

PROGRAM PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS): STUDI KASUS DI KABUPATEN BANTUL 2003

*CLEAN AND HEALTHY LIFE BEHAVIOUR (CHLB) PROGRAM:
A CASE STUDY AT BANTUL DISTRICT OF YOGYAKARTA PROVINCE 2003*

Djonny Sinaga¹, Dewi Marhaeni Diah Herawati², Mubasysyir Hasanbasri³

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah, Provinsi Sumatera Utara

² Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

³ Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Clean and Healthy Life Behavior (CHLB), as part of social movement strategies initiated by the Ministry of Health, has been implemented in the Bantul District of Yogyakarta since 1996. The movement is organized through existing *puskesmas* in the area. Various level of participation has been noted among the areas of implementation. One area of *Puskesmas* Kasihan 2 has been known as one the success story of the CHBL implementation. The main aim of this study is to explore and to learn the major factors that contribute to this success story.

Data and Method: This is a case study that treats community as our main unit of analysis. Two *puskesmas* areas: Kasihan 2 and Banguntapan 1 were selected as our study focus. The data were collected from July–September 2004 through in depth interviews of the community leaders and health staffs from public health centers and district health office. Two focused group discussions were also done.

Findings: What we can learn from this case is that earlier experience between community and government helps the development and the work of the Clean and Healthy Life Behavior Program in the Kasihan 2 *Puskesmas* Area. In addition to this, the presence of one or two community leaders who have the background of working together with the community is the key to the success of health social movement. We also learn that government initiatives and acting as a sparing partner to the community allow community show their performance in the health game. Health cadres have no longer become the object. They play their role as the government officers play their own. We believe that *puskesmas* managers should have the capability to identify community leaders in their working areas to invite them to work together in a game. The philosophy of partnership and supporting their staff in working together with the community could become the *puskesmas* agenda.

Keywords: Clean and Healthy Life Behavior, community leadership, government initiative, partnership between government and community

PENGANTAR

Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan program Dinas Kesehatan Bantul dan menjadi salah satu strategi dalam pencapaian “Bantul Sehat 2005”. Implementasi kegiatan ini tergantung pada kebijakan pemerintah maupun dukungan masyarakat. Dukungan masyarakat merupakan hal yang sangat vital, sehingga terlaksana atau tidaknya program ini tergantung bagaimana sikap masyarakat dalam merespon permasalahan kesehatan yang ada di wilayahnya.

Dalam era otonomi daerah, pemberdayaan dan kemandirian merupakan salah satu strategi dalam pembangunan kesehatan. Artinya bahwa setiap orang dan masyarakat bersama-sama

pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.

Wujud partisipasi masyarakat atau peran aktif masyarakat dalam memelihara dan menjaga kesehatannya dapat dilihat melalui kegiatan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (KBDM), seperti: posyandu, dana sehat, Daerah Percontohan Kesehatan Lingkungan (DPKL), PHBS, dan lain-lain.

Program PHBS dibagi dalam lima tatanan yaitu tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja, sarana kesehatan, dan tatanan tempat-tempat umum. Masing-masing tatanan mempunyai indikator sendiri-sendiri. Sejak tahun 2002 Dinas

Kesehatan Bantul mengembangkan PHBS tatanan rumah tangga, yang jumlah indikatornya berubah menjadi enam belas dan disesuaikan dengan permasalahan kesehatan di Kabupaten Bantul. Prioritas program PHBS dalam era otonomi daerah diserahkan kepada kebijakan masing-masing kabupaten atau kota, sehingga tiap-tiap daerah dapat mengimplementasikan program PHBS agar lebih sesuai dengan kondisi dan permasalahan masyarakat setempat.

Adapun klasifikasi PHBS¹ ditunjukkan melalui nilai Indeks Potensi Keluarga Sehat (IPKS), berdasarkan 16 indikator sebagai berikut.

1. Potensi Sehat I (merah): indikator yang memenuhi hanya 1-4
2. Potensi Sehat II (kuning): indikator yang memenuhi 5-8
3. Potensi Sehat III (hijau): indikator yang memenuhi 9-12
4. Potensi Sehat IV (biru): indikator yang memenuhi 13 –16

Target program PHBS tatanan rumah tangga yang akan dicapai Kabupaten Bantul pada tahun 2005 sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah terpenuhinya keluarga Potensi Sehat III dan IV sebesar 70%, sedangkan cakupan yang telah dicapai sampai tahun 2003 adalah 64,95%.

Berdasarkan hasil pendataan PHBS tahun 2003, diketahui adanya lima permasalahan utama yaitu: keikutsertaan anggota JPKM 29,08%, tidak merokok 36,90%, buang air besar di jamban 82,04%, bebas jentik nyamuk 82,91%, dan pemasangan usia subur 82,94%.¹ Dengan demikian, intervensi yang dilaksanakan adalah kegiatan-kegiatan yang sesuai dengan permasalahan yang ada seperti sosialisasi JPKM, sosialisasi gerakan 3M dan pelatihan kader pemantau jentik, serta pemberian stimulan jamban keluarga, kesehatan reproduksi remaja, dan lain-lain.

Implementasi program PHBS di Kabupaten Bantul sangat dipengaruhi oleh kebijakan pemerintah maupun dukungan masyarakat. Adapun kebijakan pemerintah dapat dilihat dari dukungan SDM, pembiayaan maupun sarana. Sumber daya manusia dalam program PHBS meliputi Dinas Kesehatan, Puskesmas dan masyarakat (kader). Sarana yang digunakan meliputi buku pegangan kader, buku pedoman keluarga program PHBS, kartu pendataan program PHBS, dan format laporan program PHBS. Pembiayaan program PHBS berasal dari APBD II, Bantul *District Grant* yang berasal dari *World Bank* maupun dana APBD I.

Permasalahan yang akan diteliti adalah bagaimana implementasi program PHBS di

Kabupaten Bantul pada tahun 2003, karena PHBS merupakan salah satu strategi dalam pencapaian Bantul Sehat 2005.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang pelaksanaan program PHBS di Kabupaten Bantul. Tujuan khususnya adalah: 1) untuk mengetahui pelaksanaan program PHBS; 2) untuk mengetahui kebijakan pemerintah daerah dalam pelaksanaan program PHBS; dan 3) untuk mengetahui dukungan masyarakat dalam pelaksanaan program PHBS.

Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentuk perwujudan paradigma sehat, utamanya pada aspek budaya perorangan, keluarga dan masyarakat. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah tindakan yang dilakukan oleh perorangan, kelompok atau masyarakat yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, menolong dirinya sendiri dan berperan aktif dalam pembangunan kesehatan untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Strategi pencapaian PHBS, meliputi: 1) advokasi yaitu upaya untuk mempengaruhi kebijakan publik, individu dan pemegang kebijakan melalui pendekatan persuasif untuk memperoleh dukungan, 2) bina suasana yaitu menjalin kemitraan untuk membentuk opini publik dengan berbagai kelompok yang ada di masyarakat, 3) pemberdayaan adalah cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

Unsur-unsur dalam manajemen program PHBS terbagi dalam empat tahap yaitu: 1) pengkajian meliputi pengkajian masalah program PHBS secara kuantitatif, pengkajian secara kualitatif, dan pengkajian sumber daya; 2) perencanaan meliputi menentukan tujuan dan jenis kegiatan intervensi; 3) penggerakan pelaksanaan meliputi advokasi, mengembangkan dukungan suasana, dan gerakan masyarakat; 4) pemantauan serta penilaian.²

Otonomi daerah didasari oleh kenyataan bahwa pelaku pembangunan yang sesungguhnya adalah masyarakat, sedangkan pemerintah bertindak sebagai fasilitator, dinamisator, dan katalisator.³

Pemberdayaan masyarakat sebagaimana ditekankan dalam desentralisasi pembangunan kesehatan hanya dapat dicapai melalui peningkatan peran serta masyarakat.⁴ Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya fasilitasi agar masyarakat mengenal masalah yang dihadapi, merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi

spesifik masing-masing daerah sesuai situasi, kondisi dan kebutuhan masyarakat.⁵ Masyarakat dapat mendorong keberhasilan suatu program melalui tiga cara, yaitu: 1) menyediakan informasi, 2) menyediakan dukungan politik, 3) menyumbangkan sumber daya.⁶

Adapun dukungan masyarakat dapat berupa tanggapan atau respon terhadap informasi yang diterimanya, keterlibatan dalam perencanaan, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, keterlibatan dalam melakukan hal-hal teknis, keterlibatan dalam memelihara, dan mengembangkan hasil pembangunan, serta keterlibatan dalam menilai pembangunan.⁷

Pada era desentralisasi ini keberadaan organisasi atau lembaga pemberdayaan masyarakat sebagai institusi yang bercorak modern sangat dibutuhkan. Hal ini karena organisasi atau lembaga tersebut fungsinya sangat diharapkan terutama dalam menyusun rencana, biaya, pelaksanaan, dan pengawasan dalam upaya kesehatan, serta dalam proses pengambilan keputusan.⁵

Organisasi masyarakat adalah suatu proses yang kelompok masyarakatnya dibantu untuk mengenali masalah atau tujuan umum untuk menggerakkan sumber daya. Dengan kata lain, mengembangkan dan menerapkan strategi tersebut untuk mencapai tujuan, yang telah disusun bersama. Konsep dalam organisasi masyarakat, meliputi: partisipasi dan relevansi, kemandirian, kesadaran, kompetensi masyarakat, serta pemilihan masalah.⁸

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan kajian studi kasus dengan analisis deskriptif⁹, dengan lokasi penelitian di Kabupaten Bantul. Subyek penelitian terdiri dari kepala seksi penyebarluasan informasi Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas 2 orang, petugas PKM Puskesmas 2 orang, kader kesehatan dan tokoh masyarakat. Pemilihan Puskesmas dengan kriteria inklusi sebagai berikut. Puskesmas dengan cakupan program PHBS tertinggi, dukungan masyarakatnya baik dan telah mempunyai komite kesehatan dusun, serta merupakan *pilot project program* PHBS, untuk itu terpilih Puskesmas Kasihan II. Sebagai pembanding adalah Puskesmas yang cakupan program PHBS-nya rendah, dukungan masyarakat rendah, serta tidak menjadi *pilot project program* PHBS, untuk itu terpilih Puskesmas Banguntapan II. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN PHBS di Kasihan 2 – Kisah Berhasil

Wilayah Kasihan 2 merupakan daerah endemis penyakit demam berdarah karena kondisi lingkungan yang buruk. Pada sekitar 1980-an, warga buang air besar di selokan. Sampah berserakan di berbagai tempat. Sarana air bersih masih sedikit. Kondisi ini membuat warga melaksanakan kesepakatan bersama untuk mengatasi kondisi kesehatan lingkungan yang jelek. Pada tahun 1993, ada program Desa Percontohan Kesehatan Lingkungan (DPKL). Pada waktu itu bantuan sejumlah Rp1.500.000,00 diberikan untuk pembangunan fisik. Dana ini sejak itu telah dijadikan pinjaman bergulir untuk membeli jamban keluarga. Setiap Kepala Keluarga memperoleh bantuan sebesar Rp200.000,00. Warga mengembalikan uang itu dalam bentuk cicilan sepuluh kali, ditambah biaya administrasi sukarela tetapi tidak diberlakukan bunga. Sampai sekarang hampir kurang lebih 200 kepala keluarga telah menggunakan dana tersebut. Dari dana DPKL ini yang sekarang telah dikelola Komite Dusun dikembangkan tidak hanya untuk sanitasi dasar tetapi juga pembelian tong-tong sampah masing-masing warga, dan konblokisasi.

Implementasi program PHBS yang menonjol di Kasihan 2 adalah Gerakan Jum'at Bersih untuk jentik nyamuk dan Gerakan Minggu Bersih untuk lingkungan sudah terjadwal dan rutin. Kegiatan minggu bersih berawal dari kegiatan individual yang kemudian diperkuat oleh pengorganisasian di jajaran pedusunan bekerja sama dengan puskesmas ketika terjadi kasus DBD. Kemudian kegiatan berlanjut diresmikan sebagai kegiatan dusun yang dilaporkan setiap pertemuan bulanan. Minggu bersih dikhususkan hanya untuk lingkungan rumah tangga, jamban keluarga, selokan, dan perawatan tanaman obat. Kegiatan PHBS yang lain adalah bazar. Kegiatan bazar muncul karena kesepakatan yang dibuat dalam pertemuan-pertemuan sosialisasi. Anggota masyarakat dapat menjual asesoris berlogo PHBS seperti gantungan kunci, pemotong kuku dan stiker. Melaksanakan pertemuan rutin setiap tanggal 12 di tingkat dusun dan tanggal 13 tingkat kelurahan, jika hari minggu atau libur di sesuaikan. Pengelolaan sampah dilaksanakan oleh komite kesehatan dusun, bekerjasama dengan Pemda dengan iuran Rp4.000,00 – Rp10.000,00. Puskesmas Kasihan2 memanfaatkan berbagai pertemuan warga untuk mensosialisasikan program PHBS. Meskipun demikian, dalam sosialisasinya tetap menggunakan spanduk,

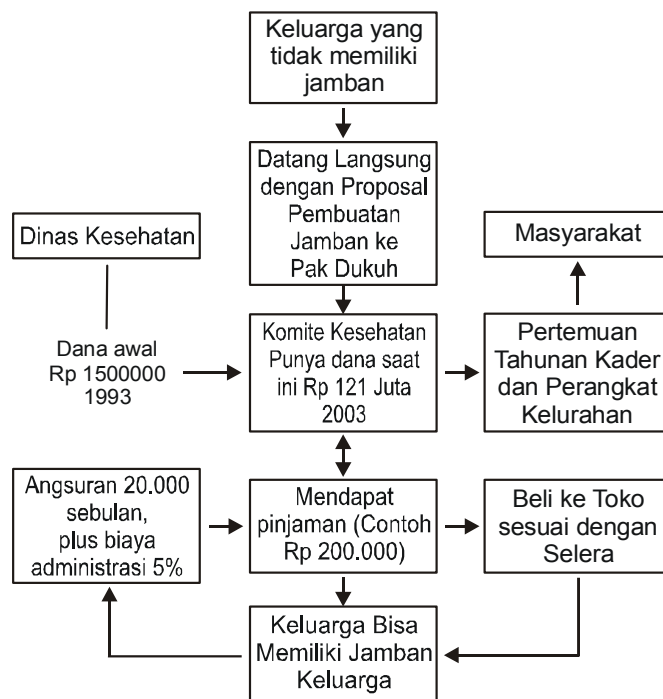
brosur, stiker, dan baliho agar masyarakat lebih mengenal program PHBS. Tulisan-tulisan yang berkaitan dengan program PHBS juga ada di bak sampah yang dibagikan kepada setiap keluarga.

Kegiatan di Kasihan 2 menjadi perhatian puskesmas dan masyarakat ketika ada kasus demam berdarah. Kader kesehatan di daerah ini mendapat tugas dari dusun untuk mengkoordinasi pemberantasan sarang nyamuk (PSN) kegiatan Jumat Bersih disini berjalan rutin hingga saat ini. Masyarakat wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2 lebih mudah memahami mengapa perlu ada program PHBS karena keadaan lingkungannya yang endemis DB. Bahkan sebelumnya sangat dikenal dengan kebiasaan warga yang membuang hajat dan MCK di kali, padahal lokasinya sangat dekat dengan perkotaan yaitu kota Yogyakarta. Keinginan untuk ke luar dari kesan kumuh dan ancaman DB menjadi pemersatu persepsi atau pemahaman program PHBS. Peran serta masyarakat dipengaruhi oleh kebutuhan masyarakat dan kepentingan komunal yang mengikat setiap anggota masyarakat. Koordinasi, kerjasama lintas program ataupun lintas sektoral menjadi lebih mudah dilakukan daripada daerah lainnya.¹⁰

Peran Komite Kesehatan Dusun. Komite Kesehatan Dusun dibentuk tahun 2002. Ia merupakan peleburan dari semua UKBM yang ada dalam suatu wadah organisasi agar permasalahan kesehatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Komite ini mempunyai delapan pokja dan PHBS merupakan salah satu dari mereka. Setiap pokja dipimpin oleh koordinator, adapun anggotanya masing-masing RT ada dua orang kader yang menjadi pengurus. Jumlah anggota dari komite ini dipimpin oleh seorang tokoh masyarakat yang merupakan pensiunan pegawai BKKBN yang sebelumnya menjadi ketua DPKL. Tokoh ini cukup disegani oleh masyarakat karena merupakan tokoh panutan dan merupakan leadership yang tinggi.

PHBS di Banguntapan 1-Kisah Belum Berhasil

Program PHBS di Banguntapan 1 sudah menjadi sasaran Dinas Kesehatan Bantul. Kegiatan disini tidak seperti di Kasihan 2. Kegiatan minggu bersih tidak merupakan hal yang rutin. Kegiatan Jumat Bersih dipusatkan pada pembersihan lingkungan secara umum. Program PHBS di lingkungan ini dirasakan oleh masyarakat seolah-olah sebagai sesuatu yang *top down*. Masyarakat



Gambar 1. Pola Kerja Penggunaan Pinjaman Bergilir untuk Jamban

di wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I sebatas melaksanakan permintaan dari pemerintah agar pendataan program PHBS yang ditetapkan pemerintah dapat tercapai. Kepala Dusun ataupun pihak Puskesmas hanya menjelaskan bagaimana mengisi blangko pendataan program PHBS sehingga pelaksanaan pelatihan bagi kader tidak lebih dari satu hari. Padahal implementasi tidak berhenti pada pendataan. Meskipun Kepala Dusun dapat menggerakkan tokoh-tokoh masyarakat dalam rangka mendukung program PHBS. Namun tidak semua kepala dusun memiliki otoritas demikian karena tokoh kepala dusun dapat dipandang sebagai pemimpin formal dari pemerintah desa. Di samping itu, selain kepala dusun seharusnya ada tokoh-tokoh lain yang sejak awal dilibatkan dalam implementasi program PHBS. Kurangnya dukungan program PHBS dalam lembaga-lembaga di tingkat dusun seperti RT, RW, arisan, dan kelompok-kelompok pengajian menunjukkan bahwa sejak awal mereka tidak dilibatkan. Petugas Puskesmas Banguntapan I mengatakan:

**“program PHBS itu kan masalah perilaku....
Jadi ya diserahkan kembali kepada warga.”**

Implementasi program PHBS di wilayah Puskesmas Banguntapan I secara institusional masih kurang memperhatikan aspek pemberdayaan masyarakat. Dukungan masyarakat hanya sebatas memberikan informasi untuk kepentingan pendataan program PHBS. Dukungan politik sangat minim dilihat dari rendahnya keterlibatan tokoh masyarakat sehingga sumber daya potensial kurang berperan dalam mensukseskan program PHBS. Dalam keadaan ini, kader program PHBS menjalankan tugas tanpa memiliki mitra pendukung, sehingga pelaksanaan program PHBS menjadi tidak mudah. Kader kesehatan kurang aktif di sini. Tidak ada koordinasi yang kuat untuk melaksanakan PSN. Puskesmas kurang melibatkan masyarakat setempat sejak awal pelaksanaan implementasi program PHBS. Masyarakat kurang dilibatkan dalam penyusunan agenda, formulasi kebijakan dan adopsi kebijakan sehingga masyarakat banyak yang tidak mengetahui apa masalah yang dihadapi sehingga kurang mengerti mengapa ada program PHBS.

Puskesmas Banguntapan I memahami sumber daya manusia dalam pembangunan kesehatan secara sempit berupa tenaga kesehatan saja. Padahal di tingkat bawah, mereka yang aktif sebagai kader kesehatan mengharapkan peran atau partisipasi yang lebih besar dalam mensukseskan program PHBS. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dalam program PHBS akan menjadi kendala program ketika para tenaga kesehatan tersebut tidak mampu menggerakkan potensi SDM yang ada di tengah masyarakat seperti pihak swasta

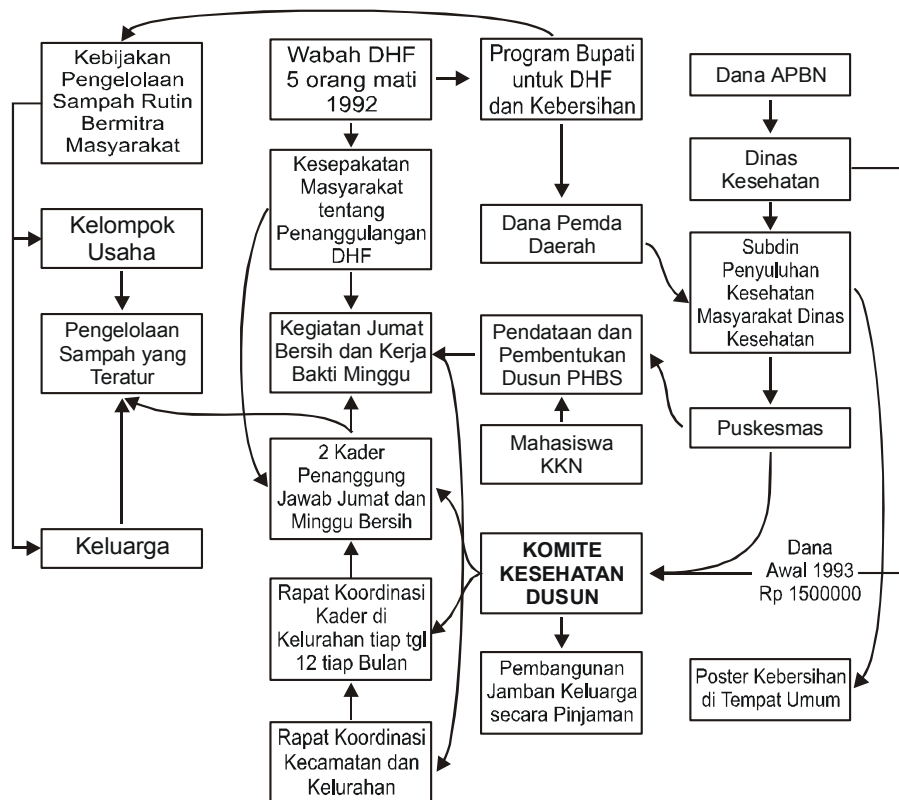
dan tokoh-tokoh masyarakat. Kurangnya kesanggupan atau kemampuan tenaga kesehatan di Puskesmas Banguntapan I dalam menggerakkan partisipasi aktif tokoh masyarakat merupakan masalah dalam implementasi program PHBS. Masalah lainnya adalah lemahnya pemahaman kader terhadap program PHBS itu sendiri dibandingkan pemahaman kader PHBS di Puskesmas Kasihan 2. Di Banguntapan I, kader yang ada kurang mendapat pembinaan atau pelatihan dari tenaga kesehatan terkait. Sebagaimana diungkapkan oleh beberapa kader, mereka tidak hanya membutuhkan insentif uang, tapi juga perhatian dari petugas kesehatan. Insentif ini tidak lebih sebagai motivasi saja agar kader dapat terus menjalankan kegiatan program PHBS walaupun mungkin hanya pendataan dan penyuluhan.

Permainan Bersama antara Masyarakat dan Pemerintah

Gerakan-gerakan sosial biasanya mengalami kesulitan dalam melakukan koordinasi. Satu momentum yang penting yang bisa membuat *stakeholder* dalam PHBS bisa saling berkoordinasi dan main bersama adalah kunjungan-kunjungan tamu yang ingin melihat dari dekat contoh keberhasilan program PHBS dalam masyarakat. Kunjungan seperti itu memberikan kesempatan bagi warga, puskesmas, dan unsur pemerintah daerah untuk bersama-sama memperlihatkan kerja mereka. Dengan kehadiran tamu-tamu itu, seluruh pihak dapat merefleksikan dari waktu ke waktu dan belajar dari tamu dan dari interaksi mereka sendiri dalam memelihara program. Momentum kehadiran tamu menjadi media kerjasama antara antara Kader PHBS, PKK, dasawisma, Ketua RT, Ketua RW, pengurus DPKL, dan petugas dari Puskesmas Kasihan 2, dan juga kerjasama lintas sektoral antara Kepala Dusun, Pemerintah Desa, Kecamatan dan Puskesmas.

Meskipun demikian interaksi dengan dunia luar ini bisa menimbulkan masalah jika tidak dikelola, kepala puskesmas di Kasihan pernah menceritakan adanya keluhan anggota masyarakat yang merasa menjadi beban ketika banyak tamu. warga merasa menjadi jenuh dengan aneka kegiatan program PHBS. Justru kunjungan-kunjungan seperti ini belum dirasakan sebagai proses belajar yang sangat baik. Dalam kaca mata yang negatif, potret ini terungkap oleh seorang kepala puskesmas:

“ ... kunjungan-kunjungan tersebut kurang begitu memberi manfaat bagi warga...” biaya yang harus dikeluarkan warga tidak sedikit..” ada bantuan dana dari Pemerintah Desa...” tetapi warga tetap mengeluarkan biaya.”



Gambar 2. Peran Sentral Komite Kesehatan dalam Program-program Kesehatan di Kasihan 2

Bahkan menurut mereka biaya untuk keperluan tamu-tamu itu dapat dialokasikan untuk kegiatan lain yang mendukung implementasi program PHBS lebih lanjut.

Sering orang mengatakan tidak ada uang maka kegiatan ini tidak jalan. Meski demikian, penting ditekankan bahwa jika kegiatan sudah jalan dan masyarakat melihat manfaat dari kegiatan itu,

dana stimulan dan kontribusi dari masyarakat sendiri dapat saling memperkuat kegiatan. Penggunaan dana-dana yang dapat dikumpulkan dari berbagai sumber di atas digunakan untuk membiayai kegiatan PHBS. Biaya dibutuhkan untuk kegiatan sosialisasi, pendataan, pertemuan kader atau penyuluhan warga dan kegiatan *social event* maupun lomba.

Tabel 1. Sumber Biaya untuk Program PHBS di Dua Wilayah Puskesmas

Jenis Sumber Biaya	Kasihan 2	Banguntapan I
Pemerintah melalui dinas kesehatan	Diberikan kepada puskesmas dan dilanjutkan ke pemerintah dusun, diberikan 1 kali setahun.	Diberikan kepada puskesmas dan dilanjutkan ke pemerintah dusun, diberikan 1 kali setahun.
Kas komite kesehatan dusun	Digunakan untuk membangun sarana kesehatan warga, jaga, BAB, yang dipinjamkan ke warga tanpa bunga, hanya cukup membayar biaya administrasi sebesar 5%. Dan awal dari pemerintah sebesar Rp1.500.000,00 tahun 1993, sekarang Rp121 juta (tahun 2004) (lihat Gambar 3).	Tidak memiliki dana yang sejenis.
Swadaya kader	Digunakan untuk membeli buku, alat tulis, batu senter dan bahan yang digunakan untuk pemberantasan sarang nyamuk (PSN).	Digunakan untuk membeli buku, alat tulis, batu senter dan bahan yang digunakan untuk pemberantasan sarang nyamuk (PSN).
Bantuan insidental dari pemerintah desa	Diberikan jika ada acara yang berkaitan dengan proram desa.	Tidak mendapat perhatian dari pemerintah desa.
Bantuan dari pengusaha	Pengusaha selalu memberikan sponsor saat ada kegiatan, baik bentuk dana, bahan	Belum pernah telaksana ada pengusaha sebagai sponsor

Peran Dinas Kesehatan

Tenaga kesehatan yang khusus menangani program PHBS tidak ada. Tugas dalam program PHBS merupakan tugas yang dibebankan kepada Kepala Seksi Penyebarluasan Informasi Dinas Kesehatan. Petugas ini pun tidak dapat menjalankan tugas tanpa kerjasama dengan pihak Puskesmas yang langsung berhubungan dengan masyarakat. Puskesmas mempunyai tugas memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga hubungan Puskesmas dengan masyarakat relatif lebih dekat. Selain itu, jelas tidak mungkin petugas yang jumlahnya sangat sedikit mampu menjangkau seluruh wilayah atau dusun yang ada di Bantul. Keadaan ini menjadikan kegiatan program PHBS sangat memperhatikan kesediaan pihak petugas yang ada di Puskesmas untuk mensosialisasikan program PHBS. Sekalipun program PHBS telah menjadi prioritas pembangunan kesehatan di Bantul, ternyata tidak setiap Puskesmas memberikan sikap atau respon yang sama. Ada yang antusias ingin mencapai semua indikator program PHBS seperti yang dilakukan Puskesmas Kasihan 2, dan ada yang sekedar menjalankan saja seperti di Puskesmas Banguntapan I. Keterbatasan sumberdaya manusia di Puskesmas Banguntapan I tidak dapat menjadi alasan kurang berhasilnya pelaksanaan program PHBS, karena secara potensial kader yang ada di masyarakat sendiri cukup banyak. Masalah yang sering muncul dalam pelaksanaan pembangunan adalah sikap petugas yang kurang menempatkan diri sebagai fasilitator pembangunan.³

Fungsi Tenaga Puskesmas

Tenaga kesehatan di dua puskesmas yang diteliti ini memiliki kemampuan atau kesanggupan yang berbeda dalam menggerakkan potensi SDM yang ada di masyarakat. Namun tidak dapat diambil suatu kesimpulan bahwa SDM di Puskesmas Kasihan 2 lebih baik, karena suasana atau kondisinya memang berbeda. Puskesmas Kasihan 2 menghadapi tantangan yang tidak ringan yaitu menjadikan Kecamatan Kasihan bebas dari endemi DB (demam berdarah). Demam berdarah bukan hanya menjadi masalah bagi tenaga kesehatan, tapi masalah bagi masyarakat luas di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2. Kesadaran atau kepedulian masyarakat lebih mudah tumbuh seiring dengan ancaman DB yang muncul. Implementasi program PHBS bukan hanya menjadi beban tugas atau tanggung jawab petugas Puskesmas maupun Dinas Kesehatan. Ada Puskesmas yang kurang antusias memberikan pembinaan kepada dusun program PHBS karena

beranggapan bahwa berbagai indikator yang ada di program PHBS juga telah menjadi perhatian para tenaga kesehatan sejak lama. Sebaliknya, ada Puskesmas yang sangat antusias mengimplementasikan program PHBS sehingga menjadikan semua indikator kesehatan yang ada pada program PHBS sebagai indikator kesehatan yang ada di wilayahnya.

Dukungan Pemerintah Daerah

Berbagai kegiatan program PHBS mulai dari tahap pendataan, sosialisasi, intervensi, penggerakan pelaksanaan, dan evaluasi membutuhkan biaya. Kegiatan yang paling banyak membutuhkan biaya adalah pada saat melakukan intervensi dalam bentuk pemberian stimulan. Pemerintah Kabupaten Bantul mencari dana untuk kepentingan ini dari APBD. Alokasi Biaya program PHBS yang berasal dari APBD II melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul menyebutkan 6 pos pembiayaan yaitu pembentukan dusun baru program PHBS, stimulan pemecahan masalah, klinik program PHBS, pelatihan Kader, pemberdayaan tokoh masyarakat, dan pengembangan sarana penyuluhan Puskesmas.

Tabel 3. Alokasi Biaya program PHBS Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2003

No	Kegiatan	Biaya (Rp)
1	Pembentukan dusun baru	45.000.000
2	Stimulan pemecahan masalah program PHBS	13.000.000
3	Klinik program PHBS	16.000.000
4	Pelatihan Kader program PHBS	26.000.000
5	Pemberdayaan TOMA	13.000.000
6	Pengembangan sarana penyuluhan Puskesmas	39.000.000
Jumlah		142.000.000

Biaya pemerintah untuk kegiatan PHBS sudah mencakup pembentukan dusun program PHBS baru di 21 Puskesmas dan pembiayaan lainnya di 26 Puskesmas. Pada tabel di atas terlihat bahwa pemberdayaan TOMA dan pemberian stimulan hanya memiliki anggaran yang sangat kecil untuk dapat menjangkau seluruh tokoh masyarakat. Dalam masyarakat yang homogen keberadaan tokoh tidaklah banyak. Namun dalam masyarakat yang sudah heterogen seperti di daerah Banguntapan I, pemilihan siapa tokoh yang mewakili tidak mudah dilakukan. Pemilihan siapa seseorang yang dianggap tokoh di tengah masyarakat akan menunjukkan seberapa efektif biaya yang dikeluarkan untuk pemberdayaan TOMA. Belum tentu TOMA yang dimaksud dapat menyebarluaskan informasi yang didapat kepada seluruharganya.

Biaya untuk TOMA dari alokasi di atas hanya Rp500.000,00 per Puskesmas yang nantinya akan dibagi kepada seluruh dusun program PHBS. Jika dalam satu Puskesmas ada 8 dusun seperti di Banguntapan I pada tahun 2003, maka setiap dusun hanya akan mendapat sekitar Rp60.000,00. Besarnya biaya tersebut mencerminkan bahwa TOMA kurang mendapat pemberdayaan. TOMA dipandang sebagai bagian masyarakat yang sudah mandiri dan sudah berdaya atau mampu menggerakkan masyarakat. Namun, melihat kecilnya alokasi biaya tersebut menunjukkan bahwa TOMA kurang mendapat tempat sebagai mitra dalam implementasi program PHBS.

KESIMPULAN

Apa yang bisa dipelajari dari kasus ini adalah pengalaman bekerja dalam kerja sama masyarakat dan pemerintah sebelumnya telah menentukan keberhasilan program PHBS di Wilayah Puskesmas Kasihan 2. Selain itu, kehadiran satu atau dua tokoh masyarakat yang memiliki pengalaman dalam pengelolaan program bersama masyarakat juga merupakan kunci keberhasilan. Kita juga mempelajari bahwa inisiatif pemerintah dan upaya untuk mendampingi dan bermain bersama masyarakat juga merupakan kondisi yang memungkinkan masyarakat bisa menunjukkan partisipasi mereka. Kader-kader kesehatan tidak lagi bermain sendiri, tetapi mereka menjadi mitra yang berharga yang bisa duduk bersama pejabat pemerintah daerah dan dinas kesehatan.

Ke depan, kejelian pihak puskesmas mencari dan mengajak tokoh-tokoh masyarakat yang bisa bekerja merupaka kunci utama dalam

memprakarsai gerakan sosial kesehatan seperti Program PHBS ini. Ideologi kerja sama dan memupuk keterampilan bekerja bersama-sama dengan masyarakat perlu rasanya dijadikan visi bagi lembaga-lembaga kesehatan seperti puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten.

KEPUSTAKAAN

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Profil Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, Yogyakarta.2003.
2. Departemen Kesehatan. Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat, Jakarta.2002.
3. Karim, Abdul Gaffar (Edt). Persoalan Otonomi Daerah, Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 2003.
4. Departemen Kesehatan. Indonesia Sehat 2010, Jakarta.1999.
5. Departemen Kesehatan, RI. Pokok-Pokok Pengorganisasian Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Jakarta. 2003.
6. Bryant, C., dan White, L.G., Manajemen Pembangunan untuk Negara Berkembang, LP3ES, Jakarta. 1986.
7. Ndraha, T. Pembangunan Masyarakat, Rineka Cipta, Jakarta. 1990.
8. Karen, G., Frances, M.L., Barbara, K.R., Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice, San Francisco, California. 1996.
9. Yin, R.K., Studi Kasus (Desain dan Metode), PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 1988.
10. Maskun, S., Pembangunan Masyarakat Desa, Media Widya Mandala, Yogyakarta. 1994.