

PEMBERDAYAAN DESA MODEL DESA MANDIRI SEHAT DI KECAMATAN SALAMAN KABUPATEN MAGELANG

Oleh : Rina Martini



Abstract : One of the governments efforts to improve village's capability to be self help is the establishment of "Desa Mandiri" program. Assertion of "Desa Mandiri" program as one of government's policy is based on consideration that there is a need to reduce village's dependency on central government. Government cannot be expected to wholly help, subsidize, and facilitate village community anymore, and village community has to start to learn to be independent. There are some models of "Des Mandiri" program, one of them is "Desa Mandiri Sehat" or "Healthy Self-Help Village". Jabangsari and Banjarharjo in Salaman Sub-district are amongst those that are succesful in implementing "Desa Mandiri Sehat". Although there is defference in item of implementation, the sucesses of these villages are relevant to be used for lesson learning and drawing.

Keywords : government policy, Desa Mandiri, lesson learn

Pendahuluan

Selama krisis ekonomi 1997 sektor pertanian dan pedesaan telah terbukti mampu bertahan. Karena itu, upaya-upaya peningkatan efisiensi dan produktivitas sektor ini perlu ditingkatkan. Salah satunya melalui rancang bangun infrastruktur pedesaan yang dapat menciptakan suatu kawasan 'mandiri' yang ideal baik untuk kawasan industri, untuk peningkatan nilai tambah produk unggulan daerah maupun sebagai kawasan permukiman yang indah, segar, dan nyaman. Dengan demikian diharapkan akan terjadi arus balik dari kota ke desa. Dalam rangka mencapai tujuan diatas maka disusunlah konsep desa mandiri.

Saat ini berkembang beberapa pengertian tentang desa mandiri. Yang dimaksud dengan Desa Mandiri adalah desa yang mampu memenuhi kebutuhannya sendiri dan tidak tergantung dengan bantuan pemerintah secara penuh, walaupun ada bantauna pemerintah sifatnya hanya stimulan. Di dalam desa mandiri terdapat kerjasama yang baik, pendapatan masyarakat cukup. Guna peningkatan masyarakat yang berdaya, maka masyarakat agar menghormati aturan, kelestarian sumber daya alam serta memiliki keahlian dan ketrampilan, sumber pendapatan yang stabil, semangat kerja yang tinggi, memanfaatkan potensi unggulan desa dengan teknologi tepat guna untuk kesejahteraan masyarakat. Secara specific dapat diidentifikasi beberapa jenis desa mandiri yaitu : Desa Mandiri Energi, Desa Mandiri Pangan, Desa Mandiri Sehat, Desa Mandiri Wisata atau Desa Mandiri saja.

Dalam penelitian ini kajian difokuskan pada Desa Mandiri Sehat,

dikarenakan penelitian ini mengambil lokus penelitian pada Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang, yang merupakan salah satu Desa yang dikembangkan menjadi Model Desa Mandiri Sehat. Desa Mandiri Sehat merupakan suatu program yang dilakukan untuk mewujudkan kemampuan masyarakat desa agar mampu mengelola sumber daya potensial dan kemampuan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Tujuan program ini adalah mengembangkan kepedulian dan kesiapsiagaan masyarakat desa dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri untuk mewujudkan desa sehat.

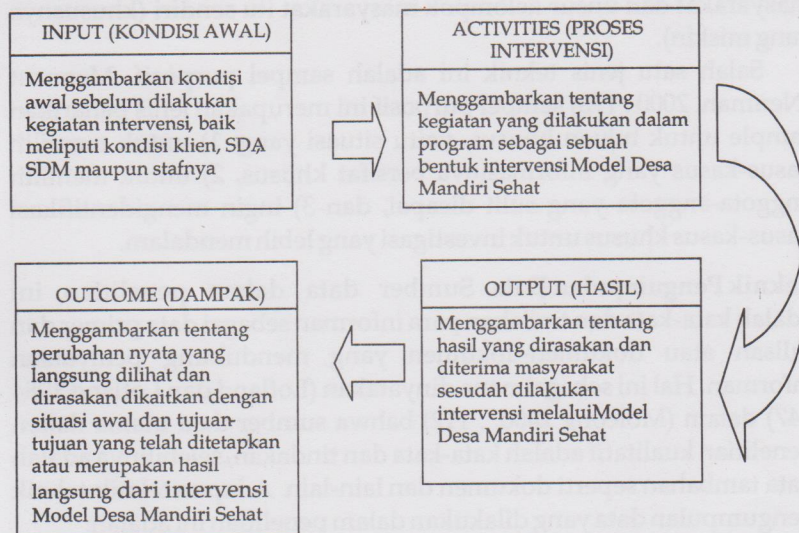
Berdasarkan uraian di atas dan didasarkan pada kenyataan bahwa kajian tentang Desa Mandiri Sehat belum pernah dilakukan, maka tentu saja penelitian ini masih persifat penelitian awal untuk mengidentifikasi tentang Desa Mandiri Sehat, oleh karenanya dalam penelitian ini diajukan beberapa rumusan masalah berikut:

- (1). Apakah langkah-langkah yang ditempuh untuk pelaksanaan Model Desa Mandiri Sehat di Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang?
- (2). Apa yang dapat dipelajari dari pengalaman pelaksanaan awal Model Desa Mandiri Sehat tersebut?

Sedangkan tujuan penelitian ini adalah : 1) Mengidentifikasi langkah-langkah dalam pelaksanaan Desa Mandiri Sehat; 2) Mengidentifikasi kendala-kendala dalam pelaksanaan Desa Mandiri Sehat; 3) Membuat model pembelajaran pengembangan desa yang dapat dipetik dari model Desa Mandiri Sehat. Secara lebih jelas, malur pikir penelitian adalah sebagai berikut :

Gambar 1

Alur Fikir Penelitian tentang Pemberdayaan Desa Model Desa Mandiri Sehat di Kec Salaman Kab Magelang



Pendekatan Penelitian. Pendekatan penelitian yang akan digunakan adalah metode kualitatif. Hal ini dikarenakan penelitian ini berupaya untuk menghasilkan gambaran awal dan identifikasi awal tentang Model Desa Mandiri Sehat di Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang, berdasarkan pada tiga sumber informasi pengelola kegiatan, pemangku kepentingan dan penduduk yang terkait dengan kegiatan itu sendiri, yang dikenal sebagai triangulation (Marris, 2004:59-60; Lapan, 2004:242-243).

Tujuan penelitian melalui pendekatan kualitatif ini sendiri menurut (Alston & Bowles, 1998 : 9) adalah penelitian kualitatif adalah dimaksudkan untuk mengerti bagaimana pengalaman hidup dalam memahami arti dan fenomena sosial dan menyelidiki konsep-konsep serta mengembangkan teori baru.

Jenis Penelitian. Karena pendekatan dalam penelitian adalah kualitatif, maka dalam penelitian akan menggambarkan secara lebih rinci tentang pelaksanaan awal Model Desa Mandiri Sehat di Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang, baik itu gambaran tentang situasi masyarakat, setting sosial atau pun hubungan yang lebih rinci dari berbagai kegiatan, sikap, pandangan, maupun proses yang berlangsung. Hal ini sebagaimana dinyatakan Whitney (Nasir, 1999 : 63-64) tentang jenis penelitian deskriptif yang merupakan upaya pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat.

Lokasi Penelitian. Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Model Desa Mandiri Sehat di Desa Jebengsari dan Desa Banjarharjo Kecamatan Salaman Kab. Magelang. Alasan penentuan lokasi ini dikarenakan Model Desa Mandiri Sehat di laksanakan di Kecamatan Salaman Kab. Magelang.

Teknik Pemilihan Informan Sampling. Teknik pemilihan informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah non probability sampling. Informan yang ditentukan dalam penelitian dibagi dalam tiga kelompok (triangulation), yaitu; unsur pemerintah, unsur tokoh masyarakat dan unsur kelompok masyarakat itu sendiri (khususnya yang miskin).

Salah satu jenis teknik ini adalah sampel purposif. Menurut (Neuman, 2000 : 198) sampel purposif ini merupakan jenis penarikan sample untuk tujuan khusus, yaitu situasi yang; 1) untuk memilih kasus-kasus yang informasinya bersifat khusus, 2) untuk memilih anggota-anggota yang sulit dicapai, dan 3) ingin mengidentifikasi kasus-kasus khusus untuk investigasi yang lebih mendalam.

Teknik Pengumpulan Data. Sumber data dalam penelitian ini adalah kata-kata dan tindakan para informan sebagai data primer dan tulisan atau dokumen-dokumen yang mendukung pernyataan informan. Hal ini sebagaimana dinyatakan (Lofland dan Lofland 1984 : 47) dalam (Moleong 2000, : 112) bahwa sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Adapun teknik-teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

- a. Wawancara terstruktur, yaitu wawancara dengan informan secara individual dengan tetap mengacu pada panduan wawancara yang disusun secara terbuka.
- b. Observasi (pemantauan) yaitu mengamati aktivitas, kejadian, dan interaksi kehidupan masyarakat, terutama dalam

menjalankan kegiatan yang terkait dengan perwujudan Model Desa Mandiri Sehat di Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang.

- c. Kajian Dokumentasi, hal ini merupakan upaya untuk mendapatkan data sekunder yang berasal dari buku panduan organisasi atau program, laporan kegiatan, evaluasi program, maupun jenis dokumentasi lainnya.

Teknik Analisa Data. Teknik analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah melalui tahapan sebagai berikut: (1) Melakukan telaah data, yaitu berupa penyajian hasil data secara menyeluruh, baik dari hasil wawancara maupun dokumentasi, (2) Reduksi data, (3) Penyusunan ke dalam satuan-satuan, (4) Kategorisasi, (5) Pemeriksaan keabsahan data, dan (6) analisa dan penafsiran data berdasar teori dan konsep yang digunakan.

Dalam penelitian ini data-data tentang perwujudan Model Desa Mandiri Sehat di Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang yang telah didapatkan, baik melalui wawancara atau dokumentasi disajikan secara menyeluruh, kemudian dipilih data yang diperlukan dan dikelompokkan kepada kelompok informasi yang telah disusun. Apabila didapatkan data yang kurang maka dilakukan penyempurnaan data dengan mencari kembali baik melalui wawancara atau dokumen yang ada, dan setelah itu dilakukan pemaparan dan analisa terhadap data yang ada.

Hasil penelitian

Hasil penelitian yang telah dilakukan adalah sebagai berikut :

Kondisi Awal Jebengsari. Hasil penelitian Bappenas tahun 1992 menempatkan Desa Jebengsari menjadi salah satu desa IDT di Kabupaten Magelang. Pada saat yang sama kondisi kesehatan masyarakat dihadapkan pada sejumlah persoalan diantaranya :

Pertama, akses masyarakat terhadap air bersih sangat minim. Air bersih masih sangat sulit didapatkan, mata air jauh dari rumah tangga, belum adanya perusahaan air minum yang masuk. Terlebih di Dusun Planden dengan lokasi berbukit menjadikan wilayah ini kesulitan mendapatkan air bersih. Guna mendapatkan air bersih warga harus berjalan kurang lebih 7 KM dengan jalan berbukit di sumber air yang berada diluar Desa Jebengsari. **Kedua**, kebersihan perorangan. Mandi, gosok gigi dan ganti pakaian satu kali dalam sehari. **Ketiga**, kandang ternak (kambing, sapi, dan kerbau) belum terpisah atau masih menjadi satu dengan rumah tinggal. **Keempat**, pola makan yang tidak teratur dengan gizi rendah. Makan dua kali sehari masih sangat jarang, dan kebiasaan makan pagi dengan nasi wadang (sisa hari sebelumnya). **Kelima**, belum adanya layanan kesehatan semisal poliklinik kesehatan desa (polindes). Sementara pada saat yang sama Posyandu baru berjalan dengan kader yang belum profesional. **Keenam**, jaminan kesehatan seperti asuransi kesehatan, dana sehat, dan tabungan ibu bersalin belum dimiliki. **Ketujuh**, rendahnya partisipasi warga dalam pelaksanaan Posyandu terlebih bagi mereka yang memiliki banyak anak sehingga merasa malu jika harus mengikuti program Posyandu. Akibatnya banyak Balita yang mengalami gizi buruk dan pertumbuhan kurang maksimal. **Kedelapan**, minimnya kepemilikan

jamban atau kakus keluarga dengan budaya buang air besar disungai atau di tegalan. *Kesembilan*, penyakit menular seperti diare, muntaber, malaria, demam berdarah, berkembang dan bahkan sering mengakibatkan korban jiwa akibat pola hidup yang kurang sehat.

Pembentukan Kader PHC Jebengsari. Pada tahun 1999 Bapelkes Salaman menyiapkan proposal tentang 'desa sehat' yang dibiayai atas proyek HP5 oleh pemerintah pusat dengan rentang waktu 1999-2005. Yakni desa yang mampu mengidentifikasi, mengatasi, masalah sendiri dengan potensi yang ada dan teknologi yang dimiliki. Proposal tersebut kemudian ditindaklanjuti dengan penentuan eks Kawedanaan Salaman (Kecamatan Salaman, Tempuran, Borobudur, dan Kajoran) serta pendekatan ke Pemkab Kabupaten Magelang (1999) yang menetapkan kurang lebih 80 Desa IDT (Inpres Desa Tertinggal) yang ada di kecamatan eks kawedanaan Salaman sebagai desa yang akan dipilih menjadi percontohan pengembangan desa sehat.

Adapun syarat yang digunakan sebagai acuan pembentukan desa sehat adalah.

Pertama, merupakan desa miskin (IDT). *Kedua*, adanya peran serta yang baik dari masyarakat. Program desa diawali dengan pelatihan yang diselenggarakan oleh Bapelkes yang diikuti oleh 20 orang untuk masing-masing desa yang terdiri dari; kepala desa, bidan desa, BPD, dan yang lainnya merupakan kader desa. Tujuan dari pelatihan tahap pertama adalah pengenalan 8 elemen dasar PHC yang terdiri dari : Pendidikan kesehatan, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak serta KB, imunisasi, pencegahan penyakit endemis, pengobatan dasar, taman obat keluarga.

Sejumlah desa yang menjadi pilot project Bapelkes dengan pelatihan PHC pada tahun 2000 yakni:

Tabel 1
Pilot project Bapelkes di Kab. Magelang

KECAMATAN	PUSKESMAS	DESA
SALAMAN	SALAMAN 1	BANJARHARJO
		MENOREH
	SALAMAN 2	SAWANGARGO
KAJORAN	KAJORAN 1	JEBENGSAARI
		SANGEN
	KAJORAN 2	SUKOREJO
		SAMBAK
BOROBUDUR	BOROBUDUR	WONOGIRI
		SAMBENG
		KEBONSARI
TEMPURAN	TEMPURAN	KALISARI
		SUMBERARUM

Sumber : Bapelkes Salaman 2008

Kegiatan Peningkatan Kualitas Kesehatan. Upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat Desa Jebengsari bersandar pada PHC (*Primary Health Care*) dengan delapan elemen dasar didalamnya meliputi : 1) Pendidikan tentang masalah kesehatan dan pencegahannya; 2) Peningkatan produksi pangan dan perbaikan gizi; 3) Penyediaan air bersih dan kebersihan lingkungan; 4) Kesejahteraan ibu dan anak dan keluarga berencana; 5) Imunisasi terhadap penyakit utama; 6) Pencegahan dan pemberantasan penyakit endemis

setempat; 7) Pengobatan penyakit umum dan kecelakaan; 8) Penyediaan obat esensial.

Dari 8 elemen dasar kesehatan tersebut, dijabarkan dalam 10 indikator pengembangan untuk mengukur kualitas kesehatan rumah tangga Desa Jebengsari yakni; 1) Tidak ada kematian Balita dan Ibu bersalin; 2) Tidak adanya penderita penyakit menular; malaria, diare, ISPA; 3) Ketersediaan air bersih pada rumah tangga; 4) Kepemilikan atas jamban atau kakus; 5) Pemisahan kandang ternak dengan rumah tempat tinggal; 6) Kebersihan perorangan yang meliputi; mandi, gosok gigi, dan ganti pakaian; 7) Pangan dan gizi dengan melihat pola makan dan kandungan gizi didalamnya; 8) Pelayanan kesehatan meliputi Poliklinik kesehatan desa (Polindes) atau PKD dan Posyandu; 9) Jaminan kesehatan seperti; Askeskin, dana sehat, dan tabungan ibu bersalin (tabulin); dan 10). Terbebas dari Narkoba.

Penyuluhan Kesehatan. Penyuluhan terkait budaya sehat dilakukan oleh kader PHC melalui forum-forum PKK, dasa wisma, serta pengajian-pengajian yang diselenggarakan rutin oleh warga semisal yasinan. Melalui penyuluhan inilah budaya sehat warga Jebengsari perlahan mampu terbangun seperti; tingkat partisipasi warga dalam kegiatan Posyandu, pemisahan kandang ternak dengan rumah, serta budaya buang air besar secara sehat.

Posyandu. Posyandu diselenggarakan sekali dalam satu bulan dengan 4 Posyandu yang bertempat di rumah kepala dusun masing-masing kecuali Posyandu Jebengan yang berada di Balai Desa Jebengsari yakni ; a. Posyandu Jebengan; b. Posyandu Petugas; c. Posyandu Planden; d. Posyandu Kembang.

Pipanisasi Air Bersih. Melalui dana stimulan dari Bapelkes senilai Rp 5 juta pada tahun 2000 dilakukan pengadaan sarana air bersih bagi warga dibangun dengan pipa-pipa air. Pipanisasi dilakukan di Dusun Planden. Bagi warga yang mampu, pipa-pipa air tersebut langsung disalurkan ke rumah masing-masing. Sementara bagi warga yang tidak mampu penampung air umum menjadi alternatif yang memudahkan mereka mendapatkan air bersih tanpa harus berjalan jauh guna mengambil air dari sumber mata air.

Jambanisasi. Pembuatan jamban atau Jambanisasi dilakukan dengan dana stimulan melalui pemberian klosed pada warga miskin kemudian proses pemasangan dilakukan secara gotong royong oleh warga setempat. Selain dari dana stimulan, biaya jambanisasi diperoleh melalui swadaya warga dari arisan jamban yang diselenggarakan warga melalui PKK yang dibantu dengan keberadaan koperasi yang menyediakan alat-alat rumah tangga, dimana dari keuntungan koperasi tersebut dijadikan tambahan dana jambanisasi.

Gerakan Sayang Ibu. Gerakan sayang ibu merupakan gerakan yang ditujukan dalam percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) dan percepatan penurunan angka kematian bayi/balita (AKB) yang dimulai sejak awal tahun 2000 dengan membentuk satgas (pengurus) GSI Desa Jebengsari dengan 28 orang sebagai pengurus yang terdiri dari; Perangkat Desa, Pengurus LPMD, LPKK, BPD, Pengurus Dasawisma, Kader Posyandu, dan Kader PHC.

Administrasi Pendataan Perkembangan Keluarga Sehat. Merupakan upaya kader PHC dibantu dengan warga melakukan pendataan

perkembangan kesehatan keluarga secara periodik guna mengetahui perkembangan kesehatan warga melalui sepuluh indikator yang telah ditetapkan. Kegiatan ini ditujukan untuk mengetahui perkembangan kualitas kesehatan di Desa Jebengsari sehingga dapat dijadikan rujukan pengambilan kebijakan dalam menentukan kegiatan berdasar permasalahan kesehatan yang dihadapi warga.

Infrastruktur Pendukung. Salah satu infrastruktur kesehatan pendukung Desa Jebengsari adalah Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) yang berdiri tepat di sebelah Kantor Kepala Desa Jebengsari. PKD sejak 2006 sebagai rangkarnasi dari Polindes di Jebengsari telah banyak membantu warga dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Tenaga medis di PKD adalah bidan desa yang selama 24 jam siap memberikan pertolongan pada warga yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Karenanya bidan desa diberikan rumah bidan desa yang letaknya persisi disamping PKD yang mempermudah pelaksanaan tugas sebagai bidan desa.

Perkembangan Keluarga Sehat. Penunjukan Desa Jebengsari oleh Baplekes Salaman dengan pembinaan yang dilakukan bersama Puskesmas Salaman II melalui kegiatan-kegiatan diatas, menampakkan perubahan kualitas kesehatan warga yang semakin membaik. Hal tersebut terlihat dari pendataan yang dilakukan kader PHC melalui sampel sejumlah KK. Berikut adalah rekapitulasi perkembangan keluarga sehat Desa Jebengsari:

Tabel 2
Rekapitulasi Keluarga Sehat Desa Jebengsari

Tahun	INDIKATOR										Kel Sehat	%	KK Survey
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
2000	34 3	34 3	19 3	17 5	30 2	30 7	34 0	33 6	31 6	34 3	313	91,2 5	343
2001	34 5	34 5	31 0	22 8	31 9	33 6	34 4	34 1	32 8	34 6	328	94,7 9	346
2002	34 8	34 9	31 4	24 7	32 4	34 0	34 6	34 4	33 3	34 9	332	95,1 2	349
2003	35 7	35 7	32 4	26 3	32 8	34 9	34 7	35 4	33 9	35 7	349	97,7 5	357
2004	37 2	37 2	35 2	27 2	35 5	36 2	37 2	36 7	35 9	37 2	367	98,6 5	372
2005	37 8	37 8	37 8	30 7	36 4	37 7	37 8	37 6	37 1	37 8	374	98,9 4	378
2006	38 6	38 7	38 7	36 1	36 9	37 8	38 6	38 5	38 3	38 7	386	99,7 4	387

Diolah dari Data PHC Bidan Desa

Ket:

Indikator

- 1: Kematian bayi
- 2: Penyakit menular
- 3: Air bersih
- 4: Jamban
- 5: Kandang terpisah
- 6: Kebersihan perorangan
- 7: Pangan dan gizi
- 8: Pelayanan kesehatan
- 9: Jaminan kesehatan
- 10: Narkoba

Desa Banjarharjo. Problem Kesehatan. Pertama, Minimnya kepemilikan jamban keluarga karena ketidakmampuan ekonomi warga dalam membangun jamban. **Kedua,** budaya buang air besar di sungai masih tinggi. **Ketiga,** sumber air bersih belum sepenuhnya dimiliki warga terlebih di daerah yang jauh dari mata air. Sementara pada saat yang sama banyak warga yang tidak mampu berlangganan air dari PDAM. **Keempat,** sarana pembuangan air limbah yang sehat belum mampu dibangun warga. Pembuangan limbah rumah tangga (jamban) dilakukan dengan dirembeskan dalam tanah tanpa adanya ruang penampung. **Kelima,** tempat dan cara pengelolaan sampah, dimana warga langsung membakar sampah tanpa terlebih dahulu dikumpulkan dalam lubang sampah.

Pembentukan Kader PHC. Kader PHC Banjarharjo mulai terbentuk pada tahun 2000 dengan binaan Bapelkes Salaman, Puskesmas Salaman I melalui sejumlah pelatihan. Pembentukan ini merupakan salah satu program menuju desa sehat oleh Baplekes Salaman yang diikuti oleh 12 desa di eks karisidenan Salaman dengan ketentuan merupakan desa IDT.

Pertemuan rutin kader PHC dilakukan sekali dalam 35 hari (selapan) pada hari Jum'at Kliwon bertempat di rumah kader PHC yang dilakukan secara bergilir. Pada pertemuan tersebut Kader PHC membahas persoalan-persoalan yang terkait dengan perkembangan kesehatan di Banjarharjo.

Kegiatan Peningkatan Kualitas Kesehatan. Penyuluhan Kesehatan. Penyuluhan budaya sehat melalui sejumlah forum seperti PKK, pengajian, yasinan bapak-bapak yang memberikan pengetahuan terhadap warga tentang sejumlah masalah kesehatan. Melalui penyuluhan dari berbagai forum yang diadakan inilah program-program kader PHC disosialisasikan untuk mengikutsertakan masyarakat dalam program yang direncanakan.

Jambanisasi. Jambanisasi dilakukan atas biaya stimulan dari Bapelkes senilai Rp 5 juta rupiah dan dari dana desa (ADD) sejak tahun 2003 dimana desa memberikan bantuan klosed sejumlah 15 buah untuk 15 RT dalam satu tahun. Dari dana PHC diberikan bantuan berupa pipa dan semen sementara pembuatan jamban dilakukan secara swadaya oleh warga dengan gotong royong.

Pengembangan Tanaman Obat Keluarga. Mulai tahun 2003 warga Banjarharjo mengembangkan tanaman obat keluarga di pekarangan rumah (hingga penelitian ini dilakukan masih banyak warga yang memiliki tanaman obat keluarga di pekarangan masing-masing semisal jahe, lengkuas, kunyit). Pengembangan toga di Banjarharjo berjalan baik karena wilayah pekarangan rumah warga luas dan sejumlah toga yang mudah tumbuh tanpa harus menggunakan perawatan khusus.

Posyandu. Posyandu dilaksanakan sekali dalam satu bulan yang diselenggarakan pada hari rabu di minggu ketiga. Terfokus pada kesehatan Ibu hamil dan Balita melalui imunisasi, penimbangan dan pemberian makanan tambahan, Lansia dengan penimbangan dan pemeriksaan tekanan darah.

Desa Banjarharjo memiliki tiga Posyandu yakni ; a. Posyandu Pagergunung yang bertempat di rumah Kepala Dusun Pagergunung; b. Posyandu Jengkeling yang bertempat di rumah Kepala Dusun Jengkeling; c. Posyandu Banjaran yang bertempat di rumah Kepala

Desa Banjarharjo.

Pembuatan Lubang Penimbunan Sampah. Sebagai upaya mengelola sampah, pembuatan lubang sampah di pekarangan warga menjadi salah satu kegiatan yang telah dikembangkan. Terlebih kondisi lingkungan Desa Banjarharjo yang masih banyak pohon-pohon besar dipekarangan rumah warga sehingga lubang sampah dijadikan alternatif untuk menimbun sampah organik (dedaunan).

Pendataan PHBS oleh Kader PHC. Pendataan perkembangan keluarga sehat oleh kader PHC sebagai salah satu media untuk memantau perkembangan kesehatan warga dengan 16 indikator PHBS yang telah ditetapkan. Pendataan ini juga mengklasifikasikan rumah tangga dalam empat status kesehatan yakni; pertama, madya, utama, dan paripurna berdasar akumulasi penilaian dari 16 indikator yang telah ditetapkan dengan rumuskan.

Pembuatan Saluran dan Penampung Limbah Jamban. Dari hasil sosialisasi kader PHC akan pentingnya saluran dan penampung limbah jamban, sejumlah KK telah berupaya membangun saluran limbah jamban dengan bahan sederhana yakni dengan membuat lubang yang ditutup dengan bambu. Faktor ekonomi dan belum munculnya kesadaran warga akan pentingnya saluran pembuangan limbah jamban menjadi penyebab yang diungkapkan informan. Sehingga hanya beberapa rumah saja yang sudah memiliki saluran limbah jamban secara ideal.

Infrastruktur Pendukung. Hingga penelitian ini dilakukan Desa Banjarharjo belum memiliki infrastruktur pendukung yang memadai. PKD meski sudah ada namun belum berjalan secara maksimal dengan peralatan sangat minim. Begitu halnya dengan Bidan Desa, Desa Banjarharjo belum memiliki bidan desa yang menetap di desa. Satu-satunya bidan desa berasal dari Puskesmas Salaman 1 yang secara rutin berkunjung ke Banjarharjo dua kali dalam satu minggu.

Sedangkan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat desa Banjarharjo menggunakan 16 indikator rumah tangga PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). Dimana PHBS sendiri merupakan suatu cara untuk mengetahui sejauh mana keluarga/kelompok masyarakat/kelompok institusi dalam partisipasi dan keikutsertaannya di bidang pembangunan kesehatan dengan mengikuti perkembangan perilakunya terhadap kesehatan.

Guna mengetahui sejauh mana PHBS berjalan ditetapkan 16 Indikator serta definisi operasional PHBS tatanan rumah tangga yakni;

1. Persalinan Tenaga Kesehatan.

Keluarga yang memiliki ibu hamil dapat mengakese pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Definisi : persalinan ditolong oleh bidan atau dokter.

2. Asi Eksklusif

Bayi memperoleh air susu ibu (ASI) eksklusif sejak usia 0 s/d 6 bulan.

Definisi : bayi hanya diberi ASI saja sejak usia 0 s/d 6 bulan tanpa makanan tambahan lain termasuk susu formula.

3. JPK/Dana Sehat

Anggota keluarga menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan.

Definisi : JPK termasuk dana sehat, Askes, Askes Maskin dll.

- 4. Tidak merokok**
Tidak ada keluarga yang merokok dalam 1 bulan terakhir
Definisi : rumah bebas dari asap rokok.
- 5. Aktivitas fisik**
Anggota yang berumur 10 tahun keatas melakukan aktivitas fisik atau olah raga.
Definisi : aktifitas fisik/olah raga terukur minimal 30 menit sehari.
- 6. Gizi**
Semua anggota keluarga mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang dan bebas pencemaran.
Definisi : makanan sesuai dengan kebutuhan masing-masing anggota keluarga dan bebas pencemaran (bahan dicuci, tertutup tanpa BTM yang berbahaya)
- 7. Air bersih**
Semua anggota keluarga memiliki akses terhadap pemanfaatan air bersih untuk keperluan sehari-hari.
Definisi : air bersih untuk minum (sudah dimasak, air kemasan), memasak, mandi, dan mencuci.
- 8. Jamban**
Semua anggota keluarga menggunakan jamban.
Definisi : jamban yang digunakan oleh seluruh anggota keluarga yang memenuhi syarat kesehatan.
- 9. Kepadatan hunian**
Setiap anggota keluarga menempati ruangan minimal 9m persegi.
Definisi : jumlah keseluruhan luas lantai rumah tangga dibagi jumlah keluarga sama dengan minimal 9m persegi.
- 10. Lantai rumah**
Semua ruangan tempat tinggal keluarga berlantai kedap air (bukan tanah) dan dalam keadaan bersih.
- 11. Cuci tangan**
Semua anggota keluarga mencuci tangan sebelum makan dan sesudah BAB.
Definisi : mencuci tangan dengan sabun dan bersih.
- 12. Gigi dan mulut**
Semua anggota keluarga menggosok gigi minimal dua kali sehari sesudah makan dan sebelum tidur.
Definisi : menggosok gigi dua kali sehari menggunakan sikat gigi masing-masing dan past gigi.
- 13. Sampah**
Semua anggota keluarga membuang sampah pada tempatnya.
Definisi : sampah ditampung dan dibuang setiap hari ditempat pembuangan yang memenuhi syarat kesehatan.
- 14. Penimbangan balita**
Keluarga yang memiliki balita menimbangkan secara teratur sesuai jadwal.
Definisi : penimbangan balita dilakukan satu bulan sekali/minimal 8 kali/th di sarana kesehatan (PKD, Posyandu, Puskesmas).
- 15. Miras/Narkoba**
Semua anggota keluarga tidak minum minumankeras dan tidak menggunakan narkoba.
Definisi : tidak ada anggota keluarga yang membeli, menjual dan

menggunakan serta menyimpan miras dan narkoba.

16. Obat sederhana/Toga

Anggota keluarga menggunakan obat sederhana dan atau memanfaatkan toga untuk memelihara kesehatannya.

Definisi : keluarga mempunyai persediaan obat sederhana (P3K) dan atau toga minimal 3 jenis.

Dari indikator tersebut diatas kemudian diklasifikasikan dalam empat kategori kesehatan rumah tangga yakni;

Pertama, sehat pratama dengan nilai 1 s/d 5

Kedua, sehat madya dengan nilai 6 s/d 10

Ketiga, sehat utama dengan nilai 11 s/d 15

Keempat, sehat purnama dengan nilai 16

Penilaian tersebut berdasar atas nilai keenambelas indikator dengan nilai 1 apabila jawaban dalam variabel tersebut sesuai dengan indikator yang dimaksud.

Pembahasan

Di Desa Jebengsari bisa dilihat bahwa berjalannya Posyandu memberikan dampak positif terhadap berkurangnya angka kematian bayi/balita. Pada akhir tahun 2000 sudah tidak lagi ditemukan kematian bayi.

Peningkatan kualitas kesehatan berdasar sepuluh indikator setiap tahunnya semakin meningkat. Dalam ketersediaan air bersih misalnya; setiap tahun mengalami peningkatan. Pada tahun 2000 hanya 193 KK yang memiliki akses mudah terhadap air bersih, dengan pipanisasi yang menghubungkan sumber mata air ke rumah-rumah warga maupun kepenampungan umum jumlah KK yang memiliki akses terhadap air bersih menjadi terus bertambah menjadi 310 pada akhir 2001, 314 KK pada 2002, dan pada akhir 2005 tercatat 378 KK sudah memiliki akses terhadap air bersih dengan mudah.

Meskipun demikian dengan kepemilikan jamban, meski belum mampu mencapai 100 persen, namun melihat perkembangan yang ada dapat dikatakan cukup sukses. Stimulan dana dari Bapelkes dan swadaya masyarakat desa dalam membangun jamban meningkatkan kepemilikan jamban rumah tangga dari 175 KK yang memiliki jamban pada tahun 2000 meningkat menjadi 228 KK (30 persen) pada akhir 2001, dan pada akhir 2005 sudah 361 KK yang tercatat memiliki jamban atau meningkat 106 persen dari tahun 2000 sejak program PHC mulai diberlakukan.

Peningkatan ini berbanding lurus dengan menurunnya angka kematian akibat penyakit menular khususnya yang disebabkan karena budaya buang air besar sembarangan warga seperti muntaber dan diare, dimana sejak tahun 2000 hingga 2005 sudah tidak lagi ditemukan kasus kematian akibat penyakit menular.

Dari pendataan yang dilakukan kader PHC tersebut secara keseluruhan telah terjadi peningkatan kuantitas keluarga sehat Desa Jebengsari sejak tahun 2000 sebesar 91 persen hingga 2005 yang mendekati angka 100 persen.

Sedangkan di Desa Banjarharjo dari enam belas indikator yang ditetapkan dalam PHBS, merokok menjadi persoalan utama pada tahun 2007 dan 2006, dimana pada tahun 2007 tercatat kurang lebih 30 persen rumah tangga merupakan perokok aktif sementara pada tahun sebelumnya sebesar 35 persen. Dibandingkan dengan

permasalahan lainnya merokok relatif paling sulit dihilangkan, semisal dengan permasalahan persalinan ibu hamil oleh tenaga medis yang masih menjadi persoalan utama pada tahun 2005, dengan pendekatan dan penyuluhan oleh kader PHC kesadaran ibu hamil untuk melahirkan di tenaga medis lebih mampu terbangun dibandingkan dengan kesadaran untuk berhenti merokok.

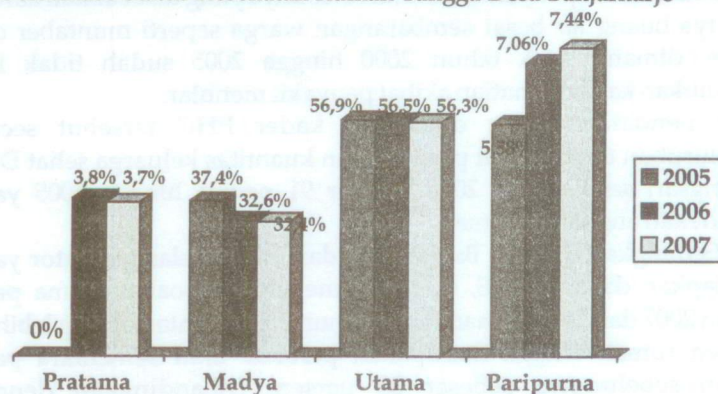
Pemantauan perkembangan keluarga sehat Desa Banjarharjo dilakukan oleh kader PHC yang ada pada masing-masing dusun, kemudian dikumpulkan melalui pertemuan kader PHC pada setiap Jumat Kliwon pada setiap selapan (35 hari). Menggunakan 16 indikator rumah tangga PHBS dengan mengambil sejumlah KK untuk dijadikan sampel.

Dari rekapitulasi data PHBS tingkat rumah tangga di Desa Banjarharjo yang dihimpun peneliti sejak 2005 hingga 2007 menunjukkan perkembangan kualitas kesehatan yang membaik. Program stimulan jamban yang diberikan Bapelkes maupun dari swadaya masyarakat yang dibiayai ADD telah meningkatkan kepemilikan jamban sehat. Pada tahun 2005 dari 179 KK yang didata, 120 KK (67 persen) telah memiliki jamban sehat. Perkembangan selanjutnya pada tahun 2006 dari 184 KK yang didata 125 (67,9 persen) diantaranya telah memiliki jamban sehat. Pun demikian pada tahun 2007, dari 188 KK yang didata hanya 50 KK (26,5 persen) yang belum memiliki jamban.

Kesadaran untuk memantau pertumbuhan balita juga mengalami kemajuan. Pada tahun 2005 tercatat 48 keluarga yang rutin menimbang balita pada Posyandu, 153 keluarga pada tahun 2006, dan tahun 2007 berjumlah 157 keluarga. Kesadaran dalam menjaga kesehatan individu warga Banjarharjo juga menampakkan kemajuan yang tercermin dalam kebiasaan menggosok gigi dari 179 KK yang didata pada tahun 2005, 168 KK (93 persen) diantaranya sudah terbiasa dua kali sehari menggosok gigi. Jumlah ini mengalami peningkatan pada akhir tahun 2007 dari 188 KK yang didata 171 KK telah melakukan hal yang sama.

Secara keseluruhan ada peningkatan status kesehatan KK Desa Banjarharjo dimana pada status paripurna pada tahun 2005 sebanyak 10 KK dari 179 KK yang didata meningkat menjadi 13 KK (5,58%) pada tahun 2006 dari 184 KK (7,06%) yang didata. Angka tersebut kembali mengalami peningkatan pada akhir tahun 2007 dengan 14 KK dinilai bertatus paripurna atau 7,44 persen dari 188 KK yang didata.

Gambar 3
Persentase Status Kesehatan Rumah Tangga Desa Banjarharjo



Sumber : Rekapitulasi Data PHBS Tingkat RT Tahun 2

Pelajaran yang bisa kita ambil dari pelaksanaan desa sehat di kedua desa tersebut adalah antara lain:

1. Bahwa kebijakan yang diperuntukkan bagi masyarakat bawah, maka ide, keinginan dan kebutuhan harus berasal dari bawah (*bottom up*).
2. Dengan sifat kebijakan yang *bottom up* maka peran serta masyarakat akan lebih optimal.
3. Bahwa sikap, perilaku, dan kebiasaan seseorang yang semula tidak baik (negatif), bisa dirubah menuju sikap dan perilaku yang baik (positif) dengan bantuan (stimulan) dari pihak luar.
4. Dalam setiap kegiatan dibutuhkan orang-orang yang bisa menjadi andalan (mau bekerja keras) di dalam mengurus kegiatan itu.
5. Kalau masyarakat desa saja bisa berubah ke arah yang lebih baik, bagaimana dengan kita yang masyarakat kota? Kebiasaan atau budaya antre, membuang sampah di sembarang tempat, merokok di sembarang tempat dan ruang, kecanduan narkoba, dan sebagainya, apakah bisa berubah ke arah yang lebih baik?
6. Memandirikan desa sebenarnya bukan tugas yang berat. Hanya dibutuhkan komitmen yang tinggi dari atasan untuk mewujudkannya.

Penutup

Kesimpulan. Mengacu pada penelitian di Desa Jebengsari dan Desa Banjarharjo Kecamatan Salaman, peningkatan kualitas kesehatan warga desa dengan masing-masing indikator yang telah ditetapkan dapat ditarik sejumlah kesimpulan.

Pertama, keberadaan kader PHC di kedua desa tersebut yang dibentuk pada tahun 2000 menjadi kunci awal sekaligus motor penggerak kemajuan sektor kesehatan.

Kedua, sebagai desa miskin (IDT) bantuan dana dan barang sebagai stimulan yang diberikan Bapelkes maupun pemerintah melalui ADD sangat membantu pelaksanaan program jambanisasi dan pipanisasi air bersih sebagai upaya penyelesaian persoalan kesehatan desa.

Ketiga, proses sosialisasi program dan penyuluhan kesehatan dapat berjalan efektif melalui forum-forum yang diselenggarakan warga semisal PKK, pertemuan dasa wisa serta forum bernuansa keagamaan seperti yasinan.

Keempat, partisipasi aktif warga dalam setiap program yang dijalankan menjadi aspek penting dalam keberhasilan peningkatan kualitas kesehatan desa.

Kelima, infrastruktur pendukung berupa Posyandu, poliklinik kesehatan desa (PKD), dan bidan desa memiliki peran penting dalam menyelesaikan persoalan kesehatan desa khususnya terkait dengan kesehatan ibu dan anak.

Saran. Berdasarkan pada hasil dan kesimpulan tersebut di atas, maka sara yang bisa diajukan adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan dana stimulan pemerintah guna menuntaskan prioritas persoalan kesehatan yang masih tersisa seperti jambanisasi, pipanisasi air bersih, pembuatan saluran dan penampung limbah jamban di Desa Banjarharjo.

2. Peningkatan sarana dan prasarana PKD Desa Banjarharjo serta Posyandu baik di Desa Jebengsari maupun Banjarharjo.
3. Peremajaan kader PHC dengan mempersiapkan ibu-ibu muda sebagai anggota PHC serta membekalinya dengan pengetahuan kesehatan.
4. Menempatkan bidan desa yang menetap di Desa Banjarharjo.

Daftar Rujukan

- Adi, Isbandi Rukminto (2001). *Pemberdayaan Pengembangan Masyarakat dan Intervensi Komunitas : Pengantar Pada Pemikiran dan Pendekatan Praktis*, Jakarta : Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Adi, Isbandi Rukminto (2003). *Pemberdayaan, Pengembangan Masyarakat dan Intervensi Komunitas : Pengantar Pada Pemikiran dan Pendekatan Praktis*, Jakarta : Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Chambers, Robert (1987). *Pembangunan Desa Mulai Dari Belakang*, Jakarta : LP3ES (Lembaga Penelitian Pendidikan dan Penerangan Sosial).
- Bungin, Burhan (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Danim, Sudarman (2002). *Menjadi Peneliti Kualitatif*, Bandung : CV. Pustaka Setia.
- deMarrais, Kathleen,(2004), *Qualitative Interview Studies*, Georgia : University of Georgia.
- , (2004). *Foundations for Research*, Arizona : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.,
- Faturochman, et.al.(2007). *Membangun Gerakan Penanggulangan Kemiskinan Melalui Pemberdayaan Masyarakat*, Yogyakarta : Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada.
- Ife, Jim (1995). *Community Development - Creating Community Alternatives - Vision, Analysis and Practice*, Melbourne : Logman Australia Pty Ltd.
- Isbandi Rukminto (2003). *Pemberdayaan, Pengembangan Masyarakat dan Intervensi Komunitas : Pengantar Pada Pemikiran dan Pendekatan Praktis*, Jakarta : Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Tukiran, et.al (2007). *Sumber Daya Manusia Tantangan Masa Depan*, Yogyakarta, *Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan*, Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- Moleong, Lexy J. (2000). *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Mubyarto. (ed.), (1994). *Kewaspadaan Masyarakat Desa Tertinggal*, Yogyakarta : Aditya Media.
- Neuman, L.W. (1997). *Social Research Method : Qualitative & Quantitative Approach*, Boston : Allyn Bacon.

PSKK UGM, (2006). *Penelitian Peningkatan Efektivitas Program Raskin Melalui Pendampingan Lembaga Perguruan Tinggi, Yogyakarta, Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada.*

Schutz, Paul A, et.al, (2004). *Multimethods Research, Georgia : University of Georgia.*

Wijaya (2003). *Otonomi Desa, Jakarta: Rajawali Press.*

Yuliati, et.al, (2003), *Sosiologi Pedesaan, Yogyakarta: Lappera Pustaka Utama.*