

Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan Dalam **KEDPERAWATAN**



Ana Samiatul Milah, SKM., M.MKes

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PROMOSI
KESEHATAN DALAM
KEPERAWATAN

Oleh:

Ana Samiatul Milah, SKM., M. MKes.



PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PROMOSI KESEHATAN DALAM KEPERAWATAN

Penulis:

Ana Samiatul Milah, SKM., M. MKes.

ISBN:

978-623-6187-68-5

Editor:

Miftahul Falah, S.Kep., M.Kep

Desain Sampul:

Gandi Taufik Hidayatulloh

Gambar dari Canva Premium

Penerbit:

EDU PUBLISHER

Jl. Tamansari Km. 2,5 Kota Tasikmalaya, Jawa Barat

Email : edupublisher1@gmail.com

Instagram : @edupublisher1

Whatsapp : 0853 5170 2656 (WA only)

Anggota IKAPI No. 352/Anggota Luar Biasa/JBA/2020

Cetakan pertama,

Juli 2022, vi + 245 halaman.

** Hak Cipta dilindungi undang-undang*

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kita panjatkan dan limpahkan kepada Allah SWT karena dengan segala sifat baiknya memberikan kemampuan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Buku bahan ajar mata kuliah Promosi Kesehatan.

Sholawat serta salam tidak lupa kita haturkan kepada baginda besar Habbibana Wanabiyana Muhammad SAW yang telah menyampaikan segala petunjuk kebenaran kepada kita umatnya di akhir zaman.

Buku bahan ajar ini disusun dengan mendapatkan bantuan dari berbagai pihak dapat mempermudah penyusunan, untuk itu saya ingin menyampaikan banyak terimakasih atas segala kontribusinya, semoga bapak/ibu mendapat imbalan yang berlimpah dari Allah SWT, Aamiin. Dan saya sadar betul atas segala kekurangan dalam penyusunan buku ini, maka dari itu saya dengan tangan terbuka menerima saran dan kritik untuk perbaikan untuk penyempurnaan buku ini.

Akhir kata, saya berharap semoga buku bahan ajar matakuliah Pendidikan dan Promosi Kesehatan dalam keperawatan ini dapat membawa manfaat dan inspirasi bagi semua pembaca.

Ciamis, Februari 2022

Ana Samiatul Milah

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| HALAMAN JUDUL..... | |
| KATA PENGANTAR..... | ii |
| DAFTAR ISI..... | iii |
| BAB 1..... | 1 |
| SEJARAH PROMOSI KESEHATAN..... | 1 |
| A. Sejarah..... | 1 |
| B. Perkembangan di Indonesia..... | 2 |
| BAB II..... | 3 |
| KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN DAN POMOSI KESEHATAN..... | 3 |
| A. Pengertian..... | 3 |
| B. Tujuan..... | 6 |
| C. Tingkat Pencegahan Penyakit dalam Prespektif Kesehatan Masyarakat..... | 6 |
| D. Promosi Kesehatan & Perilaku..... | 8 |
| BAB III..... | 15 |
| PROMOSI KESEHATAN..... | 15 |
| A. Visi dan Misi..... | 15 |
| B. Strategi Promosi Kesehatan..... | 16 |
| C. Pelayanan Promosi Kesehatan..... | 17 |
| D. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan..... | 18 |
| BAB IV..... | 21 |
| KEPERAWATAN KOMUNITAS..... | 21 |
| A. Keperawatan, Pengertian Keperawatan Komunitas..... | 21 |
| B. Pengertian/Definisi..... | 25 |
| C. Riwayat Keperawatan Komunitas..... | 26 |
| D. Sasaran Pelayanan Keperawatan Komunitas..... | 27 |

| | |
|--|-----|
| E. Philosophy Keperawatan Komunitas..... | 27 |
| F. Bekerja Di Komunitas..... | 28 |
| G. Visi Masyarakat Sehat Dan Mandiri Sebagai Landasan Dalam Pelayanan Keperawatan Komunitas..... | 31 |
| BAB V..... | 35 |
| KEPERAWATAN PENDEKATAN INOVATIF KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN..... | 35 |
| A. Kerangka Pikir Keperawatan..... | 36 |
| B. Strategi..... | 40 |
| C. Manfaat..... | 41 |
| D. Visi dan Misi Keperawatan..... | 42 |
| E. Pelaksanaan Keperawatan..... | 43 |
| BAB VI..... | 47 |
| METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN..... | 47 |
| A. Metode Promosi Kesehatan..... | 47 |
| B. Media Promosi Kesehatan..... | 55 |
| C. Model & Nilai Promkes..... | 65 |
| D. Strategi Promosi Kesehatan..... | 68 |
| E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan..... | 74 |
| BAB VII ADVOCACY (DALAM PROMOSI/PENDIDIKAN KESEHATAN)..... | 81 |
| A. Pendahuluan..... | 83 |
| B. Prinsip-Prinsip Advokasi..... | 86 |
| C. Komunikasi dalam Advokasi..... | 96 |
| D. Indikator Advokasi..... | 100 |
| iv Pendidikan Kesehatan Dan Promosi Kesehatan | |
| BAB VIII..... | 105 |
| DASAR-DASAR PEMBERDAYAAN MASYARAKAT | 105 |
| A. Pengertian Pemberdayaan..... | 105 |
| B. Aspek Pemberdayaan Masyarakat..... | 106 |
| C. Unsur-Unsur Pemberdayaan Masyarakat..... | 107 |
| D. Syarat Tercapainya Tujuan Pemberdayaan | |

| | |
|--|--|
| E. Pengembangan Kapasitas dalam Pemberdayaan Masyarakat..... | 108 |
| F. Metoda dalam Pemberdayaan Masyarakat..... | 109 |
| BAB IX..... | 111 |
| PERUBAHAN PRILAKU..... | 111 |
| BAB X..... | 112 |
| DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU..... | 113 |
| A. Konsep Umum..... | 113 |
| B. Beberapa Teori Perubahan Perilaku..... | 122 |
| C. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku..... | 129 |
| D. Strategi Perubahan Perilaku..... | 131 |
| BAB XI..... | 133 |
| ANALISA MASALAH KESEHATAN DAN PERILAKU | |
| | 133 |
| A. Analisa Perilaku..... | 134 |
| B. Ringkasan..... | 146 |
| SASARAN..... | 160 |
| BAB XII..... | 201 |
| MENETAPKAN PEMANTAUAN DAN PENILAIAN . | 203 |
| A. Pemantauan (Monitoring)..... | 203 |
| | |
| | Pendidikan Kesehatan Dan Promosi Kesehatan v |
| B. Penilaian (Evaluasi)..... | 208 |
| BAB XIII..... | 211 |
| PERAN KEPERAWATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN..... | 213 |
| A. Peranan Perawat dalam promosi kesehatan..... | 213 |
| B. Kemitraan Antara Keperawatan dan Paraji..... | 214 |
| C. Langkah Kemitraan..... | 216 |
| D. Wewenang Keperawatan..... | 217 |
| E. Peran Masyarakat Dalam Kemitraan..... | 219 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 221 |
| PROFIL PENULIS..... | 225 |



BAB 1

SEJARAH PROMOSI KESEHATAN

A. Sejarah

Sejarah kegiatan promosi kesehatan sudah ada sejak zaman dahulu meskipun belum tersusun dalam kurikulum modern. Pengalaman manusia dengan penyakit, kemudian disimpulkan teori-teori mengenai macam-macam penyakit, sebab-sebab, gejala dan pengobatannya dan hampir secara naluriah orang berusaha mencegah serangan atau serangan suatu penyakit. Pencegahan tersebut akan berupa kegiatan-kegiatan pendidikan kesehatan baik untuk dirinya maupun keluarga dan masyarakat.

Kegiatan promosi dan pendidikan kesehatan menurut sejarah dimulai sejak: (Machfoedz, 2006)

- a. Kira kira sejak 3000-5000 SM dengan ditemukannya berbagai relief bersejarah yang menggambarkan kegiatan pencegahan timbulnya suatu penyakit.
- b. Zaman sesudah masehi contoh: ajaran Nabi Muhammad SAW. Yang mengajarkan bahwa “Kebersihan Sebagian dari Pada Iman.”
- c. Zaman Modern yaitu pada tahun 1951 didirikan *Internasional Union for Health Education (Paris)* yang sangat mendukung terlaksananya pendidikan Kesehatan.

- d. Pada tahun 1960 pertamakali pendidikan (promosi kesehatan) diakui sebagai Ilmu dengan berdirinya *The school Education Study* yang pertama pada tahun 1961.

B. Perkembangan di Indonesia

Di Indonesia kegiatan promosi kesehatan dalam catatan sejarah mengenai pendidikan kesehatan secara formal pada zaman penjajahan belanda tidaka tampak jelas adanya pendidikan kesehatan tersebut, namun diataranya adalah:

- a. Pada tahun 1950 ketika UU pokok-pokok kesehatan No.9 dirumuskan pendidikan kesehatan pada pasal 3. Dengan demikian pemerintah mulai menggerakkan masyarakat bahwa perlindungan dan pemeliharaan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya itu amat penting.
- b. Di Departemen Kesehatan badan khusus yang mengelola pendidikan kesehatan awalnya adalah Direktorat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat diibawah naungan Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- c. Memasuki abad 21 mulailah dicanangkan gerakan Pembangunan yang Berwawasan Kesehatan yang di Kenal dengan Paradigma Sehat. Cita-citanya paradigma sehat adalah Indonesia Sehat 2010. Dan untuk pelaksanaan dari pendidikan kesehatan, kini dibawah koordinasi Direktorat Promosi Kesehatan yang bernaung di bawah Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

BAB II

KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN DAN POMOSI KESEHATAN

A. Pengertian

Banyak para ahli yang mendefinisikan tentang pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan, diantaranya adalah :

1. Pendidikan Kesehatan
 - a. Wood (1926) yang dikutip oleh Azwar (1983) yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat dan bangsa. Kesemuanya ini dipersiapkan dalam rangka memepermudah diterimanya secara sukarela perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan.
 - b. A Joint Committee on Tecnology in Health education of United States (1973) pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang mencakup dimensi dan kegiatan-kegiatan dari intelektual, psikologi dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara standar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat (Machfhoed, 2006: 6).

- c. Graut (1958) pendidikan kesehatan adalah upaya menterjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan kedalam perilaku yang diinginkan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan.

Dengan melihat definisi-definisi di atas pada dasarnya semua upaya pendidikan dengan tujuan mengubah perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat.

2. Promosi Kesehatan

- a. Promosi kesehatan adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit.
- b. Promosi kesehatan adalah upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan, atau “menjual” kesehatan dengan kata lain memasarkan atau menjual atau memperkenalkan pesan-pesan kesehatan atau upaya-upaya kesehatan, sehingga masyarakat menerima atau membeli atau mengenal pesan-pesan kesehatan tersebut.
- c. Promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja, tetapi juga perubahan perilaku yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut.
- d. Promosi kesehatan lebih menekankan kepada peningkatan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat.
- e. Promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mau dan mampu untuk

memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

- f. Promosi kesehatan adalah upaya meningkatkan perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, dan berperan aktif dalam gerakan sehat.

Jadi dengan melihat beberapa definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Ini bukan sekedar perubahan gaya hidup saja, namun berkairan dengan perubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat.

Pengubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui penggabungan:

- 1) menciptakan lingkungan yang mendukung,
- 2) mengubah perilaku, dan
- 3) meningkatkan kesadaran.

Dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan I yang diadakan di Ottawa, Canada (1986), menghasilkan sebuah kesepakatan yang dikenal sebagai piagam Ottawa. Dalam piagam ini tertera strategi dalam meningkatkan kontrol masyarakat terhadap kesehatan diri mereka sendiri.

B. Tujuan

Berdasarkan batasan WHO (1954) tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

Mengingat istilah dan prinsip sehat, maka perlu kita mengetahui batasan sehat. Seperti yang di kemukakan pada U.U No. 23 tentang kesehatan pada tahun 1992, yakni bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosialnya yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Untuk mencapai sehat seperti definisi tersebut maka orang harus mampu mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan agar orang benar-benar menjadi sehat sesuai dengan batasan tadi. Sehingga individu atau masyarakat meningkatkan perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, dan berperan aktif dalam gerakan kesehatan pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan saja.

C. Tingkat Pencegahan Penyakit dalam Prespektif Kesehatan Masyarakat

Pencegahan penyakit dalam prespektif kesehatan masyarakat diantaranya adalah:

1. *Health promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
Diberikan pada perseorangan atau kelompok masyarakat agar dapat mencegah terjadinya penyakit

misalnya agar sasaran melakukan olah raga secara teratur untuk memelihara kesehatannya

2. *Specific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)

Agar masyarakat/individu memahamai akan pentingnya perlindungan khusus terhadap penyakit. Misalnya imunisasi campak supaya terhindar dari resiko terkena penyakit campak, perlindungan kecelakaan di tempat kerja.

3. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini & pengobatan segera)

Memberikan pemahaman tentang pengenalan dan pengertian jenis penyakit pada tingkat awal, serta mengadakan pengobatan yang tepat seawal mungkin.

4. *Disability limitation* (Membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan)

Memberikan pengertian agar individu atau masyarakat melakukan pengobatan sempurna mungkin, sehingga dapat dicegah adanya gangguan kemampuan kerja yang diakibatkan dari adanya dampak dari penyakitnya yang berupa kecacatan. misalnya penghindaran luka sekecil apapun pada penderita diabetes.

5. *Rehabilitation* (pemulihan)

Dalam hal ini individu/kelompok diberikan dorongan agar tetap bersemangat bekerja dan berbaur di tengah masyarakat seperti halnya belum terjadi kecacatan akibat sakit yang dideritanya.

D. Promosi Kesehatan & Perilaku

Masalah kesehatan masyarakat, termasuk penyakit, ditentukan oleh 2 faktor utama yaitu:

1. Faktor perilaku
2. Faktor non perilaku
(Fisik, sosial, ekonomi, politik dan sebagainya)

Upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat juga dapat ditujukan pada kedua faktor utama tersebut.

1. Intervensi Terhadap Faktor Perilaku

Dari segi biologis perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme seseorang. Dengan kata lain perilaku adalah apa yang dapat dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang hanya dapat diamati secara tidak langsung, oleh karena itu perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas mencakup *eksternal aktivitas* (tindakan) dan *internal aktivitas* (berpikir, sikap, emosi dll). (Notoatmodjo, 2003:55).

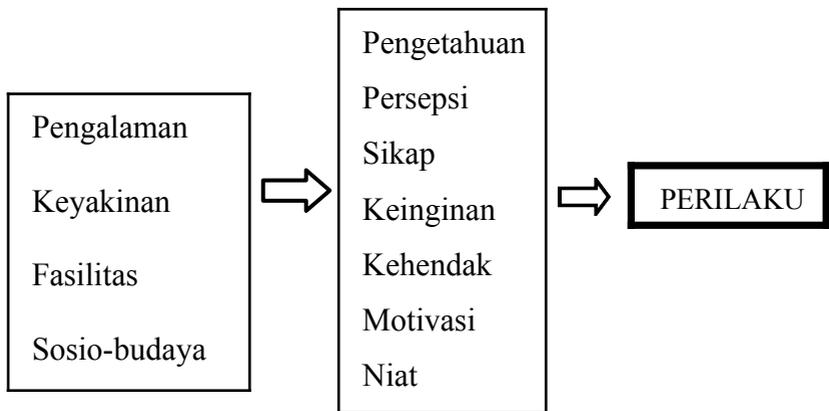
Selanjutnya menurut Solita.S (1997:1), perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan suatu respon / reaksi dari seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya sendiri. Respon ini dapat bersifat pasif (berpikir, bersikap, emosi, dll) ataupun aktif (melakukan tindakan). Selanjutnya Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa

perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Pada dasarnya perilaku manusia dapat diamati melalui sikap dan tindakan. Namun demikian tidak berarti bahwa bentuk perilaku itu hanya dapat dilihat dari sikap dan tindakannya saja akan tetapi dapat juga bersifat potensial, yakni dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi. Bentuk operasional dari perilaku tersebut antara lain :

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, yakni dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap, yakni tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar diri si subyek.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit, berupa perbuatan atau tindakan (*action*) yang konkrit saja. (Notoatmodjo & Sarwono, 1997: 9)

Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yakni aspek fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari gejala kejiwaan seperti pengetahuan, sikap, minat, motivasi, keinginan, niat dll. Namun bila ditelusuri lebih lanjut gejala kejiwaan tersebut di atas ditentukan atau

dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan sarana fisik, sosio-budaya masyarakat dll. (Notoatmodjo, 2003: 101).



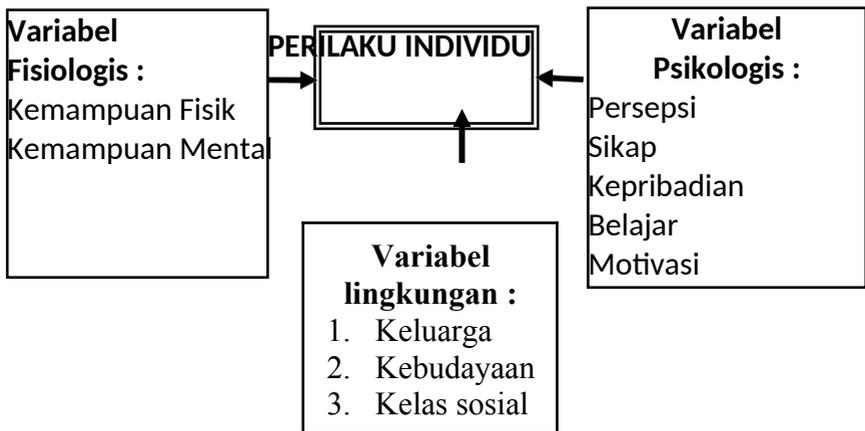
Gambar 1. 1 Sumber : Soekidjo.N, Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku. (2003)

Lawrence Green (1980), menganalisis perilaku manusia berangkat dari segi kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni faktor perilaku dan faktor non perilaku. Selanjutnya perilaku sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni (Notoatmodjo, 2003:102):

- 1) **Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)**, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dsb.

- 2) **Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*)**, yang terwujud dalam lingkungan fisik atau sarana dan prasarana.
- 3) **Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)**, yang terwujud dalam sikap dan perilaku orang-orang sekitar subjek.

James L Gibson (1994), mengungkapkan ada tiga variabel yang dapat mempengaruhi perilaku individu, diantaranya adalah variabel fisiologis, variabel psikologis dan variabel lingkungan. Secara skematis teori tersebut dapat di gambarkan sbb (L.Gibson, 1994: 55) :



Gambar 1. 2 Sumber : James.L.Gibson, et.all, Organisasi Dan Manajemen Perilaku Struktur Proses, (1994).

Menurut Gibson beberapa faktor yang penting, khusus yang menyebabkan individu dalam berperilaku adalah persepsi, sikap, kepribadian dan belajar / pengetahuan.

Dengan melihat pendapat para ahli maka dalam intervensi perilaku ada beberapa upaya intervensi terhadap faktor perilaku tersebut, diantaranya melalui:

a. Pendidikan

Didasarkan kepada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran. Namun hasilnya lama tetapi perilaku berlangsung lama & menetap karena didasari oleh kesadaran.

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pendidikan dinyatakan bahwa domain kognitif diukur dari pengetahuan (knowledge) peserta didik terhadap materi yang akan diukur. Menurut Skinner bila seseorang dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai suatu Keperawatan g tertentu dengan lancar, baik secara lisan maupun tulisan maka dia dikatakan mengetahui Keperawatan g tersebut. Sekumpulan jawaban verbal yang diberikan oleh orang tersebut dinamakan pengetahuan (knowledge). Dari pengalaman dan penelitian terbukti perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, didalam diri seseorang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

1. *Awareness* (kesadaran)

Dimana orang mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

2. *Interest* (ketertarikan)

Dimana orang mulai merasa tertarik pada stimulus (objek) tersebut.

3. *Evaluation* (evaluasi)

Dimana orang tersebut menimbang-nimbang baik-buruknya stimulus tersebut bagi dirinya.

4. *Adoption* (adopsi)

Dimana seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

b. Paksaan atau tekanan

Dilakukan kepada masyarakat agar melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara & meningkatkan kesehatan mereka sendiri dengan hasil yang cepat tetapi tidak akan langgeng karena tidak didasari oleh pemahaman & kesadaran untuk apa mereka berperilaku seperti itu.

2. Intervensi Terhadap Faktor Non Perilaku (Fisik)

Upaya intervensi terhadap faktor non perilaku lebih bersifat pada pengadaan dan pelayanan fisik, diantaranya adalah :

- a) Upaya pemberantasan penyakit menular.
- b) Penyediaan sarana air bersih dan pembuangan tinja.
- c) Penyediaan pelayanan kesehatan, dll.

BAB III

PROMOSI KESEHATAN

A. Visi dan Misi

Batasan promosi kesehatan adalah proses memandirikan masyarakat agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Ottawa Charter, 1986). Untuk mewujudkan hal tersebut maka promosi kesehatan menetapkan visi dan misinya.

Adapun visi dari promosi kesehatan adalah masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya sehingga mereka dapat hidup sehat dan produktif, bahagia dan sejahtera (Machfoed,2006:77)

Untuk mewujudkan visi dari promosi kesehatan maka ditetapkanlah misi sebagai langkah awal untuk mewujudkan Visi. Misi dari promosi kesehatan adalah melakukan upaya pemberdayaan masyarakat di Keperawatan kesehatan melalui kegiatan kegiatan, antara lain:

1. Advokasi

Dilakukan terhadap para pengambil keputusan dari berbagai tingkat & sektor terkait kesehatan, dengan tujuan meyakinkan pejabat pembuat keputusan atau penentu kebijakan akan perlunya dukungan kebijakan atau keputusan yang berwawasan kesehatan.

2. Menjembatani

Mediator antara sektor kesehatan dengan sektor lain sebagai mitra atau perekat kemitraan di Keperawatan g pelayanan kesehatan, membina suasana yang kondusif demi terwujudnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Masyarakat.

3. Memampukan masyarakat

Secara langsung atau melalui tokoh-tokoh masyarakat, promosi kesehatan harus memberikan keterampilan-keterampilan kepada masyarakat agar mereka mandiri di Keperawatan kesehatan. Melalui peningkatan pengetahuan masyarakat dengan melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan dan memperkuat sumber daya manusia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.

B. Strategi Promosi Kesehatan

Untuk mewujudkan misi dari promosi kesehatan maka, perlu disusun strategi agar misi tersebut tercapai. Karena tanpa suatu program kesehatan itu bersifat lintas sektoral maka perlu disusun strategi untuk mewujudkan cita-cita dari misi promosi kesehatan tadi. Adapun strategi dari promosi kesehatan antara lain adalah:

1. Advokasi

Advocacy (Advokasi) adalah pendekatan pada tokoh atau pemuka masyarakat. Dilakukan terhadap para pengambil keputusan dari berbagai tingkat & sektor terkait kesehatan, dengan tujuan meyakinkan pejabat pembuat keputusan atau penentu kebijakan.

2. Dukungan Sosial

Mencari dukungan sosial dari tokoh masyarakat sebagai jembatan sektor kesehatan sebagai pelaksana dengan masyarakat untuk mensosialisasikan program-program kesehatan.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara atau meningkatkan kesehatan mereka sendiri, dengan cara penyuluhan kesehatan, pengorganisasian & pengembangan masyarakat.

C. Pelayanan Promosi Kesehatan

Pelayanan pada promosi kesehatan terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain:

1. Promosi kesehatan pada tingkat promotif

Sasarannya adalah kelompok orang sehat dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.

2. Promosi kesehatan pada tingkat preventif

Sasaran adalah kelompok yang berisiko tinggi (high risk).

3. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif
Sasaran adalah kelompok para penderita penyakit (pasien).
4. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitif
Sasaran adalah kelompok penderita/pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit.

Adapun ruang lingkup dari promosi kesehatan antara lain:

1. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (Rumah tangga)
2. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah
3. Promosi kesehatan pada tempat kerja
4. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum (TTU)
5. Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

D. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

1. Metode promosi kesehatan individual
Digunakan antara promotor kesehatan dengan sasarannya.
2. Metode promosi kesehatan kelompok
Digunakan untuk sasaran kelompok
 - a. Metode & teknik promosi kesehatan untuk kelompok kecil
contoh: diskusi kelompok, metode curah pendapat.
 - b. Metode & teknik promosi kesehata untuk kelompok besar
contoh : seminar, lokakarya.

3. Metode promosi kesehatan massal

Digunakan untuk sasaran publik/massal yang heterogen

contoh : ceramah umum, penggunaan media (cetak, elektronik dan luar ruang).



BAB IV

KEPERAWATAN KOMUNITAS

A. Keperawatan, Pengertian Keperawatan Komunitas

1. Konsep Keperawatan Komunitas

Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Keperawatan berasal dari kata "Keperawatan" yang artinya adalah seseorang yang telah mengikuti pendidikan tersebut dan lulus serta terdaftar atau mendapat ijin melakukan praktek Keperawatan. Sedangkan Keperawatan sendiri mencakup pengetahuan yang dimiliki Keperawatan dan kegiatan pelayanan yang dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi yang dilahirkan (J.H. Syahlan, 1996).

Komunitas adalah kelompok orang yang berada di suatu lokasi tertentu. Sasaran Keperawatan komunitas adalah ibu calon anak balita yang berada dalam keluarga dan masyarakat. Pelayanan Keperawatan komunitas dilakukan diluar rumah sakit: Keperawatan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan pelayanan Keperawatan yang diberikan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan ibu dan anak di lingkungan keluarga merupakan kegiatan Keperawatan Komunitas.

Kelompok komunitas terkecil adalah keluarga individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Oleh karena itu, Keperawatan tidak memandang pasiennya dari sudut biologis. Akan tetapi juga sebagai unsur sosial yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi dan lingkungan disekelilingnya.

Dapat ditemukan disini bahwa unsur-unsur yang tercakup didalam Keperawatan komunitas adalah Keperawatan, pelayanan Keperawatan, sasaran pelayanan, lingkungan dan pengetahuan serta teknologi.

Asuhan Keperawatan komunitas adalah merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan, khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu, anak dan Keluarga Berencana.

2. Manajemen Keperawatan Komunitas

Dalam memecahkan masalah pasiennya, Keperawatan menggunakan pendekatan manajemen ke-Keperawatan-an.

Manajemen keKeperawatanan adalah metode yang digunakan oleh Keperawatan dalam menentukan dan mencari langkah-langkah pemecahan masalah serta melakukan tindakan untuk menyelematkan pasiennya dari gangguan kesehatan.

Penerapan manajemen Keperawatan melalui proses yang secara berurutan yaitu identifikasi masalah, analisis dan perumusan masalah, rencana dan tindakan

pelaksanaan serta evaluasi hasil tindakan. Manajemen Keperawatan juga digunakan oleh Keperawatan dalam menangani kesehatan ibu, kesehatan di komunitas, penerapan manajemen Keperawatan komunitas (J.H. Syahlan, 1996).

a. Identifikasi masalah

Keperawatan yang berada di desa memberikan pelayanan kesehatan di masyarakat melalui identifikasi, ini untuk mengatasi keadaan dan masalah kesehatan di desanya terutama yang ditujukan pada kesehatan ibu dan anak.

b. Analisa dan perumusan masalah

Setelah data dikumpulkan dan dicatat maka dilakukan analisis. Hasil analisis tersebut dirumuskan sebagai syarat dapat ditetapkan masalah kesehatan ibu dan anak di komunitas.

Dari data yang dikumpulkan, dilakukan analisis yang dapat ditemukan jawaban tentang :

- a) Hubungan antara penyakit atau status kesehatan dengan lingkungan keadaan sosial budaya atau perilaku, pelayanan kesehatan yang ada serta faktor- faktor keturunan yang berpengaruh terhadap kesehatan. (H.L. Blum).
- b) Masalah-masalah kesehatan, termasuk penyakit ibu, anak dan balita.
- c) Masalah-masalah utama ibu dan anak serta penyebabnya.
- d) Faktor-faktor pendukung dan penghambat

Rumusan masalah dapat ditentukan berdasarkan hasil analisa yang mencakup masalah utama dan penyebabnya serta masalah potensial.

- c. Diagnosa potensial
Diagnosa yang mungkin terjadi.
- d. Antisipasi penanganan segera
Penanganan segera masalah yang timbul.
- e. Rencana (intervensi)
Rencana untuk pemecahan masalah dibagi menjadi tujuan, rencana pelaksanaan dan evaluasi.
- f. Tindakan (implementasi)
Kegiatan yang dilakukan Keperawatan di komunitas mencakup rencana pelaksanaan yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.
- g. Evaluasi
Untuk mengetahui ketepatan atau antara hasil yang dicapai dengan tujuan yang ditetapkan.

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Tujuan Pembelajaran

Diakhir perkuliahan mahasiswa diharapkan mampu:

1. menjelaskan Pengertian atau definisi Keperawatan komunitas
2. menjelaskan Riwayat Keperawatan komunitas di Indonesia dan beberapa negara lain
3. menjelaskan Fokus atau sasaran Keperawatan komunitas
4. menjelaskan Tujuan asuhan Keperawatan komunitas

5. menjelaskan tentang Keperawatan bekerja di komunitas
6. menjelaskan jaringan kerja Keperawatan komunitas
7. menjelaskan Visi Indonesia sehat 2010 sebagai landasan berfikir pelayanan keKeperawatan an

B. Pengertian/ Definisi

Keperawatan berasal dari kata Keperawatan yang menurut *International Confederation of Midwife (ICM)* berarti seseorang yang telah mengikuti program pendidikan Keperawatan yang diakui di negaranya telah lulus dari pendidikan tersebut serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar dan atau memiliki ijin yang sah (lisensi) untuk melakukan Praktik Keperawatan.

Pengertian Keperawatan menurut PPNI adalah adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Keperawatan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah negara RI Serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister dan atau untuk secara sah mendapat lisensi untuk atau menjalankan praktik keKeperawatan -an.

Komuniti adalah sekelompok orang yang hidup dan saling berinteraksi di dalam daerah tertentu, masyarakat atau paguyuban.

Jenis Komunitas:

1. Geografikal yaitu daerah
2. Administratif batasan otoritas pemerintahan
3. Fungsional tujuan sama
4. *Ethnicmpy* satu kultur dengan kultur lain

Menurut *United Kingdom Central Council For Nursing Midwifery And Health*, Keperawatan komunitas adalah *praktisi Keperawatan yang berbasis komunitas yang harus dapat memberikan supervise yang dibutuhkan oleh wanita, pelayanan* berkualitas, nasihat atau saran pada masa kehamilan, persalinan, nifas, *dengan tanggung jawabnya sendiri dan untuk memberikan pelayanan pada bbl dan bayi secara komprehensif.*

Menurut Dari J.H.Syahlan, SKM, *Keperawatan community adalah Keperawatan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu.*

Istilah Keperawatan komunitas di Indonesia wring disebut "Keperawatan" saja.

C. Riwayat Keperawatan Komunitas

Sebagian besar wanita lebih menyukai persalinan di rumah dari pada di institusi pelayanan kesehatan (Rumah sakit). Hasil penelitian McKee (1982) menggambarkan bahwa, jika persalinan dilakukan di komunitas dan dilaksanakan oleh Keperawatan maka akan terjadi peningkatan kunjungan antenatal penurunan frekuensi Persalinan dengan induksi, penurunan frekuensi Persalinan prematur, BBM IUGR, persalinan forsep, frekuensi SC dan pemeriksaan rutin Antemul dan intranatal di rumah sakit Berdasarkan hal tersebut, sebaiknya masa kehamilan, persalinan dan nifas dikembalikan ke komunitas sebagai asal dari childbirth tersebut.

D. Sasaran Pelayanan Keperawatan Komunitas

Kelompok masyarakat di komunitas merupakan sasaran Keperawatan *community*, yang meliputi :

- Ibu
- Anak
- Keluarga
- Masyarakat

Sasaran utama adalah ibu dan anak dalam keluarga.

E. Tujuan Asuhan Keperawatan

- Ibu dan bayi sehat, selamat, keluarga bahagia, terjaminnya kehormatan martabat manusia.
- Saling menghormati penerima asuhan dan pemberi asuhan.
- Adanya kekuatan diri dari wanita dalam menentukan dirinya sendiri.
- Adanya rasa saling percaya dari wanita sebagai penerima asuhan.
- Terwujudnya keluarga sejahtera dan berkualitas.

F. Philosophy Keperawatan Komunitas

- Bahwa proses kehamilan dan persalinan adalah proses yang sangat wajar dan fisiologis sehingga asuhan yang diberikan meminimalkan intervensi dan tidak perlu di institusi.
- Kebutuhan Individu, wanita dan keluarga harus dihargai dan didukung Kebutuhan tersebut berbeda-beda karena dipengaruhi oleh lingk kepercayaan,

sosial dan kultural.

- Bahwa Pengalaman proses kehamilan dan persalinan bagi soleh wanita dan keluarga adalah berharga sehingga Keperawatan komunitas harus menjaga supaya pengalaman tersebut menyenangkan.
- Setiap wanita berhak untuk menentukan melewati persalinan di tengah keluarga atau/kerabat.
- Asuhan berkualitas adalah asuhan yang dilaksanakan secara berkelanjutan dan menyeluruh dg melihat aspek lingkungan.
- Informed choise dan informed consent.
- Kehamilan dan persalinan berasal dr masyarakat dan ada di masyarakat

G. Bekerja Di Komunitas

Pelayanan Keperawatan Komunitas:

- Dilakukan dengan pendekatan MANAJEMEN KKEPERAWATAN-AN.
- Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
- Pelayanan diberikan khususnya paa bumil, bulin, bufas.
- Asuhan yang diberikan adalah asuhan berkualitas dan peningkatan kerja Keperawatan (RS/komuniti).

Peran Keperawatan Komuniti

Membantu keluarga dan masyarakat agar selalu berada dalam kondisi kesehatan yang optimal.

1. Sebagai Pendidik

Berupaya agar sikap dan perilaku komuniti di wilayah Kerjanya dpt berubah sesuai dengan kaidah kesehatan.

2. Sebagai Pelaksana

Keperawatan harus mengetahui dan menguasai IPTEK untuk melakukan kegiatan ;

- Bimbingan terhadap kelompok remaja masa pra nikah
- pemeliharaan kesehatan Bumil, nifas dan masa interval dalam keluarga
- pertolongan persalinan di rumah
- tindakan pertol pertama pada kasus kegawatan obstetri di keluarga
- pemeliharaan kesehatan Kelompok wanita dengan gangguar reproduksi di keluarga
- Pemeliharaan kes anak balita.

3. Sebagai Pengelola

Keperawatan sebagai pengelola kegiatan Keperawatan unit kesehatan ibu dan anak di puskesmas, polindes, posyandu dan praktek Keperawatan , memimpin dan mengelola Keperawatan lain atau tenaga kesehatan yang pendidikannya lebih rendah. Keperawatan yang bekela di komuniti haresh mampu mengenali kondisi kesehatan masyarakat yang selalu mengalami perubahan. Kesehatan komuniti dipengaruhi oleh perkembangan yang terjadi baik di masyarakat itu sendiri maupun IPTEK serta kebijakan-kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah.

4. Sebagai Peneliti

Peran peneliti yang dilakukan oleh Keperawatan bukanlah sepele yang dilakukan oleh peneliti profesional. Dasar-dasar dalam penelitian perlu diketahui oleh Keperawatan seperti pencatatan, pengolahan dan analisis data. Secara sederhana Keperawatan dapat memberikankesimpulan atau hipotesa atas hasil analisisnya. Berdasarkan data ia dapat menyusun rencana dan tindakan sesuai dengan permasalahan yang ditemu. Keperawatan jugs hares dapat melaksanakan evaluasi atas tindakan yang dilakukannya tersebut.

Asuhan Keperawatan Komunitas

- Pencegahan
- Skrinning/deteksi dini untuk dirujuk
- As. Kegawatdaruratan ibu & neonatal
- Pertolongan I pd penykt. Akut untuk kmd dirujuk
- Pengobatan ringan
- Asuhan pd kondisi kronis
- Pendidikan kesehatan
- Menentukan keb. Kes
- Mempertahankan & meningtkkan kesmas.

Prinsip Pelayanan Keperawatan Komunitas :

- Pelayanan Keperawatan adalah Yang berdasarkan pada perhatian terhadap kehamilan, proses normal, ditunggu - tunggu wanita

- Informed choice
- Pendekatan dg teklmologi seminimal mgkn
- Asuhan yang berkelanjutan/continuity of care.

Tempat Bekerja

- bekerja sendiri (crok and flint, 1989)
- anggota tim PHC (primary Health Care) (marrsh, 1985)
- mengalami double/triple pekerjaan, Keperawatan rs dan nakes di masy (smith, 1989)
- bekerja di rumah klinik kesehatan masyarakat, basis-basis pusat kesehatan dan RS
- bertanggungjawab untuk daerah yang sangat luas.

Area Kerja Perawat Komunitas:

- Rumah
- Rumah bersalin
- Klinik-klinik
- Puskesmas
- Posyandu.

H. Visi Masyarakat Sehat Dan Mandiri Sebagai Landasan Dalam Pelayanan Keperawatan Komunitas

MISI

- Meningkatkan status kesehatan perorangan, keluarga, komunitas dan masyarakat
- Menanggulangi berbagai masalah kesehatan

masyarakat prioritas

- Menyelenggarakan berbagai program kesehatan masyarakat yang inovatif, efektif dan efisien.
- Meningkatkan peranserta dan kemandirian masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan
- Menggalang berbagai potensi untuk penyelenggaraan program kesehatan masyarakat.

TUJUAN

- Meningkatnya status kesehatan perorangan, keluarga, komunitas dan masyarakat.
- Tertanggulangnya berbagai masalah kesehatan masyarakat prioritas.
- Terselenggaranya berbagai program kesehatan masyarakat yang inovatif, efektif dan efisien.
- Meningkatnya peran serta dan kemandirian perorangan, keluarga dan komunitas dalam pemeliharaan kesehatan.
- Terhimpunnya sumberdaya dari masyarakat dalam mendukung penyelenggaraan program kesehatan masyarakat.
- Terlibatnya secara aktif berbagai pelaku dalam peningkatan derajat dan penyelenggaraan program kesehatan masyarakat.

SASARAN

- Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan

keluarga.

- Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan komunitas.
- Terpelihara dan meningkatnya status gizi masyarakat.
- Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan jiwa masyarakat.
- Meningkatnya jumlah dan cakupan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra upaya.
- Pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu dan terjangkau.
- Peningkatan peran Pemerintah Daerah dalam pembiayaan program kesehatan masyarakat.
- Pengembangan tenaga kesehatan yang profesional yang sadar biaya dan sadar mutu masyarakat yang inovatif, efektif dan efisien.
- Pemantapan kemitraan dan kerjasama lintas sektoral dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat.
- Pengutamaan kelompok sasaran rentan keluarga miskin dan pengarus-utamaan gender.
- Pengutamaan daerah terpencil, perbatasan dan rawan bencana.
- Penyelarasan program dengan perkembangan tantangan dan komitmen global.
- Pemantapan pemberdayaan dan kemandirian keluarga komunitas dan masyarakat.
- Penerapan teknologi tepat guna, bantuan teknis dan pendampingan.
- Pengembangan penelitian untuk dukungan program.

- Peningkatan transparansi dan akuntabilitas penyelenggaraan program kesehatan masyarakat



BAB V

KEPERAWATAN PENDEKATAN INOVATIF KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

Salah satu upaya yang mempunyai dampak relatif cepat terhadap penurunan kesehatan adalah dengan penyediaan pelayanan Keperawatan berkualitas yang dekat dengan masyarakat dan didukung dengan peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan rujukan. Sebanyak 30% Keperawatan memberikan pelayanan praktek perorangan (PPNI, 2002). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa Keperawatan mempunyai peran besar dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di masyarakat.

Keperawatan Delima merupakan program untuk mencapai standar pelayanan tinggi sesuai aturan organisasi kesehatan dunia (WHO) seperti kemampuan Keperawatan menolong persalinan sampai pasca persalinan (masa nifas). Pada masa interval misalnya, ibu biasanya membutuhkan pelayanan alat kontrasepsi untuk pengaturan kelahiran. Perlu juga panduan untuk perawatan bayi dan balita. Keperawatan wajib menjaga sterilitas peralatan, memakai jarum sekali pakai, dan memperlakukan pasien dengan manusiawi.

Keperawatan Delima merupakan program untuk mencapai standar pelayanan tinggi sesuai aturan organisasi kesehatan dunia (WHO) seperti kemampuan Keperawatan menolong persalinan sampai pascapersalinan (masa nifas). Pada masa interval misalnya, ibu biasanya membutuhkan pelayanan alat kontrasepsi untuk pengaturan kelahiran. Perlu juga panduan untuk perawatan bayi dan balita. Keperawatan wajib menjaga sterilitas peralatan, memakai jarum sekali pakai, dan memperlakukan pasien dengan manusiawi.

Mengingat peran besar dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi tersebut maka berbagai program telah dilaksanakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Keperawatan Praktek Swasta agar sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku. Salah satu upaya PPNI ialah bekerja sama dengan Departemen Kesehatan serta dukungan dan bantuan teknis dari USAID melalui program STARH (*Sustaining Technical Assistance in Reproductive Health*) tahun 2000 – 2005 dan HSP (*Health Services Program*) tahun 2005 – 2009 mengembangkan program Keperawatan Delima untuk peningkatan kualitas pelayanan Keperawatan Praktek Swasta dan pemberian penghargaan bagi mereka yang berprestasi dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.

A. Kerangka Pikir Keperawatan

Pelayanan Keperawatan di Indonesia mempunyai akar yang kuat sejak zaman Belanda, dan mengalami pasang surut sepanjang zaman kemerdekaan terutama ditinjau dari segi

penyelenggaraan pendidikan sebagai institusi yang mempersiapkan Keperawatan sebelum diterjunkan untuk memberikan pelayanan di masyarakat. Riwayat pendidikan Keperawatan di Indonesia sangat fluktuatif dan mengalami pasang surut, dengan sendirinya menghasilkan kinerja pelayanan Keperawatan yang bervariasi.

Kemajuan dunia global yang pesat baik di Keperawatan g teknologi informasi, pengetahuan dan teknologi kesehatan termasuk kesehatan reproduksi berdampak pada adanya persaingan yang ketat dalam Keperawatan g pelayanan kesehatan. Tuntutan masyarakat pada saat ini adalah pelayanan yang berkualitas, aman, nyaman, dan terjangkau. Hal ini mendorong Keperawatan untuk siap, tanggap serta mampu merespon dan mengantisipasi perubahan/kemajuan zaman dan kebutuhan masyarakat.

Disisi lain PPNI sebagai organisasi profesi yang dalam tujuan filosofisnya melakukan pembinaan dan pengayoman bagi anggotanya juga terus berupaya untuk mencari terobosan guna tercapainya peningkatan profesionalisme para anggotanya.

Keperawatan Delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup:

- Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan Keperawatan dalam lingkup Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi.
- Merk Dagang/Brand.
- Mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memiliki hak paten.

- Rekrutmen Keperawatan Delima ditetapkan dengan kriteria, system, dan proses baku yang harus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan.
- Menganut prinsip pengembangan diri atau *self development*, dan semangat tumbuh bersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan kualitas, dapat memuaskan klien beserta keluarganya.
- Jaringan yang mencakup seluruh Keperawatan Praktek Swasta dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi

Sebagai salah satu profesi dalam Keperawatan kesehatan, Keperawatan memiliki kewenangan untuk memberikan Pelayanan Keperawatan (Kesehatan Reproduksi). Selain itu Keperawatan juga berwenang untuk memberikan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Masyarakat. Peran aktif Keperawatan dalam pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana sudah sangat diakui oleh semua pihak dari tahun ke tahun permintaan masyarakat terhadap peran aktif Keperawatan dalam memberikan pelayanan terus meningkat. Ini merupakan bukti bahwa eksistensi Keperawatan di tengah masyarakat semakin memperoleh kepercayaan, pengakuan dan penghargaan.

Berdasarkan hal inilah, Keperawatan dituntut untuk selalu berusaha meningkatkan kemampuan sekaligus mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanannya termasuk pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan

Reproduksi. Karena hanya melalui pelayanan berkualitas pelayanan yang terbaik dan terjangkau yang diberikan oleh Keperawatan, kepuasan pelanggan baik kepada individu, keluarga dan masyarakat dapat tercapai. Keperawatan diakui sebagai profesional yang bertanggung jawab yang bekerja sebagai mitra perempuan dalam memberikan dukungan yang diperlukan, asuhan dan nasihat selama kehamilan, periode persalinan dan post partum, melakukan pertolongan persalinan di bawah tanggung jawabnya sendiri dan memberikan asuhan pada bayi baru lahir dan bayi. Asuhan ini termasuk tindakan pencegahan, promosi untuk persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anaknya, memberikan pengobatan dan pertolongan kegawat darurat dan melakukan tindakan darurat. Keperawatan memiliki tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk perempuan saja juga untuk keluarga dan masyarakat. Fungsi Keperawatan adalah untuk memastikan kesejahteraan ibu dan anak (bayi/janin), bermitra dengan perempuan, menghormati martabat dan memberdayakan segala potensi yang ada padanya. Praktik Keperawatan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Keperawatan kepada klien (individu, masyarakat dan keluarga) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya. Asuhan Keperawatan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab Keperawatan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah Keperawatan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan KB termasuk

kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat.

B. Strategi

Strategi Menggalang upaya terpadu dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan profesionalisme Keperawatan Praktek Swasta dengan:

1. Menyiapkan pengelola program Keperawatan Delima di setiap jenjang kepengurusan PPNI.
2. Mengembangkan jaringan pelayanan Keperawatan Delima yang dirancang secara sistematis sesuai dengan standar kualitas pelayanan yang baku.
3. Mensosialisasikan program Keperawatan Delima kepada seluruh jajaran PPNI dan Keperawatan Praktek Swasta dalam rangka meningkatkan minat dan jumlah Keperawatan berpredikat Keperawatan Delima.
4. Memberikan penghargaan kepada Keperawatan Delima yang berprestasi.
5. Meluncurkan program pemasaran Keperawatan Delima untuk meningkatkan minat masyarakat menggunakan jejaring pelayanan Keperawatan Delima.

Suatu program akan dapat terlaksana dengan baik melalui pengelolaan yang cermat dan konsisten; dengan berorientasi utamanya pada potensi, ketersediaan sumber daya dan kemampuan internal organisasi pelaksanaannya. Untuk melaksanakan program Keperawatan Delima ini; PPNI telah memiliki potensi dan sumber daya yang memadai dan akan mencapai hasil yang lebih optimal

apabila memperoleh dukungan baik dari internal PPNI maupun dari *stake-holder*.

C. Manfaat

Banyak manfaat yang bisa diperoleh dengan berpartisipasi sebagai **Keperawatan** yang tentunya akan mendukung performa dan identitas profesionalisme Keperawatan Praktek Swasta, diantaranya adalah:

1. Kebanggaan profesional
2. Kualitas pelayanan meningkat
3. Pengakuan organisasi profesi
4. Pengakuan masyarakat
5. Cakupan klien meningkat
6. Pemasaran dan promosi
7. Penghargaan Keperawatan delima
8. Kemudahan lainnya.

Keperawatan Delima melambangkan:

Pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan Keperawatan sesuai standar dan kode etik profesi. Logo/branding/merk Keperawatan menandakan bahwa telah memberikan pelayanan yang berkualitas yang telah diuji/diakreditasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, memberikan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggannya

Tujuan

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
2. Meningkatkan profesionalitas Keperawatan .
3. Mengembangkan kepemimpinan Keperawatan di masyarakat.
4. Meningkatkan cakupan pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.
5. Mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian Ibu, Bayi dan Anak.

D. Visi dan Misi Keperawatan

Visi

Meningkatkan kualitas pelayanan untuk memberikan yang terbaik, agar dapat memenuhi keinginan masyarakat

Misi

Keperawatan Delima adalah Keperawatan Praktek Swasta yang mampu memberikan pelayanan berkualitas terbaik dalam Keperawatan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, bersahabat dan peduli terhadap kepentingan pelanggan, serta memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan.

Menganut prinsip pengembangan diri atau self development, dan semangat tumbuh bersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan kualitas, dapat memuaskan klien beserta keluarganya.

Jaringan yang mencakup seluruh Keperawatan Praktek Swasta dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi

E. Pelaksanaan Keperawatan

Strategi

Menggalang upaya terpadu dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan profesionalisme Keperawatan Praktek Swasta dengan:

1. Menyiapkan pengelola program Keperawatan Delima di setiap jenjang kepengurusan PPNI.
2. Mengembangkan jaringan pelayanan Keperawatan Delima yang dirancang secara sistematis sesuai dengan standar kualitas pelayanan yang baku.
3. Mensosialisasikan program Keperawatan kepada seluruh jajaran PPNI dan Keperawatan Praktek Swasta di 15 Propinsi dalam rangka meningkatkan minat dan jumlah Keperawatan berpredikat Keperawatan .
4. Memberikan penghargaan kepada Keperawatan yang berprestasi.
5. Meluncurkan program pemasaran Keperawatan untuk meningkatkan minat masyarakat menggunakan jejaring pelayanan Keperawatan

Komponen Penggerak

Komponen penggerak program adalah fasilitator dan Unit Pelaksana Keperawatan. Fasilitator merupakan orang terdepan dan pioneer dalam pengembangan program

Keperawatan di lingkungannya masing-masing. Fasilitator dipilih dan ditunjuk oleh Pengurus Cabang untuk melaksanakan rekrutmen, menstarship/pembimbingan dan validasi terhadap calon Keperawatan lainnya. Untuk menjadi fasilitator melalui pelatihan terlebih dahulu.

Proses Menjadi Praktek Keperawatan

Ada beberapa tahap yang harus dilalui seorang perawat yang ingin menjadi Keperawatan, yaitu:

1. Untuk menjadi Keperawatan Delima, seorang Keperawatan Praktek Swasta harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, yaitu : memiliki STR, bersedia membayar iuran, bersedia membantu BPS menjadi Keperawatan Delima dan bersedia mentaati semua ketentuan yang berlaku.
2. Melakukan pendaftaran di Pengurus Cabang.
3. Mengisi formulir pra kualifikasi.
4. Belajar dari Buku Kajian Mandiri dan mendapat bimbingan fasilitator.
5. Divalidasi oleh fasilitator dan diberi umpan balik.

Prosedur validasi standar dilakukan terhadap semua jenis pelayanan yang diberikan oleh Keperawatan Praktek Swasta yang bersangkutan. Bagi yang lulus, yaitu yang telah memenuhi seluruh persyaratan minimal dan prosedur standar, diberikan sertifikat yang berlaku selama 5 tahun dan tanda pengenalan signage, pin, apron (celemek) dan buku-buku. Bagi yang belum lulus, fasilitator terus mementor sampai ia berhasil lulus menjadi Perawat.

Program Keperawatan akan terus dikembangkan secara mandiri. Sosialisasi terus dilaksanakan, yaitu memotivasi daerah/propinsi lain, termasuk sosialisasi kepada pemerintah daerah supaya mendukung dengan cara ada penyediaan anggaran pemerintah daerah untuk program ini. Dengan dukungan berbagai pihak, PPNI yakin program ini akan berhasil.



BAB VI

METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

A. Metode Promosi Kesehatan

Promosi atau pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain dengan adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku kesehatan dari sasaran.

Promosi/pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses di mana proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Di dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan promosi, yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping faktor masukannya sendiri juga faktor metode, faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu atau media yang digunakan untuk menyampaikan pesan. Agar dicapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara

harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran pendidikan) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran. Demikian juga alai bantu pendidikan disesuaikan. Untuk sasaran kelompok, maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan sebagainya.

Di bawah ini akan diuraikan beberapa metode promosi atau pendidikan individual, kelompok dan massa (publik).

1. Metode Promosi Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi tetanus toxoid (TT) karena baru saja memperoleh/mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil segera minta imunisasi, ia harus didekati secara perorangan. Perorangan di sini tidak hanya berarti harus hanya kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga dari ibu tersebut.

Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat

serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara) ini.

Bentuk pendekatan ini, antara lain:

a. Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

b. Interview (wawancara)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metoda Promosi Kelompok

Dalam memilih metode promosi kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas

suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

a) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

➤ Persiapan:

- Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri.
- Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound sistem dan sebagainya.

➤ Pelaksanaan:

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat

melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Sikap dan penampilan yang menyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.
- Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- Berdiri di depan (di pertengahan), seyogianya tidak duduk.
- Menggunakan alat-alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

b) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

a) Diskusi Kelompok.

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para. peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk

di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

b) Curah Pendapat (Brain Storming)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan dituhs dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum, semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapa pun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

c) Bola Salju (Snow Balling)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1

pasang 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya.

Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

d) Kelompok-kelompok Kecil (Buzz Group)

Kelompok langsung dibagi menjadi, kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

e) Role Play (Memainkan Peranan)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau Keperawatan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat.

Mereka memperagakan, misalnya bagaimana interaksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f) Permainan Simulasi (Simulation Game)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli.

Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Promosi Kesehatan Massa

Metode pendidikan atau promosi kesehatan secara massa dipakai untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Dengan demikian, cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran promosi ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah awareness atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa.

Beberapa contoh metode promosi kesehatan secara massa ini, antara lain:

a. Ceramah umum (public speaking)

Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato di hadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari kesehatan juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa.

b. Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.

d. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan dan penyakit adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.

e. Bill Board, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh: billboard Ayo ke Posyandu.

B. Media Promosi Kesehatan

Media Promosi Kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin

disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (TV, Radio, komputer, dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

Promosi Kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya perilaku yang positif.

1. Tujuan media promosi kesehatan

Adapun beberapa tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan antara lain adalah:

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- c. Dapat memperjelas informasi.
- d. Media dapat mempermudah pengertian.
- e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik.
- f. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata.
- g. Memperlancar komunikasi, dan lain-lain.

2. Penggolongan Media Promosi Kesehatan.

Penggolongan media promosi kesehatan ini dapat ditinjau dari berbagai aspek, antara lain:

- 1) Berdasarkan bentuk umum penggunaannya:
Berdasarkan penggunaan media promosi dalam

rangka promosi kesehatan, dibedakan menjadi:

- bahan bacaan: Modul, buku rujukan/bacaan, folder, leaflet, majalah, buletin, dan sebagainya.
- bahan peragaan: Poster tunggal, poster seri, flipchart, tranparan, slide, film, dan seterusnya.

2) Berdasarkan cara produksi:

Berdasarkan cara produksinya, media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi:

a) Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Adapun macam- macamnya adalah:

- Poster.
- Leaflet.
- Brosur.
- Majalah.
- Surat kabar.
- Lembar balik.
- Sticker, dan pamflet.

Fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur.

Kelebihan dan kelemahan media cetak.

1) Kelebihannya:

- Tahan lama.

- Mencakup banyak orang. Biaya tidak tinggi.
- Tidak perdu listrik.
- Dapat dibawa ke mana-mana.
- Dapat mengungkit rasa keindahan.
- Mempermudah pemahaman.
- Meningkatkan gairah belajar.

2) Kelemahan:

- Media ini tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak.
- Mudah terlipat.

b) Media elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronik. Adapun macam-macam media tersebut adalah:

- TV.
- Radio.
- Film.
- Video film
- Cassete.
- CD.
- VCD.

Kelebihan dan kelemahan media elektronik.

1) Kelebihannya:

- Sudah dikenal masyarakat.
- Mengikutsertakan semua panca indra.
Lebih mudah dipahami.

- Lebih menarik karena ads suara dan gambar bergerak
- Bertatap muka.
- Penyajian dapat dikendalikan.
- Jangkauan relatif lebih besar.
- Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang.

2) Kelemahannya:

- Biaya lebih tinggi.
- Sedikit rumit.
- Perlu listrik.
- Perlu alat canggih untuk produksinya. Perlu persiapan matang.
- Peralatan selalu berkembang dan berubah. Perlu keterampilan penyimpanan.
- Perlu terampil dalam pengoperasian.

c) Media luar ruang yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya:

- Papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum di perjalanan.
- Spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat di atas secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategi agar dapat dilihat oleh semua orang.

- Pameran.
- Banner.
- TV layar lebar.

Kelebihan dan kelemahan media luar ruang:

1) Kelebihannya:

- Sebagai informasi umum dan hiburan.
- Mengikutsertakan semua panca indra.
- Lebih mudah dipahami.
- Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak.
- Bertatap muka.
- Penyajian dapat dikendalikan.
- Jangkauan relatif lebih besar.
- Dapat menjadi tempat bertanya lebih detail. Dapat menggunakan semua panca indra secara langsung, dan lain-lain.

2) Kelemahannya:

- Biaya lebih tinggi.
- Sedikit rumit.
- Ada yang memerlukan listrik.
- Ada yang memerlukan alai canggih untuk produksinya.
Perlu persiapan matang.
- Peralatan selalu berkembang dan berubah.
Perlu keterampilan penyimpanan.
- Perlu keterampilan dalam pengoperasian.

3. Merancang Pengembangan Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan. Untuk hal itu diperlukan langkah-langkah merancang pengembangan media promosi kesehatan sebagai berikut:

1) Menetapkan tujuan:

Tujuannya adalah suatu pernyataan tentang suatu keadaan di masa datang yang akan dicapai melalui pelaksanaan kegiatan tertentu.

Secara umum dapat dikatakan bahwa tujuan harus:

- Realistis artinya bisa dicapai bukan hanya angan-angan.
- Jelas dan dapat diukur.
- Apa yang akan diukur.
- Siapa sasaran yang akan diukur.
- Seberapa banyak perubahan yang akan diukur.
- Berapa lama dan di mana pengukuran dilakukan.

Penetapan tujuan adalah sebagai dasar untuk merancang media promosi kesehatan dan dalam merancang evaluasi. Jika tujuan yang ditetapkan

tidak jelas dan tidak operasional maka program menjadi tidak fokus dan tidak efektif.

2) Menetapkan segmentasi sasaran:

Segmentasi sasaran adalah suatu kegiatan memilih kelompok sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan. Tujuannya adalah memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya dan memberikan kepuasan pada masing-masing segmen. Dapat juga untuk menentukan ketersediaan, jumlah dan jangkauan produk. Selain itu juga dapat menghitung jenis media dan menempatkan media yang mudah diakses oleh khalayak sasaran. Sebelum media promosi kesehatan diluncurkan hendaknya perlu mengumpulkan data sasaran seperti:

- Data karakteristik perilaku khalayak sasaran.
- Data epidemiologi.
- Data demografi.
- Data geografi.
- Data psikologi.

3) Mengembangkan positioning pesan:

Positioning adalah suatu proses atau upaya untuk menempatkan suatu produk perusahaan, individu atau apa saja dalam alam pikiran mereka yang dianggap sebagai sasaran atau konsumennya. Positioning bukan sesuatu yang Anda lakukan terhadap produk tetapi sesuatu yang Anda lakukan terhadap otak calon konsumen atau khalayak

sasaran. Hal ini bukan strategi produk tetapi strategi komunikasi. Di sini berhubungan dengan bagaimana calon konsumen menempatkan produk Anda di dalam otaknya.

Positioning membentuk citra.

Sesuatu citra bisa kaya makna atau sederhana saja. Sebaiknya citra bisa berubah-ubah dan dinamis. Citra bisa diterima secara homogen dan sama.

4) Menentukan strategi positioning:

Pada prinsipnya seseorang yang ingin melakukan kegiatan positioning memerlukan suatu ketekunan dan kejernihan berpikir dalam memandang produk dan pasar yang tengah diusahakan.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan:

a. Identifikasi para pesaing:

Tujuannya adalah melakukan identifikasi atas sejumlah pesaing yang ada di masyarakat.

b. Persepsi konsumen:

Tujuannya adalah memperoleh sejumlah atribut yang dianggap penting oleh khalayak sasaran.

c. Menentukan posisi pesaing:

Mengetahui posisi yang diduduki oleh pesaing dilihat dari berbagai sudut pandang.

d. Menganalisis preferensi khalayak sasaran:

Yaitu mengetahui posisi yang dikehendaki oleh khalayak sasaran terhadap suatu produk

tertentu.

- e. Menentukan posisi merek produk sendiri:
Penentuan posisi merek yang akan kita jual harus mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut.

- Analisis ekonomi.
- Komitmen terhadap segmen pasar.
- Jangan mengadakan perubahan yang penting. Pertimbangkan simbol-simbol produk.

- f. Ikuti perkembangan posisi:
Secara berkala posisi produk harus ditinjau dan dinilai kembali apakah masih cocok dengan keadaan.

5) Memilih Media Promosi Kesehatan:

Pemilihan media adalah jbaran saluran yang akan digunakan untuk menyampaikan pesan pada khalayak sasaran.

Yang perlu diperhatikan di sini adalah:

- a. Pemilihan media didasarkan pada selera khalayak sasaran, bukan pada selera pengelola program.
- b. Media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas.
- c. Setiap media akan mempunyai peranan yang berbeda.
- d. Penggunaan beberapa media secara serempak

dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi dan efektivitas pesan.

C. Model & Nilai Promkes

1. Health Belief Model
2. Transtheoretical Model
3. Teori Sebab akibat
4. Stress dan Coping

Health Belief Model

- Suatu bentuk penjabaran dari model sosio psikologi → Dasar adanya kegagalan masyarakat menerima usaha-usaha pencegahan
- Sehat/penyakit → Daerah Negatif
- Sehat → Daerah Positif
- Apabila individu bertindak untuk melawan/mengobati penyakitnya ada 4 variabel kunci yg terlibat di dalam tindakan tsb:
 1. Kerentanan yg dirasakan (kalau individu merasa rentan, maka akan timbul tindakan pencegahannya).
 2. Keseriusan yg dirasakan (Tindakan individu yg mencari pengobatan & pencegahan penyakit akan d dorong pula oleh keseriusan penyakit tsb trhdp individu/ masyarakat).

Teori Sebab Akibat

- Pada saat pemikiran orang masih sederhana, penyakit dikaitkan dengan rob halus/kekuatan
- gaib.

- Langkah-langkah Ilmiah
 1. Menelaah faktor2 hipotesis yg ada
 2. Memformulasikan hipotesis yg baru lebih spesifik
 3. Mengumpulkan faktor2 baru
- Hubungan secara statistik
 1. Tdk ada hub secara statistik
 2. Berhubungan secara statistik (a. Tdk karsal b. Kausal tdk lgsg & Igsg)
- Tdk ada hub secara statistik
 1. Sampel terlalu kecil
 2. Cara pengumpulan data sudah
 3. Prosedur statistik tdk luas
 4. Power penelitian tdk krg
 - Bhn tentu ada hub sebab alabd
 - Tv warna ↔ penyakit jantung ↔ Tdk langsung
 - Tv warna ↔ sos-eko memngkat & pola makan

Pendekatan Promosi Kesehatan

Strategi merupakan cara untuk mencapai visi&misi pendidikan/promkes tsb. secara efektif dan efisien. Berikut adalah strategi yang dapat dilakukan dalam promkes:

1. Strategi Global (Global Strategy):
 - Advokasi (*Advocacy*)
 - Dukungan Sosial (social support)
 - Pemberdayaan Masyarakat (empowerment)
- a. **Advokasi (Advocacy)**

Sebagai upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap punya pengaruh terhadap keberhasilan suatu program/kegiatan yang

dilaksanakan.

b. Dukungan Sosial (social support)

Mendapat dukungan dari semua tokoh masyarakat sehingga suatu program/kegiatan dapat berhasil. (pendekatan & pelatihan).

c. Pemberdayaan Masyarakat (empowerment)

Mendadakan penyuluhan/konseling → Masyarakat Meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan berperilaku sehat.

Kiat agar komunikasi advokasi efektif

1. Jelas (clear)
2. Benar (correct)
3. Konkret (concrete)
4. Lengkap (complete)
5. Ringkas (concise)
6. Meyakinkan (convince)
7. Kontekstual (contextual)
8. Berani (courage)
9. Hati-hati (cautious)
10. Sopan (courteous)

Tujuan advokasi:

1. Komitmen politik
2. Dukungan kebijakan
3. Penerimaan sosial
4. Dukungan sistem

Metode dan teknik advokasi:

1. Lobi politik
 2. Seminar dan/atau presentasi
 3. Media
 4. Perkumpulan peminat
 5. Pendekatan Promosi Kesehatan
-
2. Strategi Promkes Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter)
 - a. Kebijakan berwawasan kesehatan (*healthy public policy*)
 - b. Lingkungan yg mendukung (*supportive environment*)
 - c. Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health service*)
 - d. Keterampilan individu (*personal skill*)
 - e. Gerakan masyarakat (*community action*)
 3. Pendekatan Medical
 4. Perubahan perilaku (terpaksa, meniru, pengetahuan)
 5. Education
 6. Berpusat pada klien
 7. Perubahan Sosial

D. Strategi Promosi Kesehatan

Guna mewujudkan atau mencapai visi dan misi tersebut secara efektif dan efisien, diperlukan cara dan pendekatan yang strategic. Cara ini sering disebut "strategi", yakni teknik atau cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan

misi promosi kesehatan tersebut secara berhasil guna dan berdaya guna. Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal, yaitu:

1. Advokasi (Advocacy)

Advokasi adalah 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 kits inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan tersebut dapat berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya. Kegiatan advokasi ini ada bermacam-macaw bentuk, baik secara formal maupun informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Kegiatan advokasi secara informal misalnya sowan kepada parapejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, balk dalam bentuk kebijakan, atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitas lain. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa sasaran advokasi adalah para pejabat baik eksekutif maupun legislatif, di berbagai tingkat dan sektor, yang terkait dengan masalah kesehatan (sasaran tertier).

2. Dukungan Sosial (Social support)

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai (pelaksana program kesehatan) dengan masyarakat (penerima program) kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui toma pada dasarnya adalah mensosialisasikan program-program kesehatan, agar masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi terhadap program kesehatan tersebut. Oleh sebab itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan-pelatihan para toma, seminar, lokakarya, bimbingan kepada toma, dan sebagainya. Dengan demikian maka sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat (sasaran sekunder).

3. Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain: penyuluhan

kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya: koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (income generating skill). Dengan meningkatnya kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya: terbentuknya dana sehat, terbentuk pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya. Kegiatan- kegiatan semacam ini di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat" untuk kesehatan. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat (sasaran primer).

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa-Canada pada tahun 1986 menghasilkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter). Di dalam Piagam Ottawa tersebut dirumuskan pula strategi baru promosi kesehatan, yang mencakup 5 butir, yaitu:

a) Kebijakan Berwawasan Kebijakan (Healthy Public Policy)

Adalah suatu strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada para penentu atau pembuat kebijakan, agar mereka mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan. Dengan perkataan lain, agar kebijakan-kebijakan dalam bentuk peraturan, perundangan, Surat-Surat keputusan, dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik. Misalnya, ada paraturan atau undang-

undang yang mengatur adanya analisis dampak lingkungan untuk mendirikan pabrik, perusahaan, rumah sakit, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh pejabat publik, harus memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan (kesehatan masyarakat).

b) Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment)

Strategi ini ditujukan kepada para pengelola tempat umum, termasuk pemerintah kota, agar mereka menyediakan sarana-prasarana atau fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat, atau sekurang-kurangnya pengunjung tempat-tempat umum tersebut. Lingkungan yang mendukung kesehatan bagi tempat-tempat umum antara lain: tersedianya tempat sampah, tersedianya tempat buang air besar/kecil, tersedianya air bersih, tersedianya ruangan bagi perokok dan non-perokok, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, para pengelola tempat-tempat umum, pasar, terminal, stasiun kereta api, bandara, pelabuhan, mall, dan sebagainya, harus menyediakan sarana-prasarana untuk mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya.

c) Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Services)

Sudah menjadi pemahaman masyarakat pada umumnya, bahwa dalam pelayanan kesehatan itu ada

"provider" dan "consumer". Penyelenggara (penyedia) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta dan masyarakat adalah sebagai pemakai atau pengguna pelayanan kesehatan. Pemahaman semacam ini harus diubah, harus direorientasi lagi, bahwa masyarakat bukan hanya sekadar pengguna atau penerima pelayanan kesehatan, tetapi sekaligus juga sebagai penyelenggara juga, dalam batasbatas tertentu. Realisasi dari reorientasi pelayanan kesehatan ini, adalah para penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus melibatkan, bahkan memberdayakan masyarakat agar mereka juga dapat berperan bukan hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan, tetapi juga sekaligus sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam mereorientasikan pelayanan kesehatan ini peran promosi kesehatan sangat penting.

d) Keterampilan individu (Personnel Skill)

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat, yang terdiri dari individu, keluarga, dan kelompok-kelompok. Oleh sebab itu, kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu-individu, keluarga-keluarga, dan kelompok-kelompok tersebut terwujud. Oleh sebab itu, strategi untuk mewujudkan keterampilan individu-individu (personnel skill) dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah sangat penting. Langkah awal dari peningkatan keterampilan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka ini adalah

memberikan pemahaman-pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan profesional, meningkatkan kesehatan, dan sebagainya. Metode dan teknik pemberian pemahaman ini lebih bersifat individual daripada massa.

e) Gerakan Masyarakat (Community Action)

Untuk mendukung perwujudan masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya seperti tersebut dalam visi promosi kesehatan ini, maka di dalam masyarakat itu sendiri harus ada gerakan atau kegiatan-kegiatan untuk kesehatan. Oleh sebab itu, promosi kesehatan harus mendorong dan memacu kegiatan-kegiatan di masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mereka. Tanya adanya kegiatan masyarakat di Keperawatan kesehatan, niscaya terwujud perilaku yang kondusif untuk kesehatan, atau masyarakat yang mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka.

E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup atau Keperawatan garapan promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai seni (aplikasi) mencakup berbagai Keperawatan atau cabang keilmuan lain. Ilmu-ilmu yang dicakup promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 2 Keperawatan, yaitu:

- a) Ilmu perilaku, yakni ilmu-ilmu yang 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.

Di samping itu, promosi kesehatan juga didasarkan pada dimensi dan tempat pelaksanaannya; oleh sebab itu ruang lingkup promosi kesehatan dapat didasarkan kepada 2 dimensi, yaitu dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan, dan dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan (*setting*).

1. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan, secara garis besarnya terdapat 2 jenis pelayanan kesehatan, yakni:
 - a) *Pelayanan preventif dan promotif*, adalah pelayanan bagi kelompok masyarakat yang sehat, agar kelompok ini tetap sehat dan bahkan meningkat status kesehatannya. Pada dasarnya pelayanan ini dilaksanakan oleh kelompok profesi kesehatan masyarakat.
 - b) *Pelayanan kuratif dan rehabilitatif*, adalah pelayanan kelompok masyarakat yang sakit, agar kelompok ini sembuh dari sakitnya dan menjadi pulih kesehatannya. Pada prinsipnya pelayanan jenis ini dilakukan kelompok profesi kedokteran.

Maka, berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan, ini, promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu:

1. Promosi kesehatan pada tingkat promotif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya. Dalam suatu survei di negara-negara berkembang, dalam suatu populasi hanya terdapat antara 80% - 85% orang yang benar-benar sehat. Apabila kelompok ini tidak memperoleh promosi kesehatan bagaimana memelihara kesehatan, maka kelompok ini akan menurun jumlahnya, dan kelompok orang yang sakit akan meningkat.

2. Promosi kesehatan pada tingkat preventif

Di samping kelompok orang yang sehat, sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok yang berisiko tinggi (high risk), misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas (kegemukan), para pekerja seks, dan sebagainya. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh atau menjadi/terkena sakit (primary prevention).

3. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit (pasien), terutama untuk penderita penyakit-penyakit kronis seperti: asma, diabetes melitus (gula), tuberkulosis, rematik, hipertensi, dan

sebagainya. Tujuan promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (secondary prevention).

4. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya, dan atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya (tertiary prevention).

(tempat pelaksanaan):

a) Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga. Dari teori pendidikan dikatakan, bahwa keluarga adalah tempat persemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Karena itu, bila persemaian itu jelek maka jelas akan berpengaruh pada masyarakat. Agar masing-masing keluarga menjadi tempat yang kondusif untuk tumbuhnya perilaku sehat bagi anak-anak sebagai calon anggota masyarakat, maka promosi kesehatan sangat berperan. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan keluarga ini,

sasaran utamanya adalah orang tua, terutama ibu. Karena ibulah di dalam keluarga itu yang sangat berperan dalam meletakkan dasar perilaku sehat pada anak-anak mereka sejak lahir.

b) Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan keluarga, artinya, sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku bagi anak, termasuk perilaku kesehatan. Peran guru dalam promosi kesehatan di sekolah sangat penting, karena guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh anak-anak daripada orang tuanya. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat kondusif untuk berperilaku sehat bagi anak-anak. Agar guru dan lingkungan sekolah tersebut kondusif bagi perilaku sehat bagi murid-muridnya, maka sasaran antara promosi kesehatan di sekolah adalah guru. Guru memperoleh pelatihan-pelatihan tentang kesehatan dan promosi kesehatan yang cukup, selanjutnya guru akan meneruskannya kepada murid- muridnya.

c) Promosi kesehatan pada tempat kerja

Tempat kerja adalah tempat di mana orang dewasa memperoleh nafkah untuk kehidupan keluarganya, melalui produktivitas atau hasil kerjanya. Selama lebih kurang 8 jam perhari para pekerja ini menghabiskan waktunya untuk menjalankan aktivitasnya yang berisiko bagi kesehatannya.

Memang risiko yang ditanggung oleh masing-masing pekerja ini berbeda satu sama lainnya, tergantung pada lingkungan kerja masing-masing karyawan tersebut. Oleh sebab itu, promosi kesehatan di tempat kerja ini dapat dilakukan oleh pimpinan perusahaan atau tempat kerja dengan memfasilitasi tempat kerja yang kondusif bagi perilaku sehat bagi karyawan atau pekerjanya, misalnya tersedianya air bersih, tempat pembuangan kotoran, tempat sampah, kantin ruang tempat istirahat, dan sebagainya.

Apabila perusahaan itu menempatkan karyawan di tempat proses produksi, misalnya pabrik, maka harus menyediakan bagi karyawannya alat-alat pelindung, seperti: masker, sarung tangan, sepatu khusus, topi atau helm, dan sebagainya. Lebih dari itu, perusahaan harus menyediakan unit K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja). Pemasangan poster yang berisi pesan-pesan untuk menghindari kecelakaan kerja, dan penyediaan selebaran atau leaflet untuk menjaga keselamatan dan kesehatan kerja, juga merupakan bentuk promosi kesehatan.

- d) Promosi kesehatan di tempat-tempat umum (TTU) Seperti telah diuraikan di depan, bahwa yang dimaksud dengan tempat-tempat umum adalah tempat di mana orang-orang berkumpul pada waktu-waktu tertentu, misalnya: pasar, terminal bus, stasiun kereta api, bandara, mall, dan

sebagainya. Di tempat-tempat umum juga perlu dilaksanakan promosi kesehatan dengan menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya, misalnya tersedianya tempat sampah, tempat cuci tangan, tempat pembuangan air kotor, ruang tunggu bagi perokok dan non-perokok, kantin, dan sebagainya. Pemasangan poster, penyediaan leaflet atau selebaran yang berisi cara-cara menjaga kesehatan atau kebersihan adalah juga merupakan bentuk promosi kesehatan.

e) Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan

Tempat-tempat pelayanan kesehatan, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, tempat praktik dokter, dan sebagainya, adalah tempat yang paling strategis untuk promosi kesehatan. Sebab pada saat orang baru sakit, atau keluarganya sakit, maka mereka ini akan lebih peka terhadap informasi-informasi kesehatan terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatannya/ penyakitnya, atau masalah kesehatan keluarganya. Dengan perkataan lain, mereka akan mudah menerima informasi, bahkan berperilaku yang terkait dengan kesehatannya, misalnya mematuhi anjuran-anjuran dari dokter, perawat, dan petugas kesehatan yang lain.

Pelaksanaan promosi kesehatan di institusi

pelayanan kesehatan ini dapat dilakukan baik secara individual oleh para petugas kesehatan kepada para pasien atau keluarga pasien, atau dapat dilakukan terhadap kelompok-kelompok, misalnya kelompok penderita penyakit tertentu. Promosi kesehatan juga dapat dilakukan secara massal, yakni seluruh pengunjung institusi pelayanan kesehatan tersebut. Contoh, di beberapa rumah sakit terkemuka terutama di luar negeri, menyediakan leaflet atau selebaran-selebaran yang berisi informasi-informasi tentang penyakit- penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan cara pencegahan serta perawatannya.



BAB VII

ADVOCACY

(DALAM

PROMOSI/PENDIDIKAN KESEHATAN)

A. Pendahuluan

Istilah advocacy (advokasi) mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertama kali oleh WHO pada tahun 1984, sebagai salah satu strategi global pendidikan atau promosi kesehatan. WHO memutuskan, bahwa dalam mewujudkan visi dan misi pendidikan/promosi kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok, yakni: a) advocacy (advokasi). b) social support (dukungan sosial), dan

c) empowerment (pemberdayaan masyarakat). Strategi global ini maksudkan bahwa, dalam pelaksanaan suatu program kesehatan di dalam masyarakat, maka langkah yang diambil adalah sebagai berikut.

1. Melakukan pendekatan atau lobbying dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka ini menerima dan ada komitmen, akhirnya mereka bersedia mengeluarkan kebijakan, atau keputusan-keputusan untuk membantu atau mendukung program tersebut. Kegiatan inilah yang disebut advokasi. Dalam pendidikan kesehatan para pembuat keputusan, baik di tingkat pusat maupun daerah, disebut sasaran tersier.
2. Langkah selanjutnya adalah melakukan pendekatan dan pelatihan-pelatihan kepada para tokoh masyarakat

setempat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat setempat mempunyai kemampuan seperti yang diharapkan program, dan selanjutnya dapat membantu menyebarkan informasi program atau melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Satu hal yang lebih penting lagi adalah agar para tokoh berperilaku positif, yang dapat dipacu atau dicontoh oleh masyarakat. Kegiatan ini lah yang disebut dukungan sosial (social support). Para tokoh masyarakat ini, baik di tingkat pusat maupun daerah, baik formal maupun informal, merupakan sasaran sekunder pendidikan kesehatan.

3. Selanjutnya petugas kesehatan bersama-sama tokoh masyarakat melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, konseling, dan sebagainya, melalui berbagai kesempatan dan media. Tujuan kegiatan ini antara lain meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Dengan kata lain memampukan atau memberdayakan masyarakat dalam kesehatan. Oleh sebab itu kegiatan ini disebut pemberdayaan atau empowerment. Masyarakat umum yang menjadi sasaran utama dalam setiap program kesehatan ini disebut sasaran primer.

Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (approaches) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu yang menjadi sasaran

atau target advocacy ini adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja, baik di lingkungan pemerintah maupun swasta, dan organisasi kemasyarakatan. Dari segi komunikasi advocacy adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun masa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (policy makers) atau para pembuat keputusan (decision makers) pada semua tingkat dan tatanan sosial. Di sektor kesehatan dalam konteks pembangunan nasional sasaran advocacy adalah pimpinan eksekutif termasuk presidens dan para pemimpin sektor lain yang terkait dengan kesehatan, dan lembaga legislatif.

Secara operasional "advocacy is a combination of individual and social action designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and systems support for particular health goal or programme " (WHO, 1989). Such action may be taken by and or on behalf of individual and groups to create living conditions which are conducive to health and the achievement of healthy life style.

Di negara-negara berkembang khususnya, strategi advocacy sangat diperlukan karena masalah kesehatan di negara-negara ini belum memperoleh perhatian secara proporsional dari sektor-sektor lain di luar kesehatan, baik pemerintah maupun swasta. Padahal masalah kesehatan ditimbulkan oleh dampak pembangunan sektor lain. Untuk meningkatkan perhatian dan komitmen pembuat keputusan dari sektor-sektor ini maka diperlukan advocacy. Demikian pula strategi empowerment juga sangat diperlukan di negara-negara berkembang mengingat masyarakat di negara-negara

berkembang pada umumnya masih jauh dari kemauan dan kemampuannya dalam, mencapai derajat kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dari segala aspek kehidupan masyarakat pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat mau dan mampu mencapai derajat kesehatan seoptimal mungkin. Untuk memperoleh hasil yang maksimal, komunikasi sangat diperlukan di dalam proses advocacy maupun empowerment ini.

Di dalam bab ini akan dibahas prinsip-prinsip, advokasi, komunikasi, dan indikator-indikator advokasi.

B. Prinsip-Prinsip Advokasi

Uraian di atas menunjukkan bahwa advocacy mempunyai dimensi yang sangat luas dan komprehensif sekali. Advocacy bukan sekedar melakukan lobi-lobi politik, tetapi mencakup kegiatan persuasif, membedakan semangat, dan bahkan sampai memberikan tekanan kepada para pimpinan institusi. *Advocacy* tidak hanya dilakukan oleh individu, tetapi juga oleh kelompok/organisasi, maupun masyarakat. Tujuan utama advocacy adalah to encourage public policies that are supportive to health.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan sosial, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan adanya sistem yang mendukung terhadap suatu program atau kegiatan. Tujuan advocacy ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan atau pendekatan, dan untuk melakukan kegiatan advocacy

yang efektif memerlukan argumen yang kuat. Oleh sebab itu prinsip-prinsip advocacy ini akan membahas tentang tujuan, kegiatan dan agumentasiargumentasi advocacy.

1. Tujuan Advokasi

Dari batasan *advocacy* di atas, secara inklusif terkandung tujuan-tujuan *advocacy*, yakni: *political comitment, policy support, social acceptance, and system support*.

a. *Political comitment*

Adalah komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di tingkat dan di sektor manapun terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan permasalahan kesehatan tersebut. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjalan. Oleh sebab itu pembangunan di sektor kesehatan juga tidak terlepas dari kondisi dan situasi politik pada saat ini. Baik kekuasaan eksekutif maupun legislatif di negara manapun ditentukan oleh proses politik terutama hasil pemeliharaan umum pada waktu yang lampau. Sebera jauh komitmen politik para eksekutif dan legislatif terhadap masalah kesehatan masyarakat ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah-masalah kesehatan.

Demikian Pula seberapa jauh mereka mengalokasikan anggaran pembangunan nasional bagi pembangunan sektor kesehatan juga tergantung pada cara Pandang dan kepedulian (concern) mereka terhadap kesehatan dalam konteks pambangunan nasional. Oleh

sebab itu untuk meningkatkan komitmen para eksekutif dan legislatif terhadap kesehatan perlu advocacy kepada mereka ini. Komitmen politik ini dapat diwujudkan antara lain dengan pernyataan-pernyataan, baik secara lisan maupun tulisan, dari para pejabat eksekutif maupun legislatif mengenai dukungan atau persetujuan terhadap isu-isu kesehatan.

Misalnya pembahasan tentang naiknya anggaran untuk sektor kesehatan, pembahasan rencana undang-undang lingkungan oleh parlemen, dan sebagainya. Contoh konkrit di Indonesia antara lain: penancangan Pekan Imunisasi Nasional oleh presiden, penancangan atau penandatanganan deklarasi Indonesia Sehat 2010 oleh presiden. Hal ini semua merupakan keputusan politik yang harus didukung oleh semua pejabat lintas sektor di semua administrasi pemerintahan.

b. Policy support

Dukungan kongkrit yang diberikan oleh para pimpinan institusi di semua tingkat dan di semua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan di sektor kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dikeluarkannya kebijakan yang konkrit dari para pembuat keputusan tersebut. Oleh sebab itu setelah adanya komitmen politik dari para eksekutif maka perlu ditindaklanjuti dengan advocacy lagi agar dikeluarkan kebijakan untuk mendukung program yang telah memperoleh komitmen politik tersebut. Dukungan

kebijakan ini dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta, intruksi atau surat edaran dari para pemimpin lembaga/institusi, dan sebagainya. Misalnya kasus di Indonesia, dengan adanya komitmen politik tentang Indonesia Sehat 2010, maka jajaran Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial harus menindaklanjutinya dengan upaya memperoleh dukungan kebijakan dengan adanya PP, Kepres, termasuk juga kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang memadai, dan sebagainya.

c. Social acceptance

Adalah diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apapun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat. Oleh sebab itu apabila suatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat. Untuk sosialisasi program ini maka para petugas tingkat operasional atau lokal misalnya petugas divisi kesehatan kabupaten dan puskesmas mempunyai peranan yang sangat penting. Oleh sebab itu para petugas tersebut juga memerlukan kemampuan advocacy. Untuk petugas kesehatan tingkat distrik, sasaran advocacy adalah

kepala distrik, parlemen distrik, pejabat lintas sektor di tingkat distrik, dan sebagainya.

2. Kegiatan-Kegiatan Advokasi

Telah diuraikan di atas bahwa tujuan utama advokasi di sektor kesehatan adalah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan di segala tingkat. Komitmen dan dukungan kebijakan tersebut dapat terwujud di dalam 2 hal pokok, yakni dalam bentuk software (perangkat lunak) dan hardware (perangkat keras). Komitmen dan dukungan kebijakan dalam bentuk software misalnya: undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah (Perch), keputusan presidens, surat keputusan dari pimpinan institusi dan sebagainya yang mendukung terhadap, program kesehatan. Sedangkan komitmen dalam bentuk hardware antara, lain meningkatnya anggaran untuk kesehatan atau dana, dilengkapinya saran dan prasarana atau fasilitas kesehatan. Cara atau bentuk-bentuk advocacy untuk mencapai tujuan itu semua bermacam- macam, antara lain.

a. *Lobi politik (political lobbying)*

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal kepada para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Tahap pertama lobi ini adalah: petugas kesehatan menyampaikan keseriusan masalah kesehatan yang dihadapi di wilayah kerjanya, dan dampaknya terhadap kehidupan masyarakat. Kemudian disampaikan

alternatif terbaik untuk memecahkan atau menanggulangi masalah tersebut. Dalam lobi ini perlu dibawa atau ditunjukkan data yang akurat (evidence-based) tentang masalah kesehatan tersebut kepada pejabat yang bersangkutan.

b. Seminar dan atau presentasi

Seminar atau presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektor. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian masalah tersebut dibahas bersama-sama, yang akhirnya diharapkan akan diperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.

c. Media

Advokasi media (media advocacy) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media khususnya media massa. Melalui media cetak maupun media elektronik permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat, dan sebagainya. Seperti kita ketahui bersama bahwa media massa mempunyai kemampuan yang kuat untuk membentuk opini publik (public opinion), yang dapat mempengaruhi bahkan merupakan tekanan (pressure) terhadap para penentu kebijakan dan para pengambil keputusan. Contoh pada waktu diberlakukan undangundang lalu lintas di

Indonesia, khususnya yang berhubungan dengan penggunaan sabuk pengaman pada mobil, muncul berbagai tanggapan masyarakat baik yang pro maupun yang kontra. Pro dan kontra dalam bentuk demonstrasi, seminar, diskusi, dan sebagainya terhadap masalah ini diungkapkan melalui media massa, baik melalui koran, televisi maupun radio. Akhirnya pembuat keputusan, dalam hal ini departemen perhubungan menunda terlebih dahulu ketentuan penggunaan sabuk pengaman tersebut.

d. Perkumpulan (asosiasi) peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi adalah juga merupakan bentuk advokasi. Contoh kelompok masyarakat peduli AIDS adalah kumpulan orang-orang yang peduli terhadap masalah HIV/AIDS yang melanda masyarakat. Kemudian kelompok ini melakukan kegiatan-kegiatan untuk menanggulangi HIV/AIDS. Kegiatan-kegiatan ini, di samping ikut berpartisipasi dalam penanggulangan masalah tersebut, juga memberikan dampak terhadap kebijakan-kebijakan yang diambil para birokrat di Keperawatan kesehatan dan para pejabat lain untuk peduli terhadap HIV/AIDS.

Di dalam praktek kesehatan masyarakat, semua petugas kesehatan seharusnya mempunyai tanggung jawab kegiatan advokasi ini. Artinya baik para pengelola maupun pelaksana program kesehatan, baik tingkat pusat, propinsi, distrik, maupun kecamatan harus melakukan advokasi terhadap para

pejabat lintas sektor, utamanya kepada pejabat pemda setempat (local government).

3. Argumentasi Untuk Advokasi

Secara sederhana advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sehingga mereka memberikan dukungan, baik kebijakan, fasilitas maupun dana terhadap program yang ditawarkan. Meyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, tetapi memerlukan argumentasi yang kuat. Dengan perkataan lain, berhasil atau tidaknya advokasi dipengaruhi oleh kuat atau tidaknya kita mampu melakukan argumentasi. Di bawah ini ada beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi.

a. *Credible*

Artinya program yang kita tawarkan atau ajukan itu harus meyakinkan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Agar program tersebut dapat meyakinkan harus didukung dengan data, dan sumber yang dapat dipercaya. Hal ini berarti bahwa program yang diajukan tersebut harus didasari dengan permasalahan yang utama dan faktual, artinya masalah tersebut memang ditemukan di lapangan dan pening untuk segera ditangani. Kalau tidak segera ditangani akan membawa dampak yang lebih besar bagi masyarakat. Oleh sebab itu sebaiknya sebelum program itu diajukan harus dilakukan kajian lapangan, jangan hanya berdasarkan data atau laporan

yang tersedia, yang kadangkadang tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan. Survei cepat adalah metode yang cepat dan tepat untuk memperoleh data yang akurat sebagai dasar untuk menyusun program.

b. Feasible

Artinya program yang diajukan tersebut baik secara teknik, politik, maupun ekonomi dimungkinkan atau layak. Layak secara teknik (feasible) artinya program tersebut dapat dilaksanakan, petugas mempunyai kemampuan yang cukup, sarana dan prasarana pendukung tersedia. Layak secara politik artinya program tersebut tidak akan membawa dampak politik pada masyarakat. Sedangkan layak secara ekonomi artinya didukung oleh dana yang cukup, dan apabila program tersebut adalah program pelayanan, masyarakat mampu membayarnya.

c. Relevant

Artinya program yang diajukan tersebut paling tidak harus mencakup 2 kriteria, yakni: memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar-benar dapat memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat. Semua pejabat di semua sektor setuju bahwa tugas mereka adalah menyelenggarakan pelayanan masyarakat untuk mencapai kesejahteraan. Oleh sebab itu semua program yang benar-benar relevan, dalam arti dapat membantu pemecahan masalah masyarakat dan memenuhi kebutuhan masyarakat sudah barang tentu akan didukung.

d. Urgent

Artinya program yang diajukan tersebut harus mempunyai urgensi yang tinggi dan harus segera dilaksanakan kalau tidak, akan menimbulkan masalah yang lebih besar lagi. Oleh sebab itu program alternatif yang diajukan adalah yang paling baik diantara alternatif alternatif yang lain.

e. High Priority

Artinya program yang diajukan tersebut harus mempunyai prioritas yang tinggi. Agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan menilai bahwa program tersebut mempunyai prioritas tinggi, diperlukan analisis yang cermat, baik terhadap masalahnya sendiri, maupun terhadap alternatif pemecahan masalah atau program yang akan diajukan. Hal ini terkait dengan argumentasi sebelumnya, yakni program mempunyai prioritas tinggi apabila feasible baik secara teknis, politik maupun ekonomi, relevan dengan kebutuhan masyarakat, dan mampu memecahkan permasalahan masyarakat.

Dari uraian singkat di atas dapat disimpulkan, bahwa apabila petugas kesehatan akan melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan atau pengambilan keputusan sebagai dukungan terhadap program kesehatan, program tersebut harus didukung dengan argumen yang kuat. Program akan mempunyai argumen kuat bila program tersebut disusun berdasarkan data yang akurat, layak secara teknis, politis, relevant, urgent, dan mempunyai prioritas yang tinggi.

C. Komunikasi dalam Advokasi

Uraian sebelumnya telah disebutkan bahwa advocacy adalah berkomunikasi dengan para pengambil keputusan atau penentu kebijakan. Oleh sebab itu advocacy di sektor kesehatan adalah komunikasi antara para pejabat atau petugas kesehatan di semua tingkat dan tatanan dengan para penentu kebijakan di tingkat atau tatanan tersebut. Dengan demikian maka sasaran komunikasi atau komunikannya secara struktural lebih tinggi daripada komunikator, atau paling tidak yang setingkat. Dengan perkataan lain arsitektur komunikasinya adalah vertikal ke atas dan horizontal. Dengan demikian maka bentuk komunikasi adalah lebih berat pada komunikasi interpersonal (interpersonal communication).

Keberhasilan komunikasi interpersonal dalam advocacy sangat ditentukan oleh efektivitas komunikasi para petugas kesehatan dengan para pembuat atau penentu kebijakan tersebut. Selanjutnya untuk menghasilkan komunikasi yang efektif diperlukan prakondisi antara lain sebagai berikut.

1. Atraksi Interpersonal

Atraksi interpersonal adalah daya tarik seseorang atau sikap positif pada seseorang yang memudahkan orang lain untuk berhubungan atau berkomunikasi dengannya. Para petugas kesehatan di semua tingkat dan tatanan, terutama para pejabatnya sebagai seorang komunikator dituntut mempunyai daya atraksi interpersonal ini.

Atraksi

interpersonal ini ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain sebagai berikut.

- a. Daya tarik tiap orang memang mempunyai daya tarik yang berbeda satu sama lain. Daya tarik ini sangat ditentukan oleh sikap dan perilaku orang terhadap orang lain. Oleh sebab itu daya tarik pun dapat dipelajari misalnya dengan membiasakan senyum kepada setiap orang, berpikir positif terhadap orang lain, dan menempatkan diri lebih rendah dan orang lain, meskipun mempunyai kedudukan sama, bahkan lebih tinggi.
- b. Percaya diri Percaya diri bukan berarti sombong, melainkan suatu perasaan bahwa ia mempunyai kemampuan atau menguasai ilmu atau pengalaman di Keperawatannya. Oleh sebab itu agar percaya diri ia harus mendalami pengetahuan teoritis dan memperoleh pengalaman lapangan tentang Keperawatannya, terutama program yang akan dikomunikasikan tersebut
- c. Kemampuan. Hal ini berkaitan dengan percaya diri. Orang yang mampu melakukan tugas-tugasnya, ia akan lebih percaya diri. Seorang kepala dinas kesehatan kabupaten akan efektif berkomunikasi dengan bupati atau pejabat yang lain apabila telah menunjukkan prestasinya dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan di wilayahnya.
- d. Familiarity. Petugas kesehatan yang sering muncul atau hadir dalam event tertentu, misalnya rapat,

pertemuan informal, seminar, dan sebagainya, akan lebih familiar, termasuk di kalangan pemda setempat dan bupati. Oleh sebab itu apabila akan melakukan lobbying, atau rowan dalam rangka advokasi akan mudah diterima, daripada pejabat yang jarang muncul di pertemuan-pertemuan tersebut.

- e. Kedekatan (proximity). Menjalिन hubungan baik atau kekeluargaan dengan para pejabat atau keluarga pejabat setempat adalah faktor yang penting untuk melakukan advocacy. Komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila dilakukan dengan orang-orang yang dekat dengan kita.

2. Perhatian

Sasaran komunikasi (komunikasikan) dalam advokasi adalah para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Para pembuat atau penentu kebijakan di semua tingkat dan tatanan, secara suuktural lebih tinggi atau Yang sederajat dengan petugas/pejabat kesehatan pada lingkup atau tatanan yang sama. Seperti telah disebutkan di atas tujuan utama advokasi adalah memperoleh komitmen atau dukungan kebijalcandari para pembuat keputusan. Untuk memberikan komitmen dan dukungan terhadap sesuatu pertama kali ia harus mempunyai perhatian terhadap sesuatu tersebut.

Berdasarkan teori psikologis ada dua faktor yang mempengaruhi perhatian seseorang, yakni faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang

berasal dari dalam diri orang itu sendiri. Faktor internal terdiri dari faktor biologis (biologis, seks), dan faktor sosiopsikologis (pengetahuan, sikap, motivasi, kebiasaan, kemauan, kebutuhan, dan sebagainya). Oleh sebab itu apabila kita akan melakukan advocacy atau berkomunikasi dengan para pejabat tersebut kita harus melaluinya dengan hal-hal yang berkaitan dengan minas, kebiasaan, atau kebutuhan mereka. Kebutuhan seorang pejabat pada umumnya telah sampai pada taraf kebutuhan yang paling tinggi, yakni aktualisasi diri (Abraham Maslow). Maka dengan memberi dukungan terhadap sektor kesehatan, Yang akan berdampak terhadap prestasi atau keberhasilan pembangunan di wilayahnya, dan akhirnya memperoleh penghargaan adalah merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri.

3. Intensitas Komunikasi

Pesan atau informasi yang akan disampaikan melalui proses komunikasi advokasi adalah program-program kesehatan yang akan dimintakan komitmen atau dukungannya dari para pembuat keputusan tersebut. Dalam komunikasi, pesan adalah faktor eksternal yang menarik perhatian komunikan (penerima pesan). Hal-hal yang menarik perhatian biasanya adalah sesuatu yang mempunyai sifat menonjol atau lain dari pada Yang lain. Pesan akan bersifat menonjol atau lain daripada yang lain bila intensitasnya tinggi, dan diulang-ulang. Oleh sebab itu agar komunikasi advokasi efektif, maka program yang

ingin didukung oleh pejabat, harus sering dikomunikasikan melalui berbagai kesempatan atau pertemuan, baik pertemuan formal maupun informal melalui seminar, dan sebagainya.

4. Visualisasi

Seperti telah disebutkan di atas, untuk memperoleh perhatian dari para pembuat atau penentu kebijakan, maka pesan-pesan atau program-program kesehatan yang kita tawarkan harus mempunyai intensitas tinggi. Di samping itu informasi atau pesan yang menarik perlu divisualisasi dalam media, khususnya media interpersonal. Media interpersonal yang paling efektif dalam rangka komunikasi advocacy adalah flip chard, booklet, slide atau video cassette. Pesan tersebut didasari fakta-fakta yang diilustrasikan melalui grafik, tabel, gambar, atau foto.

D. Indikator Advokasi

Advocacy adalah suatu kegiatan yang diharapkan akan menghasilkan suatu produk, yakni adanya komitmen politik dan dukungan kebijakan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Advocacy sebagai suatu kegiatan, sudah barang tentu mempunyai masukan (input) –proses keluaran (output). Oleh sebab itu apabila kita akan menilai keberhasilan advocacy, maka kita harus menilai tiga hal tersebut. Penilaian ketiga hal ini didasarkan pada indikator-indikator yang jelas. Di bawah ini akan diuraikan tentang evaluasi advokasi serta indikator-indikator evaluasi tentang 3 komponen tersebut.

1. Input

Input untuk kegiatan advocacy yang paling utama adalah orang (man) yang akan melakukan advocacy (advocator), dan bahan-bahan (material) yakni data atau informasi yang membantu atau mendukung argumen dalam advocacy. Indikator untuk mengevaluasi kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan advocacy sebagai input antara lain.

- a. Berapa kali petugas kesehatan, terutama para pejabat telah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang komunikasi, advokasi atau pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pengembangan kemampuan hubungan antarmanusia (human relation). Pada tingkat provinsi apakah kepala dinas, kepala sub dinas, atau kepala seksi telah memperoleh pelatihan tentang advocacy.
- b. Sebagai institusi, dinas kesehatan baik di tingkat provinsi maupun kabupaten juga mempunyai kewajiban untuk memfasilitasi para petugas kesehatan dengan kemampuan advocacy melalui pelatihan-pelatihan. Oleh sebab itu pelatihan advocacy yang diselenggarakan oleh pusat, dinas provinsi, maupun dinas kabupaten juga merupakan indikator input.
- c. Di samping input sumber daya manusia, evidence merupakan input yang sangat penting. Hasil-hasil studi, hasil surveillence, atau laporan-laporan yang menghasilkan data, diolah menjadi informasi, dan informasi dianalisis menjadi evidence. Evidence inilah yang kemudian dikemas dalam media khususnya media

interpersonal dan digunakan sebagai alas bantu untuk memperkuat argumentasi kita kepada para pengambil keputusan atau penentu kebijakan yang mendukung program kita. Jadi indikator untuk input ini adalah tersedianya data/ informasi levidence yang dikemas dalam bentuk buku, leaflet slide, flifhart, dan sebagainya tentang situasi dan masalah kesehatan di wilayah institusi yang bersangkutan.

2. Proses

Proses advokasi adalah kegiatan untuk melakukan advokasi, oleh sebab itu evaluasi proses advokasi harus sesuai dengan bentuk kegiatan advokasi tersebut. Dengan demikian maka indikator proses advokasi antara lain.

- a. Berapa kali melakukan lobyng dalam rangka memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan terhadap program yang terkait dengan kesehatan. Dengan siapa raja lobyng itu dilakukan.
- b. Berapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program-program pembangunan termasuk program kesehatan didaerahnya. Oleh siapa rapat tersebut diadakan, dan seberapa jauh program kesehatan dibahas dalam rapat tersebut.
- c. Berapa kali seminar atau lokakarya tentang masalah dan program-program kesehatan diadakan, dan mengundang sektor pembangunan yang terkait kesehatan.
- d. Berapa kali pejabat kesehatan menghadiri seminar atau lokakarya yang diadakan oleh sektor lain, dan membahas masalah dan program pembangunan yang terkait dengan

kesehatan.

- e. Seberapa, sering media lokal termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang kesehatan atau pembangunan yang terkait dengan masalah kesehatan.

3. Output

Keluaran atau output advokasi sektor kesehatan, dapat diklasifikasikan dalam dua bentuk, yakni: output dalam bentuk perangkat lunak (soft ware), dan output dalam bentuk perangkat keras (hardware).

Indikator output dalam bentuk perangkat lunak, adalah peraturan-peraturan atau undang-undang sebagai bentuk kebijakan atau perwujudan dari komitmen politik terhadap program-program kesehatan, misalnya:

- a. undang-undang
- b. peraturan pemerintah
- c. keputusan presiden, instruksi presiden (dulu)
- d. keputusan menteri atau dirjen
- e. peraturan daerah
- f. surat keputusan gubernur, bupati, atau camat, dan seterusnya.

Sedangkan indikator output dalam bentuk perangkat keras, antara lain:

- a. meningkatnya dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan
- b. tersedianya atau dibangunnya fasilitas, atau sarana pelayanan kesehatan seperti: rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dan sebagainya.

- c. dibangunnya atau tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya air bersih, jamban keluarga, atau jamban umum, tempat sampah, dan sebagainya
- d. dilengkapinya peralatan kesehatan, seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik, dan sebagainya.



BAB VIII

DASAR-DASAR PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

A. Pengertian Pemberdayaan

Menurut definisinya, pemberdayaan dapat diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat (miskin) untuk berpartisipasi, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengendalikan kelembagaan masyarakatnya secara bertanggung-gugat demi perbaikan kehidupannya. Pemberdayaan, dapat juga diartikan sebagai upaya untuk memberikan daya (empowerment) atau kekuatan (strength) kepada masyarakat.

Keberdayaan masyarakat, adalah unsur-unsur yang memungkinkan masyarakat mampu bertahan (survive) dan (dalam pengertian yang dinamis) mampu mengembangkan diri untuk mencapai tujuan-tujuannya. Karena itu, memberdayakan masyarakat merupakan upaya untuk (terus menerus) meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat "bawah" yang tidak mampu melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Dengan kata lain, memberdayakan masyarakat adalah meningkatkan kemampuan dan meningkatkan kemandirian masyarakat.

Empowerment atau pemberdayaan secara singkat dapat diartikan sebagai upaya untuk memberikan kesempatan dan kemampuan kepada kelompok miskin untuk bersuara (voice)

serta kemampuan dan hak untuk memilih (choice). Karena itu, pemberdayaan dapat diartikan sebagai proses terencana guna meningkatkan skalalupgrade utilitas dari obyek yang diberdayakan. Dasar pemikiran suatu obyek atau target group perlu diberdayakan karena obyek tersebut mempunyai keterbatasan, ketidakberdayaan, keterbelakangan dan kebodohan dari berbagai aspek. Oleh karenanya guna mengupayakan kesetaraan serta untuk mengurangi kesenjangan diperlukan upaya merevitalisasi untuk mengoptimalkan utilitas melalui penambahan nilai. Penambahan nilai ini dapat mencakup pada ruang Keperawatan aspek sosial, ekonomi, kesehatan, politik dan budaya.

Dalam dimensi kesehatan, pemberdayaan merupakan proses yang dilakukan oleh masyarakat (dengan atau tanpa campur-tangan "pihak luar") untuk memperbaiki kondisi lingkungan, sanitasi dan aspek lainnya yang secara langsung maupun tidak berpengaruh dalam kesehatan mereka.

B. Aspek Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat sebagaimana telah tersirat dalam definisi yang diberikan, ditinjau dari lingkup dan obyek pemberdayaan mencakup beberapa aspek, yaitu:

1. Peningkatan kepemilikan aset (sumber daya fisik dan finansial serta kemampuan (secara individual dan kelompok) untuk memanfaatkan aset tersebut demi perbaikan kehidupan mereka.

2. Hubungan antar individu dan kelompoknya, kaitannya dengan pemilikan aset dan kemampuan memanfaatkannya.
3. Pemberdayaan dan reformasi kelembagaan
4. Pengembangan jejaring dan kemitraan-kerja, baik di tingkat lokal, regional, maupun global.

C. Unsur-Unsur Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan sedikitnya 4 (empat) unsur pokok, yaitu:

1. Akses PPNI informasi, karena merupakan kekuasaan baru kaitannya dengan peluang, layanan, penegakan hukum, efektivitas negosiasi, dan akuntabilitas.
2. Keterlibatan atau partisipasi, yang menyangkut siapa yang dilibatkan dan bagaimana mereka terlibat dalam keseluruhan proses pembangunan.
3. Akuntabilitas, kaitannya dengan pertanggungjawaban publik atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatasnamakan rakyat.
4. Kapasitas organisasi lokal, kaitannya dengan kemampuan bekeada sama, mengorganisir warga masyarakat, serta memobilisasi sumber daya untuk memecahkan masalah-masalah yang mereka hadapi.

D. Syarat Tercapainya Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Untuk mencapai tujuan-tujuan pemberdayaan masyarakat terdapat tiga jalur kegiatan yang harus dilaksanakan, yaitu:

1. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang. Titik-tolaknya adalah pengenalan bahwa setiap manusia dan masyarakatnya memiliki potensi (daya) yang dapat dikembangkan.
2. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya itu, dengan mendorong, memberikan motivasi, dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya, serta berupaya untuk mengembangkannya.
3. Memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat (empowering).

Dalam rangka ini diperlukan langkah-langkah lebih positif dan nyata, penyediaan berbagai masukan (input), serta pembukaan akses kepada berbagai peluang yang akan membuat masyarakat menjadi makin dalam berdaya. memanfaatkan peluang. Memberdayakan mengandung pula arti melindungi, sehingga dalam proses pemberdayaan harus dicegah yang lemah agar tidak bertambah lemah.

E. Pengembangan Kapasitas dalam Pemberdayaan Masyarakat

Penguatan kapasitas adalah proses peningkatan kemampuan individu, kelompok, organisasi dan kelembagaan yang lain untuk memahami dan melaksanakan pembangunan dalam arti luas secara berkelanjutan.

Dalam pengertian tersebut, terkandung pemahaman bahwa :

1. Yang dimaksud dengan kapasitas adalah kemampuan (individu, kelompok, organisasi, dan kelembagaan yang lain untuk memahami dan melaksanakan pembangunan dalam arti luas secara berkelanjutan.
2. Kapasitas bukanlah sesuatu yang pasif, melainkan proses yang berkelanjutan.
3. Pengembangan kapasitas sumber daya manusia merupakan pusat pengembangan kapasitas.
4. Yang dimaksud dengan kelembagaan, tidak terbatas dalam arti sempit (kelompok, perkumpulan atau organisasi), tetapi juga dalam arti luas, menyangkut perilaku, nilai-nilai, dll.

Penguatan kapasitas untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat tersebut mencakup penguatan kapasitas setiap individu (warga masyarakat), kapasitas kelembagaan (organisasi dan nilai-nilai perilaku), dan kapasitas jejaring (networking) dengan lembaga lain dan interaksi dengan system yang lebih luas.

F. Metoda dalam Pemberdayaan Masyarakat

Kegiatan pemberdayaan masyarakat, merupakan kesatuan proses yang berkelanjutan, melalui kegiatan "kaji-tindak yang partisipatif (participatory action research/PAR). Yang dimaksud dengan PAR di sini, bukanlah suatu "proyek" yang melibatkan partisipasi masyarakat, melainkan lebih bernuansa filosofis untuk memberikan kesempatan dan kepercayaan terhadap kemampuan dan kemauan masyarakat untuk melaksanakan pembangunan di wilayahnya sendiri dan

bagi kepentingan peningkatan kesejahteraan masyarakatnya sendiri dan bagi kepentingan peningkatan kesejahteraan masyarakatnya sendiri, sesuai dengan kebutuhan potensi yang mereka miliki sendiri, melalui kegiatan aksi dan refleksi yang berkelanjutan.



BAB IX

PERUBAHAN PRILAKU

Definisi

Perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentang yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dsb.

Menurut kelman ada 3 cara perubahan perilaku yaitu:

- Perubahan perilaku karena terpaksa (compliance)
- Perubahan perilaku karena meniru (identification)
 - Perubahan perilaku karena menghayati manfaatnya (internalization)

Perubahan perilaku karena terpaksa (compliance)

Pada compliance ini, individu merubah perilakunya karena mengharapkan akan:

- memperoleh imbalan, baik materi ataupun non materi
 - contoh imbalan materi :
ibu-ibu yang tadinya tidak mau pemeriksaan kesehatan, kemudian pemeriksaan kesehatan karena ada peraturan yang mengatakan bahwa bagi ibu-ibu yang memeriksakan kesehatan akan memperoleh hak kesehatan dapat keringanan harga jika berbelanja di pasar swalayan (bagi ibu-ibu yang tinggal di kota besar).

- contoh imbalan non materi :
ibu-ibu yang memeriksakan kesehatan akan mendapat penghargaan dari presiden. Pernyataan seperti ini juga akan mendorong ibu-ibu untuk pemeriksaan kesehatan.

Perubahan perilaku karena meniru (identification)

Pada cara ini, individu merubah perilakunya karena ingin disamakan dengan seseorang yang dikaguminya. Misal: kalau anak-anak dianjurkan gosok gigi setiap akan tidur malam harinya, dan anjuran ini dituangkan dalam bentuk poster yang melukiskan seorang bintang kecil terkenal, yang sedang gosok gigi, maka anak-anak akan cepat mengikuti anjuran tersebut, karena mereka ingin dipersamakan dengan bintang kecil tersebut. Disini juga perubahan tidak mendasar hingga tidak lestari.

Perubahan perilaku karena menghayati manfaatnya (internalization)

Pada cara ini, perubahan benar-benar mendasar, artinya benar-benar menjadi bagian hidupnya. Karena itu perubahan melalui cara ini umumnya lestari. Perubahan seperti inilah yang diharapkan akan dicapai melalui pendidikan kesehatan alias penyuluhan kesehatan.



BAB X

DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

A. Konsep Umum

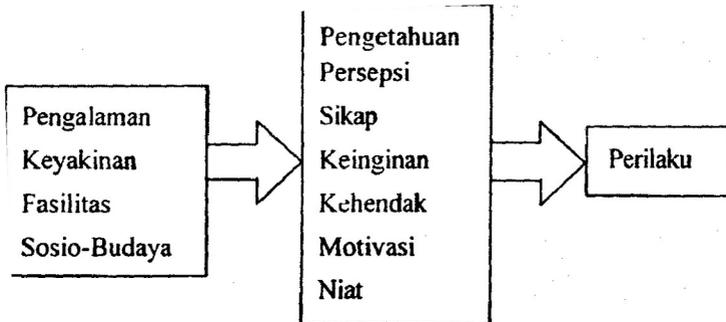
Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat diilustrasikan seperti gambar pada.

Di samping asumsi-asumsi tersebut, ada beberapa asumsi lain, antara lain asumsi yang mendasarkan kepada

teori kepribadian dari Spranger. Spranger membagi kepribadian manusia itu menjadi 6 macam nilai kebudayaan.

Asumsi Determinan Perilaku Manusia



Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Selanjutnya kepribadian tersebut akan menentukan pola dasar perilaku manusia yang bersangkutan. Hal ini telah diuraikan pada bab sebelumnya.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (1980), Snehandu B Kar (1983), dan WHO (1984).

1. Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau

terbentuk dari 3 faktor.

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$\mathbf{B} = \mathbf{f}(\mathbf{PF}, \mathbf{EF}, \mathbf{RF})$$

dimana:

B = Behavior

PF = Predisposing factors

EF = Enabling factors

RF = Reinforcing factors

f = fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap

kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di posyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (predisposing factors). Tetapi barangkali juga karena rumahnya jauh dengan posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (enabling factors). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (reinforcing factors).

2. Teori Snehandu B.Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik-tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- a) niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*)
- b) dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*sosial-support*)
- c) adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)
- d) otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*)
- e) situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\mathbf{B = f (BI, SS, AL, PA, AS)}$$

di mana:

B = Behavior

f = Fungsi

BI = Behavior intention

SS = Sosial support

AI = Accesability of Information

PA = Personal Autonomy

AS = Action situation

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku/tidak bertindak. Seorang ibu yang tidak mau ikut perawatan kesehatan, mungkin karena ia tidak ada minat dan niat terhadap perawatan kesehatan (behavior intention), atau barangkali juga karena tidak ada dukungan dari masyarakat sekitarnya (sosial support). Mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi yang kuat tentang perawatan kesehatan (accesability of information), atau mungkin ia tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan, misalnya harus tunduk kepada suaminya, mertuanya atau orang lain yang ia segani (personal autonomy). Faktor lain yang mungkin menyebabkan ibu ini tidak ikut perawatan

kesehatan adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan (action situation).

3. Teori WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok.

Pemikiran dan perasaan (thoughts and feeling), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

a. Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa apa itu panas adalah setelah memperoleh pengalaman tangan atau kakinya kena api dan terasa panas. Seorang ibu akan mengimunitasikan anaknya setelah melihat anak tetangganya kena penyakit polio sehingga cacat karena anak tersebut belum pernah memperoleh imunisasi polio.

b. Kepercayaan

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Misalnya wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

c. Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang

terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain.

1. Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu. Misalnya, seorang ibu yang anaknya sakit, segera ingin membawanya ke puskesmas, tetapi pada saat itu tidak mempunyai uang sepersenpun sehingga ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.
2. Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain. Seorang ibu tidak mau membawa anaknya yang sakit keras ke rumah sakit, meskipun ia mempunyai Sikap yang positif terhadap RS, sebab ia teringat akan anak tetangganya yang meninggal setelah beberapa hari di RS.
3. Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami pendarahan. Meskipun sikapnya sudah positif terhadap KB, tetapi ia kemudian tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasepsi apapun.
4. Nilai (value)
Di dalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku

nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat. Misalnya, gotong-royong adalah suatu nilai yang selalu hidup di masyarakat.

d. orang penting sebagai referensi

Perilaku orang, lebih-lebih perilaku anak kecil, lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh. Untuk anak-anak sekolah misalnya, maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (reference group), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya.

e. Sumber-sumber daya (resources)

Sumber daya di sini mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber-sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif. Misalnya pelayanan puskesmas, dapat berpengaruh positif terhadap perilaku penggunaan puskesmas tetapi juga dapat berpengaruh sebaliknya.

f. Perilaku

Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (way of life) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini

terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia. Kebudayaan atau pola hidup masyarakat di sini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan di atas. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini.

Dari uraian tersebut di atas dapat dilihat bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu perilaku yang sama di antara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda-beda. Misalnya, alasan-alasan masyarakat tidak mau berobat ke puskesmas. Mungkin karena tidak percaya terhadap puskesmas, mungkin tidak punya uang untuk pergi ke puskesmas, mungkin takut pada dokternya, mungkin tidak tahu fungsinya puskesmas, dan lain sebagainya.

Secara sederhana dapat diilustrasikan sebagai berikut:

$$\mathbf{B = IF (TF, PR, R, C)}$$

di mana:

B = Behavior

f = fungsi

TF = Thoughts and feeling

PR = Personal reference

R = Resources

C = Culture

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat. Seseorang yang tidak mau membuat jamban keluarga, atau tidak mau buang air besardi jamban, mungkin karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan yang tidak enak kalau buang air besar di jamban (thought and feeling). Atau barangkali karena tokoh idolanya juga tidak membuat jamban keluarga sehingga tidak ada orang yang menjadi referensinya (personal reference). Faktor lain juga mungkin karena langkanya sumber-sumber yang diperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membuat jamban keluarga (resources). Faktor lain lagi mungkin karena kebudayaan (culture), bahwa jamban keluarga belum merupakan budaya masyarakat.

B. Beberapa Teori Perubahan Perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya. Banyak teori tentang perubahan perilaku ini, antara lain akan diuraikan di bawah ini.

1. Teori Stimulus Organisme (S - O - R)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab

terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisms. Artinya, kualitas dari sumber

komunikasi (sources), misalnya kredPPNilitas, kepemimpinan, gaya berbicara, sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, atau masyarakat.

Hosland, et al (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. timulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti di sini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
 - b. apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
 - c. setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
 - d. akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).
- Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat

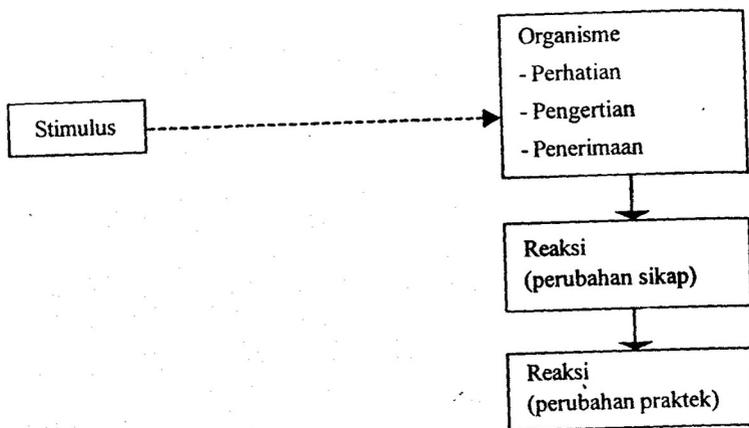
berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

Proses perubahan perilaku berdasarkan teori S - O - R ini dapat digambarkan sebagaimana yang terdapat pada halaman.

2. Teori Festinger (Dissonance Theory)

Teori dissonance (Cognitive dissonance theory) diajukan oleh Festinger (1957) ini telah banyak pengaruhnya dalam psikologi sosial.

Teori S - O - R



Teori ini sebenarnya sama dengan konsep imbalance

(tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan cognitive dissonance merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha, untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi keseimbangan dalam diri individu, maka berarti sudah terjadi ketegangan diri lagi, dan keadaan ini disebut consonance (keseimbangan).

Dissonance (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan. Yang dimaksud elemen kognisi adalah pengetahuan, pendapat atau keyakinan. Apabila individu menghadapi suatu stimulus atau objek, dan stimulus tersebut menimbulkan pendapat atau keyakinan yang berbeda/bertentangan di dalam diri individu itu sendiri maka terjadilah dissonance. Sherwood dan Borrow merumuskan dissonance itu sebagai berikut.

Rumus ini menjelaskan bahwa ketidakseimbangan dalam diri seseorang yang akan menyebabkan perubahan perilaku dikarenakan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama-sama pentingnya. Hal ini menimbulkan konflik pada diri individu tersebut.

$$\text{Dissonance} \propto \frac{\text{pentingnya stimulus} \times \text{jumlah kognitif} - \text{dissorance}}{\text{pentingnya stimulus} \times \text{jumlah kognitif} + \text{cossurance}}$$

Contohnya, seorang ibu rumah tangga yang bekerja di kantor. Di satu pihak, dengan bekerja ia dapat tambahan

pendapatan bagi keluarganya, yang akhirnya dapat memenuhi kebutuhan bagi keluarga dan anak-anaknya, termasuk kebutuhan makanan yang bergizi. Apabila ia tidak bekerja, jelas ia tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok keluarga. Di pihak lain, apabila ia bekerja, ia khawatir perawatan anak-anaknya akan menimbulkan masalah. Kedua elemen (argumentasi) ini sama-sama pentingnya, yakni rasa tanggung jawabnya sebagai ibu rumah tangga Yang baik.

Titik berat dari penyelesaian konflik ini adalah penyesuaian diri secara kognitif. Dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan Yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembali ini menunjukkan adanya perubahan sikap, dan akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Menurut Katz (1960) perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa:

- a. perilaku memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya.

Sebaliknya bila objek tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif. Misalnya, orang mau membuat jamban apabila jamban tersebut benar-benar sudah menjadi kebutuhannya.

- b. perilaku berfungsi sebagai defence mechanism atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya, dengan perilakunya, dengan tindakan-tindakannya, manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar. Misalnya, orang dapat menghindari penyakit demam berdarah, karena penyakit tersebut merupakan ancaman bagi dirinya.
- c. perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dalam perannya dengan tindakan itu seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari-hari tersebut seseorang melakukan keputus-keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan mengakibatkan tindakan-tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat. Misalnya, bila seseorang merasa sakit kepala, maka secara cepat, tanpa berpikir lama, ia akan bertindak untuk mengatasi rasa sakit tersebut dengan membeli obat di warung dan kemudian meminumnya, atau tindakan-tindakan lain.
- d. perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan

merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu perilaku itu dapat merupakan layar di mana segala ungkapan diri orang dapat dilihat. Misalnya orang yang sedang marah, senang, gusar, dan sebagainya dapat dilihat dari perilaku atau tindakannya.

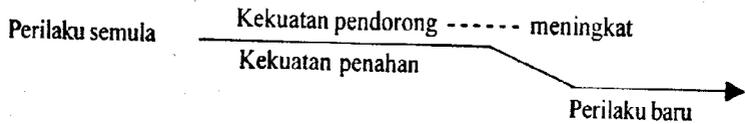
Teori fungsi ini berkeyakinan bahwa perilaku mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu di dalam kehidupan manusia perilaku itu tampak terus-menerus dan berubah secara relatif.

4. Teori Kurt Lewin

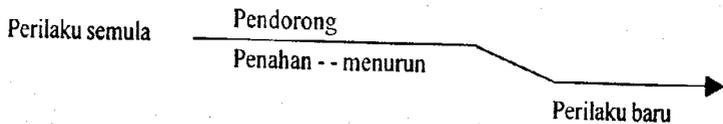
Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni.

- a. Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan. Misalnya, seseorang yang belum ikut KB (ada keseimbangan antara pentingnya mempunyai anak sedikit dengan kepercayaan banyak

anak banyak rezeki) dapat berubah perilakunya ber-KB, dinaikkan dengan penyuluhan-penyuluhan atau usaha-usaha lain.



- b. Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut. Misalnya pada contoh di atas. Dengan pemberian pengertian kepada orang tersebut bahwa banyak anak banyak rezeki adalah kepercayaan yang salah, maka kekuatan penahan tersebut melemah dan akan terjadi perubahan perilaku pada orang tersebut.



- c. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku. Seperti pada contoh di atas juga, penyuluhan KB yang memberikan pengertian terhadap orang tersebut tentang pentingnya ber-KB dan tidak benanya kepercayaan banyak anak banyak rezeki akan meningkatkan kekuatan pendorong, dan sekaligus menurunkan kekuatan penahan.

C. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai

dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga.

1. Perubahan Alamiah (Natural Change)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan. Misalnya, Bu Ani apabila sakit kepala (pusing) membuat ramuan daun-daunan yang ada di kebunnya. Tetapi karena perubahan kebutuhan hidup, maka daun-daunan untuk obat tersebut diganti dengan tanaman-tanaman untuk bahan makanan. Maka ketika ia sakit dengan tidak berpikir panjang lebar lagi Bu Ani berganti minum jamu buatan pabrik yang dapat dibeli di warung.

2. Perubahan Terencana (Planned Change)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, Pak Anwar adalah perokok berat. Karena pada suatu saat ia terserang batuk-batuk yang sangat mengganggu, maka ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali.

3. Kesiediaan untuk Berubah (Readiness to Change)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk

menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah (readiness to change) yang berbeda-beda.

Setiap orang di dalam suatu masyarakat mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda, meskipun kondisinya sama.

D. Strategi Perubahan Perilaku

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga.

1. Menggunakan Kekuatan/Kekuasaan atau Dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

2. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan,

cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

3. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua di atas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan-pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua tersebut dan jauh lebih baik dengan cara yang pertama. Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

BAB XI

ANALISA MASALAH KESEHATAN DAN PERILAKU

Dalam penyuluhan kesehatan kita membantu individu atau kelompok melaksanakan perilaku hidup sehat. Agar hal ini dapat berjalan dengan baik, kita perlu memahami benar tentang masalah kesehatan, perilaku, kaitan antara keduanya dan juga tentang berbagai hal yang berpengaruh terhadap masalah kesehatan dan perilaku tersebut. Ini dapat diketahui dengan mengadakan analisa masalah kesehatan dan perilaku melalui langkah-langkah berikut ini.

Analisa Masalah Kesehatan

1. Mengenal masalah kesehatan

- Tentukan masalah kesehatan yang akan dipecahkan.
- Kalau ada lebih dari satu masalah, tetapkan mana yang prioritas.

2. Mengenal penyebab masalah

- Penyebab masalah disini adalah yang bukan perilaku
- Misalnya : Malaria disebabkan oleh plasmodium. anemia gizi disebabkan oleh kurangnya zat besi dsb.

3. Mengenal sifat masalah

a. Beratnya masalah

- 1) Apakah banyak yang terkena masalah tersebut?
- 2) Bagaimana, akibat yang ditimbulkan : ringan saja, sakit berat, cacat atau mati dsb.

b. Luasnya masalah :

- 1) Apakah meluas di seluruh daerah?
- 2) Kelompok penduduk yang terkena?

c. Bermusimkah?

Pada waktu tertentu atau sepanjang tahun terus menerus?

4. *Mengenai epidemiologi masalah*

- Mengenal perkembangan terjauh dan meluasnya masalah

Misalnya:

Malaria

Banyak air tergenang → banyak nyamuk → menggigit dan menghisap darah orang yang sakit malaria → plasmodium masuk ke badan nyamuk → menggigit orang sehat sehingga tertular malaria dan seterusnya.

A. Analisa Perilaku

Untuk mengembangkan strategi penyuluhan kesehatan, perlu diadakan analisa. Analisa ini mencakup analisa masalah dan kebijaksanaan agar bisa diketahui situasi dan kondisi masalah yang dihadapi. Mengingat pusat perhatian penyuluhan kesehatan adalah perilaku, maka yang penting juga, malah yang paling penting, ialah analisa perilaku, agar bisa ditetapkan perilaku sasaran atau yang juga disebut Target behaviour.

Dalam memperoleh target behaviour, dikenal ada tiga langkah pokok yang bisa ditempuh, yaitu:

1. Identifikasi "perilaku ideal".
2. Penelitian Sederhana Terhadap "Doers" dan "Non-Doers". Identifikasi orang-orang (laki dan perempuan) yang saat ini mempraktekkan perilaku ideal disebut "doers" (perilaku saat ini = current behaviour) dan juga orang-orang (laki dan perempuan) yang tidak mempraktekannya, disebut "non-doers"
3. Memilih target behaviour.

Semua perilaku harus digambarkan secara jelas, Sederhana dan spesifik. Semua *kegiatan pokok* dalam berperilaku tersebut harus disebutkan.

Contoh: Dalam menggambarkan perilaku ideal berkaitan dengan pencegahan penyakit malaria, tidak cukup hanya menyebutkan: perilaku idealnya antara lain mencegah perkembangbiakan nyamuk. Perilaku mencegah perkembangbiakan nyamuk tersebut harus dilukiskan secara lebih spesifik, misalnya:

- Tahu bahwa nyamuk berkembang biak di air tergenang.
- Menimbun tempat-tempat air tergenang, atau mengalirkan airnya ke sungai, atau ke dalam resapan air.
- Menyiram dengan minyak tanah, atau genangan air besar, dapat diisi ikan kepala timah.

Itulah contoh kegiatan pokok/spesifik yang harus dikemukakan kalau melukiskan perilaku.

1) **Identifikasi Perilaku Ideal.**

- Pertama-tama mintalah Tim (terdiri dari orang-orang program, penyuluh kesehatan dan para ahli terkait) menentukan masalah prioritas yang dihadapi serta tujuan umum program penyuluhan untuk bisa memecahkan masalah tersebut. Sesudah itu mulailah menentukan perilaku ideal, yaitu tindakan spesifik yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan. Ini dapat diidentifikasi dari epidemiologi masalah dan dari kebijaksanaan. Masukkan perilaku ideal dalam suatu daftar.
- Daftar perilaku ideal tersebut akan menolong Tim menentukan *target sasaran*. Target sasaran ialah kelompok khusus dari orang-orang yang akan dicapai atau dipengaruhi melalui program yang kita kembangkan.
- Target sasaran sebaiknya dipecah berdasarkan jenis kelamin (pria dan wanita). Istilah-istilah umum seperti keluarga, pars guru, petani, orang-orang, dan lain-lain sejenis itu dapat mengaburkan apakah mereka pria atau wanita. Karena itu istilah-istilah tersebut di atas, sebaiknya jangan dipergunakan. Lebih baik secara langsung menyebut jenis kelanunnya sekalian, misal guru wanita, petani pria, dan sebagainya.
- Seperti sudah dikemukakan, perilaku harus spesifik. Mulailah selalu dengan kata kerja.
- Kalau ada beberapa perilaku ideal, kemukakan satu

persatu secara spesifik dan terpisah.

- Pernyataan-pernyataan harus spesifik. Hindarkan penggunaan istilah-istilah seperti meningkatkan, memperbaiki, bertindak benar, dan sebagainya.
- Pernyataan harus spesifik dan jelas juga, mana perilaku ideal untuk sasaran primer dan mana untuk sasaran sekunder.

2) Penelitian Sederhana Terhadap "Doers" dan "Non Doers"

Kalau sudah mengidentifikasi perilaku ideal, perlu dilakukan suatu penelitian sederhana terhadap target sasaran. Penelitian ini dilakukan dengan melibatkan sedikit orang (10- 15) yang melaksanakan perilaku ideal (- "doers") dan juga sejumlah kecil orang (10-15) yang tidak melaksanakan (= "non-doers"). "*Doers*" adalah yang melaksanakan perilaku ideal secara teratur (pria dan wanita). "Doers" sering disebut "*adopter*", sedangkan "*non-doers*" disebut "*non-adopter*".

Walaupun sasaran pria dan wanita mungkin tidak terlibat dalam melaksanakan perilaku ideal, melibatkan pria dan wanita dalam penelitian sederhana ini adalah penting, karena mungkin Baja pria dan wanita mempunyai kebutuhan dan pandangan yang berbeda mengenai masalah yang sedang ditangani. Ini penting nanti sebagai pertimbangan dalam mengembangkan strategi. Ualam melaksanakan penelitian semacam ini, misalnya dengan Focus Group Discssion, pria dan wanita perlu dipisahkan.

Kalau kita amati di lapangan, akan kita temukan bawa perilaku saat ini (*current behaviour*) itu ada yang sama

dengan perilaku ideal (*adopter*), dan ada pula yang tidak sama, malah bertentangan dengan ideal (*non adopter*). Current behaviour dapat diidentifikasi melalui observasi langsung, atau wawancara, baik langsung maupun tidak langsung. Current behaviour perlu juga dianalisa.

Ada kemungkinan kita tidak bisa menemukan orang--orang yang melaksanakan perilaku ideal berkaitan dengan masalah yang sedang ditangani. Dalam keadaan seperti itu kita bisa mengumpulkan sekelompok orang (5-10). Orang ini lalu diberi penyuluhan agar mau mempraktekkan perilaku ideal selama suatu kurun waktu tertentu, misalnya selama beberapa hari. Kemudian kita mengunjungi orang-orang ini lagi untuk mengamati perilaku yang sedang diterapkan, dan membahas dengan mereka, bagaimana mereka melakukan penyesuaian perilaku yang sedang diterapkan untuk memenuhi kebutuhan, kemampuan dan sumberdaya yang mereka miliki.

Penelitian semacam ini disebut suatu perilaku percobaan (*behavioral trial*).

Apa gunanya penelitian sederhana semacam ini? Melalui penelitian ini kita bisa mengetahui faktor-faktor khusus yang berpengaruh terhadap perilaku-perilaku tadi. Secara khusus, penelitian ini membantu untuk mengidentifikasi:

- Apa yang saat ini dilakukan oleh pria dan wanita berkaitan dengan perilaku ideal? Apa yang secara nyata mereka lakukan?
- Mengapa orang berperilaku demikian? Mengapa

kelompok orang-orang tersebut ("doers" dan non-doers") berbeda? Faktor-faktor apa yang paling berpengaruh terhadap "doers" untuk berperilaku ideal? Faktor apa pula yang mempengaruhi "non-doers" hingga tidak berperilaku ideal?

Semua ini akan membantu kita memilih perilaku sasaran (target behaviour) dan juga membantu dalam pengembangan strategi penyuluhan yang efektif.

3) Memilih Target Behaviour

Memilih sasaran perilaku (target behaviour) merupakan salah satu keputusan yang paling sulit tetapi penting yang harus dibuat oleh Tim. Biasanya anggota Tim ingin memilih terlalu banyak perilaku dan pesan dalam program. Hasilnya ialah sangat kecil dampaknya terhadap perubahan perilaku. Program penyuluhan yang berhasil ialah yang memfokus pada perilaku sasaran (target behaviour) yang terbatas jumlahnya. Dalam berusaha merubah perilaku, Tim harus berupaya Memperkecil jumlah perilaku ideal dan memilih target behaviour yang merupakan inti program.

Memilih target behaviour merupakan suatu proses eliminasi. Artinya, Tim menghilangkan perilaku yang tidak jelas dampaknya terhadap masalah yang sedang ditangani, atau tidak fisible dilaksanakan oleh target sasaran. Jadi daftar akhir dari target behaviour merupakan daftar perilaku ideal yang sudah sangat terpilih.

Selain proses eliminasi, memilih target behaviour juga merupakan suatu proses negosiasi. Artinya, untuk memilih target behaviour, Tim harus mengadakan negosiasi dan

pembahasan dengan target sasaran dari pemuka masyarakat lainnya yang terkait. Peranan penyuluh adalah sebagai fasilitator, yaitu memperlancar pembahasan dan berusaha agar setiap orang dapat berpartisipasi.

4) Skala Analisa Perilaku (The Behaviour Analysis Skale)

Skala analisa perilaku ialah alat (tool) untuk membantu memilih prioritas target behaviour. Perilaku ideal diukur dengan mempergunakan enam kriteria berikut:

- Mempunyai *potensi* untuk memberikan dampak terhadap masalah yang ditangani.

Apakah perilaku ideal benar-benar penting untuk bisa memberi dampak pada masalah yang dihadapi. Kalau orang berperilaku ini, apakah akan memberikan *dampak positif* atau menguntungkan terhadap program yang sedang ditangani. Dapatkah dampak itu diukur?

Tim juga harus membahas jika misalnya perilaku ideal tersebut memberi dampak negatif terhadap masalah.

Contoh: di suatu daerah, Tim mengidentifikasi bahwa masyarakat di sana hanya memanasi makanan keluarga satu kali sehari, ini untuk mengurangi pemakaian kayu bakar dan selanjutnya mengurangi pembabatan hutan. Namun, memanasi lagi makanan bayi waktu akan dimakan, adalah sangat penting karena bisa mengurangi kontaminasi yang menyebabkan diare. Mana yang dianggap lebih penting?

- Mudah dan tidak mahal (feasible).

Apakah perilaku ideal benar-benar mudah dan tidak

mahal untuk dilaksanakan?

- Perilaku yang menyerupai (approximation).

Apakah ada diantara perilaku yang, dilaksanakan saat ini (*current behaviour*) menyerupai perilaku ideal? Yang dimaksud dengan perilaku yang menyerupai (approximation) ialah kegiatan yang dilaksanakan saat ini yang serupa dengan perilaku ideal, tetapi tidak dilaksanakan secara benar, misalnya waktu, frekuensi dan lamanya tidak benar.

Suatu strategi penyuluhan yang efektif, dikembangkan atas dasar perilaku tersebut, dengan reinforcement terhadap perilaku yang sudah dilaksanakan secara benar dan memperbaiki yang salah.

- Cocok dengan Norma?

Apakah perilaku ideal cocok dengan norma sosial budaya setempat? Atau sesuai dengan kebiasaan setempat?

- Cost rendah.

Cost di sini bisa:

- Cost ekonomi: biaya, materi, dan lain-lain yang sejenis.
- Cost sosial: rasa malu, bangga, tenaga yang diperlukan, waktu yang diperlukan, rasa tidak puas, dan lain-lain yang sejenis.

- *Kompleks.*
 - Seberapa komplekskah perilaku ideal tersebut? Apakah bisa dipecah-pecah menjadi kegiatan yang lebih rinci dengan mudah? Seberapa banyak kira-kira pelatihan yang diperlukan agar orang-orang bisa berperilaku secara benar?

Suatu Perilaku akan Lebih Besar Kemungkinannya Diadopsi, Bila:

Perilaku yang akan diadopsi tersebut serupa dan cocok dengan apa yang sudah dilakukan orang-orang.

Perilaku itu sederhana, tidak ruwet.

Perilaku itu costnya rendah.

Perilaku itu memberikan dampak yang baik positif dalam waktu singkat, kepada pria maupun wanita.

Tim menggolong-golongkan masing-masing perilaku ideal dikaitkan dengan enam kriteria diatas. Dengan mempergunakan skala analisa di bawah ini maka kita akan memperoleh skor yang bisa membantu Tim melihat, perilaku ideal mana yang paling berpotensi bisa memberi dampak terhadap masalah yang sedang ditangani, yang mudah dan murah bagi orang-orang untuk dilaksanakan.

SKALA ANALISA PERILAKU POTENSI UNTUK BISA BERDAMPAK PADA MASALAH.

3. Memberi *dampak besar* pada masalah
2. Memberikan *dampak* pada masalah

1. *Tidak memberi dampak* pada masalah.

MUDAH DAN MURAH? (FEASPPNILITY).

3. Memberi hasil yang segera, positif dan cukup besar, yang bisa dilihat atau dirasakan oleh orang-orang yang melaksanakan perilaku yang disarankan.
2. Memberi hasil yang agak cepat, positif, yang bisa dilihat dan dirasakan oleh orang yang melaksanakan perilaku.
1. *Tidak memberi hasil yang cepat.*

PERILAKU YANG MENDEKATI (APPROXIMATION)?

3. *Sangat serupa* dengan apa yang dilakukan orang saat ini.
2. *Agak serupa*
1. *Sangat berbeda.*

KOMPLEKS?

3. *Sangat gampang* dilaksanakan dan tidak memerlukan banyak langkah dan latihan
2. *Agak gampang*
1. Memerlukan banyak langkah dan perlu banyak latihan (*tidak gampang*).

COST.

3. Costnya rendah dalam arti waktu, tenaga (energi), uang atau materi.
2. Perlu sejumlah *cost*.

1. Costnya tinggi.

MEMPERGUNAKAN BEHAVIOUR ANAIASIS SCALE UNTUK MEMILIH TARGET BEHAVIOUR DALAM SUATU PERTEMUAN

- Sajikan dan bahas hasil-hasil penelitian tentang sasaran, hingga semua anggota Tim yang ikut rapat mempunyai pengertian yang sama tentang persepsi, pengetahuan dan perilaku sasaran, serta mempunyai pemahaman yang sama pula tentang faktor-faktor yang mendukung perilaku.
- Tinjau kembali daftar ideal behaviour (perilaku ideal) dan tambahkan ke dalam daftar tersebut perilaku-perilaku yang patut dimasukkan karena merupakan perilaku yang benar, yang diiderraiikasi selama penelitian sasaran.
- Penggunaan Behaviour Analysis Scale.

Evaluasi setup perilaku ideal mengenai potensiya untuk bisa memberikan dampak terhadap masalah yang sedang ditangani. Untuk melakukan ini, minta anggota Tim menentukan skore 1-3 (seperti terlihat dalam Behaviour Analysis Scale). Biasanya ahli yang terkait yang memimpin diskusi dalam pembahasan ini, karena merekalah yang paling mengetahui, apa yang dapat diakibatkan oleh tiaptiap perilaku jika suatu perilaku ideal tidak besar pengaruhnya untuk bisa memberikan dampak, atau pengaruhnya kecil, maka hilangkan perilaku tersebut dari daftar perilaku.

 - Evaluasi setiap perilaku ideal mengenai feasPPNility-nya. Untuk melakukan ini mintalah anggota Tim

menentukan skor dari 1-3 untuk kriteria feasibility berdasarkan hasil penelitian apa yang diketahui, dipercaya dan dilakukan oleh "doers" dan "non-doers". Kalau skornya 1 hilangkan saja, berarti perilaku ini tidak feasible.

- Setiap perilaku dianalisa secara terpisah untuk pria dan wanita.

■ *Rundingkan perilaku-perilaku yang tidak feasible.*

Dalam beberapa hal, suatu perilaku sangat penting untuk mencapai tujuan, tetapi tidak feasible untuk sasaran. Dalam hal seperti itu, Tim harus mem bahas dan merundingkan apa sasaran bisa melaksanakan perilaku antara yang feasible untuk sasaran dan bisa memberi dampak terhadap masalah yang sedang ditangani. Biasanya masyarakat yang mengajukan usul, perilaku apa yang feasible bagi mereka. Ahli terkait yang menentukan apakah perilaku yang diusulkan itu bisa memberi dampak.

■ *Menentukan prioritas target behaviour.*

Kalau daftar target behaviour terlalu panjang untuk bisa dilaksanakan, Tim harus membahas dan menentukan prioritas, dan menentukan perilaku mana yang harus dilaksanakan dulu, dan mana yang bisa belakangan.

Cara menentukan prioritas:

- Mulailah dengan apa yang sudah dilakukan orang dengan benar:

Tinjau kembali skor-skor di Behaviour Analysis Scale dan pilihlah perilaku-perilaku yang skornya tinggi mengenai "approximations". Strategi penyuluhan akan

sangat berhasil kalau dikembangkan atas dasar apa yang orang, sudah lakukan dengan benar dan selanjutnya kita berikan imbalan dan *reinforcement*. Penelitian tentang perubahan perilaku menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap permintaan pertama yang kecil sifatnya akan meningkatkan kemungkinan kepatuhan terhadap permintaan selanjutnya, walaupun memerlukan upaya lebih besar. Jadi sukses menghasilkan sukses.

- *Urutan*

Review daftar perilaku-perilaku ideal dan susun lagi multi dari yang paling mullah dilaksanakan. Mulailah penyuluhan pada perilaku pertama.

- *Dampak terhadap titalalah.*

Beberapa perilaku mungkin lebih penting, dalam hal memberi dampak kepada masalah tertentu. Pusatkanlah perhatian pada perilaku yang penting tersebut terlebih dulu.

- *Keadaan politik.*

Dalam iklim politik tertentu, kita mungkin perlu memusatkan perhatian pada perilaku-perilaku yang secara politis penting atau yang bisa memberi respon terhadap isue-isue yang muncul di media massa.

B. Ringkasan

1. Ada 3 analisa perilaku, yaitu:

- a. Perilaku ideal (ideal behavior).
- b. Perilaku yang sekarang (current behavior).
- c. Perilaku yang diharapkan (expected & feasible

behavior).

2. Bagaimana menentukan perilaku-perilaku tersebut.

a. Perilaku ideal (ideal behavior)

Dapat diidentifikasi dari epidemiologi masalah yang sedang dianalisa dan kebijaksanaan, misalnya: perilaku ideal berkaitan dengan masalah malaria adalah:

- membuang air limbah di saluran pembuangan air limbah agar tidak menyebabkan genangan air yang menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk.
- memasang kasa kawat di rumah untuk mencegah nyamuk masuk rumah.
- tidur memakai kelambu dan atau obat anti nyamuk.
- minum obat pencegah malaria.

b. Perilaku sekarang (current behavior)

Ini dapat diidentifikasi dengan observasi dan wawancara di lapangan, mengkaitkannya dengan epidemiologi masalah yang dianalisa dan perilaku ideal.

c. Perilaku yang diharapkan (expected dan/atau feasible behavior)

- Perilaku ini diidentifikasi berdasarkan hasil analisa perilaku ideal, perilaku saat ini, dibahas dengan masyarakat dan pemuka masyarakat setempat, bersama Tim.

3. Analisa perilaku ideal (ideal behavior)

Dalam hal ini kita menganalisa faktor-faktor yang menyebabkan target sasaran menerima/menolak perilaku

ideal.

Faktor-faktor tersebut antara lain adalah:

- Dampak (impact) perilaku ideal terhadap masalah kesehatan.
- Hasilnya (outcome) berperilaku ideal.
- Perasaan (emotion) yang timbul dari berperilaku ideal.
- Cost: - Internal: rasa takut, malu, bingung.
- External: biaya, waktu yang diperlukan, perlengkapan yang diperlukan. Dukungan sosial (sosial support).
- Perasaan pribadi; misal rasa bangga, rasa malu dan lain-lain.
- Ketrampilan yang diperlukan.
- Rasa percaya (confidence) yang diperlukan. Perilaku- perilaku (competing behaviors) yang harus diikuti pula.
- Perilaku yang serupa (similar behavior). Frekuensi.
- Lamanya.
- Pengalaman mengenai pelayanan kesehatan. Pengetahuan.

4. Analisa cost-benefits (dari segi target sasaran) Cost:

External: waktu, dana, pelayanan, peralatan, norma.

Internal: rasa takut, bingung, malu, tidak nyaman, tenaga energy

Benefits: kesehatan yang lebih baik, menghemat waktu, perasaan enak, dsb.

5. Analisa tahap-tahap adopsi perilaku

- a. Awareness
- b. Pengetahuan (knowledge)

Mempertimbangkan (contemplation) Mempunyai niat (intention)

Tindakan (action)

Mempertahankan atau meneruskan tindakan (maintenance)

Meneruskan kepada orang lain (advocacy)

6. Menetapkan feasible behavior

Seperti dikemukakan di atas, feasible behavior ini ditetapkan berdasarkan hasil analisa perilaku ideal dan perilaku saat ini, dibahas bersama Tim.

7. Analisa Sumber Daya

Mengenal sumber daya yang diperlukan dan yang dapat dimanfaatkan untuk upaya perubahan perilaku tersebut.

Ini bisa bersumber dari

- Pemerintah
- Lembaga swadaya masyarakat (LSM) Swasta
- Masyarakat
- Lain-lain

8. Menetapkan pokok-pokok strategi perubahan perilaku untuk mencapai feasible behavior

Strategi yang mungkin dipakai harus meningkatkan keuntungan dan mengurangi cost

Contoh pokok-pokok strategi:

- Meningkatkan hasil yang positif yang bisa dilihat dalam waktu singkat:
 - Perasaan pribadi
 - Kenyamanan
- Mengurangi cost: Waktu, dana, energi, ketidaknyamanan, takut resiko, peralatan.
- Meningkatkan dukungan sosial: pemimpin keluarga
Mengambil manfaat dari perilaku yang serupa batasi frekuensi
- Batasi waktu (lamanya = duration)
- Kembangkan keterampilan
- Kembangkan rasa percaya
- Perbaiki pengalaman dengan pelayanan kesehatan
- Pahami dan singkirkan perilaku lain yang bersaing
- Siapkan pengetahuannya, perlengkapan yang diperlukan dan pelayanan yang ada.

Informasi yang diperoleh dari hasil analisa di atas akan merupakan bahan yang sangat penting sebagai dasar untuk mengembangkan strategi penyuluhan kesehatan. Jadi kegiatan selanjutnya harus mengacu pada informasi hasil analisa bab ini.

LEMBAR KERJA

I. ANALISA MASALAH KESEHATAN DAN PERILAKU

A. ANALISA MASALAH KESEHATAN

- 1. MENENTUKAN MASALAH KESEHATAN YANG AKAN DIPECAHKAN**

- 2. TENTUKAN PENYEBAB MASALAH (yang bukan perilaku)**

- 3. TENTUKAN SIFAT MASALAH**

- a. Beratnya**

b. Luasnya

c. Bermusim atau yang lain

4. TENTUKAN EPIDOMOLOGI

B. ANALISA MASALAH PERILAKU :

1. TENTUKAN PERILAKU IDEAL (Dijabarkan dalam tindakan-tindakan yang spesifik dan jelas)

2. TENTUKAN PERILAKU SEKARANG (dijabarkan dalam tindakan-tindakan yang spesifik dan jelas)

3. ANALISA FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PERILAKU IDEAL, antara lain :

- dampak terhadap masalah kesehatan
- Hasil dari melakukan perilaku
- Perasaan (emotion) yang timbul
- Ongkos dari melakukan (ekonomi maupun sosial)
- Dukungan sosial
- Harga diri
- Keterampilan yang dibutuhkan

4. ANALISA UNTUNG RUGI (dari persepsi sasaran)

misalnya :

- Rugi : - ekonomis (waktu, ongkos, pelayanan, peralatan)
 - Sosial (tenaga, takut, energi malu, norma, dll)
- Untung : merasa baik, kesehatan ditingkatkan, waktu tidak banyak dipergunakan untuk berobat, dll

Rugi :

Untung

- Mempunyai niat
- Tindakan
- Mempertahankan tindakan
- Meneruskan kepada orang lain

Rumusan :

7. SKALA ANALISA PERILAKU

- a. Dampak
- b. FeasPPNility
- c. Approximations
- d. Kompleks
- e. Cost

8. TENTUKAN PERILAKU YANG DIHARAPKAN (FEASIBLE) dijabarkan dalam tindakan-tindakan yang spesifik dan jelas.

9. ANALISA SUMBER DAYA

- Yang diperlukan untuk perilaku yang diharapkan
- Yang dapat dimanfaatkan untuk perilaku yang diharapkan

a. Dari Pemerintah

b. Dari Lembaga Swadaya Masyarakat

c. Dari Masyarakat

d. Lain-lain

10. TENTUKAN POKOK-POKOK STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU UNTUK MENCAPAI PERILAKU YANG DIHARAPKAN

SASARAN

Sesudah mengadakan analisa masalah kesehatan dan perilaku, langkah berikutnya ialah menetapkan sasaran. Di dalam penyuluhan, yang dimaksud dengan sasaran ialah Individu atau Kelompok Individu yang dituju oleh program penyuluhan. Sasaran ditetapkan berdasarkan hasil analisa masalah kesehatan dan perilaku yang dilakukan sebelumnya.

Agar lebih efektif, penyuluhan haruslah ditujukan kepada sasaran yang spesifik yaitu sasaran yang mempunyai ciri yang serupa dan berkaitan dengan masalah yang akan dipecahkan melalui penyuluhan. Sasaran yang spesifik seperti itu disebut Segmen Sasaran dan tindakan kita membagi-bagi sasaran menjadi Segmen-Segmen Sasaran disebut Segmentasi Sasaran.

Ada berbagai cara yang dilakukan untuk segmentasi sasaran. Yang banyak dipakai dewasa ini adalah sebagai berikut:

1. Sasaran Primer

Yang dimaksud dengan sasaran primer adalah individu atau kelompok yang

- a. Terkena masalah
- b. Diharapkan akan berperilaku seperti yang diharapkan

c. Akan memperoleh manfaat paling besar dari hasil perubahan perilaku

Seringkali sasaran primer masih dibagi-bagi lagi dalam beberapa segmen, sesuai keperluannya. Segmentasi ini bisa berdasarkan :

- Umur: remaja, wanita usia subur, usia lanjut dsb.
- Status sosial ekonomi : orang miskin, orang kaya Jenis kelamin (sex): pria, wanita
- Tahap perkembangan reproduksi: ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui dsb
- Pendidikan: yang buta huruf, tingkat SD, SLTP, SLTA, mahasiswa dsb
- Geografi: masyarakat pedesaan, perkotaan dsb
- Berdasarkan tingkat adopsi
- Dan lain-lain

2. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah individu atau kelompok individu yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer. Sasaran sekunder diharapkan mampu mendukung pesan-pesan yang disampaikan kepada sasaran primer.

3. Sasaran Tersier

Ini mencakup para pengambil keputusan, para penyandang dana, dll pihak yang berpengaruh.

Seperti halnya pada sasaran primer, sasaran sekunder dan tersier juga masih bisa dibagi lagi dalam segmen-segmen yang lebih kecil, misalnya berdasarkan :

- Tingkatannya: nasional, propinsi, kecamatan, desa,

keluarga dsb.

- Keperawatan g pengaruhnya: agama, politik, profesi dsb.

Dalam penyuluhan kesehatan kita mengenal bahwa penyuluhan kesehatan dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja. Tetapi pengalaman menunjukkan bahwa penyuluhan kesehatan akan lebih berhasil bila dilaksanakan di lingkungan tertentu, sesuai programnya. Lingkungan tersebut misalnya lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, lingkungan institusi kesehatan, lingkungan kerja, dsb. Hal ini berdasarkan pengertian bahwa penyuluhan akan berhasil kalau dilaksanakan tidak hanya kepada individunya, tetapi juga terhadap lingkungannya, agar menjadi lingkungan yang mendukung tercipta dan berlangsungnya perilaku hidup sehat. Lingkungan (tatanan=setting) yang dikemukakan di atas masih dapat dibagi lagi misalnya :

- Keluarga : daerah rural, urban dsb
- Sekolah : umum, agama. dsb
- TK, SD, SUP, SLTA, dsb
- Institusi kesehatan: rumah sakit, puskesmas dsb

Selanjutnya yang penting masih perlu diketahui dari segmen-segmen sasaran yang disebutkan di atas adalah situasi dan kondisi segmen sasaran tersebut yang sebagian dapat diambil dari hasil analisa masalah dan perilaku yang sudah dilaksanakan. Latar belakang segmen sasaran ini akan merupakan dasar yang penting untuk menentukan pesan, media, metoda dsb.

LEMBAR KEJA

II. MENETAPKAN SASARAN

1. SASARAN PRIMER (yang terkena masalah dan/ atau memperoleh manfaat yang paling besar), dengan segmen- segmen yang spesifik dan jelas.

a.

b.

c.

2. SASARAN SEKUNDER (Yang berpeangruh langsung atau disegani oleh sasaran primer) dengan segmen-segmen yang spesifik dan jelas)

a.

b.

c.

3. SASARAN TERSIER (Para pengambil keputusan, penyandang dana, atau berpengaruh) – dengan segmen-segmen yang spesifik dan jelas.

a.

b.

c.

III. TUJUAN

Tujuan ialah suatu pernyataan atau gambaran tentang suatu keadaan di masa datang yang akan dicapai melalui pelaksanaan kegiatan-kegiatan tertentu yang telah direncanakan.

Dalam program kesehatan kita dapat membedakan dua jenis tujuan yaitu :

1. Tujuan program kesehatan itu sendiri, yaitu tingkat kesehatan yang ingin dicapai.
2. Tujuan program penyuluhannya, yaitu perilaku yang diharapkan agar tingkat kesehatan yang ingin dicapai oleh program dapat tercapai. Contoh
 - a. Salah satu tujuan program gizi di Indonesia adalah mencegah terjadinya KKP pada anak.
 - b. Tujuan penyuluhan dari program ini antara lain adalah agar ibu-ibu balita menyusui bayi mereka sampai usia 2 tahun, dengan memberi makanan pendamping sesuai petunjuk.

Di sini yang kita bahas adalah tujuan penyuluhan. Ada berbagai cara membagi tujuan penyuluhan tersebut.

Dalam pembahasan ini kita akan mengikuti cara pembagian tujuan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus, karena lebih praktis.

Tujuan Umum

Tujuan umum penyuluhan kesehatan ialah terciptanya perilaku hidup sehat di kalangan masyarakat serta berperan

serta dalam pembunguan kesehatan.

Tentu saja tujuan di sini harus dikaitkan dengan tujuan program yang akan dikembangkan penyuluhannya.

Misalnya :

- Program Anti Merokok tujuannya ialah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat merokok.

Tujuan umum penyuluhannya ialah terciptanya perilaku tidak merokok dan berperanserta dalam Program Anti Merokok.

Tujuan Khusus

Tujuan Khusus memberikan penjelasan yang lebih rinci tentang hal-hal yang dikemukakan dalam tujuan umum. Tujuan Khusus haruslah dikembangkan untuk kelompok sasaran atau segmen sasaran tertentu.

Tujuan Khusus harus menjawab pertanyaan: *"siapa diharapkan mencapai seberapa banyak kondisi apa. kapan dan; dimana".*

Siapa: Sudah dikemukakan di atas, bahwa tujuan khusus dikembangkan untuk segmen sasaran tertentu. Dengan demikian jelas siapa orang-orang yang diharapkan mencapai kondisi yang diharapkan.

Apa: Kondisi yang ingin dicapai, yaitu apakah Peningkatan pengetahuan Sikap yang mendukung perilaku tertentu (perilaku sehat)

- Norma yang mendukung,

- Kebijakan atau peraturan yang mendukung.

Dan lain-lain

Seberapa banyak: Tingkat atau besarnya kondisi yang ingin dicapai, misalnya : meningkat 20%, dsb.

Kapan: Waktu, saat kondisi yang diinginkan akan tercapai, misalnya : satu tahun dari sekarang, pada akhir tahun ke dua Repelita VI.

Dimana: Lokasi, dimana kondisi yang diinginkan akan terjadi.

Jadi secara umum dapat dikatakan bahwa tujuan itu harus :

- realistis, artinya bisa dicapai, bukan hanya angan-angan.
- jelas dan dapat diukur
- Siapa sasaran yang kondisinya akan diukur Apa yang akan diukur
- Seberapa banyak perubahan yang akan diukur
- Kapan dan dimana pengukuran dilakukan.

Rumusan tujuan yang jelas seperti di atas, akan mempermudah penilaian terhadap pencapaian tujuan.

IV. STRATEGI UMUM

Ada berbagai definisi yang dipergunakan untuk istilah strategi ini. Tetapi secara umum dapat dikatakan bahwa strategi adalah cara yang tepat yang dipilih untuk mencapai suatu tujuan.

Tujuan yang ingin dicapai dalam penyuluhan kesehatan adalah tercipta dan berkembangnya perilaku sehat yang terkait dengan program yang akan dikembangkan penyuluhannya.

Seperti kita ketahui, muncul dan berkembangnya perilaku hidup bersih dan sehat itu tidak semata-mata hasil kemampuan individu, tetapi juga berkat dukungan positif dari lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi dan politis. Mengingat akan hal ini, maka pendekatan yang ditempuh dan dijadikan strategi umum adalah :

1. Pendekatan kepada pimpinan atau pengambil keputusan (Advocacy)

Ini merupakan pendekatan yang ditulukan kepada:

- 1) Para pengambil keputusan (misal: Menteri,

Gubernur)

- 2) Orang-orang yang berpengaruh dalam proses pengambilan keputusan.
- 3) Para penyandang dana di berbagai tingkatan.

Yang diharapkan dari pendekatan ini antara lain

- 1) Kebijakan yang mendukung.
- 2) Peraturan-peraturan yang mendukung dan mempermudah terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat.
- 3) Adanya dukungan dana atau sumber dana lainnya.

Informasi yang disampaikan hendaknya yang didukung oleh data dan disesuaikan dengan Keperawatan g; kekuasaannya, misalnya : Keperawatan g teknis kesehatan, Keperawatan g ekonomi, produktivitas, agama dsb. Pemilihan informasi atau pesan yang tepat, yang disampaikan oleh orang yang tepat atau disampaikan melalui media atau jalur yang tepat sangat menentukan keberhasilan pendekatan ini.

Kegiatannya adalah kontak atau dialog langsung dengan yang bersangkutan.

Jadi yang perlu dilakukan adalah

1. Tentukan apa yang ingin dicapai atau diperoleh dalam advocacy ini; apakah ingin memperoleh dukungan kebijakan, dukungan dana dsb.
2. Untuk bisa memperoleh yang disebutkan pada nomor 1 di atas, tentukan siapa yang perlu dan bisa dihubungi.
3. Tentukan informasi yang tepat.-untuk disampaikan.
 - a) Tentukan siapa orang yang tepat untuk

menyampaikan informasi tersebut.

- b) Bagaimana cara menyampaikan informasi tersebut apakah dengan menghadap langsung atau melalui suatu pertemuan kecil dsb.

2. Dukungan lingkungan (Sosial Support)

Perilaku hidup sehat dapat tercipta dan berkembang jika lingkungan mendukung hal ini. Lingkungan di sini mencakup lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi dan politik. Karena itu dukungan lingkungan di sini dapat muncul dalam berbagai bentuk misalnya:

- 1) Perilaku hidup sehat dianggap sebagai bagian dari norma masyarakat.
- 2) Adanya anjuran dan contoh positif dari pemuka masyarakat.
- 3) Adanya anjuran dan contoh positif dari para. petugas kesehatan.
- 4) Opini masyarakat dan anjuran media massa agar melaksanakan perilaku hidup sehat sebagai hal yang terpuji.
- 5) S. Kesiapan pelayanan yang bermutu dan simpatik dari sarana-sarana pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, bila masyarakat memerlukan pelayanan.
- 6) Tersedianya sarana dan sumber daya lain yang diperlukan.

Sasaran untuk pendekatan ini adalah

- 1) Lembaga-lembaga masyarakat.
- 2) Para pemuka dan orang-orang yang berpengaruh di masyarakat
- 3) Kelompok media massa.
- 4) Kelompok profesi kesehatan dan petugas kesehatan.
- 5) Kelompok pengusaha yang berkait dengan kesehatan.

Kegiatan yang dilakukan antara :

- 1) Pertemuan baik individu maupun kelompok.
- 2) Mengembangkan kemitraan dengan sektor lain, LSM dan swasta terkait, agar selanjutnya terbentuk jaringan kerja.
- 3) Mengadakan pelatihan dan pembinaan terhadap lembaga-lembaga kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
- 4) Mengadakan pertemuan kelompok media massa.

Yang perlu disiapkan :

- 1) Tentukan apa yang ingin diperoleh dengan mengembangkan dukungan lingkungan (Social support). Apakah dukungan dalam bentuk norma yang mendukung, himbuan media massa, keteladanan dan paw pemuka dsb.
- 2) Tentukan siapa yang perlu dan bisa dihubungi untuk memperoleh dukungan yang diinginkan pada nomor 1 di atas.

- 3) Tentukan informasi yang tepat untuk disampaikan.
- 4) Tentukan orang atau kelompok yang tepat untuk menyampaikan hal tersebut.
- 5) Bagaimana cara menyampaikan informasi tersebut. Apakah melalui pertemuan, wawan muka, seminar, pelatihan dsb.

3. Pemberdayaan (Empowerment)

Secara umum dapat dikatakan bahwa empowerment adalah memberi kemampuan kepada individu atau kelompok yang sekarang lazim disebut memberdayakan. Pemberdayaan ini terutama dilakukan terhadap sasaran primer dan sekunder, baik sebagai individu maupun sebagai kelompok, baik langsung kepada individu maupun kepada individu diberbagai tatanan seperti rumah tangga, sekolah, tempat kerja, institusi kesehatan dsb.

Yang ingin dicapai melalui pendekatan ini adalah:

- 1) Meningkatnya perilaku hidup bersih dan sehat di kalangan masyarakat.
- 2) Meningkatnya peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan, dikaitkan dengan tujuan program yang akan dikembangkan penyuluhannya.

Pendekatan pokok yang ditempuh dalam pemberdayaan ini adalah :

- 1) Penelitian, Pengembangan dan Penyebarluasan (Research, Development and Dissemination - RDD)

Kegiatan ini diawali dengan penelitian atau pengkajian tentang masalah dan perilaku yang berkait dengan masalah

kesehatan. Bertolak dari hasil inilah dikembangkan pesan-pesan untuk memberdayakan masyarakat melalui komunikasi massa, kelompok maupun perorangan.

Kegiatan yang dilakukan antara lain:

1. Petugas mengadakan penelitian atau pengkajian tentang masalah kesehatan dan perilaku terkait dengan masalah.
2. Menentukan sasaran dan tujuan serta pesan pokok berdasarkan hasil kajian nomor 1 di atas.
3. Mengadakan pengkajian tentang media yang sesuai dengan sasaran.
4. Berdasarkan hasil pengkajian media ditetapkan pesan rinci dan media yang akan dipergunakan.
5. Menyampaikan pesan melalui media yang ditetapkan kepada sasaran.

Dari pendekatan ini petugas menyampaikan pesan yang dikembangkan berdasarkan situasi dan kondisi sasaran melalui media yang sesuai kepada masyarakat.

2) Pemecahan Masalah (Problem-solving approach)

Pendekatan ini terutama diarahkan untuk pemberdayaan kelompok, misalnya masyarakat di suatu RT/RW/ Desa. Dalam pendekatan ini sasaran dilibatkan dalam proses pemecahan masalah yang dihadapi sejak penemuan masalah sampai pelaksanaan kegiatan pemecahan. Melalui pendekatan ini diharapkan tidak hanya akan tercipta kemampuan, tetapi juga sikap positif dari sasaran.

Kegiatan yang dilakukan:

1. Menentukan kelompok masyarakat yang akan dikembangkan kemampuannya.
2. Membantu kelompok yang disebut dalam nomor 1 di atas agar mereka mengadakan penjajagan dan pengkajian tentang masalah kesehatan dan perilaku terkait di daerahnya.
3. Menyamakan persepsi mengenai masalah dan perilaku yang ditemukan, dengan pihak petugas kesehatan.
4. Membantu kelompok untuk merencanakan pemecahan masalah yang dihadapi.
5. Membantu masyarakat untuk melaksana rencana tersebut, kemudian memonitor dan menilai hasilnya.

Dalam pendekatan ini kemampuan sasaran dikembangkan dengan melibatkan langsung sasaran tersebut dalam menemukan masalah yang dihadapi, merencanakan pemecahannya, melaksanakan rencana yang dibuat dan akhirnya memonitor dan menilai hasilnya, jadi sasaran berperan dan terlibat langsung dalam proses pemecahan masalah. Petugas hanya berperan sebagai katalisator, sebagai nara sumber, sebagai fasilitator atau sebagai pemberi pelayanan, sesuai keperluan dan kondisinya.

3) Interaksi Sosial (Sosial Interaction)

Pemberdayaan tentu tidak dapat dilaksanakan sekaligus untuk seluruh masyarakat untuk waktu tertentu. Kalau ada sebagian masyarakat sudah memperoleh informasi dan sudah berkembang kemampuannya, maka adanya interaksi diantara

masyarakat yang memiliki kemampuan dan yang belum, dalam rangka kegiatan kehidupan sehari-hari akan merupakan cara yang baik pula untuk pemberdayaan masyarakat oleh mereka sendiri.

Kegiatan yang dilakukan:

Mengenai interaksi sosial ini ada 2 alternatif, yaitu:

1. Petugas atau para pemuka tidak usah mengadakan intervensi, interaksi sosial akan berjalan sendiri secara alamiah yang merupakan bagian dari kegiatan masyarakat sehari-hari. Bagaimanapun juga anggota masyarakat akan selalu mengadakan interaksi (kontak) dengan masyarakat lainnya dan bercerita tentang apa yang, diketahui dan dialaminya, termasuk tentang kesehatan.
2. Interaksi sosial tersebut direncanakan :
 - a. Tentukan kelompok mana yang akan dilibatkan dalam proses pemberdayaan.
 - b. Salah satu dari kelompok yang dipilih hendaknya yang sudah mempunyai pengalaman yang positif di Keperawatan g, kesehatan, misalnya : sudah mempunyai pengalaman bagaimana mengembangkan kegiatan pembangunan dan penggunaan Jamban sehat di desanya secara swadaya.
 - c. Hubungi masing-masing kelompok dan jelaskan proses dan tujuan kegiatan.
 - d. Antarkan kelompok yang kurang maju ke kelompok yang lebih maju sehingga akan

terjadi interaksi antara kedua kelompok tersebut.

Cara ini secara umum disebut studi banding atau traveling seminar. Biasanya cara ini akan lebih berkesan bagi masyarakat dibandingkan dengan cara memberikan informasi oleh petugas saja.

STRATEGI UMUM

| KEGIATAN | SASARAN | APA YANG INGIN DICAPAI | INFORMASI UNTUK DISAMPAIKAN | PELAKSANAAN |
|------------------------------------|------------------------------|--|--|--|
| I.ADVOCACY 1. Pertemuan | Bupati | -Dukungan politis -Dukungan dana | -Penjelasan program dan keuntungannya bagi Din KS Dati II -Keperluan dana -Cara evaluasi | Ka. Din Kes Dati II dan seksi PKM tingkat II |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| II. SOSIAL SUPPORT 1. Pelatihan | PKK Tingkat II LSM yang lain | Program dimasukkan dalam kegiatan-kegiatan rutin | -Penjelasan program - Peran LSM | Seksi PKM tingkat II |
| 2. | | | | |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| III. EMPOWERMENT | | | | |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

LEMBAR KERJA

IV. STRATEGI UMUM

Penjelasan tentang garis-garis besar langkah yang perlu diambil dalam tiap komponen strategi dibawah dan alasannya.

1. ADVOCAC

Y a.

b.

c.

d.

2. DUKUNGAN LINGKUNGAN (SOSIAL SUPPORT) a.

b.

c.

d.

**3. PEMBERDAYAAN
(EMPOWERMENT) a.**

b.

c.

d.

4. PENDEKATAN DALAM PEMBERDAYAAN/SOSIAL SUPPORT

a. RDD : (Reseach, Development, Dessemination)

b. PROBLEM SOLVING

c. SOSIAL INTERACTION

V. PESAN POKOK

Di bagian depan sudah dikemukakan bahwa pesan dikembangkan berdasarkan sasaran dan tujuan yang ingin dicapai untuk masing-masing sasaran. Namun, agar arah penyuluhan tidak menyimpang dari tujuan utama penyuluhan, perlu ada pesan pokok yang merupakan benang merah untuk mem-andu semua pesan-pesan yang

dikembangkan berdasarkan sasaran seperti disebutkan tadi.

Untuk mengembangkan suatu pesan, ada beberapa unsur yang perlu masuk menjadi bagian dari pesan tersebut. Unsur-unsur tersebut antara lain adalah :

1. *Perilaku* yang diharapkan untuk dilakukan oleh sasaran.
2. *Keuntungannya* kalau menerapkan perilaku tersebut.
3. *Alasannya*, mengapa menguntungkan atau bermanfaat. Agar sasaran lebih percaya dan yakin akan manfaat dari perilaku yang disaraitkan dalam pesan, perlu didukung dengan data sebagai alasan. Alasan-alasan tersebut bisa bersifat:
 - a. Rasional, misalnya berupa data epidemiologis, bukti-bukti secara ilmiah, atau studi khusus.
 - b. Emosional, misalnya pengalaman orang yang disegani atau dipercaya, atau pengalamannya sendiri.

Contoh- pesan:

"Kalau anda memberikan oralit (perilaku) kepada anak anda yang sedang diare, berarti anda melindungi dia terhadap dehidrasi (keuntungan). karena oralit memulihkan garam-garam dan cairan yang hilang selama diare (alasan)".

Nada Pesan (Tonel)

Yang dimaksud nada pesan ialah sifat pesan, yaitu apakah pesan tersebut bernada gembira, lucu, serius, ilmiah, emosional, umum, berorientasi pada keluarga, mendidik, otoriter, tradisional, modern, berorientasi pedesaan atau

perkotaan, kasih sayang dan sebagainya.

Nada pesan berbeda-beda untuk berbagai program dan sasaran. Misalnya : nada pesan yang cocok untuk penyuluhan dan mempromosikan oralit mungkin nada serius dan ilmiah. Sedangkan pesan yang mempromosikan ASI kepada para orang tua mungkin cocok dengan nada kasih sayang. Tetapi kalau pesan ASI ditujukan kepada para dokter, maka nada yang cocok adalah yang serius dan ilmiah.

Jadi nada pesan yang tepat adalah nada yang bisa meyakinkan sasaran untuk mengikuti perilaku yang disarankan.

Sumber Informasi

Siapa yang merupakan sumber informasi yang terpercaya untuk masalah-masalah kesehatan harus masuk pula dalam pesan penyuluhan, baik yang cetak maupun yang disebarkan lewat media elektronika. Sumber informasi juga berlain-lainan untuk berbagai program dan sasaran. Contoh beberapa sumber informasi : dokter, ibu-ibu, pemuka agama, artis dsb.

Bentuk Khusus dari pesan

1. Slogan

Biasanya slogan merupakan ungkapan yang singkat dan gampang dipahami. Umumnya mengemukakan keuntungan apa yang akan diperoleh bila melakukan pesan tersebut, atau berisi himbauan untuk melakukan sesuatu atau mengetahui sesuatu. Dipergunakan dalam berbagai media, baik cetak maupun elektronik, untuk mengingatkan sasaran tentang pesan tersebut, karena biasanya disebarkan secara

terus menerus. Bisa juga dipergunakan untuk tanda pembukaan suatu siaran radio/TV, umumnya dilengkapi dengan musik dan dapat merupakan tanda pengenal siaran tertentu.

2. *Logo*

Logo merupakan cetakan yang melukiskan citra atau positioning dari program yang dikembangkan penyuluhannya. Seringkali slogan muncul dalam logo atau merupakan bagian integral dari logo, misalnya: logo hari kesehatan nasional, hari anak dsb.

Kegiatan yang dilakukan :

Untuk menyusun unsur-unsur tersebut di atas menjadi suatu pesan pokok, diperlukan data yang diperoleh dari hasil analisa masalah kesehatan dan perilaku. Setelah itu maka :

1. Tetapkan perilaku yang diharapkan
2. Sebutkan keuangannya kalau menerapkan perilaku tersebut.
3. Alasan mengapa perilaku tersebut menguntungkan atau bermanfaat.
4. Tetapkan nada pesan, sesudah mengetahui sasaran yang akan diberi penyuluhan dan perilaku yang diharapkan.
5. Tetapkan siapa yang akan muncul sebagai tokoh idola dalam pesan tersebut sebagai sumber informasi.
6. Tetapkan apakah anda akan membuat slogan dan atau logo, atau pesan biasa, atau dua-duanya.
7. Kalau akan membuat logo, mintalah bantuan ahli untuk mendesain setelah anda menetapkan pokok-

pokok isinya.

Pentahapan Program Komunikasi

Kalau ada lebih dari satu pesan, seringkali pesan-pesan tersebut tidak bisa disampaikan sekaligus dalam waktu bersamaan. Anda perlu menentukan prioritas, pesan mana yang perlu disampaikan paling dulu, kemudian disusul oleh pesan lainnya, jadi kalau sasaran sudah memahami isi pesan pertama dan sudah mulai bertindak sesuai dengan yang disarankan oleh pesan tersebut, maka anda bisa melanjutkan dengan pesan berikutnya, sesuai pentahapan yang anda tetapkan. Kalau anda mempergunakan pendekatan komunikasi di satu daerah tertentu untuk pertama kalinya, biasanya anda perlu memulai program komunikasi anda dengan tahap pelatihan kelompok petugas dan lain-lain sasaran sekunder, serta perlu memastikan apakah materi-materi komunikasi dan lain-lain media sudah sampai ditempat tersebut.

LEMBAR KERJA

V. MENETAPKAN PESAN POKOK

1. Perilaku yang diharapkan

2. Keuntungan bagi sasaran

3. Alasannya

4. Nada pesan (tone)

5. Sumber informasi

6. Contoh pesan pokok

VI. METODA DAN SALURAN KOMUNIKASI

Komunikasi merupakan kegiatan penting dalam penyuluhan. Sesudah mengembangkan pesan-pesan pokok penyuluhan seperti sudah dikemukakan di atas. maka langkah berikutnya ialah menyampaikan pesan tersebut kepada sasaran melalui saluran komunikasi yang tepat. Berikut ini akan disampaikan beberapa hal mengenai saluran komunikasi.

1. Tipe-tipe saluran komunikasi Interpersonal,
 - a. Ini bisa perseorangan, bisa kelompok, misalnya komunikasi tatap-muka, kunjungan rumah

- konseling, diskusi kelompok.
- b. Cetakan (grafika) dan media dengar-pandang
Pamflet, poster, videotape, slides, flipcharts.
 - c. Media massa,
Radio, televisi, surat kabar, majalah, film,
billboards (media luar ruang).
 - d. Tradisional
Wayang, drama, teater rakyat.
2. Kriteria untuk memilih saluran komunikasi
- a. Penggunaan data penelitian, yang akan menginformasikan kepada anda hal-hal berikut:
 1. Saluran komunikasi mana yang terjangkau dan dipergunakan oleh sasaran.
 2. Saluran mana yang mereka senangi.
 3. Saluran mana yang paling efektif untuk mengkomunikasikan pesan-pesan tentang citra dan tentang teknis kepada masing-masing sasaran.
 4. Sasaran saat ini sedang berada di tahap mana dari tahap-tahap proses adopsi dan saluran mana yang tepat untuk bisa menggiring sasaran sampai ke arah adopsi.
 - b. Perhatikan apakah suatu saluran komunikasi memang mampu mengantarkan suatu pesan khusus dengan cara mempergunakan petunjuk berikut ini :
 1. Apakah saluran komunikasi tersebut merupakan sumber informasi dan motivasi yang terpercaya atau apakah mampu mengajak sasaran untuk menerapkan perilaku yang disarankan.

2. Apakah saluran komunikasi tersebut cocok untuk isi pesan yang akan disampaikan, misalnya : radio bisa efektif untuk menyampaikan pesan, tetapi kalau pesan itu memerlukan dukungan peragaan, maka radio menjadi kurang efektif.
 3. Apakah bahasa atau gambaran yang akan anda sampaikan lebih memerlukan dukungan peragaan atau suara? atau kedua-duanya? atau apakah pesan itu cukup dengan tulisan-tulisan saja? jawaban terhadap pertanyaan tersebut akan membantu anda menentukan saluran komunikasi yang sesuai, yaitu apakah cetakan, radio atau alai bantu dengar- pandang.
 4. Dapatkah saluran komunikasi yang anda pilih itu mencapai jangkauan dan frekuensi yang anda perlukan? Apakah saluran komunikasi yang anda pilih memenuhi maksud. Mari penyampaian pesan anda, yaitu apakah misalnya anda mengharapkan saluran komunikasi tersebut akan menyampaikan pesan anda secara mendalam kepada sasaran atau hanya untuk memperkenalkan suatu ide baru.
- c. Pertimbangkan masalah kesulitan dan biaya produksi sebagai berikut :
1. Berbagai saluran komunikasi, biaya produksinya ada yang mahal, ada yang lebih murah. Untuk produksinya ada yang memerlukan banyak personil atau banyak tenaga ahli. Biaya produksi program radio jauh lebih murah daripada televisi.

Walaupun misalnya tersedia dana untuk memproduksi acara radio atau televisi, apakah ada dana untuk mengudarakan atau menayangkan secara terus menerus sesuai kebutuhan? Apakah maksud penyampaian pesan tersebut sekedar untuk menyampaikan ide atau untuk mengembangkan suatu citra?

2. Beberapa saluran komunikasi memerlukan waktu untuk siap pakai, ada yang perlu waktu lama, ada yang perlu waktu pendek. Masalah waktu ini perlu menjadi pertimbangan pula dalam memilih saluran komunikasi.
- d. Analisa jangkauan dan frekuensi sebagai berikut:
1. Berbagai saluran komunikasi mempunyai segmen sasaran dan jangkauan yang berbedabeda. Ada saluran komunikasi yang bisa mencapai ribuan sasaran dalam waktu tertentu, sedangkan ada pula saluran komunikasi yang hanya bisa mencapai sejumlah kecil sasaran dalam waktu yang sama. Anda harus menentukan dalam strategi anda besar jangkauan yang anda inginkan dan dalam waktu berapa lama.
 2. Demikian pula frekuensi yang bisa dicapai oleh berbagai saluran komunikasi berbeda-beda. Radio, misalnya dapat mengulangi suatu pesan sampai 15 kali dalam sehari dengan biaya yang tidak terlalu mahal. Berapa frekuensi yang anda inginkan dalam strategi anda?

- e. Buatlah daftar perincian tentang upaya logistik yang diperlukan, sebagai berikut:

Dalam memilih saluran komunikasi anda perlu mempertimbangkan pula upaya logistik yang diperlukan untuk penyebarannya, misalnya : mendistribusikan 10.000 poster ke 300 puskesmas memerlukan upaya logistik yang lebih besar daripada mengirim kaset audio ke 15 stasiun radio. Jadi anda harus memperhitungkan apa yang bisa dicapai dengan tenaga dan sumber daya lainnya yang ada.

Umumnya saluran media grafika lebih kompleks dibandingkan saluran komunikasi lainnya. Hal ini terutama menyangkut cara produksinya, biaya, waktu yang diperlukan, tenaga ahli yang dibutuhkan dan tentang potensinya untuk mencapai tujuankomunikasi Karena itu pertimbangkanlah masak-masak dalam memilihnya.

3. Bauran Saluran Komunikasi (Campuran Saluran Channel Mix)

Pesan yang tidak bisa disampaikan dengan baik oleh satu saluran, bisa disampaikan dengan jelas oleh saluran lain dengan memberikan informasi secara rinci bagianbagian yang memang perlu mendapat penekanan atau perhatian. Tujuannya ialah mencampur beberapa saluran komunikasi yang anda pilih hingga sebagai hasilnya anda akan memperoleh suatu paket komunikasi yang akan jauh lebih efektif daripada mencoba mencapai tujuan komunikasi anda hanya melalui satu saluran.

Mengingat akan hal-hal yang dikemukakan di atas, maka tidak ada suatu saluran komunikasi yang terbaik. Anda hendaknya jangan hanya memilih saluran komunikasi yang anda senangi atau yang biasa anda pergunakan. Kriteria yang lebih penting dalam memilih saluran komunikasi ialah apakah saluran tersebut bisa diterima oleh sasaran dan terjangkau oleh sasaran. Selain itu, biaya untuk penyebarannya perlu dipertimbangkan pula.

Kalau anda mencampur dengan tepat beberapa saluran komunikasi yang anda pilih, maka program komunikasi anda akan memberikan hasil yang maksimal dalam hal : jangkauan, pengulangan, pemberian informasi yang mendalam, menjelaskan berbagai konsep, perubahan norma-norma sosial dan motivasi untuk bertindak.

Kegiatan yang perlu dilakukan

Campuran Saluran - Bukan Persaingan Saluran

1. Jajagi semua tipe saluran yang sesuai untuk menyampaikan pesan pokok yang sudah dikembangkan kepada kelompok sasaran di dalam tatanan yang sudah ditentukan.
2. Tetapkan apa yang ingin dicapai dengan pesan tersebut. Apakah menciptakan ketrampilan, pengertian atau kedua-duanya.
3. Untuk mengembangkan ketrampilan, pilihlah saluran yang bisa memberikan peragaan, misalnya : buku

pedoman, leaflet bergambar, video atau film.

4. Pelajari apakah saluran terjangkau dan disenangi oleh sasaran.
5. Penyampaian pesan selalu memerlukan frekwensi yang tinggi. Pemilihan salurannya hendaknya berdasarkan kemampuannya memberikan frekwensi yang tinggi tersebut.
6. Pertimbangkan atau perhatikan sumberdaya yang anda miliki. Pelajari apakah media yang akan dipilih memerlukan biaya tinggi, waktu persiapan yang lama dan upaya yang cukup merepotkan.
7. Pelajari mana saluran komunikasi yang mungkin bisa dikombinasikan atau dicampur (Channel Mix).

LEMBAR KERJA

VI. MENETAPKAN SALURAN KOMUNIKASI

| JENIS APA | SASARAN | TUJUAN | BERAPA BESAR/BANYAK |
|-----------------|---------|--------|------------------------|
| 1.INTERPERSONAL | | | |
| a. | | | |
| b. | | | |
| c. | | | |
| 2.CETAKAN | | | |
| a. | | | |
| b. | | | |
| c. | | | |
| 3.MEDIA MASSA | | | |
| a. | | | |
| b. | | | |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| c. | | | |
| 4. TRADISIONAL | | | |
| a. | | | |
| b. | | | |
| c. | | | |

VII. MENETAPKAN KEGIATAN OPERASIONAL

- *Apa kegiatan operasional itu?*

Sesudah menetapkan masalah dan target sasaran, tujuan, strategi, pesan dan media melalui langkah-langkah yang diuraikan di bagian terdahulu, maka perlu ditetapkan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan inilah yang disebut kegiatan operasional.

- *Mengapa perlu ditetapkan?*

Kegiatan operasional perlu ditetapkan dan dijabarkan secara jelas agar bisa dan mudah dilaksanakan, dimonitor serta dievaluasi.

- *Aspek apa dari kegiatan?*

Untuk tidak mengulang-ulang apa yang sudah ditetapkan melalui langkah-langkah di bagian sebelumnya, dalam kegiatan operasional ini cukup ditetapkan aspek-aspek berikut :

1. jenis Kegiatan

Apa jenis kegiatan yang akan dilaksanakan. Ini sebaiknya dikaitkan dengan strategi yang ditempuh, yaitu untuk advocacy kegiatan apa yang akan dilakukan, terhadap siapa saja? Begitu juga untuk empowerment dan upaya mengembangkan sosial support.

2. Tempat

Ini bisa menyebutkan tingkat administrasi, seperti tingkat Nasional/Pusat, Propinsi, Dati I. Dati II, kecamatan, dan Desa atau bisa juga lebih rinci lagi, misalnya di propinsi itu di kota mana, dsb.

3. Waktu

Agar bisa dan mudah dimonitor dan dievaluasi, maka perlu juga ditetapkan waktu pelaksanaannya yaitu mulai kapan dan sampai kapan.

4. Yang bertanggung jawab

Orang yang bertanggung jawab terhadap kegiatan tertentu perlu diketahui agar pembagian tugas nampak jelas dan agar jelas pula pada siapa masukan disampaikan (masukan konsep, sumber daya, sumber dana, dsb).

- ***Jadwal kegiatan***

Untuk lebih mudah dipahami dan lebih cepat memperoleh gambaran mengenai kegiatan operasional tersebut maka aspek-aspek kegiatan tersebut dapat dituangkan dalam suatu matriks, berupa jadwal kegiatan sbb

:

Contoh :

Jadwal kegiatan
Tingkat Pusat/Propinsi/Dati II/Kecamatan/Desa

| No. | Jenis | Tempat | Sasaran | Tujuan | Waktu | Yang bertanggung jawab | Ket. |
|-----|--------------------|-------------------|----------------|--|-----------------|-------------------------------|------|
| 1 | Menghadap gubernur | Kantor gubernur | Bapak gubernur | Memperoleh gubernur | 10 Oktober 1996 | Kepala Dinas kesehatan Dati I | |
| 2 | Pelatihan I | Dinas Ke. Dati II | Staff | Tahun penggunaan oralit dan tahu cara membuatnya | 5 November 1996 | Seksi P2M Dinas Kes. Dati II | |
| 3 | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |

- ***Beberapa contoh kegiatan operasional***

1. Untuk Advocacy

Pada tanggal 10 Oktober 1996 Kepala Dinas Kesehatan Dati I menghadap Gubernur menjelaskan tujuan program serta keuntungan yang bisa diperoleh dari program tersebut, hingga Gubernur akan mendukung program baik secara moril maupun materil.

Dalam Jadwal cukup disebutkan :

- Jenis Kogiatan: Menghadap Gubernur

- Tempat: Di Kantor Gubernur di Ibukota Propinsi
- Waktu: 10 Oktober 1996
- Yang bertanggung jawab: Kepala Dinas Kesehatan Dati I

2. Untuk Empowerment

Pelatihan tentang pembuatan dan penggunaan oralit pada diare dilakukan di Dinas Kesehatan

Dati II untuk staf Puskesmas dari 10 Puskesmas selama satu hari, dilakukan oleh Kepala P2M Dati II pada Nopember 1996.

- ## 3. Untuk mengembangkan Sosial Support Seminar sehari untuk pemuka masyarakat dari berbagai golongan dilaksanakan di Dinas Kesehatan Dati II pada September 1996 dengan penanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan Dati II.

VII. LEMBARAN KERJA MENETAPKAN KEGIATAN OPERASIONAL

| No | Jenis | Tempat | Sasaran | Tujuan | Waktu | Yang bertanggung jawab | Keterangan |
|----|--------------------|-------------------|----------------|--|------------------|-------------------------------|------------|
| 1 | Menghadap gubernur | Kantor gubernur | Bapak gubernur | Memperoleh dukungan dana | 10 Oktober 1996 | Kepala dinas kesehatan Dati I | |
| 2 | Pelatihan I | Dinas Ke. Dati II | Staff | Tahun penggunaan oralit dan tahu cara membuatnya | 5 Novemb-er 1996 | Seksi P2M Dinas Kes. Dati II | |
| 3 | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |



BAB XII

MENETAPKAN PEMANTAUAN DAN PENILAIAN

A. Pemantauan (Monitoring)

Pemantauan program merupakan upaya yang dilaksanakan secara sistematis oleh pengelola program untuk melihat apakah program yang sedang dilaksanakan sesuai dengan yang direncanakan. Pemantauan tersebut dilaksanakan beberapa kali selama program berjalan sesuai keperluannya. Pemantauan atau monitoring seringkali disebut juga "evaluasi proses". Pemantauan menjawab pertanyaan: "apakah program sudah melaksanakan apa yang diharapkan?" Pemantauan merupakan upaya untuk mengamati pelayanan dan cakupan program. Mengamati cakupan program berarti, seberapa banyak target sasaran yang direncanakan sudah terjangkau. Sedangkan mengamati pelayanan program ialah menentukan apakah program sudah dilaksanakan.

1. Apa yang dipantau?

Dalam program penyuluhan kesehatan, pemantauan biasanya mencakup pengamatan tentang:

- a. Pesan atau bahan penyuluhan dalam perjalanan program.
- b. Input penyuluhan
- c. Hasil penyuluhan

- 1) Pesan atau bahan penyuluhan misalnya:
 - bahan media Massa TV, radio, dsb
 - bahan penyuluhan berupa cetakan (misal poster, flipchart, dst)
 - lain-lain
- 2) Input penyuluhan

Penyuluhan tidak selalu disertai produksi dan distribusi bahan-bahan penyuluhan. Tetapi, komunikasi interpersonal dalam penyuluhan akan lebih efektif bila disertai alat bantu audio-visual atau bahan-bahan untuk media Massa. Input- input yang harus dipantau, misalnya:

- kategori dan jumlah tenaga kesehatan yang sudah mendapat pelatihan penyuluhan.
- jumlah pertemuan atau kunjungan rumah yang dilakukan oleh petugas lapangan.
- jumlah ceramah kesehatan di Puskesmas
- jumlah media cetak dan alat bantu audio-visual yang dihasilkan.
- apakah bahan-bahan cetak sudah didistribusikan dan dipergunakan sesuai rencana?
- jumlah program TV dan Radio yang dihasilkan.
- apakah bahan-bahan siaran TV dan Radio sudah disiarkan sesuai rencana
- lain-lain

- 3) Hasil-hasil penyuluhan

Perubahan-perubahan pengetahuan dan perilaku target sasaran diamati secara berkala untuk bisa diadakan revisi

pesan, bahan dan strategi penyuluhannya bila perlu.

Pertanyaan-pertanyaan pokok untuk monitoring hasil-hasil penyuluhan antara lain mencakup:

- a) Apakah target sasaran menerima atau terpapar dengan pesan dan bahan-bahan penyuluhan yang didistribusikan?

Misalnya:

- berapa jumlah ibu hamil yang bisa menunjukkan kalender ibu hamil kepada petugas.
- berapa persen target sasaran mendengar siaran target mengenai frekuensi pemeriksaan kehamilan selama 3 bulan peitparannya.

- b) Apakah target sasaran memanfaatkan bahanbahan penyuluhan yang dibagikan, misalnya buku petunjuk ibu hamil. Bagaimana masukan dari pars pemakai untuk memperbaiki buku tersebut.

- c) Apakah target sasaran merasakan bahwa ia belajar sesuatu dari bahan penyuluhan tersebut. Kalau ya, yang mana.

Misalnya:

Target sasaran bisa mengemukakan makanan apa yang bisa diberikan kepada anak yang sedang diare.

- d) Apakah target sasaran mempraktekkan dengan benar perilaku yang disarankan dalam bahan penyuluhan yang diterima. Kalau ya, yang mana? Kenapa bukan yang lainnya?

2. *Indikator atau aspek apa yang akan dipantau?*

- kuantitas distribusi/frekuensi penyiaran
- apakah penyiaran waktunya cocok/sesuai
- kejelasan penyiaran
- pencapaian kegiatan yang direncanakan
- pengorganisasian kegiatan-kegiatan
- penyuluhan jumlah yang hadir dalam kegiatan penyuluhan
- target sasaran yang terjangkau
- jumlah target sasaran yang bisa mengingat pesan-pesan pokok
- jumlah target sasaran yang berperilaku seperti dianjurkan dalam pesan-pesan penyuluhan. isi pelatihan
- cost (misalnya cost untuk distribusi, orang yang terlibat, waktu yang diperlukan, sumbangan: sumbangan dari beberapa pihak)
- kualitas bahan penyuluhan/kualitas hasil
- lain-lain (misal kemampuan pengelolaan, dsb).

3. *Cara memantau.*

Pemantauan dapat dilakukan dengan :

- menganalisa laporan dan data sekunder observasi
- wawancara kelompok pendengar/pemirsa -wawancara orang yang keluar dari tempat pelayanan
- diskusi kelompok terarah (focus group discussions = FGD)

mempergunakan:

- pemantauan distribusi bahan cetak
- pemantau siaran
- menganalisa isi surat-surat pendengar
- statistik pelayanan di klinik
- analisa cost
- diskusi panel expert
- lain-lain

4. *Siapa yang memantau?*

a. Yang bertanggung jawab.

Pimpinan program, yang secara operasional diserahkan kepada kepala Keperawatan g yang menangani evaluasi atau penelitian.

b. Yang melaksanakan.

- staff PKM dan program
- staf provider pelayanan yang sudah dilatih
- pihak stasiun Radio/TV yang sudah dilatih
- relawan yang sudah dilatih
- lain-lain

5. *Kapan mengadakan pemantauan?*

- selama perjalanan program
- setiap siaran TV/Radio
- setiap bulan/setiap 3 bulan
- enam bulan sebelum, selama sesudah program selesai
- Lainnya

B. Penilaian (Evaluasi)

Kita mengenal ada beberapa tipe evaluasi, yaitu evaluasi input, evaluasi proses, evaluasi hasil (outcome) dan evaluasi dampak (impact). Evaluasi input dan evaluasi proses serupa dengan monitoring input dan Proses. Sedangkan evaluasi dampak adalah evaluasi jangka panjang. Karena itu, dalam pembahasan strategi ini kita hanya akan membahas evaluasi hasil (outcome evaluation).

Evaluasi hasil menunjukkan apakah suatu program telah memberikan pengaruh seperti diharapkan terhadap perilaku. Pengaruh program yang diharapkan bisa juga mencakup perubahan pengetahuan, sikap, kepercayaan, yang semuanya akan berpengaruh terhadap perilaku. Evaluasi hasil berfokus pada tujuan perilaku yang sudah dirumuskan, dan sedapat mungkin harus bisa menunjukkan bahwa intervensi tersebutlah (bukan intervensi/program lain) yang menyebabkan perubahan tersebut. Seringkali hal ini amat sulit, terutama dengan adanya upaya-upaya pemasaran social yang bertumpu pada media, dimana banyak hal-hal lain yang mungkin mempengaruhi target sasaran, seperti misalnya iklan di TV, internet, pelayanan lain yang diterima oleh target sasaran, dll.

1. Apa yang didapat dari evaluasi hasil?

Evaluasi hasil akan menjawab 5 pertanyaan berikut:

- a. Apa yang berubah sebagai hasil intervensi?
- b. Mengapa berubah?
- c. Di kelompok mana perubahan tersebut terjadi?
- d. Di kelompok mana tidak terjadi perubahan?

- e. Apa yang menyebabkan perbedaan ini?
2. *Cara mengevaluasi?*
 - a. Mengadakan observasi
 - b. Wawancara
 - c. Diskusi kelompok terarah (focus group discussions = FGD)
 - d. KAP
 - e. Survey cepat
 - f. Kunjungan secara teratur atau kunjungan mendadak ke tempat-tempat distribusi media.
 - g. Mencegat orang lewat (termasuk target sasaran, menanyakan apakah mereka masih ingat dan apa persepsi mereka tentang pesan yang kita sebar.
 - h. Lain-lain
 3. *Siapa mengevaluasi?*
 - a. Staf sendiri
 - b. Pihak luar:
 - unit evaluasi yang independen
 - program lain
 - relawan
 - perguruan tinggi
 4. *Kapan mengadakan evaluasi?*
 - a. Sesudah intervensi saja?
 - b. Pada saat-saat tertentu (specified intervals)
 - c. Sebelum dan sesudah intervensi?
 - d. Kombinasi, yaitu pertanyaan-pertanyaan tertentu hanya ditanyakan seusai intervensi, sedangkan

pertanyaan nyaan lain ditanyakan pada saat-saat tertentu diantaranya, (Specified intervals)?

LEMBAR KERJA

VIII A. JADWAL KEGIATAN PEMANTAUAN

| APA YANG DIPANTAU | INDIKATOR/ ASPEK | CARA | SIAPA YANG MEMANTAU | KAPAN |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

LEMBAR KERJA

VIII B. JADUAL KEGIATAN PENILAIAN

| APA YANG DINILAI | CARA/ METODE | SIAPA YANG MENGEVALUASI | KAPAN |
|------------------|-----------------|-------------------------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |



BAB XIII

PERAN KEPERAWATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

A. Peranan Perawat dalam promosi kesehatan antara lain :

- Peran sebagai advokator
- Peran sebagai edukator
- Peran sebagai fasilitator
- Peran sebagai motivator

1. Peran sebagai advokator

Keperawatan berarti harus bisa mengadvokasi atasan sebagai salah satu strategi dlm promosi kesehatan.

Langkah2nya:

- Melakukan pendekatan kepada pejabat
- Melakukan pendekatan dan pelatihan tokoh masyarakat
- Tokoh masyarakat mengadakan penyuluhan kepada masyarakat

2. Peran sebagai edukator

Peran Keperawatan sebagai pendidik agar masyarakat berperilaku/ mengadopsi perilaku sehat dengan cara memberikan himbauan, ajakan/ informasi untuk meningkatkan kesadaran & kemauan.

3. Peran sebagai fasilitator

Keperawatan harus bs memfasilitasi apabila masyarakat membutuhkan bantuan untuk meningkatkan

kesehatan masyarakat

4. Peran sebagai motivator

Keperawatan harus memberikan motivasi/ dorongan kepada masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup bersih & sehat, dengan cara menelaah kebutuhan masyarakat.

B. Kemitraan Antara Keperawatan

Angka Kesehatan masih tinggi

- Adanya faktor 3 terlambat sebagai penyebab tidak langsung Kesehatan

1. Terlambat mendapat pertolongan akibat ketidaktahuan/ketidakmampuan yang disebabkan faktor kemiskinan dan sosial budaya menyebabkan terlambat mengambil keputusan.
2. Terlambat mendapat pertolongan karena hambatan kondisi wilayah dan transportasi untuk menutup pelayanan kesehatan
3. Terlambat mendapat pertolongan dengan benar di fasilitas kesehatan karena kemampuan, sarana yang masih kurang.

Tujuan

1. Mendayagunakan paraji sebagai pendamping spiritual untuk melakukan komunikasi yang terarah sesuai kebutuhan ibu hamil, melahirkan dan nifas
2. Membantu Keperawatan dalam semua proses sesuai dg kemampuannya.
3. Meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan untuk menurunkan kematian ibu

dan bayi.

4. Meningkatkan peran serta masyarakat sebagai penghubung dan promosi peningkatan kesehatan ibu dan anak.

Pengertian

1. Kemitraan Keperawatan dan masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak.

Yaitu: Suatu proses kerjasama yang bersifat kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan dalam melakukan pendampingan pada seorang ibu yang dimulai saat hamil, bersalin dan nifas sesuai dengan keahlian, fungsi dan kewenangannya. Sehingga ibu aman dan selamat melalui berbagai proses.

2. Pendampingan bumil, bulin, bufas

Yaitu : Keberadaan seseorang di samping bumil, bulin dan bufas yang terlibat langsung sebagai penanggung jawab dan bersikap realistis, memberikan penyuluhan dan komunikasi sehingga seorang ibu merasa aman dan nyaman.

Manfaat

1. Bagi paraji
Memperoleh pengetahuan tentang kesehatan secara umum dan Kesehatan ibu dan anak.
2. Bagi Keperawatan
Meningkatnya persalinan oleh tenaga kesehatan.
3. Bagi bumil, bulin, bufas
Memperoleh pelayanan yang aman dan nyaman sesuai dengan keinginannya.

4. Bagi masyarakat
Meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di wilayahnya.

C. Langkah Kemitraan

a) Prinsip Kemitraan

Kemitraan bisa dibentuk bila lebih dari 1 orang atau satu organisasi akan bekerjasama.

1. Kesetaraan:
Saling menghargai kekuasaan dan keahlian mitranya
2. Keterbukaan
Mau menjelaskan perasaan/ kondisi/ keinginan masing-masing.
3. Saling menguntungkan
Tidak ada yang merugi, tetapi terjadi sinergi dari 2 keahlian yang menguntungkan.

b) Landasan Kemitraan (7 Saling)

1. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi.
2. Saling memahami kemampuan masing-masing
3. Saling menghubungi
4. Saling mendekati
5. Saling bersedia membantu dan dibantu
6. Saling mendorong dan mendukung
7. Saling menghargai

c) Langkah Menuju Kemitraan

1. Penjajagan
2. Penyamaan persepsi
3. Pengaturan peran (ditulis jelas dalam dokumen)

resmi)

4. Komunikasi intensif
5. Melakukan kegiatan
6. Pemantauan dan penilaian.

D. Wewenang Keperawatan

1. Pemberi wewenang lebih luas kepada Keperawatan dimaksudnya untuk mendekatkan pelayanan kegawat obstretic dan neonatal kepada setiap warga masyarakat, agar penanganan dini atau pertolongan pertama sebelum rujukan dapat dilakukan secara cepat dan tepat waktu.
2. Dalam menjalankan kewenangan yang diberikan
3. Pelayanan Keperawatan kepada masyarakat
4. Pelayanan kepada Masyarakat
5. Pelayanan Keperawatan Masyarakat
6. Pelayanan kesehatan Masyarakat
7. Dalam melaksanakan pertolongan Masyarakat
8. Pelayanan dan pengobatan kelainan Pada Kesehatan
9. Pelayanan kesehatan kepada anak meliputi:
 - a. Pelayanan Kesehatan dan tatalaksana neonatal sakit di luar rumah sakit
 - b. Pemeriksaan Kesehatan Masyarakat
 - c. Penyuluhan Kesehatan Kepada Masyarakat.
 - d. Pemantauan tumbuh kembang balita untuk meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak dan pemeriksaan kesehatan.
 - e. Pemberian obat yang bersifat sementara
10. Beberapa tindakan yang termasuk dalam kewenangan

Keperawatan antara lain

- a. Memberikan Pelayanan Kesehatan
 - b. Memberikan suntikan
 - c. Melakukan tindakan Pelayanan Kesehatan
11. Keperawatan dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memperhatikan kompetensi dan protap yang berlaku diwilahnya
 12. Keperawatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat mengacu pada pedoman yang telah ditetapkan.
 13. Beberapa kewajiban Keperawatan yang perlu diperhatikan dalam menjalankan kewenangan:
 - a. Meminta persetujuan yang akan dilakukan.
 - b. Memeriksa informasi.
 - c. Melakukan rekam medik dengan baik.
 14. Penyediaan dan penyerahan obat-obatan
 15. Pemberian Surat keterangan kelahiran dan kematian dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Untuk Surat kerangan kelahiran hanya dapat dibuat oleh Keperawatan yang memberikan pertolongan persalinan.
 - b. Untuk surat keterangan kematian hanya dapat diberikan kepada ibu dan bayi yang meninggal pada waktu pertolongan persalinan
 - c. Setiap pemberian surat keterangan kelahiran atau surat keterangan kematian harus dilakukan pencatatan.

E. Peran Masyarakat Dalam Kemitraan

a) Perencanaan

1. Identifikasi peran dan kondisi masyarakat yang bisa mendukung
2. Identifikasi sarana yang mendukung
3. Identifikasi pola kemitraan yang akan diterapkan

b) Pelaksanaan

1. Memfasilitasi pendataan sasaran
2. Memfasilitasi kesiapan penanganan kegawatdaruratan (dana, calon donor, transportasi dll Siaga)
3. Menjadi kader penghubung bumil, bulin, bufas, bayi, balita dengan Keperawatan /paraji
4. Memfasilitasi pola kemitraan yang akan disepakati (pembagian peran, biaya persalinan, sanksi dll)
5. Mengawasi jalannya kemitraan
6. Melakukan koordinasi melalui pertemuan berkala untuk membahas jalannya kemitraan.
7. Mempromosikan pola kemitraan

c) Evaluasi

1. Monitoring jalannya kemitraan
2. Evaluasi pelaksanaan peran
3. Pencatatan dan pelaporan hasil kemitraan bersama Keperawatan dan paraji.



DAFTAR PUSTAKA

- Anon. 2019. *www.promosi kesehatan.com/program/phbs*.
- Bennet, V. R., and Brown, L. K. 1993. *Myles text book for midwives*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Depkes RI. 2018. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 900/Menkes/SK/VII/2018 Tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan . Jakarta: Depkes.
- _____. 2019. *Milenium Developmen Goal's*. Promosi Kesehatan Depkes RI. Jakarta.
- _____. 2019. *Paduan PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta
- _____. 2019. *Buku Saku PHBS*. Jakarta
- _____. 2018. *Modul Dasar Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Terampil Indonesia Sehat 2018*. Pusat Promosi Kesehatan. Jakarta.
- Frith, L. 1996. *Ethics and midwifery, issues in contemporary practice*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Green. L.W. *et.al*.1980. *Health Education Planing A Diagnostic Approach*. Diterjemahkan oleh Zulazmi Mamdy. MPH. Proyek pengembangan FKM UI. Jakarta
- Gilbert, N. 1993. *Researching sosial life*. London:Sage Publications.ICM. Core

- Competence. Draft ke VI. ICM. Ikatan Keperawatan Indonesia. 2018. *Kode etik Keperawatan*. Bandung: Pengurus Daerah PPNI Wilayah Jabar.
- L. Gibson James. *Et. Al.* 1994. *Organisasi Manajemen Perilaku Struktur Proses*. Dicitak C.V. Taruna Grafika. Penerbit Erlangga. Jakarta
- Machfoedz Irham. 2018. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Tramaya. Yogyakarta Sumber : [www.Keperawatan -delima.org](http://www.Keperawatan-delima.org)
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1993. *Pengantar Pendidikan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset. Yogyakarta.
- _____ 2018. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan 1. Andi Offset. Yogyakarta.
- _____ 2017. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta . Jakarta
- _____ dan Sarwono. 2015. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. BPKM UI. Jakarta.
- Sarwono, S. 2016. *Sosiologi Kesehatan*. Gajah Mada University Pers. Yogyakarta.
- Sarwono Solita, *Sosiologi kesehatan*, Gajah Mada University Press, 1997. ***Undang-undang Kesehatan 2018. UU no 23 tahun 2018***. Penerbit **Sinar Grafika Offset . Jakarta.**
- Pengantar Protokoler Promkes Kemenkes , Jakarta 2020.

Pengantar Protokoler Promkes Kemenkes ,Jakarta 2021.
Pengantar Protokoler Promkes Kemenkes mengenai Covid -
19 ,Jakarta 2022.



PROFIL PENULIS



Nama Ana Samiatul Milah, SKM., M.Kes. Lahir di Tasikmalaya, Alumni Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Siliwangi Kota Tasikmalaya. Lulus Akta Mengajar dengan Bidang Studi Biologi Universitas Terbuka Jakarta, Lulus S2 dari Sekolah Tinggi Manajemen IMNI Jakarta konsentrasi Manajemen Kesehatan, Sedang mengambil pendidikan kuliah di Keperawatan. Tinggal di Tasikmalaya. Saat ini bekerja sebagai Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis dari tahun 2007 s/d sekarang. Hobi selain menulis Buku/Diktat/Modul Perkuliahan,Praktikum, Buku Motivator, Novel, Puisi, Cerpen (Baik Fiksi Dan Non Fiksi), Hang Out bareng, Traveling, Menulis.
Email anasamiatulmilah@gmail.com/neng_nae@yahoo.com
HP/ WA. 085829283103.





Masalah kesehatan ditentukan oleh dua faktor utama, yakni faktor perilaku dan faktor non-perilaku (lingkungan dan pelayanan). Oleh sebab itu, upaya untuk memecahkan masalah kesehatan juga ditujukan atau diarahkan kepada kedua faktor tersebut. Perbaikan lingkungan fisik dan peningkatan lingkungan sosio-budaya, serta peningkatan pelayanan kesehatan adalah merupakan intervensi atau pendekatan terhadap faktor non-perilaku, sedangkan pendekatan (intervensi) terhadap faktor perilaku adalah promosi atau pendidikan kesehatan. Pencegahan penyakit dalam prespektif kesehatan masyarakat diantaranya adalah: Health promotion (peningkatan/promosi kesehatan), Specific protection (perlindungan khusus melalui imunisasi), Early diagnosis and prompt treatment (diagnosis dini & pengobatan segera), Disability limitation (Membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan) dan Rehabilitation (pemulihan).

Pendidikan kesehatan, yang dewasa ini lebih dikenal dengan promosi kesehatan adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mengingat tujuan akhir promosi kesehatan bukan sekadar masyarakat mau (willingness) hidup sehat, tetapi juga mampu (ability) untuk hidup sehat. Promosi atau pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain dengan adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku kesehatan dari sasaran.



Penerbit: EDU PUBLISHER
Jl. Tamansari Hm. 2,5 Huta Tasikmalaya, Jawa Barat
Email : edupublisher1@gmail.com
Instagram : [@edupublisher1](https://www.instagram.com/@edupublisher1)



SCAN ME

