

e-BINTECH 5.0: DESA SIAGA COVID-19 BERBASIS EDUBIONEUROROLITECHNOPRE NEURSHIP MENUJU INDONESIA 5.0

by Dito Anurogo

Submission date: 07-Dec-2020 02:05PM (UTC+0700)

Submission ID: 1467223074

File name: Turnitin_-_e-BINTECH_5.0_DESA_SIAGA_COVID-19.doc (397.5K)

Word count: 3234

Character count: 22900

**e-BINTECH 5.0: DESA SIAGA COVID-19
BERBASIS EDUBIONEUROLITECHNOPRENEURSHIP
MENUJU INDONESIA 5.0**

Abstrak

Lokakarya daring e-Bintech 5.0 diadakan untuk menajamkan konsep desa 5.0 yang merupakan akulturasi-konstelasi multidisipliner. Dalam lokarya ini, berhasil dirumuskan *multiplatform-frameworks* sebagai pedoman dasar pengembangan-pembangunan desa menuju kejayaan Indonesia. Diperlukan sinergi platform *pentahelix* (akademisi, bisnis, pemerintah, komunitas, media) didukung *stakeholders* terkait untuk pembinaan desa futuristik menuju terciptanya Indonesia 5.0, terutama dalam hal kemudahan investasi, simplifikasi birokrasi dan administrasi.

Kata Kunci: *Desa 5.0, edubioneurolitechnopreneurship, pentahelix, Indonesia 5.0.*

Pendahuluan

Berdasarkan UU tentang Desa No. 6 tahun 2014 pasal 3¹, pengaturan desa berasaskan rekognisi, subsidiaritas, keberagaman, kebersamaan, kegotongroyongan, kekeluargaan, musyawarah, demokrasi, kemandirian, partisipasi, kesetaraan, pemberdayaan, dan keberlanjutan. Oleh karena itu, diperlukan *smart-healthy village 5.0* atau desa cerdas-sehat yang futuristik. Di era *new normal*, Desa Siaga COVID-19 merupakan keniscayaan. Membangun Indonesia, dimulai dari membangun desa. Desa percontohan nasional yang telah berhasil menjadi kampung siaga Covid-19 adalah Desa Jomboran di Klaten.²

Metode

Platform penyuluhan *digital* ini bertujuan membentuk tenaga medis, terutama dokter dan dokter spesialis yang peduli-paham bagaimana memajukan dan memberdayakan potensi desa demi kejayaan Indonesia. Desa cerdas-sehat-futuristik dapat dibangun berbasis *edubioneurolitechnopreneurship*, yakni: edukasi, bioteknologi, biologi molekuler, biomedis, kedokteran (terutama neurosains/neurologi), kesehatan masyarakat, literasi, teknologi informasi, *enterpreneurship* (kewirausahaan), dan aspek lainnya yang sesuai untuk kemajuan desa, menuju terwujudnya Indonesia jaya. Aplikasi digital yang terpilih sebagai wahana penyampai adalah Doctor to Doctor (D2D) dikarenakan telah diakui secara resmi oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Metode yang dilakukan adalah deskriptif-naratif berupa seminar, diskusi interaktif, dan pembelajaran mandiri melalui media digital.

Hasil

Berdasarkan ToR yang telah dimusyawarahkan bersama, terdapat 12 pembicara dan 1 moderator yang setuju untuk berpartisipasi aktif pada hari Ahad, 12

Juli 2020 dari jam 09.00 WIB hingga selesai. Masing-masing pembicara mendapatkan kesempatan berbagi ilmu maksimal 15 menit atau hingga materi selesai (fleksibel). Terdapat satu pembicara (Rasyid Alfari) yang berhalangan hadir dikarenakan padatnya aktivitas. *Flyer* / poster kegiatan tampak pada gambar berikut ini.



Flyer Webinar

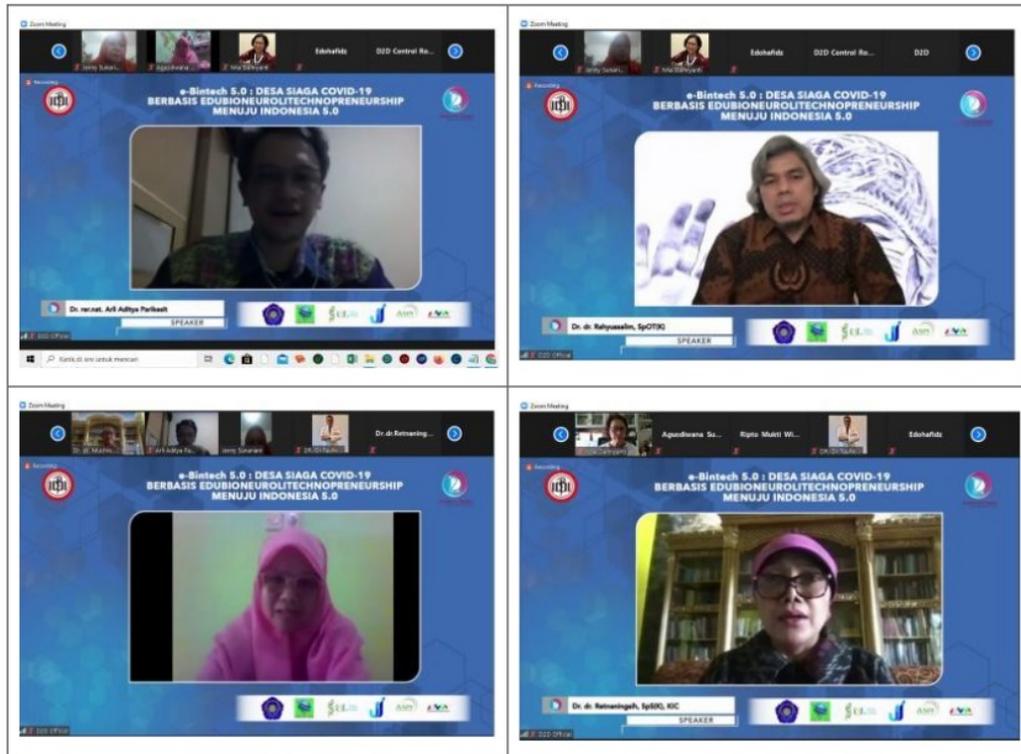
Hasil kegiatan ini berupa video webinar yang dapat diakses selamanya melalui <https://d2d.co.id/?type=webinar&title=webinar-e-bintech-50--desa-siaga-covid-19-berbasis-edubioneurolitechnopreneurship-menuju-indonesia-50&hash=MTIOMw>. Saat webinar berlangsung, menurut catatan internal D2D, webinar ini diikuti 1867 orang, yang terdiri dari profesi koas, dokter umum, dan dokter spesialis.

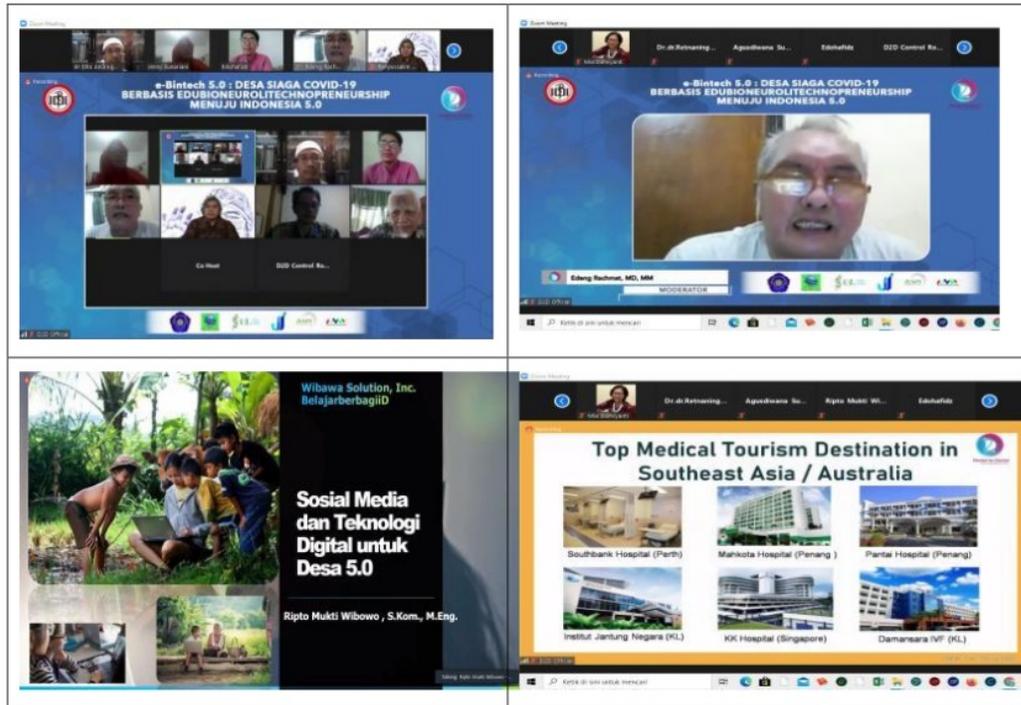
Webinar yang berlangsung di aplikasi D2D ini pada 18 Oktober 2020 telah diakses sekitar 12617 orang, yang terdiri dari dokter, dokter spesialis, dan pengakses aplikasi D2D. Webinar yang berlangsung selama 4 jam 27 menit 55 detik ini juga dapat diakses melalui Youtube.



Link URL Webinar di You Tube: <https://youtu.be/XlrZEgBAmUM>

Beberapa contoh *screenshot* aktivitas webinar terlihat pada pada gambar ini:





Diskusi

Kegiatan webinar ini membahas 11 topik dari 11 narasumber (Tabel 1).

Tabel 1. Narasumber beserta Topik

No	Narasumber	Topik
1	Abdul Rahman Rahim	Desa Siaga Covid-19 Berbasis Entrepreneurship menuju Indonesia 5.0
2	Agusdiwana Suarni	<i>The Art of BUMDES Financial Reports</i>
3	Arli Aditya Parikesit	Pengembangan Desa Siaga Covid-19 berbasis Riset dan Bioinformatika menuju Indonesia 5.0
4	Dito Anurogo	<i>Healthy and Smart Village 5.0</i>
5	Jenny Sunariani	Pengembangan Desa Terpadu berbasis Riset Terpadu
6	Muchlis Achsan Udji Sofro	Desa Siaga COVID-19
7	Rahyussalim	Memasyarakatkan Riset Sel Punca di Era <i>New Normal</i>
8	Retnaningsih	Membumikan Neurologi dan Neurosains untuk Masyarakat Desa yang Futuristik

9	Ripto Mukti Wibowo	Social Media dan Teknologi Digital untuk Desa 5.0
10	Taufik Jamaan	Pemberdayaan Desa berbasis Wisata Medis menuju Indonesia 5.0
11	Veni Hadju	Menanggulangi <i>Stunting</i> dari Desa

Mari kita bahas intisari masing-masing topik. Abdul Rahman Rahim memaparkan tentang Desa Siaga Covid-19 berbasis *Entrepreneurship* menuju Indonesia 5.0. Masyarakat 5.0 (*society 5.0*) merupakan masyarakat yang berkesinambungan di mana semua orang dapat hidup dengan aman, nyaman, dan sejahtera. Masyarakat 5.0 ditandai dengan lima kemajuan. Pertama, layanan kesehatan, medis, dan keperawatan. Kedua, mobilitas tinggi, cepat, namun tetap nyaman di komunitas. Ketiga, produksi tinggi, namun sampah semakin tereliminasi. Keempat, infrastruktur dan perkembangan desa dan lingkungan sekitarnya (*urban development*) dirancang antigempa serta tanggap-tanggguh bencana. Kelima, kenyamanan transaksional dan kemudahan prosedur finansial.

Pelayanan, pemberdayaan masyarakat, dan pembangunan perlu memperhatikan beberapa komponen, yakni: pemerintah, masyarakat, institusi, sektor swasta, dan pemimpin komunitas (tokoh masyarakat). Di antara pelbagai komponen ini perlu penguatan, pemberdayaan, pergerakan, partisipasi, dan tanggung-jawab. Faktor regulasi, kebijakan, fasilitas juga berperan penting dalam proses penggerakan dan pola jejaring pemberdayaan masyarakat. Kerangka teoretis pemberdayaan masyarakat, meliputi: *developmentalisme*, pemberdayaan masyarakat, partisipatif, program pemberdayaan, dan *welfare state*.³

Model riset entrepreneur berbasis kompetensi ditentukan oleh beberapa komponen, seperti: pengetahuan, motivasi, karakteristik, dan kualitas produk-SDM. Ada pula unsur-unsur yang memengaruhi pelbagai komponen tersebut, seperti: level perusahaan (pasar, lingkungan, SDM, produksi, keuangan), gaya berpikir (perintis/pendiri, salesperson, manager, spesialis), gaya pembelajaran (akomodator, diverger, converger, asimilator), kehendak individu atau internally driven (kebutuhan untuk berprestasi, otonomi, dan kekuasaan), pengaruh luar atau externally driven (pengangguran, peluang bisnis, kekhususan bidang), fase awal (kepedulian pasar, kreativitas, fleksibilitas), fase kematangan (kepemimpinan, motivasi, perencanaan, organisasi, pengendalian finansial, birokrasi), *traits* (orientasi sosial, kepercayaan diri sendiri, keberanian mengambil risiko, ketahanan).⁴ Peran *entrepreneurship* dalam perkembangan ekonomi di suatu negara: pengembangan komunitas, pembagian dan penciptaan kesejahteraan, penciptaan pekerjaan, keseimbangan perkembangan regional, penciptaan *Gross Domestic Product* (GDP) dan pendapatan per kapita,

standar kehidupan, ekspor.⁵ Saat ini, sedang berkembang model *entrepreneurship* Islami.

Diskusi kewirausahaan Islami pada prinsipnya berbasis topik-topik utama berikut ini: integrasi, motivasi, sifat alami manusia, sistem ekonomi Islami, petunjuk/regulasi, keteladanan, dan akhlak. Kewirausahaan Islami berpedomankan kepada Alquran dan hadits, didukung oleh pengetahuan, kebijaksanaan, dan ketakwaan kepada Allah. Wirausaha/pengusaha Islami memiliki karakteristik: mendirikan sholat lima waktu, peduli akan kehalalan produk, selalu berkata-berbuat yang baik dan benar, memprioritaskan hak pelanggan/pembeli, memenuhi kewajiban zakat, selalu bersyukur, selalu bertaubat bila melakukan kesalahan.

Agusdiwana Suarni menjelaskan tentang *The Art of BUMDES Financial Reports*. Salah satu alternatif pemberdayaan produktif masyarakat desa adalah dengan mendirikan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes). Menurut Permendes (2015), BUMDes adalah badan usaha yang seluruh atau sebagian besar modalnya dimiliki oleh desa melalui penyertaan secara langsung yang berasal dari kekayaan desa yang dipisahkan guna mengelola aset, jasa pelayanan, dan usaha lainnya untuk sebesar-besarnya kesejahteraan masyarakat desa. Definisi ini juga serupa dengan UU No 06 Tahun 2014 tentang desa. Berdasarkan Permendes No 4 Tahun 2015 pasal 3, pendirian BUMDes bertujuan meningkatkan perekonomian desa, mengoptimalkan aset desa agar bermanfaat untuk kesejahteraan desa, meningkatkan usaha masyarakat dalam pengelolaan potensi ekonomi desa, mengembangkan rencana kerja sama usaha antar desa dan/atau dengan pihak ketiga, menciptakan peluang dan jaringan pasar yang mendukung kebutuhan layanan umum warga, membuka lapangan kerja, meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui perbaikan pelayanan umum, pertumbuhan dan pemerataan ekonomi desa, dan meningkatkan pendapatan masyarakat desa dan pendapatan asli desa. BUMDes dibentuk atas dasar semangat kekeluargaan, dan kegotongroyongan untuk mendayagunakan segala potensi ekonomi, kelembagaan perekonomian, serta potensi sumber daya alam, dan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.⁶

Prinsip pembukuan keuangan BUMDes tidak berbeda dengan pembukuan keuangan lembaga lain pada umumnya. BUMDes harus melakukan pencatatan atau pembukuan yang ditulis secara sistematis dari transaksi yang terjadi setiap hari. Pencatatan transaksi itu umumnya menggunakan sistem akuntansi.

Arli Aditya Parikesit memaparkan tentang Pengembangan Desa Siaga Covid-19 berbasis Riset dan Bioinformatika menuju Indonesia 5.0⁷. Beberapa poin penting dari paparannya: 1. Kecerdasan Buatan (AI) sudah dimanfaatkan untuk menghadapi pandemi COVID-19; 2. Aplikasi AI seperti robot asisten tenaga kesehatan (nakes) di

rumah sakit dan klinik. Wisma Atlet dan RS UNAIR sudah mulai menggunakan teknologi robotik tersebut; 3. AI TIDAK AKAN menggantikan nakes dan aparat desa. Mereka akan menyempurnakan tugas nakes dan aparat desa.⁸

Berikut beberapa aplikasi AI untuk publik. Pertama, secara cerdas mengotomatisasi administrasi, menjalankan fungsi *end-to-end automation*, membaca dan memvalidasi dokumentasi, manajemen kasus intelijen. Kedua, berinteraksi dengan warga negara dan pegawai pemerintah, menambah pengalaman warga negara, menjalankan peran sebagai AI *conversational*, berinteraksi dengan pegawai pemerintah. Ketiga, mendeteksi anomali, mendeteksi situasi berbahaya, mendeteksi fraud dan kriminal, serta solusi 24/7 (alias 24 jam dan 7 hari, berkesinambungan). Keempat, membantu proses pengambilan keputusan, menjalankan fungsi *insights driven action, augmenting civil servants* (memberdayakan pegawai negeri), membantu proses analisis prediktif (memperkirakan) dan preskriptif (menentukan).⁹

Dito Anurogo menjelaskan tentang *Healthy and Smart Village 5.0*. Berikut ini sembilan karakteristik Desa Sehat (*Healthy Village*). Pertama, memperhatikan aspek kebersihan dan keselamatan lingkungan. Kedua, mampu menciptakan ekuilibrium sosial melalui partisipasi/intervensi komunitas bersama seluruh warga. Ketiga, komunitas lokal memiliki akses ke beragam pengalaman, interaksi, dan komunikasi. Keempat, melestarikan tradisi, adat-istiadat, warisan sosiokulturohistoris. Kelima, memiliki layanan kesehatan sesuai standar dan kebutuhan warga serta mudah diakses. Keenam, memiliki sektor ekonomi yang beragam dan inovatif. Ketujuh, menggunakan sumber daya yang berkelanjutan untuk memberdayakan komunitas lokal. Kedelapan, mampu meningkatkan kualitas hidup mayoritas warga. Kesembilan, mampu membantu masalah kesehatan utama negara.¹⁰ Salah satu contoh desa sehat adalah Desa Bungur, Kecamatan Tulakan, Kabupaten Pacitan, Provinsi Jawa Timur. Hal ini tertuang di Peraturan Desa Bungur Nomor: 08 Tahun 2017.

Adapun desa cerdas (*smart village*) bercirikan: pendekatan bottom-up, posisi pemerintah sebagai fasilitator, posisi masyarakat sebagai *customer*, proses pengembangannya melalui penguatan, kesadaran, dan partisipasi terhadap elemen *smart village*, prioritas sasarannya: masyarakat menengah, miskin, dan belum terberdayakan, pra-syarat keberhasilan: pendekatan sosiokultural menjadi basis utama. Adanya identifikasi yang valid terhadap berbagai nilai, karakter, norma, dan masalah yang ada di masyarakat menjadi dasar keberhasilan *smart village*. Bertujuan: mewujudkan pemberdayaan, penguatan kelembagaan, peningkatan kesejahteraan masyarakat perdesaan yang didasarkan atas pemanfaatan teknologi

informasi.¹¹

Desa cerdas berbasis sumber daya (*resources*), rantai pelayanan (*services chains*), kebersinambungan (*sustainability*), institusi, teknologi. Desa cerdas juga perlu memperhatikan aspek keamanan-ketahanan pangan (termasuk makanan halal), keterikatan demokratis (partisipasi publik), kesehatan dan kesejahteraan, edukasi, bisnis lokal (UMKM).¹²

Jenny Sunariani menjelaskan tentang Pengembangan Desa Terpadu berbasis Riset Terpadu. Desa merupakan wilayah yang jauh dari pusat keramaian kota. Kondisi di desa cenderung masih alami, jumlah penduduknya sedikit, banyak lahan kosong yang umumnya dimanfaatkan untuk bertani dan berkebun. Masyarakat kota dan desa saling membutuhkan. Tanpa masyarakat desa, orang-orang yang berada di kota tidak akan terpenuhi kebutuhan pokoknya. Begitupun sebaliknya, hasil yang mereka tanam akan dijual pada masyarakat kota guna memenuhi kebutuhan mereka di desa.

Terdapat beberapa program Inovasi Desa. Misalnya: 1. Air Sungai sebagai Pembangkit Listrik Tenaga Mikro Hidro (PLTMH); 2. Teknologi Sumur Sebagai Ketersediaan Air Desa; 3. Desa Konservasi Bambu Untuk Menjaga Sumber Mata Air Dan Debit Air Embung Pertanian; 4. Penyusunan Ulang Informasi Kepemilikan Tanah Warga; 5. Mengaktifkan Kembali Bumdes Yang Dibekukan; 6. Desa Mengubah Limbah Minyak Goreng Menjadi PAD; 7. Pemanfaatan tenaga ahli untuk pengembangan Usaha Desa; 8. Membangun Sekolah Untuk Memenuhi Kebutuhan Pendidikan; 9. Membuka Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat; 10. BPJS Desa Mandiri oleh Organisasi Kesehatan Masyarakat (OKM) desa. Program inovasi desa ini sebagai implementasi dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.¹³

Muchlis Achsan Udji Sofro menjelaskan tentang Desa Siaga COVID-19. Terdapat percontohan Desa Siaga Covid-19. Pertama, Desa Bulupayung, Kecamatan Kesugihan, Cilacap, Jawa Tengah.¹⁴ Kedua, Desa Jomboran, Klaten Tengah, Jawa Tengah.¹⁵

Siklus Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan COVID-19 dilakukan melalui enam tahapan. Pertama, pendataan kesehatan warga di RT/RW/Desa. Kedua, identifikasi faktor penyebab penularan COVID-19 dan potensi wilayah. Ketiga, musyawarah masyarakat RT/RW/Desa. Keempat, menyusun rencana kegiatan. Kelima, pelaksanaan kegiatan. Keenam, keberlangsungan kegiatan. Dari

tahapan keenam kembali ke tahapan pertama, dan begitu seterusnya.¹⁶

Sepuluh strategi pencegahan Covid-19 di desa. Pertama, struktur relawan desa lawan Covid-19. Kedua, edukasi masyarakat tentang Covid-19. Ketiga, pendataan penduduk rentan sakit. Keempat, menyiapkan ruang isolasi Covid-19 di desa. Kelima, penyemprotan disinfektan, penyediaan tempat cuci tangan dan sabun/air mengalir/hand sanitizer di tempat umum. Keenam, mendirikan pos jaga gerbang desa (24 Jam). Ketujuh, penyediaan alat deteksi dini non medis berupa daftar isian/formulir sebagai pedoman wawancara. Kedelapan, persiapan dan penanganan logistik untuk antisipatif, kuratif, preventif (BUMDes, lumbung desa, dll). Kesembilan, hindari kerumunan. Kesepuluh, penyediaan informasi no telp (RS rujukan, ambulans), serta alkes berkoordinasi dengan Puskesmas/nakes di perdesaan.¹⁷

Lima strategi penanganan Covid-19 di desa. Pertama, menghubungi petugas medis dan Gugus Tugas Covid-19 Kabupaten untuk penanganan warga yang diisolasi. Kedua, melaporkan PDP ke Puskesmas/Gugus Tugas Covid-19 di Kabupaten. Ketiga, menyiapkan logistik bagi ODP selama berada di ruang isolasi. Keempat, menempatkan ODP ke ruang isolasi yang telah disiapkan. Kelima, bekerja sama dengan RS rujukan dan/puskesmas setempat.¹⁸

Rahyussalim memaparkan tentang Memasyarakatkan Riset Sel Punca di Era New Normal. Sel punca diyakini dapat digunakan untuk mengisi dan memperbaharui sel jaringan yang rusak akibat berbagai penyakit. Sel punca memiliki karakteristik 4R, yakni: *Replace, Restore, Regenerate, dan Rejuvenate*.¹⁹

Mengapa perlu melakukan riset sel punca? Tren penyakit saat ini, meliputi: *degenerative, cancer, trauma, metabolik, inherent, dsb*. Kesemuanya itu belum memiliki terapi pasti. Terapi sel punca sebagai salah satu pilihannya. Riset sel punca meliputi: studi *in vitro*, studi klinis, dan studi *in vivo*. Masyarakat perlu diperkenalkan tentang riset dan implementasi sel punca dalam mengatasi suatu masalah/penyakit.²⁰

Riset terdiri dari berbagai macam. Meliputi: riset dasar (*in vitro* dan *in vivo*), riset klinis, dan riset komunitas. Capaian riset antara lain berupa: publikasi, inovasi (paten), dan produk (hilirisasi komersial). Sebelas langkah pengembangan riset. Pertama, membentuk tim dan pembagian tugas. Kedua, menyusun proposal. Ketiga, menentukan lokasi. Keempat, memenuhi kaji etik dan perijinan. Kelima, mencari pendanaan. Keenam, mencari mitra (bukan hanya industri tetapi juga laboratorium uji, dll). Ketujuh, mengkoordinasikan jalannya riset. Kedelapan, mengumpulkan dan menguji data. Kesembilan, menyusun laporan dan publikasi. Kesepuluh, menyusun

draft HaKI. Kesebelas, hilirisasi.²¹

Retnaningsih memaparkan tentang Membumikan Neurologi dan Neurosains untuk Masyarakat Desa yang Futuristik. Perbedaan fasilitas perdesaan dan perkotaan dipengaruhi multifaktor. Pertama, sikap dan pengetahuan. Masyarakat perdesaan cenderung memiliki sikap pasrah dan pengetahuan yang kurang. Masyarakat perkotaan cenderung memiliki sikap kritis dan pengetahuan yang tinggi. Kedua, pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan di perdesaan cenderung terbatas, akses terhadap keterangan dan informasi kesehatan terbatas, dan keterjangkauan kurang karena tidak didukung faktor geografi dan ekonomi. Fasilitas pelayanan kesehatan di perkotaan cenderung bagus karena dukungan faktor geografi dan ekonomi. Ketiga, kependudukan. Kepadatan penduduk di perdesaan masih relatif rendah dengan keturunan yang relatif homogen. Kepadatan penduduk di perkotaan tinggi dengan keturunan yang heterogen. Maksudnya, terdiri dari beragam suku bangsa.²²

Perbedaan Permasalahan Kesehatan di Perdesaan dan Pedesaan Perkotaan. Lima penyebab kematian berikut ini lebih sering dijumpai pada penduduk perdesaan (*rural country*) dibandingkan penduduk perkotaan (*urban country*): kanker, penyakit jantung, cedera tak disengaja (*unintentional innury*), penyakit saluran pernapasan bagian bawah kronis (*chronic lower respiratory disease*), dan stroke.

Akses layanan kesehatan di beberapa daerah terutama pedesaan berbeda dengan perkotaan, maka yang terpenting adalah bagaimana meningkatkan akses ke seluruh Indonesia untuk memudahkan akses layanan kesehatan. Salah satu akses layanan kesehatan yang solutif di masa pandemi adalah *telehealth* atau *telemedicine*.²³ Dalam *telemedicine*, ada beberapa keluhan ringan yang dapat dikonsultasikan ke dokter atau ahli neurologi. Misalnya: nyeri kepala ringan, nyeri pinggang ringan yang baru dirasakan beberapa saat dan belum mendapatkan obat pereda nyeri sebelumnya, kesemutan dan baal-baal ringan, penderita sisa stroke dan tidak ditemukan defisit neurologi fokal dan global. Penderita epilepsi yang sudah pernah kontrol sebelumnya dan mendapatkan pengobatan epilepsi secara rutin. Konsultasi hasil laboratorium atau radiologi di bidang neurologi.²⁴

Ripto Mukti Wibowo memaparkan tentang *Social Media* dan Teknologi Digital untuk Desa 5.0. Desa Digital (*digital village*) membahas konsep tentang pengembangan desa dengan memanfaatkan teknologi digital dan internet baik dalam pelayanan publik maupun pengembangan kawasan dan potensi desa, seperti infrastruktur, pemasaran, teknologi informasi, komunikasi, transportasi, zonasi, irigasi, drainasi, dan energi. Dengan desa digital diharapkan mampu untuk

menurunkan biaya dan meningkatkan pelayanan publik serta taraf hidup masyarakat desa.

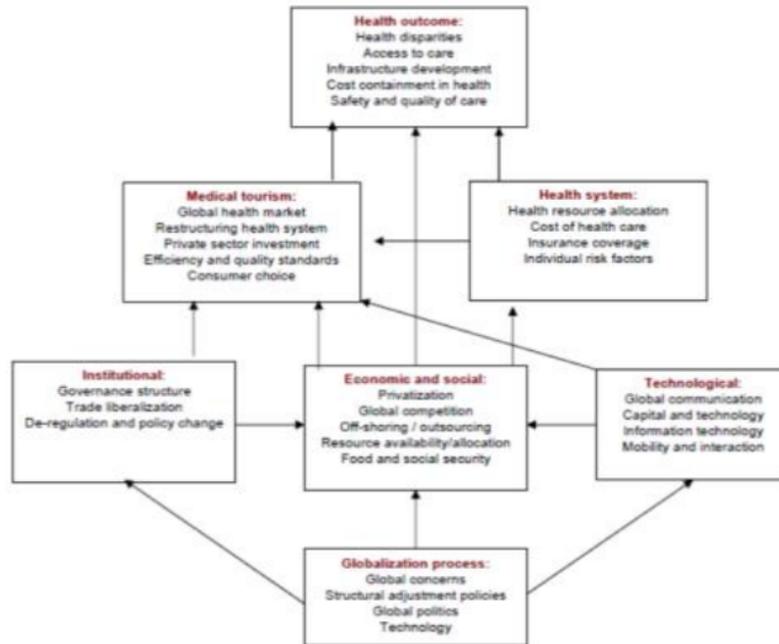
Di Indonesia, terdapat sejumlah desa digital. Misalnya: Desa Lamahu, Kabupaten Bone Bolango, sebagai Desa Digital Percontohan tahun 2017. Desa ini telah menggunakan sistem *command center* dengan CCTV di tiap sudut jalan yang digunakan untuk memudahkan tindak lanjut cepat tanggap akan kondisi darurat Kamtibmas maupun darurat kesehatan. Desa ini juga menggunakan aplikasi berbasis Android untuk memudahkan layanan kependudukan dan penyampaian aspirasi masyarakat.²⁵

Contoh desa digital lainnya adalah Desa Puntang, Kecamatan Losarang, Kabupaten Indramayu. Desa ini menerapkan NB-IoT (*Narrowband Internet of Things*) pada alat *automatic fish feeder* dari e-Fishery untuk memberi makan ikan secara efisien karena otomatis dan mempercepat siklus panen ikan. Teknologi ini memudahkan analisis budidaya ikan, kualitas dan kondisi air secara *real time*.²⁶

Taufik Jamaan membahas tentang Pemberdayaan Desa berbasis Wisata Medis menuju Indonesia 5.0. Wisata medis (*medical tourism*) didefinisikan sebagai praktik bepergian ke negara lain dengan tujuan memperoleh perawatan kesehatan (operasi elektif, perawatan gigi, perawatan reproduksi, transplantasi organ, pemeriksaan kesehatan, dll).²⁷ Ini tidak termasuk wisata kesehatan (*wellness tourism*), yang mengacu pada spa kunjungan (*visiting spa*), perawatan homeopati, atau terapi tradisional.²⁸ Ada beberapa alasan mengapa orang melakukan wisata medis: sebagian orang tidak mampu perawatan kesehatan di negara asalnya, yang lainnya tidak mampu menunggu sistem nasional mereka untuk memberikan pengobatan, beberapa terapi atau perawatan tertentu tidak tersedia di semua negara.²⁹

Beberapa destinasi pariwisata medis di Asia Tenggara dan Australia: Sunway Medical Centre (Malaysia), Mount Elizabeth (Singapore), Prince Court Medical Center (Malaysia), Bumrungrad International Hospital (Thailand), St. Luke's Medical Center (Philippines), Van Han Hospital (Vietnam), Southbank Hospital (Perth), Mahkota Hospital (Penang), Pantai Hospital (Penang), Institut Jantung Negara (KL), KK Hospital (Singapore), Damansara IVF (KL). Rumah Sakit Indonesia, terutama yang berlokasi di Jakarta dan kota-kota besar siap menjawab tantangan *medical tourism*. Misalnya: RS Siloam, RS Bunda, RS Medistra Jakarta, RS MMC, RS Kanker Dharmais, RS Jantung Harapan Kita, RS Pelni, RS Mayapada, RSCM Kencana, RSCM Kirana, BIC Morula IVF, RS Omni, RS Bintaro, RS Pusat Otak Nasional, RS Premier, RSPAD Gatot Subroto, RS Pondok Indah, RS Pusat Pertamina, RS Hermina.

Berikut ini *framework* konseptual globalisasi dan *medical tourism*:³⁰



Berdasarkan *framework* ini, jelaslah bahwa *medical tourism* dipengaruhi oleh luaran kesehatan, sistem kesehatan, teknologi, ekonomi dan sosial, institusional, serta proses globalisasi.

Veni Hadju menjelaskan problematika bertema Menanggulangi *Stunting* dari Desa. *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis sehingga anak lebih pendek untuk usianya. Hal ini disebabkan karena kekurangan gizi, yang terjadi sejak bayi dalam kandungan dan di masa awal kehidupan. Singkatnya, *stunting* merupakan kondisi anak pendek akibat kurang gizi kronis dan adanya penyakit infeksi. Di tingkat negara, *stunting* memiliki dampak signifikan. Misalnya: menghambat pertumbuhan dan ekonomi, menurunkan produktivitas kerja, berkurangnya 11% GDP, turunnya pendapatan pekerja dewasa hingga 20%.³¹

Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa pra-hamil, saat kehamilannya dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Apabila dihitung dari sejak hari pertama kehamilan, kelahiran bayi sampai anak usia 2 tahun, maka periode ini merupakan periode 1000 hari pertama kehidupan manusia. Periode ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan. Oleh karena itu periode ini ada yang menyebutnya sebagai "periode emas" atau "periode kritis". Bank Dunia di tahun

2006 menyebutnya sebagai "*window of opportunity*". Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1000 HPK, namun status gizi remaja putri atau pranikah memiliki kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu. Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi.

Kesimpulan

Desa 5.0 merupakan suatu pengembangan wilayah berbasis komunitas multikompleks yang lintas-multidisipliner, melibatkan aspek edukasi, bioinformatika, biologi molekuler, kedokteran (termasuk neurologi-neurosains), kesehatan masyarakat, teknologi informasi, sosial-ekonomi (seperti: kewirausahaan). Desa 5.0 juga bisa memanfaatkan teknologi tingkat lanjut seperti mendevlop suatu riset (sel punca) dan kecerdasan buatan (AI), namun hal tersebut akan memerlukan strategi yang bersifat kolaboratif.

Diperlukan sinergi-kolaborasi *platform* pentahelix ABGCM (akademisi, bisnis, pemerintah, komunitas, media) didukung *stakeholders* lain untuk pengembangan desa futuristik menuju terciptanya Indonesia 5.0, terutama dalam hal kemudahan investasi, simplifikasi birokrasi dan administrasi.

Pengakuan

Aktivitas pengabdian masyarakat ini dapat terlaksana berkat dukungan dana hibah internal dari Lembaga Penelitian Pengembangan dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) Universitas Muhammadiyah (Unismuh) Makassar. Para penulis juga berterima kasih kepada: *International PhD Program for Cell Therapy and Regeneration Medicine (IPCTRM) Taipei Medical University (TMU) Taiwan, Indonesia International Institute for Life Sciences (I3L), Asosiasi Sel Punca Indonesia (ASPI), Wibawa Solution, Inc., Belajarberbagi.ID, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) Jakarta, Asosiasi Wisata Medis Indonesia (AWMI), RSUP Dr Kariadi Semarang, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (FK UNDIP) Semarang, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga (FKG Unair) Surabaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (FKM Unhas) Makassar, Sahabat Literasi Indonesia, Jenewa Institute, School of Life Institute* atas doa, dukungan, supervisinya sehingga kegiatan daring ini dapat terselenggara dengan optimal, maksimal, serta berkesinambungan.

e-BINTECH 5.0: DESA SIAGA COVID-19 BERBASIS EDUBIONEUROOLITECHNOPRENEURSHIP MENUJU INDONESIA 5.0

ORIGINALITY REPORT

0%

SIMILARITY INDEX

0%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

Exclude quotes On

Exclude matches < 10%

Exclude bibliography On