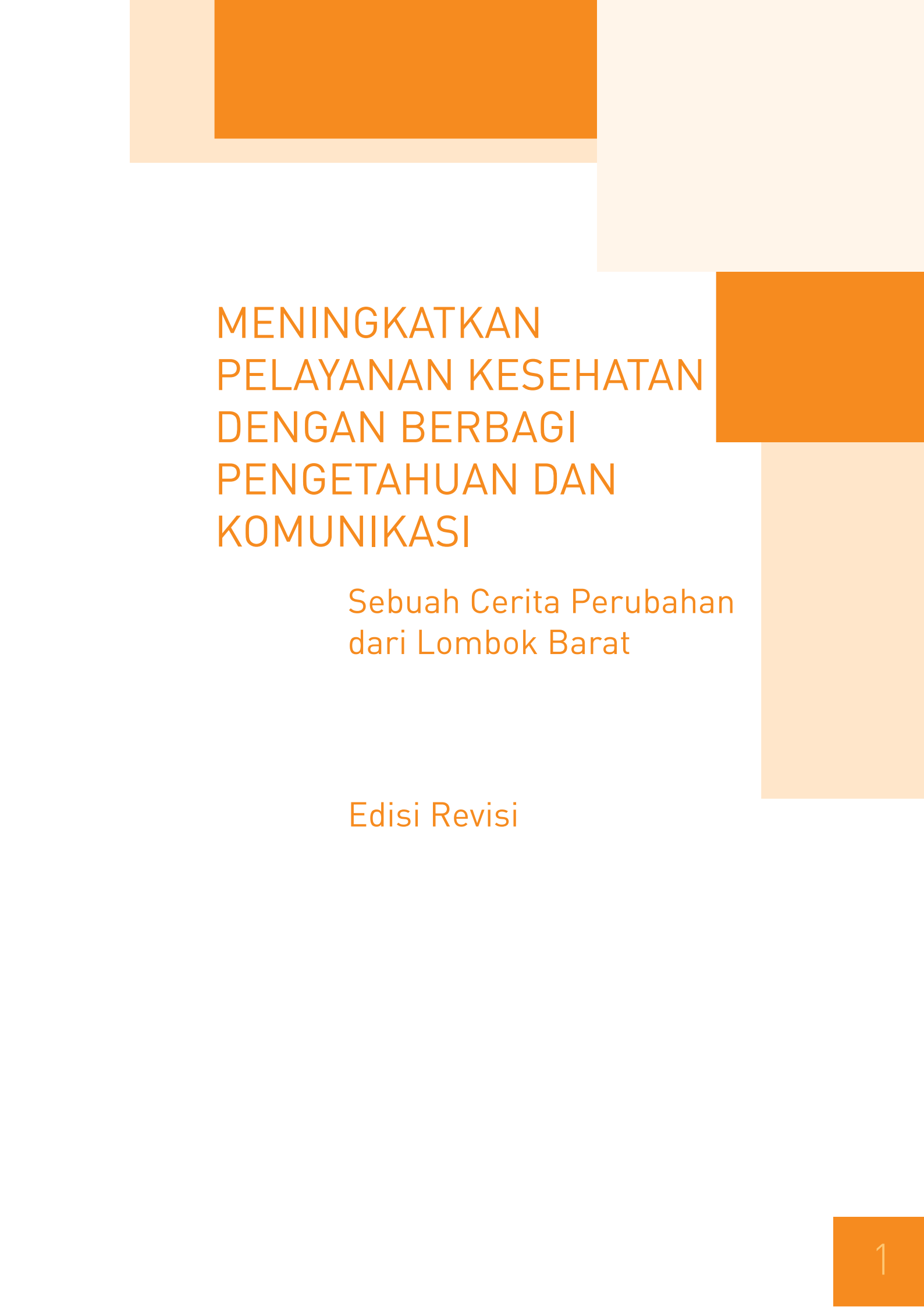


MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BERBAGI PENGETAHUAN DAN KOMUNIKASI

Sebuah Cerita Perubahan
dari Lombok Barat



MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BERBAGI PENGETAHUAN DAN KOMUNIKASI

Sebuah Cerita Perubahan
dari Lombok Barat

Edisi Revisi



Ucapan Terima Kasih

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada tim *Australian Community Development and Civil Society Strengthening Scheme* (ACCESS) dan Jaringan Masyarakat Sipil (JMS) untuk dukungannya selama diadakannya studi kasus, serta komentarnya terhadap konsep *Cerita Perubahan (Story of Change)* ini. Secara khusus, kami berterima kasih kepada Paul Boon, Nina Shatifan, Farid Hadi, Nehik Sri Hidayati, dan Martina Susanti. Pandangan dan temuan yang tercantum di dalam *Cerita Perubahan* ini merupakan pandangan dan temuan penulis, dan bukan dari institusi atau orang-orang yang disebutkan di atas.

Ditulis oleh:

Arnaldo Pellini, Senior Advisor, Knowledge Sector Initiative (KSI);

Maesy Angelina, Senior Program Manager for Development Cooperation, Australian Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT); dan

Endah Purnawati, Program Officer, the Knowledge Sector Initiative (KSI).

April 2014

Studi ini diselenggarakan melalui kerjasama antara *the Australian Community Development and Civil Society Strengthening Scheme* (ACCESS) dan *Knowledge Sector Initiative* (KSI) yang didukung oleh DFAT. Pandangan penulis yang diungkapkan dalam publikasi ini tidak mencerminkan pandangan Pemerintah Australia, Pemerintah Indonesia, atau Inisiatif Sektor Pengetahuan. Semua entitas di atas tidak bertanggung jawab atas apapun yang timbul sebagai akibat dari publikasi ini.

Edisi revisi ini mencakup perbaikan minor, termasuk daftar pustaka terbaru.

Abstrak

Cerita Perubahan (*Story of Change*) ini menggambarkan bagaimana penandatanganan Nota Kesepahaman (MoU) antara masyarakat dan penyedia layanan kesehatan di Lombok Barat pada tahun 2006 telah membantu untuk membangun kembali kepercayaan antara penduduk dan penyedia layanan. Difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dan jaringan organisasi masyarakat sipil setempat bernama Jaringan Masyarakat Sipil (JMS), acara diskusi dan berbagi pengetahuan yang diselenggarakan turut berkontribusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas, memperkuat akuntabilitas staf Puskesmas, dan memberikan masukan atas keputusan-keputusan yang diambil oleh Dinas Kesehatan, baik di tingkat pusat maupun tingkat kabupaten. Cerita ini mengisahkan proses terjadinya peningkatan tersebut.

Daftar Isi

<i>Bagian</i>	<i>Halaman</i>
Abstrak.....	3
Daftar Singkatan.....	5
1. Pendahuluan	6
2. Aksi	9
3. Hasil	12
Apa saja perubahan kunci yang telah muncul dari MoU?	12
Unsur yang hilang dalam cerita ini.....	14
Peran ACCESS	14
4. Kesimpulan	15
Daftar Pustaka.....	16

Daftar Singkatan

ACCESS	<i>Australian Community Development and Civil Society Strengthening Scheme</i>
BPS	<i>Badan Pusat Statistik</i>
CC	Community Centre
DFAT	Department for Foreign Affairs and Trade, Australia
DFID	Department for International Development
GIS	Geographical Information System
JMS	<i>Jaringan Masyarakat Sipil (Civil Society Networks)</i>
KSI	Knowledge Sector Initiative
LSBH	<i>Lembaga Studi dan Bantuan Hukum (Legal Aid and Study Institute)</i>
MOU	Memorandum of Understanding
NGO	nongovernmental organisation
NTB	<i>Nusa Tenggara Barat (West Nusa Tenggara)</i>
NTT	<i>Nusa Tenggara Timur (East Nusa Tenggara)</i>
ODI	Overseas Development Institute
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
PATTIRO	<i>Pusat Telaah dan Informasi Regional (Regional Research and Information Centre)</i>
PNPM	<i>Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri (National Programme for Community Empowerment)</i>
SAID	<i>Sistem Administrasi dan Informasi Desa (Village Information Management System; online portal)</i>
Yappika	<i>Yayasan Penguatan Partisipasi, Inisiatif dan Kemitraan Masyarakat Indonesia (Participation Strengthening Foundation and Community Partnership Initiative, Indonesia)</i>

1

Pendahuluan

Cerita Perubahan atau *Story of Change* (SoC) ini menceritakan tentang pentingnya berbagi informasi dan data untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan memperkuat akuntabilitas penyedia layanan kepada masyarakat, yang merupakan klien mereka.

Kami fokus pada perubahan yang terjadi setelah pengambilan kebijakan pada tahun 2006, yaitu penandatanganan Nota Kesepahaman atau *Memorandum of Understanding* (MoU) mengenai penyediaan pelayanan kesehatan di Kabupaten Lombok Barat. Kabupaten ini terletak di provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB). Di Lombok Barat, dengan populasi 613.161 orang (tahun 2012), hanya ada satu rumah sakit umum di ibukota kabupaten, Gerung; 16 Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) di tingkat kecamatan, 18 Pusling (Puskesmas Keliling) dan 59 Pustu (Puskesmas Pembantu) (Bappeda Kabupaten Lombok Barat dan BPS Kabupaten Lombok Barat, 2012, p. 143). Lebih jauh lagi, jumlah tenaga di bidang kesehatan, termasuk dokter, dokter gigi, perawat, dan paramedis, terbatas dan tidak sebanding dengan kebutuhan di kabupaten tersebut (Bappeda Kabupaten Lombok Barat dan BPS Kabupaten Lombok

Barat, 2012, p. 150).¹

Awalnya, kesepakatan MoU ini dilakukan antara Puskesmas dan kelompok perwakilan masyarakat, yang disebut Pusat Masyarakat atau *Community Centers* (CC) di empat kecamatan di Lombok Barat - Gunung Sari, Batu Layar, Narmada, dan Gerung. Sebuah MoU kedua pada tingkat yang lebih tinggi kemudian ditandatangani antara Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dan jaringan organisasi masyarakat sipil setempat bernama Jaringan Masyarakat Sipil (JMS)², yang bertindak sebagai penghubung yang menjembatani CC dan Puskesmas serta Dinas Kesehatan dan CC di Kabupaten Lombok Barat.

Tiga pemicu utama yang akhirnya melahirkan MoU tersebut adalah:

- Pada tahun 2005, Pemerintah Indonesia memperkenalkan kartu asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin. Pemegang kartu tersebut dapat memperoleh pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas. Proses pembagian

1 Tercatat hanya terdapat 134 tenaga kerja di bidang kesehatan di tahun 2011.

2 Jaringan Masyarakat Sipil (JMS) adalah organisasi jejaring yang didirikan pada 19 Maret 2008, terdiri dari 10 pusat masyarakat (CC), 13 organisasi masyarakat sipil, dan 25 individu.

kartu ini terbukti cukup sulit, dalam hal menentukan siapa yang berhak memperolehnya dan siapa yang benar-benar mendapatkannya. Salah satu responden menyebutkan bahwa meskipun 20% populasi Lombok secara resmi dianggap miskin (menurut data 2011; Badan Pusat Statistik—BPS, 2012), 64% rumah tangga disana telah menerima kartu asuransi kesehatan.³

- Pemicu kedua adalah persepsi warga masyarakat tentang rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas di empat kecamatan di Lombok Barat tersebut. Keluhan yang datang termasuk ketidakhadiran staf selama jam kerja, pasien tidak mendapatkan penjelasan yang jelas tentang penyakit dan obat apa yang harus mereka minum. Terdapat persepsi yang kuat bahwa staf Puskesmas memperlakukan warga masyarakat, terutama orang miskin, secara kasar dan tidak sopan.
- Pemicu ketiga adalah tidak adanya ruang dan jalur untuk berkomunikasi. Mereka yang mengeluhkan pelayanan di keempat Puskesmas tersebut melakukannya sendiri: tidak ada suara dukungan yang sama. Di saat yang bersamaan, kepala Puskesmas merasa tidak memiliki cara untuk menjelaskan kepada masyarakat tentang berbagai tantangan yang mereka hadapi terkait anggaran, rencana, dan sumber daya manusia.

Hal tersebut merupakan konteks yang ideal untuk menyebabkan terjadinya salah informasi, salah komunikasi, dan salah paham.

3 Kartu asuransi kesehatan ini meliputi Jamkesmas (skema asuransi kesehatan nasional) dan Jamkesda (asuransi kesehatan yang diberikan oleh pemerintah provinsi atau kabupaten untuk menanggung masyarakat yang miskin dan hampir miskin yang tidak ditanggung oleh Jamkesmas).

Akibatnya sebagian masyarakat memilih untuk tidak pergi ke Puskesmas ketika sakit; sebagian langsung pergi ke rumah sakit kabupaten di Gerung tanpa rujukan dari Puskesmas, sebagaimana disyaratkan oleh pedoman yang ada. Hasilnya, pasien, terutama untuk kasus-kasus non-darurat, ditolak oleh rumah sakit umum tersebut karena tidak mengikuti prosedur rujukan. Sebagian mengeluh langsung kepada Kepala Puskesmas, sementara lainnya langsung melayangkan keluhan ke Dinas Kesehatan Lombok Barat atau rumah sakit. Pada tahun 2007, rasa frustrasi ini meledak dalam bentuk demonstrasi, yang berakibat pada penyerangan dan perusakan terhadap beberapa Puskesmas.

Siapa saja pemeran utama dalam cerita ini? CC yang menandatangani MoU dengan Puskesmas,⁴ Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Lombok Barat, JMS, dan tim dari proyek Australian Aid ACCESS (*Australian Community Development and Civil Society Strengthening Scheme*) yang telah bekerja di Lombok Barat sejak 2003 dan sedang dalam pekerjaan tahap kedua hingga pertengahan 2014.⁵ ACCESS bekerja dengan jaringan masyarakat, aliansi kelompok masyarakat, dan LSM untuk menunjukkan bahwa partisipasi aktif dan menyeluruh, terkait pemerintahan yang responsif, berkontribusi terhadap peningkatan pelaksanaan pelayanan publik. ACCESS menggunakan perencanaan strategis dan implementasi yang inovatif, seperti Pemetaan Hasil (*Outcome Mapping*) dan Pengajuan Pertanyaan Apresiatif (*Apprecia-*

4 Empat CC menandatangani MoU dengan Puskesmas. Dua diantaranya dikunjungi dalam kunjungan lapangan.

5 ACCESS bekerja di 20 kabupaten di empat provinsi: NTT, NTB, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi Tenggara.

tive Inquiry)⁶ agar pemain-pemain kunci dapat melihat apa yang berhasil dan apa yang telah ada terkait norma dan nilai tradisional yang dapat membantu mencapai suatu perubahan perilaku.⁷

Dalam bagian berikutnya, kami akan menjelaskan kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan, yang mengarah pada pembuatan MoU.

-
- 6 *Outcome Mapping* adalah sebuah teknis monitoring dan evaluasi yang mengukur dampak dari sebuah program yang dilihat dari adanya perubahan yang dirasakan dalam bentuk perilaku, sikap dan pengetahuan dari para penerima manfaat. *Appreciative Inquiry* adalah sebuah metode analisis yang dimulai dengan asumsi bahwa sesuatu di dalam sebuah komunitas atau grup sudah berjalan dengan baik dan dapat dikembangkan lebih lanjut.
- 7 Informasi dan materi selengkapnya tentang ACCESS dapat ditemukan di www.access-indo.or.id

Aksi 2

Cerita kami bermula pada tahun 2006, ketika empat CC dibentuk oleh Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) setempat yang didukung oleh ACCESS, Solidaritas Perempuan, yang lalu menerima dukungan teknis dari PATTIRO (Pusat Telaah dan Informasi Regional), OMS nasional yang dikontrak oleh ACCESS. CC tersebut dibentuk di tingkat desa, dan terdiri dari perwakilan masyarakat. Pendekatannya bersifat adaptif, dan tidak ada cetak biru untuk struktur sebuah CC. Hal itu bergantung pada kelompok, jaringan, dan pimpinan mana yang ada di desa tersebut. CC dapat berupa kelompok formal atau informal, yang terorganisir dalam suatu kelompok penanganan keluhan, koperasi, atau dalam kelompok lain yang sudah ada, namun dengan tambahan beberapa tanggung jawab.

Pada tahun 2007, keempat CC tersebut menandatangani MoU dengan Puskesmas di daerah mereka masing-masing. MoU ini adalah dokumen yang lugas, dengan tujuh poin yang telah disepakati.⁸ CC dan Pus-

kesmas juga sepakat melalui MoU tersebut untuk mengadakan pertemuan bulanan dan lokakarya triwulanan untuk berbagi informasi.

JMS muncul dari kegiatan OMS yang didukung oleh ACCESS dan secara resmi terdaftar pada tahun 2008. Awalnya, JMS terlibat dalam kegiatan pengembangan kapasitas pada Pemetaan Hasil, Pembentukan Jaringan, Pengajuan Pertanyaan Apresiatif, dan lain-lain. Pada tahun 2009, JMS mengadakan survei tentang efektifitas keempat MoU yang ada. Studi ini membandingkan kepuasan masyarakat dengan kualitas pelayanan kesehatan di empat desa dengan CC dan MoU dan dua desa tanpa CC dan MoU. Hasilnya menunjukkan bahwa responden di desa-desa dengan MoU lebih puas dengan ketersediaan dan akses terhadap informasi dari Puskesmas dibandingkan dengan desa-desa lainnya (tingkat kepuasan di atas 80% dengan Puskesmas Meninting dan Penimbung dibandingkan dengan rata-rata 50% untuk Puskesmas Kediri dan Sedayu, dimana tidak ada MoU).

8 Terjemahan tidak resmi MoU antara CC Mandiri dan Puskesmas Penimbung di Desa Kekeriberisikan: 'Kedua pihak menyepakati jam buka Puskesmas; Kedua pihak sepakat bahwa selama jam layanan, tidak diperbolehkan untuk melakukan pelayanan lain yang tidak berhubungan dengan kesehatan, dan pelayanan kesehatan harus diberikan sesuai kebutuhan masyarakat; Jaminan pelayanan bagi masyarakat miskin; Keluhan dapat dilayangkan secara tertulis atau verbal, melalui mekanisme yang ada; Keluhan harus segera ditanggapi; Isu-

isu yang belum diatur dalam perjanjian ini akan diatur secara rinci di dalam lampiran; Perjanjian ini berlaku sejak diundangkan.'

Kotak 1 – *Gawe Rapah*

Gawe rapah adalah tradisi berabad-abad dari kelompok etnis Sasak di Lombok. Hal ini mengacu pada pertemuan resmi antara masyarakat dan pejabat publik untuk mendiskusikan isu-isu pelayanan publik dan menemukan solusinya. Kata *Gawe* berarti 'pertemuan besar', sementara *rapah* berasal dari kata Arab *arafah*, yang berarti damai.

Masyarakat Sasak tidak mengukur hubungan antara masyarakat dan pimpinannya dengan hierarki siapa memimpin siapa. Mereka mendasari hubungan antara rakyat dan pejabat menurut norma-norma seperti *sebung* (menjaga), *sewirang* (membela) dan *sejukung* (bersama-sama). Makna *gawe rapah* jika masyarakat merasa pemerintah telah mengambil kebijakan yang salah, terdapat forum untuk mengutarakan dan menyampaikan aspirasi dan kritik mereka. Para pejabat merasa wajib menanggapi aspirasi masyarakat tersebut. Biasanya masyarakat menghindari menyampaikan kritik di luar forum *gawe rapah*. Dari semangat inilah, sinergi antara masyarakat dan pimpinannya menjadi sangat penting untuk menjamin terlaksananya pelayanan publik yang baik.

(Rais & Suhaimi, 2012)

Hasil positif ini memberikan dorongan untuk menguji ide-ide lainnya, seperti revitalisasi forum-forum tradisional antara masyarakat dan lembaga pemerintahan setempat, seperti *gawe rapah* (Kotak 1, lihat juga Igit, 2011).

Pada bulan Februari 2010, JMS dan anggota jaringannya menyelenggarakan *gawe rapah*, yang membuahkan hasil antara lain komitmen Bupati untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Keputusan ini dilanjutkan pada tahun 2011 dengan sebuah MoU antara Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dan JMS, yang mencakup seluruh Puskesmas se-Kabupaten Lombok Barat. Dasar pemikirannya adalah, dalam rangka mempercepat proses peningkatan pelayanan kesehatan, sebuah MoU yang berlaku di seluruh kabupaten akan lebih bermanfaat dan cepat dibanding pemben-

tukan CC di semua desa dan baru kemudian membuat MoU dengan Puskesmas.

Pada tahun 2012, Lembaga Studi dan Bantuan Hukum (LSBH) – anggota jaringan JMS – mengadakan survei kepuasan publik terhadap pelayanan kesehatan atas permintaan dari Bupati Lombok Barat. Hasilnya menunjukkan bahwa enam dari sepuluh Kecamatan di Lombok Barat memiliki kepuasan di atas 50% (Narmada 78%, Kuripan 78%, Batu Layar 76%, Lingsar dan Labuapi 72%, serta Gunung Sari 56%) (LSBH, October 2012, pp. 124-136). Hasil ini digunakan sebagai masukan untuk *gawe rapah* kedua di tahun 2012, serta perencanaan tahunan oleh Dinas Kesehatan.

MoU antara JMS dan Dinas Kesehatan Lombok Barat, yang terpenting, juga berhasil membantu mengurangi ketidakpercayaan

dan keraguan yang secara tradisi selalu ada di Indonesia, yaitu antara pemerintah dan aktor-aktor non pemerintah. Dengan adanya MoU ini, JMS telah memperkuat legitimasi yang diperlukan untuk memberikan bantuan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten. Sebagai mitra, JMS telah memberikan pendanaan tambahan, pengembangan kapasitas, dan masukan terhadap rencana kesehatan dan implementasinya. Sebagaimana dikatakan oleh salah satu pejabat publik, *'lebih banyak orang yang membantu memikirkan bagai-*

mana kita mempunyai masyarakat yang sehat, lebih baik.' Selain itu, MoU antara Dinas Kesehatan dan JMS telah membantu memperluas pengumpulan data mengenai pelayanan kesehatan, yang merupakan tanggung jawab Dinas Kesehatan.

Bagian berikutnya menggambarkan perubahan yang dibawa oleh MoU serta bagaimana hal ini telah mengubah sikap dan perilaku pemeran-pemeran utama dalam cerita ini.

3

Hasil

MoU tersebut membantu membangun kembali kepercayaan antara masyarakat dan penyedia layanan kesehatan. Informasi dan sesi berbagi yang berlangsung selama proses MoU, dan dengan menggunakan forum tradisional seperti *gawe rapah*, berkontribusi terhadap keputusan yang diambil oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Hal tersebut, yang terpenting, memberikan kesempatan bagi para pejabat di bidang kesehatan untuk mengkomunikasikan permasalahan, rencana, dan pencapaian mereka, sehingga memperkuat akuntabilitas penyedia layanan kesehatan terhadap masyarakat. Sejauh ini, 45 CC telah dibentuk. Terdapat total 132 desa di Kabupaten Lombok Barat dan penambahan jumlah CC telah difasilitasi bukan hanya oleh JMS, tetapi juga melalui upaya semua CC yang telah ada. Mekanisme CC mulai meraih popularitas setelah *gawe rapah* tahun 2010, yaitu ketika cerita keberhasilan yang muncul dari MoU Puskesmas dan empat CC pertama dibagikan.

Meskipun desa-desa dengan CC menunjukkan partisipasi masyarakat yang lebih tinggi di dalam memonitor pelayanan kesehatan, rencananya hanyalah membentuk CC apabila hal tersebut masuk akal untuk dilakukan. Kelompok lain yang sudah ada, misalnya kader desa, kader posyandu (pos

pelayanan terpadu)⁹, serta kelompok yang dibentuk oleh program lain, seperti Program Nasional untuk Pemberdayaan Masyarakat (PNPM), dapat berfungsi sebagai CC.

Apa saja perubahan kunci yang telah muncul dari MoU?

Staf Puskesmas kini lebih bertanggung jawab dan mengikuti jam kerja. Mereka lebih sopan dan tidak terlalu bersikap diskriminatif terhadap masyarakat miskin atau masyarakat tanpa surat-surat yang lengkap. Hal ini ditunjukkan dengan berkurangnya komplain mengenai diskriminasi terhadap staf Puskesmas. Setiap kunjungan ke Puskesmas direkam. Informasi tentang pelayanan kesehatan disediakan bagi pengunjung dan pasien dengan diagram alur yang dipasang di Puskesmas.

Sebelum adanya MoU, masyarakat atau perwakilan masyarakat tidak ikut serta dalam pertemuan-pertemuan dengan Puskesmas. Kini terdapat lokakarya bulanan dan pertemuan triwulanan yang melibatkan CC dan Puskesmas. Hal ini berarti warga masyarakat dilibatkan dalam membuat

⁹ Posyandu tidak sama dengan klinik, di mana posyandu berperan sebagai unit terdepan pelayanan kesehatan seperti untuk perawatan selama hamil dan sebelum melahirkan, pertolongan pertama dan imunisasi.

keputusan dan perencanaan dengan Puskesmas, di mana hal ini telah meningkatkan transparansi dalam pengambilan keputusan: *'CC mengerti masyarakat mereka dan permasalahan yang mereka hadapi,'* kata seorang anggota CC, *'dan proses pengambilan keputusan Puskesmas menjadi lebih baik dikarenakan pengetahuan dan interaksi yang didapat dari CC.'*

MoU tersebut memungkinkan pembagian informasi dan data secara dua arah. Sementara CC menangani sebagian besar komplain yang masuk, Puskesmas memberikan pengetahuan teknis mengenai peraturan di bidang kesehatan serta penyakit kepada anggota CC dan melalui kegiatan sosialisasi di tingkat desa. Sebagian Puskesmas kini menyediakan pelayanan tambahan, misalnya pelayanan untuk masyarakat usia lanjut, berdasarkan permasalahan yang diidentifikasi melalui pertemuan bulanan dengan perwakilan CC. Lebih jauh lagi, Puskesmas menyadari bahwa CC benar-benar mengetahui apa yang terjadi di dalam masyarakat dan mereka membutuhkan pengetahuan tersebut untuk membuat keputusan yang lebih baik. Hal ini nantinya akan meningkatkan reputasi mereka dalam pelaksanaan pelayanan serta pelaporan terkait hasil-hasil kesehatan kepada Dinas Kesehatan. Salah satu anggota CC menyebutkan bahwa kerja sama yang telah ada dapat berkontribusi terhadap pengembangan proposal yang didukung oleh data dan informasi yang relevan, sehingga memiliki kemungkinan lebih besar untuk diterima pemerintah daerah guna memperoleh pendanaan. Namun, sejauh ini tidak bukti bahwa penambahan alokasi anggaran telah dilakukan.

Kolaborasi antara JMS dan Dinas Kesehatan juga berjalan dua arah, sebagaimana disebutkan oleh seorang staf Dinas Kesehatan: *'JMS telah memberikan kami informasi dari temuan analisis dampak MoU, yang juga*

digunakan untuk rencana kerja tahunan dan anggaran, sementara kami [Dinas Kesehatan] telah memberikan informasi teknis dan pengetahuan terkait pelayanan kesehatan kepada JMS dan CC.'

Interaksi dan saling berbagi hal-hal yang terkait dengan MoU juga menciptakan ruang untuk mengidentifikasi berbagai permasalahan baru, sebagaimana disorot dalam forum *gawe rapah* di tahun 2012. Anak-anak tanpa akte kelahiran (seringkali akibat dari orang tua yang tidak mendaftarkan pernikahan mereka dan tidak mempunyai surat nikah) tidak dapat didaftarkan ke sekolah. Hampir sama dengan itu, pekerja migran yang kembali ke desa tetapi belum mendaftarkan diri secara resmi tidak dapat menerima (jika berhak) pelayanan gratis di Puskesmas dan rumah sakit, karena mereka tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan kartu asuransi kesehatan.¹⁰

Pendekatan yang digunakan oleh ACCESS dan difasilitasi oleh JMS membantu merevitalisasi forum-forum tradisional dan modal sosial. Pendekatan tersebut dibangun berdasarkan pengetahuan yang ada dan hal itu juga telah berkontribusi untuk mendorong kembali program dan pendekatan nasional yang bertujuan agar terjadi desentralisasi pelayanan kesehatan, seperti Desa Siaga dan Posyandu. Desa Siaga merupakan salah satu strategi dari Kementerian Kesehatan untuk membawa pelayanan kesehatan sedekat mungkin kepada masyarakat dengan membangun jaringan berbasis masyarakat untuk membantu ibu hamil, memberikan dukungan finansial untuk mengimbangi biaya melahirkan, menyediakan transportasi untuk membawa ibu-ibu tersebut ke pos

10 Contohnya, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil memperkirakan, di Lombok Barat masih terdapat 180.000 orang tanpa kartu identitas elektronik atau *e-ID*.

kesehatan, dll. Posyandu biasanya beroperasi satu kali dalam sebulan untuk memberikan pemeriksaan kepada ibu hamil, memantau kesehatan dan kenaikan berat badan balita, atau membuat sistem pengawasan berbasis komunitas untuk penyakit menular. Diskusi yang difasilitasi oleh JMS telah membantu mengaitkan program-program pemerintah, seperti Desa Siaga, dengan inisiatif kesehatan terdepan dan partisipatif seperti Posyandu.

Unsur yang hilang dalam cerita ini

Satu unsur yang hilang dari cerita ini adalah semacam analisis dari umpan balik mengenai pelayanan kesehatan. JMS telah melakukan analisis dan survei mengenai dampak MoU, dan CC mencatat semua keluhan yang mereka terima dari warga masyarakat. Dalam satu kasus (di Desa Keker), catatan tersebut mundur hingga tahun 2003. Pada kasus ini, pencatatan telah menjadi suatu cara kerja dan telah persiapan fondasi untuk pengumpulan data yang lebih komprehensif ke dalam basis data yang dapat memverifikasi data populasi dan kemiskinan di desa dengan menggunakan basis data desa, visualisasi menggunakan Quantum GIS dan sebuah portal *online* (Sistem Administrasi dan Informasi Desa atau SAID). Contohnya, dalam kasus di Desa Keker, terdapat pengumpulan data, namun analisis tren keluhan atau perubahan persentase dari tahun ke tahun masih terbatas. Mengapa demikian? Karena pembagian antara CC dan Puskesmas hanyalah secara verbal dan tidak berdasarkan laporan atau penelitian. Sejauh ini, tidak ada Puskesmas atau Dinas Kesehatan yang meminta analisis data yang dipunyai CC. Hal ini sebagian karena budaya, namun juga ditentukan oleh urgensi keputusan yang harus diambil perwakilan

masyarakat dan penyedia layanan kesehatan untuk mengatasi berbagai masalah yang timbul, sehingga waktu yang tersisa untuk melakukan analisis hanya tinggal sedikit atau tidak ada sama sekali.

Peran ACCESS

Pemberi dana, ACCESS, tidak disebutkan sebagai pemeran utama dalam cerita ini selama wawancara dan diskusi kelompok terarah oleh CC, warga masyarakat, dan pejabat pemerintah daerah. Ini merupakan hal yang positif. Peran utama cerita ini adalah mereka yang bekerja langsung di lapangan, yaitu JMS, CC, dan Puskesmas, yang dengan berbagi dan bertukar pengetahuan serta membangun kepercayaan, telah menghasilkan peningkatan dalam pelayanan kesehatan. Satu responden menyebutkan bahwa *'jika ACCESS berada di depan atau di tengah-tengah aksi ini, hal itu merupakan hal yang buruk, karena itu artinya proyek ini telah gagal.'* Peran ACCESS adalah untuk menyarankan cara-cara bekerja yang inovatif, seperti Pengajuan Pertanyaan Apresiatif dan Pemetaan Hasil serta alat bantu lainnya, dan juga memberikan masukan dalam hal pengembangan kapasitas untuk mengembangkan kerangka kerja monitoring yang dapat digunakan oleh JMS untuk menilai perubahan yang dihasilkan oleh MoU. Pengembangan kapasitas tersebut diberikan oleh mitra strategis, seperti PATTIRO dan YAPPIKA (Yayasan Penguatan Partisipasi, Inisiatif dan Kemitraan Masyarakat Indonesia). Hal ini telah memungkinkan adanya pendekatan yang adaptif dan oportunistik, yang sejalan dengan ide bahwa proyek merupakan eksperimen sosial, dimana pembelajaran dan adaptasi adalah unsur kunci untuk mencapai hasil-hasil yang positif (Rondinelli, 1992).

Kesimpulan 4

Terdapat 45 desa yang memiliki CC dan MoU dengan Dinas Kesehatan yang mencakup seluruh 15 Puskesmas di Lombok Barat. Jumlah ini didapatkan dari kerangka monitoring dan evaluasi yang dikembangkan oleh ACCESS dan JMS. Cerita Perubahan ini melengkapi jumlah tersebut dengan gambaran perubahan dalam sistem pelaksanaan pelayanan kesehatan, termasuk: masyarakat yang lebih diberdayakan; pengaturan perwakilan masyarakat yang lebih baik; akuntabilitas penyedia layanan kesehatan yang meningkat; kepuasan dengan pemberian pelayanan kesehatan yang meningkat; penemuan (kembali) forum-forum dan ruang-ruang tradisional untuk berbagi pengetahuan (berbasis non-penelitian); dan yang tak kalah pentingnya, pengakuan bahwa berbagi pengetahuan (berbagai jenis pengetahuan) membantu membuat keputusan yang lebih terinformasi.

Apa pesan dari Cerita Perubahan ini terkait program dan peningkatan pelaksanaan kegiatan? Salah satu informan kami menyebutkan bahwa kebijakan nasional itu penting, tapi kebijakan tersebut dilaksanakan di tingkat daerah: *'disanalah kebijakan itu didefinisikan'*. Keputusan yang diambil di tingkat daerah berdampak langsung pada kehidupan masyarakat. Kebijakan nasional harus diterjemahkan menjadi praktik-praktik yang lebih baik melalui keputusan-keputusan yang diambil di tingkat daerah.

Cerita ini menunjukkan bahwa apabila keputusan diambil bersama-sama oleh badan pemerintah dan perwakilan masyarakat, serta terinformasi oleh pengetahuan setempat, akan terjadi peningkatan yang nyata.

Dapatkah hal ini direplikasi atau diulang? Kami pikir bisa. Bagaimana? Dengan mereplikasi prinsip-prinsip pelibatan pemeran-pemeran yang ada, menggunakan ruang-ruang tradisional untuk berbagi pengetahuan, membangun basis pengetahuan yang memperbolehkan intervensi yang menyesuaikan dengan situasi setempat serta menerima ambiguitas dan ketidakpastian, bukan merancang cetak biru. Hal ini membantu menemukan solusi yang *paling cocok* dengan kondisi dan norma serta nilai-nilai tradisional setempat (Booth, 2011a; Booth, 2011b; Woolcock, 2013). Pada akhirnya, intervensi sebagaimana dikisahkan dalam Cerita Perubahan ini, seperti dicatat oleh Albert O. Hirschman (lihat Gladwell, 2013), tak ubahnya seperti sebuah perjalanan: memerlukan adaptasi, imajinasi, kreativitas, dan kemauan untuk belajar, sehingga dapat membantu 'memprediksi yang tidak bisa kita prediksi, dan bereaksi ketika kita tidak mampu bereaksi' (Green, 2013).

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2012). Sistem Informasi Statistik Pembangunan Daerah Tertinggal. Tabel 1. Jumlah penduduk, keluarga, penduduk miskin, dan keluarga prasejahtera dan sejahtera menurut kabupaten daerah tertinggal tahun 2012. Diunduh dari <http://kpdt.bps.go.id/index.php?Ekonomi/tabel1#>
- Bappeda Kabupaten Lombok Barat and BPS Kabupaten Lombok Barat. (2012). *Lombok Barat dalam Angka 2012*. Diunduh dari http://diperta.ntbprov.go.id/data_base2/3_lombok_barat_dalam_angka_2012.pdf
- Booth, D. (2011a). Aid, institutions and governance: What have we learned? *Development Policy Review*, 29(s1), s5–s26.
- Booth, D. (2011b). *Governance for development in Africa: Building on what works*. Policy Brief N.1 of the Africa Power and Politics Programme, a consortium research programme funded by the UK Department for International Development (DFID) and Irish Aid. London: Africa Power and Politics Programme and Overseas Development Institute. Diunduh dari <http://www.institutions-africa.org/filestream/20110406-appp-policy-brief-01-governance-for-development-in-africa-building-on-what-works-by-david-booth-april-2011>
- Gladwell, M. (2013). The gift of doubt: Albert O. Hirschman and the power of failure [Review of the book *Worldly philosopher: The odyssey of Albert O. Hirschman*, by Jeremy Adelman]. *The New Yorker*, June 24. Diunduh dari http://www.newyorker.com/arts/critics/books/2013/06/24/130624crbo_books_gladwell?currentPage=all
- Green, D. (2013). Aid on the edge of chaos: Rethinking international cooperation in a complex world [book launch video]. Direkam pada 6 November 2013 di kantor Overseas Development Institute (ODI), London. Diunduh dari <http://www.youtube.com/watch?v=5Lww7Hyj6Gc>
- Igit, R. A. (2011). *Gawe rapah, cara orang Sasak berdemokrasi*. 20 February. Diunduh dari <http://m.kompasiana.com/post/read/341479/1/gawe-rapah-cara-orang-sasak-berdemokrasi.html> pada 20 February 2014.
- Lembaga Studi dan Bantuan Hukum (LSBH)-NTB. (October 2012). *Kajian kepuasan masyarakat terhadap kinerja pemerintah kabupaten Lombok Barat*. Mataram: LSBH.
- Rais, R. M. & Suhaimi. (2012). *Gawe rapah warga: menilik masa lalu, menata hari ini, merangkai masa depan*. Mataram, Lombok Barat: Jaringan Masyarakat Sipil (JMS).
- Rondinelli, D. A. (1992). *Development projects as policy experiments: An adaptive approach to development administration*. London: Routledge.
- Woolcock, M. (2013). *Using case studies to explore the external validity of 'complex' development interventions*. WIDER Working Paper No. 2013/096, October 2013. Diunduh dari http://wider.unu.edu/publications/working-papers/2013/en_GB/wp2013-096/

