

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MISKIN MELALUI
PENINGKATAN LAYANAN KESEHATAN OLEH RUMAH SEHAT
BAZNAS YOGYAKARTA DI DESA WUKIRSARI KECAMATAN
IMOGIRI KABUPATEN BANTUL**



SKRIPSI

**Diajukan Kepada Fakultas Dakwah dan Komunikasi
Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta
Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Strata Satu Sarjana Sosial**

Disusun oleh :

HENDRIK BASGUNI SUKENDAR
NIM. 12230008

Pembimbing :

SUYANTO, S.Sos., M.Si.
NIP. 19660531 198801 1 001

**JURUSAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT ISLAM
FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA**

2016



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI

Jl. Marsda Adisucipto Telp. (0274) 515856 Fax. (0274) 552230 Yogyakarta 55281 email: fd@uin-suka.ac.id

PENGESAHAN SKRIPSI/TUGAS AKHIR
Nomor: B-3021/UU-02/DD/TU-00/11/2016

Skripsi/Tugas Akhir dengan judul :

Pemberdayaan Masyarakat Miskin Melalui Peningkatan Layanan Kesehatan Oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta Di Desa Wukirsari Kecamatan Imogiri Kabupaten Bantul

Dipersiapkan dan disusun oleh :
Nama : HENDRIK BASGUNI SUKENDAR
Nomor Induk Mahasiswa : 12230008
Telah diujikan pada : Jum'at, 28 Oktober 2016
Nilai ujian Tugas Akhir : A-

Dinyatakan telah diterima oleh Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

TIM UJIAN TUGAS AKHIR

Ketua Sidang-Pembimbing,

Suyanto, S.Sos., M.Si.
NIP. 19660531 198801 1 001

Penguji I,

Drs. H. Aff Rifai, M.S.
NIP. 19580807 198503-1 003

Penguji II,

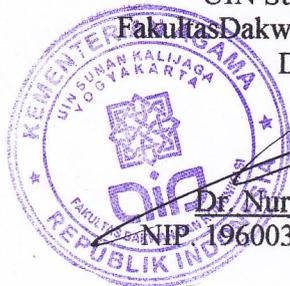
Dr. Pajar Hatma Indra Jaya, S.Sos., M.Si.
NIP. 19810428 200312 1 003

Yogyakarta, 28 Oktober 2016

UIN Sunan Kalijaga

Fakultas Dakwah dan Komunikasi

Dekan,



Dr. Nurjannah, M.Si
NIP. 19600310 198703 2 001



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI
Jl. Marsda Adisucipto Telp. (0274) 515856
Yogyakarta 55281

SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI

Kepada:

Yth. Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi

UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Di Yogyakarta

Assalamu 'alaikum wr.wb.

Setelah membaca, meneliti, memberikan petunjuk, dan mengoreksi serta mengadakan perbaikan seperlunya, maka kami selaku pembimbing berpendapat bahwa skripsi saudara:

Nama : Hendrik Basguni Sukendar

NIM : 12230008

Judul Skripsi : Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Peningkatan Layanan Kesehatan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari

Sudah dapat diajukan kembali kepada Fakultas Dakwah dan Komunikasi, Jurusan/Prodi Studi Pengembangan Masyarakat Islam, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Strata Satu dalam bidang sosial.

Dengan ini kami berharap agar skripsi tersebut di atas dapat segera di munaqosyahkan. Atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wassalamu 'alaikum wr. Wb.

Yogyakarta, 13 Oktober 2016

Mengetahui,

Ketua Jurusan PMI


Dr. Pajar Hatma Indra Jaya, S.Sos, M.Si
NIP 19810428 200312 1 003

Dosen Pembimbing


Suvanto, S.Sos, M.Si
NIP 19660531 1988011001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : HENDRIK BASGUNI SUKENDAR
NIM : 12230008
Jurusan : PENGEMBANGAN MASYARAKAT ISLAM (PMI)
Fakultas : DAKWAH DAN KOMUNIKASI

menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa skripsi saya yang berjudul "*Pemberdayaan Masyarakat Miskin Melalui Peningkatan Layanan Kesehatan Oleh Rumah Sehat Baznas Yogyakarta Di Desa Wukirsari Kecamatan Imogiri Kabupaten Bantul*" adalah hasil karya pribadi yang tidak mengandung plagiatisme dan tidak berisi materi yang di publikasikan atau ditulis orang lain, kecuali bagian-bagian tertentu yang penyusun ambil sebagai acuan dengan tata cara yang dibenarkan secara ilmiah.

Apabila terbukti pernyataan ini tidak benar, maka penyusun siap mempertanggungjawabkannya sesuai hukum yang berlaku.

Yogyakarta, 16 Oktober 2016

Yang menyatakan,



Hendrik Basguni Sukendar

12230008

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya yang sederhana ini kupersembahkan untuk:

Almamaterku UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta:

Terima kasih telah memberikan ku kesempatan untuk menimba ilmu.

Bapak dan Ibu yang selalu kusayangi;

Terima kasih sudah membesarkan anakmu yang selalu merepotkan ini.

Ustadz & Ustadzah yang selalu kuta'dzimi;

Terima kasih telah mendidikku sampai detik ini.

Saudara, sahabat dan teman teman semuanya;

Terima kasih atas semuanya.

MOTTO

“Engkau tak dapat meraih ilmu kecuali dengan enam hal yaitu cerdas, selalu ingin tahu, tabah, punya bekal dalam menuntut ilmu, bimbingan dari guru dan dalam waktu yang lama”.¹

(Sayyidina Ali bin Abi Thalib)

“Ikatlah ilmu dengan menuliskannya”.²

(Sayyidina Ali bin Abi Thalib)

¹Imam Burhanul Islam, *Etika Menuntut Ilmu*, terj. Achmad Sunarto, (Surabaya:Al-Miftah, 2012), hlm.52.

²*Ibid.*,hlm.141.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil 'alamin, Segala puji bagi Allah SWT yang memiliki sifat *ar rohman*, yang senantiasa melimpahkan karunia dan nikmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah yang sederhana ini. Sholawat serta salam tercurahkan kepada figur manusia sempurna, spesial dan istimewa, yakni junjungan kita Nabi Muhammad SAW, semoga kita senantiasa mendapatkan syafaatnya.

Skripsi yang berjudul “*Pemberdayaan Masyarakat Miskin Melalui Peningkatan Layanan Kesehatan oleh Rumah Sehat Baznas Yogyakarta di Desa Wukirsari*” ini disusun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sosial Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga, Yogyakarta.

Peneliti sangat menyadari bahwa terselesaikannya skripsi ini semata mata tidak hanya upaya sendiri, melainkan atas bantuan dan dorongan dari pihak luar. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Rumah Sehat Baznas Yogyakarta dan masyarakat Desa Wukirsari yang telah bersedia menjadi lokasi penelitian serta meluangkan waktu sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Dr. Nurjannah, M.Si. selaku Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta yang telah memberikan bimbingan serta kesempatan untuk bisa melakukan penelitian.
3. Bapak Dr. Pajar Hatma Indra Jaya, S.Sos., M.Si. selaku Ketua Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta yang tidak pernah jenuh untuk dimintai nasehat-nasehatnya.
4. Bapak Suyanto, S.Sos., M.Si. selaku pembimbing skripsi yang dengan sabar memberikan arahan, nasehat dan motivasinya hingga terselesainya skripsi ini.
5. Seluruh Dosen Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam Fakultas Dakwah dan Komunikasi yang telah memberikan ilmu sehingga peneliti dapat menyelesaikan studinya.
6. Keluargaku tersayang Bapak Rinta Sukendar, Ibu Enda Rohenda, Mang Pandi, Ce Siti Mahfudzoh dan adik adikku Intan Kurnia, Dimas, Devita Zahra yang

senantiasa memberikan doa dan dukungan materi ataupun non materi sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.

7. Segenap Keluarga Besar PP. Turus Pandeglang Banten yang bersedia mendidik serta membesarkan santri yang lemah ini.
8. Romo KH. Muhammad Munawwar Ahmad selaku Pengasuh PP. Al Munawwir Komplek 'L' Krapyak Yogyakarta yang selalu memberi semangat jiwa serta bimbingan dalam menjalani hidup agar menjadi manusia yang berguna bagi agama, nusa dan bangsa.
9. Romo Kyai Chafidz Tanwir Pengasuh PP Al Munawwir Kadilajo Klaten yang selalu mendoakan serta memberikan siraman rohani kepada santrinya.
10. Ustadz Mahzumi selaku guru spiritual yang selalu mendoakan untuk kelancaran menyusun skripsi ini.
11. Rekan-rekan santri PP. Al Munawwir Komplek 'L' Krapyak Yogyakarta, Blok Ndalem Bu Zuhri, Blok El Villa Atas serta Blok-blok lainnya yang selalu memberikan warna hidup selama proses menuntut ilmu.
12. Rekan rekan seperjuangan Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam angkatan 2012, Saparwadi, Ahmad Qusyairi, Imam Hanafi, Yuni, Iin serta rekan-rekan kampus yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu namanya yang telah memberikan dukungan serta motivasi untuk segera menyelesaikan skripsi ini.
13. Sahabat-sahabat organisasi Fopperham, Kipper dan Kopontren Al Munawwir yang telah memberikan kesempatan untuk bisa belajar bersama.
14. Rekan-rekan KKN 89 Dusun Krengseng Desa Hargorejo Kec. Kokap Kab. Kulonprogo yang selalu memberikan semangat juang untuk segera menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT senantiasa membalas jasa baik mereka semua. Penulisan ini tentunya masih jauh dari kata sempurna, untuk itu peneliti yang sangat *dhohif* ini dengan sangat terbuka untuk menerima kritik dan saran yang dapat membangun demi perbaikan skripsi ini.

Akhirnya, kepada Allah SWT peneliti memohon agar karya yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan pembaca umumnya.

Penyusun

Hendrik Basguni Sukendar

ABSTRAK

Dalam rangka mewujudkan kesejahteraan sosial sebagaimana yang termaktub dalam UU RI No. 11 tahun 2009, dimana kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Dalam hal ini Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta sebagai salah satu lembaga yang bergerak di bidang kemanusiaan mencoba untuk menjawab persoalan diatas melalui peningkatan layanan kesehatan.

Dalam penelitian ini peneliti mengkaji bagaimana strategi yang dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dalam melakukan pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan layanan kesehatan di Desa Wukirsari, bagaimana hasil yang diperoleh dalam proses pemberdayaan masyarakat miskin di Desa Wukirsari. Topik ini dipilih karena kesehatan merupakan bagian penting dalam kehidupan manusia sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan masyarakat khususnya masyarakat miskin, sebagaimana yang dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif-kualitatif, yaitu bertujuan untuk menggambarkan keadaan atau fenomena yang ada di lapangan. Pengumpulan data menggunakan teknik observasi, wawancara dan dokumentasi. Dalam menentukan informan atau sumber data peneliti menggunakan teknik *purposive* yaitu *snowball*, teknik pengambilan sampel sumber data, sebagai informan awal dipilih secara *purposive*, yang pada awal jumlahnya sedikit, lama kelamaan menjadi banyak. Kemudian validitas data menggunakan teknik *triangulasi*, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan. Membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif.

Hasil penelitian terhadap pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari adalah ada beberapa strategi yang dilakukan yaitu kepesertaan, membentuk kader sehat, layanan kesehatan, pelatihan, penyuluhan, advokasi kesehatan dan kemitraan (*partnership*) untuk memperoleh dukungan sosial (*social support*). Hasil pemberdayaan melalui peningkatan layanan kesehatan yang telah dilakukan Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta adalah meningkatnya kesadaran masyarakat Desa Wukirsari terhadap pentingnya menjaga kesehatan, kemudian masyarakat juga selalu aktif dalam setiap kegiatan.

Kata Kunci: *Pemberdayaan Masyarakat, RSB Yogyakarta, Desa Wukirsari*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI.....	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Penegasan Judul	1
B. Latar Belakang Masalah.....	5
C. Rumusan Masalah	10
D. Tujuan Pembahasan	10
E. Manfaat Penelitian	10
F. Tinjauan Pustaka	11
G. Landasan Teori.....	14
H. Metode Penelitian	28
I. Sistematika Pembahasan.....	37

BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SEHAT BAZNAS YOGYAKARTA DAN DESA WUKIRSARI

A. Gambaran Umum Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta.....	38
B. Gambaran Umum Desa Wukirsari	50

BAB III STRATEGI DAN HASIL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MISKIN MELALUI PENINGKATAN LAYANAN KESEHATAN OLEH RUMAH SEHAT BAZNAS YOGYAKARTA

A. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari.....57

1. Proses Pemberdayaan Masyarakat Miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari59

2. Kemitraan untuk Memperoleh Dukungan Sosial 78

3. Advokasi Kesehatan80

B. Hasil Pemberdayaan Masyarakat Miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari..... 82

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan87

B. Saran89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

1. Data Pasien Desa Wukirsari
2. Pedoman Wawancara
3. Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Dokter sedang Melayani Pasien	41
Gambar 2.2 Pelayanan Unit Gawat Darurat.....	42
Gambar 2.3 Pelayanan Konsultasi untuk Berbagai Penyakit.....	43
Gambar 2.4 Senam Sehat bagi Penderita Hipertensi dan Diabetes.....	44
Gambar 2.5 Pemeriksaan Gigi dan Mulut.....	44
Gambar 2.6 Struktur Lembaga Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta.....	48
Gambar 2.7 Kantor Kelurahan Desa Wukirsari.....	51
Gambar 3.1 Kader Sehat Desa Wukirsari Kecamatan Imogiri Kab. Bantul.....	67
Gambar 3.2 Acara Penyuluhan Diet HT dan DM di Desa Wukirsari.....	73

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Komposisi Penduduk Desa Wukirsari Berdasarkan Usia Tahun 2014.....	52
Tabel 2.2 Komposisi Penduduk Desa Wukirsari Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2014.....	52
Tabel 2.3 Komposisi Penduduk Desa Wukirsari Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2014.....	53
Tabel 2.4 Komposisi Penduduk Desa Wukirsari Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2014.....	54
Tabel 2.5 Pengadaan Sarana Prasarana Desa Wukirsari Tahun 2014.....	55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Penegasan Judul

Dalam upaya memperjelas arah dan batasan penelitian serta menghindari terjadinya kesalahan interpretasi dan pemahaman terhadap skripsi yang berjudul “*Pemberdayaan Masyarakat Miskin Melalui Peningkatan Layanan Kesehatan Oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta Di Desa Wukirsari*”, maka terlebih dahulu perlu untuk menegaskan pengertian dan maksud istilah-istilah yang terdapat di dalam judul tersebut.

1. Pemberdayaan Masyarakat Miskin

Pemberdayaan berasal dari penerjemahan bahasa Inggris “*empowerment*” yang bermakna “pemberian kekuasaan” karena “*power*” bukan sekedar “*daya*”, tetapi juga “*kekuasaan*”, sehingga kata “*daya*” tidak saja bermakna “*mampu*”, tetapi juga “*mempunyai kuasa*”.³

Masyarakat dalam bahasa Inggris memakai istilah *society* yang berasal dari kata latin *socius*, berarti “*kawan*”. Istilah masyarakat sendiri berasal dari akar kata Arab *syaraka* yang berarti “*ikut serta, berpartisipasi*”. Jadi masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling “*bergaul*” atau dengan istilah ilmiah, saling “*berinteraksi*”.⁴

³Endang Sutisna Sulaeman, *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, (Gadjah Mada University Press, 2012), hlm.98.

⁴Koentjaraningrat, *Pengantar Ilmu Antropologi*, (Jakarta : PT Rineka Cipta, 2009), hlm. 116.

Miskin adalah kondisi ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (sandang, pangan dan papan) dan ketiadaan akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya seperti kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi.⁵

Dari beberapa uraian di atas yang dimaksud dengan pemberdayaan masyarakat miskin pada penelitian ini ialah upaya memberikan daya atau penguatan terhadap kondisi masyarakat miskin baik secara individu maupun kelompok yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar hidupnya sendiri sehingga mereka mampu melepas belenggu kemiskinannya secara mandiri melalui berbagai aspek, baik secara ekonomi, politik maupun sosial-psikologis.

2. Peningkatan Layanan Kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) peningkatan berasal dari kata tingkat, yang berarti susunan yang berlapis-lapis atau berlinggek-linggek seperti linggek rumah, tumpuan tangga (jenjang). Sedangkan peningkatan adalah proses, cara, perbuatan meningkatkan usaha, kegiatan dan lain sebagainya. Sedangkan layanan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah perihal atau cara melayani.⁶

Sehat adalah keadaan dimana seseorang ketika diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan. Sedangkan menurut Undang-undang Republik

⁵Edi Suharto, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*, hlm.132.

⁶www.kbbi.web.id, (diakses pada tanggal 1 Agustus 2016 pukul 09.00 WIB).

Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.⁷

Jadi peningkatan layanan kesehatan menurut peneliti adalah proses meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui layanan prima yang semula kurang sehat atau tidak sehat karena berbagai macam faktor menjadi kondisi yang sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial.

3. Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta

Rumah Sehat BAZNAS atau biasa disebut RSB merupakan bagian dari Lembaga Badan Amil Zakat Nasional yang memiliki program khusus dibidang kesehatan yang bersifat *preventif, rehabilitatif, promotif, karitatif*, yang ditujukan gratis untuk *mustahik*, khususnya fakir miskin dengan sistem *membership*. Motto dari Rumah Sehat Baznas ialah memberikan layanan secara gratis, humanis dan professional.⁸ Saat ini lokasi Rumah Sehat Baznas Yogyakarta beralamat di Dusun Bibis Desa Timbul Harjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul.

⁷Undang undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

⁸<http://pusat.baznas.go.id/rsb-yogyakarta>, diakses tanggal 4 Juni 2016 pukul 19.20 WIB.

4. Desa Wukirsari

Desa Wukirsari adalah salah satu desa di Kecamatan Imogiri Kabupaten Bantul, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Desa Wukirsari terletak di sebelah timur Bantul ini mempunyai luas daerah kurang lebih 15 KM², yang terbagi 16 Dusun dan 91 RT. Secara geografis wilayahnya beragam mulai dari perbukitan hingga sungai-sungai. Sebagian wilayahnya masih berupa hutan dan lahan pertanian. Tiap-tiap daerah menyimpan banyak potensi, mulai dari pengobatan tradisional, keindahan alam, kerajinan, hingga makam-makam yang sering menjadi tempat ziarah.

Desa Wukirsari juga menjadi salah satu wilayah dampingan Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta, karena masih banyak keluarga miskin yang belum bisa memenuhi kebutuhan kesehatannya sendiri. Dampingan ini sudah dilakukan sejak tahun 2012 hingga saat ini.

Berdasarkan uraian penegasan istilah di atas, maka maksud dari judul skripsi ini adalah suatu penelitian tentang proses memberikan daya atau penguatan terhadap kondisi masyarakat miskin baik secara individu maupun kelompok melalui peningkatan layanan kesehatan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta, sehingga masyarakat yang semula kurang sehat atau tidak sehat karena berbagai macam faktor menjadi kondisi yang sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial.

B. Latar Belakang Masalah

Sebuah bangsa yang maju pasti mendambakan agar rakyatnya hidup sejahtera. Kehidupan yang adil serta terpenuhi semua kebutuhan hidupnya. Dalam Undang-undang Republik Indonesia No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, menerangkan bahwa kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.⁹

Untuk merealisasikan hal tersebut, pemerintah berupaya dengan mencanangkan berbagai program pembangunan. Beberapa diantaranya adalah program Bebas Tiga Buta (B3B), Wajib belajar 9 tahun, Kartu Jaminan Kesehatan, Bantuan Langsung Tunai (BLT), dan beras untuk keluarga miskin (Raskin).¹⁰ Tujuannya agar masyarakat dapat memenuhi kualitas hidupnya menjadi lebih baik yang tidak bergantung kepada siapapun, mampu mengembangkan potensi dirinya dengan menambah wawasan keilmuan, keterampilan serta dapat memanfaatkan sumber daya alam yang ada di sekitar dan masyarakat dapat melaksanakan fungsi sosial sebagaimana mestinya.

Namun jika melihat Kesejahteraan masyarakat menurut *United Nations Development Program (UNDP)*¹¹, diukur oleh Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index (HDI)* yang merupakan

⁹Undang undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial.

¹⁰Rr. Siti Kurnia Widiastuti, dkk.,*Pemberdayaan Masyarakat Marginal*, (Yogyakarta : Pustaka Pelajar, 2015), hlm.36.

¹¹Endang Sutisna Sulaeman : *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, hlm.4.

indikator sektor pembangunan, bahwa Indonesia pada tahun 2004 menduduki ranking ke-111 dari 117 negara dengan indeks sebesar 0,682, pada tahun 2005 menduduki ranking ke-117 dari 175 negara dengan angka indeks sebesar 0,692, dan pada tahun 2006 menduduki ranking ke-107 dari 177 negara, pada tahun 2007 menduduki ranking ke-108, pada tahun 2008 menduduki ranking ke-109 dari 179 negara, sedangkan pada tahun 2009 menduduki ranking ke-111 dari 182 negara, dengan angka indeks sebesar 0,737. IPM di Indonesia cenderung menurun dari tahun ke tahun dan jauh di bawah Negara Negara ASEAN lainnya.

Menindaklanjuti dari persoalan di atas para pemimpin dunia, melalui Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) menyempurnakan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Menjadi *Millenium Development Goals/MDGs* (Tujuan Pembangunan Millenium) yang merupakan komitmen komunitas internasional terhadap pengembangan visi pembangunan yang menempatkan pembangunan manusia sebagai kunci untuk mencapai pengembangan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan.¹²

Adapun tujuan dari MDGs antara lain ialah : *pertama*, Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan. *Kedua*, mencapai pendidikan dasar untuk semua orang. *Ketiga*, promosi kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. *Keempat*, menurunkan angka kematian anak usia di bawah lima tahun 2015. *Kelima*, meningkatkan kesehatan ibu. *Keenam*, memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya. *Ketujuh*, menjamin keberlanjutan

¹²*Ibid.*, hlm.3.

lingkungan hidup. *Kedelapan*, pengembangan kemitraan global dalam pembangunan.

Dalam merealisasikan program MDGs, semua masyarakat harus diikutsertakan dan dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan serta tindakan. Karena usahanya sebagai upaya pemberdayaan masyarakat. Harapannya agar semua masyarakat memiliki kepedulian terhadap program MDGs, menumbuhkan partisipasi aktif masyarakat, terbangun swadaya, terciptanya kemandirian serta menjunjung tinggi nilai-nilai kegotongroyongan.

Namun pada prosesnya, menurut Endang Sutisna Sulaeman dalam bukunya yang berjudul *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan* bahwa Indonesia termasuk negara yang lamban dalam mencapai MDGs. Sumber kelambanan ditunjukkan dari masih tingginya angka kematian ibu melahirkan, belum teratasinya laju penularan HIV/AIDS, makin meluasnya laju deforestasi, rendahnya pemenuhan air bersih dan sanitasi yang buruk serta beban utang luar negeri yang terus menggunung.¹³

Selain itu yang menjadi titik lemah lain dalam upaya mencapai *MDGs* di Indonesia adalah tidak adanya pengakuan inisiatif masyarakat (baik organisasi masyarakat sipil maupun sektor swasta) yang selama ini mempunyai peran dalam upaya pencapaian *MDGs*. Pemerintah Indonesia tidak pernah mendorong rasa kepemilikan bersama (*ownership*) *MDGs* ini kepada rakyatnya, sangat kuat kesan bahwa pencapaian *MDGs* identik dengan pelaksanaan program pemerintah. Padahal banyak inisiatif dan kreatif masyarakat muncul

¹³*Ibid.*, hlm.4.

dalam menjawab kemiskinan pada saat negara absen memenuhi kewajibannya.¹⁴

Pada sisi lain, adanya peningkatan jumlah penduduk miskin mengakibatkan semakin meningkatnya ketidakmampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, seperti kebutuhan makan (pangan), pakaian (sandang), perumahan (papan), pendidikan dan kesehatan. Kesehatan kelompok miskin baik di perkotaan maupun di pedesaan akan sangat terpengaruh kearah yang kurang menguntungkan akibat menurunnya pendapatan nyata, yaitu :

1. Berkurangnya konsumsi makanan dan menurunnya status gizi,
2. Perubahan dalam penggunaan pelayanan kesehatan,
3. Meningkatnya stress dan kelainan kesehatan jiwa dan,
4. Peningkatan kejahatan dan perilaku beresiko tinggi.

Untuk itu, dalam rangka mengatasi berbagai keterbelakangan masyarakat, perlu dilakukan upaya pemberdayaan masyarakat yang masuk dalam semua bidang, salah satunya ialah pada bidang kesehatan.

Badan Amil Zakat Nasional (BAZNAS) merupakan badan resmi satu satunya yang dibentuk oleh pemerintah untuk menghimpun dan menyalurkan zakat, infaq dan sedekah pada tingkat nasional. Diantara sasarannya adalah melalui Rumah Sehat BAZNAS dengan fokus programnya ialah peningkatan kesehatan bagi masyarakat miskin.

¹⁴*Ibid.*,

Keberadaan Rumah Sehat Baznas di berbagai wilayah di Indonesia saat ini memang belum banyak, baru ada beberapa provinsi saja, termasuk diantaranya ialah di DI Yogyakarta tepatnya di Dusun Bibis Desa, Timbul Harjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul.

Sejalan dengan pembahasan di atas ada beberapa alasan yang membuat peneliti tertarik ingin meneliti Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta, antara lain:

1. Memiliki sertifikasi ISO 9001:2008.
2. Rumah Sehat Baznas hadir dalam menjawab persoalan kemiskinan, yang fokus upayanya adalah melakukan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
3. Program layanan kesehatan cuma-cuma bagi masyarakat miskin yang dilakukan secara gratis tanpa dipungut biaya sedikitpun yang dikhususkan untuk masyarakat yang termasuk kategori mustahiq (orang terlantar, fakir miskin, anak yatim dan orang cacat).
5. Keberadaan Rumah Sehat Baznas yang baru berjumlah lima cabang di seluruh Indonesia.

Dari hal tersebut di atas peneliti merasa tertarik untuk lebih mendalami Lembaga Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dalam upayanya memberdayakan masyarakat Yogyakarta dibidang kesehatan yang nantinya akan dibahas dalam sebuah karya tulis ilmiah berjudul *“Pemberdayaan*

Masyarakat Miskin Melalui Peningkatan Layanan Kesehatan Oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta Di Desa Wukirsari”

C. Rumusan Masalah

1. Bagaimana strategi pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari ?
2. Bagaimana hasil pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari ?

D. Tujuan Pembahasan

1. Mengetahui strategi pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari ?
2. Mengetahui hasil pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari ?

E. Manfaat Penelitian

1. Secara teoritis
 - a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat akademis untuk semua kalangan khususnya peneliti, berupa pengetahuan akan pentingnya pemberdayaan masyarakat miskin di bidang kesehatan sebagaimana yang dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari.

b. Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya referensi yang dapat berguna sebagai dasar dasar pemikiran untuk lebih memahami pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

2. Secara Praktis

a. Diharapkan pembaca dapat mengetahui dan mempelajari strategi pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan layanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sehat Baznas Yogyakarta di Desa Wukirsari.

b. Selain itu pembaca juga dapat mengetahui hasil yang diperoleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dalam melakukan pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan layanan kesehatan di Desa Wukirsari.

c. Penelitian ini juga diharapkan agar menjadi bahan evaluasi bagi Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dalam melaksanakan program-program kegiatan bagi masyarakat miskin, sehingga dapat terealisasinya derajat kesehatan masyarakat miskin yang optimal dan menyeluruh.

F. Tinjauan Pustaka

Agar penelitian ini dapat diyakini keasliannya, maka perlu adanya penelitian tentang adanya fokus penelitian yang terkait. Penelitian yang terkait tersebut ialah :

1. Dini Dyah Purnomo Widya Pangesti dalam skripsinya yang berjudul *“Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Kualitas Kesehatan oleh Program PAMSIMAS (Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis*

Masyarakat) di Desa Tibayan Kecamatan Jatinom Kabupaten Klaten”. Fokus kajiannya adalah untuk mengetahui bagaimana konsep yang dibuat oleh Pamsimas untuk memberdayakan masyarakat dalam meningkatkan kualitas kesehatan. Selain itu dalam penelitian ini akan dapat mengetahui bagaimana implementasi yang dilakukan Pamsimas. Hasil pemberdayaan masyarakat dari program Pamsimas sebenarnya diawali dari pengadaan sumber air bersih yang merupakan permasalahan utama Desa Tibayan. Namun masyarakat diikutsertakan agar mandiri dalam melaksanakan program tersebut. Dari pelaksanaan program tersebut akhirnya dapat menyadarkan masyarakat agar hidup sehat.¹⁵

Jika dilihat dari objeknya, penelitian ini hanya membahas mengenai konsep, implementasi serta hasil dari program PAMSIMAS. Selain itu yang membedakan dengan peneliti ialah lokasi penelitian dan subjeknya.

2. Tri Wahyuni, Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta dalam skripsinya yang berjudul “*Peran Program Desa Siaga dalam Pemberdayaan Kesehatan di Desa Pekutan Mirit Kebumen*”. Skripsi ini membahas tentang peran dan faktor penghambat yang dilakukan oleh Desa Siaga (Pengurus) dalam proses pemberdayaan kesehatan di Desa Pekutan. Peran yang dilakukan

¹⁵Dini Dyah Purnomo Widya Pangesti, *Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Kualitas Kesehatan oleh Program PAMSIMAS (Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat) di Desa Tibayan Kecamatan Jatinom Kabupaten Klaten*, Skripsi tidak diterbitkan (Yogyakarta: Jurusan PMI Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga, 2015), hlm.13-14.

oleh Program Desa Siaga sebelumnya memang sudah dikembangkan, tetapi masyarakat Desa Pekutan pada waktu itu belum optimal dan berbagai kegiatan masyarakat juga belum terkoordinasi dengan baik.¹⁶

Hasil penelitian terhadap peran program Desa Siaga adalah bahwa peran yang dilakukan adalah peran yang *edukatif* dan *fasilitatif*. Sedangkan faktor yang menghambat adalah yang berasal dari masyarakat dan pemerintah itu sendiri. Jika dilihat dari metode penelitian, maka secara umum penelitian ini memiliki kesamaan, namun dari segi objek, subjek dan lokasi penelitian maka penelitian ini sangatlah berbeda.

3. Habibah Nur'aini, Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta dalam skripsinya yang berjudul "*Strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin*". Skripsi ini mengkaji strategi yang dilakukan Puskesmas Masaran II Sragen untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di wilayah kerjanya dengan memaksimalkan partisipasi masyarakat. Puskesmas Masaran II menggunakan dua strategi utama dalam pembangunan masyarakat miskin, yaitu pengembangan Desa Siaga dan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah dapat membangkitkan kesadaran masyarakat untuk memelihara kesehatannya

¹⁶Tri Wahyuni, *Peran Program Desa Siaga dalam Pemberdayaan Kesehatan di Desa Pekutan Mirit Kebumen*, Skripsi tidak diterbitkan, (Yogyakarta:Jurusan IKS Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga, 2015), hlm.19.

sendiri sehingga mereka mampu menjaga derajat kesehatan tetap optimal.¹⁷

Hal yang menjadi kesamaan dengan peneliti adalah pada objek penelitiannya, yaitu strategi pembangunan kesehatan masyarakat miskin. Namun, perbedaannya terletak pada subjek dan lokasi penelitian. Subjek penelitian di atas adalah Puskesmas Masaran II Sragen yang terletak di Desa Sidodadi, Kecamatan Masaran Kabupaten Sragen. Sedangkan subjek penelitian ini ialah di Lembaga Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta, tepatnya di Dusun Bibis Desa Timbul Harjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul-Yogyakarta.

G. Landasan Teori

1. Pandangan Al Qur'an tentang Pemberdayaan Masyarakat Miskin

Al Qur'an menyatakan dirinya sebagai kitab petunjuk (hudan), sebagaimana tercantum dalam QS. Al-Baqarah (2):2 dan QS Al Baqarah (2) : 185. Dalam permasalahan kemasyarakatan biasanya petunjuk petunjuk yang diberikan oleh al-Qur'an bersifat global, tidak bersifat terperinci. Pada umumnya al-Qur'an tidak menyebut petunjuk petunjuk teknis yang rinci dalam persoalan persoalan yang berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat, mengingat bahwa permasalahan dan kemasyarakatan senantiasa berkembang. Dengan demikian dapat dipahami

¹⁷Habibah Nur'aini, *Strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin*, Skripsi tidak diterbitkan (Yogyakarta:Jurusan PMI Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga, 2008)

bahwa dalam masalah pemberdayaan masyarakat, petunjuk al-Qur'an juga dikemukakan secara global. Upaya pemaparan pandangan al-Qur'an pada tulisan ini merupakan upaya pemahaman dari petunjuk-petunjuk al-Qur'an yang bersifat global.

Dalam sejumlah ayat-ayat al-Qur'an dapat ditemukan sikap al-Qur'an yang menunjukkan pembelaan terhadap orang-orang miskin. Sejumlah ayat al-Qur'an secara jelas memerintahkan umat islam untuk berbuat baik kepada orang-orang dhuafa. Al-Qur'an memerintahkan umat islam, sebagaimana Allah telah memerintahkan Bani Israil, untuk berbuat baik kepada orang-orang dhuafa, seperti orang-orang miskin dan anak-anak yatim, sebagaimana Firman Allah dalam QS. Al-Baqarah (2) : 83 :¹⁸

و بِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسْكِينِ

“dan berbuat kebaikanlah kepada kedua orang tua, kaum kerabat, anak-anak yatim, dan kepada orang-orang miskin.”

Dalam QS. Al-Baqarah (2) : 83 di atas terdapat kata *ihsan* (إحسانا). Menurut pakar kosakata al-Qur'an, al-Raghiib al-Ashfahn, kata *ihsan* (إحسانا) biasa digunakan untuk dua hal : (1) memberi nikmat untuk orang lain, (2) perbuatan baik. Dengan demikian *ihsan* (إحسانا) mengandung makna yang lebih luas dari sekedar memberi nikmat atau nafkah. Kata *ihsan* (إحسانا) mengandung makna memperlakukan orang lain lebih baik daripada orang lain itu memperlakukan kita. Dengan demikian dapat

¹⁸Al-Qur'an,2:83.

dipahami dari surat al-Baqarah (2) : 83 bahwa umat islam dituntun untuk berlaku baik kepada orang-orang dhuafa, seperti anak-anak yatim dan para fakir miskin secara ihsan, dengan berlaku lebih baik daripada perlakuan mereka.¹⁹

Dari uraian di atas peneliti beranggapan bahwa islam memerintahkan umatnya untuk selalu berbuat baik kepada kelompok miskin, cara yang dapat dilakukan untuk berbuat baik kepada kelompok miskin juga sangat beragam, termasuk diantaranya adalah melakukan pemberdayaan kepada kelompok miskin dengan menyediakan pelayanan, seperti pelayanan peningkatan kesehatan yang dikhususkan bagi mereka yang tidak mampu atau membutuhkan.

2. Konsep Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Peningkatan Layanan Kesehatan

Dalam karya yang ditulis oleh Endang Sutisna Sulaeman menerangkan bahwa “konsep” adalah ide-ide atau gagasan untuk memahami suatu fenomena, baik fakta atau peristiwa. Dalam praktik perubahan sosial, ide merupakan karakteristik dari praktik. Secara umum “konsep” bukanlah penjelasan teori-teori dan kekhususan pelaksanaan dari

¹⁹Rr.Siti Kurnia Widiastuti, dkk., *Pemberdayaan Masyarakat Marginal*, (Yogyakarta:Pustaka Pelajar, 2015), hlm.58.

keahlian tertentu. Sanders berpendapat bahwa konsep pemberdayaan masyarakat dapat dipandang:²⁰

1. Sebagai proses yaitu pemberdayaan masyarakat bergerak dalam suatu tahapan-tahapan dari suatu kondisi atau keadaan tertentu ke tahap berikutnya, yakni mencakup kemajuan dan perubahan, atau dengan kata lain pemberdayaan masyarakat sebagai suatu proses perubahan dari keadaan kurang baik ke keadaan lebih baik atau dari status rendah ke status lebih tinggi.
2. Sebagai metode yaitu pemberdayaan masyarakat dipandang sebagai suatu cara pendekatan untuk mencapai tujuan dengan cara sedemikian rupa sehingga beberapa tujuan dapat dicapai dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat.
3. Sebagai program yaitu pemberdayaan masyarakat dipandang sebagai suatu gugus prosedur dan isinya sebagai suatu daftar aksi/kegiatan yang membuka peluang bagi partisipasi masyarakat. Dengan menjalankan prosedur, kegiatan-kegiatan memungkinkan dapat dilaksanakan. Sebagai suatu program pemberdayaan masyarakat berhubungan dengan bidang-bidang yang khas seperti kesehatan, kesejahteraan, pertanian, industri, dan rekreasi.
4. Sebagai gerakan yaitu pemberdayaan masyarakat merupakan suatu perjuangan yang menjadi alasan bagi orang-orang untuk mengabdikan dan berjuang. Pemberdayaan masyarakat diperuntukkan bagi kemajuan suatu konsep filosofis bukan konsep ilmiah, karena kemajuan harus dipandang dalam kaitannya dengan nilai-nilai dan tujuan-tujuan yang berbeda, sehingga terbentuk komitmen masyarakat dan keterikatan emosional demi terciptanya struktur yang lebih kuat.

Dalam perjalanan pemberdayaan masyarakat tentunya tidak bisa diprediksi kapan akan berakhir, untuk itu pemberdayaan masyarakat memerlukan upaya-upaya yang berkelanjutan dan membutuhkan kesungguhan serta pengorbanan dari semua kalangan. Karena tidak mungkin dalam prosesnya pemberdayaan hanya dilakukan oleh satu pihak saja.

Lebih jauh menurut Friedman yang dikutip oleh Endang Sutisna Sulaeman menegaskan bahwa konsep pemberdayaan masyarakat sebagai

²⁰Endang Sutisna Sulaeman : *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, hlm.4.

alternatif pembangunan pada intinya menekankan pada otonomi pengambilan keputusan dari suatu kelompok masyarakat yang berlandaskan pada sumber daya pribadi langsung (melalui partisipasi), demokratis dan pembelajaran sosial melalui pengalaman langsung.²¹

Masyarakat dalam hal ini agar selalu diikutsertakan dalam berbagai hal, baik dalam pengambilan keputusan, penentuan kebijakan serta dalam pelaksanaannya pun mereka harus dilibatkan, karena biar bagaimanapun yang mengetahui kebutuhan serta persoalan masyarakat adalah mereka sendiri.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa konsep pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses, metode, program serta gerakan yang berusaha dan memperjuangkan masyarakat dari keadaan kurang baik menuju keadaan yang lebih baik atau dari status rendah ke status lebih tinggi dengan melibatkan partisipasi masyarakat guna mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

Sementara konsep peningkatan kesehatan menurut buku MUI menjelaskan bahwa peningkatan kesehatan merupakan kondisi dimana semua faktor yang mempengaruhi adanya peningkatan kualitas kesehatan dalam lingkungan fisik manusia di sekitar pemukiman masyarakat telah

²¹*Ibid.*, hlm.109.

berfungsi dan bermanfaat secara optimal sehingga tercipta masyarakat yang sadar akan kesehatannya dan bebas dari berbagai macam penyakit.²²

Penjelasan di atas menuai maksud bahwa pengertian konsep peningkatan kesehatan yaitu adanya perubahan peningkatan kualitas kesehatan ke arah yang lebih signifikan dikarenakan berbagai faktor, baik internal (dari diri manusia) yang terdiri dari fisik dan psikis maupun faktor eksternal (di luar diri manusia) seperti lingkungan, pendidikan, ekonomi, sosial, budaya, politik dan sebagainya. Serta terbangunnya rasa kesadaran akan pentingnya selalu menjaga kesehatan.

Selain itu upaya peningkatan kesehatan di masyarakat tersebut juga akan memberikan dampak positif bagi kehidupan manusia dan sebaliknya jika tidak ada upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan maka dampaknya akan memberikan efek negatif bagi kehidupan manusia, dan dampak negatif tersebut seperti munculnya berbagai penyakit dan lingkungan yang tidak sehat untuk masyarakat disekitarnya, yang bisa disebut dengan pencemaran lingkungan. Peningkatan di masyarakat ini dapat diukur dari terciptanya beberapa standart yaitu air bersih dan sanitasi yang sehat.²³

Dari adanya dua konsep pemaparan di atas, yaitu konsep pemberdayaan masyarakat miskin dan konsep peningkatan kesehatan

²²Majelis Ulama Indonesia, *Air,Kebersihan dan Kesehatan lingkungan Menurut Ajaran Islam*, (Jakarta:1992), hlm.99-101.

²³H.J Mukono, *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan Edisi kedua*, (Surabaya : Airlangga University Press,2006),hlm.76.

maka dapat diambil kesimpulan bahwa konsep pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan kesehatan adalah Usaha bersama dalam membentuk masyarakat yang sehat baik jasmani maupun rohani sehingga terbangun masyarakat yang partisipatif, berdaya dan mandiri serta masyarakat yang dapat keluar dari belenggu kemiskinan.

3. Arah dan Tujuan Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Peningkatan Layanan Kesehatan

Menurut Endang Sutisna Sulaeman bahwa arah dan tujuan pemberdayaan masyarakat ditujukan pada pemberdayaan aparat dan pemberdayaan rakyat. Pemberdayaan aparat bertujuan agar aparat lebih mampu, responsive dan akomodatif, sedangkan pemberdayaan rakyat bertujuan agar rakyat lebih mampu, proaktif, dan aspiratif.²⁴

Lebih jauh Endang Sutisna Sulaeman mengatakan bahwa tujuan utama pemberdayaan masyarakat adalah memperkuat kekuasaan rakyat, khususnya kelompok lemah yang memiliki ketidakberdayaan, baik karena kondisi mental, misalnya persepsi mereka sendiri maupun karena kondisi eksternal misalnya ditindas oleh struktur sosial yang tidak adil. Oleh karenanya, pemberdayaan masyarakat tidak cukup hanya terbatas pada peningkatan pendapatan dan peningkatan derajat kesehatan, tetapi juga diperlukan advokasi hukum dan kebijakan, bahkan diperlukan pendidikan politik yang memadai untuk penguatan daya tawar politik dan menyuarkan hak hak politik rakyat sehingga mendapat legitimasi dan

²⁴Endang Sutisna Sulaeman : *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, hlm.111.

dukungan dari birokrasi, para pemangku kepentingan dan tokoh masyarakat.²⁵

Adapun tujuan mendasar pemberdayaan masyarakat melalui peningkatan kesehatan adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya.

Sedangkan menurut Departement Kesehatan sebagaimana yang dikutip oleh Endang Sutisna bahwa tujuan program pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan terdiri atas tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum adalah meningkatnya kemandirian masyarakat dan keluarga dalam bidang kesehatan sehingga masyarakat dapat memberikan andil dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Sedangkan tujuan khusus adalah²⁶:

1. Meningkatnya pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan
2. Meningkatnya kemampuan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri.
3. Meningkatnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat, dan
4. Terwujudnya pelembagaan upaya kesehatan masyarakat di tingkat lapangan.

²⁵*Ibid.*, hlm.113.

²⁶*Ibid.*, hlm.114.

4. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Peningkatan Layanan Kesehatan

Strategi adalah suatu rencana umum yang bersifat menyeluruh (komprehensif) yang mengandung arahan tentang tindakan-tindakan utama yang apabila terlaksana dengan baik akan berpengaruh pada tercapainya berbagai tujuan jangka panjang. Dengan kata lain, strategi merupakan suatu pernyataan tentang penentuan langkah-langkah/tindakan atau cara-cara efektif yang akan digunakan dan cara melakukannya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.²⁷

Menurut Departemen Kesehatan yang dikutip oleh Endang Sutisna bahwa strategi pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah sebagai berikut :²⁸

a. Advokasi Kesehatan

Advokasi adalah salah satu upaya persuasi yang mencakup kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut mengenai sesuatu hal. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa advokasi adalah salah satu upaya komunikasi yang dilakukan satu pihak kepada pihak lainnya dengan tujuan utama memberikan dukungan, pembelaan dan rekomendasi sehubungan dengan suatu persoalan yang dihadapi oleh pihak lain tersebut.

²⁷ *Ibid.*, hlm.138.

²⁸ Endang Sutisna Sulaeman : *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, hlm.140.

Sedangkan advokasi kesehatan adalah upaya memasyarakatkan program kesehatan, mempengaruhi kebijakan publik, serta mendapatkan komitmen dan dukungan dari para pemangku kepentingan dan para pengambil kebijakan untuk melakukan perubahan tata nilai atau peraturan yang ada, sehingga tujuan program kesehatan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Dukungan dapat berupa kebijakan, penyediaan sumber daya seperti tenaga, dana, sarana dan sebagainya. Kelompok sasaran untuk strategi advokasi adalah kelompok sasaran tersier yaitu para pemangku kepentingan dan para pengambil kebijakan pada semua jenjang administrasi pemerintahan di pusat provinsi, kabupaten atau kota, kecamatan dan desa atau kelurahan.

Tujuan advokasi kesehatan adalah : 1) mempengaruhi peraturan dan kebijakan yang mendukung kesehatan, 2) mempengaruhi pihak lain agar (program, LSM, peduli kesehatan, profesional) agar mendukung kesehatan melalui kemitraan dan jaringan kerja, 3) meningkatkan kerja sama antara masyarakat dan pemerintah khususnya kesehatan lingkungan di tempat-tempat umum, 4) menggalang dukungan pendapat umum melalui media komunikasi terhadap program kesehatan.

b. Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Dengan kata lain pemberdayaan masyarakat merupakan proses membantu sasaran/penerima manfaat agar berubah menjadi tahu atau sadar, mau dan mampu melaksanakan kegiatan dan program kesehatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang diikuti dengan perubahan perilaku mereka sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi. Strategi ini ditujukan pada sasaran primer yaitu mereka yang terkena masalah kesehatan atau mereka yang pengetahuan dan perilakunya hendak diubah.

Pelaksanaan strategi pemberdayaan masyarakat yang diharapkan adalah:²⁹ 1) sebagai suatu upaya dalam peningkatan kemampuan masyarakat guna meningkatkan harkat hidup, martabat dan derajat kesehatan, 2) sebagai upaya peningkatan keberdayaan berarti peningkatan kemampuan dan kemandirian masyarakat agar dapat mengembangkan diri dan memperkuat sumber daya yang dimiliki untuk mencapai kemajuan.

Strategi pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan pengembangan/pengorganisasian masyarakat. Bentuk operasional dari strategi ini biasanya berupa tatap muka atau penyuluhan kelompok dan

²⁹Endang Sutisna Sulaeman : *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, hlm.146.

lebih sering memanfaatkan metode komunikasi sederhana (tatap muka) dan informal, misalnya latihan melakukan latihan kader PKK, kader Posyandu, kader sehat, kader Poskesdes dll. Sehingga mereka menjadi tahu tentang program kesehatan dan dapat memberi tahu masyarakat di lingkungannya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Dalam melaksanakan pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan karakteristik masyarakat setempat yang dapat dikelompokkan sebagai berikut:³⁰ 1) masyarakat Pembina yaitu masyarakat yang peduli kesehatan, misalnya LSM kesehatan, organisasi profesi yang bergerak di bidang kesehatan, 2) masyarakat setara yaitu masyarakat yang karena kondisinya kurang memadai sehingga tidak dapat memelihara kesehatannya. Misalnya seorang ibu sadar akan pentingnya memeriksa kehamilan, tetapi karena keterbatasan ekonomi dan tidak adanya transportasi si ibu tidak pergi ke sarana pelayanan kesehatan, 3) masyarakat pemula yaitu masyarakat yang tidak tahu akan pentingnya kesehatan dan belum didukung oleh fasilitas yang tersedia. Misalnya masyarakat di lingkungan kumuh dan daerah terpencil.

c. Kemitraan untuk Memperoleh Dukungan Sosial

Kemitraan adalah hubungan kerjasama antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip

³⁰*Ibid.*, hlm.147.

dan peran masing-masing. Sedangkan kemitraan menuju Indonesia Sehat yaitu hubungan kerja sama dengan berbagai pihak seperti lintas program, lintas sektoral, organisasi profesi, LSM, dunia usaha, media massa untuk mencapai perilaku dan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan yang bermutu serta derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di masa yang akan datang.

Adapun tujuan kemitraan menuju Indonesia Sehat adalah:³¹ 1) menyamakan persepsi dan meningkatkan pemahaman tentang kemitraan untuk mencapai Indonesia Sehat, 2) Memperluas wawasan dalam mengadakan kemitraan mengembangkan gagasan pembangunan kesehatan agar efektif dan efisien, 3) menggalang sumber daya baik tenaga, dana dan sarana, serta 4) menjalin jaringan kemitraan di bidang pembangunan kesehatan.

5. Hasil Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Peningkatan Layanan Kesehatan

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan diperlukan adanya indikator yaitu membandingkan kriteria normatif dengan realita. Demikian pula untuk mengetahui fokus dan tujuan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan secara operasional, maka perlu ditetapkan berbagai indikator pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang dapat menunjukkan seseorang atau masyarakat itu

³¹Endang Sutisna Sulaeman : *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, hlm.143.

berdaya atau tidak. Dengan demikian ketika sebuah program pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan diberikan, segenap upaya dapat dikonsentrasikan pada aspek-aspek dari sasaran perubahan yang perlu dioptimalkan.³²

Menurut Mardikanto yang dikutip oleh Endang Sutisna menuturkan bahwa indikator yang dapat dipakai untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat mencakup : a) jumlah warga yang secara nyata tertarik untuk hadir dalam tiap kegiatan yang dilaksanakan. b) frekuensi kehadiran tiap tiap warga pada pelaksanaan tiap jenis kegiatan. c) tingkat kemudahan penyelenggaraan program untuk memperoleh pertimbangan atau persetujuan warga atas ide baru yang dikemukakan oleh masyarakat yang ditunjukkan untuk kelancaran pelaksanaan program. d) jumlah dana yang dapat digali dari masyarakat untuk menunjang pelaksanaan kegiatan. e) intensitas kegiatan petugas dalam pengendalian masalah. f) meningkatnya kapasitas skala partisipasi masyarakat. g) berkurangnya masyarakat yang menderita. h) meningkatnya kepedulian dan respons terhadap perlunya peningkatan mutu hidup. i) meningkatnya kemandirian masyarakat.³³

Sementara itu indikator pemberdayaan menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah meliputi : a) Masyarakat mampu mengidentifikasi kebutuhan permasalahan, b) masyarakat mampu menentukan prioritas kebutuhan permasalahan, c) Masyarakat mengetahui sumber daya yang dimiliki, d) semakin banyak

³²Endang Sutisna Sulaeman, *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, (Gadjah Mada University Press, 2012), hlm. 199.

³³*Ibid.*, hlm.200.

pemimpin /kader lokal yang muncul, e) masyarakat makin mandiri, f) masyarakat mampu menyelesaikan permasalahan sendiri, dan g) swadaya masyarakat semakin kuat.³⁴

Dari pemaparan di atas dapat disimpulkan bahwa hasil pemberdayaan masyarakat dapat di lihat indikator keberhasilannya seperti adanya perubahan kemampuan dalam melakukan kegiatan produktif. Selain itu kepedulian pemerintah juga meningkat dalam memenuhi kebutuhan masyarakatnya.

Sementara hasil dari peningkatan kesehatan merupakan dampak dari strategi yang dilakukan itu sendiri. Sehingga harapan peningkatan kesehatan dapat terealisasi.

H. Metode Penelitian

Untuk mendapatkan data yang berhubungan dengan permasalahan yang dirumuskan dan untuk mempermudah proses pelaksanaan penelitian serta mencapai tujuan penelitian yang diinginkan, maka penulis menggunakan metode penelitian sebagai berikut :

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta yang beralamat di Dusun Bibis Desa Timbul Harjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul. Alasan pemilihan lokasi :

³⁴ *Ibid.*, hlm.201.

- a. Lembaga Rumah Sehat Baznas tersebut sudah melakukan pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan layanan kesehatan. Bentuk layanan yang diberikan adalah layanan prima, yaitu layanan yang mengedapankan kualitas. sehingga akan benar-benar membantu serta akan terasa manfaatnya bagi masyarakat Desa Wukirsari yang membutuhkan.
- b. Lokasi penelitian terletak di pinggir jalan Imogiri Barat tepatnya di Dusun Bibis Desa Timbul Harjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul Yogyakarta. Namun demikian, secara praktik Rumah Sehat Baznas bekerja di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah. Jadi, apabila ada masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta dan sekitarnya ada yang membutuhkan layanan kesehatan, maka Rumah Sehat BAZNAS akan siap untuk melayani, dengan catatan pasien harus sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan oleh RSB.
- c. Rumah Sehat BAZNAS telah banyak melayani masyarakat diberbagai kabupaten, Kecamatan, Desa, dan Dusun di Yogyakarta secara cuma cuma atau tanpa dipungut biaya melalui program Layanan Dalam Gedung (LDG) maupun Layanan Luar Gedung (LLG)

2. Subyek Penelitian

Moleong yang dikutip oleh Suwandi menyatakan bahwa, subjek penelitian merupakan orang yang ada dalam latar penelitian. Lebih tegas Moleong juga mengungkapkan bahwa subjek penelitian adalah orang yang

dimanfaatkan untuk memberikan informasi mengenai situasi dan kondisi latar penelitian.³⁵

Dalam menentukan subjek penelitian yang baik, terdapat syarat syarat yang perlu diperhatikan, yakni mereka yang telah cukup lama berpartisipasi dalam kegiatan yang menjadi kajian penelitian, terlibat penuh dalam kegiatan yang menjadi kajian penelitian, memiliki waktu yang cukup untuk dimintai informasi.³⁶ Adapun yang menjadi subyek penelitian dalam tulisan ini adalah :

- a. Bapak Rio selaku Kepala Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta.
 - b. dr Dian selaku Kepala Bagian Medik Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta.
 - c. Mba Rima selaku Kepala Bagian Layanan Luar Gedung (LLG) Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta.
 - d. Ibu Fathonah selaku ketua kader sehat RSB di Desa Wukirsari.
 - e. Ibu Mudinah dan Ibu Mufiyah selaku pasien RSB di Desa Wukirsari.
3. Obyek Penelitian

Obyek dalam penelitian ini adalah strategi pemberdayaan masyarakat miskin yang dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta serta ingin mengetahui bagaimana hasil yang telah dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dalam upaya peningkatan kesehatan bagi masyarakat miskin.

³⁵Basrowi dan Suwandi, *Memahami Penelitian Kualitatif*, (Jakarta : PT. Rineka Cipta, 2008), hlm. 188.

³⁶*Ibid.*,

4. Pendekatan Penelitian

Penelitian mengenai pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan kesehatan oleh Rumah Sehat Baznas Yogyakarta menggunakan pendekatan kualitatif. Adapun beberapa alasan mengapa peneliti menggunakan pendekatan penelitian tersebut ialah peneliti mendapatkan informasi serta data yang dibutuhkan secara langsung dan mendalam. Selain itu alasan yang lain yaitu :

- a. Pendekatan ini bersifat deskriptif dan lebih menekankan pada proses dari pada hasil, sehingga peneliti memiliki peluang dalam mengungkap peristiwa sosial yang terjadi di lapangan serta mampu memberikan kesempatan untuk menemukan kondisi nyata di lapangan sebagai bentuk perkembangan sejarah.
- b. Pendekatan ini mampu mendekatkan hubungan dengan subjek sasaran penelitian, saat berpartisipasi guna melakukan pencatatan fakta-fakta di lapangan serta pendekatan ini mampu menetapkan batas penelitian terkait fokus yang dikaji.

Dengan memakai pendekatan ini maka data yang diperoleh adalah nyata karena didapatkan langsung dari sumbernya. Karena untuk mendapatkan data penelitian dengan metode pendekatan kualitatif, peneliti berhubungan langsung dengan subjek dan objek penelitian.

5. Teknik Penentuan Informan

Informan adalah orang dalam latar belakang. Fungsinya sebagai orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Pemanfaatan informasi bagi penelitian ialah agar dalam waktu yang relative singkat banyak informasi yang terjangkau.³⁷

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik “*snowball*”, yaitu teknik pengambilan sampel sumber data, yang pada awal jumlahnya sedikit, lama kelamaan menjadi banyak. Sebagai informan awal dipilih secara purposive, obyek penelitian menguasai permasalahan yang diteliti. Dimana peneliti memilih informan yang dianggap tahu dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber daya yang mantap dan mengetahui masalahnya secara mendalam.

Informan dalam penelitian ini adalah pertama, Ibu Dian selaku Kepala Bidang Medik, kedua Bapak Rio selaku Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia, ketiga Ibu Rima selaku Koordinator Bidang Layanan Luar Gedung, keempat Ibu Fathonah selaku ketua kader sehat Desa Wukirsari, kelima Ibu Mudinah selaku pasien Desa Wukirsari dan keenam Ibu Mufiyah selaku pasien Desa Wukirsari.

6. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi, wawancara dan dokumentasi. Basrowi dan Suwandi

³⁷*Ibid.*, hlm.86.

menyatakan bahwa data yang perlu dikumpulkan dalam penelitian kualitatif adalah sebagai berikut:

a. Observasi

Proses pengumpulan data melalui observasi langsung dilakukan dengan mendatangi Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dan Desa Wukirsari serta melakukan pengamatan tentang fenomena yang terjadi di sana. Kemudian dilakukan pencatatan, dari hasil melihat dan mengamati secara langsung di lapangan. Dalam hal ini peneliti melakukan observasi secara langsung terhadap kegiatan pemberdayaan masyarakat miskin di bidang kesehatan yang dilakukan Rumah Sehat Baznas Yogyakarta di Desa Wukirsari dan hal terkait lainnya.

b. Wawancara

Wawancara adalah percakapan langsung dan tatap muka dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, pewawancara yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai yang memberikan jawaban.³⁸

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.³⁹ Artinya

³⁸Imam Suprayogo dan Tobroni, *Metodologi Penelitian Sosial-Agama* (Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2001),hlm.172.

³⁹*Ibid.*,hlm.175.

pewawancara menentukan pertanyaan sesuai dengan kebutuhan data yang dicari dan informan memberikan informasi berdasarkan pertanyaan yang diajukan oleh pewawancara. Metode ini digunakan untuk mengumpulkan data tentang strategi dan hasil yang dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dalam melakukan pemberdayaan masyarakat miskin di Desa Wukirsari.

Adapun yang menjadi sumber dalam wawancara ini adalah Kepala Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia, Kepala Bagian Medik, Kepala Bagian Layanan Luar Gedung (LLG), Sebagian karyawan Rumah Sehat Baznas Yogyakarta dan sebagian anggota atau pasien Rumah Sehat Baznas Yogyakarta di Desa Wukirsari.

c. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya.⁴⁰ Metode ini digunakan untuk pengumpulan data tentang hal-hal yang berhubungan dengan penelitian seperti, struktur organisasi, gambaran umum Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta dan Desa Wukirsari, letak geografis, data demografis, sarana dan prasarana, kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari dan hal-hal lain yang berkaitan dengan penelitian. Metode ini digunakan untuk

⁴⁰Suharsimi Arikunto, *Prosedur penelitian*, hlm.236.

melengkapi data-data yang diperoleh dari wawancara dan observasi seperti dijelaskan di atas.

7. Teknik Validitas Data

Langkah yang dilakukan untuk membuktikan sebuah penelitian agar sesuai dengan kenyataan atau kejadian, maka perlu adanya validasi data. Validasi data adalah hal yang mendukung dalam melakukan penelitian, karena sebelum data dianalisis, terlebih dahulu harus mengalami pemeriksaan. Validasi membuktikan hasil yang diamati sudah sesuai dengan yang sebenarnya atau belum.

Salah satu teknik dalam melakukan validasi data adalah dengan cara *triangulasi*. Teknik *triangulasi* adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau pembandingan terhadap data itu.⁴¹ Jenis teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber dan triangulasi metode yaitu dengan membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut:⁴²

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara

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

⁴²*Ibid.*, hlm.330.

- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang didepan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi
- c. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

8. Analisis Data

Data yang terkumpul dari lapangan, dianalisis menggunakan metode deskriptif kualitatif, yaitu menginterpretasikan data-data yang telah diperoleh dan menyusunnya kedalam bentuk kalimat-kalimat. Menurut buku *Metodologi Penelitian Kualitatif*⁴³ Analisis ini mengacu pada model yang dibuat oleh Miles dan Huberman. Kurang lebih terdapat 4 langkah analisis data pada model ini, yaitu pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

- a. Pengumpulan data dilakukan pada awal penelitian. Pengumpulan data ini di dalamnya termasuk hasil observasi, wawancara, dokumen dan sebagainya.
- b. Reduksi data menjadi langkah selanjutnya yaitu untuk menajamkan data, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan memilah bagian yang penting sesuai dengan tema penelitian.
- c. 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

⁴³*Ibid.*, hlm.324.

mengambil tindakan berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian-penyajian tersebut.

- d. Penarikan kesimpulan, langkah ini menyangkut interpretasi penelitian, yaitu menggambarkan maksud dari data yang ditampilkan.

I. Sistematika Pembahasan

BAB I, merupakan pendahuluan, bab ini berfungsi sebagai pengantar dan pengarah kajian kajian bab-bab selanjutnya yang memuat penegasan judul, latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan pembahasan, manfaat penelitian, tinjauan pustaka, landasan teori, metode penelitian, dan sistematika pembahasan.

BAB II, yaitu akan membahas gambaran umum Lembaga Rumah Sehat Baznas meliputi : Profil Rumah Sehat Baznas Yogyakarta, latar belakang berdiri, visi, misi, motto, nilai-nilai, layanan-layanan dan struktur lembaga Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta. Gambaran umum Desa Wukirsari meliputi: letak dan kondisi geografis, kondisi demografi dan kondisi sosial masyarakat Desa Wukirsari.

BAB III, berisikan tentang pembahasan mengenai strategi dan hasil pemberdayaan masyarakat miskin melalui peningkatan layanan kesehatan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari.

BAB IV, penutup yang berisikan kesimpulan dan saran-saran.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam penelitian ini yang telah peneliti lakukan mengenai strategi pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari dan dari hasil keseluruhan uraian sebagaimana yang telah peneliti paparkan didepan, maka hasil penelitian ini dapat ditarik kesimpulannya, yaitu:

1. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS di Desa Wukirsari
 - a. Pemberdayaan Masyarakat yang dilakukan Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta adalah melalui; *pertama* kepesertaan, kepesertaan merupakan prosedur pendaftaran menjadi pasien atau anggota Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta. *Kedua* membentuk kader sehat, kader sehat adalah tenaga yang berasal dari masyarakat, dipilih oleh masyarakat itu sendiri, dan bekerja secara sukarela untuk menjadi penggerak masyarakat di wilayahnya. *Ketiga* Layanan dalam gedung dan luar gedung. *Keempat* pelatihan-pelatihan. *Kelima* penyuluhan.

b. Kemitraan (*Partnership*) untuk Memperoleh Dukungan Sosial (*Social Support*)

Berdirinya Rumah Sehat BAZNAS ini tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Kerjasama yang sudah terjalin sejak awal berdirinya RSB Yogyakarta seperti Universitas Islam Indonesia (UII) memberikan dukungan dalam bentuk mewakafkan tanah, Metro TV memberi dukungan dalam bentuk penyediaan furniture, Badan Amil Zakat Daerah serta lembaga=lembaga lainnya. Sehingga tidak heran jika dikedung RSB banyak lambang-lambang instansi yang terpampang.

c. Advokasi Kesehatan

Dalam mengadvokasi kebutuhan masyarakat, Rumah Sehat BAZNAS ini sangat fleksibel, apabila sudah menganggarkan anggaran rutin, namun ketika ditengah jalan ada kebutuhan mendesak maka Rumah Sehat BAZNAS dapat melakukannya dengan segera tanpa menunggu perencanaan terlebih dahulu. Karena memang menyesuaikan daerahnya masing-masing.

2. Hasil pemberdayaan masyarakat miskin oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari

a. Pasien di Desa Wukirsari selalu konsisten hadir dalam mengikuti program layanan kesehatan yang diadakan oleh RSB serta berobatnya yang rutin. Jika ditempat lain, ketika RSB mengadakan

suatu program maka warga atau pasiennya akan berkurang dengan sendirinya, akan tetapi di Desa Wukirsari pasiennya selalu konsisten hadir.

- b. perubahan kondisi pasien seperti yang terkena hipertensi lama kelamaan membaik serta kondisi pasien yang semakin terkontrol.

B. SARAN SARAN

1. Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta jangan pernah berhenti untuk membuat dan memilih strategi yang tepat dan cepat dalam melakukan pemberdayaan masyarakat miskin di bidang kesehatan agar terwujudnya derajat kesehatan serta pelayanan yang optimal kepada masyarakat miskin.
2. Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta selalu melibatkan masyarakat secara langsung pada semua kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan dan meningkatkan pelatihan kader kesehatan yang sumberdayanya dari masyarakat.
3. Pemerintah sebaiknya lebih memperhatikan dan responsif terhadap program-program yang dicanangkan oleh Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta serta membantu kelancaran dari semua program atau kegiatan yang ada.
4. Masyarakat harus mempunyai pandangan bahwa pentingnya hidup sehat. Masyarakat juga harus lebih giat dalam menjaga kesehatan serta harus mandiri dalam menjaga kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

A. BUKU

Basrowi dan Suwandi, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Jakarta: PT Rineka Cipta, 2008.

Islam, Imam Burhanul, *Etika Menuntut Ilmu*, terj. Achmad Sunarto, Surabaya: Al-Miftah, 2012.

Koentjaraningrat, *Pengantar Ilmu Antropologi*, Jakarta : PT Rineka Cipta, 2009.

Majelis Ulama Indonesia, *Air, Kebersihan dan Kesehatan lingkungan Menurut Ajaran Islam*, Jakarta: 1992.

Muhammad, Majid, *Peran Posdaya Edelwys dalam Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat Dusun Serut Palbapang Bantul Yogyakarta*, Skripsi tidak diterbitkan, Yogyakarta, Jurusan IKS Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga, 2014.

Mukono, H.J., *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan Edisi kedua*, Surabaya : Airlangga University Press, 2006.

Moleong, Lexy J., *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung : PT Remaja Rosdakarya, 2010.

Nur'aini, Habibah, *Strategi Puskesmas Masaran II Sragen dalam pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin*, Skripsi tidak diterbitkan, Yogyakarta: Jurusan PMI Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga, 2008.

Pangesti, Dini Dyah Purnomo Widya, *Pemberdayaan Masyarakat dalam meningkatkan kualitas kesehatan oleh program PAMSIMAS (Penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat) di Desa Tibayan Kecamatan Jatinom Kabupaten Klaten*, Skripsi tidak diterbitkan,

Yogyakarta: Jurusan PMI Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga, 2015.

Suharto, Edi, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*, Bandung: PT Refika Aditama, 2009.

Sulaeman, Endang Sutisna, *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2012.

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

Suyanto, Bagong, *Anatomi Kemiskinan dan Strategi Penanggulangannya*, Malang: In-Trans Publishing, 2013.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Undang-Undang No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.

Wahyuni, Tri, *Peran Program Desa Siaga dalam Pemberdayaan Kesehatan di Desa Pekutan Mirit Kebumen*, Skripsi tidak diterbitkan, Yogyakarta: Jurusan IKS Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga, 2015.

Widiastuti, Rr. Siti Kurnia, dkk., *Pemberdayaan Masyarakat Marginal*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2015.

B. INTERNET

www.kbbi.web.id, diakses pada tanggal 1 Agustus 2016 pukul 09.00 WIB.

<http://pusat.baznas.go.id/rsb-yogyakarta>, diakses tanggal 4 Juni 2016 pukul 19.20 WIB

Rekap Pasien Hipertensi dan Diabetes Center

Rumah Sehat BAZNAS Yogyakarta di Desa Wukirsari

Tahun 2016

No	Nama Pasien	Alamat	Diagnosa
1	Ponijah	RT 09 Karangkulon	HT
2	Baniroh	RT 09 Karangkulon	HT
3	Bandiyah	RT 09 Karangkulon	HT
4	Ny Jakimah	RT 09 Karangkulon	HT
5	Murah Sutrisno	RT 09 Karangkulon	HT
6	Amat Barjo	RT 09 Karangkulon	HT
7	Suratijan	RT 06 Tengahan Karangkulon	HT
8	Mahrudin	RT 01 Nglentong Karangkulon	HT
9	Mujiyati	RT 02 Kidul Mbulus Karangkulon	HT
10	Wasingah	RT 01 Nglentong Karangkulon	HT
11	Sofiyah	RT 01 Karangkulon	HT
12	Tukirman	RT 02 Karangkulon	HT
13	Soginah	RT 04 Karangkulon	HT
14	Tarwiyah	RT 04 Karangkulon	HT
15	Ny Wagirah	RT 06 Karangkulon	HT
16	Parjan Zudiwiyono	RT 05 Karangkulon	HT
17	Hasanah	RT 03 Karangkulon	HT
18	Sardiman	RT 02 Karangkulon	HT
19	Kurdi	RT 02 Ngebul Giriloyo	HT
20	Mufiyah	RT 05 Watu Glundung Giriloyo	HT
21	Ny Samsuhadi	RT 05 Watu Glundung Giriloyo	HT
22	Bayinah	RT 06 Giriloyo	HT
23	Pariyem	RT 06 Watu Glundung Giriloyo	HT
24	Masinah	RT 06 Watu Glundung Giriloyo	HT
25	Partimah	RT 06 Giriloyo	HT
26	Habidi	RT 03 Njambu Giriloyo	HT
27	Ny Abdul Karim	RT 01 Giriloyo	HT
28	Mudinah	RT 01 Giriloyo	HT
29	Ny Ahmad Hilal	RT 01 Cengkehan	HT
30	Daljono	RT 01 Cengkehan	HT
31	Ny Tarmidah	RT 02 Cengkehan	HT
32	Barinah	RT 01 Cengkehan	HT
33	Ny Amirah Salim	RT 01 Cengkehan	HT
34	Sufyan	RT 01 Cengkehan	HT
35	Sogirah	RT 01 Cengkehan	HT
36	Jamiyah	RT 01 Cengkehan	HT
37	Alminah	RT 01 Cengkehan	HT
38	Marmiyati	RT 08 Tengahan Karangkulon	HT

39	Zalzilah	RT 07 Tengahan Karangkulon	HT
40	Abdul Qohar	RT 06 Tengahan Karangkulon	HT
41	Rubingah	RT 06 Tengahan Karangkulon	HT
42	Bilal	RT 03 Karangkulon	HT
43	Sitinah	RT 03 Karangkulon	HT
44	Supardi	RT 02 Karangkulon	HT
45	Alfinah	RT 01 Karangkulon	HT
46	Mariyam	RT 09 Karangkulon	HT
47	Suwartiyem	RT 09 Karangkulon	HT
48	Zumainah	RT 05 Karangkulon	HT
49	Daroyah	RT 02 Ngebul Giriloyo	HT
50	Tn Jazim	RT 05 Karangkulon	HT
51	Ny Salimah	RT 04 Cengkehan	HT
52	Subarjo	RT 02 Cengkehan	HT dan DM
53	Kurhad	RT 05 Karangkulon	HT dan DM
54	Siti Zu'amah	RT 03 Karangkulon	HT dan DM
55	Asmiyah	RT 04 Karangkulon	HT dan DM
56	Wajiyem	RT 05 Karangkulon	HT dan DM
57	Tn Asnawi	RT 03 Cengkehan	HT dan DM
58	Sastro Suwardi	RT 05 Karangkulon	HT dan DM
59	Fatonatun	RT 01 Karangkulon	DM
60	Afwan	RT 09 Karangkulon	DM
61	Siti Qoyimah	RT 01 Giriloyo	DM
62	Zuhdi	RT 01 Cengkehan	DM



PEDOMAN WAWANCARA

A. Stakeholder Rumah Sehat Baznas

1. Apa itu RSB Yogyakarta ?
2. Bagaimana sejarah berdirinya RSB Yogyakarta ?
3. Dimana alamat RSB Yogyakarta ?
4. Apa maksud dan tujuan adanya RSB Yogyakarta?
5. Apa visi dan misi RSB Yogyakarta ?
6. Mengapa Yogyakarta menjadi pilihan wilayah RSB ?
7. Bagaimana struktur kepengurusan RSB Yogyakarta ?
8. Darimanakah sumber dana yang diperoleh oleh RSB Yogyakarta ?
9. Apa saja program program RSB Yogyakarta ?
10. Apa saja program yang di implementasikan di Desa Wukirsari ?
11. Bagaiman strategi yang dilakukan RSB Yogyakarta di Desa Wukirsari ?
12. Bagaimana cara RSB dalam meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM)nya ?
13. Apa saja fasilitas yang disediakan oleh RSB Yogyakarta ?
14. Apa indikator keberhasilan RSB dalam peningkatan layanan kesehatan di Desa Wukirsari ?

B. Masyarakat Desa Wukirsari

1. Sejak kapan bapak/ibu bergabung dengan RSB Yogyakarta?
2. Darimana bapak/ibu mengetahui RSB Yogyakarta?
3. Apa yang mendorong anda untuk berobat di RSB Yogyakarta?
4. Bagaimana tanggapan bapak/ibu mengenai pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSB Yogyakarta?
5. Apakah program program tersebut sudah dapat dijangkau oleh masyarakat masyarakat miskin?
6. Apakah masyarakat juga terlibat secara langsung dalam kegiatan yang diadakan oleh RSB Yogyakarta?

7. Apakah masyarakat sudah banyak mengetahui informasi bahwa RSB Yogyakarta membuka layanan kesehatan gratis untuk masyarakat miskin ?
8. Bagaimana cara RSB Yogyakarta dalam mensosialisasikan lembaganya ?
9. Apa hasil yang sudah didapat oleh bapak/ibu setelah mendapat layanan dari RSB Yogyakarta ?



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Hendrik Basguni Sukendar
Tempat/Tgl. Lahir : Pandeglang, 29 Oktober 1991
Alamat : Kp. Jagawana Rt/Rw. 002/007 Desa Sukarukun Kec.
Sukatani Kab. Bekasi
Ayah : Rinta Sukendar
Ibu : Enda Rohenda

B. Riwayat Pendidikan

1. Pendidikan Formal
 - a. SD Sukajaya 01 Cibitung, tahun 2003
 - b. MTs Al-Mujahidin Cikarang Utara, tahun 2006
 - c. MAK Turus Pandeglang-Banten, tahun 2009
2. Pendidikan Non-Formal
 - a. Madrasah Ibtida'iyah Nurul Huda Bekasi
 - b. Madrasah Diniyah PP. Turus Pandeglang Banten
 - c. Madrasah Diniyah PP. Al-Munawwir Komplek L Krapyak Yogyakarta
 - d. Pelatihan Jurnalistik se Banten, Tahun 2008
 - e. Training of Trainer (TOT), Tahun 2013
 - f. Pendidikan Dasar Koperasi Pondok Pesantren (Diksarkop) tahun 2012
 - g. Pendidikan Kader Community Organizer Pembangunan Desa yang diselenggarakan oleh Indonesian Society For Social Transformation (INSITS) tahun 2016

C. Prestasi/Penghargaan

1. Juara 2 lomba Musabaqoh Fahmil Qur'an tingkat Kabupaten Pandeglang
2. Juara 1 lomba Marawis tingkat Kabupaten Pandeglang tahun 2011
3. Juara 2 lomba Marawis tingkat Kabupaten Pandeglang tahun 2010

D. Pengalaman Organisasi

1. 2008-2009 : Sekretaris Organisasi Pelajar Pondok Pesantren Turus (OP3T)
2. 2009-2011 : Koordinator Kesenian PP. Turus Pandeglang
3. 2012-2013 : UKM JQH Al Mizan
4. 2015-2017 : Koordinator PSDA Koperasi PP. Al Munawwir Krapyak Yogyakarta
5. 2013-2014 : Koordinator Lapangan LSM Jejak Institute
6. 2015-2016 : Ketua Pondok PP. Al Munawwir Komlek L Krapyak Yogyakarta
7. 2015-2016 : LSM FOPPERHAM-KIPPER