STRATEGI PUSKESMAS MASARAN II SRAGEN
DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN

S K R I P S I

Diajukan Kepada Fakultas Dakwah
Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Memperoleh Gelar
Sarjana Sosial Islam (S.Sos.I)
Dalam Ilmu Pengembangan Masyarakat Islam

O l e h :

HABIBAH NUR'AINI
0 2 2 3 1 0 9 6

JURUSAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT ISLAM

FAKULTAS DAKWAH

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA

YOGYAKARTA

2 0 0 8

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

ABSTRAK

Kesehatan merupakan salah satu hak dan kebutuhan dasar setiap orang untuk meningkatkan standar kesejahteraan kehidupannya, baik secara sosial, ekonomi, politik, maupun spiritual. Akan tetapi sebagian masyarakat di wilayah kecamatan Masaran yang keadaan ekonominya lemah mempunyai keterbatasan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya tersebut.

Puskesmas Masaran II Sragen sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, berusaha untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat di wilayah yang termasuk tanggung jawabnya. Upaya yang dilakukan Puskesmas Masaran II Sragen adalah dengan menyusun strategi pembangunan kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat miskin yang berbasis pemberdayaan masyarakat.

Penelitian ini mengkaji upaya yang dilakukan Puskesmas Masaran II Sragen untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di wilayah kerjanya dengan memaksimalkan partisipasi masyarakat.

Penelitian ini merupakan studi kasus yang bersifat analisis-deskriptif. Adapun unit analisisnya adalah Puskesmas Masaran II Sragen. Subyek penelitian adalah petugas Puskesmas yang memiliki peran penting dalam penyusunan dan pelaksanaan strategi, serta sebagian masyarakat miskin di wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen sebagai subyek dan obyek strategi pembangunan kesehatan.

Puskesmas Masaran II Sragen menggunakan dua strategi utama dalam pembangunan masyarakat miskin, yaitu pengembangan Desa Siaga dan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). Desa Siaga merupakan suatu usaha memberdayakan masyarakat untuk memelihara dan mengupayakan kesehatan secara mandiri. Perkesmas adalah perawatan kesehatan masyarakat miskin yang difokuskan pada perawatan kesehatan keluarga dan komunitas. Dua strategi ini membangkitkan kesadaran masyarakat untuk memelihara kesehatannya sendiri sehingga mereka mampu menjaga derajat kesehatan tetap optimal.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Suyanto, S. Sos., M.Si.
Dosen Fakultas Dakwah
UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

NOTA DINAS PEMBIMBING

Hal : Naskah Skripsi
Sdri. Habibah Nur'aini

Kepada Yang Terhormat
Dekan Fakultas Dakwah
UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta
di Yogyakarta

Assalamu'alaikum wr. wb.

Setelah membaca, meneliti, dan mendiskusikan serta memberikan bimbingan seperlunya, maka kami selaku pembimbing menyatakan bahwa naskah skripsi saudari:

Nama : Habibah Nur'aini
NIM : 02231096
Jurusan : Pengembangan Masyarakat Islam
Judul : **STRATEGI PUSKESMAS MASARAN II SRAGEN DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN**

telah memenuhi syarat untuk diajukan kepada Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta sebagai salah satu persyaratan guna memperoleh gelar sarjana Strata Satu (S-1) dalam Ilmu Pengembangan Masyarakat Islam.

Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih dan harap menjadi maklum adanya.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Yogyakarta, 21 April 2008

Pembimbing,

Suyanto, S.Sos., M.Si.
NIP. 150 233 520

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga FM-UINSK-BM-05-07/R0

PENGESAHAN SKRIPSI/TUGAS AKHIR
Nomor : UIN.02/DD/PP.00.9/ 298 /2008

Skripsi/Tugas Akhir dengan judul : **STRATEGI PUSKESMAS MASARAN II SRAGEN DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Habibah Nur'aini
NIM : 02231096
Telah dimunaqasyahkan pada : Kamis, 8 Mei 2008
Nilai Munaqasyah : B +
Dan dinyatakan telah diterima oleh Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga

TIM MUNAQASYAH :

Ketua Sidang

Suyanto, S.Sos., M.Si.
NIP. 150233520

Penguji I

Drs. H. Afif Rifai, MS
NIP. 150222293

Penguji II

Drs. Mokh. Nazili, M.Pd.
NIP. 150246398

Yogyakarta, 09 Mei 2008
UIN Sunan Kalijaga
Fakultas Dakwah
DEKAN

DEPARTEMEN AGAMA FAKULTAS DAKWAH YOGYAKARTA UIN SUNAN KALIJAGA

Prof. Dr. H. M. Bahri Ghozali, MA
NIP. 150220788

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

M O T T O

مَآاَصَابَكَ مِنْ حَسَنَةٍ فَمِنَ اللهِ وَمَآ اَصَابَكَ مِنْ سَيِّئَةٍ فَمِنْ نَّفْسِكَ

"Apa saja nikmat yang kamu peroleh adalah dari Allah, dan apa saja bencana yang menimpamu, maka dari (kesalahan) dirimu sendiri."

(Q.S. An-Nisa' [4]: 79)

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

PERSEMBAHAN

untuk...

Bapakku, Kusyairi dan Ibuku, Siti Maimunah;
"Maafkan anakmu yang menggantung terlalu lama di pundakmu..."

Mas-mas dan mbakku, Sholehan, Kholid, Nasir, dan Ratna;
"Darah yang sama yang mengalir dalam nadi kita semoga bisa mencairkan kebekuan yang tercipta selama ini"

Mohammad Ahmadi;
"Semoga ini juga bisa jadi satu tanda kesungguhanku melangkah bersamamu"

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمنِ الرَّحِيْمِ

اَلْحَمْدُ لِلهِ الَّذِى فَضَلَ بَنِى آدَمَ بِالْعِلْمِ وَالْعَمَلِ عَلَى جَمِيْعِ الْعَالَمِ اَشْهَدُ أَنْ لاَاِلهَ الاَّ اللهِ وَحْدَهُ لاَ شَرِيْكَ لَهُ وَاَشْهَدُ أَنَّ مُحَمَّدًا عَبْدُهُ وَرَسُوْلُهُ خَيْرُالأَنَامِ وَالصَّلاَ ةُ وَالسَّلاَمُ عَلَى سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ سَيِّدِ الْعَرَبِ وَالْعَجَمِ وَعَلَى أَلِهِ وَاَصْحَابِهِ أَجْمَعِيْنَ.

Segala puji dan syukur penyusun panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, karena karunia-Nyalah penyusun senantiasa dalam lindungan dan rahmat-Nya sehingga penyusun mempunyai kekuatan dalam menjalankan ambisi dan meniti cita-cita sebagai upaya mewujudkan harapan-harapan terbaik bagi kehidupan di dunia agar bermanfaat di akhirat kelak. Tak lupa penyusun lantunkan shalawat serta salam, *allahumma shalli wa sallim 'alaih,* bagi Rasulullah Muhammad SAW yang telah mengajarkan makna hidup yang sesungguhnya. Semoga kita mendapatkan syafa'atnya.

Perjalanan panjang itu akhirnya sampai juga mengantarkan penyusun ke penghujung studi. Semua ini tentunya adalah sebuah proses yang tidak berdiri sendiri, tetapi melibatkan banyak pihak. Oleh karena itu, dalam *Kata Pengantar* ini, dengan kerendahan dan ketulusan hati, penyusun ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada Civitas Akademika UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, lebih khusus pada Dekan serta para Pembantu Dekan Fakultas Dakwah, Ketua Jurusan PMI beserta para stafnya, para dosen dan seluruh karyawan.

Ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya penyusun sampaikan kepada Bapak Suyanto, S.Sos., M.Si, yang telah rela meluangkan waktu, tenaga dan

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

pikirannya untuk membimbing dan mengarahkan penyusunan skripsi ini, serta banyak memberikan dorongan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Khusus kepada Bapak dan Ibu, serta mas-masku dan mbakku (Mas Sholehan, Mas Kholid, Mas Nasir dan Mbak Ratna), terima kasih atas doa, nasehat, dorongan, dukungan, kesabaran, jerih payah, dan kasih sayangnya selama ini. Semoga kalian bisa memahamiku seperti adanya dan memahami arti dari persaudaraan yang mengikat kita.

Terima kasih kepada keponakanku, Zahrotul Jannah At-Thohiroh yang selalu menjadi sumber inspirasi dan bagai cambuk yang melecut-lecut memaksaku untuk segera berlari. Terima kasih kepada kawan-kawan PMI A dan PMI B; Mumun, Arief, Ismail, Itak, dkk., tempat ngobrol dan berdiskusi dari hal-hal kecil sampai persoalan serius selama di Yogya. Kepada Sri Lestari dan Widodo, terima kasih atas semuanya. Kepada Mbak Chito dan Mbak Tina, terima kasih atas semua ketulusan dan petunjuknya. Kepada teman-teman ”Sangkan Paran”, terima kasih atas hiburan musiknya. Kepada teman-teman kos E II 224 terima kasih telah menemani penyusun dalam setiap suka dan duka.

Penyusun harus menyampaikan rasa terima kasih tak terbilang dengan kata kepada Mohammad Ahmadi, yang tanpa lelah selalu mengingatkan dan membantu penyusun dengan “kekerasan” dan pengertiannya. Penyusun sungguh menyadari tanpa bantuan “kekerasan” dan pengertian darinya, niscaya studi dan skripsi ini tidak akan bisa terselesaikan. Terima kasih selalu setia dan percaya kepadaku. Semoga Allah mewujudkan mimpi kita.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Terima kasih juga kepada semua pihak yang telah membantu penyusun dalam menuntut ilmu hingga terselesaikannya penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat penyusun sebutkan satu per satu. Kepada mereka semua, semoga Yang Maha Kuasa memberi balasan yang sesuai.

Akhirnya, meskipun penyusun telah berusaha semaksimal mungkin untuk menghasilkan karya yang baik, namun penyusun menyadari bahwa masih banyak sekali kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka dengan kerendahan hati penyusun mengharapkan saran dan kritik konstruktif dari semua pihak. Semoga karya ini dapat bermanfaat dunia-akhirat. *Amin ya rabbal 'alamin*.

Yogyakarta, 21 April 2008

Habibah Nur'aini

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN NOTA DINAS ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

HALAMAN MOTTO iv

HALAMAN PERSEMBAHAN v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI ix

BAB I PENDAHULUAN

A. Penegasan judul 1

B. Latar Belakang Masalah 5

C. Rumusan Masalah 9

D. Tujuan Penelitian 9

E. Kegunaan Penelitian 10

F. Telaah Pustaka 10

G. Kerangka Teori 12

H. Metode Penelitian 32

BAB II GAMBARAN UMUM PUSKESMAS MASARAN II SRAGEN

A. Tahun Berdiri dan Letak Geografis 37

B. Status dan Kedudukan 37

C. Wilayah Kerja 38

D. Azas-Azas Penyelenggaraan Puskesmas 40

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

E. Visi dan Misi 41

F. Tujuan dan Fungsi 43

G. Sumber dan Pengelolaan Dana 45

H. Sumber Daya Manusia 48

I. Susunan Organisasi 49

J. Program Kegiatan Puskesmas 51

K. Sarana dan Fasilitas 55

BAB III PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN BERBASIS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

A. Perencanaan dan Manajemen Pelaksanaan Strategi 58

B. Strategi dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin ... 64

1. Pengembangan Desa Siaga 64

2. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) 77

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan 86

B. Saran-saran 88

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Penegasan Judul

Dalam upaya memperjelas arah dan batas penelitian serta menghindari terjadinya kesalahan interpretasi dan pemahaman terhadap skripsi yang berjudul "Strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam Pembangunan Masyarakat Miskin", maka terlebih dahulu perlu untuk menegaskan pengertian dan maksud istilah-istilah yang terdapat di dalam judul tersebut.

1. Strategi Puskesmas Masaran II Sragen

Strategi secara etimologi berasal dari bahasa Yunani *strato* yang berarti pasukan dan *agenis* yang berarti pemimpin.[1] Menurut istilah, kata strategi berarti rencana yang cermat mengenai kegiatan untuk mencapai sasaran khusus,[2] atau keseluruhan keputusan kondisional tentang apa yang akan dilaksanakan guna mencapai tujuan.[3] Strategi bisa diartikan sebagai langkah yang ditempuh untuk mencapai tujuan atau memecahkan persoalan tertentu. Langkah tersebut berupa rangkaian penyusunan rencana, kebijakan, dan pelaksanaan kegiatan dengan mengacu pada realitas kondisi di lapangan sebagai pijakan utama.

---

[1] Ali Mustopo, *Strategi Kebudayaan* (Jakarta: CSIS, 1971), hlm. 24.

[2] S. Ali Yasir, "Strategi Dakwah Pedesaan", makalah disampaikan pada pembekalan peserta Praktikum Dakwah Angkatan ke-4, Fakultas Dakwah IAIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, Tahun Akademik 1994/1995. Lihat juga Pusat Pembinaan dan Pengembangan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (Jakarta: Rajawali Press, 1986), hlm. 406.

[3] A. Arifin, *Strategi Komunikasi; Sebuah Pengantar Ringkas* (Bandung: PT. Armico, 1984), hlm. 59.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.[4] Adapun yang dimaksud Puskesmas Masaran II Sragen adalah satu dari dua puskesmas yang berstatus puskesmas induk/rawat inap (UPTD) di wilayah kecamatan Masaran kabupaten Sragen yang terletak di desa Sidodadi.

Dengan demikian, yang dimaksud strategi Puskesmas Masaran II Sragen pada penelitian ini adalah sebuah penelitian tentang rencana yang disusun secara cermat oleh Puskesmas Masaran II Sragen berdasarkan kondisi realitas di masyarakat dan dilaksanakan dengan berbagai usahanya untuk mencapai tujuannya.

2. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan adalah salah satu bagian dari proses perubahan. Perubahan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu perubahan ke arah negatif dan perubahan ke arah positif. Perubahan ke arah negatif adalah sebuah perusakan atau bencana. Adapun proses perubahan dalam pembangunan adalah dari suatu kondisi tertentu ke kondisi yang lebih baik (positif).[5]

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pembangunan nasional dalam rangka pembangunan sumber daya manusia

---

[4] Hatmoko, *Sistem Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas,* Diktat mata kuliah Manajemen Kesehatan (Samarinda: Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, 2006), hlm. 1.

[5] Suharyanto, "Teori Pembangunan Masyarakat", http://aurajogja.files.wordpress.com/2006/09/teori-pembangunan-masyarakat-a5.PDF, diunduh tanggal 30 Maret 2007.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

ke arah terciptanya penduduk Indonesia yang sehat, tangguh, mandiri dan berkualitas.[6] Dari uraian tersebut dapat diambil pengertian pembangunan kesehatan, yaitu suatu proses perbaikan di bidang kesehatan melalui usaha dan prakarsa kegiatan unit pemerintahan maupun masyarakat sendiri yang bertujuan untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat diwujudkan derajat kesehatan yang optimal. Adapun obyek yang juga diposisikan sebagai subyek dari pembangunan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah masyarakat desa Kliwonan yang termasuk salah satu desa dalam wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen.

3. Masyarakat Miskin

Masyarakat adalah golongan besar dan kecil yang terdiri atas beberapa manusia yang dengan sendirinya saling mempengaruhi satu sama lain.[7] Adapun masyarakat dalam penelitian ini adalah segolongan orang yang hidup di desa Kliwonan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen.

Kemiskinan didefinisikan sebagai suatu standar tingkat hidup rendah, yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau segolongan orang, dibandingkan dengan standar kehidupan umum yang

---

[6] Sandra Imelda H, "Faktor Sosial Budaya yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan Masyarakat menuju Paradigma Sehat (Suatu studi di Kota Padang)", http://www.digilib.ui.edu/opac/themes/libri2/abstrakpdf.jsp?id=71470&lokasi=lokal, diunduh tanggal 17 April 2008.

[7] Simanhadi W., *Masyarakat Tengger* (Yogyakarta: Kanisius, 1994), hlm.10.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan.[8] BAPPENAS mendefinisikan kemiskinan sebagai kondisi dimana seseorang atau sekelompok orang, laki-laki dan perempuan, tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.[9]

Jadi yang dimaksud masyarakat miskin dalam penelitian ini adalah segolongan atau sekelompok orang di desa Kliwonan yang standar kehidupan mereka rendah atau di bawah standar kehidupan umum yang berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan, sehingga mereka tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.

Berdasarkan penegasan istilah-istilah tersebut tersebut, maka maksud dari judul skripsi "Strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin" adalah penelitian tentang penyusunan dan pelaksananaan rencana pembangunan kesehatan oleh Puskesmas Masaran II Sragen untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi masyarakat miskin desa Kliwonan sebagai upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

---

[8] Mangku Sitepoe, *Menggerakkan Hati Nurani* (Jakarta: Yayasan Bhakti Sosial Kesehatan, 2002), hlm. 3.

[9] Gregorius Sahdan, "Menanggulangi Kemiskinan Desa", http://www.ekonomirakyat.org/ edisi_22/ artikel_6.htm, diunduh tanggal 22 Maret 2007.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

B. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu hak dan kebutuhan dasar tiap orang guna meningkatkan standar kesejahteraan kehidupannya, baik secara sosial, ekonomi, politik, maupun spiritual. Kesehatan juga merupakan salah satu jaminan bagi produktifitas manusia dalam pembangunan, baik bagi diri sendiri maupun bangsa dan negara.

Kesehatan merupakan salah satu investasi yang mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Masalah kesehatan senantiasa berubah dari waktu ke waktu. Tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan yang kesemuanya saling berkaitan dan saling mempengaruhi. Derajat kesehatan yang tinggi akan berpengaruh positif terhadap produktifitas masyarakat yang pada akhirnya akan mempunyai nilai ekonomi bagi masyarakat itu sendiri.[10]

Tingkat pendapatan masyarakat yang rendah serta kecilnya kesempatan memperoleh berbagai fasilitas kesejahteraan sosial akan mempersulit terpenuhinya kebutuhan pangan yang bergizi serta kemampuan mereka untuk menangkis penyakit, sehingga tidak mengherankan apabila di lingkungan masyarakat yang miskin tersebut tingkat kematian bayi masih sangat tinggi. Berbagai penyakit mengancam kehidupan mereka, seperti:

[10] Brotowasisto, "Pembangunan Kesehatan di Indonesia", *Prisma,* Vol. 19, No. 6, 1990, hlm. 37.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

malaria, tuberkulosis, penyakit mata, dan lainnya sebagai akibat lemahnya daya resistensi. Hal ini menyebabkan usia harapan hidup masyarakat menjadi lebih pendek dan tingkat kematian mereka tinggi. Derajat kesehatan yang rendah selanjutnya menyebabkan partisipasi, produktifitas, serta pendapatan penduduk juga rendah. Akhirnya mereka tidak mampu meningkatkan ekonomi.

Persoalan pokok yang dihadapi dalam sektor kesehatan di tanah air dewasa ini juga tidak terlepas dari persoalan mutu dan pemerataan. Kendati sarana pelayanan kesehatan telah menjangkau hampir di seluruh desa-desa terpencil, radius pelayanannya makin diperdekat dan rasio tenaga dokter perpenduduk makin diperkecil, namun penyebaran pelayanan masih dirasakan belum merata. Aksesibilitas masyarakat desa terhadap sarana pelayanan masih rendah. Subsidi pemerintah untuk sektor kesehatan pada kenyataannya juga lebih banyak dinikmati masyarakat berpenghasilan menengah ke atas di perkotaan.[11]

Terbatasnya akses dan rendahnya mutu pelayanan kesehatan disebabkan oleh sulitnya mendapatkan layanan kesehatan dasar, rendahnya mutu pelayanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi; jarak fasilitas layanan kesehatan yang jauh, dan biaya perawatan serta pengobatan yang mahal. Di sisi lain, utilitas rumah sakit juga masih didominasi oleh golongan

[11] "Pembangunan Kesehatan: Antara Mutu dan Pemerataan", *Prisma,* Vol. 19, No. 6, 1990, hlm. 54.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

mampu, sedang masyarakat miskin cenderung memanfaatkan pelayanan di Puskesmas.

Kecamatan Masaran merupakan salah satu kecamatan di wilayah kabupaten Sragen yang terletak di tepi sebelah barat wilayah kabupaten yang berbatasan langsung dengan wilayah Kabupaten Karanganyar. Kondisi ekonomi masyarakat di Kecamatan Masaran pada umumnya tergolong maju. Namun di beberapa wilayah pinggiran masih banyak masyarakat yang hidup di bawah garis kemiskinan. Masyarakat di enam desa yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen, khususnya masyarakat desa Kliwonan, banyak yang bekerja sebagai petani dan buruh pabrik, bahkan tidak sedikit yang hanya kerja serabutan dengan penghasilan yang rendah.

Keadaan ini kemudian membawa implikasi pada rendahnya tingkat pendidikan, rendahnya pengetahuan tentang kesehatan, rawan terserang penyakit, minimnya partisipasi, rendahnya produktifitas, yang pada akhirnya membuat pendapatan mereka pun rendah. Keadaan ini diperparah dengan sulitnya akses ke fasilitas layanan kesehatan disebabkan mereka hidup jauh di pelosok desa.

Puskesmas Masaran II Sragen sebagai salah satu puskesmas di kecamatan Masaran, memiliki wewenang dan tanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Sebagai unit kesehatan yang memiliki wilayah kerja sendiri, puskesmas diharapkan menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan dan dapat memberi pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi masyarakat yang menjadi tanggung jawabnya. Upaya

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

menyeluruh yang dilakukan puskesmas meliputi upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

Selain bekal program pokok dari Departemen Kesehatan, Puskesmas mempunyai kewenangan untuk menentukan sendiri program atau strategi yang akan ditempuh, sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang ada dalam tanggung jawabnya, terutama masyarakat miskin. Hal ini disebabkan puskesmas merupakan garda terdepan dan yang berhadapan langsung dengan masyarakat.

Adapun alasan yang menarik penyusun untuk meneliti tentang strategi yang ditempuh oleh Puskesmas Masaran II Sragen dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin ini adalah:

Pertama, sebagai salah satu kebutuhan dasar manusia, kesehatan merupakan salah satu masalah yang harus dipenuhi untuk dapat hidup sejahtera. Akan tetapi kemiskinan telah membuat sebagian masyarakat kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya ini. Mereka kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Pemerintah pun merasa kesulitan untuk memenuhi salah satu kebutuhan masyarakat ini disebabkan oleh keterbatasan pada banyak hal, di antaranya keterbatasan anggaran dana dan sumberdaya.

Kedua, Puskesmas Masaran II Kabupaten Sragen merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang mempunyai andil besar dalam pembangunan kesehatan di sebagian wilayah Kecamatan Masaran. Perkembangan puskesmas

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

ini lebih pesat dibandingkan dengan Puskesmas Masaran I Sragen yang justru terletak di pusat pemerintahan kecamatan. Derajat kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat miskin, di wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen termasuk dalam kondisi baik. Upaya Puskesmas Masaran II dalam membangun kesehatan masyarakat, terutama masyarakat miskin dan dalam wilayah kerjanya yang luas, diusahakan dengan strategi yang mantap dan kerja keras sehingga terwujud derajat kesehatan yang optimal.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas dapat dirumuskan sebuah permasalahan sebagai berikut:

"Bagaimana strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin?"

D. Tujuan Penelitian

Tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah:

1. Mendeskripsikan strategi yang ditempuh oleh Puskesmas Masaran II Sragen dalam upaya membangun kesehatan masyarakat miskin di wilayah Kecamatan Masaran Kabupaten Sragen.
2. Memaparkan faktor-faktor pendukung dan penghambat yang dihadapi Puskesmas Masaran II Sragen dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan masyarakat miskin dan langkah-langkah yang diambil untuk mengatasinya.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

E. Kegunaan Penelitian

1. Secara Teoritik

   Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi ilmu pengetahuan yang berupa wacana tentang pembangunan kesehatan bagi masyarakat miskin.

2. Secara Praktis

   Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi Puskesmas Masaran II Sragen dalam melaksanakan pembangunan kesehatan bagi masyarakat miskin sehingga dapat tercapainya derajat kesehatan yang optimal dan menyeluruh.

F. Telaah Pustaka

Beberapa penelitian yang membahas tentang masalah kesehatan dan masyarakat miskin, di antaranya adalah artikel penelitian Muliaddin, dkk. yang berjudul "Analisis Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin di Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara". Penelitian ini membahas tentang permasalahan dana untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton. Mereka meneliti masalah dana yang dibutuhkan pemerintah Kabupaten Buton untuk meringankan beban keluarga miskin dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Kajiannya meliputi sumber dana, alternatif program pembiayaan keluarga miskin, pelaksanaan dan cara

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

pengelolaan pembiayaan kesehatan dengan sistem Asuransi Kesehatan Sosial, serta hambatan-hambatan yang dihadapi.[12]

Penelitian ini tidak membahas pembangunan kesehatan masyarakat miskin secara komprehensif, tetapi hanya difokuskan pada sistem pembiayaan kesehatan yang dilakukan pemerintah Kabupaten Buton dengan bekerjasama dengan PT ASKES.

Studi lain yang membahas masalah kesehatan bagi masyarakat miskin adalah skripsi Muhlisoh yang berjudul "Aktivitas Klinik Nur Hidayah dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin". Penelitian ini mendeskripsikan berbagai aktivitas Klinik Nur Hidayah Bantul dalam usaha memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, khususnya pasien yang datang ke klinik tersebut. Aktivitas yang diteliti meliputi aspek spiritual, ekonomi, psikologi, dan sosial.[13]

Permasalahan dari penelitian di atas sama dengan permasalahan yang penyusun teliti, yaitu masalah kesehatan masyarakat miskin. Perbedaannya terletak pada obyek, subyek, dan lokasi penelitian. Subyek penelitian di atas adalah Klinik Nur Hidayah yang ada di wilayah kecamatan Jetis, Bantul, dengan obyek penelitian aktivitas yang dilakukan oleh klinik Nur Hidayah yang meliputi aspek spiritual, ekonomi, psikologi, dan sosial. Adapun penelitian yang penyusun lakukan mengambil subyek Puskesmas Masaran II

---

[12] Muliaddin, dkk., "Analisis Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin di Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara", *Jurnal Manajemen Pembangunan Kesehatan,* Vol. 08, No. 03 (September 2005).

[13] Muhlisoh, "Aktivitas Klinik Nur Hidayah dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin", *Skripsi* (Yogyakarta: Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga, 2007).

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Sragen yang terletak di desa Sidodadi, kecamatan Masaran, kabupaten Sragen, dengan obyek penelitian strategi pembangunan kesehatan masyarakat miskin.

G. Kerangka Teori

1. Tinjauan tentang Masyarakat Miskin

Kemiskinan secara etimologi berasal dari kata miskin yang berarti keadaan tidak berharta, serba kekurangan, dan berpenghasilan rendah.[14] Sedangkan menurut Soerjono Soekanto, kemiskinan diartikan sebagai sesuatu keadaan dimana seseorang tidak mampu memelihara dirinya sendiri sesuai dengan taraf kehidupan kelompok dan juga tidak mampu memanfaatkan tenaga mental maupun fisiknya dalam kehidupannya tersebut.[15]

Parsudi Suparlan mendefinisikan kemiskinan sebagai suatu standar tingkat hidup yang rendah, yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau segolongan orang dibandingkan dengan standar kehidupan yang umum berlaku di dalam masyarakat.[16]

Ukuran tingkat kemiskinan yang berlaku di Indonesia, yaitu: 1) jumlah rupiah konsumsi berupa makanan yaitu kurang dari 2100 kalori per orang per hari; 2) pengeluaran keluarga lebih kecil daripada 320 kg (pedesaan) atau 480 kg (perkotaan) nilai tukar beras per orang per tahun;

---

[14] Pusat Pembinaan dan Pengembangan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, *Kamus Besar,* hlm. 587.

[15] Soerjono Soekanto, *Sosiologi; Suatu Pengantar* (Jakarta: Rajawali Press, 2002), hlm. 365.

[16] Parsudi Suparlan, *Kemiskinan di Perkotaan* (Jakarta: YOI, 1995), hlm. xi.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

3) pendapatan kurang dari US$ 1 (± Rp. 8.000,-) per orang per hari; 4) minimum makan dua kali sehari; 5) membeli pakaian satu stel pakaian per orang per tahun.[17]

Beberapa pola hidup dan perilaku masyarakat miskin yang dikarenakan kemiskinannya membuat status kesehatan mereka rendah di antaranya, konsumsi gizi yang kurang, kurang menghargai kebersihan, sarana MCK (mandi, cuci, kakus) yang kurang memadai. Bila sakit mereka cenderung menunda pelayanan rumah sakit, memperpendek rawat inap, membeli separo atau bahkan sepertiga obat yang diresepkan sehingga tidak menjalani pengobatan total, mencari pengobatan lokal yang kadang-kadang dapat menimbulkan efek berbahaya, para ibu cenderung melahirkan di rumah dengan bantuan dukun yang memperbesar resiko persalinan, penyakit menjadi kronis karena menghindari pengobatan yang mahal. Waktu mereka banyak terkuras untuk mencari uang sehingga kurang memperhatikan kesehatannya.

2. Tinjauan tentang Strategi Pembangunan Kesehatan

Pembangunan sebagai sebuah kebijakan merupakan bentuk gejala perubahan sosial yang terencana dan memiliki tujuan akhir yang pasti sama di seluruh negara di dunia ini. Tujuan pembangunan adalah untuk

[17] Chriswardani Suryawati, "Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional", *Jurnal Manajemen Pembangunan Kesehatan,* Vol. 08, No. 03 (September 2005), hlm. 124.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

meningkatkan kesejahteraan hidup masyarakat ke suatu kondisi yang ideal dan menjadi cita-cita seluruh bangsa dan masyarakatnya.[18]

Pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia tahun 1948 disepakati antara lain bahwa perolehan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya.[19] Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, tetapi masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Dalam upaya pembangunan kesehatan ini, agar tidak menyimpang dan dapat terealisasi sesuai harapan, dibutuhkan pijakan yang kuat. Dasar-dasar pembangunan kesehatan menyatakan bahwa semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Dasar-dasar yang digunakan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia adalah: perikemanusiaan, kesehatan sebagai hak asasi, pemberdayaan dan kemandirian masyarakat, pengutamaan upaya kesehatan promotif dan preventif, pelayanan

---

[18] Slamet Widodo, "Kelembagaan, Kapital Sosial, dan Pembangunan", http://learning-of.slametwidodo.com/?p=71, diunduh tanggal 17 April 2008.

[19] "Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Mengubah Perilaku Masyarakat Menuju Hidup Bersih dan Sehat", http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=882&tbl=kesling, diunduh tanggal 22 Maret 2007.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

kesehatan perorangan yang sesuai kebutuhan, dan dukungan sumber daya kesehatan.[20]

Adapun dasar hukum pembangunan kesehatan adalah sebagai berikut:

a. UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
b. UU No. 25 Tahun 2004 tentang Perencanaan Pembangunan
c. PP No. 25 Tahun 2004 tentang Otonomi Daerah
d. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010
e. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
f. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN)
g. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 836 Tahun 2005 tentang Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat
h. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 279 Tahun 2006 tentang Pedoman Upaya Penyelenggaraan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Puskesmas
i. Peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 90 Tahun 2005 tentang Pelaksanaan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah

[20] *Ibid.*

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

j. Peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 19 Tahun 2006 tentang Akselerasi Rencana Strategis (Renstra) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2003-2008

k. Peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 47 Tahun 2006 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah[21]

Tujuan utama pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang arti penting kesehatan, membangkitkan kemauan untuk menjaga kesehatan, meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Kemampuan hidup sehat ditandai dengan perilaku dan lingkungan sehat dan mampu melakukan upaya kesehatan secara mandiri tanpa banyak tergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. Adapun derajat kesehatan yang optimal dapat diukur dari tingkat kematian ibu dan bayi yang rendah saat melahirkan dan dari tingkat kesakitan yang rendah di masyarakat.

Untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan tersebut, pemerintah menetapkan kebijakan umum pembangunan kesehatan sebagai berikut:

a. Pemantapan kerja sama lintas sektoral. Masalah kesehatan merupakan masalah nasional yang tidak dapat terlepas dari berbagai kebijakan dari sektor lain. Peningkatan upaya pembangunan kesehatan perlu

[21] Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Ditjen Bina Yanmed-Depkes RI, "Penerapan Kebijakan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas", hlm. 7, "Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga di Jawa Tengah" (Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2006), hlm. 2-3.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

kerjasama dengan sektor yang membidangi pembiayaan, pemerintahan dan pembangunan daerah, ketenagakerjaan, pendidikan, perdagangan, dan sosial budaya.

b. Peningkatan kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta. Keterbatasan dana pemerintah dan masyarakat menyebabkan perlunya upaya yang intensif untuk meningkatkan kemandirian masyarakat untuk kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit. Ketersediaan sumber daya yang terbatas, juga mengharuskan adanya upaya untuk meningkatkan kemitraan dengan sektor swasta, misalnya kerjasama dengan PT ASKES.

c. Peningkatan perilaku hidup sehat. Upaya ini dilakukan dengan memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam bidang kesehatan agar dapat memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri, dan produktif. Misalnya dengan meningkatkan lingkungan sehat bebas rokok dan NAPZA di sekolah, tempat kerja, dan tempat umum.

d. Peningkatan lingkungan sehat dengan meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab masyarakat untuk memelihara lingkungan sehat, seperti mudahnya akses air bersih, pengolahan limbah industri yang benar, bebas polusi udara, dan lain sebagainya.

e. Peningkatan upaya kesehatan dengan meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna serta

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Seperti mencegah terjadinya penyebaran penyakit menular, menurunkan angka kesakitan, kematian dan sebagainya.

f. Peningkatan sumber daya kesehatan dengan meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan serta efektivitas dan efisiensi penggunaannya, seperti berfungsinya pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang mengutamakan pengembangan peserta didik dalam rangka meningkatkan profesionalisme.

g. Peningkatan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan. Upaya ini dilakukan dengan meningkatkan sumber daya di bidang kesehatan kesehatan yang mampu melakukan berbagai kajian kebijakan kesehatan, optimalisasi sistem perencanaan kesehatan melalui pendekatan wilayah dan sektoral, memperbaiki tatalaksana organisasi di berbagai tingkat administrasi sesuai dengan azas desentralisasi, dan sebagainya.

h. Peningkatan IPTEK dengan mengembangkan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan. Misalnya melakukan penelitian tentang suatu penyakit, mengembangkan sistem informasi kesehatan, meningkatkan teknologi untuk sarana pelayanan kesehatan, dan sebagainya.[22]

Berpijak pada kebijakan di atas, disusunlah program-program yang sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan. Program-program

[22] "Situasi Kesehatan dan Gizi dan Issue Kebijakan Memasuki Milenium Ketiga", http://www.gizi.net/lain/download/SKG-1.doc, diunduh tanggal 15 Maret 2007.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

pembangunan kesehatan dikelompokkan dalam pokok-pokok program yang pelaksanaannya dilakukan secara terpadu dengan pembangunan sektor lain yang memerlukan dukungan dan peran serta masyarakat. Di antara program-program kesehatan nasional yang telah disusun adalah:

a. Program perilaku dan pemberdayaan masyarakat

   Program ini bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam bidang kesehatan agar dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri, dan produktif.

b. Program lingkungan sehat

   Program ini bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat yang mendukung tumbuh kembang anak dan remaja, memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat, dan memungkinkan interaksi sosial serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan, sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang optimal.

c. Program upaya kesehatan

   Program ini bertujuan untuk meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat.

d. Program pengembangan sumber daya kesehatan

   Program ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan dan

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

keterjangkauan sumber daya kesehatan serta efektivitas dan efisiensi penggunaannya.

e. Program pengawasan obat, makanan dan obat berbahaya

Program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (napza), penggunaan sediaan farmasi, makanan, dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan, serta meningkatkan potensi daya saing industri farmasi terutama yang berbasis sumber daya alam dalam negeri.

f. Program kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan

Program ini bertujuan untuk menyediakan dukungan kebijakan dan menjamin manajemen sumber daya yang efektif dan efisien bagi pembangunan kesehatan.

g. Program perbaikan gizi masyarakat.

Program ini bertujuan untuk meningkatkan intelektualitas dan produktifitas sumber daya manusia.[23]

Banyak faktor yang mempengaruhi sehat-sakit seseorang maupun masyarakat. Artinya, masalah kesehatan merupakan masalah kompleks sehingga untuk mencari solusi dari masalah kesehatan tidak hanya terfokus pada kesehatan tubuh individu semata. Hendrik L. Blum mengemukakan sebuah teori, yang dikenal dengan teori Blum, bahwa status kesehatan dipengaruhi pelayanan kesehatan, keturunan (genetik), perilaku,

[23] "Pembangunan Kesehatan", http://bankdata.depkes.go.id/Profil/Indo01/bab%20iii%20data%202000.htm, diunduh tanggal 22 Maret 2007.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

lingkungan (fisik, sosial ekonomi, budaya). Satu dari faktor-faktor ini terganggu maka status kesehatan akan bergeser di bawah optimal.[24]

Dalam teori Blum tersebut, berdasarkan persentase, faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dapat diurutkan sebagai berikut: kesehatan lingkungan (45 persen), perilaku (30 persen), disusul jasa layanan kesehatan (20 persen), serta faktor genetik atau keturunan yang hanya berpengaruh lima persen.[25] Menurut teori tersebut, faktor terbesar yang mempengaruhi kesehatan masyarakat adalah faktor lingkungan dan perilaku. Karena itu, jika upaya peningkatan kesehatan masyarakat hanya memprioritaskan jasa layanan secara kuratif, tanpa menitikberatkan pada perwujudan kesehatan lingkungan dan perubahan perilaku, maka fenomena tersebut diibaratkan menabur garam di tengah samudera, tidak akan membuahkan hasil yang optimal.

Akibatnya, masyarakat sebatas menuai kesembuhan sementara, karena pada pasca pengobatan atau perawatan, faktor lingkungan yang tidak sehat kembali menggerogoti kondisi kesehatan masyarakat, karena akar permasalahannya berupa fenomena lingkungan yang sakit, tidak secara tuntas dan menyeluruh disembuhkan.

Soekidjo Notoadmojo menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang

---

[24] "Hari Tuberkulosis (TB) Sedunia", http://www.suarapembaruan.com/News/2004/03/18/index.html, diunduh tanggal 17 April 2008.

[25] "Lingkungan Penentu Status Kesehatan Warga Garut", http://gerbang.jabar.go.id/kabgarut/index.php?index=15&idartikel=4, diunduh tanggal 17 April 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

optimum.[26] Ruang lingkup kesehatan lingkungan antara lain mencakup perumahan, pembuangan kotoran manusia, penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air limbah, dan sebagainya.

Syarat rumah yang sehat antara lain bahan bangunan (tidak berdebu pada musim kemarau dan tidak basah pada musim hujan), dinding (ventilasi yang baik), atap rumah (pencahayaan yang cukup). Bila syarat ini tidak terpenuhi, niscaya akan mempengaruhi kondisi kesehatan penghuninya.

Salah satu faktor utama yang lain yang menentukan kondisi kesehatan masyarakat adalah perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri. Proses terbentuknya perilaku ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah faktor sosial budaya, bila faktor tersebut telah tertanam dan terinternalisasi dalam kehidupan dan kegiatan masyarakat, ada kecenderungan untuk merubah perilaku yang telah terbentuk tersebut sulit untuk dilakukan. Sifat malas (*lembang*) merupakan salah satu budaya yang masih banyak diidap oleh masyarakat kita. Pola pikir masyarakat masih berparadigma sakit.

Selain permasalahan tersebut, secara retorik, sejak lama masyarakat ditempatkan sebagai subyek pembangunan. Tetapi realitasnya, mereka masih selalu menjadi obyek pembangunan. Masyarakat hanyalah menjadi pemanis bibir ungkapan pembangunan supaya penggagasnya tidak disebut sebagai asosial. Masyarakat sebagai salah satu komponen dalam penentuan

---

[26] "Hari Tuberkulosis (TB) Sedunia", http://www.suarapembaruan.com/News/2004/03/18/index.html, diunduh tanggal 17 April 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

kebijakan pembangunan yang seharusnya diberdayakan dan diikutsertakan dalam proses pembangunan (perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian pembangunan) ternyata mereka hanya ditempatkan di pinggiran atau sengaja dipinggirkan dan menjadi obyek pembangunan. Partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan yang memang sangat diperlukan dalam pembangunan, ternyata telah menjadi klise. Proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasinya masih saja didominasi oleh golongan elit penguasa.

Maka, bila menginginkan munculnya rasa memiliki, ikut terlibat dan ikut bertanggungjawab atas berhasilnya usaha-usaha pembangunan, perlu pula diubah manajemen pembangunan yang bersifat *top-down* menjadi manajemen pembangunan yang berbasis partisipasi masyarakat. Menurut M. Irfan Islamy, partisipasi masyarakat dalam pembangunan haruslah dilihat sebagai jendela mental yaitu dengan membuka hati rakyat untuk secara sadar dan tulus terlibat dalam proses pembangunan. Selain itu, juga sebagai tindakan keterlibatan yang riil, aktif, dan kreatif masyarakat dengan diiringi oleh potensi keahlian, kemampuan, pengetahuan dan kesediaan berkorban untuk turut serta memecahkan masalah-masalah mereka sendiri.[27] Partisipasi masyarakat di sini bukan sebagai proses pengerahan massa atau mobilisasi yang berlindung pada konsep partisipasi, tetapi merupakan suatu proses penyadaran diri dan

[27] "Prof. Dr. M. Irfan Islamy MPA: Membangun Masyarakat Partisipatif", http://prasetya.brawijaya.ac.id/jan04.html, diunduh tanggal 17 April 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

penumbuhan keberdayaan dan keswadayaan mereka untuk dapat mengatasi masalahnya sendiri.

Berdasarkan pada konsep, teori, dan permasalahan tersebut, Departemen Kesehatan menempuh strategi pembangunan kesehatan yang berbasis pemberdayaan dengan pembentukan dan pengembangan Desa Siaga[28] dan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas).[29]

Pengembangan Desa Siaga merupakan suatu upaya kesehatan yang berbasis masyarakat, melibatkan lembaga swadaya masyarakat, terutama PKK, organisasi keagamaan, dan sektor swasta. Pemerintah telah berupaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia sebagai aset dalam pembangunan nasional, mulai dari penyusunan program sampai pada penyediaan anggaran. Namun, sebaik apapun program dan sebesar apapun anggaran bila tidak diikuti dengan sikap proaktif dan kesadaran masyarakat maka program tersebut hanya akan menjadi sebuah fatamorgana.

Desa Siaga merupakan salah satu strategi untuk memaksimalkan partisipasi masyarakat dalam memelihara kesehatan secara mandiri. Upayanya melalui penggerakan dan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan sistem surveilans, monitoring, dan informasi

---

[28] Mustari Gani, "Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan di Era Otonomi Daerah untuk Mencapai Millenium Developmant Goals Indonesia," *Makalah* (Makasar: Jurusan Fisioterapi Poltekkes Makasar, 2007), hlm. 4.

[29] M. Basirun Al Umah, "Evaluation on Implementation Community Health Nursing Of Home Care Visit in Community Health Center in The Kebumen Regency," http://www.info.stikesmuhgombong.ac.id/edisi2basirun.doc, diunduh tanggal 8 April 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

kesehatan, dan meningkatkan pembiayaan kesehatan yang mandiri tanpa bergantung pada bantuan pemerintah.

Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) juga merupakan strategi utama dalam pembangunan kesehatan yang sasaran utamanya adalah masyarakat miskin. Keterbatasan biaya menyebabkan masyarakat miskin kesulitan mengakses fasilitas kesehatan yang pada akhirnya menurunkan derajat kesehatan mereka. Perkesmas dilaksanakan sebagai upaya memberikan perawatan kesehatan secara langsung dengan kegiatan kunjungan rumah (*home care*). Perawatan kesehatan masyarakat juga memainkan sangat penting dalam meningkatkan psikologi dan memberikan dukungan pada keluarga untuk mencegah komplikasi, sehingga kehadiran perawatan kesehatan masyarakat dirasakan sangat penting.[30]

3. Tinjauan Islam tentang Kemiskinan dan Kesehatan

Menurut bahasa, miskin berasal dari bahasa Arab yang sebenarnya menyatakan kefakiran yang sangat. Allah swt. menggunakan istilah itu dalam firman-Nya:

اَوْ مِسْكِيْناً ذَا مَتْرَبَةٍ

Artinya: *"atau orang miskin yang sangat fakir"* (Q.S. Al-Balad [90]: 16).

Adapun kata fakir yang berasal dari bahasa Arab: *al-faqru*, berarti membutuhkan (*al-ihtiyaaj*). Allah swt. berfirman:

[30] *Ibid.*

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

...فَقَالَ رَبِّ اِنِّيْ لِمَآ اَنْزَلْتَ اِلَيَّ مِنْ خَيْرٍ فَقِيْرٌ

Artinya: *...lalu dia berdoa, "Ya Rabbi, sesungguhnya aku sangat membutuhkan suatu kebaikan yang Engkau turunkan kepadaku"* (Q.S. Al-Qashash [28]: 24).

Dalam pengertian yang lebih definitif, Syekh Taqiyuddin An-Nabhani mengategorikan yang punya harta (uang), tetapi tak mencukupi kebutuhan pembelanjaannya sebagai orang fakir. Sementara itu, orang miskin adalah orang yang tak punya harta (uang), sekaligus tak punya penghasilan. Pembedaan kategori ini tepat untuk menjelaskan pengertian dua pos mustahiq zakat, yakni *al-fuqara* (orang-orang faqir) dan *al-masakiin* (orang-orang miskin), sebagaimana firman-Nya dalam Surah At-Taubah [9]: 60.[31]

Meskipun terdapat perbedaan definisi antara fakir dan miskin, namun dalam konteks kemiskinan di Indonesia kita tidak membedakan di antara keduanya. Orang fakir dan orang miskin adalah sama-sama termasuk kategori masyarakat miskin, yaitu orang-orang yang tergolong tidak mampu dalam berbagai hal seperti telah diuraikan di atas.

Semenjak fajarnya baru menyingsing di kota Mekkah, Islam sudah memperhatikan masalah kepedulian sosial terutama terhadap masyarakat miskin. Adakalanya Al-Qur'an merumuskannya dengan kata-kata "memberi makan dan mengajak memberi makan orang miskin" atau dengan "mengeluarkan sebahagian rezeki yang diberikan Allah",

[31] "Syariat Islam dalam Masalah Kemiskinan", http://politisi.blogspot.com/2007/04/syariat-islam-dalam-masalah-kemiskinan.html, diunduh tanggal 5 April 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

"memberikan hak orang yang meminta-meminta, miskin dan terlantar dalam perjalanan", "membayar zakat" dan rumusan lainnya.[32]

وَفِيْ اَمْوَالِهِمْ حَقٌّ لِّلسَّآئِلِ وَالْمَحْرُوْمِ

Artinya: *"Dan pada harta-harta mereka ada hak untuk orang miskin yang meminta dan orang miskin yang tidak mendapat bahagian."* (Q.S. Adz-Dzariyat [51]: 19)

فَاتِ ذَا الْقُرْبٰى حَقَّه وَالْمِسْكِيْنَ...

Artinya: *"Maka berikanlah kepada kerabat yang terdekat akan haknya, demikian (pula) kepada fakir miskin..."* (Q.S. Ar-Rum [30]: 38)

وَلاَ تَجْعَلْ يَدَكَ مَغْلُوْلَةً اِلَى عُنُقِكَ وَلاَ تَبْسُطْهَا كُلَّ الْبَسْطِ فَتَقْعُدَ مَلُوْماً مَّحْسُوْرًا

Artinya: *"Dan janganlah kamu jadikan tanganmu terbelenggu pada lehermu dan janganlah kamu terlalu mengulurkannya karena itu kamu menjadi tercela dan menyesal."* (Q.S. Al-Isra' [17]: 29)

Ayat-ayat di atas menegaskan bahwa kemiskinan bukanlah semata-mata masalah negara dan diserahkan sepenuhnya kepada pemerintah. Akan tetapi, kemiskinan adalah masalah bersama dan setiap warga masyarakat mempunyai kewajiban yang sama untuk membantu saudara atau tetangganya yang tidak mampu. Al-Qur'an tidak hanya menghimbau untuk memperhatikan dan memberi makan orang miskin, dan mengancam bila mereka dibiarkan terlunta-lunta, tetapi lebih dari itu membebani setiap mukmin mendorong pula orang lain memperhatikan orang-orang miskin dan menjatuhkan hukuman kafir kepada orang-orang yang tidak

[32] Abu Mujahid, "Islam dan Penanggulangan Kemiskinan", http://almanaar.wordpress.com/2007/11/07/islam-dan-penanggulangan-kemiskinan/, diunduh tanggal 5 April 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

mengerjakan kewajiban itu serta pantas menerima hukuman Allah di akhirat.

خُذُوْهُ فَغُلُّوْهُ. ثُمَّ الْجَحِيْمَ صَلُّوْهُ. ثُمَّ فِيْ سِلْسِلَةٍ ذَرْعُهَا سَبْعُوْنَ ذِرَاعًا فَاسْلُكُوْهُ. اِنَّهُ كَانَ لاَ يُؤْمِنُ بِاللهِ الْعَظِيْمِ. وَلاَ يَحُضُّ عَلى طَعَامِ الْمِسْكِيْنِ.

Artinya: *"(Allah berfirman): "Peganglah dia lalu belenggulah tangannya ke lehernya. Kemudian masukkanlah dia ke dalam api neraka yang menyala-nyala. Kemudian belitlah dia dengan rantai yang panjangnya tujuhpuluh hasta. Sesungguhnya dia dahulu tidak beriman kepada Allah Yang Maha Besar. Dan juga dia tidak mendorong (orang lain) untuk memberi makan orang miskin."* (Q.S. Al-Haqqah [69]: 30-34)

Demikian pula pada surat Al-Ma'un, "orang yang mengusir anak yatim dan tidak mendorong memberi makan orang miskin" dikatakan sebagai orang yang mendustakan agama. Orang yang tidak pernah menghimbau orang lain untuk memberi makan orang miskin biasanya tidak pernah pula memberi makan orang miskin tersebut. Tuhan mengungkapkan dalam bentuk sindiran dengan tujuan apabila seseorang tidak mampu memenuhi harapan orang miskin, maka ia harus meminta orang lain melakukannya.

Kemudian, apakah kewajiban kita terhadap orang miskin hanya sebatas memberi mereka makan? Tentu saja tidak. Hak orang miskin yang dimaksud dalam Al-Qur'an kiranya tidak hanya hak untuk memenuhi kebutuhan pangannya, tetapi juga kebutuhan-kebutuhan primer yang lain seperti pakaian, tempat tinggal, pendidikan, dan bahkan juga kesehatan.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Bagaimana tinjauan Islam tentang kesehatan?

"Kesehatan merupakan salah satu hak bagi tubuh manusia", demikian sabda Nabi Muhammad saw. Karena kesehatan merupakan hak asasi manusia, sesuatu yang sesuai dengan fitrah manusia, maka Islam menegaskan perlunya istiqomah memantapkan dirinya dengan menegakkan agama Islam. Satu-satunya jalan dengan melaksanakan perintah-perintah-Nya dan meninggalkan larangan-Nya. Allah berfirman:

يَـــاَيُّهَا النَّاسُ قَدْجَـــآءَتْكُمْ مَّوْعِظَةٌ مِّنْ رَّبِّكُمْ وَشِفَآءٌ لِّمَا فِى الصُّدُوْرِ وَهُدًى وَّرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِيْنَ

Artinya: *"Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman."* (Q.S. Yunus [10]: 57).

Sehat menurut batasan *World Health Organization* adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Tujuan Islam mengajarkan hidup yang bersih dan sehat adalah menciptakan individu dan masyarakat yang sehat jasmani, rohani, dan sosial sehingga umat manusia mampu menjadi umat yang pilihan.[33]

"Kebersihan adalah sebagian dari iman", begitu sabda Rasulullah saw. Beliau selalu menganjurkan umatnya untuk hidup bersih, karena menjaga kebersihan merupakan salah satu perilaku seorang mukmin. Beliau mengajarkan hidup bersih dengan selalu mencuci tangan sebelum

[33] Bondan Palestin, "Kesehatan Menurut Pandangan Islam", http://bondanserbaneka.blogspot.com/2007/01/kesehatan-menurut-pandangan-islam.html, diunduh tanggal 29 Maret 2008.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

dan sesudah makan, menutup bejana air dan tempat minum agar tidak terkena debu kotor, melindungi sumber air seperti sumur, sungai, dan laut, dari kotoran, dan masih banyak lagi. Perintah-perintah Rasulullah saw. di atas memiliki makna bahwa kita harus menjaga kebersihan dan kesehatan agar terhindar dari berbagai penyakit.

حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةُ وَالدَّمُ وَلَحْمُ الْخِنْزِيْرِ وَمَآ اُهِلَّ لِغَيْرِاللهِ بِهِ وَالْمُنْخَنِقَةُ وَالْمَوْقُوْذَةُ وَالْمُتَرَدِّيَةُ وَالنَّطِيْحَةُ وَمَآ اَكَلَ السَّبُعُ اِلاَّ مَا ذَكَّيْتُمْ... يَسْئَلُوْنَكَ مَاذَآ اُحِلَّ لَهُمْ قُلْ اُحِلَّ لَكُمُ الطَّيِّبٰتُ...

Artinya: *"Diharamkan bagimu (memakan) bangkai, darah, daging babi, (daging hewan)* yang *disembelih atas nama selain Allah, yang tercekik, yang dipukul, yang jatuh, yang ditanduk, dan yang diterkam binatang buas, kecuali yang sempat kamu menyembelihnya, …". "Mereka menanyakan kepadamu: "Apakah yang dihalalkan bagi mereka?". Katakanlah: "Dihalalkan bagimu yang baik-baik…"* (QS. Al-Ma'idah [5:] 3 dan 4).

اِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةَ وَالدَّمَ وَلَحْمَ الْخِنْزِيْرِ وَمَآ اُهِلَّ بِهِ لِغَيْرِاللهِ فَمَنِ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلاَ عَادٍ فَلاَ اِثْمَ عَلَيْهِ اِنَّ اللهَ غَفُوْرٌ رَّحِيْمٌ

Artinya: *"Sesungguhnya Allah hanya mengharamkan bagimu bangkai, darah, daging babi, dan binatang yang (ketika disembelih) disebut (nama) selain Allah. Tetapi barangsiapa dalam keadaan terpaksa (memakannya) sedang dia tidak menginginkannya dan tidak (pula) melampaui batas, maka tidak ada dosa baginya. Sesungguhnya Allah Maha Pengampun lagi Maha Penyayang".* (Q.S. Al-Baqarah [2]:173)

إِلاَّ اَنْ يَكُوْنَ مَيْتَةً اَوْ دَمًا مَّسْفُوْحًا اَوْ لَحْمَ خِنْزِيْرٍ فَإِنَّه رِجْسٌ

Artinya: *"….kecuali kalau makanan itu bangkai, atau darah yang mengalir atau daging babi, karena sesungguhnya semua itu adalah kotor,…."* (Al-An'am [6]: 145)

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Ayat-ayat di atas mengungkapkan pentingnya memilih makanan untuk dikonsumsi. Bangkai, darah, dan daging babi adalah sebagian dari hal yang tidak boleh dikonsumsi karena bisa menimbulkan penyakit. Setiap makanan yang dilarang di dalam Al-Qur'an ternyata saat ini memiliki argumentasi ilmiah yang dapat dibuktikan dengan ilmu pengetahuan. Makanan yang diharamkan dapat mengganggu kesehatan manusia, baik pengaruh buruk bagi kesehatan (kolesterol, racun) maupun mengandung berbagai penyakit yang membahayakan tubuh (bakteri, virus). Islam memerintahkan umatnya untuk makan makanan yang baik dan halal, misalnya daging, ikan, madu, dan susu. Makanan-makanan yang baik dan halal bermanfaat bagi tubuh.

Islam menegaskan kepada orang muslim untuk menjaga etika ketika makan. Allah memerintahkan kita untuk makan tidak berlebih-lebihan sedangkan Rasulullah saw. mengatakan bahwa "perut adalah seburuk-buruk tempat untuk diisi". Sebagian besar penyakit bersumber dari perut. Oleh karenanya Maha Benar Allah swt. dalam firman-Nya:

مَآاَصَابَكَ مِنْ حَسَنَةٍ فَمِنَ اللهِ وَمَآ اَصَابَكَ مِنْ سَيِّئَةٍ فَمِنْ نَّفْسِكَ وَاَرْسَلْنكَ لِلنَّاسِ رَسُوْلاً وَكَفى بِاللهِ شَهِيْدًا

Artinya: *"Apa saja nikmat yang kamu peroleh adalah dari Allah, dan apa saja bencana yang menimpamu, maka dari (kesalahan) dirimu sendiri. Kami mengutusmu menjadi Rasul kepada segenap manusia. Dan cukuplah Allah menjadi saksi."* (Q.S. An-Nisa' [4]: 79)

Uraian di atas mengungkapkan pentingnya kesehatan bagi manusia. Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Setiap muslim mempunyai

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

kewajiban memelihara kesehatan baik individu maupun lingkungannya, serta membantu sesamanya yang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya tersebut. Dengan kata lain, masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama seluruh masyarakat.

H. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kasus yang bersifat analisis-deskriptif. Adapun unit analisisnya adalah Puskesmas Masaran II Kabupaten Sragen.

1. Subyek Penelitian

   Subyek penelitian adalah keseluruhan dari sumber informasi yang dapat memberikan data sesuai dengan masalah yang diteliti.[34] Adapun yang menjadi subyek dalam penelitian di sini adalah:

   a. Kepala Puskesmas Masaran II Sragen
   b. Sebagian petugas puskesmas dan kader kesehatan desa di wilayah kerja Puskemas Masaran II Sragen
   c. Sebagian pasien masyarakat miskin di wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen, terutama masyarakat desa Kliwonan

2. Obyek Penelitian

   Obyek penelitian dalam penelitian ini adalah strategi yang ditempuh oleh Puskesmas Masaran II Sragen dalam usahanya membangun kesehatan masyarakat miskin. Fokusnya meliputi metode Puskesmas Marasan II Sragen dalam penyusunan strategi, program kegiatan,

[34] Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian; Suatu Pendekatan Praktis* (Jakarta: Rieneka Cipta, 1991), hlm. 115.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

pelaksanaan, dan faktor pendukung dan penghambat dalam usahanya membangun kesehatan masyarakat miskin.

3. Teknik Pengumpulan Data

a. *Observasi*

Observasi adalah suatu metode pengamatan dan pencatatan secara sistematis mengenai fenomena-fenomena yang diteliti.[35] Dalam penelitian ini penyusun menggunakan observasi non partisipan, yaitu penyusun dalam pengamatannya tidak terlibat secara langsung.[36] Artinya, penyusun melakukan pengamatan tanpa terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan. Metode ini digunakan untuk mengumpulkan data tentang situasi dan kondisi yang ada di Puskesmas Masaran II Sragen dan tentang situasi dan kondisi masyarakat dan lingkungan desa Kliwonan, terutama situasi dan kondisi kesehatannya.

b. *Wawancara*

Wawancara adalah percakapan langsung dan tatap muka dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu.[37]

---

[35] *Ibid.*, hlm. 130.

[36] Sutrisno Hadi, *Metodologi Research* (Yogyakarta: Yayasan Penerbitan Fakultas UGM, 1980), hlm. 136.

[37] Imam Suprayogo dan Tobroni, *Metodologi Penelitian Sosial-Agama* (Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2001), hlm. 172.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik wawancara terstruktur. Wawancara terstruktur, disebut juga sebagai wawancara terfokus, yaitu pewawancara menetapkan sendiri masalah dan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan.[38] Artinya, pewawancara menentukan pertanyaan sesuai kebutuhan data yang dicari dan informan memberikan informasi berdasarkan pertanyaan yang diajukan pewawancara. Metode ini digunakan untuk mengumpulkan data tentang penyusunan dan pelaksanaan strategi, faktor pendukung dan penghambat, dan langkah-langkah yang diambil Puskesmas Masaran II Sragen untuk mengatasinya dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin. Adapun yang menjadi sumber dalam wawancara ini adalah Kepala Puskesmas, sebagian petugas puskesmas dan kader kesehatan desa, dan sebagian pasien masyarakat miskin di wilayah kerja Puskesmas Masaran II Sragen, terutama masyarakat desa Kliwonan.

c. *Dokumentasi*

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya.[39] Metode ini digunakan untuk pengumpulan data tentang hal-hal yang berhubungan dengan penelitian seperti, struktur organisasi, gambaran umum Puskesmas, letak geografis, sejarah berdirinya, sarana dan prasarana,

[38] *Ibid*., hlm. 175.

[39] Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian*, hlm. 236.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan penelitian. Metode ini digunakan untuk melengkapi data-data yang diperoleh dari wawancara dan observasi seperti disebutkan di atas.

4. Metode Analisis Data

Data yang telah terkumpul dari lapangan, dianalisis menggunakan metode deskriptif kualitatif, yaitu menginterpretasikan data-data yang telah diperoleh dan menyusunnya ke dalam bentuk kalimat-kalimat.

Langkah-langkah yang ditempuh dalam menganalisis data kualitatif adalah reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi atau penyahihan (pembuktian kebenaran).[40]

a. Reduksi data adalah kegiatan menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan memilih bagian yang penting sesuai dengan tema penelitian.
b. Penyajian data diartikan sebagai kegiatan untuk menyusun informasi yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan penarikan data akan dipahami apa yang terjadi, apa yang harus dilakukan dan lebih jauh lagi menganalisa atau mengambil tindakan berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian-penyajian tersebut.
c. Penarikan kesimpulan, langkah ini menyangkut interpretasi penelitian, yaitu menggambarkan maksud dari data yang ditampilkan. Cakupan

[40] Miles Huberman A. Micheal, *Analisis Data Kualitatif* (Jakarta: UI Press, 1992), hlm. 17.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

dari cara yang dipergunakan sangat beragam mulai dari pembedaan dan pembandingan yang tipologis dan meluas, pencatatan tema dan pengelompokan.

5. Keabsahan Data

Dalam menguji keabsahan data yang ada penyusun menggunakan teknik trianggulasi. Teknik trianggulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau pembanding terhadap data itu.[41]

Dengan teknik trianggulasi akan diperoleh data yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Jenis teknik trianggulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah trianggulasi terhadap sumber data yaitu dengan membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif.[42]

Langkah pembandingan dan pengecekan dilakukan dengan:
(1) membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara, (2) membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi, (3) membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang waktu, (4) membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan, berada, dan pemerintah, (5) membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.[43]

---

[41] Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2006), hlm. 328.

[42] *Ibid*.

[43] *Ibid*., hlm. 330.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan analisis data mengenai strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin yang diungkapkan dalam pembahasan bab-bab sebelumnya, dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin yang pertama yaitu pembentukan dan pengembangan Desa Siaga. Puskesmas Masaran II Sragen melihat bahwa permasalahan kesehatan yang dihadapi masyarakat secara umum dan masyarakat miskin secara khusus, merupakan tanggungjawab semua pihak baik petugas kesehatan maupun masyarakat sendiri. Adanya permasalahan di bidang kesehatan yang begitu banyak dan sumberdaya petugas kesehatan yang sangat terbatas, mendorong pihak puskesmas untuk menggerakkan peran aktif masyarakat untuk menangani permasalahan kesehatan mereka sendiri. Upaya yang dilakukan puskesmas yaitu dengan memberdayakan sumberdaya yang ada di masyarakat untuk melakukan identifikasi dan memecahkan masalah yang terdapat di lingkungan mereka melalui pembentukan dan pengembangan Desa Siaga.

   Desa Kliwonan yang menjadi Desa Siaga sejak tahun 2006 telah mempunyai sistem surveilans berbasis masyarakat yang cukup baik.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Tingkat aktivitas para kadernya yang cukup tinggi sangat berperan dalam usaha menjaga masyarakat dari permasalahan kesehatan. Partisipasi masyarakat juga cukup baik dalam kegiatan yang diupayakan secara bersama-sama. Perilaku dan lingkungan masyarakat sudah sesuai dengan harapan meskipun masih terdapat sedikit masalah dalam hal perilaku. Akan tetapi, kondisi yang ada di Desa Kliwonan bisa dikatakan memenuhi target empat strategi seperti yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan, meliputi pemberdayaan masyarakat, peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, peningkatan sistem surveilans dan monitoring, dan peningkatan pembiayaan kesehatan.

2. Strategi kedua dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin melalui pemberdayaan masyarakat adalah program Perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat). Program ini disusun berdasarkan asumsi bahwa orang sakit bukan semata-mata karena penyakit saja atau tidak hanya terfokus pada orang yang sakit saja, tetapi juga terkait dengan keadaan lingkungan sekitarnya.

   Program ini dilaksanakan dengan memakai tiga acuan keperawatan, yaitu acuan keperawatan individu, keluarga, dan komunitas. Acuan keperawatan individu adalah penanganan penyakit yang dialami oleh individu. Acuan keperawatan keluarga menangani permasalahan yang ada dalam keluarga, seperti pembangunan sarana MCK, semenisasi lantai rumah, atau pemberian modal kerja untuk meningkatkan pendapatan

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

keluarga. Acuan keperawatan komunitas diutamakan pada kebersihan lingkungan masyarakat melalui gerakan kerja bakti dan sebagainya.

B. Saran-saran

1. Puskesmas perlu terus membuat dan memilih strategi-strategi yang tepat dan cepat dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin agar tercapai derajat kesehatan yang optimal, serta memberikan pelayanan yang optimal pada masyarakat miskin khususnya dan masyarakat pada umumnya.
2. Puskesmas selalu melibatkan masyarakat secara langsung pada semua kegiatan yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan dan meningkatkan pelatihan kader kesehatan yang sumberdayanya berasal dari masyarakat.
3. Pemerintah hendaknya lebih memperhatikan dan responsif terhadap program-program yang dilaksanakan di Puskesmas terutama pada program-program pembangunan kesehatan masyarakat miskin serta membantu kelancaran dari semua program atau kegiatan yang ada.
4. Masyarakat perlu untuk merubah pola pikir yang masih berparadigma sakit menjadi pola pikir yang berparadigma sehat. Masyarakat harus lebih giat untuk melakukan pencegahan.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

DAFTAR PUSTAKA

A. Arifin. 1984. *Strategi Komunikasi; Sebuah Pengantar Ringkas.* Bandung: PT. Armico.

Ali Mustopo. 1971. *Strategi Kebudayaan.* Jakarta: CSIS.

Brotowasisto. 1990. "Pembangunan Kesehatan di Indonesia". *Prisma,* Vol. 19, No. 6.

Chriswardani Suryawati. 2005. "Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional". *Jurnal Manajemen Pembangunan Kesehatan,* Vol. 08, No. 03.

Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Ditjen Bina Yanmed-Depkes RI, "Penerapan Kebijakan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas"

Hatmoko. 2006. *Sistem Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas.* Diktat mata kuliah Manajemen Kesehatan. Samarinda: Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman.

Imam Suprayogo dan Tobroni. 2001. *Metodologi Penelitian Sosial-Agama.* Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Koentjaraningrat. 1981. *Metode Penelitian Masyarakat.* Jakarta: Gramedia.

Lexy J. Moleong. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif.* Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Mangku Sitepoe. 2002. *Menggerakkan Hati Nurani.* Jakarta: Yayasan Bhakti Sosial Kesehatan.

Mia Fatmawati, dkk. 2006. "Laporan Kepaniteraan Klinik IKM di Puskesmas Masaran II Kecamatan Masaran Kabupaten Sragen Periode 12 Juni 2006-22 Juli 2006". *Laporan Kegiatan.* Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.

Miles Huberman A. Micheal. 1992. *Analisis Data Kualitatif.* Jakarta: UI Press.

Mustari Gani. 2007. "Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan di Era Otonomi Daerah untuk Mencapai Millenium Developmant Goals Indonesia." Makasar: Jurusan Fisioterapi Poltekkes Makasar.

Nurmalis, dkk. 2007. "Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat oleh Bidan Desa Di Kabupaten Agam". *Makalah.* Yogyakarta: Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM.

Parsudi Suparlan. 1995. *Kemiskinan di Perkotaan.* Jakarta: YOI.

"Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga di Jawa Tengah". 2006. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

"Pedoman Pengembangan Desa Siaga Kabupaten Sragen 2006". 2006. Sragen: Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen.

"Pembangunan Kesehatan: Antara Mutu dan Pemerataan". *Prisma,* Vol. 19, No. 6, 1990.

Pusat Pembinaan dan Pengembangan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1986. *Kamus Besar Bahasa Indonesia.* Jakarta: Rajawali Press.

S. Ali Yasir. 1995. "Strategi Dakwah Pedesaan". Makalah disampaikan pada pembekalan peserta Praktikum Dakwah Angkatan ke-4, Fakultas Dakwah IAIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, Tahun Akademik 1994/1995.

Simanhadi W. 1994. *Masyarakat Tengger.* Yogyakarta: Kanisius.

Soerjono Soekanto. 2002. *Sosiologi; Suatu Pengantar.* Jakarta: Rajawali Press.

Suharsimi Arikunto. 1991. *Prosedur Penelitian; Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rieneka Cipta.

Sutrisno Hadi. 1980. *Metodologi Research.* Yogyakarta: Yayasan Penerbitan Fakultas UGM.

http://alfredsaleh.files.wordpress.com

http://almanaar.wordpress.com

http://aurajogja.files.wordpress.com

http://bankdata.depkes.go.id

http://bondanserbaneka.blogspot.com

http://gerbang.jabar.go.id

http://learning-of.slametwidodo.com

http://politisi.blogspot.com

http://prasetya.brawijaya.ac.id

www.depkes.go.id

www.digilib.ui.edu

www.ekonomirakyat.org

www.gizi.net

www.info.stikesmuhgombong.ac.id

www.pdpersi.co.id

www.suarapembaruan.com

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

PEDOMAN WAWANCARA

A. PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PIMPINAN DAN PEGAWAI TATA USAHA PUSKESMAS

- **INFORMASI UMUM**

1. Kapan dan bagaimana sejarah berdirinya Puskesmas Masaran II Sragen?
2. Apa status dan kedudukan Puskesmas Masaran II Sragen ini?
3. Apa dasar dan tujuan didirikannya Puskesmas Masaran II Sragen?
4. Apa visi dan misi Puskesmas Masaran II Sragen?
5. Bagaimana struktur organisasi Puskesmas Masaran II Sragen?
6. Berapa jumlah tenaga dokter yang ada di Puskesmas Masaran II Sragen?
7. Berapa jumlah tenaga kerja, perawat atau karyawan yang ada di Puskesmas Masaran II Sragen?
8. Apa saja program pokok Puskesmas Masaran II Sragen?
9. Apa saja sarana dan fasilitas di Puskesmas?
10. Apakah terdapat fasilitas penunjang; seperti Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, atau Bidan Desa? Berapa dan di mana saja?
11. Pelayanan apa yang diberikan oleh Puskesmas?
12. Apa saja tugas Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, dan Bidan Desa?
13. Berapa desa yang menjadi wilayah kerja dari Puskesmas Masaran II Sragen? Desa apa saja?
14. Berapa jumlah penduduk dalam wilayah kerja Puskesmas?
15. Berapa jumlah penduduk miskin dalam wilayah kerja Puskesmas?
16. Bagaimana kondisi kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat miskin?

- **INFORMASI TENTANG STRATEGI**

1. Adakah program Puskesmas yang khusus untuk masyarakat miskin?
2. Dalam membangun kesehatan masyarakat miskin, apakah Puskesmas mempunyai strategi khusus?
3. Apa strategi yang digunakan Puskesmas Masaran II Sragen dalam membangun kesehatan masyarakat miskin?
4. Bagaimana proses dalam penyusunan strategi tersebut?
5. Faktor apa saja yang menjadi pertimbangan dalam penyusunan strategi tersebut?
6. Bagaimana pelaksanaan strategi tersebut?
7. Apakah dalam pelaksanaannya Puskesmas melibatkan masyarakat secara langsung? Apa dan bagaimana peran mereka?

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

8. Apakah dalam pembangunan kesehatan masyarakat miskin Puskesmas Masaran II Sragen bekerjasama dengan instansi-instansi yang lain? Instansi apa saja?
9. Bagaimana bentuk jalinan kerjasama ini?
10. Bagaimana sistem pembiayaan atau pengelolaan dana di Puskesmas Masaran II Sragen?
11. Apakah ada evaluasi berkala mengenai program-program yang telah dilaksanakan?
12. Bagaimana Puskesmas Masaran II Sragen menginformasikan kesehatan pada masyarakat?
13. Apa yang menjadi faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan strategi tersebut?
14. Kebijakan dan langkah apa yang diambil Puskesmas Masaran II Sragen untuk mengatasi hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan strategi tersebut?

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

B. PEDOMAN WAWANCARA UNTUK MASYARAKAT/PASIEN MISKIN

1. Bagaimana tanggapan anda mengenai pelayanan kesehatan di Puskesmas Masaran II Sragen?
2. Bagaimana tanggapan anda mengenai program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas Masaran II Sragen?
3. Apakah program-program tersebut sudah dapat dijangkau oleh masyarakat, khususnya masyarakat miskin?
4. Apa yang mendorong anda untuk berobat di Puskesmas Masaran II Sragen?
5. Apakah biaya berobat di Puskesmas Masaran II Sragen dapat dijangkau masyarakat?
6. Apa saja kekurangan dari Puskesmas Masaran II Sragen dalam pelayanan kesehatan?
7. Apakah masyarakat juga terlibat secara langsung dalam kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh Puskesmas Masaran II Sragen?
8. Apakah masyarakat sudah mendapatkan informasi tentang masalah kesehatan dari Puskesmas Masaran II Sragen?

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama	: Habibah Nur'aini
Tempat, tanggal lahir	: Sragen, 18 Desember 1983
Alamat asal	: Sidodadi, RT. 14/03, Masaran, Sragen, Jawa Tengah.
Alamat Yogyakarta	: Komplek Polri Blok E II No. 224 Gowok
Nama Bapak	: Kusyairi
Nama Ibu	: Siti Maimunah
Pekerjaan Orang Tua	:
Bapak	: Pensiunan PNS
Ibu	: Tani

Pendidikan:

1. MI Muhammadiyah Sidodadi Masaran Sragen, lulus tahun 1996
2. MTs Muhammadiyah III Kliwonan Masaran Sragen, lulus tahun 1999
3. MA Al-Muayyad Surakarta, lulus tahun 2002

© 2008 Perpustakaan Digital UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta