

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN DANA
SEHAT MELALUI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI DESA
MARGOSARI KABUPATEN LAMPUNG TIMUR**

Oleh :

MERIE LARASATI



**JURUSAN ILMU ADMINISTRASI NEGARA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
2016**

ABSTRACT

The Society Empowerment In The Management Of The Health Fund Through The Village Health Promotion In Margosari District East Lampung

By

MERIE LARASATI

Empowerment is a proper strategy and accommodatively scoring in building, where the growth of health is the purpose of development of national building. The problem is complex, so it needs attention and solution. Finally, this program becomes the answer of the needs of people, because the people has a right to get health service.

In this research, the writer wants to find the process of empowerment and mechanism of health fund program in Margosari village and also to figure out the factors of empowerment goals. The method that used in this research are descriptive and quantitative. The technique to collect the data is by interview, documentation, and observation. The technique of data analysis is collected by reduction and triangulation validity.

The result of this research is description of empowerment process and mechanism of fund development by the head of health promotion and accompany by nurse, then the next step is by socialize to Margosari villagers that doesn't know about health fund activity. The success of the process of empowerment and healthy fund management mechanism is supported by the presence of social capital in the community, which consists of a high sense of self, and solidarity and work team to increase health standard. This writer also recommended to socialize more about fund health, to become an example in development of health and also Health Government to give appreciation for the village that active in increasing health awareness.

Keywords : People Empowerment, Health Fund Mechanism, Social Capital

ABSTRAK

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN DANA SEHAT MELALUI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI DESA MARGOSARI KABUPATEN LAMPUNG TIMUR

Oleh

MERIE LARASATI

Pemberdayaan merupakan strategi yang tepat dan dinilai akomodatif dalam pembangunan, dimana pembangunan kesehatan merupakan tujuan dari pembangunan nasional. Masalah kesehatan sangat kompleks, sehingga persoalan kesehatan membuat masyarakat Desa Margosari membutuhkan perhatian dan solusi. Akhirnya program dana sehat menjadi jawaban atas kebutuhan pokok kesehatan masyarakat yang dapat dikatakan vital, karena semua warga negara baik yang kaya atau yang miskin berhak dan layak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dalam penelitian ini penulis ingin menemukan gambaran mengenai proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat di Desa Margosari dan juga mengetahui faktor pendukung keberhasilan proses pemberdayaan. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan wawancara, dokumentasi, dan observasi. Teknik analisis data menggunakan teknik reduksi data dan teknik keabsahan data menggunakan teknik triangulasi.

Hasil penelitian menggambarkan proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat dilakukan oleh kepala bidang promosi kesehatan yang di dampingi oleh bidan desa, lalu dilanjutkan dengan sosialisasi ke masyarakat Desa Margosari oleh aparatur Desa dan sudah berjalan dengan baik, namun masih banyak masyarakat yang belum mengetahui dengan jelas kegiatan dana sehat. Keberhasilan proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat di dukung oleh adanya modal sosial yang ada pada masyarakat, yang terdiri dari kesadaran diri yang tinggi, dan rasa solidaritas serta kerjasama yang baik dalam meningkatkan standar kesehatan. Penulis juga menyarankan lebih disosialisasikan lagi kegiatan dana sehat, agar menjadi contoh yang baik dalam pembangunan kesehatan, dan juga aparatur kesehatan dapat memberikan penghargaan kepada Desa yang mau aktif dalam peningkatan kesehatan.

Kata kunci : Pemberdayaan Masyarakat, Mekanisme Dana Sehat, Modal Sosial.

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN DANA
SEHAT MELALUI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI DESA
MARGOSARI KABUPATEN LAMPUNG TIMUR**

Oleh :

MERIE LARASATI

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA ADMINISTRASI NEGARA

Pada

Jurusan Ilmu Administrasi Negara
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**JURUSAN ILMU ADMINISTRASI NEGARA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
2016**

Judul Skripsi

**: PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM
PENGELOLAAN DANA SEHAT MELALUI
PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI
DESA MARGOSARI KABUPATEN
LAMPUNG TIMUR**

Nama Mahasiswa

: *Merie Larasati*

Nomor Pokok Mahasiswa

: 1216041067

Jurusan

: Ilmu Administrasi Negara

Fakultas

: Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing



**Dr. Noverman Duadji, M.Si.
NIP 19691103 200112 1 002**

2. Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara



**Dr. Dedy Hermawan, S.Sos., M.Si.
NIP 19750720 200312 1 002**

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

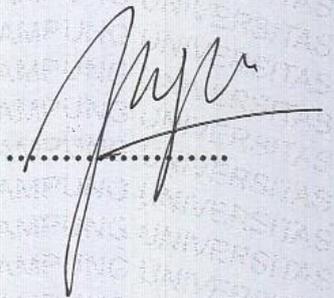
Ketua

: **Dr. Noverman Duadji, M.Si.**



Penguji

Bukan Pembimbing : **Dr. Novita Tresiana, S.Sos., M.Si.**



2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Drs. Agus Hadiawan, M.Si.

NIP. 19580109 198603 1 002

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **27 Juni 2016**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, Skripsi/Laporan akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Sarjana/Ahli Madya), baik Universitas Lampung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarangnya dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dari karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Bandar Lampung, 27 Juni 2016

Yang membuat pernyataan,



Merie Larasati

NPM. 1216041067

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Merie Larasati, lahir di Margorejo, Metro Selatan, Kota Metro pada tanggal 27 Desember 1994. Penulis merupakan anak kedua dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Andoko Wahyu Pramono dan Ibu Tuminem. Memulai jenjang pendidikan dari Taman Kanak-Kanak (TK) Aisyiyah yang diselesaikan pada tahun 2000. Selanjutnya pendidikan Sekolah Dasar (SD) Negeri 5 Metro Pusat diselesaikan tahun 2006. Pendidikan selanjutnya yaitu Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 3 Kota Metro diselesaikan pada tahun 2009. Kemudian penulis menempuh pendidikan di Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 2 Metro yang diselesaikan pada tahun 2012 dan mengikuti Organisasi Siswa Intra Sekolah (OSIS), organisasi Palang Merah Remaja (PMR) dan PA (Pencinta Alam).

Pada tahun 2012 penulis terdaftar sebagai mahasiswi pada Jurusan Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Lampung dan tergabung dalam Himpunan Mahasiswa Administrasi Negara (HIMAGARA). Pada tahun 2015 di pertengahan bulan Juli, penulis melaksanakan Kuliah Kerja Nyata (KKN) di Pekon Pekonmon, Kecamatan Ngambur, Kabupaten Pesisir Barat selama 60 hari.

MOTTO

Tak ada waktu yang terulang dengan hal yang sama

-Merie Larasati-

Rasa sakit membuat anda berpikir. Pikiran membuat anda bijaksana.

Kebijaksanaan membuat kita bisa bertahan dalam hidup.

-John Patrick-

Apabila anda berbuat baik kepada orang lain, maka anda berbuat baik terhadap diri sendiri.

-Benyamin Franklin-

Jangan bodohi dirimu sendiri dengan berharap, tapi ajari dirimu sendiri dengan berusaha.

-Merie Larasati-

PERSEMBAHAN

Puji dan syukur hanya bagi-Mu Allah SWT. Kupersembahkan

Karya ini kepada:

Kedua Orangtuaku
Bapak Andoko Wahyu Pramono dan Ibu Tuminem

Kakakku
Teja Kusuma

Teman Perjalanan Hidupku
Aldi Indra Purnama

Saudara-saudaraku terkasih yang selalu memberikan semangat
luar biasa untukku

Para Pendidik dan Almamater tercinta.

SANWACANA

Segala puji dan syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, yang selalu mengalir kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul : **“Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengelolaan Dana Sehat Melalui Program Promosi Kesehatan Di Desa Margosari Kabupaten Lampung Timur”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Administrasi Negara (SAN) pada Jurusan Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Lampung.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang peneliti miliki. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini antara lain :

1. Bapak dan Ibuku tercinta yang selalu mendoakanku setiap saat, mendidik dan membesarkanku dengan penuh cinta kasih sehingga aku bisa menjadi seperti sekarang, kesabaran dalam mengajarkanku untuk menjadi anak yang berguna bagi sesama dan, memberikan perhatian yang begitu luar biasa,

memberikan semangat dan dukungan, serta motivasi yang tiada henti untuk hari-hariku, masa depan dan kesuksesanku. Terima kasih banyak atas segalanya yang tidak bisa aku gantikan dengan apapun.

2. Bapak Dr. Dedy Hermawan, S.Sos, M.Si selaku Dosen Pembimbing Akademik. Terimakasih atas saran, nasihat, dan masukannya yang telah banyak membimbing sampai semester akhir ini, dan selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara, terima kasih atas bantuannya selama ini.
3. Bapak Dr. Noverman Duadji, M.Si selaku Pembimbing Utama. Terima kasih atas saran, nasihat, bimbingan selama proses pengerjaan skripsi, waktu, serta kesabaran yang sangat membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis benar-benar berterima kasih dan merasa terbantu sekali dengan proses bimbingan dan petuah-petuah yang selalu Bapak berikan sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Novita Tresiana, S.Sos., M.Si., selaku Dosen Pembahas. Terima kasih atas arahan, saran, kritik, masukan, nasihat serta waktu yang telah banyak membantu penulis. Penulis mampu menyelesaikan skripsi ini juga berkat bantuan dari Ibu.
5. Kakakku satu-satunya, Teja Kusuma yang terkadang menyebalkan dan selalu acuh tetapi selalu mendoakan yang terbaik untuk adiknya ini. Semangat mas, segera selesaikan kuliahmu dan menyusul adikmu ini. Mari kita buat bangga kedua orang tua kita.

6. Teman Perjalanan hidupku Aldi Indra Purnama yang selalu memberikan motivasi, dan seluruh waktunya baik suka ataupun duka, terima kasih atas segala kasih sayang dan waktumu yang tidak bisa aku gantikan dengan apapun. Semangat dalam mencapai kesuksesan, segera selesaikan kuliahmu dan menyusulku, agar setiap doa dan harapan kita bisa di wujudkan.
7. Bapak Drs. Hi. Agus Hadiawan, M.Si, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
8. Seluruh dosen Ilmu Administrasi Negara, terima kasih atas semua ilmu yang telah penulis peroleh selama proses perkuliahan. Semoga dapat menjadi bekal yang berharga dalam kehidupan penulis ke depannya.
9. Ibu Nur selaku Staf Administrasi yang banyak membantu kelancaran administrasi skripsi hingga terselesaikan.
10. Pihak Puskesmas Margototo dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Timur yang sudah banyak membantu dalam kelancaran penelitian ini. Terkhusus buat Bapak Yusuf Wahyudi selaku Kepala Puskesmas Margototo, Bapak Andoko Wahyu selaku Kasubbag Tu Puskesmas, Bapak Dwi Rosyadi selaku Kepala Bidang Promosi Kesehatan, Ibu Rita selaku Bidan Desa Margosari, Tante Susi, Tante Ros, Tante Eka, dan seluruh anggota Puskesmas Margototo. Terima kasih Pak, Bu atas saran, motivasi, dan setiap pengalaman yang Bapak, Ibu bagikan selama saya melakukan penelitian di Puskesmas Margototo, Kecamatan Metro Kibang, Kabupaten Lampung Timur.

11. Masyarakat Desa Margosari, Kecamatan Metro Kibang, Kabupaten Lampung Timur, terima kasih atas keramahan Bapak, Ibu. Terkhususnya untuk Bapak Suwardi selaku Kepala Desa, Bapak Suranto selaku Sekertaris Desa, Bapak Sujono, dan Ibu Suyatmi. Terima kasih Pak, Bu atas saran, motivasi, dan setiap pengalaman yang Bapak, Ibu bagikan selama saya melakukan penelitian di Desa Margosari, Metro Kibang, Lampung Timur.
12. Para saudaraku yang di Lampung maupun yang di luar kota, semangat buat masa depan kita Mb dyah, Mas Hadi, Kak edo, terima kasih banyak sudah membantu.
13. Sahabat-sahabatku Liana Wati, Anida Lutfia terima kasih atas motivasi kalian, walaupun ada jarak di antara kita, itu bukanlah penghalang. Okta dan juga Ayuk Devi Purnamasari terima kasih sudah menjadi teman berbagi selama ini. Ajeng Dyah Wahyuni terima kasih sudah menjadi teman susah senang selama kita kuliah, semoga perkenalan kita takkan ada ujungnya, dan semangat untuk segera menyusulku.
14. Sahabat-sahabat AMPERA (ANE 012): Endry, Ihsan, Taufik, Silvia Tika, Serliani, Putu, Putri Wulandari, Ayu Septiani, Ana, Azizah, Anggi, Dara, Melisa, Yuyun, Betty, Ayu Widya, dan semua teman-teman ane 012 yang tak bisa tertulis satu persatu, terima kasih untuk saling berbagi ilmu dan waktu kalian. Semangat skripsi.
15. Keluarga Besar Ampera, terima kasih untuk semua cerita yang telah kalian lukiskan selama ini. Aku merasa bahagia kenal kalian karena kehadiran

serta canda tawa kalian semua. Terima kasih juga buat kebersamaan terindah yang telah kita lalui bersama dari awal perkuliahan sampai saat ini takkan pernah terlupakan, semoga kita semua menjadi orang sukses.

16. Para pembahas mahasiswa dan moderatorku dari proposal sampai hasil, terima kasih banyak sudah meluangkan waktu kalian dan sudah memberikan kritik serta saran (Dara Virzinnia, Frisca Dilijana, Sylvia Yolanda, Yogi Heleanto, Firdalia, Endry Ardianto).
17. Sahabat-sahabat KKN Kabupaten Pesisir Barat, Kecamatan Ngambur, Pekon Pekonmon Audina, Desi Purnamasari, Asri Rahayu Pratiwi, Desi Retno Sari, Andref, Rema Aldera, Bang Isro, dan Abo. Terima kasih buat pengalaman 60 hari yang indah, berkesan, dan yang tak terlupakan sampai kapanpun.
18. Anak-anak kos di Kopi 10A, terima kasih sudah menjadi bagian dari keluargaku, terkhususnya Ibu Mira dan Bapak, terima kasih sudah menjagaku selama ini.
19. Keluarga Besar Universitas Lampung yang telah membantu saya selama saya belajar di Universitas Lampung.
20. Semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini, terima kasih atas bantuannya.

Akhir kata, Penulis menyadari bahwa Skripsi ini jauh dari kesempurnaan namun semoga bermanfaat bagi kita semua. Semua bantuan yang telah diberikan kepada penulis, mungkin tidak dapat penulis balas secara langsung. Semoga Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang yang akan membalas semua kebaikan dan ketulusan hati mereka dengan balasan yang lebih indah dan lebih baik dari-Nya. Amin.

Bandar Lampung, 27 Juni 2016
Penulis

Merie Larasati

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

BAB 1. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pemberdayaan	11
1. Pengertian Pemberdayaan	11
2. Tujuan Pemberdayaan	13
3. Proses Pemberdayaan	13
4. Strategi Pemberdayaan	15
5. Langkah-langkah Pemberdayaan	19
B. Konsep Masyarakat	22
1. Pengertian Masyarakat	22
2. Aspek Masyarakat	23
C. Konsep Pembangunan	24
1. Pengertian Pembangunan	24
2. Tujuan Pembangunan	25
3. Strategi Pembangunan	25
4. Teori-teori Pembangunan	26
D. Konsep Dana Sehat	30
1. Pengertian Dana Sehat	30
2. Tujuan Dana Sehat	31
3. Manfaat Dana Sehat	32
E. Konsep Promosi Kesehatan	32
1. Pengertian Promosi Kesehatan	32
2. Strategi Promosi Kesehatan	34
3. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	35

4. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan	36
F. Kerangka Pikir	36

BAB III. METODE PENELITIAN

A. Tipe Penelitian dan Pendekatan Penelitian	41
B. Fokus Penelitian	41
C. Lokasi Penelitian	44
1. Lokasi Penelitian	44
D. Sumber Data	45
E. Teknik Pengumpulan Data	48
F. Teknik Pengolahan Data	49
G. Analisis Data	50
H. Teknik Keabsahan Data	52
I. Instrumen Pengumpulan Data	54

BAB IV. GAMBARAN UMUM

A. Gambaran Umum Puskesmas Margototo	55
1. Profil Puskesmas Margototo	55
2. Kondisi Geografis	56
3. Administrasi Puskesmas Margototo	57
4. Visi Misi Puskesmas Margototo	58
5. Keberadaan Ketenagakerjaan Puskesmas Margototo tahun 2016 ..	59
6. Cakupan Upaya Kesehatan Puskesmas Margototo	60
7. Gambaran Situasi Derajat Kesehatan di Puskesmas Margototo	61
8. Sosial Budaya Daerah	63
B. Gambaran Umum Desa Margosari	64
1. Sejarah Singkat Desa Margosari	64
2. Periode Masa Jabatan Desa Margosari	65
3. Administrasi Desa Margosari	66
4. Jarak Tempuh Desa Margosari	66
5. Sarana dan Prasarana Desa Margosari	66
6. Data Potensi Desa Margosari	67
7. Data Luas Area Tanaman Desa Margosari	68
8. Data Penduduk Desa Margosari	69

BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Informan	74
B. Hasil Penelitian	75
1. Proses Pemberdayaan dan Mekanisme Pengelolaan Dana Sehat Melalui Program Promosi Kesehatan	75
2. Faktor pendukung keberhasilan proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat	94
3. Dana Sehat	96
C. Pembahasan	100
1. Proses Pemberdayaan Masyarakat dan Mekanisme Pengelolaan Dana Sehat melalui Program Promosi Kesehatan di Desa Margosari Wilayah Kerja Puskesmas Margototo	100

2. Faktor Pendukung Keberhasilan Proses Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengelolaan Dana Sehat di Desa Margosari Wilayah Kerja Puskesmas Margototo	117
3. Dana Sehat	119

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	121
1. Proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari	121
2. Faktor Pendukung Keberhasilan Proses Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengelolaan Dana Sehat	125
3. Dana Sehat	126
B. Saran	126

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Tingkat Pendidikan Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014	4
2. Pekerjaan Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014	4
3. Gambaran 10 Besar Penyakit Puskesmas Margototo tahun 2012	5
4. Daftar informan dalam wawancara	46
5. Jumlah ketenagakerjaan Puskesmas Margototo tahun 2016	59
6. Perkembangan Jumlah Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2010-2014	63
7. Tingkat Pendidikan Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014	64
8. Data Sarana dan Prasarana Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur	67
9. Data Potensi Lahan Pertanian Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013	68
10. Data Luas Area Tanaman Kehutanan Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013	68
11. Data Luas Area Tanaman Perkebunan Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013	69
12. Data Populasi Penduduk Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur	69
13. Pendidikan Masyarakat Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur	70
14. Data Mata Pencaharian Penduduk Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur	70
15. Keterangan Informan	73
16. Jumlah KK Tiap Dusun Pertahun Yang Mengikuti Kegiatan Dana Sehat Di Desa Margosari	106
17. Angka Kesakitan Tahun 2012 Tiap Dusun Per-Bulan	107
18. Angka Kesakitan Tahun 2013 Tiap Dusun Per-Bulan	108
19. Angka Kesakitan Tahun 2014 Tiap Dusun Per-Bulan	108
20. Angka Kesakitan Tahun 2015 Tiap Dusun Per-Bulan	109
21. Angka Kesakitan Tahun 2016 Tiap Dusun Per-Bulan	109

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Gambar Kerangka Fikir	40
2. Foto Kegiatan Proses Pemberdayaan dalam Pelaksanaan Dana Sehat oleh aparatur desa dan aparatur kesehatan	78
3. Foto Kegiatan Proses Pemberdayaan dalam Pelaksanaan Dana Sehat oleh aparatur desa dan aparatur kesehatan	78
4. Keikutsertaan masyarakat dalam pembentukan dana sehat	82
5. Keikutsertaan masyarakat dalam pembentukan dana sehat	82
6. Data Tentang Nama Kepala Keluarga Yang Mengikuti Kegiatan Dana Sehat Tiap Dusun Di Desa Margosari	83
7. Data Tentang Pemasukan Dana Kegiatan Dana Sehat Tiap Dusun Di Desa Margosari	89
8. Data Tentang Pemasukan dan Pengeluaran Dana Kegiatan Dana Sehat Di Desa Margosari	90
9. Data Tentang Kas Kegiatan Dana Sehat Di Desa Margosari	90
10. Pertemuan FKMD (Forum Kesehatan Masyarakat Desa)	91
11. Pertemuan FKMD (Forum Kesehatan Masyarakat Desa)	92

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemberdayaan masyarakat merupakan tindakan sosial, di mana penduduk sebuah komunitas mengorganisasikan diri dalam membuat perencanaan dan tindakan kolektif untuk memecahkan masalah sosial atau memenuhi kebutuhan sosial sesuai dengan kemampuan dan sumberdaya yang dimilikinya. Masyarakat miskin seringkali merupakan kelompok yang tidak berdaya, baik karena hambatan internal dari dalam dirinya maupun tekanan eksternal dari lingkungannya. Keterbatasan atas kebebasan memilih dan bertindak, membuat masyarakat miskin tidak mampu bersuara dan tidak berdaya dalam hubungannya dengan negara dan pasar. Kemiskinan bersifat multi dimensi, yang membuat masyarakat miskin membutuhkan kemampuan pada tingkat individu seperti kesehatan, pendidikan dan pada tingkat kolektif seperti bertindak bersama untuk mengatasi setiap masalah.

Memberdayakan masyarakat miskin dan terbelakang menuntut upaya untuk menghilangkan penyebab ketidakmampuan mereka dalam meningkatkan kualitas hidupnya. Oleh karena itu, sebagai sebuah proses pemberdayaan

merupakan serangkaian aktivitas yang terorganisir dan ditujukan untuk meningkatkan kekuasaan, kapasitas atau kemampuan personal, interpersonal atau politik yang memungkinkan individu, keluarga, atau masyarakat dapat melakukan tindakan memperbaiki situasi-situasi yang mempengaruhi kehidupannya.

Proses pemberdayaan tidak hanya mencakup peningkatan kemampuan seseorang atau sekelompok orang, melainkan juga memiliki daya untuk merubah sistem dan struktur sosial, yaitu seperti ekonomi, sosial, dan politik. Pemberdayaan masyarakat memang ditunjukkan untuk memberikan kekuatan pada setiap anggotanya dalam menyikapi dan mengambil tindakan yang tepat, untuk keberlangsungan hidup mereka secara berkelanjutan. Perubahan-perubahan yang dilakukan dalam proses pemberdayaan membuat masyarakat harus memahami manfaat dan peranannya dalam program peningkatan kesejahteraan. Masyarakat harus mampu merumuskan kebutuhan ataupun masalah dan potensi serta sumber daya yang dimilikinya, mampu menentukan prioritas masalah yang akan dipecahkan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki, dan mampu menyusun rencana kegiatan untuk memecahkan permasalahan yang dihadapi.

Strategi pembangunan yang dinilai akomodatif adalah pemberdayaan masyarakat, yang membutuhkan reorientasi, restrukturisasi, sekaligus aliansi atau kelompok dalam merumuskan strateginya. Saat dilakukannya reorientasi, pelaku pemberdayaan menemukan kembali kondisi saat ini dan

apa yang masih tersisa sebagai potensi penyampaian kesejahteraan bersama. Melalui restrukturisasi, dilakukan tata ulang institusi sosial dalam masyarakat dan merekonstruksi nilai lokal agar sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai serta kondisi riil dan potensial yang dimiliki. Aliansi memungkinkan pelaku pemberdayaan untuk menyetarakan dan menyamakan langkah antar pemangku kepentingan, baik di dalam sektornya maupun lintas sektor.

Pembangunan kesehatan merupakan tujuan dari pembangunan nasional, karena kesehatan adalah komponen pembangunan yang bernilai, jika berbicara tentang kesehatan maka akan membicarakan juga tentang ketersediaan tenaga siap pakai dalam artian sumber daya manusia yang sehat. SDM (Sumber Daya Manusia) harus diperbaiki dengan cara memberdayakan masyarakat agar mau hidup mandiri karena pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu pilar kebijakan dalam tujuan pembangunan.

Pasal 1 Butir 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menjelaskan bahwa:

“Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis”.

Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan yang tidak mampu.

Kecamatan Metro Kibang terdiri dari 7 Desa, yang salah satunya adalah Desa Margosari. Jumlah penduduk Kecamatan Metro Kibang pada tahun 2014 berjumlah 21.993 jiwa menurut data BPS Lampung Timur. Presentase tingkat pendidikan penduduk Kecamatan Metro Kibang pada Tahun 2014 banyak yang hanya bersekolah hingga SMP/MTS yang di jelaskan pada tabel 1, sedangkan untuk profesi masyarakat sendiri banyak yang sebagian besar bekerja sebagai petani yang dijelaskan pada tabel 2.

Tabel 1. Tingkat Pendidikan Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014

No	Tingkat Pendidikan	Persentase
1	Tidak memiliki ijazah SD	6,46%
2	SD/MI	28,77%
3	SMP/MTs	35,23%
4	SMA/MA	20,26%
5	SMK	0,26%
6	DI/DII	0,22%
7	Akademi/DIII	0,25%
8	Universitas/DIV	0,02%
9	S2/S3	0,00%

Sumber : Kantor Kecamatan Metro Kibang (Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2014)

Tabel 2. Pekerjaan Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014

No	Pekerjaan	Presentase
1	Petani	81,48%
2	Pedagang	6,79%
3	Buruh	4,93%
4	PNS	3,83%
5	Wiraswasta	3,27%

Sumber : Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2014

Masalah kesehatan merupakan suatu masalah yang kompleks, karena kesehatan sendiri adalah hal yang sangat penting untuk manusia. Banyaknya pasien yang dirawat di rumah sakit membuktikan bahwa kesehatan

sangatlah penting, serta masih banyak lagi masyarakat yang mempertahankan penyakit yang di deritanya dari pada pergi berobat ke rumah sakit. Pada data tahun 2012 dalam profil kesehatan Puskesmas Margototo Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur menggambarkan angka kesakitan sebanyak 10 penyakit terbanyak dalam tabel 3

Tabel 3. Gambaran 10 Besar Penyakit Puskesmas Margototo Tahun 2012

No	Jenis Penyakit	Kode	Jumlah
1	Infeksi akut lain pada saluran pernapasan bagian atas	JO2	4634
2	Penyakit pada Sistem Otot dan Jaringannya	21	1805
3	Penyakit lainnya (Gastritis)	22	1501
4	Penyakit Kulit Alergi	2002	938
5	Diare	A09	674
6	Penyakit Kulit Infeksi	2001	587
7	Penyakit Asma	J45	371
8	Penyakit Mata Lainnya	C69,9	169
9	Hipertensi	I2	22
10	Penyakit Telinga Tengah	H71	15

*Sumber : laporan Ko. Unit Yankes Puskesmas Margototo Tahun 2012
(Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2012)*

Paradigma sehat yang baik akan meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya, baik secara fisik ataupun mental, sehingga dapat mengubah pola pikir masyarakat dari sudut pandang sakit menjadi sudut pandang sehat dan menjadikan masyarakat lebih mandiri untuk hidup sehat. Promosi kesehatan perlu dilakukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat tentang keadaan sehat itu sendiri melalui pembelajaran.

Visi promosi kesehatan khususnya di Indonesia tidak terlepas dari visi pembangunan kesehatan di Indonesia, seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Kesehatan RI No. 23 Tahun 1992 tentang Visi Pembangunan Kesehatan, yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005: 30) yakni:

“Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya, baik secara fisik, mental, dan sosial sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial”.

Oleh sebab itu, promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia, harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia.

Upaya promosi kesehatan dilakukan oleh puskesmas, karena puskesmas merupakan sarana kesehatan yang mendasar, yang memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat melalui pemberdayaan kader kesehatan, tokoh masyarakat dan lintas sektoral untuk mempromosikan berbagai program-program kesehatan termasuk dana sehat. Puskesmas merupakan penghubung langsung antara program pemerintah dengan masyarakat, dan melalui promosi kesehatan pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam pendidikan kesehatan.

Masyarakat Desa Margosari banyak yang bekerja sebagai petani ladang, sehingga masyarakat Desa Margosari banyak menghabiskan waktunya untuk mengurus tanaman. Banyaknya waktu yang dihabiskan saat bertani membuat masyarakat kurang menyadari pentingnya pengetahuan tentang kesehatan dan keadaan sehat itu sendiri, serta bagaimana penanganan yang tepat dalam mencegahnya. Rendahnya tingkat pendidikan masyarakat juga

berpengaruh pada rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap program kesehatan dan berdampak pada rendahnya tingkat perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga berpengaruh juga pada derajat kesehatan masyarakat yang rendah. Untuk mengatasi permasalahan tersebut diperlukan perhatian yang intensif dalam hal pendidikan dan penyuluhan kesehatan.

Banyaknya masalah kesehatan yang kurang disadari masyarakat Desa Margosari dan kebutuhan akan solusi kesehatan membuat kepala bidang promosi kesehatan Margototo memberikan pengetahuan dengan cara memotivasi masyarakat agar mau dan mampu mengatasi masalah kesehatan. UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) dilakukan dan telah menghasilkan beberapa program termasuk dana sehat. Masyarakat di tarik agar mau bergerak dan tidak hanya mengandalkan dana dari pemerintah. Di mana program dana sehat membuat masyarakat berperan dan ikut serta dalam pengelolaannya.

Program dana sehat merupakan jawaban atas kebutuhan pokok kesehatan masyarakat yang dapat dikatakan vital karena semua warga negara, baik yang kaya atau yang miskin berhak dan layak mendapatkan pelayanan kesehatan. Tingkat pengetahuan, lalu sikap serta perilaku peserta yang mengikuti program dana sehat ini juga berpengaruh terhadap keberhasilan program ini.

Menurut Bapak Dwi yang menjabat sebagai Kepala Bidang Promosi Kesehatan pada tanggal 09 November 2015 pukul 11.06 WIB saat diwawancara mengatakan:

“Dana sehat di Desa Margosari sudah berjalan cukup lama, dimulai dari tahun 2012 dan diperbarui kembali melalui Perdes pada tahun 2014 dengan keseluruhan kepala keluarga kurang lebih sekitar 549 kepala keluarga yang mengikuti program dana sehat tersebut.”

Pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo berhasil diterapkan dan menghasilkan manfaat yang baik bagi masyarakat. Dana sehat tersebut mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan di lingkungan masyarakat Desa Margosari. Pengelolaan dana sehat di Desa Margosari juga telah mampu memberdayakan masyarakat sehingga program dari promosi kesehatan ini dapat di jadikan contoh untuk desa lain agar pemberdayaan masyarakat dapat tercapai dan tujuan pembangunan juga dapat terlaksana dengan baik.

Hal tersebut yang menjadi dasar dan mendorong penulis untuk mendeskripsikan serta menganalisis lebih dalam terkait proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo. Adanya deskripsi tentang proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo diharapkan akan dapat memberikan solusi baru kepada masyarakat dalam meningkatkan solusi sehat, sehingga masyarakat sadar akan pentingnya kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan yang di kaji oleh penulis dalam penelitian ini meliputi:

1. Bagaimana proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo?
2. Apa saja faktor pendukung keberhasilan proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang di angkat, maka penelitian ini bertujuan:

1. Untuk mendapatkan gambaran mengenai proses pemberdayaan dan mekanisme dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo.
2. Untuk mengetahui faktor pendukung keberhasilan proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat secara teoritis dan secara praktis

1. Secara teoritis atau akademis, hasil penelitian ini digunakan untuk memperkaya wawasan tentang kajian Ilmu Administrasi Negara terutama tentang kajian dalam bidang Administrasi Pembangunan. Kemudian hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan tentang proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat.
2. Secara Praktis hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk pemerintahan khususnya dalam meningkatkan standar kesehatan, dengan mengetahui proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat serta faktor pendukung dalam keberhasilan proses pemberdayaan.

BAB II

Tinjauan Pustaka

A. Konsep Pemberdayaan

1. Pengertian Pemberdayaan

Secara konseptual, pemberdayaan atau pemberkuasaan (*empowerment*) berasal kata “*Power*” (kekuasaan atau keberdayaan). Karenanya ide utama pemberdayaan bersentuhan dengan konsep mengenai kekuasaan. Kekuasaan seringkali dikaitkan dengan kemampuan kita untuk membuat orang lain melakukan apa yang kita inginkan, terlepas dengan keinginan dan minat mereka. Ilmu sosial tradisional menekankan bahwa kekuasaan berkaitan dengan pengaruh dan kontrol. Istilah Pemberdayaan merupakan istilah asing “*Empowerment*”. Secara leksikal, pemberdayaan berarti penguatan. Secara teknis, istilah pemberdayaan dapat disamakan atau setidaknya diserupakan dengan istilah pengembangan. Bahkan dalam dua istilah ini dalam batas-batas tertentu bersifat *interchangeable* atau dapat dipertukarkan.

Pemberdayaan adalah sebuah proses dan tujuan. Sebagai proses, pemberdayaan adalah serangkaian kegiatan untuk memperkuat kekuasaan atau keberdayaan kelompok lemah dalam masyarakat, termasuk individu-individu yang mengalami masalah kemiskinan. Sebagai tujuan, maka pemberdayaan menuju pada keadaan atau hasil yang ingin dicapai oleh sebuah perubahan sosial yaitu masyarakat yang berdaya memiliki kekuasaan atau mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik bersifat fisik, ekonomi, maupun sosial seperti memiliki kepercayaan diri, mampu menyampaikan aspirasi, mempunyai mata pencaharian, berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan mandiri dalam melaksanakan tugas-tugas kehidupan.

Menurut Freira dalam Hublely yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:262) mengatakan, bahwa:

“Pemberdayaan adalah suatu proses dinamis yang dimulai dari di mana masyarakat belajar langsung dari tindakan” Pemberdayaan masyarakat biasanya dilakukan dengan pendekatan pengembangan masyarakat. Pengembangan masyarakat berisi tentang bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuannya serta bagaimana meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengambilan keputusan”.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa pemberdayaan merupakan suatu proses menuju keadaan yang lebih baik, yang mengajak masyarakat untuk bergerak dan ikut berdaya saing dalam menjadikan pribadi dan lingkungannya menjadi lebih berpotensi.

2. Tujuan Pemberdayaan

Menurut Ife yang dikutip oleh Suharto (2006:58): "Pemberdayaan bertujuan untuk meningkatkan kekuasaan orang-orang yang lemah atau tidak beruntung". Sebagai tujuan, maka pemberdayaan menunjuk pada keadaan atau hasil yang ingin dicapai oleh sebuah perubahan sosial, yaitu masyarakat yang berdaya, memiliki kekuasaan atau mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik yang bersifat fisik, ekonomi, maupun sosial seperti memiliki kepercayaan diri, mampu menyampaikan aspirasi, mempunyai mata pencaharian, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, dan mandiri dalam melaksanakan tujuan seringkali di gunakan sebagai indikator keberhasilan pemberdayaan sebagai sebuah proses.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa tujuan pemberdayaan adalah membantu seseorang dalam memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan, yang terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam pengambilan tindakan.

3. Proses Pemberdayaan

Menurut Raeburn yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:268) mengatakan bahwa:

“Pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu sebagai proses dan sebagai hasil. Sebagai hasil, pemberdayaan masyarakat adalah suatu perubahan yang signifikan dalam aspek sosial politik yang dialami oleh individu dan masyarakat, yang seringkali berlangsung dalam waktu yang cukup panjang, bahkan seringkali lebih dari tujuh tahun”.

Sebagai suatu proses, pemberdayaan masyarakat menurut Jackson, Labonte, dan Rissel yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:268) mengatakan bahwa “Pemberdayaan masyarakat melibatkan beberapa komponen, yaitu pemberdayaan personal, pengembangan kelompok kecil, pengorganisasian masyarakat, Kemitraan, dan Aksi sosial dan politik”.

Pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan kemampuannya, di antaranya melalui pendayagunaan potensi lingkungan. Menurut Suyono dalam Notoatmodjo (2005:255)

“Paling tidak ada tiga syarat dalam proses pemberdayaan masyarakat, yaitu:

1. Kesadaran, kejelasan serta pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan.
2. Pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak termasuk masyarakat tentang hal-hal apa, di mana, dan siapa yang akan diberdayakan.
3. Adanya kemauan dan keterampilan kelompok sasaran untuk menempuh proses pemberdayaan”.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa sebagai suatu proses pemberdayaan merupakan rangkaian kegiatan dalam menjalankan suatu tindakan pada program tertentu untuk menuju hasil yang ingin di capai.

4. Strategi Pemberdayaan

Menurut Parsons et.al dalam Suharto (2005:66) menyatakan bahwa proses pemberdayaan umumnya dilakukan secara kolektif. Menurutnya, tidak ada literatur yang menyatakan bahwa proses pemberdayaan terjadi dalam relasi satu-lawan-satu antara pekerja sosial dan klien dalam *setting* pertolongan perseorangan. Meskipun pemberdayaan seperti ini dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan diri klien, hal ini bukanlah strategi utama pemberdayaan.

Pendekatan dalam pelaksanaan proses dan pencapaian tujuan pemberdayaan di atas di capai melalui penerapan pendekatan pemberdayaan yang dapat disingkat menjadi 5P menurut Suharto, yaitu: Pemungkinan, Penguatan, Perlindungan, Penyokongan, dan Pemeliharaan diantaranya:

- a. Pemungkinan: menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal. Pemberdayaan harus mampu membebaskan masyarakat dari sekat-sekat kultural dan struktural yang menghambat.
- b. Penguatan: memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Pemberdayaan harus mampu menumbuh-kembangkan segenap kemampuan dan kepercayaan diri masyarakat yang menunjang kemandirian mereka.
- c. Perlindungan: melindungi masyarakat terutama kelompok-kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari terjadinya persaingan yang tidak seimbang apalagi tidak sehat antara yang kuat dan

lemah, dan mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat dan kelompok lemah. Pemberdayaan harus diarahkan pada penghapusan segala jenis diskriminasi dan dominasi yang tidak menguntungkan rakyat kecil.

- d. Penyokongan: memberikan bimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas-tugas kehidupannya. Pemberdayaan harus mampu menyokong masyarakat agar tidak terjatuh ke dalam keadaan dan posisi yang semakin lemah dan terpinggirkan.
- e. Pemeliharaan: memelihara kondisi yang kondusif agar tetap terjadi keseimbangan distribusi kekuasaan antara berbagai kelompok dalam masyarakat. Pemberdayaan harus mampu menjamin keselarasan dan keseimbangan yang memungkinkan setiap orang memperoleh kesempatan berusaha.

Menurut Dubois dan Miley dalam Suharto (2005:68) memberikan beberapa cara atau teknik yang lebih spesifik yang dapat dilakukan dalam pemberdayaan masyarakat:

1. Membangun relasi pertolongan yang:
 - a. Merefleksikan respon empati
 - b. Menghargai pilihan dan hak klien menentukan nasibnya sendiri
 - c. Menghargai perbedaan dan keunikan individu
 - d. Menekankan kerjasama klien (*client partnerships*)
2. Membangun komunikasi yang:
 - a. Menghormati martabat dan harga diri klien
 - b. Mempertimbangkan keragaman individu

- c. Berfokus pada klien
 - d. Menjaga kerahasiaan klien
3. Terlibat dalam pemecahan masalah yang:
- a. Memperkuat partisipasi klien dalam semua aspek proses pemecahan masalah
 - b. Menghargai hak-hak klien
 - c. Merangkai tantangan-tantangan sebagai kesempatan belajar
 - d. Melibatkan klien dalam pembuatan keputusan dan evaluasi
4. Merefleksikan sikap dan nilai profesi pekerjaan sosial melalui:
- a. Ketaatan terhadap kode etik profesi
 - b. Keterlibatan dalam pengembangan profesional, riset, dan perumusan kebijakan
 - c. Penerjemahan kesulitan-kesulitan pribadi ke dalam isu-isu publik
 - d. Penghapusan segala bentuk diskriminasi dan ketidaksetaraan kesempatan.

Pelaksanaan pendekatan di atas berpijak pada pedoman dan prinsip pekerjaan sosial. Menurut beberapa penulis seperti Solomon, Rappaport, Pinderhughes, Swift, Swift dan Levin, Weick, Rapp, Sullivan dan Kisthardt dalam Suharto (2005:68-69) terdapat beberapa prinsip pemberdayaan menurut prespektif pekerja sosial, di antaranya:

1. Pemberdayaan adalah proses kolaboratif. Karenanya pekerja sosial dan masyarakat harus bekerjasama sebagai partner.

2. Proses pemberdayaan menempatkan masyarakat sebagai aktor atau subjek yang kompeten dan mampu menjangkau sumber-sumber dan kesempatan-kesempatan.
3. Masyarakat harus melihat diri mereka sendiri sebagai agen penting yang dapat mempengaruhi perubahan.
4. Kompetensi diperoleh atau dipertajam melalui pengalaman hidup, khususnya pengalaman yang memberikan perasaan mampu pada masyarakat.
5. Solusi-solusi, yang berasal dari situasi khusus, harus beragam dan menghargai keberagaman yang berasal dari faktor-faktor yang berada pada situasi masalah tersebut.
6. Jaringan-jaringan sosial informal merupakan sumber dukungan yang penting bagi penurunan ketegangan dan meningkatkan kompetensi serta kemampuan mengendalikan seseorang.
7. Masyarakat harus berpartisipasi dalam pemberdayaan mereka sendiri, tujuan, cara, dan hasil harus dirumuskan oleh mereka sendiri.
8. Tingkat kesadaran merupakan kunci dalam pemberdayaan, karena pengetahuan dapat memobilisasi tindakan bagi perubahan.
9. Pemberdayaan melibatkan akses terhadap sumber-sumber dan kemampuan untuk menggunakan sumber-sumber tersebut secara efektif.
10. Proses pemberdayaan bersifat dinamis, sinergis, berubah terus, evolutif, permasalahan selalu memiliki beragam solusi.
11. Pemberdayaan dicapai melalui struktur-struktur personal dan pembangunan ekonomi secara paralel.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa strategi pemberdayaan memiliki berbagai macam cara dan jalan dalam melakukan proses pemberdayaan. Pendekatan dalam pelaksanaan proses dan pencapaian tujuan pemberdayaan mempengaruhi hasil dari proses pemberdayaan.

5. Langkah-langkah Pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat mempunyai cakupan yang luas, meliputi jenjang tsasaran yang diberdayakan (*level of objects*), kegiatan internal maupun eksternal masyarakat atau komunitas yang berbentuk kemitraan (*patnership*) dan jejaring (*networking*) serta dukungan dari atas berbentuk kebijakan politik yang mendukung kelestarian pemberdayaan. Untuk itu maka pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut:

a. Merancang Keseluruhan Program

Merancang keseluruhan program, termasuk di dalamnya kerangka waktu kegiatan, ukuran program, serta memberikan perhatian kepada kelompok masyarakat yang terpinggirkan. Perancangan program dilakukan menggunakan pendekatan partisipatoris, di mana tantara agen perubahan baik pemerintah maupun LSM serta masyarakat bersama-sama menyusun perencanaan. Perencanaan partisipatoris (*participatory planning*) ini dapat mengurangi terjadinya konflik yang memungkinkan muncul antara dua pihak tersebut selama program berlangsung dan setelah program dievaluasi.

b. Menetapkan Tujuan

Tujuan promosi kesehatan biasanya dikembangkan pada tahap perencanaan dan biasanya berpusat pada mencegah penyakit, mengurangi kesakitan dan kematian dan manajemen gaya hidup melalui upaya perubahan perilaku yang secara spesifik berkaitan dengan kesehatan. Adapun tujuan pemberdayaan biasanya berpusat pada bagaimana masyarakat dapat mengontrol keputusannya yang berpengaruh pada kesehatan dan kehidupan bermasyarakatnya.

c. Memilih Strategi Pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses yang terdiri dari lima pendekatan, yaitu: pemberdayaan, pengembangan kelompok kecil, pengembangan dan penguatan jaringan antarorganisasi, dan tindakan politik. Sedangkan strategi pemberdayaan meliputi: pendidikan masyarakat, fasilitas kegiatan yang berasal dari masyarakat, mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat sebagai prasyarat pokok tumbuhnya tanggungjawab sebagai anggota masyarakat (*community responsibility*), fasilitasi upaya mengembangkan jejaring antarmasyarakat, serta advokasi kepada pengambilan keputusan (*decision maker*).

d. Implementasi strategi dan manajemen

Implementasi strategi serta manajemen program pemberdayaan dilakukan dengan cara meningkatkan peran serta *stakeholder*, menumbuhkan kemampuan pengenalan masalah, mengembangkan kepemimpinan lokal, membangun keberdayaan struktur organisasi,

meningkatkan mobilisasi sumber daya, memperkuat kemampuan *stakeholder* untuk “bertanya mengapa?”, meningkatkan kontrol *stakeholder* atas manajemen program, dan membuat hubungan yang sepadan dengan pihak luar.

e. Evaluasi program

Pemberdayaan masyarakat dapat berlangsung lambat dan lama, bahkan dapat dikatakan tidak pernah berhenti dengan sempurna. Sering terjadi hal-hal tertentu yang menjadi bagian dari pemberdayaan baru tercapai beberapa tahun sesudah kegiatan selesai. Oleh karenanya akan lebih tepat jika evaluasi diarahkan pada proses pemberdayaan, daripada hasilnya. Hal-hal yang dapat di evaluasi dalam pemberdayaan, di antaranya:

- a. Jumlah anggota masyarakat yang berpartisipasi dalam kegiatan,
- b. Jumlah kegiatan yang bersifat pendekatan dari bawah (*bot-tom-up*),
- c. Jumlah pelaku kegiatan yang merasa melakukan belajar sambil bekerja (*learning by doing*).

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa langkah-langkah dalam pemberdayaan diawali dengan merencanakan program yang akan di jalankan dengan tujuan yang sudah di tetapkan melalui strategi yang dipilih kemudian diterapkan sehingga dapat mengetahui hasil akhirnya.

B. Konsep Masyarakat

1. Pengertian Masyarakat

Masyarakat atau *society* merupakan sekelompok orang yang membentuk sebuah sistem semi tertutup atau semi terbuka, di mana sebagian besar interaksi terjadi antara individu-individu yang berbeda dalam kelompok tersebut.

Menurut Hunter yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:256) mengatakan bahwa “masyarakat dapat dipahami sebagai: unit fungsional dalam wilayah tertentu yang berusaha memenuhi kebutuhan dasarnya guna mempertahankan kehidupannya, unit interaksi sosial yang berpola, dan unit simbolik yang memberikan identitas kolektif”.

Menurut Ralph Linton dalam Ngadijono (1984:15), dikatakan bahwa “masyarakat adalah setiap kelompok manusia yang telah lama hidup dan bekerjasama, sehingga mereka itu dapat mengorganisasikan dirinya dan berfikir tentang dirinya sebagai suatu kesatuan sosial dengan batasan-batasan tertentu”.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa masyarakat merupakan sekumpulan individu yang berkumpul di suatu wilayah atau daerah tertentu yang saling berinteraksi.

2. Aspek Masyarakat

Menurut Ralph Linton dalam Ngadijono (1984:17), “masyarakat itu timbul dari setiap kumpulan individu yang telah lama hidup dan bekerjasama.”

Dalam waktu yang lama, kelompok manusia yang belum terorganisir itu mengalami proses, seperti:

- a. Proses adaptasi di antara sesama anggota kelompoknya.
- b. Proses organisasi ke dalam.
- c. Proses terbentuknya perasaan kelompok atau semangat kelompok (hal ini tumbuh secara bertahap).

Sebelum proses di atas terjadi, ada relasi sosial yang merupakan hubungan satu sama lain. Dari relasi sosial itu, lalu timbullah interaksi sosial. Dalam berinteraksi, maka telah terjadi saling pengaruh antara mereka yang berinteraksi. Lalu dari proses interaksi tersebut, lahirlah proses adaptasi sosial, di mana mereka saling menyesuaikan diri. Adaptasi atau penyesuaian itu meliputi aspek tingkahlaku dan sikap-sikap individu menjadi semangat kelompok. Maka lahirlah kelompok sosial yang terorganisasikan.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa aspek masyarakat merupakan proses penyesuaian individu atas tingkahlaku dengan sikap individu-individu lainnya yang membuat terbentuknya rasa kebersamaan atau semangat kelompok.

C. Konsep Pembangunan

1. Pengertian Pembangunan

Pada hakekatnya pengertian pembangunan secara umum adalah proses perubahan yang terus menerus untuk menuju keadaan yang lebih baik berdasarkan norma-norma tertentu. Siagian (2005:9) pembangunan adalah “suatu usaha pertumbuhan dan perubahan yang berencana dan dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, negara, dan pemerintah menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa”.

Menurut Katz yang dikutip oleh Janati (2011:8) mendefinisikan pembangunan adalah “segala upaya untuk mewujudkan perubahan sosial besar-besaran dari suatu keadaan kehidupan nasional menuju keadaan baru yang lebih baik. Perubahan sosial tersebut meliputi berbagai aspek kehidupan dan berlangsung secara terus menerus”.

Dalam kebijakan pembangunan nasional di negara Indonesia, pembangunan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Maka pembangunan masyarakat oleh Mubyarto dalam Janati (2011:9) di definisikan sebagai pembangunan yang berlangsung di suatu daerah dan meliputi seluruh aspek kehidupan masyarakat yang dilaksanakan secara terpadu dengan mengembangkan swadaya gotong-royong.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa pembangunan merupakan proses yang menjadikan keadaan menjadi lebih baik dari sebelumnya, yang setiap usaha pembangunannya pasti

memerlukan kesinambungan pelaksanaan, dalam perencanaannya dapat diatur berdasarkan tahapan tertentu dan juga usaha yang terencana, yang meliputi berbagai berbentuk fisik maupun non fisik untuk memenuhi kebutuhan manusia.

2. Tujuan Pembangunan

Adapun tujuan pembangunan terbagi atas 2 bagian, yaitu:

- a. Tujuan umum pembangunan adalah suatu proyeksi terjauh dari harapan-harapan dan ide-ide manusia, komponen-komponen dari yang terbaik atau masyarakat ideal terbaik yang dapat dibayangkan.
- b. Tujuan khusus pembangunan adalah tujuan jangka pendek, pada tujuan jangka pendek biasanya yang dipilih sebagai tingkat pencapaian sasaran dari suatu program tertentu.

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa tujuan pembangunan adalah untuk mencapai sasaran program yang telah di tentukan.

3. Strategi Pembangunan

Menurut Abdul Wahab yang dikutip oleh Janati (2011:10):

“Pada umumnya ada empat strategi yang sering dipakai oleh pemerintah yang bersangkutan dalam rangka mewujudkan tujuan yang termasuk dalam pembangunan, yaitu:

- a. *The Growth* (Strategi pertumbuhan), pada umumnya bermaksud untuk mencapai peningkatan yang cepat dalam nilai ekonomis dari *output* pembangunan dengan cara mengeluarkan sumber-sumber pada para masyarakat yang paling mudah di jangkau dalam artian

psikologis maupun artian administratif. Biasanya masyarakat modern yang memiliki kemampuan akses terhadap fasilitas kredit, teknologi padat modal dan pasar. Titik berat strategi ini adalah pada peningkatan jenis-jenis pembangunan yang akan menghasilkan keuntungan besar seringkali berupa fasilitas publik.

- b. *The Welfare Strategy* (Strategi Kesejahteraan), pada dasarnya dimaksudkan untuk memperbaiki taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat melalui program-program sosial berskala besar misalnya pendirian klinik-klinik kesehatan dan pusat-pusat perbaikan gizi di desa.
- c. *Responsip Strategy* (Strategi yang tanggap kebutuhan masyarakat), Strategi yang tanggap terhadap kebutuhan masyarakat merupakan reaksi terhadap strategi kesejahteraan yang telah dirumuskan untuk menanggapi kebutuhan yang dirumuskan sendiri oleh penduduk. Selain dari pada itu, strategi ini untuk membantu memperlancar usaha-usaha mandiri yang dilakukan oleh masyarakat melalui pengadaan teknologi serta sumber-sumber yang cocok untuk kepentingan mereka, terutama yang tidak tersedia di desa.
- d. *The Integreted Strategy* (Strategi Terpadu), Strategi ini dimaksudkan untuk mengkombinasikan unsur-unsur pokok dari pendekatan. Artinya ingin mencapai secara simultan tujuan-tujuan yang menyangkut pertumbuhan, persamaan kesejahteraan, dan partisipasi.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa strategi pembangunan adalah cara yang digunakan dalam mewujudkan tujuan pembangunan agar tercapai dan sesuai dengan target.

4. Teori-Teori Pembangunan

Pemberdayaan masyarakat telah menjadi arus utama dalam model pembangunan di banyak negara dan masyarakat. Terdapat enam pendekatan utama dalam pembangunan berdasarkan telaah tentang model-model pembangunan di banyak negara termasuk Indonesia, yaitu pendekatan pertumbuhan, pendekatan pertumbuhan dan pemerataan, paradigma

ketergantungan, tata ekonomi internasional baru, pendekatan kebutuhan pokok, dan pendekatan kemandirian.

1. Pendekatan Pertumbuhan (*the growth approach*)

Pendekatan pertumbuhan adalah pendekatan pembangunan dan perubahan yang dilakukan dengan mengutamakan pertumbuhan ekonomi melalui strategi industrialisasi dengan kebijakan substitusi impor, investasi padat modal untuk mendongkrak sumber daya masyarakat.

2. Pendekatan Pertumbuhan dan Pemerataan (*the redistribution of growth approach*)

Sebagai reaksi atas efek pendekatan pertumbuhan, maka dikembangkan 3 indikator yang mencoba mengakomodasi dinamika demokrasi dan keterbukaan, yaitu:

- a. Indikator sosial budaya atau besar tidaknya sektor pertanian tradisional, meluas atau tidaknya dualisme kepemimpinan, tinggi rendahnya tingkat urbanisasi, penting tidaknya kelas menengah).
- b. Indikator politik atau tingkat integrasi dan kesatuan sosial, kadar sentralisasi kekuasaan politik, tingkat partisipasi politik masyarakat, dan tingkat kebebasan kelompok oposisi dan pers.
- c. Indikator ekonomi atau pendapatan domestik bruto per kapita, tingkat pemanfaatan sumber daya alam, jumlah penanaman modal bruto, dan tingkat modernitas industri.

3. Paradigma Ketergantungan

Paradigma ini muncul sebagai reaksi atas kelemahan dari pendekatan yang mengutamakan bantuan luar negeri, di antaranya:

- a. Bantuan asing dalam investasi untuk menggerakkan industrialisasi ternyata menumbuhkan ketergantungan negara miskin kepada negara kaya dalam hal teknologi dan dana.
- b. Barang-barang hasil industri di negara-negara miskin terutama di Amerika Latin kenyataannya hanya dinikmati sekelompok kecil kaum elite masyarakat. Oleh karenanya, setelah permintaan tercukupi maka bisa dipastikan bahwa pertumbuhan akan terhenti.

4. Tata Ekonomi Internasional Baru (TEIB)

Paradigma ini diawali oleh suatu proyeksi bahwa dimasa mendatang warga dunia akan mengalami kesusahan yang luar biasa akibat kerusakan hebat pada lingkungan alam akibat *over* eksploitasi sumber daya alam, pertumbuhan ekonomi yang rendah, jumlah penduduk yang terlalu banyak, dan polusi lingkungan yang tidak terkendali.

5. Pendekatan Kebutuhan Pokok

Dalam pendekatan kebutuhan pokok, terdapat proposisi yaitu kebutuhan pokok tidak mungkin dapat dipenuhi jika mereka masih berada di bawah garis kemiskinan serta tidak mempunyai pekerjaan untuk memperoleh pendapatan yang lebih baik. Oleh karenanya pendekatan kebutuhan pokok dapat dimulai dengan beberapa upaya, yaitu:

- a. Membuka lapangan kerja
- b. Meningkatkan pertumbuhan ekonomi
- c. Memenuhi kebutuhan pokok masyarakat

Setelah ketiganya terpenuhi, maka kebutuhan pokok dapat diperluas dengan memasukkan berbagai komponen non-material sebagai tolak ukur kualitas hidup.

6. Pendekatan kemandirian (*the self reliance approach*)

Pendekatan kemandirian sering juga diasumsikan sebagai pendekatan pembangunan berkelanjutan (*self sustained*). Konsep berkelanjutan adalah konsep yang logis. Cukup banyak contoh bahwa ketidakmandirian akan menyebabkan *drop out*. Negara-negara yang ekonominya banyak bersandarkan pada bantuan asing, biasanya tidak mempunyai fundamental ekonomi yang kokoh.

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa teori-teori pembangunan terdiri dari enam pendekatan dalam pembangunan yaitu pendekatan pertumbuhan, pendekatan pertumbuhan dan pemerataan, paradigma ketergantungan, tata ekonomi internasional baru, pendekatan kebutuhan pokok, dan pendekatan kemandirian.

D. Konsep Dana Sehat

1. Pengertian Dana Sehat

Menurut Prabamurti (1991) Dana sehat adalah salah satu bentuk sistem dana upaya kesehatan masyarakat yang sudah lama dikembangkan oleh pemerintah di seluruh tanah air. Dan bila program dana sehat ini berhasil maka hal ini merupakan jawaban terhadap salah satu kebutuhan pokok rakyat yang amat vital, yakni bahwa semua warga negara, kaya atau miskin berhak dan layak mendapatkan pelayanan kesehatan. Keberhasilan Program dana sehat tidak terlepas dari pengetahuan, sikap dan perilaku peserta dana yang menggunakannya. Diharapkan dengan pengetahuan, sikap dan perilaku peserta dana sehat yang baik akan menyebabkan keberhasilan Program Dana Sehat (PDS).

Pengertian Dana Sehat menurut Kepala Promkes Puskesmas Margototo adalah dana yang berasal dari masyarakat dan digunakan untuk kebutuhan kesehatan pribadi, keluarga, dan masyarakat, sehingga akan tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa dana sehat merupakan suatu upaya pemeliharaan kesehatan dari masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan dengan pembiayaan secara pra-upaya dan bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat. Dana sehat pada awalnya dapat diartikan sebagai kegiatan masyarakat secara gotong royong

dalam mengumpulkan dana untuk membantu anggotanya dalam upaya pemeliharaan kesehatan. Ciri khas dari dana sehat adalah dari masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat karena mencerminkan tingkat peran serta masyarakat yang tinggi dalam upaya pemeliharaan kesehatan.

2. Tujuan Dana Sehat

Dana sehat bertujuan untuk memelihara kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat yang berkesinambungan melalui penyelenggaraan kesehatan, kepesertaan dan pendanaan yang terorganisasi. Dengan terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu, maka akan terwujudnya pengelolaan yang efisien dan efektif. Dana sehat tidak hanya membiayai pemeliharaan kesehatan, namun berusaha meningkatkan kemampuan hidup sehat anggota masyarakat.

Tujuan Dana Sehat menurut Promkes Puskesmas Margototo secara umum adalah untuk tercipta derajat kesehatan masyarakat yang optimal sehingga tercapai Visi Indonesia sehat tahun 2015, sedangkan secara khusus untuk tercapainya keluarga sehat, pribadi sehat, dan desa sehat.

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa tujuan dana sehat adalah untuk memelihara kesehatan individu yang dalam artian tergabung dalam anggota dana sehat.

3. Manfaat Dana Sehat

Manfaat Dana Sehat menurut Promkes Puskesmas Margototo adalah:

1. Membantu meringankan beban Masyarakat dari masalah-masalah kesehatan seperti:
 - a. Orang sakit yang dirawat
 - b. Ibu melahirkan
 - c. Masalah kesehatan lingkungan
 - d. Jamban, sumber air bersih

E. Konsep Promosi Kesehatan

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah suatu proses membantu individu dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan dan keterampilannya mengontrol berbagai faktor yang berpengaruh pada kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya menurut WHO (*Who Health Organization*) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:254).

Ditinjau dari Piagam Ottawa tentang promosi kesehatan menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:264) maka:

“Promosi kesehatan banyak disikapi sebagai suatu respon birokrasi terhadap perkembangan sosial dan kesehatan. Promosi kesehatan lebih menampilkan dirinya sebagai bentuk pendekatan dari atas ke bawah (top-down) di mana promotor kesehatan harus bekerja sangat keras, sedangkan kelompok sasaran atau masyarakat dalam situasi yang seringkali sebaliknya”.

Promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau menjual kesehatan. Dengan kata lain, promosi kesehatan merupakan pemasaran atau penjualan atau memperkenalkan pesan-pesan kesehatan atau upaya-upaya kesehatan, sehingga masyarakat menerima perilaku kesehatan atau mengenal pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat.

Dari pengertian promosi kesehatan yang kedua, maka sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan (*health education*), karena pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Lawrence Green yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:24) merumuskan:

“Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan untuk masyarakat, di mana masyarakat di ajarkan tentang bagaimana mengatasi masalah kesehatan dengan cara yang tepat.

2. Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan rumusan WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005:32):

“Strategi promosi kesehatan secara global terdiri atas tiga hal, yaitu:

1. *Advokasi (Advocacy)*
Advokasi merupakan kegiatan untuk meyakinkan orang lain agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan di berbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan.
2. *Dukungan Sosial (Social Support)*
Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antar sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain seperti: pelatihan-pelatihan para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat, dan sebagainya.
3. *Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)*
Pemberdayaan merupakan strategi promosi kesehatan yang ditunjukkan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan diwujudkan dengan berbagai kegiatan, seperti: penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (*income generating skill*). Dengan meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka.”

Promosi kesehatan harus mendorong dan memacu kegiatan-kegiatan di masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mereka. Tanpa adanya kegiatan masyarakat dibidang kesehatan, maka akan terwujudnya perilaku yang kondusif untuk kesehatan dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka.

Dari pengertian menurut para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa strategi promosi kesehatan terdiri dari kegiatan yang meyakinkan orang lain agar mau ikut membantu, lalu strategi dalam mencari dukungan sosial, dan pemberdayaan masyarakat dalam memelihara kesehatan.

3. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup bidang promosi kesehatan baik secara ilmu (teori) maupun seni (aplikasi) mencakup berbagai bidang atau cabang keilmuan lain. Ilmu yang dicakup dalam promosi kesehatan dikelompokkan menjadi dua bidang, yaitu:

- a. Ilmu perilaku merupakan ilmu menjadi dasar dalam membentuk perilaku manusia, terutama psikologi, antropologi, dan sosiologi.
- b. Ilmu-ilmu yang diperlukan untuk intervensi perilaku (pembentukan dan perubahan perilaku), antara lain pendidikan, komunikasi, manajemen, kepemimpinan, dan sebagainya.

Ruang Lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksanaan):

- a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)
- b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah
- c. Promosi kesehatan pada tempat kerja
- d. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum (TTU)

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa ruang lingkup promosi kesehatan mencakup pada tatanan keluarga, tatanan sekolah, tempat kerja, dan tempat-tempat umum.

4. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan merupakan suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantuan atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu:

- a. Metode promosi kesehatan individual
- b. Metode promosi kesehatan kelompok
- c. Metode promosi kesehatan massal

Dari pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa metode dan teknik promosi kesehatan adalah gabungan antara cara dengan metode yang digunakan dalam proses promosi kesehatan yang sasarannya adalah kesehatan individu, kesehatan kelompok, dan kesehatan massal.

F. Kerangka Pikir

Paradigma baru pemberdayaan yang menempatkan masyarakat sebagai pelaku utama pembangunan diharapkan lebih bersifat memberdayakan masyarakat. Mengingat salah satu tujuan pembangunan adalah terciptanya masyarakat yang memiliki daya, kekuatan ataupun kemampuan

berpartisipasi aktif dalam pembangunan serta memiliki kebebasan di segala bidang kehidupan. Sebagian kelompok elit birokrasi beranggapan bahwa untuk mencapai efisiensi dalam pembangunan, masyarakat tidak mempunyai kemampuan untuk menganalisis kondisi dan merumuskan permasalahan, apalagi mencari solusi pemecahannya, sehingga masyarakat kurang terlibat dalam setiap tahapan proses pemberdayaan. Akibatnya masyarakat kurang memahami dan mengerti untuk apa dan bagaimana program tersebut dilakukan. Kondisi ini yang mendorong masyarakat bersikap tidak peduli dan tidak bertanggung jawab terhadap keberhasilan dan kegagalan program tersebut. Beberapa contoh program pemberdayaan yang digulirkan oleh pemerintah belum juga menunjukkan manfaat yang signifikan secara berkelanjutan bagi masyarakat dan bahkan hanya menciptakan ketergantungan masyarakat terhadap pemerintah adalah pembagian Raskin, Gakin, BLT dan sebagainya.

Pasal 1 Butir 1 Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang “kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis”. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan yang tidak mampu.

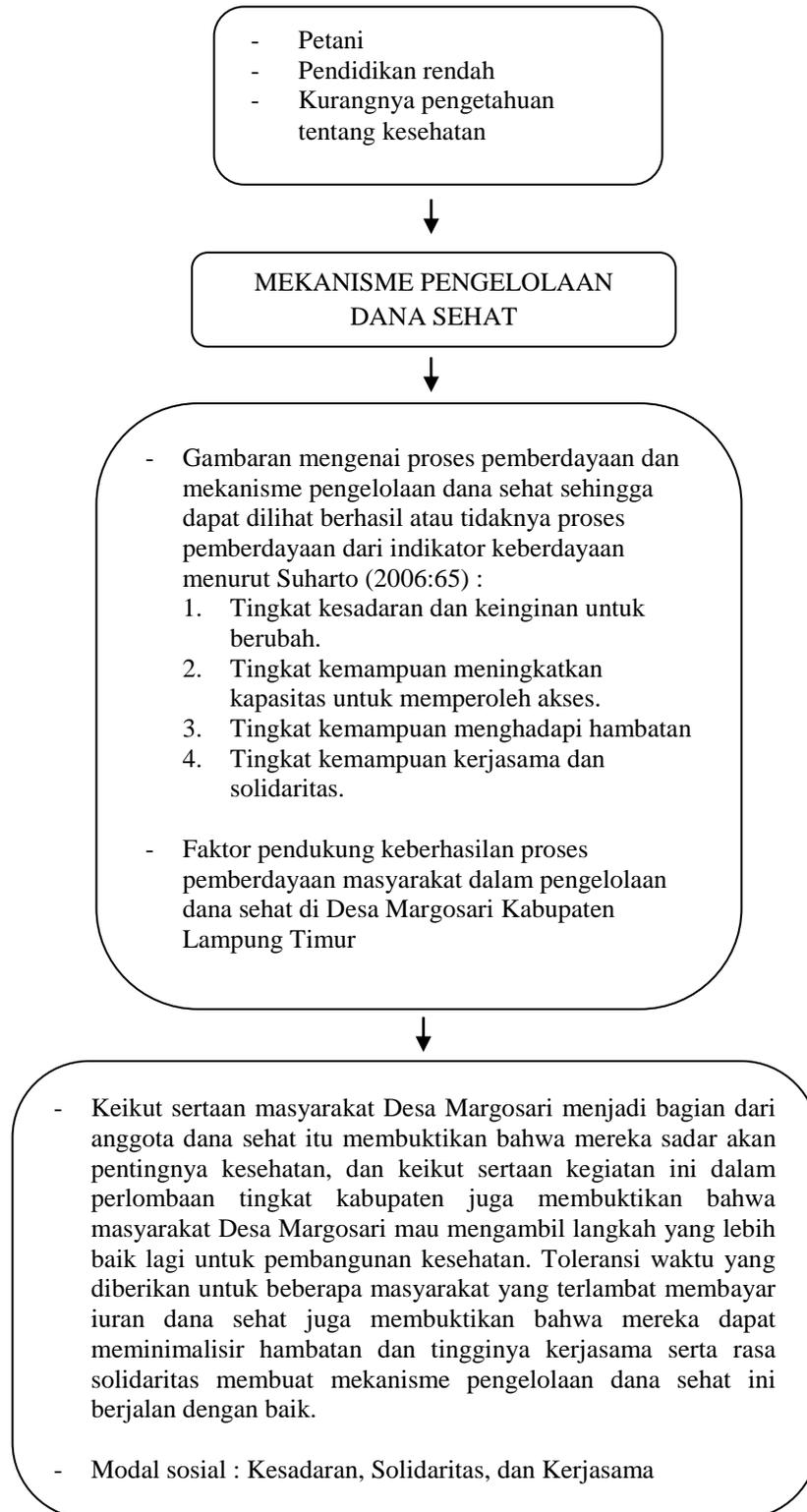
Masyarakat Desa Margosari banyak yang bekerja sebagai petani ladang. Banyaknya waktu yang dihabiskan saat bertani membuat masyarakat kurang menyadari pentingnya pengetahuan tentang kesehatan dan keadaan sehat itu sendiri. Rendahnya pendidikan masyarakat juga berpengaruh pada rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap program kesehatan dan berdampak pada rendahnya tingkat perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga berpengaruh juga pada derajat kesehatan masyarakat yang rendah. Untuk mengatasi permasalahan tersebut diperlukan perhatian yang intensif dalam hal pendidikan dan penyuluhan kesehatan.

Kesehatan merupakan tujuan pembangunan yang mendasar serta menjadi modal utama manusia dan inti dari kesejahteraan yang merupakan hal pokok untuk menggapai kehidupan yang memuaskan dan berharga. Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan, berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumberdaya yang ada, termasuk yang ada di masyarakat. UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) merupakan wujud nyata adanya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Kondisi ini mampu memacu timbulnya berbagai bentuk UKBM seperti KIA, Kesling, PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), SBH (Saka Bhakti Husada), serta Dana Sehat.

Dana sehat sendiri merupakan dana gotong royong yang dikumpulkan oleh masyarakat dan digunakan kembali untuk masyarakat. Strategi promosi kesehatan dalam pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk dilakukan agar masyarakat memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan

meningkatkan kesehatan mereka. Perencanaan dan proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat yang dilakukan melalui program kerja Promosi Kesehatan yang melibatkan peran serta masyarakat. Keterlibatan masyarakat serta pemanfaatan potensi dan sumberdaya lokal secara optimal sangat penting dalam proses pemberdayaan agar masyarakat dapat menolong dirinya sendiri atau dapat dikatakan mandiri. Dengan melihat indikator di atas, kita akan melihat apakah proses pemberdayaan masyarakat dapat berjalan dengan baik seperti yang diharapkan. Penjelasan kerangka pikir lebih lanjut dan ringkas dapat dilihat pada gambar 1.

t



Gambar 1. Model Kerangka Pikir

(Sumber: diolah oleh Peneliti, 2016)

BAB III

Metode Penelitian

A. Tipe Penelitian dan Pendekatan Penelitian

Jenis penelitian yang dipakai di dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif.. Menurut Strauss dan Cobrin dalam Tresiana (2013:14) bahwa

“Penelitian kualitatif adalah penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai dengan menggunakan prosedur statistik atau dengan cara-cara lain keantifikasian (pengukuran). Penelitian kualitatif menunjukkan penelitian tentang kehidupan masyarakat, sejarah, tingkah laku juga tentang fungsionalisasi organisasi, pergerakan-pergerakan, sosial, atau hubungan kekerabatan”.

Penulis menggunakan metode ini dengan maksud ingin mendeskripsikan dan memahami tentang proses pemberdayaan masyarakat dan mekanisme pengelolaan dana sehat serta kendala apa saja yang dihadapi di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian dilakukan dengan memilih fokus atau pokok permasalahan yang dipilih untuk diteliti, karena fokus sangat penting sebab tidak ada penelitian tanpa fokus. Fokus penelitian dimaksudkan untuk membatasi

studi kualitatif, sekaligus membatasi penelitian guna memilih mana data yang relevan dan mana data yang tidak relevan.

Menurut Moleong (2007:94) menjelaskan bahwa:

“Penetapan fokus ini berfungsi untuk memenuhi kriteria inklusi-eksklusi atau kriteria masuk-keluar suatu informasi yang harus diperoleh di lapangan. Fokus penelitian sangat penting dalam sebuah penelitian karena dapat memberikan batasan dalam studi dan pengumpulan data, sehingga penelitian lebih fokus memahami masalah-masalah yang menjadi tujuan serta yang diperoleh menjadi lebih spesifik”.

Dengan fokus penelitian, dapat menghindari pengumpulan data yang sembarangan, maka peneliti membuat fokus penelitian dengan mengemukakan hasil prariset yang telah dilakukan oleh penulis, fokus dalam penelitian adalah:

1. Bagaimana proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo, melalui empat indikator keberdayaan yang dapat mengukur proses pemberdayaan tersebut, yaitu:

Sesuai dengan indikator keberdayaan menurut Suharto (2005:65) diantaranya:

- a. Tingkat kesadaran dan keinginan untuk berubah

Tingkat kesadaran dan keinginan untuk berubah yaitu berkaitan dengan kesadaran masyarakat Desa Margosari akan pentingnya kesehatan yang membuat proses pengelolaan dana sehat dapat berjalan, karena kesadaran masyarakat juga akan mempengaruhi keberhasilan dari proses pemberdayaan yang dilakukan.

- b. Tingkat kemampuan meningkatkan kapasitas untuk memperoleh akses
Tingkat kemampuan meningkatkan kapasitas untuk memperoleh akses yaitu berkaitan dengan tingkatan pendidikan dan finansial, dan juga emosional dalam masyarakat. Dimana tingkat pendidikan, ataupun tingkat ekonomi dalam hal finansial di lingkungan masyarakat Desa Margosari tidak akan mempengaruhi jika sifat emosional masyarakat seperti rasa empati dan kesadaran diri lebih tinggi sehingga dalam pencapaian tujuan kegiatan akan mudah di capai.
 - c. Tingkat kemampuan menghadapi hambatan
Tingkat kemampuan menghadapi hambatan yaitu berkaitan dengan sikap anggota kegiatan dana sehat di Desa Margosari dalam menghadapi masalah yang di hadapi dalam setiap hal pada kegiatan dana sehat.
 - d. Tingkat kemampuan kerjasama dan solidaritas
Tingkat kemampuan kerjasama dan solidaritas yaitu berkaitan dengan interaksi ataupun komunikasi setiap individu-individu dalam kegiatan dana sehat di Desa Margosari yang juga akan terlihat dari rasa kebersamaan masyarakat yang nantinya juga akan berpengaruh pada kerjasama serta gotong-royong dalam segala hal di kegiatan dana sehat.
2. Faktor pendukung keberhasilan proses pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo dapat berhasil.

C. Lokasi Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Menurut Moloeng (2007:128), Lokasi penelitian merupakan “tempat di mana peneliti melakukan penelitian terutama sekali dalam menangkap fenomena ataupun peristiwa yang sebenarnya terjadi dari objek yang diteliti dalam rangka mendapatkan data-data penelitian yang akurat”.

Lokasi penelitian ditentukan dengan sengaja (*purposive*), yaitu di Desa Margosari Wilayah Kerja Puskesmas Margototo Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur. Hal ini didasarkan pada alasan yaitu Kepala Promosi Kesehatan Puskesmas Margototo memiliki salah satu Program Pemberdayaan Masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.

Desa Margosari juga merupakan satu-satunya desa yang ada di Kabupaten Lampung Timur yang memiliki Program Pengelolaan Dana Sehat yang berjalan aktif hingga saat ini dan juga untuk menciptakan masyarakat yang mandiri seutuhnya sehingga tercapai kesejahteraan dan kesadaran akan pentingnya kesehatan pada masyarakat tersebut. Pertimbangan terhadap waktu, biaya dan tenaga juga merupakan faktor yang menentukan pemilihan lokasi penelitian.

D. Sumber Data

Menurut Lofland dalam Moleong (2007:157): "sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain". Berkaitan dengan hal itu pada bagian ini jenis datanya dibagi ke dalam kata-kata dan tindakan, sumber data tertulis , foto dan statistik. Adapun sumber data dalam penelitian ini adalah:

1. Kata-kata atau sumber lisan

Kata-kata dari narasumber merupakan sumber data utama, sumber data dapat ditulis atau dapat direkam. Dalam hal ini yang akan diwawancarai oleh peneliti berkaitan dengan penelitian ini adalah kepala bidang promosi kesehatan Puskesmas Margototo Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur, relawan masyarakat, dan beberapa anggota masyarakat sebagai penerima manfaat dari pengelolaan dana sehat.

Teknik pemilihan orang untuk diwawancara akan dilakukan secara *purposive*. Pemakaian teknik *purposive* disebabkan oleh bentuk dan ciri penelitian ini sendiri, yaitu untuk mendapatkan informasi-informasi yang sesuai dengan tujuan pelaksanaan penelitian ini. Yang akan diwawancarai dalam penelitian ini adalah:

Tabel 4. Daftar informan dalam wawancara

No	Informan
1	Kepala Bidang Promosi Kesehatan Puskesmas Margototo
2	Bidan Desa Margosari
3	Kepala Desa Margosari
4	Sekretaris Desa Margosari
5	Ketua Program Dana Sehat
6	Bendahara Program Dana Sehat
7	Masyarakat Desa Margosari

(Sumber: Diolah oleh Peneliti, 2016)

Secara keseluruhan pihak-pihak ini dianggap sudah cukup untuk mewakili ciri keseluruhan orang-orang yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan kegiatan yang dimaksud.

2. Sumber Tertulis

Walaupun dikatakan bahwa sumber di luar kata dan tindakan merupakan sumber kedua, jelas tidak bisa diabaikan. Dilihat dari segi sumber data, bahan tambahan yang berasal dari sumber tertulis dapat dibagi atas sumber buku dan majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi, dan dokumen resmi. Adapun yang menjadi sumber tertulis dalam penelitian ini yaitu berupa surat keputusan ataupun instruksi mengenai penetapan anggota dalam pengelolaan dana sehat di Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur, data-data tentang dana sehat dan peraturan desa diantaranya:

- a. Peraturan Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Nomor 05 Tahun 2012 Tentang Forum Kesehatan Masyarakat Desa.

- b. Surat Keputusan Kepala Desa Margosari Nomor: 140/20/SKPTS/06/2014 Tentang Pembentukan Forum Kesehatan Masyarakat Desa (FKMD) Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang.
- c. Surat Keputusan Kepala Desa Margosari Nomor: 140/21/SKPTS/06/2014 Tentang Pembentukan Struktur Organisasi Kegiatan Dana Sehat Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang.
- d. Data tentang nama anggota kegiatan dana sehat dari dusun 1 sampai dusun 5 Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang.
- e. Data tentang jumlah dana kegiatan dana sehat tiap dusunnya di Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang.
- f. Data tentang kas FKMD yang di dalamnya juga terdapat data pengeluaran dana kegiatan dana sehat di Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang.

3. Foto

Sekarang ini foto sudah lebih banyak dipakai sebagai alat untuk keperluan penelitian kualitatif karena dapat dipakai dalam berbagai keperluan. Foto menghasilkan data deskriptif yang cukup berharga dan hasilnya sering dianalisis secara induktif. Sumber data dalam penelitian ini adalah foto-foto hasil kegiatan masyarakat dari adanya kegiatan pengelolaan dana sehat oleh masyarakat Desa Margosari.

E. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang benar dan akurat sehingga mampu menjawab pertanyaan penelitian, maka teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Wawancara mendalam (*in depth interview*)

Teknik wawancara digunakan untuk menjangkau data-data primer yang berkaitan dengan fokus penelitian. Wawancara mendalam dilakukan dengan baik secara terstruktur dengan menggunakan panduan wawancara (*interview guide*), maupun wawancara bebas atau tidak terstruktur bersamaan dengan observasi, instrumen yang digunakan untuk melakukan wawancara ini adalah *tape recorder*, yang dilengkapi pula dengan catatan-catatan kecil peneliti.

2. Dokumentasi

Teknik ini digunakan untuk menghimpun data sekunder yang memuat informasi tertentu yang bersumber dari dokumen-dokumen seperti surat, peraturan desa, dan lain sebagainya. Sumber data ini merupakan berbagai dokumen yang berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo.

3. Observasi (Pengamatan)

Pengamatan digunakan untuk mendapatkan data-data primer yang berupa deskripsi faktual, cermat dan terperinci mengenai keadaan lapangan, kegiatan manusia, dan situasi sosial serta konteks kegiatan itu terjadi, dan berhubungan dengan fokus penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti

mengamati bagaimana proses pemberdayaan yang diberikan oleh kepala bidang promosi kesehatan puskesmas margototo kepada aparat Desa Margosari sehingga kegiatan dana sehat ini mampu berjalan dengan baik di Desa Margosari. Selain itu juga, peneliti secara rutin mengamati tahapan-tahapan proses pengelolaan dana sehat di Desa Margosari yang sudah berjalan sejak tahun 2012 hingga saat ini.

F. Teknik Pengolahan Data

Setelah data yang diperoleh dari lapangan terkumpul, maka tahap berikutnya adalah mengolah data tersebut. Adapun teknik yang digunakan dalam pengolahan data sebagaimana yang disebutkan Moleong dalam bukunya metode penelitian kualitatif di antaranya:

1. Editing

Teknik mengolah data dengan cara meneliti kembali data yang telah diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi maupun dokumentasi untuk menghindari kekeliruan dan kesalahan. Tahap editing yang akan dilakukan oleh penulis dalam penelitian ini dengan menyajikan hasil wawancara dan observasi berupa kalimat-kalimat yang baku disajikan dengan menggunakan kalimat baku dan bahasa yang mudah dipahami.

2. Interpretasi

Upaya untuk memperoleh arti dan makna yang lebih mendalam dan luas terhadap hasil penelitian yang sedang dilakukan. Pembahasan hasil penelitian dilakukan dengan cara meninjau hasil penelitian secara kritis dengan teori yang relevan dan informasi akurat yang diperoleh dilapangan. Interpretasi yang dilakukan oleh penulis dalam penelitian ini adalah pembahasan hasil penelitian mengenai bagaimana pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo yang dikaitkan dengan teori

G. Analisis Data

Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto, dan sebagainya. Data dianalisis secara deskriptif yaitu dengan penelitian dengan gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antara fenomena yang diselidiki. Fenome yang diteliti secara deskriptif tersebut dicari informasinya mengenai hal-hal yang dianggap relevansi dengan tujuan penelitian.

Sugiono (2011:224) menjelaskan bahwa:

“analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, gambar, foto, dan sebagainya dengan cara menggorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa,

menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, kemudian membuat kesimpulan yang mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain”.

Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam menganalisis data kualitatif, yaitu:

1. Reduksi data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemisahan, perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Data yang diperoleh di lokasi penelitian kemudian dituangkan dalam uraian atau laporan yang lengkap dan terperinci. Laporan lapangan akan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian dicari polanya. Reduksi data berlangsung secara terus menerus selama proses penelitian berlangsung. Dalam penelitian ini, peneliti memilih dan menyeleksi serta merangkum data yang diperoleh atau difokuskan pada hal-hal yang berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo.

2. Penyajian data

Penyajian data dilakukan untuk memudahkan bagi peneliti untuk melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian tertentu dari penelitian. Pada dasarnya penyajian data merupakan pembagian pemahaman peneliti tentang hasil penelitian. Penyajian yang digunakan pada data yang telah direduksi yaitu disajikan dalam bentuk teks naratif.

3. Penarikan kesimpulan atau verifikasi

Verifikasi secara terus menerus sepanjang proses penelitian berlangsung, yaitu sejak awal memasuki lokasi penelitian dan selama proses pengumpulan data. Peneliti berusaha untuk menganalisis dan mencari pola, tema, hubungan persamaan, hal-hal yang sering timbul, hipotesis dan sebagainya yang dituangkan dalam kesimpulan. Penarikan kesimpulan dalam penelitian ini dilakukan dengan pengambilan inti sari dari serangkaian hasil penelitian berdasarkan wawancara, observasi, serta dokumentasi hasil penelitian.

H. Teknik Keabsahan Data

Untuk mendapatkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan, yang pelaksanaannya didasarkan pada sejumlah kriteria. Sugiono (2005:121) mengatakan dalam penelitian kualitatif uji keabsahan data meliputi:

1. Derajat kepercayaan (*Credibility*)

Penerapan kriteria derajat kepercayaan pada dasarnya menggantikan konsep validitas internal dari nonkualitatif. Kriteria ini berfungsi untuk melaksanakan inkuiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai. Lalu mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti. Selanjutnya kegiatan yang dilakukan peneliti agar hasil penelitian dapat dipercaya yaitu melakukan triangulasi. Triangulasi ini selain digunakan untuk mengecek kebenaran data juga dilakukan untuk memperkaya data. Sedangkan Denzin,

membedakan empat macam triangulasi di antaranya ialah: memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori. Pada penelitian ini, dari keempat macam triangulasi tersebut, peneliti hanya lebih menggunakan teknik pemeriksaan dengan memanfaatkan sumber di bandingkan dengan yang lain.

2. Keteralihan (*Transferability*)

Pemeriksaan keteralihan data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik “uraian rinci”, yaitu dengan melaporkan hasil penelitian seteliti dan secermat mungkin yang menggambarkan konteks tempat penelitian diselenggarakan. Dengan demikian, pembaca menjadi jelas atas hasil penelitian tersebut, sehingga dapat memutuskan, dapat atau tidaknya mengaplikasikan hasil penelitian tersebut ke tempat lain. Untuk melakukan keteralihan peneliti berusaha mencari dan mengumpulkan data kejadian empiris dalam konteks yang sama.

3. Kebergantungan (*Dependability*)

Dalam penelitian kualitatif, uji kebergantungan dilakukan dengan melakukan pemeriksaan terhadap keseluruhan proses penelitian. Sering terjadi penelitian tidak melakukan proses penelitian kelengkapan, tetapi tidak bisa memberikan data. Peneliti seperti ini perlu diuji *dependability*-nya. Kalau proses penelitiannya tidak dilakukan tetapi datanya ada, maka penelitian tersebut tidak *dependability*.

4. Kepastian (*Confirmability*)

Dalam penelitian kualitatif uji kepastian mirip dengan uji kebergantungan, sehingga pengujinya dapat dilakukan secara bersamaan.

Menguji *confirmability* berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan dalam penelitian, jangan sampai proses tidak ada tetapi hasilnya ada. Kepastian yang dimaksud berasal dari objektivitas, sehingga dengan di sepakati hasil penelitian oleh banyak orang maka hasil tidak lagi subjektif tetapi sudah objektif.

I. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah

1. Pedoman Wawancara

Dalam penelitian ini digunakan daftar pertanyaan yang telah dibuat sebelumnya dan digunakan untuk mewawancarai pihak-pihak yang terkait dengan penelitian ini. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan alat tulis menulis.

2. Pedoman Dokumentasi

Yaitu berupa dokumen-dokumen yang ada di tempat penelitian dan berupa data-data yang dapat dijadikan sebagai sumber data dalam penelitian. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan alat tulis dan fotokopi dokumen untuk mendapatkan data-data.

3. Pedoman Observasi

Berupa pengamatan terhadap perubahan masyarakat di Desa Margosari setelah adanya program Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengelolaan dana Sehat dengan melihat kegiatan masyarakat.

BAB IV

GAMBARAN UMUM

Bab ini menyajikan gambaran umum Puskesmas Margototo dalam menjalankan peranannya sebagai ujung tombak pelayanan dibidang kesehatan, juga menggambarkan letak geografis Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur dan uraian singkat terkait faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi Puskesmas Margototo. Selain Puskesmas Margototo, bab ini juga menyajikan gambaran umum Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur yang berisi tentang sejarah singkat Desa Margosari, data penduduk maupun data desa lainnya.

A. Gambaran Umum Puskesmas Margototo

1. Profil Puskesmas Margototo

Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai sebuah lembaga yang memberikan jasa kesehatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat memegang peranan penting dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam pelaksanaannya puskesmas memiliki tujuan mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional karena pembangunan kesehatan

merupakan tujuan dari pembangunan nasional. Puskesmas Margototo merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Timur yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah Kecamatan Metro Kibang yang terletak di Jalan Raya Metro Kibang, Desa Margototo, Kecamatan Metro Kibang, Kabupaten Lampung Timur. Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Tingkat Pertama serta sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia khususnya Kecamatan Metro Kibang, Puskesmas Margototo berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis Operasional Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Timur.

2. Kondisi Geografis

Kecamatan Metro Kibang memiliki luas wilayah 923 km^2 , $\pm 17,3\%$ dari luas wilayah Kabupaten Lampung Timur ($5.325,03 \text{ km}^2$). Kecamatan Metro Kibang terdiri dari 7 Desa, yaitu:

- a. Desa Margototo,
- b. Desa Kibang,
- c. Desa Margajaya,
- d. Desa Purbosembodo,
- e. Desa Sumber Agung,
- f. Desa Margosari, dan
- g. Desa Jaya Asri.

Kecamatan Metro Kibang sebagai bagian dari Kabupaten Lampung Timur, mempunyai batas-batas antara lain:

- a. Utara berbatasan dengan: Kecamatan Metro Selatan / Kota Metro
- b. Selatan berbatasan dengan: Kecamatan Natar / Kab. Lampung Selatan
- c. Barat berbatasan dengan: Kecamatan Natar / Kab. Lampung Selatan
- d. Timur berbatasan dengan: Kecamatan Batanghari / Kab. Lampung Timur

Kecamatan Metro Kibang merupakan daerah dataran tinggi yaitu berada pada ketinggian rata-rata 400 m di atas permukaan laut, dengan keadaan tanah sebagian berpasir dan tanah merah. Iklim kecamatan Metro Kibang termasuk kategori iklim B, yang di cirikan oleh bulan basah selama 6 bulan yaitu bulan Desember sampai Juni dengan temperatur rata-rata 24 sampai 33,4 derajat celcius. Curah hujan merata tahunan sebesar 2000-2500mm. Jenis tanah di Kecamatan Metro Kibang umumnya adalah jenis latosol coklat kemerahan dan latosol merah.

3. Administrasi Puskesmas Margototo

Puskesmas Margototo yang mempunyai wilayah kerja dengan luas 923 km², dari luas wilayah di atas Puskesmas Margototo dibantu dengan dua unit puskesmas pembantu, yaitu puskesmas pembantu sumber agung dan puskesmas pembantu margajaya. Puskesmas pembantu sumber agung terletak di bagian barat Puskesmas Margototo yang memiliki jumlah penduduk 2.166 jiwa dengan luas wilayah sekitar 4,1 km² sedangkan

puskesmas pembantu margajaya yang terletak di ujung selatan Puskesmas Margototo memiliki jumlah penduduk 3.512 jiwa dengan luas wilayah 6,0 km², selain memiliki dua puskesmas pembantu. Puskesmas Margototo juga memiliki tujuh unit poskesdes, yaitu Poskesdes Margototo, Poskesdes Kibang, Poskesdes Margajaya, Poskesdes Purbosembodo, Poskesdes Sumber Agung, Poskesdes Margosari, dan Poskesdes Jaya Asri. Selain puskesmas pembantu dan poskesdes yang dijelaskan di atas, Puskesmas Margototo juga memiliki 32 pos pelayanan terpadu (posyandu) yang tersebar luas diseluruh wilayah kerja Puskesmas Margototo dengan rasio posyandu per 100 balita 1,27.

4. Visi dan Misi Puskesmas Margototo

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Untuk mewujudkan derajat kesehatan bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan, pemeliharaan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Usaha kesehatan ditingkatkan dengan tujuan agar dapat menyelenggarakan upaya kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat, terutama yang berpenghasilan rendah dengan peran serta aktif masyarakat. Maka dengan ini visi dan misi Puskesmas Margototo yaitu:

- a. Visi Puskesmas Margototo:
Tercapainya Kecamatan Metro Kibang Sehat Menuju Terwujudnya Indonesia Sehat
- b. Misi Puskesmas Margototo:
1. Memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kecamatan Metro Kibang
 2. Membantu meningkatkan kesadaran masyarakat sehingga dapat menjadi masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat bagi keluarganya maupun bagi masyarakat di sekitarnya.
 3. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya di Kecamatan Metro Kibang
 4. Meningkatkan kerja sama tingkat sektoral yang berwawasan kesehatan.

5. Keberadaan Ketenagakerjaan Puskesmas Margototo Tahun 2016

Tabel 5. Jumlah ketenagakerjaan Puskesmas Margototo Tahun 2016

No	Jenis Ketenagaan	Jumlah
1	Dokter umum	2
2	Sarjana keperawatan	1
3	Sarjana kesehatan masyarakat	1
4	Pelaksana Umum	4
5	Farmasi	1
6	Kesehatan D.IV	3
7	Kesehatan Lingkungan D.II	1
8	Laboratorium D.III	2
9	Gizi D.III	1
10	Bidan D.III	16
11	Bidan D.I	1
12	Perawat Gigi	1
13	Perawat D.III	10
14	Perawat biasa	1

15	<i>Cleaning service</i>	2
16	Jaga malam	1
	Jumlah	48

(Sumber : Kasubag TU Puskesmas Margototo 2016)

6. Cakupan Upaya Kesehatan Puskesmas Margototo

Upaya kesehatan yang telah dilakukan Puskesmas Margototo merupakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan:

- a. UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat)
 1. Imunisasi
 2. Epidemiologi (Spesifik Monitoring Wabah)
 3. TB Paru
 4. Kesehatan Lingkungan
 5. Keluarga Berencana
 6. Promkes
 7. UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)
 8. UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah)
 9. UKK (Usaha Kesehatan Kerja)
 10. Gizi
 11. Posyandu
 12. DDTK (Deteksi Dini Tumbuh Kembang)
 13. USILA (Usia Lanjut)
 14. Perkesmas (Per Kesehatan Masyarakat)
 15. BATTRA (Pengobatan Tradisional)
 16. PTM (Penyakit Tidak Menular)

- b. UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan)
 - 1. Rawat jalan umum
 - 2. Rawat jalan gigi
 - 3. Rawat jalan KIA (Kesehatan Ibu Anak)
 - 4. Rawat Inap
 - 5. Laboratorium
 - 6. Rekam Medik
 - 7. Pengobatan (Farmasi)

7. Gambaran Situasi Derajat Kesehatan di Puskesmas Margototo

Derajat kesehatan masyarakat merupakan gambaran tingkat status kesehatan masyarakat, dimana status kesehatan merupakan pencerminan kesehatan perorangan, kelompok maupun masyarakat. Status kesehatan ini merupakan salah satu indikator kesejahteraan umum yang digambarkan dengan umur harapan hidup, angka kematian (mortalitas), angka kesakitan (morbidity) dan status gizi masyarakat. Gambaran derajat kesehatan di Puskesmas Margototo dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Angka Kematian

Angka kematian atau mortalitas terdiri dari angka kematian bayi, angka kematian anak balita, dan angka kematian ibu.

b. Angka Kesakitan

Angka kesakitan atau morbiditas merupakan angka kesakitan baik insiden maupun prevalen dari suatu penyakit. Morbiditas juga berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat. Penilaian morbiditas meliputi pola penyakit rawat jalan dan pola penyakit rawat inap.

c. Angka Kesakitan Potensial

Angka kesakitan potensial adalah beberapa penyakit potensial yang menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) serta penyakit-penyakit yang berdampak luas pada kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Margototo, seperti pengendalian penyakit ISPA, pengendalian penyakit DBD, pengendalian penyakit TB Paru, pengendalian penyakit Filariasis atau kaki gajah, pengendalian penyakit diare, pengendalian penyakit malaria, pengendalian penyakit kusta, pengendalian penyakit HIV-AIDS, dan pengendalian penyakit rabies (GHTR).

d. Penyakit Dapat Dicegah dengan Imunisasi

Penyakit yang dapat di cegah dengan imunisasi adalah TBC, Diphteri, Pertusis, Campak, Tetanus, Polio, dan Hepatitis B. Penyakit-penyakit tersebut merupakan penyakit penyebab kematian anak di negara-negara berkembang.

e. Status Gizi Masyarakat

Secara umum status gizi masyarakat terdiri dari pemantauan pertumbuhan balita, bayi baru lahir ditimbang, kurang gizi, penanganan kasus gizi buruk, dan ibu hamil kurang energi kronis (KEK).

8. Sosial Budaya Daerah

Kecamatan Metro Kibang mempunyai persebaran penduduk yang tidak merata secara geografis. Hal ini disebabkan karena aspek kultural, ekologis serta dukungan kualitas dan kuantitas infrastruktur. Persebaran penduduk Kecamatan Metro Kibang berorientasi pada potensi pertanian. Jumlah penduduk Kecamatan Metro Kibang pada tahun 2014 berjumlah 21.993 jiwa menurut data BPS Lampung Timur. Perkembangan jumlah penduduk Kecamatan Metro Kibang dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2014 dapat dilihat pada tabel 6 di bawah ini:

Tabel 6. Perkembangan Jumlah Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2010-2014

No	Tahun	Jumlah
1	2010	19993
2	2011	20627
3	2012	21109
4	2013	21993
5	2014	21993

(Sumber : BPS Kabupaten Lampung Timur / Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2014)

Berdasarkan kepadatannya, kepadatan penduduk di Kecamatan Metro Kibang sebesar 24 jiwa/km², dengan kepadatan tertinggi di Desa Margajaya sebesar 585,33 jiwa/km² dan terendah di Desa Margosari sebesar 3,04 jiwa/km². Tingkat pendidikan penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014 dapat dilihat pada tabel 7 di bawah ini:

Tabel 7. Tingkat Pendidikan Penduduk Kecamatan Metro Kibang Tahun 2014

No	Tingkat Pendidikan	Presentase
1	Tidak Memiliki Ijazah SD	6,46%
2	SD/MII	28,77%
3	SMP/MTS	35,23%
4	SMA/MA	20,26%
5	SMK	0,26%
6	DI/DII	0,22%
7	Akademi/DIII	0,25%
8	Universitas/DIV	0,02%
9	S2/S3	0,00%

(Sumber : BPS Kabupaten Lampung Timur / Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2014)

B. Gambaran Umum Desa Margosari

1. Sejarah Singkat Desa Margosari

Desa Margosari adalah desa pemekaran dari Desa Margototo atas usulan warga masyarakat desa yang terdiri dari 2 (dua) dusun yaitu Dusun IX dan Dusun X dan telah dinyatakan sebagai Desa Persiapan dengan Keputusan Bupati Lampung Timur Nomor 06 Tahun 2002 Tanggal 20 Maret 2002.

Pada awalnya Desa Margosari di buka oleh masyarakat perambah hutan yaitu tahun 1956 dan merupakan pedukuhan dengan salah satu tokoh yang

bernama Bapak Kaselar (Alm) dan hingga kini masih ada warga masyarakat desa sekitar yang menyebut Desa Margosari dengan sebutan Kaselar. Warga Desa Margosari mayoritas adalah suku Jawa dan 99% beragama Islam dengan rata-rata berpenghasilan sebagai petani peladangan.

2. Periode Masa Jabatan Desa Margosari

a. Periode Tahun 2002-2003

Pada awal pembentukan Desa Persiapan Margosari Pjs. Kepala Desa dijabat oleh Saudara Sunarto (Alm) kurang lebih beliau menjabat Kepala Desa selama 1 (satu) tahun 6 (enam) bulan dan tidak dapat melanjutkan tugas dikarenakan sakit dan kemudian meninggal dunia pada tahun 2003.

b. Periode Tahun 2003-2007

Untuk menggantikan pejabat Kepala Desa yang telah meninggal dunia, maka pada bulan Oktober 2003 diadakan musyawarah desa untuk memilih kembali Pejabat Kepala Desa yang baru dan dipilih Saudara Kateno sebagai pejabat Kepala Desa yang pada saat kepemimpinannya telah 4 (empat) kali diusulkan sebagai pejabat Kepala Desa Margosari (Tahun 2004, 2005, 2006 dan 2007)

c. Periode Tahun 2007-2013

Kemudian pada bulan Desember tahun 2007 diadakan Pemilihan Kepala Desa Definitif untuk periode 2007-2013 dan pada saat itu telah terpilih Saudari Jumiatusun sebagai Kepala Desa.

d. Periode Tahun 2013-2019

Pada tanggal 11 Desember 2013 diadakan pemilihan kepala Desa Margosari periode 2013-2019 dan terpilih Saudara Suwardi yang sampai dengan saat ini telah menjalankan tugas kurang lebih selama 3 tahun.

3. Administrasi Desa

Administrasi Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur terdiri dari:

- a. Administrasi Umum
- b. Administrasi Penduduk
- c. Administrasi Keuangan
- d. Pengembangan Buku administrasi (Buku Data Tanah, Buku Pajak, dan lainnya)

4. Jarak Tempuh Desa

Jarak Tempuh merupakan data yang terdiri dari jarak tempuh antara Desa Margosari ke Ibukota Kecamatan, ke Ibukota Kabupaten, dan ke Ibukota Provinsi:

- a. Jarak dari Desa Margosari ke Ibukota Kecamatan : 6 KM
- b. Jarak dari Desa Margosari ke Ibukota Kabupaten : 40KM
- c. Jarak dari Desa Margosari ke Ibukota Provinsi : 60 KM

5. Sarana dan Prasarana Desa

Sarana dan Prasarana Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten

Lampung Timur dapat dilihat pada tabel 8 di bawah ini:

Tabel 8. Data Sarana dan Prasarana Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur.

No	Prasarana Umum
1	Prasarana Pemerintah a. Kantor Desa b. Balai Desa c. Kantor LPMD d. Kantor PKK
2	Prasarana Olahraga a. Lapangan Sepak Bola b. Lapangan Bola Volley c. Lapangan Bulu Tangkis
3	Prasarana Pendidikan a. TK b. SD c. SLTP d. SLTA
4	Sarana Air Bersih a. Sumur
5	Sarana Listrik a. PLN

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

6. Data Potensi Desa

Data Potensi Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten

Lampung Timur merupakan data potensi lahan pertanian yang dapat dilihat

pada tabel 9 di bawah ini:

Tabel 9. Data Potensi Lahan Pertanian Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013

No	Dusun	LUAS LAHAN (Ha)			
		PEKARANGAN	TEGAL/ LADANG	SAWAH/ RAWA	KOLAM
1	Dusun I	19,25	125,25	4,75	-
2	Dusun II	19	96,75	5,5	-
3	Dusun III	20,25	116,5	1,25	0,08
4	Dusun IV	15,5	92,5	3,5	0,01
5	Dusun V	15,25	88	4,25	0,06
Jumlah		89,25	529	19,5	0,15

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

7. Data Luas Area Tanaman

Data luas area tanaman Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur terdiri dari data luas area perkebunan yang dapat dilihat pada tabel 10 dan data luas area tanaman kehutanan dapat dilihat pada tabel 11 di bawah ini:

Tabel 10. Data Luas Area Tanaman Perkebunan Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013

NO	DUSUN	KOMODITI PERKEBUNAN (Ha.)					JUMLAH
		KELAPA	KOPI	KAKAU	KARET	KELAPA SAWIT	
1	Dusun I	5	0,05	1,50	65,00	3,50	75,05
2	Dusun II	5	0,05	2,50	4,00	1	12,55
3	Dusun III	6,00	0,06	3,00	6,00	1	16,06
4	Dusun IV	7,50	0,05	3,00	5,00	0,50	16,05
5	Dusun V	3,00	0,04	4,00	3,00	-	10,04
Jumlah		26,50	0,19	14	83	5,50	129,75

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

Tabel 11. Data Luas Area Tanaman Kehutanan Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013

KEHUTANAN (Ha.)								
No	Dusun	JATI	SENGON	MAHONI	AKASIA	INGAS	MINDI	JUMLAH
1	Dusun I	2	0,25	2,00	12,00	-	0,11	16,36
2	Dusun II	0,10	0,09	0,50	7,00	0,12	0,09	7,90
3	Dusun III	0,20	0,11	0,50	9,50	0,07	0,05	10,43
4	Dusun IV	0,20	0,15	2,00	11	0,06	0,15	13,56
5	Dusun V	0,50	0,50	1,00	13	-	0,10	14,75
Jumlah		3	1	6	52,50	0,25	0,50	63,00

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

8. Data Penduduk

Data Penduduk Desa Margosari terdiri dari data populasi penduduk, data pendidikan penduduk, dan data mata pencaharian penduduk. Data populasi penduduk dapat di lihat pada tabel 12 di bawah ini, data pendidikan penduduk dapat dilihat dari tabel 13 di bawah ini, dan data mata pencaharian penduduk dapat dilihat pada tabel 14 di bawah ini:

Tabel 12. Data Populasi Penduduk Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur

No	Penduduk	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014
1	Jumlah Penduduk Seluruhnya	1.905	1.918	1931
2	Laki-laki	984	990	996
3	Perempuan	921	928	935
4	Jumlah Kepala Keluarga (KK)	608	619	630

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

Tabel 13. Pendidikan Masyarakat Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur

No	Pendidikan	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014
1	Tamat SLTA keatas	203	215	227
2	Tamat SLTP Sederajat	540	546	552
3	Tamat SD Sederajat	799	802	799
4	Tidak Tamat SD	319	316	313

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

Tabel 14. Data Mata Pencarian Penduduk Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur

No	Mata Pencarian	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014
1	Sektor Pertanian Sawah			
	a. Pemilik Sawah Tadah Hujan	35	35	35
	b. Penggarap Sawah	35	35	35
	c. Buruh Tani Sawah	12	12	12
	d. Buruh Usaha Tani	-	-	-
	e. Pemilik Usaha Pertanian	-	-	-
2	Sektor Pertanian Ladangt			
	a. Pemilik Tanah Ladang	497	513	529
	b. Penggarap Ladang	50	50	-
	c. Buruh Perladangan	-	-	-
	d. Pemilik Usaha	-	-	-
	e. Buruh Usaha Perladangan	-	-	-
	f. Penyewa Perladangan	4	4	-
3	Sektor Perkebunan			
	a. Pemilik Perkebunan	91	93	95
4	Sektor Peternakan			
	a. Jumlah Usaha Ternak	503	532	561
	b. Penggaduhan Ternak	23	18	13
5	Sektor Industri Kecil dan Kerajinan			
	a. Pemilik Usaha Industri Kerajinan	9	9	9
	b. Buruh Kerajinan	9	9	9
6	Sektor Jasa dan Perdagangan			
	a. Pemilik Toko/Kios/Warung	18	23	28
	b. Pekerja di Toko/Kios/Warung	36	46	56
	c. Bidan Praktek	1	1	1
	d. Guru	10	10	10
	e. PNS	3	3	3
	f. Anggota ABRI	1	2	3
	g. Aparat Desa	27	27	27
	h. Tukang Jait	3	3	3
	i. Tukang Kayu	5	9	12
	j. Tukang Batu	12	16	20
	k. Dukun Bayi	2	2	2
	l. Supir dan kenek	21	26	31

	m. Pedagang/Pengumpul	2	2	2
	n. Pegawai bank/Asuransi	1	1	1

(Sumber :Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Tahun 2013)

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil deskripsi dan pembahasan yang telah dilakukan mengenai pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo Kabupaten Lampung Timur, maka penulis memberikan simpulan bahwa:

1. Proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari

Proses pemberdayaan di Desa Margosari dalam mekanisme pengelolaan dana sehat sudah dilakukan dari tahun 2012, dengan melakukan pertemuan terlebih dahulu kepada aparatur Desa Margosari untuk mendiskusikan tentang kegiatan yang akan disosialisasikan kepada masyarakat. Kepala bidang promosi kesehatan melakukan pertemuan dengan aparatur Desa Margosari dengan di dampingi bidan desa untuk membahas tentang apa itu kegiatan dana sehat, bagaimana caranya pengelolaannya, dan manfaatnya untuk apa.

Bidan desa merupakan aparatur kesehatan yang tergabung dalam anggota kesehatan di puskesmas, tetapi bidan desa juga merupakan aparatur kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Peranan bidan desa dalam mekanisme pengelolaan dana sehat sangat berpengaruh, karena masyarakat Desa Margosari sangat mempercayai bidan desa. Masyarakat Desa Margosari percaya bahwa bidan desa mampu memberikan solusi atas segala masalah kesehatannya, baik kesehatan individu, kesehatan keluarga, dan juga kesehatan lingkungan. Oleh sebab itu, peranan bidan desa sangat berpengaruh dalam mendampingi kegiatan dana sehat ini, karena jika ada masyarakat yang sakit, baik masyarakat itu harus di rujuk ke rumah sakit, atau harus di rawat inap, maka bidan desa pasti akan tau.

Masyarakat percaya kepada bidan desa, karena bidan desa mampu memberikan semangat ataupun motivasi pada pribadi setiap individu yang mengikuti kegiatan dana sehat, dan bidan desa juga mampu menumbuhkan nilai-nilai sosial dalam masyarakat. Selain kepercayaan terhadap bidan desa, masyarakat juga percaya terhadap aparatur pemerintah, dimana mereka juga mampu menjalin rasa solidaritas dan kerjasama yang baik dalam setiap pengambilan keputusan. Masyarakat yang menjadi anggota dana sehat juga percaya terhadap pengurus yang ditunjuk untuk menjadi pengelola dana kegiatan dana sehat ini karena aspek pengelolaannya yang bersifat terbuka membuat masyarakat bisa percaya terhadap pengurus kegiatan ini, sehingga untuk timbulnya hambatan yang menjadi masalah dalam mekanisme pengelolaan dana sehat ini sangat kecil.

Rasa kepercayaan yang dirasakan masyarakat terhadap bidan desa, aparatur pemerintah baik dari aparatur desa maupun aparatur kesehatan, dan juga terhadap pengurus kegiatan dana sehat ini dapat menimbulkan pengaruh yang positif selain kepuasan yang bisa dirasakan. Kepercayaan yang dirasakan masyarakat dapat membuat individu-individu yang mengikuti kegiatan ini mengajak sanak saudaranya ataupun anggota keluarga lainnya yang belum mengikuti kegiatan dana sehat, karena manfaat dan rasa kepuasan tersendiri yang telah dirasakan.

Setelah kepala bidang promosi kesehatan dan bidan desa selesai melakukan pertemuan dengan aparatur desa, dan juga sudah menjelaskan secara terperinci kegiatan dana sehat, kemudian barulah aparatur desa mensosialisasikan kepada masyarakat. Proses pemberdayaan berhasil dan sesuai dengan indeks keberdayaan menurut Suharto (2006:65), kegiatan dana sehat juga berjalan dengan baik, walaupun masih ada beberapa masyarakat yang belum mengetahui dengan jelas apa itu kegiatan dana sehat, walaupun mereka mengikuti dan menjadi anggota dalam kegiatan dana sehat ini.

Indeks keberdayaan yang sudah dilakukan secara efektif dalam proses pemberdayaan masyarakat dalam mekanisme pengelolaan dana sehat di Desa Margosari yakni:

- (a) Tingkat kesadaran dan keinginan untuk berubah pada beberapa masyarakat Desa Margosari sudah jelas ada, dengan keikutsertaan mereka menjadi bagian dari anggota dana sehat itu membuktikan

bahwa mereka sadar akan pentingnya kesehatan, baik kesehatan diri sendiri, kesehatan keluarga, maupun kesehatan lingkungannya.

- (b) Tingkat kemampuan meningkatkan kapasitas untuk memperoleh akses pada masyarakat Desa Margosari juga sudah jelas ada, dengan keikutsertaan kegiatan ini dalam perlombaan tingkat kabupaten membuktikan bahwa masyarakat Desa Margosari mau mengambil langkah yang lebih baik lagi untuk pembangunan kesehatan.
- (c) Tingkat kemampuan menghadapi hambatan dalam mekanisme pengelolaan dana sehat di Desa Margosari sudah cukup baik, terlihat dari adanya toleransi waktu untuk beberapa masyarakat yang terlambat membayar iuran dana sehat dan walaupun ada beberapa masyarakat Desa Margosari yang mempunyai rasa ketidakpercayaan terhadap pengurus namun kenyataannya kegiatan dana sehat ini masih berjalan sampai saat ini.
- (d) Tingkat kemampuan kerjasama dan solidaritas sesama anggota dana sehat di Desa Margosari dapat dikatakan cukup baik, dimana rasa solidaritas terlihat dari sikap saling membantu dan komunikasi yang baik antar masyarakat dan juga tingginya kerjasama dalam mekanisme pengelolaan dana antara masyarakat dan aparatur desa, sehingga membuat mekanisme pengelolaan dana sehat ini berjalan dengan baik.

Kegiatan dana sehat yang di sosialisasikan oleh kepala bidang promosi kesehatan dan bidan desa juga aparatur Desa Margosari ini sepenuhnya di jalankan oleh masyarakat. Dimana kegiatan ini terdiri dari pengurus yaitu Ketua, Bendahara, dan Sekertaris yang berasal dari masyarakat. Kegiatan

dana sehat ini di kelola oleh masyarakat, dan di berikan kembali untuk masyarakat. Mekanisme pengelolaan kegiatan dana sehat juga sampai saat ini dilakukan dengan baik, karena adanya kerjasama yang baik pula. Dimana aparaturnya desa dan masyarakat bisa bekerjasama dengan baik dalam pengumpulan dana yang di kumpulkan oleh RT yang kemudian di berikan kepada Kepala Dusun setelah itu kepada Bendahara kegiatan dana sehat.

Adanya kesadaran yang kuat pada pengurus kegiatan dana sehat ini dengan memberikan transparansi keuangan kegiatan dana sehat kepada aparaturnya pemerintah seperti kepala desa, sama halnya dengan fase partisipatoris yang juga sesuai dengan pendapat Pranaka dan Priyono dalam Dewanta yang dikutip oleh Iyan (2015), yaitu proses pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan secara bertahap melalui tiga fase yang salah satunya adalah fase partisipatoris.

2. Faktor Pendukung Keberhasilan Proses Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengelolaan Dana Sehat

Faktor pendukung keberhasilan proses pemberdayaan dan mekanisme pengelolaan dana sehat adalah modal sosial atau *social capital* yang terdiri dari kesadaran diri yang tinggi dari individu-individu yang mengikuti kegiatan dana sehat ini, dan juga solidaritas yang tinggi serta kerjasama yang baik dalam meningkatkan standar kesehatan. Kegiatan dana sehat juga sangat menguntungkan bagi masyarakat Desa Margosari yang menjadi anggotanya, selain dapat meringankan beban saat sedang tertimpa musibah,

kegiatan dana sehat ini juga meningkatkan pengetahuan masyarakat akan kesehatan itu penting, dan kekeluargaan juga penting, sehingga harus saling menjaga kesehatan bersama.

3. Dana Sehat

Kegiatan dana sehat di Desa Margosari merupakan kegiatan untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap kesehatan dirinya sendiri, keluarganya, dan juga lingkungannya. Kegiatan dana sehat ini mampu meningkatkan rasa solidaritas masyarakat dan juga kerjasama yang baik dalam mewujudkan kesehatan yang lebih baik lagi di lingkungannya. Kesadaran masyarakat akan kesehatan dapat meningkatkan pembangunan kesehatan dan mewujudkan pembangunan nasional.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, saran yang dapat penulis berikan terkait pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo adalah sebagai berikut:

Pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan dana sehat melalui program promosi kesehatan di Desa Margosari wilayah kerja Puskesmas Margototo dianggap berhasil dan tepat sasaran. Dengan kegiatan yang lebih meningkatkan kesadaran dan rasa solidaritas yang tinggi serta kerjasama

yang baik antara anggota dana sehat. Namun dalam hal ini, untuk meningkatkan partisipasi masyarakat desa yang belum mengikuti program ini secara menyeluruh, penulis menyarankan:

1. Lebih disosialisasikan lagi apa itu dana sehat, dan tujuan dari kegiatan dana sehat ini kepada masyarakat Desa Margosari, agar masyarakat yang belum mengikuti kegiatan dana sehat ini tergerak hati dan sadar bahwa kesehatan bersama dalam menciptakan pembangunan kesehatan yang lebih baik itu penting.
2. Lebih direncanakan lagi keberlanjutan program jika aparatur desa dan aparatur pemerintah serta pengurus berpindah tempat, bagaimanakah keberlanjutan program dari kegiatan dana sehat.
3. Variasi program kegiatan dana sehat, selain kegiatan dana sehat yang hanya membantu dana untuk masyarakat yang sakit, agar kegiatan dana sehat dapat juga membantu masyarakat dalam aspek kesehatan lainnya dalam pembangunan kesehatan.
4. Dinas Kesehatan Lampung Timur atau aparatur kesehatan di Puskesmas harus mau memberikan sosialisasi terhadap desa lainnya tentang kegiatan dana sehat dan mau memberikan penghargaan kepada Desa yang mau aktif dalam peningkatan kesehatan lingkungannya, agar Desa lain di Kabupaten Lampung Timur atau di Kecamatan Metro Kibang dapat menjadi contoh yang baik dalam pembangunan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Ikbar, Yanuar. 2012. *Metode Penelitian Sosial Kualitatif*. Cetakan Kesatu. PT Refika Aditama. Bandung.
- Iyan, (2015). “Pelaksanaan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri Desa Long Ampung Kecamatan Kayan Selatan Di Kabupaten Malinau.” [eJournal] Volume 3, Nomor 3 (885-897) Universitas Mulawarman.
- Janati, Nia. 2011. *Pemberdayaan Dan Partisipasi Masyarakat Melalui Program Pemberdayaan Masyarakat Di Kota Metro*. [Skripsi]. Bandar Lampung. Universitas Lampung
- Moleong, Lexy. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Ngadijono. 1984. *Kelembagaan Dan Masyarakat*. Cetakan pertama Agustus. PT Bina Aksara.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya*. Cetakan pertama September. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Prabamurti, Priyadi Nugraha. 1991. *Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat Tentang Dana Sehat, Hubungannya Dengan Keberhasilan Program Dana Sehat Zdi Desa Gogik Kecamatan Ungaran Kabupaten Semarang*. [Skripsi] Universitas Diponegoro (eprints.undip.ac.id/28492/ di akses 02 November 2015).
- Siagian, Sondang P. 2005. *Administrasi Pembangunan*. PT. Bumi Aksara. Jakarta.
- Suharto, Edi. 2005. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat (Kajian Strategi Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial)*. PT Refika Aditama. Bandung
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. ALFABETA Bandung.

Syahriar, Galang Hendry. 2015. *Modal Sosial Dalam Pengelolaan Dan Pengembangan Pariwisata Di Objek Wisata Colo Kabupaten Kudus*. [Skripsi] Universitas Diponegoro. Semarang

Tresiana, Novita. 2013. *Metode Penelitian Kualitatif*. Lembaga Penelitian Universitas Lampung. Bandar Lampung.

Dokumen-dokumen :

Peraturan Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur Nomor 05 Tahun 2012 Tentang Forum Kesehatan Masyarakat Desa

Surat Keputusan Kepala Desa Margosari Nomor : 140/20/SKPTS/06/2014 Tentang Pembentukan Forum Kesehatan Masyarakat Desa (FKMD) Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang

Surat Keputusan Kepala Desa Margosari Nomor : 140/21/SKPTS/06/2014 Tentang Pembentukan Struktur Organisasi Kegiatan Dana Sehat Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang

Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2012

Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2013

Data Profil Kesehatan Puskesmas Margototo Tahun 2014

Data Profil Desa Margosari Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur.

Perundang-Undangan :

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Pedoman Umum Pengembangan Desa Dan Kelurahan Siaga Aktif. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta