




Universitas Ahmad Dahlan 96

PERENCANAAN_PROGRAM_PROMKES_Heni_Trisnowati_8_J...

-  CEK TURNITIN 1
-  INSTRUCTOR-CEK JURNAL 4
-  Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

Document Details

Submission ID

trn:oid::1:3154194292

Submission Date

Feb 13, 2025, 2:06 PM GMT+7

Download Date

Feb 13, 2025, 2:09 PM GMT+7

File Name

PERENCANAAN_PROGRAM_PROMKES_Heni_Trisnowati_8_Jan_2017.pdf

File Size

1.6 MB

330 Pages

58,393 Words

393,595 Characters




15% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text

Top Sources

- 14%  Internet sources
- 3%  Publications
- 3%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

- 14% Internet sources
- 3% Publications
- 3% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	tcsc-pontianak.blogspot.com	<1%
2	Internet	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id	<1%
3	Internet	www.researchgate.net	<1%
4	Internet	windadari.blogspot.co.id	<1%
5	Internet	dspace.umkt.ac.id	<1%
6	Internet	lmsspada.kemdikbud.go.id	<1%
7	Internet	eprints.poltekkesjogja.ac.id	<1%
8	Internet	repository.poltekkesbengkulu.ac.id	<1%
9	Internet	core.ac.uk	<1%
10	Internet	papashira.blogspot.com	<1%
11	Internet	www.persi.or.id	<1%

12	Internet	fr.slideshare.net	<1%
13	Internet	radensurahmat28.blogspot.com	<1%
14	Internet	es.scribd.com	<1%
15	Internet	www.scribd.com	<1%
16	Internet	zdocs.tips	<1%
17	Internet	www.coursehero.com	<1%
18	Internet	etd.repository.ugm.ac.id	<1%
19	Internet	repository.penerbiteureka.com	<1%
20	Internet	repository.unhas.ac.id	<1%
21	Internet	id.scribd.com	<1%
22	Internet	docobook.com	<1%
23	Internet	id.wikipedia.org	<1%
24	Internet	id.123dok.com	<1%
25	Internet	repository.uki.ac.id	<1%

26	Internet	pdfs.semanticscholar.org	<1%
27	Internet	openjournal.unmuhpnk.ac.id	<1%
28	Internet	ejournal.undip.ac.id	<1%
29	Internet	www.slideshare.net	<1%
30	Internet	123dok.com	<1%
31	Student papers	iGroup	<1%
32	Internet	docplayer.info	<1%
33	Internet	windadari.blogspot.com	<1%
34	Publication	Meilisa Meilisa, Ratna Djuwita, Eka Budi Satria. "ANALISIS SITUASI MASALAH PEN..."	<1%
35	Internet	repository.ub.ac.id	<1%
36	Internet	sumateranews.co.id	<1%
37	Internet	e-journal.uajy.ac.id	<1%
38	Internet	repository.uinsu.ac.id	<1%
39	Internet	humaniora.journal.ugm.ac.id	<1%

40	Internet	text-id.123dok.com	<1%
41	Internet	hdss.fk.ugm.ac.id	<1%
42	Internet	pdfcoffee.com	<1%
43	Internet	www.kemkes.go.id	<1%
44	Internet	thesis.swu.ac.th	<1%
45	Internet	openlibrary.telkomuniversity.ac.id	<1%
46	Internet	pdfslide.tips	<1%
47	Internet	repository.unika.ac.id	<1%
48	Student papers	Bridgepoint Education	<1%
49	Internet	digilib.uns.ac.id	<1%
50	Internet	repository.umi.ac.id	<1%
51	Student papers	Universitas Sumatera Utara	<1%
52	Internet	dharmabakti.respati.ac.id	<1%
53	Internet	www.syekhnurjati.ac.id	<1%

54	Student papers	Sriwijaya University	<1%
55	Student papers	University of Glamorgan	<1%
56	Internet	flashriduan.wordpress.com	<1%
57	Internet	ikhwanul-khair.blogspot.com	<1%
58	Internet	apoteker.uui.ac.id	<1%
59	Internet	repository.uhamka.ac.id	<1%
60	Internet	researchspace.ukzn.ac.za	<1%
61	Internet	viakhasanah.blogspot.com	<1%
62	Internet	hpm.fk.ugm.ac.id	<1%
63	Internet	helvetia.ac.id	<1%
64	Internet	journal.umy.ac.id	<1%
65	Internet	mafiadoc.com	<1%
66	Student papers	Universitas Diponegoro	<1%
67	Internet	www.iira.org	<1%

68	Internet	adoc.pub	<1%
69	Internet	dciesm.blogspot.com	<1%
70	Internet	adoc.tips	<1%
71	Internet	e-journal.unair.ac.id	<1%
72	Internet	pingpdf.com	<1%
73	Internet	repositori.uin-alauddin.ac.id	<1%
74	Student papers	Leeds Metropolitan University	<1%
75	Internet	hukumsetdawsb.blogspot.com	<1%
76	Internet	journal.ugm.ac.id	<1%
77	Internet	www.permataindonesia.ac.id	<1%
78	Internet	idoc.pub	<1%
79	Internet	pdfcookie.com	<1%
80	Internet	pujisutarjopuji.blogspot.com	<1%
81	Internet	www.iga.sa.gov.au	<1%

82	Internet	eprints.unm.ac.id	<1%
83	Internet	repository.uinjambi.ac.id	<1%
84	Student papers	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia	<1%
85	Internet	asuhankeperawatanoke.blogspot.com	<1%
86	Internet	studyres.com	<1%
87	Internet	contohmarketingplan.blogspot.com	<1%
88	Internet	repository.usd.ac.id	<1%
89	Internet	stay-control.xyz	<1%
90	Student papers	De Montfort University	<1%
91	Student papers	University of East London	<1%
92	Internet	qdoc.tips	<1%
93	Internet	scholarship.law.duke.edu	<1%
94	Student papers	Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	<1%
95	Internet	helda.helsinki.fi	<1%

96	Internet	karyatulisilmiah-skripsi.blogspot.com	<1%
97	Internet	pt.scribd.com	<1%
98	Internet	repo.alungcipta.com	<1%
99	Internet	repo.unand.ac.id	<1%
100	Internet	senjadihulusungai.blogspot.com	<1%
101	Internet	eprints.uny.ac.id	<1%
102	Internet	fristhianchan.wordpress.com	<1%
103	Internet	gamel.fk.ugm.ac.id	<1%
104	Internet	ir.ymlib.yonsei.ac.kr	<1%
105	Internet	sggm.saglik.gov.tr	<1%
106	Internet	www.indonesian-publichealth.com	<1%
107	Student papers	University of Adelaide	<1%
108	Internet	issuu.com	<1%
109	Internet	skripsisetanbercanda.blogspot.com	<1%

110	Student papers	Hellenic Open University	<1%
111	Student papers	The Hong Kong Institute of Education	<1%
112	Student papers	University of Bradford	<1%
113	Internet	blmfhur.blogspot.com	<1%
114	Internet	fr.scribd.com	<1%
115	Internet	idr.uin-antasari.ac.id	<1%
116	Student papers	pnl	<1%
117	Internet	rhijusta.blogspot.com	<1%
118	Internet	slideplayer.info	<1%
119	Publication	Rimawati Aulia Insani Sadarang, Sugiarto Sugiarto, Hari Kusnanto. "Analisis Situa...	<1%
120	Publication	Sayyidah Maryam. "EFEKTIVITAS MEDIA PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANA...	<1%
121	Student papers	Universitas Brawijaya	<1%
122	Student papers	Universiti Sains Malaysia	<1%
123	Internet	dokumen.tips	<1%

124	Internet	ippt-online.blogspot.com	<1%
125	Internet	jurnal.stikommedan.ac.id	<1%
126	Internet	media.neliti.com	<1%
127	Internet	moam.info	<1%
128	Internet	eprints.qut.edu.au	<1%
129	Internet	jurnal.ar-raniry.ac.id	<1%
130	Internet	p2ptm.kemkes.go.id	<1%
131	Internet	repository.uksw.edu	<1%
132	Internet	rest.neptune-prod.its.unimelb.edu.au	<1%
133	Internet	tribatanewspolresmadiun.com	<1%
134	Publication	Surya Ryan Pratamansyah. "Transformasi Digital dan Pertumbuhan UMKM: Anali...	<1%
135	Internet	duniahermanto.wordpress.com	<1%
136	Internet	ejournal.itekes-bali.ac.id	<1%
137	Internet	fenomenalogis.blogspot.com	<1%

138	Internet	nurhadiprayogi.blogspot.com	<1%
139	Internet	promkescempaka.blogspot.com	<1%
140	Internet	pszi.ppk.elte.hu	<1%
141	Internet	pure.aber.ac.uk	<1%
142	Internet	repo.bunghatta.ac.id	<1%
143	Internet	repository.uinjkt.ac.id	<1%
144	Internet	repository.unmuhpnk.ac.id	<1%
145	Internet	repository.ut.ac.id	<1%
146	Internet	www.indonesiamediacyber.com	<1%
147	Internet	www.jptam.org	<1%
148	Internet	www.uef.fi	<1%
149	Publication	Athiya Dwi Tsabitha, Ellyda Rizki Wijhati. "Analisis penyuluhan pendidikan keseha..."	<1%
150	Publication	Erwin Setyawan, Tita Ratya Utari, Hanim Khalida Zia, Fajar Wahyu Triatmaja. "Edu..."	<1%
151	Publication	Fadila Fadila, Eka Yanuarti. "Pelayanan Sosial dan Keagamaan Dengan Mengguna..."	<1%

152	Publication	Ni Putu Rizky Arnani, Fatiya Halum Husna. "PERBEDAAN KECENDERUNGAN ADIKS...	<1%
153	Internet	digilibadmin.unismuh.ac.id	<1%
154	Internet	diklatcenter.com	<1%
155	Internet	faizal-ibdroom.blogspot.com	<1%
156	Internet	idoc.tips	<1%
157	Internet	lontar.ui.ac.id	<1%
158	Internet	pasca.uns.ac.id	<1%
159	Internet	repository.helvetia.ac.id	<1%
160	Internet	repository.ipb.ac.id	<1%
161	Internet	repository.stikesbcm.ac.id	<1%
162	Internet	www.tandfonline.com	<1%
163	Internet	yudinopriansyah.blogspot.com	<1%
164	Publication	Ervon Veriza, Hendry Boy. "Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut pad...	<1%
165	Publication	Linda Mulansari, Dewi Laelatul Badriah, Dwi Nastiti Iswarawanti. "Pengaruh eduk...	<1%

166	Publication	Udin Rosidin, Umar Sumarna, Iwan Sholahhudin. "Peningkatan Wawasan dengan...	<1%
167	Internet	ambarwadi.blogspot.com	<1%
168	Internet	anzdoc.com	<1%
169	Internet	as-wait.icu	<1%
170	Internet	di-am.blogspot.com	<1%
171	Internet	digilib.unila.ac.id	<1%
172	Internet	ejournal.kahuripan.ac.id	<1%
173	Internet	fetifaza.blogspot.com	<1%
174	Internet	fsk16a-fitriandriyanis.blogspot.com	<1%
175	Internet	garuda.kemdikbud.go.id	<1%
176	Internet	hosted.smith.queensu.ca	<1%
177	Internet	irsanwahab.wordpress.com	<1%
178	Internet	journal.unair.ac.id	<1%
179	Internet	jurnalmahasiswa.unesa.ac.id	<1%

180	Internet	library.binus.ac.id	<1%
181	Internet	library.poltekkes-smg.ac.id	<1%
182	Internet	mad-hatter.it.unideb.hu	<1%
183	Internet	pkm.uika-bogor.ac.id	<1%
184	Internet	pkmriasbasel.wordpress.com	<1%
185	Internet	repository.umy.ac.id	<1%
186	Internet	repository.unibos.ac.id	<1%
187	Internet	republika.co.id	<1%
188	Internet	ristahennipurba.wordpress.com	<1%
189	Internet	simdos.unud.ac.id	<1%
190	Internet	vdocuments.mx	<1%
191	Internet	vtechworks.lib.vt.edu	<1%
192	Internet	www.kompasiana.com	<1%
193	Internet	www.mimurnisundra.sch.id	<1%

194	Internet	www.pelitabanten.com	<1%
195	Internet	www.researchsquare.com	<1%
196	Internet	www.sedotwcbali.com	<1%
197	Internet	zh.scribd.com	<1%
198	Publication	Meriza Kharis Novitasari, Vonny Wowor, Wulan P. J. Kaunang. "GAMBARAN TINGK...	<1%
199	Publication	Nurhayati Nurhayati, Ami Kamila, Vanisa Maulina Rinjani. "Pelatihan Penggunaa...	<1%
200	Internet	eprints.uad.ac.id	<1%
201	Internet	promkes.kemkes.go.id	<1%
202	Publication	Feranita Utama, Anita Rahmiwati, Halidazia Alamsari, Mia Asni Lihwana. "Gamba...	<1%
203	Publication	I Made Karma Setiyawan, Ayu Setyorini Mestika Mayang Sari, Wega Upendra Sind...	<1%
204	Publication	Salim Salim, La Masi, Wa Ode Fauziah. "STUDENT'S NUMERICAL ABILITY PROFILE ...	<1%
205	Publication	Timothy A. Brusseau, Stuart J. Fairclough, David R. Lubans. "The Routledge Handb...	<1%
206	Internet	harulhudabk.blogspot.com	<1%
207	Internet	lhyyarwa.wordpress.com	<1%

208

Internet

muhammadidris1970.wordpress.com

<1%

PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

HENI TRISNOWATI, S.KM, M.P.H

Untuk Keluarga Kecilku :
SALAHUDDIN (suami)
KHANSAFITRI HEDYN (anak)
NAJMATUSSIMAL HEDYN (anak)

PRAKATA

Praktek Promosi Kesehatan terdiri dari empat kegiatan utama yaitu melakukan **need assessment, pengembangan perencanaan program, pelaksanaan program dan evaluasi efektifitas program** (Bartholemw, et.al, 2006). Buku ini **hadir sebagai salah satu upaya mempermudah mahasiswa, tenaga promotor kesehatan, dan praktisi kesehatan masyarakat dalam memahami dan mempraktekkan kegiatan promosi kesehatan.**

Buku "Perencanaan Program Promosi Kesehatan" terdiri dari 7 Bab. Pada bagian Bab 1 membahas prioritas masalah kesehatan, dimana akan dibahas tentang faktor-faktor penentu (determinan) kesehatan baik faktor perilaku, organisasi, sistem kesehatan dan kebijakan. Selanjutnya dibahas pula **konsep-konsep promosi kesehatan, perkembangan promosi kesehatan dan strategi promosi kesehatan** serta berbagai ilmu pengetahuan **yang diperlukan untuk mendukung promosi kesehatan.** Pada akhir Bab 1 dapat dipahami **bahwa promosi kesehatan merupakan salah satu cara pemecahan masalah kesehatan.**

Pada bagian Bab 2 dikaji lebih lanjut determinan kesehatan melalui identifikasi perilaku individu dan masyarakat, lingkungan dan organisasi dan mengidentifikasi sumber data kebutuhan kesehatan dari tingkat lokal sampai nasional yang dapat meningkatkan atau mendukung kesehatan. Kemudian, dipaparkan pula beberapa metode dan strategi pengumpulan data dan pengembangan need assesment ke arah target (sasaran) assesment untuk menentukan tingkat dan sasaran promosi kesehatan sehingga dapat disusun alternatif dan prioritas intervensi yang diterima oleh masyarakat.

63
13
15

Selanjutnya Bab 3 menjelaskan tentang teori perubahan perilaku sebagai dasar merancang program promosi kesehatan, pemilihan metode dan media promosi kesehatan serta perencanaan evaluasi promosi kesehatan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari perancangan program promosi kesehatan. Pada bagian ini ditekankan pentingnya perencanaan program promosi kesehatan berdasarkan kebutuhan masyarakat.

22

Kemudian pada Bab 4 dipaparkan tentang pelaksanaan program promosi kesehatan yang terdiri dari 3 sub topik bahasan yaitu 1) pengelolaan promosi kesehatan, 2) pelaksanaan strategi promosi kesehatan dan 3) identifikasi permasalahan implementasi promosi kesehatan dan penanganannya. Pada bagian ini lebih jauh dijelaskan tentang penerapan strategi promosi kesehatan yang meliputi advokasi untuk kebijakan publik di tingkat lokal, komunikasi, networking, pemasaran sosial dan belajar-mengajar serta ketrampilan komunikasi yang efektif baik verbal maupun tulisan.

12
12
58
12

Pada Bab 5 di bahas tentang filosofi dasar melakukan evaluasi program promosi kesehatan termasuk keterkaitan antara perencanaan dan evaluasi program serta tahapan evaluasi program promosi kesehatan. Selanjutnya dipaparkan pula mengenai cara penyusunan laporan evaluasi program dan cara menggunakan evaluasi program untuk keberlangsungan program karena program promosi kesehatan tidak hanya berhenti pada tahap evaluasi program. Kemudian dijelaskan cara melakukan evaluasi berbagai strategi promosi kesehatan termasuk didalamnya evaluasi belajar-mengajar dalam pendidikan kesehatan dan advokasi, dan cara evaluasi media dan kebijakan. Tinjauan perbagai rancangan epidemiologis baik kuantitatif maupun kualitatif serta biostatistik dan pendekatan penelitian sosial dibahas sebagai landasan evaluasi program. Metode analisis kuantitatif dan kualitatif juga didiskusikan dalam bab 5

Bab 6 pada bagian buku ini didiskusikan bagaimana pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan pada beberapa area seperti di sekolah atau universitas, pada organisasi pelayanan kesehatan, pada tempat kerja dan promosi kesehatan di masyarakat. Pada bagian ini akan dipaparkan lebih jauh pendekatan-pendekatan promosi kesehatan yang dapat dilakukan pada area-area tersebut. Tantangan dan peluang pelaksanaan promosi kesehatan, sumber daya dan metode yang diperlukan, gambaran karier tentang profesi promotor kesehatan saat ini.

Selanjutnya diakhir buku ini yaitu pada bagian Bab 7 disampaikan contoh-contoh kasus promosi kesehatan yang telah dilakukan penulis pada 3 area kerja yaitu promosi kesehatan di masyarakat, promosi kesehatan di sekolah dan promosi kesehatan di dinas kesehatan. Pada bab ini penulis mencoba berbagi pengalaman tentang best practise kegiatan promosi kesehatan yang telah dilakukan selama menjadi team work di minat perilaku dan promosi pada Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Dengan selesainya buku ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada kedua orangtua, Bapak Mujiono dan Ibu Sukatmi yang telah mendidik dan mendorong saya untuk terus belajar. Suami (Ayah Salahuddin) dan anak-anak saya (Khansafitri Hedyn, Najmatussimal Hedyn) yang terus memberikan inspirasi dan motivasi dalam menulis dan guru-guru saya di Peminatan Perilaku dan Promosi kesehatan (PPK), Program Pasca Sarjana, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada yang banyak memberikan suri tauladan tentang profesi promotor kesehatan yang profesional, Ibu Dra Yaii Surya Prabandari, Msi, PhD, Ibu Dra Retna Siwi Patmawati, MA Ibu

dr.Fatwasari Tetra Dewi, PhD, Ibu Trias, dan teman-teman PPK angkatan 2010.

116 Terima kasih juga penulis sampaikan kepada Penerbit ANDI Yogyakarta yang bersedia menerbitkan buku ini.

50 Akhirnya, dengan diterbitkannya buku ini, sebagaimana kata pepatah, "tidak ada gading yang tak retak", karena itu, penulis mengharapkan masukan, koreksi, dan kritik dari pembaca. Penulis mengucapkan terima kasih atas setiap masukan, koreksi, dan kritik.

Yogyakarta, Oktober 2016

Penulis,

HENI TRISNOWATI

50

DAFTAR ISI


	PRAKATA
	DAFTAR ISI
	DAFTAR GAMBAR
	DAFTAR TABEL
	BAB 1 PRIORITAS MASALAH KESEHATAN
	A. DETERMINAN KESEHATAN
	B. KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN.....
	C. RANGKUMAN
	BAB 2 NEED ASSESSMENT
	A. MODEL NEED ASSESSMENT
	B. METODE NEED ASSESMENT
	C. SUMBER DATA NEED ASSESSMENT
	D. SASARAN PROMOSI KESEHATAN
	E. MEMPRIORITASKAN KEBUTUHAN PROMOSI KESEHATAN
	F. MENGEMBANGKAN STRATEGI INTERVENSI PROMOSI KESEHATAN
	BAB 3 PENGEMBANGAN PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN
	A. KONSEP PERUBAHAN PERILAKU
	B. PEMILIHAN METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN
	C. MERANCANG EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN
	BAB 4 PELAKSANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN
	A. PENGELOLAAN PROGRAM PROMOSI KESEHTAN
	B. PELAKSANAAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN
	C. IDENTIFIKASI DAN PENANGANAN MASALAH DALAM PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN

138


13

49

BAB 5 EVALUASI DAN KEBERLANGSUNGAN PROGAM PROMOSI KESEHATAN

-  **12** A. **FILOSOFI DAN TAHAPAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN.....**
- B. **RANCANGAN EVALUASI PROGRAM.....**

BAB 6 PROGRAM PROMOSI KESEHATAN PADA BEBERAPA AREA

-  **94** A. **PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH DAN UNIVERSITAS**
- B. **PROMOSI KESEHATAN DI ORGANISASI PELAYANAN KESEHATAN**
- C. **PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA**
- D. **PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKAT**

BAB 7 STUDI KASUS

- A. **PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKAT**
- D. **PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH**
- C. **PROMOSI KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN**

 **40** **DAFTAR PUSTAKA**

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1

Gambar 2.1



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1

Tabel 1.2

BAB 1

PRIORITAS MASALAH KESEHATAN

Program promosi kesehatan mempunyai peran penting dalam menciptakan kesehatan individu, keluarga, komunitas, tempat kerja dan organisasi. Promosi kesehatan memberikan kontribusi terhadap lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan individu dan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Selanjutnya, program promosi kesehatan dapat meningkatkan kondisi fisik, psikologi, pendidikan dan hasil pekerjaan pada individu dan dapat membantu mengontrol atau mengurangi biaya seluruh biaya pelayanan kesehatan dengan penekanan pada aspek pencegahan masalah kesehatan, peningkatan gaya hidup sehat, peningkatan kepatuhan pasien, dan memfasilitasi akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Langkah awal dalam perencanaan program promosi kesehatan adalah mengidentifikasi berbagai masalah kesehatan yang berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat. Masalah tersebut tidak hanya terbatas dari aspek kesehatan namun juga berbagai aspek kehidupan lainnya misalnya perilaku, lingkungan atau hal lain yang berkontribusi terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Kemudian, mengidentifikasi penyebab masalah serta menemukan masalah utama. Penemuan masalah ini penting sebagai dasar dalam menentukan solusi untuk memecahkan masalah kesehatan. Salah satu solusi dari berbagai permasalahan kesehatan masyarakat adalah dengan promosi kesehatan. Oleh karena itu, ahli promosi kesehatan harus memahami konsep-konsep dasar promosi kesehatan, strategi promosi kesehatan dan juga mengikuti perkembangan promosi kesehatan baik tingkat nasional maupun internasional.

Tujuan Pembelajaran

Diakhir Bab Ini, Pembaca Diharapkan mampu :

1. Memahami pengertian determinan kesehatan dan berbagai faktor yang mempengaruhi determinan kesehatan
2. Memahami Sumber data dalam determinan kesehatan dan cara memperolehnya
3. Memahami urgensi determinan kesehatan dalam menentukan prioritas masalah kesehatan
4. Memahami Konsep Dasar Promosi Kesehatan yang terdiri dari pengertian promosi kesehatan, tahapan dalam promosi kesehatan, Sasaran promosi kesehatan, Strategi Promosi Kesehatan dan perkembangan promosi kesehatan

A. DETERMINAN KESEHATAN

Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada beban ganda akibat transisi epidemiologi. Gambaran masalah kesehatan di Indonesia terlihat memiliki dua sisi. Sisi pertama yaitu kejadian penyakit menular atau penyakit infeksi masih merupakan masalah kesehatan masyarakat, yang masih bisa kita lihat dari KLB (kejadian luar biasa) di beberapa daerah, misalnya DBD, malaria, rabies. Sisi yang kedua yaitu munculnya penyakit-penyakit tidak menular di puncak ranking dan juga sebagai pembunuh nomor satu saat ini. Kecendrungan ini dipacu oleh berubahnya gaya hidup masyarakat, globalisasi. Belum lagi ditambah dengan perubahan struktur piramida masyarakat (transisi demografi) akibat meningkatnya angka harapan hidup serta menurunnya angka kematian bayi dan balita, sehingga pola dan proporsi pelayanan kesehatan harus memfasilitasi semua kelompok umur.

Pergeseran pola penyakit tergambar dari data dan laporan yang disajikan oleh berbagai organisasi di dunia beberapa tahun terakhir, termasuk di antaranya WHO. Menurut laporan WHO tahun 2001, bahwa di dunia telah terjadi 55.694.000 kematian yang 59% di antaranya diakibatkan oleh penyakit tidak menular, 9,1% akibat cedera dan sisanya akibat penyakit infeksi. WHO juga memperkirakan di tahun 2005 proporsi kematian akibat penyakit tidak menular di dunia terbesar adalah penyakit jantung (30%), penyakit kanker (13%), penyakit kronik (9%), kecelakaan dan cedera (9%) dan Diabetes Melitus (2%). Di Asia Tenggara, penyakit tidak menular merupakan 49,7% penyebab kematian dan menimbulkan DALYs (Disability Adjusted Life Years) sebesar 42,2%.

Transisi epidemiologi juga menimpa Indonesia dibuktikan dari data SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga) tahun 1980, 1986, 1992, 1995, dan 2001, bahwa terlihat trend proporsi penyebab kematian di Indonesia, yang pada awalnya akibat penyakit infeksi ke penyakit tidak menular. Dari data tersebut terbukti bahwa dari tahun 1980-2002 telah terjadi penurunan kematian akibat penyakit menular, yaitu dari 69,49 menjadi 44,57%. Dan telah terjadi kenaikan kematian akibat penyakit tidak menular pada periode yang sama dari 25,41% menjadi 48,53% (Depkes, 2004).

Untuk mengatasi masalah kesehatan ini kita harus mengidentifikasi dahulu faktor determinan penyakit degeneratif yang signifikan menjadi penyebab dan bisa diperbaiki. Terdapat banyak teori determinan kesehatan. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi status kesehatan, yaitu lingkungan dan perilaku (Green dan Kreuter, 1991). Lingkungan yang dimaksud di sini terbagi atas dua, yaitu lingkungan fisik dan sosial, dan lingkungan

pelayanan kesehatan. Sedangkan perilaku adalah faktor yang berhubungan langsung dengan kesehatan, juga dapat mempengaruhi secara tidak langsung melalui lingkungan. Perilaku dapat berupa perilaku sehat, perilaku sakit, perilaku beresiko, perilaku pencegahan kesehatan, dan lainnya. Sedangkan yang dimaksud lingkungan yaitu ekonomi, fisik, pelayanan kesehatan, sosial budaya, dan lainnya.

42 Determinan kesehatan adalah faktor penentu atau faktor risiko atau faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat atau individu. Menurut (Smitt 1992) ada tiga faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu genetik, lingkungan fisik (kondisi rumah, sumber air minum, transportasi, kebisingan, polusi global), lingkungan sosial (kelompok sebaya, budaya, pendidikan, ketersediaan fasilitas olahraga, tempat makan) dan gaya hidup (merokok, makan kurang serat, kurang olahraga, sex bebas). Kesehatan merupakan interaksi dari ketiga faktor tersebut (Kemmer & Close, 1995)

51 Masalah kesehatan dipengaruhi oleh gaya hidup individu (sex, umur), keadaan sosial dan masyarakat, ekonomi, budaya dan lingkungan (Keleher, et. All, 2007). Selanjutnya faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat adalah (1) genetik, (2) lingkungan fisik dan lingkungan sosial, (3) pelayanan kesehatan, (4) perilaku (Simon & Morton, 1995). Sebagai contoh : aktifitas Fisik akan menurunkan angka kejadian penyakit kardiovaskular dan Diabetes melitus melalui peningkatan metabolisme glukosa, penurunan lemak tubuh dan penurunan tekanan darah (Creber et al, 2010)

19 Sementara, menurut Kamm dan Close (1995), terdapat lima faktor yang mempengaruhi status kesehatan, yaitu genetik, kebutuhan dasar, lingkungan fisik, gaya hidup, serta lingkungan

yang mempengaruhi gaya hidup. Setiap orang memiliki gen material yang mengontrol perkembangan dan pertumbuhan tubuhnya, seperti tinggi tubuh, bentuk wajah, dan lainnya. Kebutuhan dasar yang dimaksud yaitu makan, minum, keamanan, dan lainnya. Rumah, transportasi, jalan, merupakan bentuk-bentuk dari lingkungan. Sedangkan lingkungan yang berpengaruh pada perilaku, yaitu tekanan kelompok sebaya, tekanan budaya, pendidikan, iklan, dan lainnya. Dan, gaya hidup seperti perilaku merokok, perilaku makan, perilaku pencarian pelayanan kesehatan, dan lainnya.

9 Tidak jauh berbeda dengan teori sebelumnya, Simon-Morton (1995) juga berpendapat bahwa kesehatan dipengaruhi oleh genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial, pelayanan kesehatan, dan perilaku individu. Dari dua teori sebelumnya, terlihat faktor lingkungan menjadi faktor yang luas, yang setidaknya terdiri atas lingkungan sosial, lingkungan fisik, dan pelayanan kesehatan.

9 Teori yang lebih konferhensif dikemukakan oleh Marmot dan Wilinon (2006), yaitu *social determinan health*. Menurut teori ini terdapat empat kelompok faktor yang berhubungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan kesehatan, yaitu faktor sosial, faktor biologi, faktor psikologi, dan faktor material/fisik. Sedangkan faktor genetik, pengalaman hidup, dan budaya mempengaruhi model ini dari luar, atau faktor eksternal. Stuktur sosial adalah faktor yang mempengaruhi kesehaan secara tidak langsung. Struktur sosial berpengaruh pada kualitas hidup dan kesehatan melalui tiga jalan, yaitu melalui faktor biologi, psikologi dan material.

32 Untuk dapat memahami lebih jauh tentang determinan kesehatan kita ambil contoh kasus Penyakit Tidak Menular.

Penyakit tidak menular adalah penyakit yang bukan disebabkan infeksi yang berakibat akhir kecacatan atau kematian. Penyakit tidak menular memiliki faktor resiko yang dapat dicegah dengan mengendalikan faktor resikonya. Penyakit tidak menular merupakan titik akhir dari perjalanan faktor resiko yang tidak terkendali, yaitu faktor resiko perilaku yang akan menjadi faktor resiko perantara yang nanti akan menuju titik akhir. Faktor resiko perilaku dari penyakit tidak menular yaitu merokok, diet tidak seimbang, alkohol, dan kurang aktifitas fisik. Faktor perantara penyakit tidak menular yaitu hipertensi, hiperglikemia, obesitas, dan hiperlipidemia (Depkes, 2006).

Setelah menentukan determinan kesehatan dari penyakit tidak menular, selanjutnya mengidentifikasi faktor resiko yang betul-betul menyebabkan kasus. Ada beberapa model yang dapat digunakan ketika identifikasi masalah kesehatan. Menurut Green dan Kreuter (1991), identifikasi masalah kesehatan adalah bagian dari tahap perencanaan promosi kesehatan. Dalam proses tersebut lebih baik menggunakan Model Precede-Procede. Model ini terdiri atas dua bagian, yaitu bagian Precede dan Procede. Dalam model ini, identifikasi masalah kesehatan berada pada bagian Precede, yaitu 5 tahap diagnosis yang terdiri atas diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis lingkungan dan perilaku, diagnosis pendidikan dan organisasi, dan diagnosis administrasi dan kebijakan.

Selain itu, identifikasi masalah kesehatan dapat pula menggunakan Logic Model (Bartholomew, et.al, 2006). Logic Model merupakan penyempurnaan dari Precede Model. Seperti halnya Precede Model, Logic Model juga merupakan model sebab-akibat dari kualitas hidup dan masalah kesehatan. Perbedaan terletak pada tahap yang dilalui (terdiri atas 4 tahap),

serta penjabaran atas determinan perilaku dan lingkungan (tahap 4). Proses identifikasi dimulai dengan menggambarkan kualitas hidup dan masalah kesehatan yang dihadapi oleh kelompok atau masyarakat sasaran. Kemudian tahap analisis perilaku dan lingkungan. Analisis perilaku digunakan untuk menginvestigasi perilaku kelompok beresiko yang dapat meningkatkan resiko terjadinya masalah kesehatan. Sedangkan analisis lingkungan meliputi kondisi lingkungan sosial dan fisik yang berpengaruh terhadap masalah kesehatan baik secara langsung maupun melalui sebab perilaku. Tahap terakhir yaitu menganalisis personal determinan dan eksternal determinan dari faktor perilaku dan lingkungan.

Dalam upaya identifikasi tersebut, secara umum terdapat dua metode dalam pengumpulan data, yaitu metode kuantitatif dan metode kualitatif. Lebih spesifik menurut Simon-Morton et.al (1995), ada 6 metode pengumpulan data dalam identifikasi masalah, yaitu wawancara perorangan, wawancara telpon, kuesioner melalui surat, data statistik yang ada (sekunder), metode khusus dan pertemuan. Metode khusus meliputi observasi dan investigasi lapangan yang sistematis, penelitian aksi (*research action approach*), dan teknik antropologi. Semua metode memiliki kekurangan dan kelebihan, dan pemilihan tergantung pada dana, staf, ketersediaan data skunder, populasi dan lainnya.

B. KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN

Promosi Kesehatan menurut Green dan Kreuter (1991), yaitu kombinasi dari upaya pendidikan dan lingkungan agar terciptanya tindakan dan suasana untuk hidup yang sehat. Berbeda dengan penjelasan. Keleher, et al (2007), bahwa **promosi kesehatan** mewakili proses politik dan sosial yang luas

yang tidak hanya mencakup meningkatkan keterampilan dan kemampuan individu namun juga secara langsung mengubah kondisi lingkungan, sosial dan ekonomi serta mengurangi dampak pada kesehatan masyarakat dan individu. Penjelasan Keler, et al (2007) merupakan rangkuman *Ottawa Charter* tahun 1986 *cit.* WHO (2009), yang menyatakan **promosi kesehatan** yaitu proses memampukan masyarakat untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan disini lebih kepada proses sosial dan politik yang komperhensif, tidak hanya upaya langsung untuk meningkatkan skil dan kemampuan individu-individu, tetapi juga upaya langsung untuk memperbaiki kondisi lingkungan fisik, sosial, ekonomi, serta mengurangi dampak buruk dari lingkungan tersebut. Sedangkan UU. Kesehatan No. 23 tahun 1992, mendefinisikan promosi kesehatan sebagaiupaya kesehatan yang meningkatkan kesadaran,kemauan, kemampuan masyarakat dan individu untuk hidup sehat dalam masyarakat sehat.

Dari konsep **promosi kesehatan** di atas dapat diketahu misi dan sasaran dari promosi kesehatan. Dalam Ottawa Charter, 1986 *cit* WHO (2009), misi dari promosi kesehatan atau dikenal sebagai strategi dasar terdiri atas advokasi (*advocasy*), mediasi (*mediating*), dan memampukan (*enabling*). Promosi kesehatan harus mampu mewujudkan kondisi politik, ekonomi, sosial, kultural, dan lingkungan agar mendukung terwujudnya kesehatan masyarakat dan kualitas hidup yang prima. Upaya tersebut dilakukan melalui adokasi. Untuk menyelesaikan masalah kesehatan tidak akan mampu jika hanya ditanggulangi oleh sektor kesehatan. Masalah kesehatan juga tidak akan terwujud dengan upaya orang perorang. Maka perlu mediasi untuk menyatukan semua sektor terkait, karena kesehatan

adalah tanggungjawab individu, kelompok, maupun masyarakat. Tujuan dasar promosi kesehatan agar individu-individu mampu mengontrol faktor-faktor yang menjadi determinan kesehatan mereka. Untuk mencapai potensi tersebut secara utuh dibutuhkanlah pemerataan (*equality*) lingkungan yang kondusif, akses informasi, skil hidup, serta kesempatan. Upaya ini adalah upaya memampukan masyarakat (*enabling*).

118 Dari misi tersebut diterjemahkan kedalam sasaran promosi kesehatan. Terdapat tiga sasaran promosi kesehatan, yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier. Sasaran primer, yaitu kelompok masyarakat yang memiliki masalah kesehatan. Sasaran sekunder yaitu orang atau kelompok orang yang mampu mempengaruhi keputusan perilaku sasaran primer. Sedangkan sasaran tersier, yaitu kelompok orang yang mampu merubah faktor determinan kesehatan dari sasaran primer secara luas, yaitu pengambil keijakan. Simon-Morton, dkk (1995) menyusun sasaran promosi kesehatan kedalam empat tingkatan, yaitu individu, organisasi, masyarakat dan pemerintah. Objek dari promosi kesehatan pada individu yaitu perilaku, pengetahuan, sikap, dan psikologi. Obyek pada sasaran organisasi dan masyarakat yaitu kebijakan, praktek, program, fasilitas, dan sumber daya. Obyek dari sasaran pemerintah yaitu kebijakan, praktek, program, fasilitas, sumber daya, legislasi, regulasi, dan dukungan.

203 77 33 Sementara itu, berdasarkan settingnya, ruang lingkup promosi kesehatan dibedakan menjadi 6 yaitu: promosi kesehatan di sekolah, promosi kesehatan rumah sakit, promosi kesehatan di pelayanan umum, promosi kesehatan di masyarakat, promosi kesehatan tempat kerja, dan promosi kesehatan di kota sehat (Fertman & Allensworth, 2010).

28 Selanjutnya berdasarkan aspek pelayanan sasaran promosi kesehatan dibedakan menjadi 5 tingkatan yaitu :

- 1) Tingkat promotif : sasaran promkes pada kelompok orang yang sehat untuk meningkatkan kesehatannya.
- 2) Tingkat preventif : sasaran pada kelompok resiko tinggi misalnya perokok untuk mencegah kelompok tsb agar tidak terkena penyakit
- 3) Tingkat Kuratif : Sasaran penderita penyakit-penyakit kronis, misalnya DM, hipertensi agar tidak bertambah parah.
- 4) Tingkat rehabilitative : Sasaran kelompok penderita yang baru sembuh dari penyakit, dengan tujuan pemulihan dan mencegah dari kecacatan akibat penyakit.

20 Setelah mengetahui sasaran dan misi, maka diterjemahkan kedalam strategi utama. Menurut Green dan Kreuter (1991), ada 5 stretegi dalam pendidikan dan promosi kesehatan, yaitu program motivasi, perbaikan perilaku, konseling kesehatan, dan komunikasi organisasi dan massa. Ottawa Charter 1986 cit. WHO (2009) juga mengidentifikasi dan mewujudkan lima stretegi prioritas, yaitu 1) membangun kebijakan publik yang sehat misalnya dnegan kebijakan promosi kesehatan menggabungkan berbagai pendekatan namun saling melengkapi termasuk undang-undang, kebijakan fiskal, perpajakan dan perubahan organisasi; 2) Mewujudkan dukungan lingkungan yang sehat yang menghasilkan hidup dan kondisi kerja yang aman, merangsang penilaian, memuaskan dan enjoyable; 3) Memperkuat perilaku masyarakat yang sehat atau gerakan masyarakat yang berprinsip pada pemberdayaan

139 15 komunitas; 4) Mengembangkan skil individu, misalnya dengan Mengaktifkan individu maupun petugas kesehatan untuk belajar sepanjang hidup, untuk mempersiapkan diri dalam mengatasi masalah kesehatan; 5) Memerbaiki orientasi pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, peran sektor kesehatan harus bergerak semakin ke arah promosi kesehatan, disamping memberikan pelayanan yang sifatnya kuratif. Realisasi dari reorientasi pelayanan kesehatan adalah para penyelenggara kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus melibatkan bahkan memberdayakan masyarakat agar dapat berperan sebagai penerima maupun penyelenggara pelayanan kesehatan

8 Stretegi yang disusun dalam Ottawa Charter kemudian direvisi dalam Deklarasi Jakarta (*Jakarta Declaration*) tahun 1997 cit WHO (2009) dengan alasan terdapat tantangan di abad 21, sehingga memerlukan upaya yang komperhensif. Maka dihasilkanlah perubahan pada pencapaian dan upaya prioritas yang baru. Lima strategi yang dihasilkan yaitu promosikan tanggungjawab sosial atas kesehatan, meningkatkan penanaman modal untuk pengembangan kesehatan, memperluas jaringan stakeholder dalam promosi kesehatan, meningkatkan kapasitas masyarakat dan pemberdayaan perorangan, serta mengamankan infra sutruktur bagi promosi kesehatan. Kamm dan Close (1995) menjelaskan bahwa tugas pelaku promosi kesehatan adalah semua upaya yang bertujuan mencegah penyakit dan mensosialisasikan hidup sehat. Kemudian menurut Tannahil (1985) cit. Kamm dan Close (1995) terdapat 6 tugas ahli promosi kesehatan, pertama: membuat lingkungan yang aman, seperti menyediakan pembuangan limbah, makanan higien, dan rumah sehat. Kedua, memproteksi individu, seperti imunisasi, mengatur penggunaan *sit-belt*, helem, dan lainnya. Ketiga, pendidikan

kesehatan, seperti meningkat kepedulian, skil dan pengetahuan akan kesehatan. Keempat, membuat kesehatan sebagai pilihan mudah, seperti mensubsidi produk-produk sehat, meningkatkan pajak rokok, minuman keras dan lainnya. Kelima, yaitu melindungi dari upaya anti kesehatan, seperti iklan rokok, membuat peringatan bahaya rokok, dan lainnua. Keenam, yaitu mendeteksi masalah kesehatan sedini mungkin sehingga mudah diperbaiki, seperti skrining kanker payudara. Sedangkan dalam pelaksanaannya, ahli kesehatan masyarakat harus dapat bekerjasama dengan komunitasnya (Keleher at. al, 2007). Sementara, menurut Kamm dan Close (1995), lebih spesifik pada tenaga profesional yang punya tanggungjawab pada lingkungannya. Tenaga profesional tersebut tidak harus berlatarbelakang kesehatan, seperti guru, politisi, dan lainnya. Fretman dan Allensworth (2010), menyatakan tenaga pelaksana dapat pula berasal dari non-profesional (tradisional), seperti dukun, shaman, mantri, dukun malahirkan, dan lainnya.

Menurut Simon-Morton et.al (1995), ada **6 sumber data**, yaitu wawancara perorangan, wawancara telpon, kuesioner melalui surat, data statistik yang ada(sekunder), metode khusus dan pertemuan. Metode khusus meliputi observasi dan investigasi lapangan yang sistematis, penelitian aksi (*research action approach*), dan teknik antropologi. Semua metode memiliki kekurangan dan kelebihan, dan pemilihan tergantung pada dana, staf, ketersediaan data skunder, populasi dan lainnya. Sedangkan menurut Fretman dan Allensworth (2010), terdapat dua sumber data utama bagi kegiatan promosi kesehatan, yaitu **data primer dan sekunder. Data primer bisa didapatkan melalui one-on-one interview**, sedangkan data sekunder bisa diperoleh melalui sumber-sumber dari dalam maupun luar organisasi.

Sedikit berdeda pula Dignan dan Carr (1992), bahwa sumber data dapat berasal dari observasi, self report, rekam informasi atau data base.

Menurut Green dalam (Simon et All, 1995) **tahapan promosi kesehatan** adalah sebagai berikut : a) **Diagnosis sosial dan epidemiologi** : menggali masalah yang dirasakan masyarakat melalui diidentifikasi dengan cara review literatur, pelayanan data masyarakat, angket,NGP lalu penulusuran masalah kesehatan yang menjadi penyebab diagnosa sosial. b) **Diagnosis perilaku dan lingkungan**, penulusuran masalah perilaku penyebab masalah kesehatan c) **Diagnosis pendidikan dan organisasi**, penulusuran masalah yang menjadi sebab masalah perilaku. Ada 3 faktor yang dapat berpengaruh : **faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor penguat.** d) **Diagnosis adminitrasi kebijakan, analisis kebijakan, sumber daya, peraturan yang memfasilitasi/menghambat program PKM/promosi kesehatan.** e) Implementasi, f) Evaluasi. Sementara itu, **tahapan Promosi kesehatan** menurut (Dignan and Carr, 1992 yaitu : a) Analisa masalah, b)Penilaian Target, c) Pengembangan program, c)Implementasi, e) Evaluasi.

C. RINGKASAN

- a. **Determinan kesehatan adalah faktor penentu atau faktor risiko atau faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat atau individu.** Masalah kesehatan dipengaruhi oleh gaya hidup individu (sex, umur), keadaan sosial dan masyarakat, ekonomi, budaya dan lingkungan (Keleher et al., 2007). Selain itu , **Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat adalah (1) genetik, (2)**

lingkungan fisik dan lingkungan sosial, (3) pelayanan kesehatan, (4) perilaku (Simon Morton et al., 1995).

- 33
- b. Promosi kesehatan adalah proses untuk membuat masyarakat mampu meningkatkan status kesehatan baik fisik, mental dan kesejahteraan sosial. Individu atau kelompok masyarakat harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi mereka untuk memenuhi kebutuhan, dan untuk mengubah atau mengatasi lingkungan. Kesehatan adalah konsep positif menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik. Promosi kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan tetapi gaya hidup masyarakat juga berpengaruh. **Promosi kesehatan** adalah ilmu dan seni membantu masyarakat untuk menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal baik secara fisik, emosi, sosial, spiritual dan intelektual. **Promosi kesehatan** adalah semua aktivitas yang ditujukan untuk mencegah penyakit dan atau meningkatkan kesehatan yang positif misalnya membuat lingkungan yang aman, perlindungan individu, pendidikan kesehatan, dll (Understanding Health promotion hal 26). **Promosi kesehatan** menurut Lawrence Green (1984) adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

- 27
- c. Strategi Promosi Kesehatan yang menjadi prioritas yaitu membangun kebijakan publik yang sehat, mewujudkan dukungan lingkungan yang sehat, memperkuat perilaku masyarakat yang sehat, mengembangkan skill individu, serta memperbaiki orientasi pelayanan kesehatan. Selanjutnya

terdapat **Lima strategi Promosi Kesehatan menurut Deklarasi Jakarta 1997 cit WHO (2009)** yang isinya sebagai berikut promosikan tanggungjawab sosial atas kesehatan, meningkatkan penanaman modal untuk pengembangan kesehatan, memperluas jaringan stakeholder dalam promosi kesehatan, meningkatkan kapasitas masyarakat dan pemberdayaan perorangan, serta mengamankan infra sruktur bagi promosi kesehatan.

D. PERTANYAAN PENUNTUN

1. Jelaskan pengertian determinan **kesehatan dan** berbagai **faktor yang mempengaruhi** determinan **kesehatan!**
2. Jelaskan sumber data dalam determinan kesehatan dan bagaimana cara memperolehnya?
3. Jelaskan manfaat determinan kesehatan dalam menentukan prioritas masalah kesehatan
4. Jelaskan **konsep dasar promosi kesehatan** yang terdiri dari pengertian promosi kesehatan, tahapan **dalam promosi kesehatan, sasaran promosi kesehatan,** strategi **Promosi Kesehatan** dan **perkembangan promosi kesehatan**

E. DAFTAR PUSTAKA

- 35 Anonim. 2007. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 39 tahun 2007 tentang Perubahan Atas Undang-undang Nomor 11 tahun 1995 tentang Cukai*. Jakarta.
- 90 Bartholomew, L.K, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. 2006. *Planning Health Promotion Program. An Intervention Mapping Approach*. HB Printing. USA.
- 22 Depkes. Balitbangkes. 2004. *Surkesnas, Laporan Studi Mortalitas 2001: Pola Penyakit Penyebab Kematian di Indonesia*. Jakarta.
- 7 Depkes. Dirjen PP&PL. Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. 2006. *Pedoman Umum Penyakit Tidak Menular*. Jakarta.
- 75 Depkeu. 2008. *Peraturan Menteri Keuang Nomor 84/PMK.07/2008 tentang Penggunaan Dana asil Pembagian Cukai Tembakau dan Sanksi Atas Penyalahgunaan Alokasi Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau*. Jakarta
- 98 Dignan dan Carr. 1992. *Program Planning for Health Education and Promotion*. 2nd Ed. Lea & Febiger. Philadelphia. USA.
- Fertman CI, AllenSwerth DD . 2010. *Health Promotion Programs. FromTheory to Practise*. PB Printing. USA
- 44 Green, Lawrence W. and Kreuter Marshall W. 1991. *Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach. 2nd Ed*. Mayfield Publishing Company. USA.
- 18 Kemm, J and Close, Ann. 1995. *Health Promotion. Theory and Practice*. Mackays of Chatham PLC, Chatham, Kent. Great Britain.

18
95
Keleher H, Colin MacDougall C, Murphy B. 2007
Understanding Health Promotion, Oxford University Press

Marmot, Michael and Wilkinson, Richard G. 2006. ***Social Determinants of Health***, 2nd Ed. Oxford University Press. Great Britain.

5
Simon-Morton, BG, Greene WH, Gottlieb NH, 1995.
Introduction in Health Education and Health Promotion. Waveland Press, inc. USA.

79
WHO. 2001 ***Ringkasan Surveilans Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular, Pendekatan WHO STEPwise, Noncommunicable Disease and Mental Health***. Geneva.

WHO. 2005. ***Preventing Chronic Disease a Vital Investment***.

18
WHO. 2009. ***Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences***. Geneva.

BAB 2

NEED DAN TARGET ASSESSMENT

Ahli promosi kesehatan hendaknya tidak melakukan generalisasi ketika melihat permasalahan kesehatan di sekitarnya. Permasalahan lanjutan mungkin akan muncul jika ada kecenderungan untuk menggunakan hal yang sama untuk semua sasaran promosi kesehatan. Oleh karena itu pemecahan masalah yang ditawarkan oleh ahli promosi kesehatan seharusnya tidak berdasarkan pada konsep universal tetapi hendaknya memfasilitasi keunikan kebutuhan kelompok sasaran atau masyarakat. Untuk mengetahui kebutuhan masyarakat maka dilakukan need assesment.

Need assesment bukan hanya deskripsi tentang situasi tertentu dan permasalahan-permasalahannya namun juga merupakan proses identifikasi dan pencarian solusi bagi masalah-masalah individu, kelompok maupun organisasi. Need assesment telah menjadi bagian yang penting dan diperlukan bagi perencanaan dan pembuatan kebijakan promosi kesehatan. Setelah prioritas kebutuhan ditetapkan berdasarkan need assesment, dilakukan penjajakan fokus program pada target (sasaran) assesment. Pada tahap ini dilakukan pengkajian terhadap perilaku sasaran, kesiapan pendidikan dan tingkat perubahan perilaku. Selanjutnya ahli promosi kesehatan membuat penilaian dan menentukan sasaran promosi kesehatan berdasarkan need dan target assesment. Kemudian menentukan prioritas intervensi serta merancang intervensi yang sesuai dan yang diterima oleh kelompok sasaran atau masyarakat.

Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca Bab 2, Pembaca diharapkan mampu

1. Memahami arti need assesment, model need assessment, metode need assesment dan sumber data need assessment, manfaat need assesment.
2. Memahami sasaran Promosi Kesehatan dengan memperhatikan dimensi dan fokus program promosi kesehatan.
3. Memahami cara memprioritaskan Kebutuhan Promosi Kesehatan.
4. Mampu mengembangkan Strategi Intervensi Promosi Kesehatan

A. DEFINISI NEED

Menurut (Ervin Alexander M,2000), Need (kebutuhan) adalah keadaan, situasi, kondisi di masyarakat yang menunjukkan ketiadaan, keterbatasan dan pencegahan fungsi normatif. Kebutuhan kesehatan diartikan sebagai kondisi atau keadaan yang bila tidak ada menyebabkan masyarakat tidak dapat mencapai keadaan fisik, mental, sosial yang optimal. Cara Mengidentifikasi Jenis-jenis kebutuhan menurut Fertman & Allensworth,(2010) ada 4 langkah dalam Need Assesment yaitu :

1. Menentukan cakupan need assessment
2. Mengumpulkan data
3. Menganalisa data
4. Melaporkan hasil temuan

Tipe kebutuhan ada 4 yaitu *normative need*, *expressed need*, *comparative need* dan *felt need*. *Normative need* adalah kebutuhan berdasarkan opini dari petugas kesehatan misalnya

menurut kementerian kesehatan bayi usia 12-15 bulan harus diimunisasi campak karena menurut survey pada usia tersebut bayi banyak yang belum mendapat imunisasi. *Expressed need* adalah kebutuhan berdasarkan observasi penggunaan pelayanan kesehatan contohnya tingginya *booking* pada klinik bersalin menunjukkan preferensi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan obsgin atau pengobatan tradisional, antrian panjang pada klinik anak menunjukkan banyaknya masalah psikologi dan sosial anak. *Comparative need* adalah kebutuhan berdasarkan pengamatan pelayanan kesehatan di suatu populasi yang digunakan sebagai dasar untuk menentukan jenis pelayanan kesehatan di tempat lain dengan melihat kesamaan kondisi populasi. Misalnya pembangunan rumah sakit di pinggiran kota berdasarkan jumlah rumah sakit di dalam kota. *Felt need* adalah kebutuhan berdasarkan apa yang dikatakan masyarakat, apa yang mereka inginkan dan pikirkan. Kebutuhan ini dapat diperoleh melalui survai rumah tangga, survai melalui telepon, pertemuan masyarakat, dll.

B. NEED ASSESSMENT

Need Assessment merupakan langkah awal dan penting dalam proses perencanaan dengan mengumpulkan informasi yang akurat dan *comprehensif* pada target masyarakat. Secara umum tujuan proses ini untuk mengidentifikasi masalah, kemungkinan penyebab dan menganalisa *item* dasar yang sesuai dengan rencana dan pentingnya kemungkinan perubahan (Simon-Morton, et.al., 1995).

Menurut Dignan dan Carr (1992), *Need Assessment* adalah tahap paling krusial dari perencanaan program promosi dan pendidikan kesehatan. *Need Assessment* terdiri atas dua

tahap (elemen), yaitu *community analysis* dan *community diagnosis*. *Community analysis* yaitu investigasi atas sumber daya dan kebutuhan dari sebuah komunitas. *Community analysis* terdiri atas *backdrop* komunitas, yaitu pengenalan geografis, pengenalan perdagangan dan bisnis, pengenalan karakteristik demografis, dan pengenalan struktur sosial dan politik; analisis status kesehatan melalui statistik vital dan data kesakitan; analisis sistem pelayanan kesehatan; dan analisa sistem pembantu sosial di sebuah komunitas. Sedangkan *community diagnosis* bertujuan untuk mengidentifikasi kesenjangan antara status kesehatan dan keberadaan pelayanan kesehatan di sebuah komunitas. *Community diagnosis* terdiri atas empat tahap, yaitu menentukan status kesehatan, menentukan pola pelayanan kesehatan, menginvestigasi hubungan antara status kesehatan dan pelayanan kesehatan, dan mencatat temuan dan identifikasi issue utama kesehatan.

Sementara menurut Hawe et. Al (1990), *Need Assessment* merupakan upaya untuk mendapatkan gambaran yang utuh atau komprehensif mengenai masalah kesehatan di sebuah komunitas, dan kemudian menjadi petunjuk dalam menentukan pilihan intervensi kesehatan yang sebaiknya direncanakan dan digunakan. *Need assessment* dapat dibagi menjadi dua tahap utama berdasarkan tujuan pengumpulan data (*the data collection*) untuk setiap tahapnya. Kedua tahap tersebut, yaitu indentifikasi prioritas masalah kesehatan dan analisis masalah kesehatan. Tahap identifikasi masalah bertujuan untuk mengumpulkan data dan menjelaskan sejumlah pendapat kemudian memutuskan prioritas masalah kesehatan. Ukuran masalah haruslah jelas dan spesifik sesuai dengan masalah yang dialami oleh kelompok target. Tahap ini terdiri atas tahap

208

6

konsultasi, mengumpulkan data, mempresentasikan hasil, dan menentukan prioritas. Sedangkan tahap analisa masalah kesehatan bertujuan untuk mengumpulkan data tambahan mengenai faktor penyebab munculnya masalah kesehatan yang akan menjadi fokus intervensi. Tahap ini meliputi tahap review literatur, menggambarkan kelompok target, menjabarkan masalah kesehatan, menganalisis faktor yang memicu masalah kesehatan, dan menemukan kekuatan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat.

Sementara itu menurut Fretman dan Allenswort (2010), *Need Assesment* adalah upaya untuk mengumpulkan informasi mengenai status kesehatan dan standar kesehatan (ideal) bagi satu kelompok masyarakat agar dapat dipahami bagaimana upaya untuk meningkatkannya. Hasil dari *Need Assessment* menyediakan dasar dalam merencanakan program promosi kesehatan sesuai dengan masalah dan fokus kesehatan. *Need Assesment* terdiri atas empat tahap dasar, yaitu (1) menentukan ruang lingkup penilaian, (2) mengumpulkan data, (3) analisis data, dan (4) melaporkan hasil temuan.

Lebih jauh lagi menurut McKillip (1987) cit. Ervin (2000), terdapat tiga tipe atau model need assessment, yaitu model *discrepancy*, *marketing* dan *decision making*. Ervin (2000) menambahkan *participatory-action* model dalam tipe *need assessment*. Pada *discrepancy model*, kelompok petugas kesehatan atau peneliti yang menetapkan tujuan dan mengembangkan cara pengukuran performance. Jika terdapat ketidaksesuaian (*discrepancy*) dalam tujuan maka kebutuhan akan meningkat. Contohnya : penggunaan standar nilai matematika atau tes Inggris comprehension untuk mengukur kompetensi dasar, indikator PHBS, indikator AKI.

Untuk *marketing model*, tidak selalu merupakan orientasi pelayanan yang lengkap. *Marketing model* berdasarkan permintaan pasar dan tidak selalu fokus pada pelayanan. Mengambil informasi yang telah disusun untuk mengetahui jumlah kebutuhan, serta melakukan pelayanan yang baik untuk kebutuhan dengan mencari *felt* dan *expressed* needs. Misalnya need assessment untuk program baru & klien baru. Contoh : program kesehatan berdasarkan yang mendanai, program rokok.

Decision making model merupakan model yang lebih baik dan berkembang. Model ini mengambil fokus pada kebutuhan saat ini yang aktual dan bernilai, dapat mengantarkan pada pelayanan yang lebih baik. *Decision making model* berdasarkan asumsi rasional dari salah satu tokoh masyarakat. Asumsi berdasarkan fokus pada aktual kebutuhan dan nilai-nilai masyarakat serta penyeleksian sumber data yang tepat. Berdasarkan kepentingan stakeholder.

Dan terakhir *participatory-action model*, terfokus pada kelompok masyarakat dan kelembagaan dengan pendekatan *bottom-up*. Penelitian, penilaian dan prioritas kebutuhan berdasarkan diskusi kelompok tersebut. Misalnya penelitian grup masyarakat, FGD.(Ervin alexander M, 2000). Participatory action model lebih baik karena masyarakat dilibatkan sehingga sustainable program dapat di jaga.

C. URGENSI NEED ASSESSMENT

Para pembuat program promosi perlu melakukan need assesment untuk beberapa tujuan. Menurut Jack McKillip (1987, 1998) tujuan need assessment adalah (1) agar kita dapat membuat asumsi atau perencanaan yang spesifik terhadap kebutuhan organisasi. Misalnya assessment untuk klinik

kesehatan mental akan tidak cocok bila fokus pada isu kebutuhan rumah. Tetapi akan lebih tepat bila kebutuhan dibuat atas dasar isue alkohol dan alkoholisme. (2) Need assessment sebagai petunjuk pembuatan prioritas masalah misalnya dengan menggunakan metode Delphi, nominal grup. (3) menyiapkan proposal Pencarian dana, pembuatan prioritas dan pengembangan program.(4)untuk memenuhi janji politik Peterson : untuk menvalidasi target populasi serta mengidentifikasi target populasi baru, intinya mengetahui kebutuhan rill masyarakat, target dan program sesuai. Need Assessment dilakukan karena dapat menjawab beberapa pertanyaan akrab seperti mengapa, siapa, bagaimana, apa, dan kapan, serta dapat membantu dalam menentukan apakah suatu kegiatan/pandangan merupakan solusi yang tepat dalam pengambilan keputusan.

Selanjutnya dalam kegiatan need assesment terdapat aktor atau orang yang berperan di dalamnya. Aktor yang terlibat dalam proses ini yaitu pakar, programmer (ahli promkes), masyarakat, pemerintah, NGO, peneliti yang masing-masing memiliki porsi dan peran yang berbeda dan atau sama. Aktor dapat berperan sebagai pelaksana need assessment, dapat pula sebagai subyek dari target program, sumber informasi atau data, dan dapat pula sebagai konselor

D. METODE NEED ASSESMENT

Menurut Gilmore et al. (Cit. Dignan & Carr, 1992) Need Assessment dapat dilakukan melalui tiga langkah yaitu

1. *Assessment* dengan individu melalui

- Single step survey : survey dengan surat, telepon, dan survey tatap muka langsung

- Multi Step Survey – Delphi
- Interviews : Formal interview, Moderately scheduled interviews, Informal interviews

2. ***Assessment with the groups*** : Nominal group Technique, Focus group discussion, Community forum, Participant observation Electronic conference

3. ***Self directed Assessments***

(1) Self directed Assessment inventories : status kesehatan umum, penilaian risiko kesehatan dengan sistem komputer, dan inventori kesehatan

(2) Observational self directed assessments : Observasi Personal tentang kesehatan, deteksi dini penyakit tertentu.

Menurut Ervin (2000) metode dan sumber data untuk need assessment adalah : (1) Rates under Treatment/rates of utilization (2) Social, Socioeconomic, and health indikator (3) Test score (4) Document (5) Survey questionnaires (6) Key Informant interview (7) Group interviewing techniques (8) Community forum or Hearing and Brief (9) Observasi and observasi partisipasi.

Sedangkan menurut Penelope Hawe, et all, (1990) terdapat 2 tahapan dalam *need assessment* yaitu : (1) Mengidentifikasi prioritas masalah kesehatan terdiri dari konsultasi, pengumpulan data, presentasi temuan, menentukan prioritas masalah, (2) Menganalisa masalah kesehatan yang terdiri dari review literatur, mendeskripsikan target grup, mencari masalah kesehatan, analisa faktor contributing dengan masalah kesehatan

E. SUMBER DATA **NEED** DAN TARGET **ASSESSMENT**

Menurut Bartholomew et. al (2006), bahwa need assessment memerlukan beragam sumber data untuk menjawab beragam pertanyaan dan memerlukan beragam perspektif jawaban. Terdapat dua sumber data, yaitu **data sekunder dan primer**. **Data sekunder** yaitu data yang dikumpulkan untuk tujuan tertentu dan bukan untuk need assessment. Terdapat banyak sumber data, baik dari lokal, regional, maupun internasional, dari pemerintahan, NGO, pendidikan, dan lainnya. Sumber data primer bisa dilakukan kepada individu, dengan beragam metode seperti interview dan observasi etnografik, teknik critical incident, key informan interview atau survey baik melalui suratm telpon, internet, dan lainnya. Data kelompok juga dapat dilakukan dengan beragam metode seperti teknik delpi, community forum, NGT, dan lainnya. Berikut ini penjelasan mengenai **sumber Data** :

- a) **Data primer** : data asli yang di kumpulkan dan menganalisisnya, mis, data dari kelompok fokus pemuda atau hasil survei perempuan (kuesioner, angket, indep)
- b) **Data sekunder** : informasi yang dikumpulkan oleh orang lain, tetapi yang Anda dapat menganalisis atau re-analisa; mungkin tersedia di "mentah" (un-dianalisis) atau dianalisis bentuk, misalnya, data klinik STD atau data sensus

Kemudian metoda pengumpulan data untuk need assesment terdiri dari dua yaitu metode **kualitatif dan metode kuantitatif**. **Data kualitatif** adalah data yang disajikan dalam bentuk naratif yang umumnya tidak dapat dinyatakan secara numerik, misalnya, informasi yang dikumpulkan dari kelompok fokus atau kunci wawancara informan. Sementara **data**

kuantitatif merupakan data yang disajikan dalam bentuk numerik, mis, survei data dari pertanyaan pertanyaan tertutup berakhir atau melaporkan kasus AIDS dari epidemiologi survei / laporan. Pertimbangan dalam memilih metode pengumpulan data ada 3 yaitu : 1) Permasalahan penelitian dan tujuan promosi kesehatan; 2) Pengalaman peneliti; 3) Pengguna hasil penelitian, kaitannya dengan pemanfaatan data

Lebih spesifik menurut Simon-Morton et.al (1995), ada 6 metode pengumpulan data dalam identifikasi masalah, yaitu wawancara perorangan, wawancara telpon, kuesioner melalui surat, data statistik yang ada (sekunder), metode khusus dan pertemuan. Metode khusus meliputi observasi dan investigasi lapangan yang sistematis, penelitian aksi (*research action approach*), dan teknik antropologi. Semua metode memiliki kekurangan dan kelebihan, dan pemilihan tergantung pada dana, staf, ketersediaan data skunder, populasi dan lainnya.

Comunity analysis (need assessment) sangat bergantung pada kualitas (*adequate*) data. Ahli kesehatan harus menentukan sendiri apa dan bagaimana data akan dikumpulkan. Beberapa informasi bisa didapatkan dari dokumen public, seperti sensus, vital statistik lokal, laporan demografi. Sejumlah data dapat pula diperoleh dari pakar, seperti mendisain instrumen pengumpulan data, prosedur menganalisis. Sejumlah data dapat pula diperoleh langsung dari anggota komunitas dengan beberapa cara seperti, interview kepada informan kunci, atau dengan forum komunitas (Dignan dan Carr 1992)

Berbeda lagi apa yang dikemukakan oleh Ervin (2000), bahwa pengumpulan data dalam proses *need assessment* dapat dilakukan dengan cara **rates under treatment (or rates of utilization); social, socioeconomic and health indicator, test**

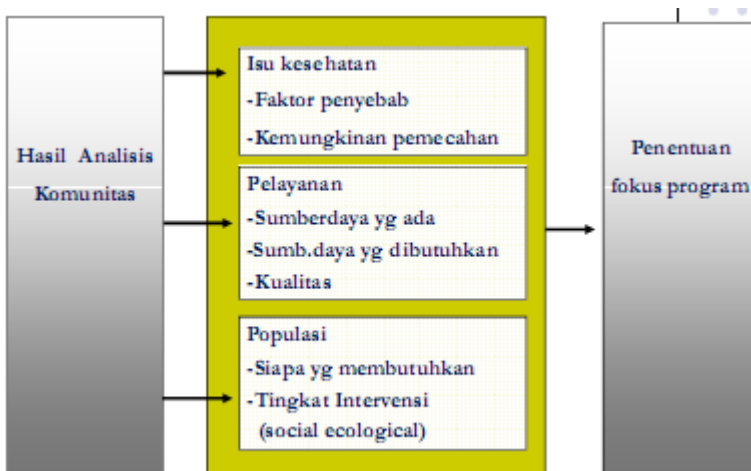
scores, documents; survei kuesioner; *key informant interview*; *group interviewing techniques*; *community forum or hearing and briefs*; *observation and participant observation*. *Rates under treatment (or rates of utilization)* rata-rata pemanfaatan.

Pendekatan kuantitatif ini merupakan jumlah total angka orang yang menggunakan program dan membuat pembagian berdasarkan usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, etnik. *Social, socioeconomic and health indicator*. Demografi dan data statistik untuk dapat melihat perubahan signifikan yang dibutuhkan dalam sosial dan masyarakat. *Test scores*, dapat diukur dengan skor. Sebagai contoh skor pada tes yang telah diberikan sekolah mungkin mengidentifikasi adanya diskrepansi sehingga menyarankan perlunya kebutuhan untuk program perbaikan. *Documents* (dokumen), macam-macam sumber yang dapat dipertimbangkan (jurnal, laporan, print media) dan dokumen lain yang tertulis yang penting. Survei kuesioner, kuesioner untuk memastikan dan mengurutkan kebutuhan. Tipe survei yang dapat digunakan meliputi telepon, email, pertanyaan langsung. *Key informant interview*, orang yang dapat mewawancarai dengan pimpinan atau orang yang mempunyai pengalaman secara langsung dan berpengetahuan. *Group interviewing techniques* (fokus, nominal, delphi groups), fokus group yang relatif tidak terstruktur dan berhubungan dengan informasi pada kebutuhan, issue dan solusi. Pendekatan pada group nominal lebih terstruktur dan mensyaratkan orang mengisi lists/catatan kebutuhan dan membuat prioritas. *Community forum or hearing and briefs* (forum masyarakat atau dengar pendapat dan laporan singkat), pertemuan dapat melibatkan angka yang besar/banyak orang untuk dengar pendapat yang disponsori oleh organisasi yang mencari

informasi kebutuhan. *Observation and participant observation*, berguna untuk investigasi dan mengamati keadaan masyarakat dan pentingnya memahami isi dan menjadi lebih mengetahui hal yang aktual atau kebutuhan pengamatan.

F. TARGET ASSESMENT (Sasaran Promosi Kesehatan)

Menurut Dignan dan Carr (1992), *target assessment* merupakan upaya untuk menginvestigasi lebih dalam dan dengan spesifik mengenai masalah yang telah dihasilkan (resume) dari *community analysis*; dan kemudian dilanjutkan dengan upaya meninjau (*explore*) fokus program.



Gambar 2.1. Kaitan hasil analisis komunitas dan fokus program (Dignan dan Carr, 1992)

4

Sasaran (target) need assesment terdiri dari a) Populasi struktural yaitu pekerja yang dilihat dari tingkat kompetensi, umur, gender, ras; b) Populasi fungsional yaitu melihat relasi sosial pada keluarga, sekolah, kelompok panti, dll; c) Tingkat status kesehatan yang terdiri dari angka kesakitan/ kematian, kesehatan kerja, klaim asuransi, perubahan iklim; d) Sistem layanan kesehatan yang dilihat dari pelayanan dokter, layanan asuransi kesehatan, dan akses pelayanan kesehatan lain; e) Program promosi kesehatan kerja dengan memperhatikan keaktifan program, evaluasi program, dan adanya insentif program; f) Kondisi lingkungan seperti lokasi, cuaca, kawasan industri dll; g) Struktur sosial politik yaitu menilai sistem pemerintahan daerah, sistem pendidikan, fasilitas umum, rekreasi, kelompok keagamaan, hubungan antar etnis; h) Angka kematian yang disebabkan penyakit infeksi, penyakit degeneratif, kecelakaan kerja, dll; i) Faktor risiko seperti risiko perilaku dan risiko non perilaku (Dignan & Carr, 1992).

4

Upaya investigasi dilakukan guna meneliti faktor yang berkaitan dengan masalah, memverifikasi intervensi yang terkait dan dukungan intervensi. Upaya yang dilakukan dengan memverifikasi temuan *community analysis* dengan *need* (sumber independen) yang nyata dan mutual dari targer populasi dan provider pelayanan kesehatan.

Kemudian upaya untuk meninjau fokus program memerlukan pertimbangan penilaian perilaku sasaran, faktor yang melatari perilaku, mekanisme terbentuknya, dan penilaian kesiapan perubahan perilaku, dengan menilai kesiapan faktor kognitif, faktor sikap dan lingkungan.

Tabel 2.1. Fokus Program Berdasarkan Frame Kerja Ekologi Sosial
(McLeroy,et.al. 1990. cit. Dignan dan Carr, 1992)

Level Ekologi	Target perubahan
Intrapersonal	Proses pengembangan, pengetahuan, sikap, ketrampilan, praktek, konsep diri, percaya diri
Interpersonal	Jaringan sosial, dukungan sosial, keluarga, kelompok kerja, teman sebaya, tetangga
Organizational	Norma, insentif, budaya organisasi, system terbuka atau tertutup, humanistic vs mekanistik, pola manajemen, struktur organisasi, jaring komunikasi
Community	Kondisi ekonomi lokasi, sumber daya komunitas, organisasi warga, kompetensi komunitas, pelayanan kesehatan dan sosial, hubungan antar organisasi, praktek budaya, struktur pemerintahan, kepemimpinan formal dan informal
Publik Policy	Perundangan, kebijakan, perpajakan, pihak penegak Hukum

Tabel diatas menjabarkan fokus program promosi kesehatan berdasarkan tingkatan dan target promosi kesehatan. Terdapat 5 level ekologi pada target(sasaran) promosi kesehatan yaitu 1) intrapersonal yaitu promosi kesehatan yang ditujukan untuk perubahan individu secara personal; 2) Interpersonal yaitu

181

promosi kesehatan yang ditujukan antar individu; 3) Organisational yaitu promosi kesehatan yang dilakukan pada tingkat organisasi; 4) Community yaitu promosi kesehatan yang dilakukan pada tingkat komunitas; 5) **Public Policy** yaitu **promosi kesehatan yang ditujukan kepada perubahan kebijakan public.**

Terdapat beberapa faktor yang dipertimbangkan dalam menentukan tingkat dan sasaran promosi kesehatan yaitu : ketersediaan ahli, kemampuan organisasi, waktu, power-base, kewenangan, cost, potential for change, invesment in the intervension (fisibilitas program), sumber dana dan kepentingan. Target program seharusnya hasil pengabungan dari perencana program, sponsor program, partisipasi potensial program (Dignan & Carr, 1992)

80

Selanjutnya, Masyarakat sebagai sasaran kegiatan need assesment memiliki peran yang cukup penting karena Menurut Dignan dan Carr (1992) tujuan utama dari *comunity analysis (need assessment)* yaitu **menilai kemampuan dan keahlian masyarakat untuk berkolaborasi dalam mengidentifikasi kebutuhan, menetapkan prioritas, menetapkan strategi untuk prioritas, dan bekerjasama dalam melaksanakan program yang ditentukan.** Jadi peran masyarakat **tidak hanya sebagai obyek sumber data, tetapi juga sebagai subyek** dalam menentukan kebutuhan, prioritas masalah mereka sendiri. Masyarakat juga dilibatkan dalam upaya penanganan masalah sesuai need dan prioritas yang telah mereka lakukan.

164

Lebih jauh lagi dapat dipaparkan pengalaman atau best practice untuk program preventif dan promotif dari jurnal yaitu 1) *best practice* hasil *need assassment* tentang perawatan pasien cancer di Istituto Nazionale Tumori of Milan (Tamburuni, et. al

2003 cit. Aswald 1998), The humanization movement di rumah sakit, atas dasar budaya, tidak hanya dilakukan melalui pelatihan pekerja kesehatan, tetapi juga melalui intervensi terstruktur agar memberi pangalaman pelayanan yang menyenangkan dan menenangkan, 2) *best practice* pada kasus informasi resiko bagi perokok, D Hommand, 2006 et.al cit D Homand (2003, 2004) peringatan bergambar pada kemasan rokok (Canadian-style warnings) terbukti meningkatkan pengetahuan perokok dan *provide substantial cessation benefits and enjoy widespread support among smoke*.

G. MEMPRIORITASKAN KEBUTUHAN PROMOSI KESEHATAN

4 Cara memprioritaskan kebutuhan promosi kesehatan adalah (a) mengkaji data yang diperoleh pada saat need assessment (b) Menentukan topik & fokus masalah kesehatan (c) Mengelompokkan data menjadi 3 area yaitu data kematian atau kesakitan, faktor risiko perilaku, dan faktor risiko non perilaku (faktor sosial, fisik, lingkungan) (d) Identifikasi masalah kesehatan dengan kriteria : importance, feasibility of change, magnitude of problem and cost). Cara mudah memprioritaskan masalah dengan membuat 2 kategori. Kategori **importance** : jumlah masyarakat yang terkena masalah kesehatan, tingkat kematian, dampak potensial pada masyarakat. Kategori **Feasibility** : tingkat sulitnya masalah, ketersediaan sumber daya, tingkat efektivitas intervensi, penerimaan masyarakat terhadap solusi/program. Atau dapat menggunakan metode PEARL (*propriety, economic feasibility, acceptability, resources, legality*). Urgensinya memberikan gambaran sasaran yang menerima program, memberikan gambaran tingkat keberhasilan

program, untuk menetapkan intervensi yang digunakan untuk perbaikan program, kebutuhan dimasyarakat banyak sedangkan sumber daya petugas kesehatan terbatas (Fretmann & Allensworth, 2010).

Selanjutnya, upaya memprioritaskan strategi intervensi pada prioritas masalah merupakan tahapan untuk meninjau fokus program. Upaya ini memerlukan pertimbangan penilaian perilaku sasaran, faktor yang melatari perilaku, mekanisme terbentuknya, dan penilaian kesiapan perubahan perilaku, dengan menilai kesiapan faktor kognitif, faktor sikap dan lingkungan. Namun upaya ini didahului dengan upaya investigasi (Dignan & Carr, 1992)

Upaya investigasi dilakukan guna meneliti faktor yang berkaitan dengan masalah, memverifikasi intervensi yang terkait dan dukungan intervensi. Upaya investigasi juga digunakan untuk memastikan target dan sasaran perubahan perilaku. Dalam hal ini perlu untuk mempertimbangkan *Maslow's Hierarchy of human needs* (Kemmm dan Close, 1995). Teori Maslow mengatakan bahwa semua individu mempunyai kebutuhan yang dapat memuaskan dan kebutuhan itu cenderung langsung pada perilaku individu sampai merasa puas/ terpenuhi.

Sebagai contoh, rencana target intervensi pada budaya dilakukan pada level ekologi komunitas. Kemudian promosi kesehatan mengintervensi pada kondisi ekonomi, lokasi sumber daya komunitas, pelayanan kesehatan dan sosial, hubungan antar organisasi, praktek budaya, struktur pemerintah, pemimpin forman dan informal, merupakan target perubahan dari level ke ini, yang merupakan faktor-faktor dari budaya. Jadi target dari intervensi meliputi sumber daya yang dimiliki oleh komunitas bersangkutan yang digunakan untuk meningkatkan

taraf ekonomi, status kesehatan, atau bisa disebut sebagai faktor pemungkin dari perubahan perilaku. Baru diperkuat dengan peran dari tokoh masyarakat baik informal sebagai upaya bina suasana, maupun tokoh formal agar perubahan perilaku lebih konfrensif berka aturan formal yang dibentuk.

Sebagai contoh budaya melahirkan dengan dukun sebagai faktor resiko (*risk factor*) dari AKI. Upaya yang dilakukan yaitu meningkatkan level ekonomi untuk meningkatkan kemampuan/ daya beli pelayanan kesehatan, yang tentunya harus mempertimbangan potensi komunitas masing-masing. Ini didukung oleh peran tokoh informal untuk bina suasana perilaku sehat. Mendekatkan layanan kesehatan atau petugas kesehatan kepada target sasaran. Upaya ini perlu peran sektor formal agar faktor enabel yang ada konstan dan stabil.

H. MENGEMBANGKAN STRATEGI INTERVENSI PROMOSI KESEHATAN

Setelah fokus program promosi kesehatan ditentukan maka langkah selanjutnya adalah mengembangkan strategi intervensi **promosi kesehatan**. Menurut **Morton, Greene, Gottlieb 1995**, berikut tahapan **dalam** perencanaan **intervensi** :

- a. Mengidentifikasi target/sasaran intervensi
- b. Menyeleksi objective/tujuan intervensi
- c. Mengidentifikasi mediator dan tujuan intervensi
- d. Menyeleksi pendekatan intervensi

Target intervensi mengacu pada sasaran intervensi yaitu individual, interpersonal, masyarakat, organisasi dan pemerintah Pengembangan program promosi kesehatan harus tetap sasaran, misalnya program konseling tidak tepat untuk masyarakat tapi lebih cocok ke individu (Morton, et al, 1995). Sebagai contoh

lagi : Kebiasaan merokok merupakan prioritas masalah maka Intervensi yang dilakukan :

- a. Promosi kesehatan pada individu dalam hal ini para perokok laki-laki, kampanye rokok pada individu
- b. Promosi kesehatan pada tingkat organisasi yang tujuannya merubah kebijakan dan praktek diorganisasi misalnya membuat kesepakatan larangan merokok ditempat umum, di ruang rapat, dan di dalam rumah
- c. Environment action and social change, misalnya program dimultifikasi atau direplikasi ke daerah lain
- d. Advocacy, membuat kebijakan tentang larangan merokok di tempat umum

Selanjutnya dalam pengembangan strategi promosi kesehatan perlu diperhatikan adanya risk faktor dan contributing faktor dari perilaku. Menurut Hawe, degeling, Hall (2010), Risk faktor adalah faktor yang berpengaruh langsung pada masalah kesehatan. **Contributing faktor adalah faktor yang tidak langsung** mempengaruhi **masalah kesehatan** tetapi berpengaruh langsung pada risk faktor. Contoh : Perilaku Sek bebas, risk faktor : penggunaan alat KB yang rendah. Contributing faktor : Predisposisi (pengetahuan, kepercayaan), Enabling : mahalnya alat KB, Lebih jauh lagi untuk memahami apa saja *risk* dan *contributing factors* dari perilaku, perlu untuk melihat kembali determinan dari perilaku. Jika melihat pandangan *Cognitive Consistesy Theory* (Simon-Morton, 1995) bahwa faktor perilaku yang dapat dirubah atau dipengaruhi yaitu pengetahuan, nilai, sikap, skil, dan keyakinan. Upaya untuk mempengaruhi faktor tersebut serta mediator perilaku, seperti motivasi, intensi, enabel, itu yang disebut sebagai



contributing factors. Sedangkan faktor pengetahuan, nilai, sikap, skil, dan keyakinan merupakan *risk* faktornya.

Agak berbeda dengan pendapat Kemm dan Close (1995) bahwa perubahan perilaku jarang **dipengaruhi oleh satu factor saja, namun dipengaruhi oleh** beberapa faktor lain dan saling berhubungan, diantaranya umur, jenis kelamin, pekerjaan, tekanan sosial, kelompok sebaya, keluarga, iklan, konsep diri dan kelas sosial.

Teori yang lebih konferhensif dikemukakan oleh Marmot dan Wilinon (2006), yaitu *social determinan health*. Menurut teori ini terdapat empat kelompok faktor **yang berhubungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan** kesehatan, yaitu faktor sosial, faktor biologi, faktor psikologi, dan faktor material/ fisik. Sedangkan faktor genetik, pengalaman hidup, dan budaya mempengaruhi model ini dari luar, atau faktor eksternal. Stuktur sosial adalah faktor yang mempengaruhi kesehaan secara tidak langsung. Struktur sosial berpengaruh pada kualitas hidup dan kesehatan melalui tiga jalan, yaitu melalui faktor biologi, psikologi dan material.

I. RINGKASAN

- a. Need (kebutuhan) adalah keadaan, situasi, kondisi di masyarakat yang menunjukkan ketiadaan, keterbatasan dan pencegahan fungsi normatif. Kebutuhan kesehatan diartikan sebagai kondisi atau keadaan yang bila tidak ada menyebabkan masyakakat tidak dapat mencapai keadaan fisik, mental, sosial yang optimal. Tipe kebutuhan ada 4 yaitu *normative need*, *expressed need*, *comparative need* dan *felt need*.

- b. Need assessment adalah sebuah alat untuk menggali permasalahan kesehatan masyarakat dan merencanakan bentuk intervensi yang tepat terhadap permasalahan tersebut. Dalam need assessment dibutuhkan sumber data dan pendapat yang valid.
- c. Need Assessment dilakukan karena dapat menjawab beberapa pertanyaan akrab seperti mengapa, siapa, bagaimana, apa, dan kapan, serta dapat membantu dalam menentukan apakah suatu kegiatan/pandangan merupakan solusi yang tepat dalam pengambilan keputusan.
- d. Ada tiga model needs assessment yaitu discrepancy, marketing dan decision making model.
- e. Sasaran need assesment meliputi populasi struktural, populasi fungsional, tingkat status kesehatan, sistem layanan kesehatan, program promosi kesehatan kerja, lingkungan, struktur sosial politik, angka kematian, Faktor risiko perilaku dan non perilaku. Sumber data need assesment terbagi menjadi 2 yaitu data primer dan data sekunder.
- f. Cara memprioritaskan kebutuhan adalah (a)mengkaji data yang diperoleh pada saat need assessment (b)Menentukan topik & fokus masalah kesehatan (c)Mengelompokkan data menjadi 3 area yaitu data kematian atau kesakitan, faktor risiko perilaku, dan faktor risiko non perilaku (faktor sosial, fisik, lingkungan) (d)Identifikasi masalah kesehatan dengan kriteria : importance, feasibility of change, magnitude of problem and cost).
- g. Target intervensi mengacu pada sasaran intervensi yaitu individual, interpersonal, masyarakat, organisasi dan pemerintah.

- h. Tahapan dalam perencanaan intervensi sebagai berikut :
mengidentifikasi target/sasaran intervensi, menyeleksi objective/tujuan intervensi, mengidentifikasi mediator dan tujuan intervensi, menyeleksi pendekatan intervensi

J. PERTANYAAN PENUNTUN

1. Jelaskan pengertian need assesment, model need assessment, metode need assesment dan sumber data need assessment, manfaat need assesment?
2. Jelaskan sasaran Promosi Kesehatan dengan memperhatikan dimensi dan fokus program promosi kesehatan?
3. Bagaimana cara memprioritaskan Kebutuhan Promosi Kesehatan?
4. Bagaimana mengembangkan Strategi Intervensi Promosi Kesehatan?

G. DAFTAR PUSTAKA

- Bartholomew, L.Kay et.al. 2006. *Planning Health Promotion Program. An Intervention Mapping Approach*. HB Printing. USA.
- Creswell, John W. 2003. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mix Methods Approaches. 2nd*. Sage Publication. Londong. UK
- Dignan dan Carr. 1992. *Program Planning for Health Education and Promotion. 2nd Ed*. Lea & Febiger. Philadelpia. USA.
- D Hammond, G T Fong, A McNeill, et al. 2006. *Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International*

Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15: 19-25.

107 Ervin, Alexander M. 2000. *Applied Anthropology. Tools and Perspective for Contemporary Practice.* Allyn & Bacon. MA. USA.

17 Hawe, Penelope et al. 1990. *Evaluating Health Promotion. A Health Workers Guide.* MacLennan & Petty Pty Limited. Sydney. Australia.

39 Simon-Morton, Bruce G. et al. 1995. *Introduction in Health Education and Health Promotion.* Waveland Press. inc. USA.

110 Tamburini, Marcello. et al. 2003. *Cancer patient' need during hospitalisation: a quantitative and qualitative study.* *BMC Cancer*, 3:12

BAB 3

PENGEMBANGAN PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

13 Merancang program merupakan bagian proses promosi kesehatan yang cukup penting dan memberikan kontribusi yang besar terhadap keberhasilan promosi kesehatan yang dilakukan. Namun kenyataan di lapangan masih menunjukkan bahwa proses perencanaan program promosi kesehatan masih kurang mendapat perhatian dari pelaku promosi kesehatan. Pada umumnya, mereka lebih fokus pada implementasi program promosi kesehatan. Banyak program promosi kesehatan yang dilakukan tanpa perencanaan atau dilakukan dengan perencanaan yang kurang matang. Seringkali perencanaan dilakukan oleh pelaku promosi kesehatan tanpa melibatkan sasaran maupun stakeholder yang terkait. Bahkan proses perencanaan dilakukan dengan tidak mempertimbangkan data-data yang ada. Perencanaan hanya dibuat berdasarkan kegiatan pada tahun sebelumnya.

13 Disisi lain, seorang ahli promosi kesehatan seharusnya memiliki kompetensi untuk merencanakan program promosi kesehatan yang didasarkan pada data-data yang ada di lapangan dan dengan melibatkan masyarakat serta stakeholder terkait. Berkaitan dengan hal tersebut, ketrampilan merancang program promosi kesehatan yang mengacu pada data yang ada sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan sasaran serta dengan mempertimbangkan sumberdaya yang tersedia menjadi penting untuk para pelaku promosi kesehatan.

63 Bab ini membahas tentang berbagai teori perubahan perilaku sebagai dasar dalam merancang program promosi kesehatan, pemilihan metode dan media promosi kesehatan serta perencanaan evaluasi promosi kesehatan.

Tujuan pembelajaran

Diakhir bab ini, pembaca diharapkan mampu :

1. Memahami berbagai teori perubahan perilaku dan aplikasinya
2. Memahami tentang metode dan media promosi kesehatan
3. Memahami tentang perencanaan evaluasi program promosi kesehatan
4. Memahami dan merancang program promosi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, sumber data yang tersedia dan budaya masyarakat

A. KONSEP PERUBAHAN PERILAKU

Tujuan akhir yang diharapkan dari promosi kesehatan adalah adanya perubahan perilaku sasaran kearah yang lebih mendukung peningkatan status kesehatan. Saat ini perubahan perilaku ini menjadi sangat penting karena ada pergeseran pola penyakit yang menjadi penyebab kematian baik ditingkat nasional maupun internasional. Pergeseran pola penyakit tergambarakan dari data dan laporan yang disajikan oleh berbagai organisasi di dunia beberapa tahun terakhir, termasuk di antaranya WHO. Menurut laporan WHO tahun 2001, bahwa di dunia telah terjadi 55.694.000 kematian yang 59% di antaranya diakibatkan oleh penyakit tidak menular, 9,1% akibat cedera dan sisanya akibat penyakit infeksi. WHO juga memperkirakan di tahun 2005 proporsi kematian akibat penyakit tidak menular di dunia terbesar adalah penyakit jantung (30%), penyakit kanker (13%), penyakit kronik (9%), kecelakaan dan cedera (9%) dan Diabetes Melitus (2%). Di Asia Tenggara, penyakit tidak menular merupakan 49,7% penyebab kematian dan

menimbulkan DALYs (Disability Adjusted Life Years) sebesar 42,2%.

Transisi epidemiologi juga menimpa Indonesia dibuktikan dari data SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga) tahun 1980, 1986, 1992, 1995, dan 2001, bahwa terlihat trend proporsi penyebab kematian di Indonesia, yang pada awalnya akibat penyakit infeksi ke penyakit tidak menular. Dari data tersebut terbukti bahwa dari tahun 1980-2002 telah terjadi penurunan kematian akibat penyakit menular, yaitu dari 69,49 menjadi 44,57%. Dan telah terjadi kenaikan kematian akibat penyakit tidak menular pada periode yang sama dari 25,41% menjadi 48,53% (Depkes, 2006).

Selain itu menurut Yach *et. al.*, (2004) *cit.* Glanz *et. al.* (2008), bahwa penyebab kematian terbanyak di dunia adalah penyakit kronik, termasuk penyakit jantung, kanker, penyakit paru-paru, dan diabetes. Selanjutnya, faktor perilaku, konsumsi rokok, alkohol, diet dan aktifitas fisik, perilaku seksual, dan perilaku pemilihan pertolongan gawat darurat merupakan faktor kontribusi yang paling menonjol penyebab kematian kasus tersebut (Schroeder, 2007; Mokdad *et. al.* 2004, 2005 *cit* Glanz *et. al.*, 2008).

Hal di atas dapat dijelaskan dengan penjelasan Kamm dan Close (1995), bahwa terdapat lima faktor yang mempengaruhi status kesehatan, yaitu genetik, kebutuhan dasar, lingkungan fisik, gaya hidup, serta lingkungan yang mempengaruhi gaya hidup. Setiap orang memiliki gen material yang mengontrol perkembangan dan pertumbuhan tubuhnya, seperti tinggi tubuh, bentuk wajah, dan lainnya. Kebutuhan dasar yang dimaksud yaitu makan, minum, keamanan, dan lainnya. Rumah, transportasi, jalan, merupakan bentuk-bentuk dari lingkungan.

Sedangkan lingkungan yang berpengaruh pada perilaku, yaitu tekanan kelompok sebaya, tekanan budaya, pendidikan, iklan, dan lainnya. Dan, gaya hidup dapat berwujud perilaku merokok, perilaku makan, perilaku pencarian pelayanan kesehatan, dan lainnya.

Tidak jauh berbeda dengan teori sebelumnya, Simon-Morton (1995) juga berpendapat bahwa kesehatan dipengaruhi oleh genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial, pelayanan kesehatan, dan perilaku individu. Selanjutnya dijelaskan bahwa faktor perilaku merupakan faktor determinan yang sentral. Faktor perilaku ikut mempengaruhi faktor determinan lain dalam memengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

1. Teori –Teori Perubahan Perilaku

Menurut Simon-Morton (1995), bahwa akar masalah dari perilaku berputar pada tiga hal yaitu, genetik berdasarkan insting dan kecenderungan; pengaruh lingkungan; dan pandangan tentang kebebasan berkehendak (*free-will*) dari tiap individu. Atas dasar ini, dikelompokkanlah teori perubahan perilaku ke dalam empat besar, yaitu *cognitive* dan *affective learning*, *behaviorisme*, *social cognitive*, *organizational change*, *community and sosial change*. *Cognitive* dan *affective learning* merupakan kelompok teori yang berpandangan bahwa perilaku dipengaruhi atau dibentuk oleh faktor-faktor internal (alasan dan perasaan), seperti pengetahuan, nilai, sikap, skil, dan keyakinan. Teori ini didasari oleh sekian banyak perkembangan teori psikologi, seperti *psychoanalytic theory* yang dikenalkan oleh Sigmund Freud dan terkenal dengan id, ego, superego; *trait theory*, *field theory* yang terkenal dengan

Gestalt; dan *humanistic theory* yang terkenal dengan level motivasi oleh Abraham Maslow.

Teori-teori *cognitive* dan *affective* tersebut berkembang menjadi teori pembelajaran (learning) dengan pendapat bahwa perilaku dapat dirubah dengan mempengaruhi perubahan pengetahuan, skil, kepercayaan dan sikap, serta mediator perilakunya, seperti motivasi, intensi untuk berubah, faktor enabelnya. Teori-teori yang dihasilkan seperti *Health Belief Model*, *Planned Behavior* dan *State of Change*.

Health Belief Model yang dikemukakan oleh Rosenstock (1990) cit. Simon Morton (1995), merupakan teori ekspektasi mengenai perilaku pengambilan keputusan dalam pengobatan. Untuk dapat memahami perilaku ini harus pula memahami tentang faktor *modifying* dan faktor *individual perceptions*. Faktor *modifying* terdiri atas tiga faktor yang terdiri atas demografi dan sosiopsycological dan cues to action, seperti informasi, pengalaman dan lainnya; yang diperantarai oleh persepsi pengobatan. Faktor-faktor tersebut dipengaruhi oleh persepsi atas kelemahan, bahaya, keuntungan berperilaku, rintangan berperilaku.

Planned Behavior yang dikemukakan oleh Ajzein (1988) merupakan penyempurnaan atas teori *Reasoned Action* (Ajzein dan Fishbein, 1980) lebih merupakan teori intensi berperilaku dari pada teori perilaku sendiri. Intensi dapat memprediksi perilaku. Intensi dipengaruhi oleh norma subyektif, sikap terhadap perilaku, dan persepsi control perilaku, yang semuanya saling mempengaruhi satu sama lain. Berbeda dengan teori *State of Change* yang dikemukakan Prochaska dan DiClemente (1983) cit. Simon-

Morton (1995) dan Kamm dan Close (1995) bahwa perilaku merupakan rangkaian proses yang bersirkulasi. Di dalam Kamm dan Close (1995) siklus tersebut terdiri atas *precontemplation*, *contemplation*, *action*, *maintenance*, *relapse*, *termination*. Berbeda dengan Simon-Morton (1995) yang mengemukakan tahap tersebut terdiri atas *precontemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action* dan *maintenance*.

Kelompok teori Behaviorisme berawal dari pandangan tentang sulitnya mengukur dan mengidentifikasi dengan tepat dan akurat faktor-faktor *cognitive* dan *affective*. Behaviorisme fokus pada variabel yang dapat ditunjukkan dalam manifestasi yang visibel: spesifik, obyektif dan dapat diobservasi. Teori yang populer dari pandangan ini yaitu *operant conditioning theory*, bahwa perubahan perilaku merupakan sebuah proses yang diawali oleh rangsangan, ditanggapi oleh respon dan diperkuat oleh faktor penguat, seperti *reward*. Pandangan ini dianggap oleh mayoritas ahli perilaku sebagai teori yang tidak humanis, karena tidak memosisikan manusia sebagai individu yang *free-will*. Pandangan ini diperbaiki oleh teori *social cognitive* yang menempatkan manusia sebagai makhluk yang *free-will*. Teori ini juga berpandangan bahwa faktor lingkungan merupakan faktor yang berpengaruh pada perubahan perilaku dan visibel untuk diintervensi. Setidaknya ada tiga proses utama dimana lingkungan ikut berpengaruh, yaitu *reinforcement* atau *inhibition*, kesempatan, dan penguatan dari pengalaman (*reinforcement vicarious*).

Kelompok yang berikutnya berpusat pada perubahan level ekologi organisasi (*organizational change*). Teori yang populer dari kelompok ini yaitu *Planned Organizational Change* yang dikemukakan oleh Brager dan Holloway, yang berpandangan perubahan perilaku pada organisasi juga memiliki tahapan. Tahapan tersebut meliputi *initial assessment, preinitiation, initiation, implementation, dan institutionalization*.

Social change atau perubahan sosial merupakan perubahan yang terjadi pada struktur dan fungsi dari sistem sosial. Keunikan dari proses perubahan sosial adalah penakan pada perubahan norma sosial dan kondisi sosial. Karakteristik dari perubahan sosial tergambar pada *planned vs unplanned change, level of change, top down vs bottom up change*, dan *the health educator as change agent*. Adapun strategi yang dapat digunakan dalam perubahan sosial yaitu *empirical-rational education; normative re-education; community organizing; dan advocacy*.

Sedangkan Davies dan MacDowall (2006), menggolongkan teori perubahan ke dalam lima area perubahan. Pertama, teori yang menjelaskan perilaku kesehatan dan perubahan perilaku yang fokus pada individual. Teori atau model yang termasuk dalam area ini yaitu *health belief model, theory of reasoned action, transtheoretical*, dan *social learning theory*. Kedua, teori yang menjelaskan perubahan pada komunitas dan perilaku sehat komunitas. Teori yang masuk dalam area ini yaitu mobilisasi komunitas (*social planning, social action, dan community development*), *diffusion of inovation*. Ketiga, teori yang panduan penggunaan strategi komunikasi untuk perubahan

dalam promosi kesehatan. Contoh teori yang masuk dalam area ini yaitu communication for *behavioral change*, dan *model of intersectoral action*. Keempat, model yang menjelaskan perubahan dalam organisasi dan terciptanya dukungan sosial dalam organisasi. Teori yang masuk antara lain *theory of organizational change* dan *model of intersectoral action*. Kelima, model yang menjelaskan pengembangan dan implementasi dari kebijakan kesehatan. Teori yang masuk dalam area ini antara lain *ecological framework for policy development*, *determinants of policy making*, dan *indicators of health promotion policy*.

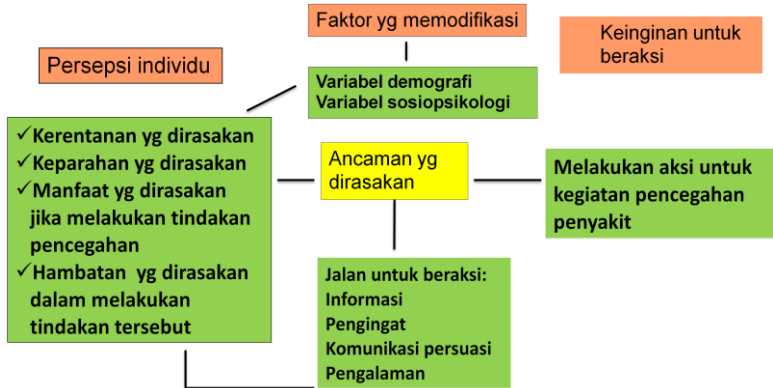
Urgensi teori dalam program promosi kesehatan adalah (1) sebagai dasar untuk membangun program, (2) sebagai petunjuk dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan (Fertman dan Allensworth, 2010). Teori perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 yaitu teori perubahan perilaku tingkat intrapersonal, interpersonal dan komunitas.

a. Intrapersonal Level (Tingkat individu)

- **Health Belief Model**

Menurut teori ini perubahan perilaku pada individu merupakan hasil evaluasi dari berapa konstruksi yaitu (1) *perceived susceptibility*, individu merasa rentan terhadap suatu penyakit atau kondisi, (2) *perceived severity*, individu merasakan beratnya suatu penyakit sehingga memotivasi individu merubah perilaku, (3) *perceived benefit*, merasakan manfaat dari perubahan perilaku atau (4) *perceived barrier*, sebaliknya (4) *cues to action*, bila individu merasakan

manfaat lebih besar dari kerugian maka akan merubah perilakunya (4) self efficacy.



Gambar 3.1. Model kepercayaan kesehatan (Health Belief Model)(Rosenstock, 1990, cited in Simon-Morton, Green & Gottlieb, 1995)

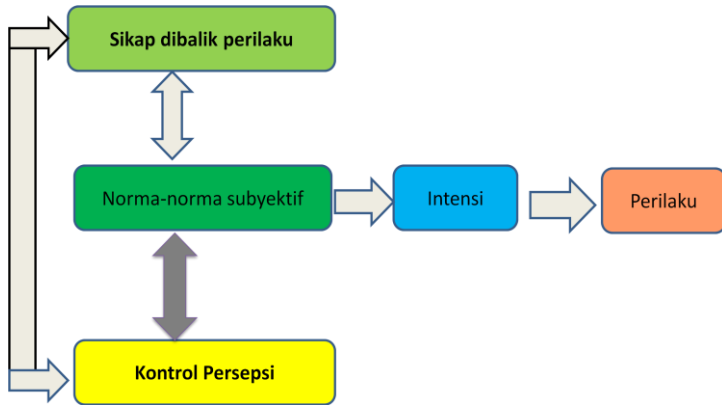
- **Theory Planned Behavior (TPB) and Theory of Reasoned Action (TRA)**

TPB merupakan derivative (turunan) dari TRA. Menurut teori ini motivasi orang merubah perilaku berdasarkan pada persepsi tentang norma, *attitudes, control over behavior*. Tabel 2 berikut ini menjelaskan tentang aspek-aspek yang membentuk perilaku menurut teori Planned Behavior dan Teori Reasoned Action.

Tabel 3.1. Konstruksi dalam TPB dan TRA

Sikap	Meliputi kepercayaan, nilai-nilai individu bahwa perilaku akan menghasilkan sesuatu
Norma Subyektif	Meliputi persepsi individu terhadap norma sosial dan motivasinya mengitu norma tersebut
<i>Perceived behavior control</i>	Meliputi keyakinan tentang fasilitator (faktor pendukung) atau barrier (faktor penghambat) yang dapat merubah perilaku, bagaimana kemudahan dan kesulitan dalam merubah perilaku
Intensi	Kemungkinan seseorang dapat merubah perilaku
Perilaku	Perilaku individu yang dapat diobservasi melalui target, action, context dan time (TACT)

Teori Planned Behavior merupakan teori yang lebih menekankan pada intensi berperilaku. Intensi dapat memprediksi perilaku. Intensi dipengaruhi oleh norma subyektif, sikap terhadap perilaku, dan persepsi control perilaku, yang semuanya saling mempengaruhi satu sama lain. Gambarnya sebagai berikut :



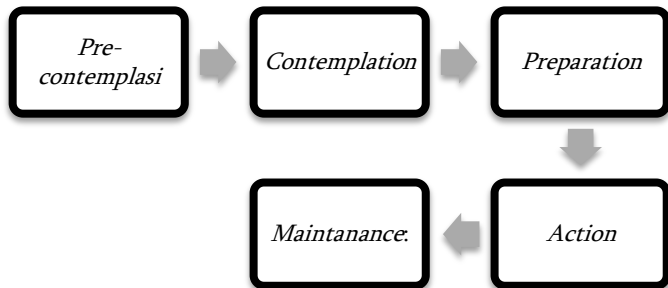
Gambar 3.2. Teori of Planed Behavior, Ajzein (1988)

- ***Transtheoretical Model and stages of change***

Teori *State of Change* yang dikemukakan Prochaska dan DiClemente (1983) cit. Simon-Morton (1995) dan Kamm dan Close (1995) bahwa perilaku merupakan rangkaian proses yang bersirkulasi. Di dalam Kamm dan Close (1995) siklus tersebut terdiri atas *precontemplation, contemplation, action, maintenance, relapse, termination*. Berbeda dengan Simon-Morton (1995) yang mengemukakan tahap tersebut terdiri atas *precontemplation, contemplation, preparation, action* dan *maintenance*. Konstruksi Transtheoretical Model and Stages of Change yaitu : tampak pada gambar 4.

- *Pre-contemplasi* : individu belum berencana merubah perilaku

- *Contemplation*: individu mulai berpikir tentang masalah perubahan perilaku dalam jangka waktu 6 bulan kedepan
- *Preparation* : individu sedang merencanakan perubahan perilaku dalam waktu dekat (satu bulan)
- *Action*: individu telah berinisiasi untuk merubah perilaku dan sudah dilakukan selama kurang lebih 6 bulan
- *Maintanance*: individu telah melakukan perubahan perilaku sedikitnya 6 bulan tetapi kurang dari 5 tahun



Gambar 3.3. Transtheoretical Model (Prochaska, Cit Clemente,&Norcross, 1992)

b. Interpersonal Level

- **Social Cognitif Theory (Albert Bandura, 1960)**
Menurut Bandura(1986) perilaku masyarakat adalah hasil interaksi dari faktor personal (harapan individu

keyakinan, persepsi, goal, ketajaman intensi, perilaku langsung) faktor perilaku dan faktor lingkungan

Konstruksi sosial kognitif teori adalah sebagai berikut: lingkungan, situasi, kemampuan perilaku, harapan perilaku, control individu, pembelajaran dengan observasi, self efficacy, kemampuan mengatasi emosi.

- ***Social Network and Support Theory***

Sosial network artinya adanya jaringan sosial. Sosial support adalah faktor kenyamanan fisik dan emosional dari keluarga, teman, teman kerja dan lainnya. Subtipe sosial support ada 5 yaitu : (1)emosional support, (2) Instrumental support, (3) Appraisal support, (4) Sharing point of view, (5) Information support

c. ***Population level***

- ***Comunication theory***

Theori ini berfokus pada 2 area yaitu(1) pembuatan pesan yang meliputi *creation of message* dan cara penyampaian pesan (2) efek media yang dampaknya ditujukan pada level sasaran komunikasi (individu, grup, populasi) (Finnegan & Viswanath, 2002)

- ***Diffusion of Innovation model*** (Rogers, 1995)

Theori ini berfokus pada pengadopsi dan karakteristik intervensi yang inovatif. Tahapan proses difusi adalah *innovation development, dissemination, adoption, implemetation, maintenance, sustainability dan institutionalization* (Glanz, at al, 2008). Selama proses *innovation development*, sosial marketing



digunakan untuk menentukan target, menentukan intervensi promosi kesehatan. Tahap **dissemination** menentukan kelompok target yang akan mengadopsi program. Pada tahap ini kelompok target sudah memahami program. Kemudian tahap **adopsi** adalah kelompok target berusaha untuk merespon program. Keputusan mengadopsi dipengaruhi oleh (a) kesadaran bahwa inovasi (program) ada, (b) pengetahuan tentang prosedur melaksanakan program, (c) pemahaman tentang bagaimana pelaksanaan program. Adopsi program tidak hanya pada perubahan pengetahuan tetapi juga perubahan sikap lalu mencoba program yang akhirnya memilih mengadopsi atau menolak. Pada bagian proses **implementasi** program, masalah yang perlu dipikirkan adalah sumber daya dan dukungan terhadap pelaksanaan program. Studi penelitian sering menfokuskan pada self-efficacy dan ketrampilan sasaran, mendorong untuk mencoba program. Kemudian pada fase **maintenance** dan **sustainability** berusaha untuk menjaga keberlangsungan program. Dan fase yang terakhir adalah **institunasionalisasi** pada masyarakat (Glanz, at al, 2008)

- **Community Mobilization**

Mobilitas masyarakat berfokus pada strategi masyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Ada 4 fase yaitu : (1) Perencanaan, (2) raising awareness (3)membangun koalisi, (4) pelaksanaan

14

Dari berbagai teori perubahan perilaku yang sudah dijelaskan diatas, perlu dikaji juga terkait sasaran perubahan perilaku. Sasaran perubahan perilaku berdasarkan penggolongan teori perubahan ke dalam lima area perubahan oleh Davies dan MacDowall (2006), terdapat lima area perubahan. Pertama, perubahan perilaku yang fokus pada individual. Teori atau model yang termasuk dalam area ini yaitu *health belief model*, *theory of reasoned action*, *transtheoretical*, dan *social learning theory*. Kedua, perubahan pada komunitas dan perilaku sehat komunitas. Teori yang masuk dalam area ini yaitu mobilisasi komunitas (*social planning*, *social action*, dan *community development*), *diffusion of inovation*. Ketiga, penggunaan strategi komunikasi untuk perubahan dalam promosi kesehatan. Contoh teori yang masuk dalam area ini yaitu *communication for behavioral change*, dan *model of intersectoral action*. Keempat, perubahan dalam organisasi dan terciptanya dukungan sosial dalam organisasi. Teori yang masuk antara lain *theory of organizational change* dan *model of intersectoral action*. Kelima, pengembangan dan implementasi dari kebijakan kesehatan. Teori yang masuk dalam area ini antara lain *ecological framework for pulicy development*, *determinan of policy making*, dan *indocators of health promotion policy*.

17

B. PEMILIHAN METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

1. Definisi Metode Promosi Kesehatan

Metode promosi kesehatan adalah sebuah alat yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk membuat perubahan pada target grup atau sasaran (Dignan & Carr, 1992). Sedangkan menurut Soekidjo, Metode adalah suatu cara menyampaikan informasi secara tidak langsung dan langsung dengan menggunakan media sesuai peruntukannya. Menurut Dignan dan Carr (1992), upaya memilih metode merupakan salah satu tahap dari serangkaian tahap dalam pengembangan rancangan program. Tahap memilih metode dilakukan setelah serangkaian upaya perekrutan anggota, pengembangan tujuan (*goals*), pengembangan sasaran (*objectives*) dari tujuan, dan eksplorasi sumber daya dan hambatan selesai dilaksanakan. Karena pemilihan metode dapat dilaksanakan dengan adanya sasaran, sumber daya dan hambatan tersebut. Metode sendiri diartikan sebagai gambaran umum bagaimana upaya perubahan dilakukan terhadap kelompok target. Dalam upaya menjelaskan apa metode yang sebaiknya, perlu pula upaya menyusun beragam strategi yang mungkin untuk menjamin pilihan yang cukup.

Sedikit berbeda, Simon-Morton (1995) menganggap bahwa memilih metode merupakan salah satu kemampuan dari seorang pendidik kesehatan. Upaya memilih metode pembelajaran guna pengembangan aktivitas pembelajaran khusus untuk sasaran

pembelajaran khusus pula. Metode merupakan alat penting yang digunakan dalam proses pembelajaran, komunikasi, fasilitas dalam pendidikan kesehatan. Upaya memilih metode berdasarkan kesesuaian dengan sasaran pembelajaran, bukan atas dasar kesesuaian atau ketetapan teori.

Sedangkan menurut Egger, Donovan, Spark (1993) metode adalah model penyampaian pesan. Ada tiga metode promosi kesehatan yaitu (1) advertising, (2) publicity, (3) edutainment. Advertising adalah membayar tempat untuk menyampaikan pesan pada beberapa media berjalan dengan sumber yang teridentifikasi. Publicity adalah menempatkan pesan pada media dengan tanpa membayar tempat tersebut, Misalnya di koran, di program pemerintah, artikel, dokument. Edutainment adalah menyampaikan pesan melalui acara hiburan seperti opera di Televisi untuk meningkatkan perubahan sosial di masyarakat.

Urgensi metode promosi kesehatan adalah (1) untuk menentukan perubahan perilaku seperti apa yang ingin dicapai dari target grup. Apakah dalam tataran pengetahuan, sikap atau perilaku. (2) agar tujuan kegiatan promosi kesehatan dapat tercapai. Penggunaan metode promosi kesehatan disesuaikan dengan target grup dan aspek perubahan perilaku yang ingin diubah. Menurut Egger, Donovan, Spark (1993) pemilihan metode promosi kesehatan bergantung pada tujuan yang ingin dicapai, sumber dana, efektivitas dalam mempengaruhi target audiense, kompleksitas pesan,

waktu yang dibutuhkan, hubungan dengan media, tipe dari media dan ketersediaan media vehicles

2. **Jenis Metode promosi Kesehatan dan karakteristiknya**

Metode promosi kesehatan terdiri atas audiovisual, modifikasi perilaku, pengembangan komunitas, televisi pendidikan, instruksi perorangan (*individual instructions*), pembelajaran penyelidikan (*learning inquiry*), diskusi-pengajaran, media massa, pengembangan organisasi, diskusi kelompok sebaya, pembelajaran terprogram, permainan dan simulasi, pengembangan kemampuan, aksi sosial, dan perencanaan sosial (Dignan dan Carr 1992). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada Tabel. 3 dibawah ini.

Tabel 3.2. Jenis Metode Promosi Kesehatan dan Karakteristiknya

Metode	Karakteristik
Audiovisual aids (audio : cassette tapes, record; visual : textbook, chart, poster, diagram, film-strips, pamflet; audiovisual : movies, film, slide/tape program	Cocok untuk audiense yang spesifik, dapat digunakan dengan metode lain, dampak dapat dievaluasi, untuk perubahan kognitif
Modifikasi perilaku	Interaksi tinggi, potensial digunakan untuk setting klinis, untuk perubahan psikomotor skill, diperlukan motivasi yang tinggi dari populasi
Pemberdayaan masyarakat	Dilakukan pada kelompok masyarakat yang tertarik dan compatible, butuh peran serta

	dari masyarakat
Televisi pendidikan	Adanya program instruksional, digunakan untuk sistem kelas, diterima pendidik di sekolah, mendorong ada diskusi, meningkatkan perubahan kognitif, interaksi rendah
Individual instruction (konseling, pendidikan pasien)	Individual, sangat cocok untuk penggunaan pasien di rumah sakit dan rumah, fokus pada kognitif, adanya motivasi rendah pada individu, membutuhkan ruang khusus, interaksi tinggi
<i>Inquiry learning</i>	Fokus pada proses pembelajaran, mengembangkan ketrampilan kognitif, promotes affective outcome, untuk semua umur, untuk masalah kesehatan yang kompleks, evaluasi sulit, keterbatasan sumber informasi, membutuhkan waktu dan keterlibatan dari petugas dan peserta
Kuliah-diskusi	Mudah digunakan, mempengaruhi pendapat, mendorong berpikir, membangun critical thinking, murah, adaptable, praktis, adanya dialog antara guru dengan peserta, peserta pasif, adanya modelling, lebih efektif dibanding metode yang lain
Mass media (televisi,	Sasaran luas, pesan terbagi pada

<p>radio, majalah, <i>outdoor advertising</i>, surat, telepon)</p>	<p>beberapa unit, murah, meningkatkan pengetahuan, memperkuat sikap, menyebabkan perubahan perilaku jika diawali aksi yang sudah terbentuk, sedikit keterlibatan pada sasaran, tidak membedakan sasaran, sulit mengevaluasi dampak, diumumkan lewat pelayanan masyarakat</p>
<p>Pengembangan organisasi</p>	<p>Memanfaatkan team building, ada feedback data, training, menciptakan kondidi kerja yang efektif pada institusi, adanya kekuatan grup dalam masyarakat, sesuai dengan masalah lingkungan dan ekonomi, evaluasi sulit, butuh banyak waktu dan sumber daya</p>
<p>Diskusi kelompok sebaya</p>	<p>Cocok untuk setting yang sudah diatur, efektif meningkatkan perubahan perilaku, partisipasi aktif dari peserta, meningkatkan motivasi, mempengaruhi sikap, membutuhkan tempat yang khusus, dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan yang kompleks, membutuhkan waktu dan sumber daya yang besar</p>
<p><i>Programmed learning</i> (menggunakan mesin, text program,</p>	<p>Adanya pelajaran yang komplet, guru sering tidak dibutuhkan, tergantung dari kemauan</p>

<p>komputer)</p>	<p>individu dalam belajar, membutuhkan motivasi dari pembelajar, butuh feedback cepat , informasi faktual dan sensitif, mahal, tidak fleksible, interaksi sedikit antara staf dan pasrticipant, evaluasi agak sulit</p>
<p>Simulasi dan Permainan (game, dramatisasi, sosiodrama, role playing, studi kasus)</p>	<p>Dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan yang kompleks,keterbatasan ruang dan waktu, dapat dimanfaatkan untuk pembelajar dengan kemampuan yang luas, kemungkinan meningkatkan motivasi, menggunakan prosedur eksperimen pembelajaran, sangat kaitan dengan ketrampilan kognitif, jarang digunakan oleh petugas kesehatan, sulit mengevaluasi, butuh waktu dan sumber daya yang besar, meningkatkan interaksi semua yang terlibat, membutuhkan perencanaan ruang</p>
<p>Pengembangan ketrampilan</p>	<p>Menjelaskan kebutuhan akan prosedur dan bagaimana melaksanakannya, adanya kesempatan bagi pembelajar untuk mempraktekkan ketrampilannya, meningkatkan komunikasi psikomotor, evaluasi agak sulit, membutuhkan waktu dan keterlibatan yang banyak</p>

	diantara staf dan partisipan, butuh perencanaan ruang
Gerakan masyarakat	Tidak harus ada konsensus di antara kelas sosial di masyarakat, disesuaikan dengan masalah lingkungan dan ekonomi masyarakat, sering tidak membutuhkan kehadiran petugas kesehatan jika filosofi sudah diterima masyarakat, butuh ketrampilan, sulit mengevaluasi, butuh waktu dan keterlibatan yang tinggi dari petugas dan partisipan
Perencanaan sosial (para ahli menyelesaikan masalah sosial melalui perubahan dan <i>deliberation</i> yang rasional	Menggunakan teknik penyelesaian masalah yang rasional, meningkatkan tujuan institusi dalam kontek masalah kesehatan masyarakat, efektif untuk grup yang tidak intergrated, sulit mengevaluasi, membutuhkan waktu dan keterlibatan yang tinggi dari petugas dan partisipan

Sumber **Dignan & Carr, 1992**

Selanjutnya, Menurut Simon-Morton (1995) metode merupakan gambaran dari banyak pendekatan teori. Metode yang merupakan gambaran dari pendekatan toeri kognitif dan afektif seperti metode pengajaran, penemuan tertuntun (*guided discovery*), pelatihan, dan bermain peran. Sedangkan metode *goal setting*, penguatan (*reinforcement*), dan feedback

merupakan metode berdasarkan pendekatan teori *operant conditioning*.

Sementara, menurut Bartholomew et.al. (2006) metode promosi kesehatan terbagi dua, yaitu metode untuk merubah perilaku dan metode untuk mempengaruhi lingkungan. Metode untuk merubah perilaku dikelompokkan kembali kedalam tujuh metode. Pertama yaitu metode dasar untuk perubahan perilaku, seperti metode partisipasi, komunikasi persuasif, metode pembelajaran aktif, metode *feedback* dan lainnya. Kemudian metode untuk mempengaruhi pengetahuan, seperti metode *chunking*, metode *advance organizers*, metode *image*, metode diskusi, dan lainnya. Kemudian metode untuk merubah persepsi resiko, kesadaran, dan kepercayaan kesehatan, seperti, metode informasi mengenai resiko personal, metode skenario berdasarkan informasi resiko, metode *loss frame or gain frame*, dan lainnya. Kemudian metode untuk merubah kebiasaan, perilaku tanggap, dan kontrol perilaku, seperti metode *dissociation of condition*, metode *counter conditioning*, dan lainnya. Kemudian metode merubah sikap, kepercayaan dan ekspektasi dampak, seperti metode seleksi kepercayaan, metode *self-reevaluation*, metode *enviromtmental reevaluation*, dan lainnya. Kemudian metode merubah pengaruh sosial, seperti metode *visible expectation*, metode *shifting focus*, dan lainnya. Metode mempengaruhi kemampuan, kapabilitas, dan *self-efficacy* seperti metode modeling, metode pedoman perilaku, metode pengumuman, dan lainnya.

17

Kemudian metode yang digunakan untuk mempengaruhi lingkungan. Metode pertama yaitu metode dasar untuk merubah kondisi lingkungan, seperti metode *participatory problem solving*, metode advokasi, persuasi dan negosiasi, dan lainnya. Metode kedua yaitu metode untuk merubah norma sosial seperti metode *mass-media role modeling*, metode *entertainment education*, dan lainnya. Kemudian metode tingkat interpersonal, seperti metode memberikan jaringan sosial baru melalui program nasihat, sistem pertemanan, dan *self-help group*. Kemudian metode untuk membangun organisasi promosi kesehatan, seperti model *availability*, metode pelatihan pembangunan tim dan relasi, dan lainnya. Kemudian metode menciptakan komunikasi promosi kesehatan, seperti metode *reflectio-action-refection*, metode *question posing*, dan lainnya. Kemudian metode menciptakan kebijakan promosi kesehatan, seperti advokasi kebijakan, advokasi media, dan lainnya.

Setelah memahami tentang jenis metode promosi kesehatan, perlu dipahami juga beberapa pertimbangan yang perlu diperhatikan dalam memilih metode promosi kesehatan yang tepat sasaran dan sesuai dengan kebutuhan sasaran. Menurut Simon-Morton (1995) ada tiga pertimbangan yang digunakan dalam pemilihan metode dan penyesuaiannya terhadap kegiatan pembelajaran, yaitu set, setting dan situasi. Yang termasuk dalam set pendidikan yaitu tujuan dari program, sifat dasar perilaku, dan karakteristik target populasi. Contoh: tujuan agar siswa SMP makan snek

yang sehat; mengontrol berat badan dan perilaku makan lainnya memerlukan upaya perangsangan dan penguatan karena perilaku ini sangat dipengaruhi kuat oleh faktor lingkungan dari pada dengan upaya kognitif saja. Sedangkan yang dimaksud dengan setting yaitu kondisi lingkungan dan sosial dari lokasi dari program dijalankan. Situasi merupakan keadaan dalam pelaksanaan dilapangan, seperti berapa waktu yang tersedia; bisakah target membaca dan seberapa baik; berapa staf, budget, dan sarana yang dimiliki.

Hampir sama dengan pendapat Dignan dan Carr (1992) bahwa beberapa kriteria pemilihan metode promosi kesehatan. Kriteria terpenting yaitu dapat diterima oleh target populasi. Sedangkan kriteria lainnya seperti kemampuan membaca atau melek huruf dari target populasi, kemampuan pendengaran dan penglihatan dari target, tradisi memperoleh informasi, biaya yang digunakan, kemungkinan untuk dikerjakan dan efektifitas antisipasi.

Sedangkan Bartholomew, et.al. (2006), mengatakan bahwa pemilihan metode tidak terlepas dari determinan yang telah ditemukan dilapangan. Determinan perilaku yang ingin dirubah disesuaikan dengan teori yang sesuai dengan keadaan sasaran. Kemudian metode yang digunakan terbukti mampu untuk merubah sesuai dengan setting yang spesifik. Jadi ada dua hal utama memilih metode yaitu *relevance* dan *changeability*.

3. Media Promosi Kesehatan

Media adalah tempat dimana pesan disampaikan, sedangkan menurut Egger, Donovan, Spark (1993) Media adalah sarana untuk berkomunikasi dengan oranglain atau masyarakat. Sedangkan menurut Depkes 2004, media adalah alat bantu untuk promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, dirasa, diraba, untuk memperlancar komunikasi dan penyebaran informasi. Menurut Egger, Donovan, Spark (1993). Media adalah tempat dimana pesan disampaikan oleh komunikator. Media adalah alat yang bisa digunakan secara kompleks maupun tertentu. Lebih jauh, menurut Batholomew, et.al (2006) bahwa media adalah sarana untuk menyampaikan materi kepada sasaran. Media dapat dibuat setelah menentukan metode, strategi, serta menetapkan materi yang akan disampaikan.

Urgensi media promosi kesehatan adalah(1) untuk targeting perubahan perilaku, (2) meningkatkan tujuan sosial politik (media advokasi), (3) sebagai media pemberitahuan kepada masyarakat

4. Jenis Media Promosi Kesehatan dan Karakteristiknya

Menurut Simon-Morton (1995) ada empat tipe media pendidikan kesehatan, yaitu media yang dicetak (*printed material*), media audiovisual, media interaksi dengan komputer, dan media massa. Apa yang dikatakan oleh Dignan dan Carr (1992) sebagai metode merupakan media. Pertama, bentuk-bentuk media yang dicetak seperti pamflet, leaflet dan poster. Media ini hanya menyediakan informasi kesehatan, namun dapat

menyedia informasi yang spesifik dan detail sesuai dengan sasaran dan target. Kedua, media audiovisual biasanya digunakan hanya sebagai suplemen dari media lainnya. Media ini baik sekali dalam upaya menyajikan role model dan mendemonstrasikan skil-skil khusus. Ketiga, media interaksi memfasilitasi target agar memiliki kemampuan atas dasar upayanya sendiri melalui serangkaian pembelajaran yang terorganisir dengan baik, tanpa kehadiran langsung guru. Keempat, media massa merupakan saluran komunikasi yang mampu mencapai target yang luas. Bentuk media massa seperti televisi, radio, koran, majalah dan billboard. Media massa potensial digunakan untuk meningkatkan pengetahuan, memperkuat sikap, dan mendorong perubahan perilaku.

Berbeda dengan Egger et.al., (1993) media promosi kesehatan dikelompokkan dalam tiga yaitu media elektronik yang terdiri atas televisi, radio, video, dan komputer; media cetak yang terdiri atas koran, majalah, pamflet, lembar info, laporan berkala, poster, baju kaos, dan stiker; dan media surat-menyurat.

Media televisi cocok untuk melatih kemampuan atau skill, karena memiliki daya tarik, membangun keseraran, contoh peran dan gambaran peran. Radio juga media yang mampu membangun kesadaran namun lebih informatif, interaktif dan efisien biaya. Untuk media video mungkin lebih mahal dari pada media promkes lainnya, namun sangat cocok digunakan dalam promosi pada kelompok tertentu, dan juga baik jika digunakan untuk pelatihan. Untuk media promosi kesehatan

87

120

7

elektronik, komputer merupakan media terbaik dalam penyebaran informasi, data base dan program interaksi.

Untuk media cetak, koran atau surat kabar memiliki informasi salinan yang panjang maupun pendek, namun materi yang disampaikan berubah-ubah tiap dalam hitungan hari. Untuk media cetak, majalah cenderung punya jumlah pembaca dan pengaruh yang luas. Media ini cocok untuk peran dukungan, menginformasikan dan menyajikan bukti sosial. Sedangkan pamflet baik untuk membangun kognitif dari pada emosi. Sedikit berbedanya dengan lembar info yang cepat, berseri dalam folder namun juga tidak dapat untuk merubah perilaku yang kompleks. Untuk laporan berkala lebih kontinyu, lebih personal, dibuat intensif dan menggunakan komitmen dan penilaian kebutuhan yang detail. Untuk poster lebih menyajikan pesan visual, namun memerlukan kreatifitas yang baik. Untuk promosi kesehatan dengan media kaos mampu membangun emosi, mempererat komitmen dan sikap, namun lebih personal. Sedangkan stiker merupakan media cetak termurah yang dapat digunakan dalam promosi kesehatan. Stiker dapat digunakan untuk menyediakan informasi persuasif yang pendek namun mampu pula mempererat komitmen. Begitupula halnya dengan media surat yang cenderung murah, mampu mencapai seluruh target audiens, serta konsekuensi tindakan sesuai dengan dampak yang diinginkan.

Tabel 3.3. Jenis Media Promosi Kesehatan dan Karakteristiknya

	Jenis	Karakteristik
a. Elektronik	Televisi	Adanya peran kesadaran, kegairahan, modelling dan kreativitas gambar. Membutuhkan skill training
	Radio	Informatif, interaktif (talkback), hemat biaya dan berguna menciptakan kesadaran dlm memberikan informasi
	Video	Kemungkinan berlebihan untuk pomkes scr umum, bermanfaat untuk grup yang spesifik, bagus untuk training
	Computer	Bermanfaat untuk penyampaian informasi, berbasis data, self care program
b. Print	Newspaper	Informasi panjang dan pendek, Materi tergantung jenis koran dan hari
	Magazines	Pembaca luas dan mempengaruhi, bermanfaat untuk pendukung dan menyampaikan kepercayaan masyarakat
	Pamphlet	Sarana informasi, untuk sasaran perubagian

		kognitif bukan emosi
	Information sheet	Cepat, informasi mudah, berseri dg menggunakan folder, bukan untuk perubahan perilaku yg komplek
	Newslatters	Berkelanjutan, bersifat pribadi, padat karya, butuh komitmen yg detail dan evaluasi kebutuhan
	Posters	Berfungsi sebagai agenda, pesan visual, dibutuhkan masukan kreative
	T-shirt	Emotive, personal, berguna untuk mempengaruhi sikap, dan komitmen program/ide
	Stickers	Pesan singkat untuk memotivasi pengguna dan menciptakan komitmen, murah, dpt menembus
c.	Direct mail	Relatif murah dan jangkauan pembaca luas, target tersedia, diharapkan ada perubagan perilaku

Sumber : Egger, Donovan, Spark (1993)

Dalam menggunakan media promosi kesehatan ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan. Menurut Bogart (1990); Rossiter dan Percy (1987) *cit.* Egger *et. al.*, (1993) bahwa **terdapat beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam upaya memilih media yang digunakan dalam kampanye**



kesehatan. Faktor-faktor tersebut yaitu selektifitas (*selectivity*), pencakupan (*coverage*), fleksibilitas (*flexibility*), biaya (*cost*), dukungan editorial (*editorial support*), dan usia media (*permanence*). **Selektifitas** yaitu kemampuan media mencapai sekelompok audiens target khusus. Sebagai contoh radio memiliki kelompok audiens yang lebih spesifik dari pada televisi. **Pencakupan** yaitu kemampuan penetrasi dari sebuah media kedalam target pasarnya. Misalnya koran dengan sirkulasi 500.000 dalam dua juta populasi maka pencakupannya 25%. **Fleksibilitas** terkait dengan kemudahan dan kecepatan sebuah media menempatkan dalam iklan, fitur, promosi, kemudian dapat dihapus atau dirubah atau diskejul ulang. Radio merupakan contoh media yang memiliki fleksibilitas yang lebih dari pada media lainnya. **Biaya** dapat berarti absolut maupun relatif. Absolut diartikan sebagai biaya total yang dikeluarkan dalam pembuatan sebuah media. Namun biaya yang dikeluarkan dapat pula menggunakan satuan biaya per seribu (cpt), yang berarti biaya yang dikeluarkan untuk seribu target audien. **Dukungan editorial** yaitu dukungan dari redaksi dari sebuah media. Jika dukungan itu akan datang maka bisa menolong untuk memperpanjang biaya iklan lebih jauh. Yang terakhir pertimbangan atas **usia media** yaitu berapa lama promosi kesehatan tetap di akses oleh target audien. Dalam faktor ini harus memperhitungkan seliuh faktor termasuk penetrasi, potensi dan keterjangkauan agar memperoleh kesimpulan tentang dampak keseluruhan dari media tersebut.

Setelah memilih media promosi kesehatan, pelaku promosi kesehatan perlu melakukan uji coba media. Uji coba media promosi kesehatan merupakan sebuah proses menguji cobakan pesan dari produk program kepada partisipan yang

direncanakan sebelum produksi akhir dilakukan (Batholomew, et.al. 2006). Uji coba merupakan tahap yang krusial untuk menentukan apakah tahap ini menghasilkan pesan yang menarik dan dapat dimengerti dan apakah program dapat diimplementasikan. Materi program haruslah relevan dengan budaya serta mampu diserap budaya. Hal yang harus diperhatikan juga dalam pre-testing yaitu memastikan kesatuan yang inherent antara budaya terkait dengan kesehatan, perilaku dan perubahan komunitas di dalam program, sehingga komunitas yang kita bina betul-betul memperoleh perubahan yang lebih baik saat program selesai dilaksanakan.

Ada dua hal yang mesti di ukur pada saat ujicoba program (media dan metode). Pertama yaitu mengujicobakan media. Ada tiga tahap uji coba media. Uji coba pertama yaitu mengujicobakan konsep awal program. Uji coba ini dapat dilakukan dengan fokus grup diskusi ataupun wawancara kepada target potensial mengenai kata kunci yang digunakan serta gambaran utama dari ide program. Ujicoba kedua yaitu mengujicobakan pilot media pada kelompok yang mirip dengan kelompok sasaran seperti di daerah keramaian pasar.

Uji coba ini guna memastikan apakah keompok tersebut mampu menjelaskan pesan dan materi yang sampaikan lewat pilot media. Tes terakhir yaitu mengujicobakan format awal dari media kepada konselor. Uji coba ini guna mengetahui dampak dari media dan materi yang disampaikan, apakah mendapat perhatian, pesan utuh, kelman dan kekuatan, dan kesesuaian personal. Uji coba kedua, yaitu terkait pada metode dan strategi yang dipilih. Tahap ini guna memastikan media yang digunakan betul-betul sesuai memberi dampak pada faktor yang ingin di rubah,

C. MERANCANG EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

1. Definisi Evaluasi

Menurut Morton, Green, Gottlieb (1995), Evaluasi adalah Sistem pengumpulan, analisis dan interpretasi data yang bertujuan untuk menentukan nilai kebijakan sosial, dan digunakan untuk membuat keputusan tentang kebijakan atau program. Sedangkan menurut Bartholomeo, etc (2006) Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam *intervention mapping*; Evaluasi adalah proses yang paralel dengan perencanaan program dan dimulai dengan need assesment. Kemudian menurut Dignan & Carr (1992), Evaluasi adalah (a) penyelidikan bukan hanya ucapan dan dikontrol oleh aturan yang kaku (b)penilaian terhadap pelaksanaan program, (c) biasanya berdasarkan standar pembanding. Evaluasi merupakan proses yang paralel, proses yang terhubung dan merupakan bagian dari perencanaan program yang dimulai dari *need assesment*

2. Tujuan Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Menurut Simon , Green, Gottlieb (1995) tujuan evaluasi adalah (a) untuk mengetahui efektifitas program, (b) untuk mengetahui implementasi program, (c) untuk mengetahui apakah tujuan program sudah tercapai, (d) mengetahui apakah program dapat berjalan dengan semestinya. Sedangkan menurut Bartholomeo, etc, (2006) tujuan evaluasi adalah untuk menentukan efficacy dan efektivitas program, untuk memperoleh feedback guna peningkatan program, dapat memperoleh manfaat

sebesar-besarnya. Selanjutnya Evaluasi penting dilakukan untuk mendapatkan feedback peningkatan program (formative), untuk mengetahui apakah program betul dapat diimplementasikan (sumative). Sedangkan menurut Fretman, 2010 urgensi evaluasi program promosi kesehatan adalah untuk membantu stakeholder, staf program dan peserta berpikir dengan cara pandang yang sistematis tentang siapa, apa, dimana, mengapa dan bagaimana program.

Sementara, menurut Dignan dan Carr (1992), tujuan dari tahap ini yaitu menilai ketercapaian dari program serta mengidentifikasi keterbatasan yang dialami, dan dapat dilihat dari beberapa sudut pandang. Kegunaannya yaitu menjawab sejumlah pertanyaan. Pertama, apakah program ini dapat dilanjutkan dengan bentuk yang ada. Kedua bagaimana pengembangan dari praktek dan prosedur. Ketiga yaitu apakah metode dan prosedur pelaksanaan menghasilkan hasil yang terbaik. Keempat yaitu mampukan program ini bekerja di tempat yang berbeda. Pertanyaan kelima yaitu berapa besar sumber daya yang sebaiknya digunakan pada program ini. Dan pertanyaan keenam yaitu apakah hasil evaluasi mendukung atau membantah teori yang digunakan dalam upaya memperbaiki terget populasi.

Sedikit berbeda, Bartholomew et.al. (2009) mengemukakan bahwa ada dua kata kunci dari evaluasi yaitu akuntabilitas dan pengembangan program promosi kesehatan. Pentingnya melakukan evaluasi sebagai bagian dari program manajemen yaitu guna menghasilkan *feedback*. *Feedback* tersebut sebagai

masukannya guna mengembangkan program menjadi lebih baik serta mampu memberikan manfaat yang besar dari sumber daya yang sedikit. Kemudian Bartholomew et.al. (2009) melanjutkan pentingnya melakukan evaluasi juga atas alasan pengembangan pengetahuan. Pengetahuan mengenai program yang efektif, implementasi yang baik, metode evaluasi yang berguna. Evaluasi yang tidak berkualitas berdampak pada program promosi yang miskin konsep dan intervensi yang tidak berkualitas pula. Agar mampu melakukannya, praktisi promosi kesehatan harus fokus pada performen dan tujuan perubahan baik dari outcome perilaku maupun lingkungan. Kemudian menilai apakah program telah mencapai tujuan tersebut.

3. Jenis Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Menurut Simon, Green, Gottlieb (1995), ada 3 kategori evaluasi yaitu evaluasi diagnostik yang dilakukan pada saat need assesment; formative evaluasi adalah evaluasi dilakukan pada proses kegiatan untuk mengidentifikasi kebutuhan program dan sumatif evaluasi adalah evaluasi yang dilakukan ketika pelaksanaan program promosi kesehatan berjalan dan merupakan bagian dari proses. Kemudian terdapat 3 tipe evaluasi yaitu : evaluasi proses yaitu melihat bagaimana program promosi kesehatan diimplementasikan; evaluasi dampak yaitu melihat perubahan perilaku pada sasaran program dan evaluasi outcome yaitu melihat dampak program terhadap status kesehatan sasaran. Menurut Bartholomew, et.al. (2009), untuk mengetahui jenis-jenis evaluasi, harus dipahami terlebih dahulu mengenai

15



1

definisi evaluasi itu sendiri. Evaluasi merupakan proses yang paralel, proses yang terhubung dan merupakan bagian dari perencanaan program yang dimulai dari *need assessment*. Jadi, memahami program secara utuh adalah tahap awal dari evaluasi. Dengan memahami hal tersebut maka diketahui terdapat evaluasi outcome, evaluasi proses, evaluasi efisiensi program, dan dikenal pula formatif dan sumatif evaluasi. Evaluasi outcome bertujuan guna menggambarkan faktor perubahan. Yaitu mengetahui apakah perubahan yang terjadi sebagai hasil dari intervensi. Jadi dalam evaluasi ini biasanya dengan membandingkan antara kelompok yang tidak diintervensi dan kelompok yang diintervensi. Evaluator tidak harus mengukur semua outcome program yang dikerjakan, tetapi tergantung pada model logika intervensi, sumberdaya, ketertarikan stakeholder, dan tujuan. Jadi tujuan evaluasi ini yaitu mengetahui efficacy dan efisiensi program.

Evaluasi proses, yaitu secara umum bertujuan mengetahui gambaran dari pelaksanaan program dan status dari pelaksanaan tersebut. Ada empat poin yang dilihat setidaknya dari pelaksanaan evaluasi ini. Pertama, yaitu apakah program dilaksanakan kepada target yang telah ditentukan. Kedua, yaitu apakah cara penyampaian atau materi dan media yang digunakan sesuai dengan tujuan yang dirancang sejak semula. Ketiga, yaitu apakah metode yang dipilih sesuai dengan masalah yang dihadapi, apakah metode mampu bekerja pada setting dan situasi tersebut. Dan keempat, yaitu menjelaskan alasan pemilihan suatu strategi terkait dengan faktor

pada program, organisasi dan implementasi. Diharapkan dari evaluasi tersebut implementasi terhindar dari implementasi yang tidak baik akibat salah justifikasi kebutuhan kelompok resiko, terhindar dari implementasi yang miskin akibat skil yang kurang mumpuni. Evaluasi efisiensi program terkait pada biaya dan dampak. Terdapat dua cara untuk melakukan evaluasi ini yaitu mengukur dengan cost-benefit analisis atau mengukur dengan cost-effectiveness analisis. Jenis evaluasi berikutnya yaitu formatif dan sumatif evaluasi. Kedua istilah tersebut digunakan untuk menggambarkan tujuan dari evaluasi. Formatif evaluasi dilakukan guna mendapatkan informasi guna menuntun upaya perkembangan dan pengembangan program. Sedangkan sumatif analisis guna membuat kesimpulan apakah program terlaksana sesuai tujuan dan sasaran yang ditentukan. Sedikit berbeda, Dignan dan Carr (1992) mengemukakan bahwa evaluasi dilakukan berdasarkan tingkatan kesukaran dan dan kedalaman penilaian program. Atas dasar tersebut terdapat enam tingkatan evaluasi. Pertama evaluasi yaitu evaluasi aktifitas. Pada evaluasi ini guna menilai apakah program dilaksanakan sesuai dengan jadwal dan apakah pelaksanaan berjalan sesuai dengan rencana (personel dan target). Kedua yaitu evaluasi meeting standar (standar kecukupan). Tahap ini guna mengetahui apakah program berfungsi sesuai dengan standar yang direncanakan. Standar ditentukan atas pertimbangan aksesibilitas, biaya dan kriteria lain terkait dengan media atau upaya penyampaian. Ketiga yaitu evaluasi program efisiensi. Tahap ini hampir sama

dengan evaluasi efisiensi program pada Bartholomew et.al. (2009). Keempat yaitu evaluasi efektifitas program. Tahap ini dilakukan ketika program telah berakhir. Pada tahap ini mengukur seberapa kuat program yang disusun berdampak pada perubahan target populasi. Kelima yaitu evaluasi validitas dampak (outcome). Pada tahap ini mengukur seberapa jauh program yang dilakukan merubah masalah yang telah ditemukan diawal. Tahap keenam yaitu evaluasi keseluruhan. Pada tahap ini guna mengukur seberapa baik kesesuaian program dibandingkan dengan program serupa, kemudian seberapa sesuai program dengan program sistem kesehatannya yang telah ada di komunitas, dan seberapa luas (kuat) tujuan dari program berdampak baik pada masyarakat. Green dan Kreuter (1991), evaluasi terdiri atas evaluasi proses, evaluasi impact dan evaluasi dampak. Biasa dilakukan dengan kombinasi. Evaluasi proses sebagai evaluasi formatif dan evaluasi impact dan dampak sebagai evaluasi sumatif. Kemudian dilanjutkan oleh Simon-Morton, et.al. (1995), bahwa dalam mengevaluasi proses terdapat beberapa hal yang diukur, yaitu level pelatihan dari instruktur, kualitas dari konten, metode dan materi, jumlah sesi dan waktu tiap sesinya. Dalam mengevaluasi impact yang diukur adalah pengetahuan, skill, sikap dan habit. Dan, dalam mengevaluasi outcome maka yang diukur adalah angka kematian, kesakitan dan kecacatan.

4. Metode Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Untuk melakukan perencanaan evaluasi terdapat serangkaian langkah yang harus ditempuh. Pertama yaitu

menggambarkan program dan model logika yang utuh. Menyusun pertanyaan evaluasi berdasarkan tujuan hasil program pada kualitas hidup, kesehatan, perilaku dan lingkungan. Kemudian menyusun pertanyaan evaluasi seputar matriks yang terfokus pada tujuan pelaksanaan dan determinan dari tujuan perubahan. Kembali menyusun pertanyaan evaluasi namun seputar gambaran metode, kondisi, strategi, program dan implementasi. Langkah terakhir yaitu mengembangkan indikator dan pengukuran, serta menetapkan rancangan evaluasi (Bartholomew, et.al., 2009).

Tidak jauh berbeda dengan Fretman dan Allensworth (2010), bahwa untuk menentukan desain evaluasi terlebih dahulu mereviu goal, tujuan program serta level dari pengembangan program, kemudian tentukan kebutuhan dari rivew tersebut. apakah memerlukan deskripsi atau narasi mengenai program untuk dapat memahami motivasi partisipan, studi kasus, hambatan, serta informasi lainnya dari stakeholder, partisipan dan staf, maka yang dibutuhkan adalah desain kuantitatif. Namun, jika review tersebut membutuhkan numerik data, seperti count, rating, skors, klasifikasi, tentu diperlukan desain kuantitatif. Tetapi jika yang dibutuhkan adalah kedua kekuatan dari desain tersebut tentu perlu pula untuk memertimbangkan desain campuran.

Lebih jauh menurut Dignan dan Carr (1992), terdapat delapan pertanyaan untuk mentukan desain evaluasi. Pertama, berapa banyak waktu yang diperlukan evaluasi. Kedua, kapan waktu terbaik untuk melakukan

evaluasi. Ketiga, berapa banyak individu yang diperlukan untuk melakukan evaluasi. Keempat, apakah memiliki kemampuan untuk menganalisis data atau akses terhadap konsultan statistik. Kelima, seberapa diperlukannya upaya menggeneralisir hasil temuan ke populasi. Keenam, apakah stakeholder memerlukan validiti dan reliabiliti. Ketujuh, apakah memiliki kemampuan untuk melakukan randomisasi partisipan ke dalam kelompok intervensi dan kontrol. Kedelapan, apakah kita memiliki akses untuk kepada kelompok pembanding.

Metode evaluasi program promosi kesehatan dibedakan menjadi metode Kualitatif dan metode kuantitatif. Menurut Creswell (2003), metode kuantitatif yaitu upaya pengembangan pengetahuan dengan pendekatan postpositivist, seperti hubungan sebab akibat, *reduciton to specific variables*, hipotesis dan pertanyaan penelitian, menggunakan upaya observasi dan pengukuran, dan mengujicoba teori. Pendekatan kuantitatif mengenal dua rancangan dalam penyelidikan, yaitu eksperimen dan survey, dan menghimpun data melalui instrumen yang dikaji secara statistik. Rancangan eksperimen yaitu upaya memberi perlakuan kondisional kepada subyek penelitian secara random maupun non random. Perlakuan secara random dikenal dengan eksperimen murni, sedangkan perlakuan secara non-random dikenal dengan eksperimen semu. Sedangkan rancangan survei yaitu studi secara longitudinal maupun cross-sectional menggunakan kuesioner atau interview terstruktur dalam pengumpulan data, yang kemudian digeneralisir dari sampel ke populasi. Kemudian

Instrumen evaluasi program promosi kesehatan untuk metode kuantitatif antara lain **observasi dengan check list, study dokumen dengan check list, kuesioner/angket/skala, pengukuran dengan alat (timbangan, meteran, dsb)** (Hawe, Degeling, Hall, 1998).

Sedangkan metode kualitatif, menurut Creswell (2003), yaitu sebuah upaya guna memperluas pengetahuan dengan pendekatan atau dasar utama perspektif konstruktif, seperti memaknai secara menyeluruh pengalaman pribadi, memaknai konsepsi **sosial dan sejarah, dengan tujuan pengembangan teori atau konsep; atau** dengan pendekatan pespektif participatory, seperti politik, issue-oriented; atau bahkan menggunakan kedua pendekatan tersebut baik perspektif konstuktif maupun participatory. Evaluasi program promosi kesehatan untuk metode kualitatif dilakukan melalui **wawancara mendalam, Focus Group Discussio, Observasi, Study dokumen (analisis isi), pengamatan visual (videografi, fotografi), dan menggali Personal Experience.**

5. **Tahapan Evaluasi Program Promosi Kesehatan**

Dalam merancang **perencanaan** efektif untuk **evaluasi promosi kesehatan** terdapat beberapa langkah yaitu : a) Mendeskripsikan program; b) Mereview evaluasi yaitu menentukan stakeholder yang terlibat, perjelas tujuan evaluasi, membuat pertanyaan evaluasi, identifikasi sumber; c) Mendesign evaluasi yaitu membuat design yang spesifik, metode pengumpulan data, menentukan instrumen pengumpulan data; d)Mengumpulkan data; e) Analisis dan interpretasi data;

dan f) Penyebaran informasi. Sementara itu, Langkah-langkah evaluasi menurut Bartholomeo, etc, (2006) yaitu :

- a. Mendeskripsikan outcome program dari kualitas hidup, kesehatan, perilaku, lingkungan dan menuliskan objective dan pertanyaan evaluasi
- b. Menulis pertanyaan dalam matrix
- c. Menuliskan proses evaluasi pertanyaan berdasarkan deskripsi metode, kondisi, strategi, program dan pelaksanaan
- d. Mengembangkan indikator dan ukuran program

Dalam melakukan perencananaan evaluasi diperlukan indikator untuk mengukur keberhasilan program promosi kesehatan. Indikator evaluasi program promosi kesehatan menurut Bartholomeo, etc, (2006) adalah

- a. Context : luasnya lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi pelaksanaan program promosi kesehatan
- b. Reach : proporsi audiense yang punya intensi terhadap program promosi kesehatan
- c. Dose delivered : sejumlah unit yang punya intensi terhadap komponen program promosi kesehatan yang disampaikan
- d. Dose received : banyaknya partisipan yg tertarik terhadap program promosi kesehatan
- e. Fidelity : banyaknya intervensi yg dapat diterima oleh sasaran program promosi kesehatan
- f. Implementation : total skor yg menunjukkan luasnya program telah dilaksanakan dan diterima oleh sasaran program promosi kesehatan.

- g. Recruitment : deskripsi pendekatan yg biasa digunakan untuk menarik partisipant

Selanjutnya, ketika pelaku promosi kesehatan melakukan evaluasi program seringkali menemukan hambatan-hambatan seperti biaya mahal, butuh sumber daya dan pemikiran, terkadang mengganggu proses pelaksanaan, dan ada penolakan dari stakeholder karena takut programnya dianggap gagal. Hambatan-hambatan tersebut harus dikelola agar pelaksanaan evaluasi mencapai tujuan yang diharapkan.

D. RINGKASAN

1. Evaluasi adalah Sistem pengumpulan, analisis dan interpretasi data yang bertujuan untuk menentukan nilai kebijakan sosial, dan digunakan untuk membuat keputusan tentang kebijakan atau program. Sedangkan menurut Bartholomeo, etc (2006) Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam *intervention mapping*; Evaluasi adalah proses yang paralel dengan perencanaan program dan dimulai dengan need assesment. Kemudian menurut Dignan & Carr (1992), Evaluasi adalah (a) penyelidikan bukan hanya ucapan dan dikontrol oleh aturan yang kaku (b)penilaian terhadap pelaksanaan program, (c) biasanya berdasarkan standar pembanding.
2. Tujuan evaluasi adalah (a) untuk mengetahui efektifitas program, (b) untuk mengetahui implementasi program, (c) untuk mengetahui apakah tujuan program sudah tercapai, (d) mengetahui apakah program dapat berjalan dengan semestinya. Sedangkan menurut Bartholomeo, etc, (2006) tujuan evaluasi adalah untuk menentukan efficacy dan

efektivitas program, untuk memperoleh feedback guna peningkatan program, dapat memperoleh manfaat sebesar-besarnya.

3. Terdapat 3 kategori evaluasi yaitu evaluasi diagnostik (need assesment), formative evaluasi adalah evaluasi dilakukan pada proses kegiatan untuk mengidentifikasi kebutuhan program dan sumatif evaluasi adalah bagian dari proses. Ada 3 tipe evaluasi yaitu : evaluasi proses (program), evaluasi dampak (behavior) evaluasi outcome(health).
4. Metode evaluasi program promosi kesehatan dibedakan menjadi metode Kualitatif dan metode kuantitatif. Metode kuantitatif antara lain melalui observasi dengan *check list*, study dokumen dengan *check list*, kuesioner/angket/skala, pengukuran dengan alat (timbangan, meteran, dsb) sementara metode kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam, Focus Group Discussio, Observasi, Study dokumen (analisis isi), pengamatan visual (videografi, fotografi), dan menggali *Personal Experience*.
5. Langkah-langkah dalam merancang evaluasi program promosi kesehatan yaitu : a) Mendeskripsikan program; b) Mereview evaluasi yaitu menentukan stakeholder yang terlibat, perjelas tujuan evaluasi, membuat pertanyaan evaluasi, identifikasi sumber; c) Mendesign evaluasi yaitu membuat design yang spesifik, metode pengumpulan data, menentukan instrumen pengumpulan data; d)Mengumpulkan data; e) Analisis dan interpretasi data; dan f) Penyebaran informasi.
6. Beberapa indikator evaluasi program promosi kesehatan adalah **Context, Reach, Dose delivered, Dose received, Fidelity Implementation, dan Recruitment**

E. PERTANYAAN PENUNTUN

1. Jelaskan berbagai teori perubahan perilaku baik tingkat intrapersonal, intrapersonal, komunitas dan aplikasinya dalam perencanaan program **promosi kesehatan**
2. Jelaskan **pengertian** metode dan media **promosi kesehatan**,
3. Jelaskan jenis-jenis metode dan media promosi kesehatan beserta karakteristiknya.
4. Jelaskan pengertian dan metode evaluasi program promosi kesehatan?
5. Jelaskan jenis-jenis evaluasi **program promosi kesehatan?**
6. Jelaskan **langkah-langkah program promosi kesehatan yang** sesuai dengan kebutuhan masyarakat, sumber data yang tersedia dan budaya masyarakat

F. DAFTAR PUSTAKA

- Buse et. al. (1994). ***Health Policy. An Introduction to Process and Power. 2nd Ed.*** Terjemahan.
- Bartholomew, L.Kay et.al. 2006. ***Planning Health Promotion Program. An Intervention Mapping Approach.*** HB Printing, USA.
- Davies, Maggie and MacDowall, Wendy. 2006. ***Health Promotion Theory. Understanding Public Health.*** Open University Press. New York.
- Depkes. 2006. ***Pedoman Umum Pengendalian Penyakit Tidak Menular.*** Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Direktorat Jenderal PP dan PL. Jakarta.
- Dignan dan Carr. 1992. ***Program Planning for Health Education and Promotion. 2nd Ed.*** Lea & Febiger. Philadelpia. USA.
- Egger, et.al., 1993. ***Health and the Media. Principles and Practices for Health Promotion.*** McGraw-Hill Book

Company. Sydney Australia Fertman & Allenswort, 2010, **Health promotion Program From Theory to Practice**, Society for Public Health Education

18
44
Fertman Carl I, Allensworth Daniel D, 2010, **Health Promotion Program, From Theory and Practice**, Jossey Bass, San Fransisco

Green, Lawrence W. and Kreuter Marshall W. 1991. **Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach. 2nd Ed.** Mayfield Publishing Company. USA

60
Glanz et. al., 2008. **Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice.** United State of America. John Wiley & Sons.

205
Planning for Effective Health Promotion Evaluation, 2008, <http://www.health.nsw.gov.au>

18
Kemm, John and Close, Ann. 1995. **Health Promotion. Theory and Practice.** Mackays of Chatham PLC, Chatham, Kent. Great Britain.

39
Simon-Morton, Bruce G. et.al. 1995. **Introduction in Health Education and Health Promotion.** Waveland Press.inc. USA.

BAB 4

PELAKSANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

45 Pelaksanaan program promosi kesehatan merupakan aktivitas utama program promosi kesehatan. Pada bagian ini kegiatan dilaksanakan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pada umumnya implementasi merupakan fokus utama program promosi kesehatan pada tempat pelayanan kesehatan, kantor dinas kesehatan propinsi atau kabupaten yang ada di Indonesia yang seringkali dilaksanakan tanpa melalui perencanaan yang sistematis dan strategik. Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa strategi dan metode yang digunakan dalam pelaksanaan tidak banyak berubah dari tahun ke tahun dan cenderung kurang inovatif. Sementara itu strategi promosi kesehatan di dunia internasional begitu pesat inovasinya, mulai dari pergeseran kegiatan edukasi dan komunikasi ke perubahan perilaku dan pemasaran hingga pemberdayaan serta penggunaan kebijakan dan undang-undang.

15 Salah satu strategi yang dapat digunakan dalam program promosi kesehatan adalah dengan pengembangan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan, disamping cara-cara yang telah umum dilakukan sebelumnya. Bila di kaji lebih mendalam, pelaksanaan program promosi kesehatan yang kurang inovatif disebabkan oleh keterbatasan dana, kompetensi pelaksana promosi kesehatan yang ada juga belum optimal.

21 Kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang ahli promosi kesehatan antara lain mampu melakukan identifikasi masalah dan penilaian kebutuhan juga merencanakan program promosi kesehatan yang didasarkan data-data di lapangan serta menguasai strategi dan metode

promosi kesehatan. Selanjutnya, program promosi kesehatan juga harus didasarkan pada bukti ilmiah, penguasaan teori-teori perubahan perilaku untuk memperkuat cara pemilihan strategi yang tepat. Lebih jauh lagi, pelaku promosi kesehatan perlu memahami tentang berbagai issue yang muncul dalam implementasi termasuk etika pelaksanaan promosi kesehatan.

Pada Bab IV ini, pembaca akan mempelajari tentang pengelolaan program promosi kesehatan, pelaksanaan strategi promosi kesehatan dan pemecahan masalah-masalah yang biasanya muncul pada proses pelaksanaan promosi kesehatan.

Tujuan Pembelajaran

Pada Akhir Bab IV, Pembaca diharapkan mampu :

1. Mengembangkan kapasitas dalam mengelola program promosi kesehatan
2. Menjelaskan strategi dan metode promosi kesehatan yang meliputi pemasaran, advokasi kebijakan publik, komunikasi, kemitraan atau jejaring, dan belajar mengajar.
3. Meningkatkan pemahaman tentang berbagai masalah dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan upaya pemecahannya

A. PENGELOLAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Terdapat lima kata kunci untuk pengelolaan atau manajemen promosi kesehatan, yaitu pengelolaan sumber daya manusia, pengelolaan program promosi kesehatan, pengelolaan pemasaran, pengelolaan dan kontrol keuangan, dan pengelolaan sarana dan fasilitas (Simon-Morton et.al. 1995). Pengelolaan SDM merupakan pengembangan perencanaan untuk menentukan tipe dan level staff (kriteria) yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program. proses yang dibutuhkan dalam pengelolaan ini

meliputi perekrutan, penyewaan (kontrak), pelatihan, mutasi dan evaluasi kepegawaian.

Sedangkan pengelolaan program promosi kesehatan terdiri atas upaya penyelidikan dan penilaian kebutuhan dan sumber daya; upaya pengembangan misi, tujuan dan capaian, serta prioritas promkes; upaya penentuan kegiatan dan strategi program guna pencapaian, pembangian kerja; serta identifikasi sumber daya yang dibutuhkan. Kemudian dilanjutkan dengan upaya pengembangan materi dan media, aktifitas promosi, pelaksanaan intervensi, dan terakhir evaluasi proses dan dampak dari program.

Untuk pengelolaan pemasaran yaitu upaya segmentasi kedalam kelompok yang memiliki kesamaan karakteristik, keinginan dan kebutuhan. Selanjutnya upaya ini melakukan marketing mix yang meliputi penentuan program atau pelayanan yang diperlukan, harga (termasuk kesempatan dan waktu yang hilang), tempat dan promosi untuk memperluas partisipasi. Pengelolaan dan kontrol keuangan merupakan bagian pengelolaan yang paling krusial. Tahap ini merupakan upaya bagaimana tidak hanya menentukan jumlah dana yang dibutuhkan melainkan juga bagaimana mengaplikasikan anggaran yang telah ditentukan kedalam program promkes. Kegagalan pada pengelolaan ini berdampak pada tidak tercapainya tujuan dan objective program. Termasuk di dalamnya upaya pengelolaan pengeliran untuk sarana dan fasilitas.

Ada tiga sistem yang terlibat dalam pengelolaan promkes (Bartholomew, et.al., 2009), yaitu *linkage system*, *resource system* dan *user system*. Linkage system berbicara tentang siapa yang bercara tentang siap kelompok potensial dari adopter dan implementer dari program promkes. Yaitu kelompok yang

tergabung dalam kegiatan pertukaran informasi, pertukaran ide antara perencana dan pengguna, upaya menjamin akses pengguna program untuk perencanaan proses. Ada dua tujuan dari sistem ini yaitu untuk mengembangkan hubungan yang kolaboratif antara pengguna-program promosi kesehatan yang relevant serta untuk menyelesaikan pelaksanaan dan adopsi program promkes.

Resource system yaitu organisasi atau agen yang mendukung dan mengembangkan program promkes. Kelompok ini diantaranya perguruan tinggi, kelompok komunitas, pemerintah, rumah sakit, agen pendidikan, kelompok koalisi dan lainnya. Termasuk diantaranya pendana, pemateri, personil, dan pihak yang ikut melayani upaya pengembangan program promkes. Sedangkan *user system* yaitu termasuk diantaranya adalah kelompok ataupun individu yang terlibat dalam pelaksanaan program promkes di setting sekolah, tempat kerja, rumah sakit, klinik, media, komunitas, dan lainnya. *Linkage system* menggambarkan perbandingan kedua sistem di atas termasuk diantaranya kelompok yang memfasilitasi kolaborasi, yang memiliki kemampuan perubahan kebutuhan pada kelompok sasaran, yang melaksanakan dan melanjutkan program promosi kesehatan.

1. Pengelolaan Metode Promosi Kesehatan

Metode promosi kesehatan terdiri atas audiovisual, modifikasi perilaku, pengembangan komunitas, televisi pendidikan, instruksi perorangan (*individual instructions*), pembelajaran penyelidikan (*learning inquiry*), diskusi-pengajaran, media massa, pengembangan organisasi, diskusi kelompok sebaya, pembelajaran terprogram, permainan dan simulasi, pengembangan kemampuan, aksi sosial, dan

perencanaan sosial (Dignan dan Carr (1992) Sementara, Menurut Simon-Morton (1995) metode merupakan gambaran dari banyak pendekatan teori. Metode yang merupakan gambaran dari pendekatan teori kognitif dan afektif seperti metode pengajaran, penemuan tertuntun (*guided discovery*), pelatihan, dan bermain peran. Sedangkan metode *goal setting*, penguatan (*reinforcement*), dan feedback merupakan metode berdasarkan pendekatan teori *operant conditioning*.

Menurut Bartholomew et.al. (2006) metode promosi kesehatan terbagi dua, yaitu metode untuk merubah perilaku dan metode untuk mempengaruhi lingkungan. Metode untuk merubah perilaku dikelompokkan kembali kedalam tujuh metode. Pertama yaitu metode dasar untuk perubahan perilaku, seperti metode partisipasi, komunikasi persuasif, metode pembelajaran aktif, metode *feedback* dan lainnya. Kemudian metode untuk mempengaruhi pengetahuan, seperti metode *chunking*, metode *advance organizers*, metode *image*, metode diskusi, dan lainnya. Kemudian metode untuk merubah persepsi resiko, kesadaran, dan kepercayaan kesehatan, seperti, metode informasi mengenai resiko personal, metode skenario berdasarkan informasi resiko, metode *loss frame or gain frame*, dan lainnya. Kemudian metode untuk merubah kebiasaan, perilaku tanggap, dan kontrol perilaku, seperti metode *dissosiation of condition*, metode *counter conditioning*, dan lainnya. Kemudian metode merubah sikap, kepercayaan dan ekspektasi dampak, seperti metode seleksi kepercayaan, metode *self-reevaluation*, metode *enviromtmental reevaluation*, dan lainnya. Kemudian

17

metode merubah pengaruh sosial, seperti metode *visible expectation*, metode *shifting focus*, dan lainnya. Metode mempengaruhi kemampuan, kapabilitas, dan *self-efficacy* seperti metode modeling, metode pedoman perilaku, metode pengumuman, dan lainnya.

Kemudian metode yang digunakan untuk mempengaruhi lingkungan. Metode pertama yaitu metode dasar untuk merubah kondisi lingkungan, seperti metode *participatory problem solving*, metode advokasi, persuasi dan negosiasi, dan lainnya. Metode kedua yaitu metode untuk merubah norma sosial seperti metode *mass-media role modeling*, metode *entertainment education*, dan lainnya. Kemudian metode tingkat interpersonal, seperti metode memberikan jaringan sosial baru melalui program nasihat, sistem pertemanan, dan *self-help group*. Kemudian metode untuk membangun organisasi promosi kesehatan, seperti model *availability*, metode pelatihan pembangunan tim dan relasi, dan lainnya. Kemudian metode menciptakan komunikasi promosi kesehatan, seperti metode *reflectio-action-refection*, metode *question posing*, dan lainnya. Kemudian metode menciptakan kebijakan promosi kesehatan, seperti advokasi kebijakan, advokasi media, dan lainnya.

Menurut Simon-Morton (1995) ada tiga pertimbangan yang digunakan dalam pemilihan metode dan penyesuasiannya terhadap kegiatan pembelajaran, yaitu set, setting dan situasi. Yang termasuk dalam set pendidikan yaitu tujuan dari program, sifat dasar perilaku, dan karakteristik target populasi. Contoh: tujuan agar siswa SMP makan snek yang sehat; mengontrol berat badan dan

perilaku makan lainnya memerlukan upaya perangsangan dan penguatan karena perilaku ini sangat dipengaruhi kuat oleh faktor lingkungan dari pada dengan upaya kognitif saja. Sedangkan yang dimaksud dengan setting yaitu kondisi lingkungan dan sosial dari lokasi dari program dijalankan. Situasi merupakan keadaan dalam pelaksanaan dilapangan, seperti berapa waktu yang tersedia; bisakah target membaca dan seberapa baik; berapa staf, budget, dan sarana yang dimiliki.

Hampir sama dengan pendapat Dignan dan Carr (1992) bahwa beberapa kriteria pemilihan metode promosi kesehatan. Kriteria terpenting yaitu dapat diterima oleh target populasi. Sedangkan kriteria lainnya seperti kemampuan membaca atau melek huruf dari target populasi, kemampuan pendengaran dan penglihatan dari target, tradisi memperoleh informasi, biaya yang digunakan, kemungkinan untuk dikerjakan dan efektifitas antisipasi. Sedangkan Bartholomew, et.al. (2006), mengatakan bahwa pemilihan metode tidak terlepas dari determinan yang telah ditemukan dilapangan. Determinan perilaku yang ingin dirubah disesuaikan dengan teori yang sesuai dengan keadaan sasaran. Kemudian metode yang digunakan terbukti mampu untuk merubah sesuai dengan setting yang spesifik. Jadi ada dua hal utama memilih metode yaitu *relevance* dan *changeability*.

2. Pengelolaan Media Promosi Kesehatan

Media adalah tempat dimana pesan disampaikan oleh komunikator. Media adalah alat yang bisa digunakan secara kompleks maupun tertentu. Menurut Batholomew, et.al (2006) bahwa media adalah sarana untuk menyampaikan

materi kepada sasaran. Media dapat dibuat setelah menentukan metode, strategi, serta menetapkan materi yang akan disampaikan.

7 Menurut Simon-Morton (1995) ada empat tipe media pendidikan kesehatan, yaitu media yang dicetak (*printed material*), media audiovisual, media interaksi dengan komputer, dan media massa. Apa yang dikatakan oleh Dignan dan Carr (1992) sebagai metode merupakan media. Pertama, bentuk-bentuk media yang dicetak seperti pamflet, leaflet dan poster. Media ini hanya menyediakan informasi kesehatan, namun dapat menyediakan informasi yang spesifik dan detail sesuai dengan sasaran dan target. Kedua, media audiovisual biasanya digunakan hanya sebagai suplemen dari media lainnya. Media ini baik sekali dalam upaya menyajikan role model dan mendemonstrasikan skill-skill khusus. Ketiga, media interaksi memfasilitasi target agar memiliki kemampuan atas dasar upayanya sendiri melalui serangkaian pembelajaran yang terorganisir dengan baik, tanpa kehadiran langsung guru. Keempat, media massa merupakan saluran komunikasi yang mampu mencapai target yang luas. Bentuk media massa seperti televisi, radio, koran, majalah dan *billboard*. Media massa potensial digunakan untuk meningkatkan pengetahuan, memperkuat sikap, dan mendorong perubahan perilaku.

7 Berbeda dengan Egger et.al., (1993) media promosi kesehatan dikelompokkan dalam tiga yaitu media elektronik yang terdiri atas televisi, radio, video, dan komputer; media cetak yang terdiri atas koran, majalah, pamflet, lembar info, laporan berkala, poster, baju kaos, dan stiker; dan media surat-menyurat.

Media televisi cocok untuk melatih kemampuan atau skill, karena memiliki daya tarik, membangun kesadaran, contoh peran dan gambaran peran. Radio juga media yang mampu membangun kesadaran namun lebih informatif, interaktif dan efisien biaya. Untuk media video mungkin lebih mahal dari pada media promkes lainnya, namun sangat cocok digunakan dalam promosi pada kelompok tertentu, dan juga baik jika digunakan untuk pelatihan. Untuk media promosi kesehatan elektronik, komputer merupakan media terbaik dalam penyebaran informasi, data base dan program interaksi.

Untuk media cetak, koran atau surat kabar memiliki informasi salinan yang panjang maupun pendek, namun materi yang disampaikan berubah-ubah tiap dalam hitungan hari. Untuk media cetak, majalah cenderung punya jumlah pembaca dan pengaruh yang luas. Media ini cocok untuk peran dukungan, menginformasikan dan menyajikan bukti sosial. Sedangkan pamflet baik untuk membangun kognitif dari pada emosi. Sedikit berdeda dengan lembar info yang cepat, berseri dalam folder namun juga tidak dapat untuk merubah perilaku yang kompleks. Untuk laporan berkala lebih kontinyu, lebih personal, dibuat intensif dan menggunakan komitmen dan penilaian kebutuhan yang detail. Untuk poster lebih menyajikan pesan visual, namun memerlukan kreatifitas yang baik. Untuk promosi kesehatan dengan media kaos mampu membangun emosi, mempererat komitmen dan sikap, namun lebih personal. Sedangkan stiker merupakan media cetak termurah yang dapat digunakan dalam promosi kesehatan. Stiker dapat digunakan untuk menyediakan informasi persuasif yang pendek namun

mampu pula mempererak komitmen. Begitupula halnya dengan media surat yang cenderung murah, mampu mencapai seluruh target audidens, serta konsekuensi tindakan sesuai dengan dampak yang diinginkan.

Menurut Bogart (1990); Rossiter dan Percy (1987) *cit. Egger et. al.*, (1993) bahwa terdapat beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam upaya memilih media yang digunakan dalam kampanye kesehatan. Faktor-faktor tersebut yaitu selektifitas (*selectivity*), pencakupan (*coverage*), fleksibilitas (*flexibility*), biaya (*cost*), dukungan editorial (*editorial support*), dan usia media (*permanence*).

Selektifitas yaitu kemampuan media mencapai sekelompok audiens target khusus. Sebagai contoh radio memiliki kelompok audiens yang lebih spesifik dari pada televisi.

Pencakupan yaitu kemampuan penetrasi dari sebuah media kedalam target pasarnya. Misalnya koran dengan sirkulasi 500.000 dalam dua juta populasi maka pencakupannya 25%.

Fleksibilitas terkait dengan kemudahan dan kecepatan sebuah media menempatkan dalam iklan, featur, promosi, kemudian dapat dihapus atau dirubah atau diskejut ulang.

Radio merupakan contoh media yang memiliki fleksibilitas yang lebih dari pada media lainnya. **Biaya** dapat berarti absolut maupun relatif. Absolut diartikan sebagai biaya total yang dikeluarkan dalam pembuatan sebuah media. Namun biaya yang dikeluarkan dapat pula menggunakan satuan biaya per seribu (cpt), yang berarti biaya yang dikeluarkan untuk seribu target audien.

Dukungan editorial yaitu dukungan dari redaksi dari sebuah media. Jika dukungan itu akan datang maka bisa menolong untuk memperpanjang biaya iklan lebih jauh. Yang terakhir pertimbangan atas **usia**

media yaitu berapa lama promosi kesehatan tetap di akses oleh target audien. Dalam faktor ini harus memperhitungkan seliuh faktor termasuk penetrasi, potensi dan keterjangkauan agar memperoleh kesimpulan tentang dampak keseluruhan dari media tersebut.

3. Pengelolaan Sumber Daya Manusia dalam Promosi Kesehatan

Untuk suksesnya pelaksanaan program promosi kesehatan perlu menyediakan sumber daya yang dibutuhkan oleh program. Sumber daya yang dimaksud adalah sumber daya manusia dan anggaran. Sumber daya manusia memiliki fungsi penting dalam program. Untuk efektif suatu program maka harapan SDM yaitu 1) mempunyai ketrampilan dan pengalaman dalam merancang suatu program dengan tujuan spesifik 2) mempunyai kualitas interpersonal yang dapat berguna bagi program (colaborasi dengan team work yang ada) 3) mempunyai pengalaman dan kompetensi 4) mempunyai ketrarikan dalam visi dan misi dari program. (Fertman.2010)

Ketrampilan SDM harus dipadukan dengan strategi promosi kesehatan untuk efektifnya reviu program promosi kesehatan. Dalam ketrampilan dengan memasukkan pendidikan kesehatan, komunikasi kesehatan, pelatihan, dan pengembangan ketrampilan. Pengembangan ketrampilan SDM merupakan upaya untuk menciptakan kondisi dukungan kesehatan dan meningkatkan akses barang, produk dan pelayanan.

Merekrut tenaga promosi kesehatan merupakan program yang paling penting dalam fungsi kepemimpinan. Kualitas perekrutan akan berkontribusi terhadap efektivitas



program dan lingkungan kerja yang positif. Pengelolaan sumber daya manusia dalam promosi kesehatan. Sebaliknya, kesalahan dalam memilih staf promotor kesehatan dapat menyebabkan masalah pelaksanaan program dan menciptakan lingkungan kerja yang negatif atau tidak mendukung. Sehingga, Investasi uang, tenaga dan sumberdaya dalam membuat keputusan secara efektif terkait rekrutmen menjadi hal yang sangat penting untuk kesuksesan program promosi kesehatan.

Menurut Fertman & Allensworth, 2010 meliputi :

- a. *Hiring Considerations* (kualifikasi staf atau tenaga promotor kesehatan): memiliki ketrampilan dan pengalaman yang sesuai dengan tujuan program, memiliki kualitas interpersonal yang diinginkan program, kemampuan memahami budaya setempat, dan memiliki ketertarikan pada misi organisasi
- b. *Intevew leading candidates (wawancara dengan kandidat terpilih) : hal ini untuk mengklarifikasi kesesuaian ketrampilan, pengalaman kandidat dengan misi organisasi.*
- c. *Training, coaching, Managing dan evaluating staff :* kegiatan ini dilakukan untuk memastikan staf dapat bekerja secara efektif, memaparkan misi organisasi, meningkatkan kepuasan kerja dan meningkatkan pemahaman promosi kesehatan.

Kebutuhan sumber daya manusia (Staff) untuk kegiatan promosi kesehatan hendaknya memiliki kualifikasi : a) memiliki ketrampilan dan pengalaman yang sesuai dengan tujuan (goal), b) memiliki interpersonal qualities

yang dapat bekerja dengan tim, c) memiliki pemahaman culture/ budaya setempat, d)memiliki ketertarikan terhadap misi organisasi

Ada beberapa teknik untuk meningkatkan proses perekrutan SDM yaitu:

- a. *Create high-quality job announcement* yaitu meningkatkan kualitas sistem perekrutan tenaga promosi kesehatan dengan penyebaran informasi lowongan yang akurat.
- b. *Distribute job announcement widely* yaitu menyebarkan luaskan informasi formasi untuk jabatan promotor kesehatan secara luas misalnya melalui perguruan tinggi yang memiliki jurusan kesehatan, melalui koran, website, dll.
- c. *Screen applicants systematically* yaitu melakukan seleksi pelamar secara selektif dan sistematis dengan kualifikasi yang jelas dan sesuai kompetensi promotor kesehatan.

Beberapa skill yang harus dimiliki oleh SDM selaku tenaga promosi kesehatan adalah : 1) Membantu pembuatan Jejaring ; yaitu mampu menjalin kerjasama dengan stakeholder atau pihak terkait untuk mendapat dukungan. Jejaring ini digalang dalam rangka pemberdayaan maupun bina suasana dan advokasi. Sasarannya adalah antar individu, keluarga, pejabat atau instansi pemerintah yang terkait , pemuka atau tokoh masyarakat, media massa dan lain-lain. Prinsip dari jejaring adalah yaitu (a) kesetaraan, (b) keterbukaan dan (c) saling menguntungkan. Bentuk jejaring yang sudah dikembangkan adalah Kemitraan/patnership dan

89

6

99

koalisi . Adanya kesempatan dan komitmen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama-sama. Keuntungan dan kerugian merupakan merupakan tanggung jawab bersama 2) Pengembangan media ; merupakan salah satu ketrampilan promosi kesehatan untuk membuat grand design media sesuai dengan kebutuhan, isue, dan alokasi anggaran. Pengembangan media meliputi media cetak (poster, leaflet, baliho, stiker), media elektronik (TV spot, radio spot) dan media tradisional (wayang, drama,). Media yang dibuat berisikan pesan-pesan atau informasi kesehatan yang digunakan untuk mendukung kegiatan promosi kesehatan. Tujuan untuk meningkatkan kesadaran sasaran, pemberian informasi, perubahan sikap dan perilaku sasaran. 3)Ketrampilan Komunikasi ; kemampuan petugas promosi untuk menyampaikan/mengkomunikasikan informasi, data yang ke sasaran. Adapun skill yang dimiliki dalam komunikasi yaitu kemampuan untuk mempresentasikan, kemampuan memfasilitasi group dalam pertemuan, kemampuan meloby secara efektif, kemampuan membuat media, kemampuan menulis laporan serta berkontribusi dalam debata manner. Setiap strategi promosi kesehatan menggunakan ketrampilan komunikasi agar tujuan program yang ingin laksanakan dapat tercapai sesuai dengan tujuan. Strategi komunikasi menjadi sangat penting dan efektif dalam model promosi esehatan yang sedang dilakukan. (Keheler, 2007)

4. Pengelolaan Anggaran dalam Promosi Kesehatan

Pengelolaan anggaran dalam promosi kesehatan adalah alokasi anggaran yang disediakan untuk program. Pada tahap perencanaan, anggaran adalah alasan prediksi

dan tahap implementasi, anggaran merupakan dokumen yang harus ada. Rencana anggaran yang dialokasikan sesuai dengan jenis tahapan kegiatan yang akan dilakukan dari perencanaan sampai evaluasi. Sumber biaya dapat diperoleh dari kontribusi pihak yang mensponsori kegiatan/swadaya. Kedua ; Selama proses perencanaan, pengelolaan anggaran dibuat untuk memastikan implementasi program. Efektivitas pelaksanaan program membutuhkan kehati-hatian pelaporan anggaran pada beberapa kondisi yang sudah direncanakan dan apa yang terjadi dilapangan. Kunci utama kepemimpinan efektif adalah membangun kejujuran, berorientasi penyelesaian masalah dan transparansi disetiap aspek program namun tetap pada berpedoman pada anggaran dan sumber daya yang ada.

Walaupun dirasa semakin tinggi kebutuhan organisasi akan ahli keuangan yang terlatih dalam operisional program promosi kesehatan, sangat penting dipahami bahwa semua keputusan yang dibuat oleh direktur program dan staf program-apapun peran mereka di organisasi-mempunyai implikasi terhadap sistem keuangan. Misalnya, dokter, pendidik kesehatan, pekerja sosial, terapis, perawat, dll- penting bagi mereka memahami sistem keuangan karena keputusan yang mereka buat akan berdampak pada ketersediaan keuangan, pertimbangan arus kas, aliran pendapatan proyek, dan keterbatasan anggaran. Sehingga mereka juga perlu memahami tentang sistem akuntansi dasar, perencanaan dan analisis keuangan, pengembangan pendanaan dan sumber daya serta anggaran keuangan. Minimal, staf promosi kesehatan disiapkan memiliki kemampuan untuk menginterpretasikan tiga

kemampuan dasar dokumen keuangan seperti neraca keuangan, laporan rugi laba dan laporan arus kas.

Staf keuangan perlu memperoleh training finance, accounting, funding dan resources development tergantung dari tingkat dan luasnya program promosi kesehatan. Secara umum, semakin besar organisasi atau semakin kompleks organisasi maka semakin membutuhkan pengelolaan keuangan yang spesifik. Sebagai contoh sebuah pusat studi perilaku dan promosi kesehatan memiliki staf keuangan dan manager keuangan.

Secara umum ada empat kategori pengeluaran yaitu :a). *personnel* yaitu kompensasi untuk staf the programm berupa gaji dan keuntungan; b). *Supplies* : item yang diperlukan dalam program implementasi seperti percetakan, fotokopi, telepon, keperluan kantor, ongkos kirim dan perlengkapan lainnya; c). *Services* : untuk meningkatkan skill, bakat dan pengalaman staff biasanya untuk program jangka pendek, d). *Travel, training and disseminations of result* yaitu biaya yang dikeluarkan untuk perjalanan dan pengembangan staf seperti pelatihan atau mengunjungi wilayah lain untuk diseminasi atau penyebarluasan hasil program.

Staf program perlu memahami dengan baik apa yang dapat diklaim dan apa-apa yang tidak dapat diklaim pada sebuah anggaran. Sebagai contoh, organisasi mungkin memerlukan persetujuan untuk reimburse biaya perjalanan. Riviwing program keuangan dan aturan atau prosedur dari pemberi dana dapat membantu staf keuangan mengatur keuangan, membayar tagihan dan menjaga program berjalan dengan baik.

B. PELAKSANAAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Dalam penetapan strategi promosi kesehatan, seorang ahli promosi kesehatan atau pelaku promosi kesehatan perlu mempertimbangkan teori dan bukti ilmiah yang pernah dilakukan sebelumnya. Misalnya, *Ottawa Charter* mengidentifikasi dan mewujudkan tiga strategi dasar promosi kesehatan, yaitu advokasi, upaya memampukan (*enabling*) dan upaya mediasi (*mediating*). Berdasarkan UU. No 23 tahun 1992, dalam memilih strategi terlebih dahulu menyusun visi dan misi. Visi yaitu apa yang diinginkan oleh program promosi kesehatan yang disusun. Misi yaitu upaya-upaya yang ditempuh guna mencapai misi yang telah ditetapkan. Untuk mendukung berjalannya strategi tersebut maka perlu mempertimbangkan lima aksi prioritas, yaitu membangun kebijakan publik yang sehat, mewujudkan dukungan lingkungan yang sehat, memperkuat perilaku masyarakat yang sehat, mengembangkan skill individu, serta memperbaiki orientasi pelayanan kesehatan.

Selanjutnya berdasarkan Deklarasi Jakarta (*Jakarta Declaration*) tahun 1997 cit WHO (2009), Lima prioritas aksi tersebut menjadi promosikan tanggungjawab sosial atas kesehatan, meningkatkan penanaman modal untuk pengembangan kesehatan, memperluas jaringan stakeholder dalam promosi kesehatan, meningkatkan kapasitas masyarakat dan pemberdayaan perorangan, serta mengamankan infra sutruktur bagi promosi kesehatan.

Disisi lain, Kamm dan Close (1995) menjelaskan bahwa promosi kesehatan adalah semua upaya yang bertujuan mencegah penyakit dan mensosialisasikan hidup sehat. Terdapat 6 aktifitas promosi kesehatan, pertama: membuat lingkungan yang aman, seperti menyediakan pembuangan limbah, makanan

higien, dan rumah sehat. Kedua, memproteksi individu, seperti imunisasi, mengatur penggunaan sit-belt, helem, dan lainnua. Ketiga, pendidikan kesehatan, seperti meningkat kepedulian, skil dan pengetahuan akan kesehatan. Keempat, membuat kesehatan sebagai pilihan mudah, seperti mensubsidi produk-produk sehat, meningkatkan pajak rokok, minuman keras dan lainnya. Kelima, yaitu melindungi dari upaya anti kesehatan, seperti iklan rokok, membuat peringatan bahaya rokok, dan lainnya. Keenam, yaitu mendeteksi masalah kesehatan sedini mungkin sehingga mudah diperbaiki, seperti scrining kanker payudara.

Menurut Green&Tones 2008, Pelaksanaan strategi promkes memerlukan acuan yang jelas dari hasil perencanaan sebelumnya, disesuaikan dengan tujuan dan level target atau sasaran sehingga dapat memberikan dampak yang tidak hanya dirasakan pada saat implementasi tetapi juga dampak yang berkelanjutan sehingga pendekatannya pun harus sistematis, agar implementasi berjalan baik maka menurut (Fertman&Allensworth, 2010) perlu adanya urutan-urutan pelaksanaan yang jelas yg dapat dituangkan dalam Gantt Chart yg berisi tentang : 1) input (Personil, pembiayaan, alat-alat perlengkapan, barang persediaan, bahan, parthnership, ruang/tempat dan tekhnologi), 2) aktifitas atau kegiatan nya apa saja, 3) hasil (hasil jangka pendek, menengah dan jangka panjang), 3) Goals. Dalam hal ini kita perlu memperhatikan kegiatan apa yg harus diprioritaskan terlebih dahulu, mana yg lebih penting, berapa waktu yang diperlukan, prediksi hal-hal yg dapat menghambat proses implementasi seperti hari libur dll, serta kapan sebaiknya melakukan evaluasi dan pelaporan.

Sementara, menurut Bartholomew, et al, 2006, perlu juga memperhatikan urutan-urutan implementasi dilapangan seperti yang telah dijelaskan diatas, kemudian struktur teamwork dan budget. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan perlu adanya: 1) kerjasama/partnership dalam hal koordinasi dalam teamwork, 2) partisipasi aktif dari setiap anggota dan empowerment, 3) susunan kepanitian yg efektif dengan kejelasan job description masing-masing anggota, 4) komunikasi yang baik, jelas, transparan, saling menjaga kepercayaan dan jujur, 5) berkomunikasi sesama kolega dalam hal menulis laporan, 6) manajemen system informasi, dan 7) pengelolaan waktu (Ewles&Simnet, 1994).

Strategi promosi kesehatan yang dibahas pada bagian ini antara lain komunikasi, jejaring, pemasaran sosial, pendidikan dan pengajaran, advokasi, penggunaan media promosi kesehatan dan pelibatan media massa.

1. Komunikasi

Salah satu strategi pelaksanaan promosi kesehatan adalah dengan melakukan komunikasi kesehatan. Komunikasi kesehatan menurut U.S Department of health&human services, adalah suatu studi dengan menggunakan strategi komunikasi untuk mempengaruhi secara individu maupun mempengaruhi keputusan masyarakat dalam hal kesehatannya. Menurut Green&Tones, 2008, Komunikasi sendiri adalah suatu pesan yang disampaikan oleh pengirim dan diterima oleh penerima pesan dengan memperhatikan situasi dan isi pesan apa yang disampaikan, dengan tujuan memberikan informasi, mempengaruhi orang, mengekspresikan perasaan

5 dll. **Komunikasi** dibagi menjadi 3 bagian yaitu komunikasi verbal, non-verbal dan **tertulis**. **Komunikasi verbal adalah komunikasi yang digunakan dengan memakai kata-kata untuk menyampaikan pesan, biasanya komunikasinya dua arah**, ada feed back, sedangkan komunikasi tertulis **adalah bentuk umum dari pengkodean atau symbol-simbol dan mareri tertulis sangat ideal dipakai sebagai bentuk komunikasi jika target sasaran memang dapat mengerti tulisan serta pesan yang disampaikan lewat tulisan tersebut(perhatikan level sasaran), bersifat satu arah**, sehingga tidak dapat diketahui respon komunikan serta feedbacknya **seperti apa karena itulah pada komunikasi tertulis yang perlu diperhatikan oleh komunikator adalah interpretasi seseorang secara cultural dan reaksi emosional sasaran ketika membaca tulisan tersebut(Ewles&Simnet, 1994)**

66 Sementara itu Nothhouse (1988) menyampaikan bahwa komunikasi merupakan kegiatan untuk memberikan informasi kepada orang lain. Ada 2 jenis komunikasi yaitu **Verbal dan Non Verbal**. **Komunikasi Verbal** yaitu komunikasi yang digunakan dengan memakai kata-kata untuk menyampaikan pesan. Biasanya komunikasinya dua arah, dengan memperhatikan tata cara berkomunikasi (nada suara, intonasi, speech dan waktu adalah dua aspek non-verbal yg dapat sampai pada pendengar), **akan tetapi komunikasi verbal tidak bisa berdiri sendiri dan perlu dikombinasikan dengan komunikasi yang lain agar lebih lengkap (Ewles&Simnet, 1994)**. **Komunikasi Non Verbal** yaitu **Komunikasi** yang tidak menggunakan tulisan maupun kata yaitu komunikasi dengan bahasa tubuh.

Ada 4 hal yang ada dalam proses Komunikasi yaitu Rencana dan starteg(misalnya menggunakan strategi KIE) kemudian dari strategi tadi dikembangkan konsep, pesan dan materi (yaitu mempersiapkan bahan atau pesan yang ini ingin disampaikan. Setelah itu melakukan Implementasi yaitu melaksanakan Komunikasi Informasi Edukasi terhadap sasaran yang sesuai dengan *need Assesment*. Tahap akhir mengkaji efektifitas dari Program komunikasi, apakah komunikasi yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

5 Ketika melakukan komunikasi verbal, keterampilan yg harus dipelajari adalah pertama menjadi pendengar yang baik yaitu mendengar dengan aktif dan efektif. Tugas pendengar yang baik adalah yaitu membantu orang agar mengemukakan situasinya dengan tidak tergesa-gesa, tidak terpotong, membantu mengekspresikan perasaan, pendapat, menggali pengetahuan, nilai, dan sikapnya. Kedua Membantu orang berbicara (meminta orang berbicara, memberikan perhatian, memberikan dorongan, paraphrasing/reaksi pengulangan kata-kata dengan menggunakan kata-kata sendiri, merefleksikan perasaan, merefleksikan arti, menyimpulkan, mengajukan pertanyaan dan meminta umpan balik(Ewles&Simnet, 1994).

2. Partnership atau Jejaring/Networking

Selain komunikasi Strategi Promosi Kesehatan yang lain yaitu Partnership .Menurut Brinken hoff (2002) Parthnership adalah Kemitraan / kejasama yang terbentuk karena adanya mutualisme yang sama dengan berbagai bentuk kemitraan mulai dari makro, meso dan mikro .

Jejaring yang merupakan level awal dari Partnership, hanya untuk ajang dialog, penyamaan informasi, basis support, belum ada badan hukumnya, tidak ada struktur, dan prosesnya tidak ada kepemimpinan yang jelas. Jejaring dalam promosi kesehatan merupakan aksi kerjasama yang dibangun yang ditujukan untuk menyelesaikan suatu masalah kesehatan (Fretman & Allenswoth, 2010). Ada 5 hal yang perlu diperhatikan yaitu ketetapan sosial, pengaruh sosial, ikatan sosial, kontak satu orang ke orang lain, akses terhadap sumberdaya dan materi. Jadi saat melakukan jejaring harus ada tujuan untuk melakukan kerjasama dalam rangka mencari terobosan karena keterbatasan organisasi.

Lebih jauh lagi pelaksanaan strategi promosi kesehatan tidak lepas dari yang namanya mengembangkan jejaring atau networking, hal ini penting dalam membantu mensukseskan tujuan yang tidak dapat dicapai jika hanya menggunakan satu strategi atau satu metode saja. Dengan adanya kemitraan membantu program promosi dapat terlaksana tanpa hambatan yang berarti. Menurut Brinkerhoff, J., M. (2002) Partnership adalah Kemitraan yang terbentuk karena adanya mutualisme yang sama dengan berbagai bentuk kemitraan mulai dari level tertinggi hingga rendah.

Adapun level bentuk kemitraan terdiri dari 1) networking/jejaring : adalah bentuk kerjasama yang terjadi pada saat-saat tertentu saja, dan dikarenakan ada tujuan yang ingin dicapai tapi dalam level tujuan yg sederhana saja, seperti dialog, diskusi, tukar menukar informasi (bentuk fleksibel, tidak ada badan hukum misalnya forum komunikasi, tidak ada pemimpin yang jelas karena tujuannya hanya untuk sharing, bentuk komunikasi

informal dan konflik pun minimal; 2) Kerjasama; 3) Koordinasi; 4) Koalisi : formal, kesepakatan jelas; 5) Kolaborasi : ada visi bersama, sudah saling ketergantungan untuk mengatasi suatu masalah. Dari sekian banyak level kerjasama tadi dapat menyesuaikan kebutuhan dan tujuan bersama.

Jejaring yang dapat terlibat dalam strategi promosi kesehatan adalah media massa, dunia hiburan, pendidikan, wartawan perilaku, petugas kesehatan, mentor program, *buddy system, self help group* (Bartholomew, 2006). Sebagai contoh untuk kasus Penyakit tidak menular, jejaring atau network yang terlibat adalah lintas program di dinas kesehatan atau kementerian kesehatan, lintas sektor, dunia usaha, Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi politik, organisasi profesi dan perguruan tinggi.

3. Pemasaran Sosial

Strategi yang lain adalah Pemasaran sosial. Sosial marketing merupakan aplikasi tersistematik dari suatu pemasaran sosial yang menggunakan tehnik dan konsep untuk mencapai tujuan perilaku yang diinginkan.

Menurut Solomon 1989 cit Green&Tones, 2008 dalam marketing mix ada Produk (ide, barang dan jasa), Place, Price dan Promotion, selain hal tersebut juga Posisisioning, Segmentasi dan Targeting yang harus diperhatikan dalam marketing mix Langkah Dalam Sosial marketing menurut Depkes RI (2005, 1) Riset Formatif, Penyusunan strategis , 2) Uji coba strategi, menulis arahan kreatif dan media, menulis konsultan kreatif dan media; 3) menyusun bahan pesan dan media serta rencana media, 4)

menguji bahan dan pesan, 5) memperbaiki bahan, menyusun program, memproduksi bahan, 6) pengumpulan data dasar dan evaluasi, 7) orientasi, melaksanakan kegiatan, 8) memantau dan memperbaiki.

36

Menurut Dignan & Carr (1992) pemasaran sosial adalah penggunaan prinsip-prinsip dan teknik marketing untuk meningkatkan efektivitas design program dan untuk menciptakan perubahan sosial. Secara spesifik sosial marketing adalah perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan terhadap program untuk meningkatkan penerimaan ide sosial pada target grup (sasaran). Tujuan program adalah untuk meningkatkan gaya hidup sehat atau adanya perubahan perilaku sehat.

Proses marketing terdiri dari 4 P yaitu Produk, Promosi, Place dan Price. Dalam Promosi kesehatan, produk adalah program, promosi adalah bagaimana membuat program itu dapat diterima sasaran (program harus visible dan menarik). Place berkaitan dengan tingkat pemahaman sasaran dan logistik yang terlibat dalam pelayanan program. Price adalah biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat terhadap program misalnya uang, waktu dan energi. Program akan diterima dengan baik oleh sasaran bila ada penjelasan secara spesifik tentang keuntungan dan kerugian dari program tersebut sebagai tambahan ada 2 P lagi yaitu P: Partnership (kemitraan), dan Policy (Kebijakan).

84

Pemasaran social menurut Kotler et al (2002) adalah langkah-langkah yg diambil oleh ahli promosi kesehatan dengan menggunakan prinsip-prinsip dan teknik marketing untuk mempengaruhi sasaran agar dengan

sukarela menerima, menolak, memodifikasi atau membiarkan saja perilaku yang dapat memberikan manfaat bagi individu, kelompok atau masyarakat yang secara keseluruhan merupakan kombinasi strategi edukasi, ekonomi dan komunikasi, yang pada akhirnya diharapkan social marketing ini dapat merubah kebijakan yg berpihak pada kesehatan.

Selanjutnya menurut Solomon 1989 cit Green&Tones, (2008), Ada 10 konsep dari pemasaran social yg perlu diperhatikan :1) philosophy marketing adalah **pertukaran**, dimana adanya timbal balik dari apa yang diberikan dan diterima, dalam sosial marketing karena yang dijual adalah perilaku kesehatan maka manfaatnya dapat berupa perbaikan perilaku menjadi lebih sehat, kebahagiaan dll); 2) the *marketing mix*, yang sering dikenal 5P's yaitu *product, price, place, promotion, positioning* (Kotler et al, 2002) dan ditambah lagi dengan 3P's (*parthnership, policy* dan *politics*); 3) hirarki efek dari komunikasi; 4) segmentasi sosial; 5) memahami situasi pasar yg relevan; 6) informasi dan sistem feedback yang cepat; 7) interpersonal dan interaksi media masa; 8) pemanfaatan sumberdaya secara komersial; 9) memahami kompetisi; 10) harapan kesuksesan.

Macam-macam bentuk pemasaran sosial menurut Ewles& Simnet., (1994), yaitu media massa (radio, televise, koran, internet dll), media advokasi, kampanye, dengan memperhatikan komponen dari perencanaan marketing menurut dignan&carr, (1992), yaitu : ada beberapa pertanyaan yang akan membantu kita sebagai bahan pertimbangan yaitu : 1) apa tujuan dari marketing yg akan

kita buat; 2) apa kelebihan dari program kita; 3) strategi apa yang paling baik untuk memperkenalkan program; 4) siapa yang seharusnya bertanggung jawab terhadap fase implementasi, atau siapa seharusnya yang mewakili untuk memperkenalkan program kepada khalayak; 5) faktor-faktor apa saja yang dapat digunakan sebagai indikator untuk keefektifan perkenalan program tersebut.

4. Pendidikan dan Pengajaran

Strategi pendidikan dan pengajaran dapat diterapkan pada beberapa area promosi kesehatan seperti sekolah, rumah sakit dan tempat kerja. Menurut Green& Tones, 2008 hal. 278-279, ada 3 elemen dalam promosi kesehatan disekolah yang harus ada yaitu : pendidikan kesehatan dimasukkan ke dalam kurikulum formal sekolah, etos dan lingkungan sekolah dan yg ketiga hubungan kemitraan yang terjalin antara rumah, sekolah, dan masyarakat sekitar serta pemberi pelayanan.

Menurut Green&Tones, 2008, Metode paling efektif untuk Pendidikan dan pengajaran pada anak usia sekolah adalah pendekatan yg berpusat pada pelajar/murid itu sendiri/active learning : aktifitas langsung, tehnik pembelajaran kerjasama, dan aktifitas termasuk pemecahan masalah dan peer instruction untuk membantu para murid/pelajar mengembangkan keterampilan memutuskan, komunikasi, perencanaan tujuan/setting goal, penekanan pada role model dan manajemen stress.

Metode-metode active learning menurut National Curriculum Council, 1990 cit green&Tones, 2008 adalah sebagai berikut :permainan, simulasi, studi kasus, role play,

latihan pemecahan suatu masalah, angket, survey, pertanyaan dan kalimat terbuka, kelompok kerja dari berbagai macam kelompok.

5 *Peer education* : menurut Sciacca, 1987, in Milburn, 1995 cit Green&Tones, 2008, adalah pengajaran atau sharing mengenai informasi kesehatan , nilai dan perilaku melalui anggota dari status kelompok yang sama dan seusia , misalnya pada anak SMP, atau SMA yang program dari satu siswa kesiswa lainnya. Seorang peer adalah : seseorang yang dapat dipercaya tentang informasi yang diberikan, seseorang yang dapat diterima, mempunyai tingkat kesuksesan dibanding ahli, dapat menjadi penguat dalam pembelajaran dengan kontak yang berkelanjutan, merupakan role model yg positif. Perbedaan memberikan promosi kesehatan antara TK, SD, SMP dan SMA karena adanya perbedaan Karakteristik sasaran sehingga harus berbeda metode , media serta isi pesan yang diberikan.

38 Sementara, menurut Kemm and Close 1995 Setting Promosi Kesehatan adalah sekolah, Rumah sakit, Tempat umum, Komunitas dan tempat kerja. Rumah Sakit tempat paling tepat untuk pelaksanaan promosi kesehatan karena kredibilitas kritis, waktu tepat untuk memberi edukasi karena orang sakit pasti nurut sama petugas kesehatan, secara umum orang sakit pasti datang ke rumah sakit sehingga diperlukan kesiapan praktisi klinis. Strategi Promosi kesehatan yang digunakan advokasi, bekerja dengan media, sedangkan metodenya melalui penerbitan News letter, ceramah langsung, penyediaan tv diruang tunggu, diskusi interaktif. Tujuan Promosi kesehatan di rumah sakit yaitu pencegah penyakit, penerapan hidup sehat.

Selanjut pelaksanaan **promosi kesehatan di tempat kerja** sasarannya **adalah** Organisasi, Kelompok **dan** Individu. Fokusnya pada Keselamatan kerja, Higiene Perusahaan, Pencegahan penyakit infeksi, Lingkungan sehat dan Rekreasi serta olahraga. Sedangkan untuk setting masyarakat sasaran adalah sifatnya sosial dan karakteristik sasarannya lebih komplek, Strategi yang digunakan yaitu Peer Group, pengajaran, self learning , bekerja dengan media, Jejaring sosial.

Berikut ini contoh penerapan strategi promosi kesehatan untuk program pencegahan HIV pada Wanita di Penjarara, seperti tampak pada Tabel 5 dan penerapan strategi promosi kesehatan untuk tingkat masyarakat di Tabel 6. Berikut lebih detailnya :

Tabel 4.1. Program Pencegahan HIV pada Wanita di Penjaran : Metode dan Strategi (Tingkat Individu)

Determinant	Methods	Strategies
Pengetahuan	Information	Demonstrasi Workbook Grup session
Pemahaman Faktor risiko HIV	Modelling	Penilaian faktor risiko pada individu
Persepsi tentang faktor risiko, Ketrampilan identifikasi situasi yang berisiko tinggi	Confrontation with risk Modelling Personal risk appraisal Skill training with guide practice and feedback	Diskusi dan PR, termasuk praktek indentifikasi pemicu Facilitator presentation of examples Awareness exercises

Ketrampilan mengatasi masalah, mencari pengobatan, negosiasi	Modelling Skill training with guide practice and feedback	Ketrampilan mengajar secara berkelompok dengan fasilitator Praktek dengan anggota kelompok Identifikasi anggota kelompok kemungkinan akibat negatif dan cara mengatasi Video dengan stimulus kasus dengan evaluasi oleh partisipan Role Play ketrampilan praktek dengan dengan pemberian feedback pada masyarakat
Sikap	Keseimbangan keputusan Identifikasi penghambat penggunaan kondom	Diskusi kelompok Video dengan stimulus kasus
Dukungan sosial	Modelling Petunjuk praktis Perbandingan sosial	Mobilisasi melalui kemitraan dan kontak identifikasi

Sumber: Bartholomew, 2006 (hal 355)

Tabel. 4.2 Metode Dan Strategi Promosi Kesehatan Tingkat Masyarakat “ Pencegahan Stroke”

Determinan	Metode	Strategi
Pengetahuan gejala stroke	Modeling Informasi	Kelompok masyarakat menceritakan kisahnya di artikel surat kabar
Pengetahuan stoke dalam kondisi darurat call 911	Modeling Information Cues to action (isyarat tindakan)	Kelompokmasyarakat menceritakan kisahnya di artikel surat kabar Iklan layanan masyarakat Billboard dengan model lokal memperlihatkan stroke sebagai penyakit yang gawat Poster
Ketrampilan dan kemampuan mengenali gejala stroke	Modeling Skill training Information	Instruksi dari orang ke orang pada tempat kerja melalui Kelompokmasyarakat menceritakan kisahnya di artikel surat kabar
Penerimaan norma sosial untuk intervensi dan call 911	Cues to action Modeling Perbandingan sosial Penguatan	Artikel koran dengan menampilkan gejala stroke, tindakan yang hrs dilakukan- Intervention dengan

		penguatan sosial Iklan layanan masyarakat yang menunjukkan intervensi dan reinforcement
Penerimaan norma sosial untuk intervensi dan permohonan prioritas transpot dan Pelayanan darurat	Cues to action Modeling Social comparison Reinforcement	Artikel koran dengan menampilkan gejala stroke, tindakan yang harus dilakukan-intervention dengan penguatan sosial Iklan layanan masyarakat dan penguatan billboard dengan local role models
Harapan Outcome	Modeling	Billboard with local role models-showing good recovery
Hambatan	Modeling	Iklan layanan masyarakat with dokter mengatakan segera tangani kasus darurat, tidak perlu menelpon pelayanan primer

Sumber: Bartholomew, 2006 (hal 362)

Strategi pembelajaran untuk tiap tingkat sasaran promosi kesehatan memiliki tujuan yang berbeda-beda. Strategi pembelajaran tingkat individu bertujuan memberi informasi dan pendidikan latihan untuk merubah sikap perilaku berisiko; Strategi pembelajaran tingkat organisasi

bertujuan merubah peran, sanksi dan reward. Tujuan merubah perilaku individu yang berisiko dan dampaknya pada perubahan perilaku organisasi. (Fertman & Allensworth, 2010); Strategi Environment action bertujuan menciptakan perubahan kesehatan pada kondisi yang tersedia atau membuat tempat baru; Strategi public advokasi bertujuan merubah kebijakan publik yang dampaknya pada individu. Sementara itu strategi pembelajaran untuk anak-anak yaitu pedagogik, ceramah dan membaca tetapi untuk sasaran orang dewasa menggunakan metode andragogik dengan menerapkan konsep diri yang memodifikasi suasana belajar dan melakukan evaluasi belajar.

5. Advokasi untuk Kebijakan dan Media Advokasi

Strategi selanjutnya adalah advokasi untuk kebijakan dan media advokasi. Media advokasi adalah strategi yang digunakan media massa untuk menyampaikan pesan, membayar iklan untuk mendukung organisasi masyarakat dalam menciptakan inisiasi kebijakan public dengan melibatkan individu dan kelompok, kegiatan bersifat politik dan sosial (Fertmant & Allensworth 2010).

Pendapat lain menyebutkan bahwa media advokasi : adalah suatu strategi kegiatan promosi kesehatan dengan menggunakan media untuk mengubah kebijakan dengan harapan dapat menstimulasi massa/sasaran untuk menyuarakan isu kesehatan sampai mempengaruhi untuk melakukan sesuatu sehingga dapat mengubah kebijakan. Sementara, menurut Wallack et al 1993 cit Green & Tones, (2008), media advokasi bukan tentang mass audien/masyarakat yg mendengar saja, bukan juga tentang

apa yg ingin dicapai pada setiap orang, akan tetapi tentang target sasaran dua bahkan tiga dari sekian juta orang yang dapat mendukung dan membuat perbedaan, intinya adalah tentang bagaimana memulai rantai dari reaksi masyarakat. Jadi media advokasi adalah alat atau metode, cara yang digunakan menyampaikan pesan di media masss untuk mempengaruhi kebijakan publik. Sementara metode advokasi dilakukan melalui perbincangan singkat, editorial surat kabar, surat, email, telepon, pengumuman di tempat umum, press conference, blog, pertemuan dengan anggota dewan (Fertman & Allensworth, 2010).

Dalam promosi kesehatan tujuan penggunaan media advokasi dapat digunakan bersamaan dengan isu-isu kesehatan dimasyarakat dengan : 1) meningkatkan kewaspadaan tentang isu kesehatan atau trend yg lagi hangat; 2) menginformasikan dan mempengaruhi persepsi masyarakat; 3) berfokus pada debat; 4) berkomunikasi secara persuasi pada pemegang kebijakan atau pembuat keputusan; 5) meningkatkan keberhasilan publikasi profil dari organisasi (Keleher, 2007).

Hal-hal yg perlu diperhatikan agar penggunaan media advokasi lebih efektif, media dapat digunakan bersamaan dengan adanya isu-isu kesehatan dengan : 1) meningkatkan kewaspadaan tentang isu kesehatan atau memunculkan trend; 2) menginformasikan dan mempengaruhi persepsi public; 3) mengalihkan perhatian dari debat; 4) membujuk pemegang kebijakan atau pembuat kebijakan; 5) menaikkan profile dari suatu organisasi dan dapat berjalan atau diterapkan (keleher, maddougall, Murphy.,2007, hal. 163).

Media massa menurut simmons-morton, 1995 hal. 216, media massa adalah saluran komunikasi dimana banyak orang yang dapat dijadikan sebagai sasaran, media massa mempunyai efisiensi yang tinggi dalam mencapai sasaran misalnya televise, radio dan masih banyak lagi yg lainnya. Akan tetapi memerlukan biaya yang besar dalam penggunaannya, media massa berpotensi sekali untuk meningkatkan pengetahuan, mempengaruhi sikap secara kontinyu, dan menganjurkan untuk berperilaku sesuai tujuan kesehatan.

Penggunaan media massa yang perlu diperhatikan adalah keterampilan mengkaji media apa yang dapat mempengaruhi sesuai target level sasaran kita, dengan informasi tersebut kita terbantu untuk mengembangkan strategi termasuk media massa sebagai penghubung dengan intervensi-intervensi lainnya. Misalnya penggunaan media berupa Koran atau majalah lebih bersifat local, dapat digunakan juga pada institusi seperti sekolah dan dapat dirancang informasinya secara periodik sangat bagus sekali dipakai jika ingin menyampaikan informasi kesehatan secara langsung baik lewat artikel editorial, dll. Menurut Dignan&Carr, 1992 hal. 110, macam-macam media massa yaitu televise, radio, Koran, majalah, iklan outdoor, direct mail, telpon. Metode dengan menggunakan media massa ini kekurangannya adalah kita kesulitan untuk melihat atau mengevaluasi dampak, tidak dapat mengakomodasi audien yang berbeda, hanya dapat menyampaikan pesan yang singkat serta pesan-pesan kesehatan dapat juga dijadikan sebagai alat untuk menyampaikan pengumuman jabatan dalam pemerintahan.

C. IDENTIFIKASI DAN PENANGANAN MASALAH DALAM PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN

Identifikasi masalah dalam pelaksanaan promosi kesehatan perlu dilakukan karena identifikasi masalah pada implementasi proses (evaluasi proses) menggambarkan seluruh proses pelaksanaan program termasuk mengenai materi, target sasaran, dan pendapat stakeholder mengenai program. Dengan melakukan identifikasi masalah, kita dapat mengetahui informasi yang spesifik untuk memperbaiki dan mengembangkan program menjadi lebih baik (Hawe et.al 1990).

Permasalahan pada pelaksanaan promosi kesehatan dilapangan tentunya tidak akan berjalan sesuai yang kita harapkan, akan tetapi beberapa hal dapat kita lakukan untuk meminimalkan masalah. Menurut Bartholomew, et al, 2006, kita perlu juga memperhatikan urutan-urutan implementasi dilapangan, kemudian struktur teamwork dan budget. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan perlu adanya: 1) kerjasama/partnership dalam hal koordinasi dalam teamwork, 2) partisipasi aktif dari setiap anggota dan empowerment, 3) susunan kepanitian yg efektif dengan kejelasan job description masing-masing anggota, 4) komunikasi yang baik, jelas, transparan, saling menjaga kepercayaan dan jujur, 5) berkomunikasi sesama kolega dalam hal menulis laporan, 6) manajemen system informasi, dan 7) pengelolaan waktu (Ewles&Simnet, 1994).

Menurut Kreuter, et.al. (2003), evaluasi proses penting dilakukan karena sebagai bukti terbaik atas *performace* program. Hal tersebut hanya bisa dilakukan jika kita mampu untuk menggambarkan status program dengan akurat. Evaluasi proses

juga memungkinkan kita untuk deteksi masalah dan membuat perbaikan yang diperlukan. Contoh: Pelatihan tensi dan Indeks Masa Tubuh (IMT) kader Usia Lanjut (lansia) di Desa X. Pada saat pelatihan terlihat kader kurang mampu mengaplikasikan dengan baik pengukuran tekanan darah. Hal ini disebabkan jumlah sarana pendukung kurang, sehingga memerlukan waktu yang banyak, sedangkan pelatihan waktunya sangat terbatas. Maka diputuskan bahwa perlu waktu khusus untuk melatih kader untuk mengukur tekanan darah dengan persiapan sarana dan pendampingan yang cukup.

Perilaku manusia yang kompleks ditambah lagi dengan pengaruh dan kondisi sosial yang juga kompleks dalam mempengaruhi kesehatan, menjadi alasan yang logis bahwa perancangan program promkes memerlukan penyesuaian dalam pelaksanaan atau perjalanannya. Penyesuaian tersebut diperlukan sebelum mencapai tujuan akhir. Namun dalam upaya penyesuaian akan tergantung pada; (1) masalah alamiah yang muncul, (2) masalah atau kondisi yang ditemukan, (3) kemampuan dari pimpinan dan staf, (4) kapabilitas dari program.

1. Monitoring Promosi Kesehatan

Program monitoring secara sederhana ingin melihat perubahan secara natural pada peserta, pelayanan yang mereka terima, peningkatan mereka terhadap tujuan dari program (Fermant & Allensworth, 2010). Kemudian, menurut WHO (1996) *Monitoring* adalah suatu proses menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana. Monitoring melibatkan pemberian umpan balik secara teratur tentang kemajuan pelaksanaan program, dan permasalahan yang

dihadapi selama pelaksanaan. Veladez & Bamberger(1994). Tujuan monitoring adalah menyediakan sambungan informasi secara sistematis sehingga dapat menjawab pertanyaan siapa yang telah melakukan, untuk siapa dan dimana.

Terdapat beberapa tahapan dalam melakukan monitoring yaitu : 1) Menyusun rancangan monitoring meliputi Sasaran / aspek yang dimonitoring, Faktor pendukung & penghambat, Metode, teknik dan instrument, Waktu, jadwal dan biaya; 2) Melakukan kegiatan monitoring menggunakan metode dan instrument yang telah ditetapkan; 3) Menyusun laporan monitoring (Fertmant & Allenswort, 2010). Pendapat lain menyatakan bahwa ketika melakukan monitoring ada beberapa langkah yaitu identifikasi kegiatan dan persiapan, penilaian kegiatan, seleksi dan negosiasi, desain dan perencanaan kegiatan, implementasi kegiatan, evaluasi pelaksanaan kegiatan dan transisi kegiatan, manajemen pelaksanaan kegiatan, identifikasi kegiatan baru . Selanjutnya terdapat 2 metode monitoring yaitu monitoring input yang merupakan pengawasan terhadap kegiatan dari mulai proses dimulai sampai dengan berjalanya kegiatan. Kemudian monitoring output yaitu pengawasan terhadap suatu kegiatan mulai dari kegiatan dilaksanakan sampai dengan pada akhir kegiatan (Veladez & Bamberger, 1994).

Monitoring dapat dilaksanakan terhadap budgeting, media, dan partnership untuk menilai performa dari suatu kegiatan. Dimana cara tersebut dapat digunakan untuk mengkomparasikan dari komponen yang berbeda. Misalnya monitoring yang dilakukan dengan melihat waktu

implementasi, jika terjadi keterlambatan dapat menimbulkan peningkatan biaya kegiatan yang berpengaruh pada komponen-komponen lain misalnya kegiatan yang seharusnya selesai menjadi tertunda. Hal ini disebabkan beberapa hal yaitu 1) meningkatkan biaya kegiatan (waktu dan tenaga); 2) biaya implementasi (effektivitas biaya dapat diukur dengan membandingkan biaya-biaya aktual dengan anggaran yang sebenarnya, sehingga secara cost efektif kalau ada penyimpangan akan segera diatasi); 3) Kualitas produk akhir atau pelayanan yang di berikan (kegiatan ini sangat sulit di ukur dimana hal yang harus dilakukan adalah dengan langsung menanyakan pada penggunaan ataupun konsemen); 4) Aksesibilitas si penerima layanan (secara obyektif banyak kegiatan yang keterjangkauannya diukur dari karaktersitik target populasi, geografi, ekonomi, dan demografi). Cara konsumen mengakses produk atau pelayanan yang diberikan dengan melihat materi, tenaga yang harus dikeluarkan saat mengakses produk/ pelayanan), Peniruan/replikasi dari kegiatan(replikasi di ukur dengan melakukan pengukuran apakah pemilihan prosedur dapat digunakan pada skala yang lebih besar). Monitoring sangat penting dalam baugeting yaitu harus ada kesuaiana antara pembelanjaan dengan rencana pembelanjaan.(Dropkin, halpin & Touche 2007).

Monitaring pada saat implementasi dilakukan melalui pengawasan dan pengendalian yang dapat dikembangkan sebelum program pelaksanaan berjalan. Pengendalian dan pengawasan juga dapat dilakukan segera setelah kegiatan hal ini dilakukan untuk mengetahui

57 produktifitas kerja program dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Monitoring juga difokuskan pada perencanaan sumber daya sehingga fungsi monitoring atau pengawasan lebih pada diarahkan untuk mencegah secara dini terhadap penyimpangan, sehingga penyimpangan itu bisa segera diatasi dan kembali ada tujuan dan sasaran utama. Aktor yang melakukan monitoring promosi kesehatan adalah pengelola program, staff yang terlatih, NGO, manager pengambil kebijakan

2. Evaluasi Promosi Kesehatan

11 Selain monitoring yang harus dilakukan saat melakukan identifikasi dan penanganan pelaksanaan program promosi kesehatan yaitu Evaluasi. Evaluasi merupakan penilaian terhadap suatu kegiatan; proses menilai apa yang telah dicapai dan bagaimana proses tersebut telah dicapai dengan tujuan untuk menilai sejauh mana keberhasilan yg sudah dicapai dari tujuan yang telah ditetapkan serta kegagalan/kegagalan apa saja dari implementasi program sehingga diketahui faktor yang menghambat implementasi dan bahan untuk need assessment selanjutnya (Ewless & Simnet, 1994). Sedangkan Menurut Green & Tones 2008, evaluasi merupakan penilaian kritis dan objektif dari derajat intervensi yang telah terpenuhi dalam mencapai tujuan atau kriteria yg diinginkan.

41 Pendapat yang lebih komprehensi dari Fermant & Allenswort, (2010) dimana program evaluasi diartikan sebagai sistem pengumpulan informasi program promosi kesehatan untuk menjawab pertanyaan dan membuat keputusan program. Pertanyaan pada evaluasi mencakup :

- Apa yang akan diketahui oleh peserta program, staff dan stakeholder?
- Siapa sasaran utama dari program?
- Keputusan apa yang akan dibuat berdasarkan hasil penemuan dalam evaluasi?
- Apa jenis informasi yang dibutuhkan?
- Kapan informasi dibutuhkan?
- Dari mana informasi dapat dicari dan bagaimana mencarinya?
- Sumber daya apa yang tersedia untuk memperoleh informasi, menganalisis melaporkannya?
- Jenis laporan seperti apa yang bermanfaat kepada peserta program, staff dan stakeholder?
- Apa kemungkinan hambatan(konsekuensi yang tidak disengaja) dari pelaksanaan program?

Urgensi evaluasi adalah membantu staf program, stakeholder dan partisipan berpikir secara terstruktur dan sistematis tentang siapa, apa, kapan, dimana, mengapa dan bagaimana program. Evaluasi bukan hanya satu kali laporan tetapi idealnya selama proses berjalannya program promosi kesehatan dan menyatu pada sistem operasional dan manajemen. Program evaluasi secara khas mencakup monitoring dan metode penentuan secara spesifik dan lebih pasti bahwa pelaksanaan program dan aktivitas di dalamnya menghasilkan keluaran yang dapat diobservasi. Secara singkat program evaluasi ingin mengetahui apakah program sudah terlaksana dan apakah program efektif serta mengapa? Evaluasi dipandang sebagai hal yang sudah dilakukan pada program . Evaluator akan memeriksa program dan partisipan untuk melihat kegagalan dan

keberhasilan dari policymaker atau penyandang dana, untuk memperkirakan apakah ada kelanjutan pendanaan terhadap program. (Fermant & allensworth, 2010).

Menurut Fermant & Allensworth, (2010) Jenis evaluasi ada 4 yaitu :

- *Formative evaluation*. meliputi pengumpulan informasi dan material selama program perencanaan dan pengembangan. Evaluasi ini dapat digunakan untuk memahami kebutuhan data selama proses perencanaan. Contoh : fokus grup diskusi untuk mengidentifikasi ketaatan untuk mengembangkan scrip pendidikan, ilustrasi cartoon book, dan 10 menit audiotape cartoon book.
- *Process evaluation* : dilakukan pada saat implementasi program
- *Impact evaluation* : dampak langsung dari kegiatan (behavior)
- *Outcome evaluation*: dampak jangka panjang (status kesehatan).

Selanjutnya ada beberapa jenis evaluasi menurut Hawe, Degeling & Hall, (1990) yaitu : 1) Evaluasi proses (berfokus pada kegiatan penilaian pada program, kualitas program dan seperti apa pencapaiannya); 2) Evaluasi impact (penilaian langsung efek dari kegiatan program, apakah sudah objektif?); 3) Evaluasi hasil (penilaian efek jangka panjang dari program, apakah sudah mencapai tujuan) . Sementara jenis evaluasi menurut Rootman et al, 2001 dalam Green&Tones, 2008, Evaluasi terdiri dari evaluasi struktur(kerangka kerja, peralatan yg akan digunakan dll), Evaluasi proses (berisi tentang bagaimana pengorganisasian

yang dilakukan dan apa yg sudah dilakukan) ,dan Evaluasi hasil(hasil nya apa secara keseluruhan).

Cara melakukan evaluasi yaitu : menurut Fermant & Allensworth, (2010) yaitu dengan metode kualitatif, metode Kuantitatif, Mixed or integrated methodes, Kualitatif dapat menggunakan wawancara mendalam(in depth interview), Fokus group discussion dan observasi yg hasil keseluruhannya akan dianalisa dan disimpulkan. Sedangkan untuk kuantitatif dapat berupa penilaian dari kuesioner, angket dll melalui pre dan post test kemudia hasil akan dianalisa serta disimpulkan.

Metode evaluasi dapat digunakan untuk menilai perubahan dalam kewaspadaan kesehatan misalnya mengukur minat yang diperlihatkan oleh consumer, memonitoring perubahan sebagai permintaan bagi pelayanan-pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan, analisis pemuatan media, kuesioner, wawancara, diskusi, observasi terhadap individu atau kelompok. Kemudian untuk menilai perubahan dalam pengetahuan dan sikap yang dievaluasi dengan mengobservasi sikap, dan perkataan; wawancara; diskusi; observasi cara klien menerapkan pengetahuan ke dalam perilaku sehari-hari, cara mereka memecahkan masalah, dan mengobservasi cara klien mendemonstrasikan pengetahuan dan keterampilan yang baru mereka peroleh, uji tertulis, atau kuesioner yang menuntut klien menjawab (pre dan post test). Selanjutnya penilaian perubahan tingkah laku dapat dinilai dengan mengobservasi apa yg diperbuat klien, mencatat tingkah laku dapat bersifat rutin dan periodik dan catatan dapat dibandingkan dengan kelompok lain atau dengan angka

rata-rata nasional. Lebih jauh lagi untuk penilaian Kebijakan/advokasi dapat dievaluasi melalui pernyataan/peraturan dan implementasi kebijakan apakah sudah ada, perubahan legislative, perubahan dalam ketersediaan produk-produk, perubahan dalam prosedur atau organisasi. Perubahan dalam lingkungan fisik dievaluasi dengan mengukur perubahan-perubahan yang berkaitan dengan tingkat polusi udara, dll. Perubahan status kesehatan dievaluasi dengan : menyimpan catatan indikator kesehatan (Ewless&Simnet, 1994).

Langkah-langkah dalam evaluasi tergantung dari metode yang akan kita pakai, apakah evaluasi tersebut bersifat jangka pendek, proses atau evaluasi jangka panjang maka akan berbeda masing-masing langkahnya. Menurut Bartholomew (2006), langkah pertama melakukan evaluasi adalah menggambarkan hasil program dengan jelas untuk melihat kualitas kehidupan, kesehatan, perilaku, dan lingkungan serta menulis tujuan dan pertanyaan evaluasi. Step kedua menulis pertanyaan evaluasi berdasarkan acuan yg jelas (Bartholomew, 2006)

Menurut Hawe, Degeling & Hall (1990), proses evaluasi adalah program pencapaian atau penekanan ke dalam target individu, kelompok serta masyarakat tentang penerimaan mereka pada program kita, baik itu secara keseluruhan ataupun hanya sebagian. Pada akhirnya proses evaluasi adalah untuk mengukur kualitas dari program, termasuk kompetensi dari staf yg terlibat, informasi ini diperlukan untuk menambahkan apa kekurangan dari program kita (Bartholomew, 2006).

Pendapat yang lebih detail menjelaskan bahwa langkah-langkah evaluasi promosi kesehatan sebagai berikut : 1) Mendiskripsikan program, 2)Preview evaluasi menentukan stakeholder yang terlibat, perjelas tujuan, membuat pertanyaan evaluasi , identifikasi tujuan, 3) Design evaluasi, 4) Menyimpulkan data, 4) Analisis dan interpretasi data, 5)Penyebaran informasi. Aktor yang melakukan evaluasi promosi kesehatan adalah para pengelola program, staff yang terlatih, pengambil kebijakan, LSM/NGO. Beberapa dasar pertimbangan mengapa kita perlu mengavaluasi suatu program promosi kesehatan yaitu : 1) Meningkatkan mutu praktik kita sendiri : pada waktu yang akan datang ketika kita melakukan hal yang sama, kita akan membangun keberhasilan dan belajar dari kesalahan – kesalahan sebelumnya; 2) Membantu orang lain meningkatkan mutu praktik mereka : jika kita mengatakan kepada orang tentang pengalaman kita, kita akan dapat membantu mereka meningkatkan mutu kegiatan mereka pula, penting sekali untuk menerbitkan kegagalan dan keberhasilan untuk menghindari orang lain berhadapan dengan kesalahan yang sama; 3) Memberikan justifikasi atas penggunaan sumber – sumber yang telah terpakai dalam kegiatan, dan menyediakan bukti untuk mendukung kasus melakukan kegiatan ini di masa yang akan datang; 4) Memberikan kita kepuasan dalam hal mengetahui berapa besar manfaat atau efektif kegiatan yang telah kita lakukan, dalam kata lain, bagi kepuasan pekerjaan kita sendiri; 5) Mengidentifikasi setiap hasil yang tidak direncanakan atau tidak diharapkan yang dapat merupakan hal penting (Bartholomew, 2006)

3. Efektivitas Program Promosi Kesehatan

Dari berbagai penjelasan prinsip, metode dan jenis evaluasi ada beberapa pertimbangan sehingga kita melakukan evaluasi yaitu untuk meningkatkan mutu praktik kita sendiri dan orang lain, Memberikan justifikasi atas penggunaan sumber yg ada dan telah terpakai sehingga semua sesuai dengan jalannya, memberikan kepuasan karena mengetahui manfaat atau efektifitas dari kegiatan yang kita lakukan, Mengidentifikasi hasil yg diharapkan merupakan hal yang sangat penting untuk mempertahankan Sustain suatu kegiatan. Selain hal tersebut dasar pertimbangan melakukan evaluasi yaitu bertujuan untuk mengetahui apakah program mencapai kelompok sasaran atau target, jika mencapai apakah keseluruhan atau sebagian, apakah partisipan merasa puas dengan hasil, apakah keseluruhan program sudah dilakukan, apakah media yang digunakan sudah tepat untuk mencapai tujuan. Hasil dari evaluasi bisa digunakan bahan untuk Need Assesment kegiatan yang serupa.

Beberapa dasar pertimbangan mengapa kita perlu mengavaluasi suatu program promosi kesehatan yaitu : 1) Meningkatkan mutu praktik kita sendiri : pada waktu yang akan datang **ketika kita melakukan hal yang sama, kita akan** membangun keberhasilan dan belajar dari kesalahan – kesalahan sebelumnya; 2) Membantu orang lain meningkatkan mutu praktik mereka : jika kita mengatakan kepada orang tentang pengalaman kita, kita akan dapat membantu mereka meningkatkan mutu kegiatan mereka pula, penting sekali untuk menerbitkan kegagalan dan keberhasilan untuk menghindari orang lain berhadapan



dengan kesalahan yang sama; 3) Memberikan justifikasi atas penggunaan sumber – sumber yang telah terpakai dalam kegiatan, dan menyediakan bukti untuk mendukung kasus melakukan kegiatan ini di masa yang akan datang; 4) Memberikan kita kepuasan dalam hal mengetahui berapa besar manfaat atau efektif kegiatan yang telah kita lakukan, dalam kata lain, bagi kepuasan pekerjaan kita sendiri; 5) Mengidentifikasi setiap hasil yang tidak direncanakan atau tidak diharapkan yang dapat merupakan hal penting (Bartholomew, 2006).

Setelah berbagai hal kita lakukan untuk mencapai tujuan dari implementasi melakukan monitoring, evaluasi dan untuk memepertahankan keberlangsungan kegiatan dengan meningkatkan partisipasi masyarakat. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui Efektifitas. Efektifitas merupakan sampai seberapa jauh tujuan dapat tercapai (Danfar 2009). Menurut Godstay (2001) dalam green & tones (2008) efektifitas budget bisa dianalisis melalui : minimalis cost, analisis efektifitas pembiayaan, Analisis kegunaan pembiayaan, analisis keuntungan pembiayaan yang digunakan. Biasanya pengukuran efektifitas tak terpisahkan dengan efikasi. Menurut glanz et al 2002 Efikasi merupakan kepercayaan diri tentang kemampuan untuk melakukan tindakan. Efikasi yaitu kemampuan intervensi dalam mempengaruhi masyarakat dengan control, yang akan dilanjutkan penerapan beberapa bulan aplikasi yg disebut efektifitas.

Cara mengukur efektifitas pelaksanaan program promosi kesehatan dapat dilihat dari berbagai aspek pelaksanaan, mulai dari partisipasi, pemberdayaan, dana,

media yang digunakan, metode ataupun strategi pendekatan pembelajaran secara keseluruhan. Menurut ewless&Simnet (1994), efektifitas program promosi kesehatan dapat berjalan baik jika : 1) advokasi(membantu orang lain untuk membuat pilihan mengenai kesehatannya); 2) membuat pilihan lebih sehat dan mudah; 3)mengenali dan dikenali oleh klien (saling berhubungan) contoh : seorang dokter yang obesitas tentu tidak akan efektif membantu kliennya yang ingin menurunkan berat badan. 3) lebih empaty/simpaty pada klien; 4) mempunyai evaluasi jangka panjang(klien perlu waktu u berubah). Untuk Budget dinilai dari minimalnya biaya, secra pembiayaan efektifit/sesuai, analisis kegunaan dari biaya tersebut, dan dari segi keuntungannya, gotfrey, 2001 cit Green&Tones, 2008, kemudian untuk media, media yang efektif dapat dilihat dari segi biaya, apakah efektif, penggunaan kata-kata dan gambar dalam menyampaikan pesan sudah tercapai, dapat diterima oleh audience dan dapat mencapai tujuan (Egger, Donovan., Spark, 1993).

4. Partisipasi Sasaran Promosi Kesehatan

Untuk melakukan kegiatan agar kegiatan tersebut mempunyai sifat yang keberlangsungannya bisa dipertahankan maka diperlukan partisipasi dari masyarakat sasaran atau target. Menurut O'donnell 2002, partisipasi merupakan suatu ikatan seseorang terhadap satu atau lebih dari satu atau lebih aktivitas promosi kesehatan. Begitu jug berarti, Partisipasi merupakan bentuk dari suatu pelaksana. Sehingga partisipasi merupakan bentuk action keikutsertaan masyarakat target /sasaran dalam melakukan proses kegiatan program promosi kesehatan dari Need

Assesment, Targeted , Planing program , Implementasi serta evaluasi. Ada 2 hal yang mungkin terlibat yaitu perencanaan pengembangan dan kedua mengetahui cara nyata untuk mendukung prinsip dari partisipasi. Tingkatan dari partisipasi : Tidak ada partisipasi, Partisipasi sangat rendah , Partisipasi moderat, Partisipasi tinggi, partisipasi sangat tinggi,Partisipasi paling tinggi.Tingkatan partisipasi ini juga memengaruhi cara provider memberikan intervensi dan cara pelaksanaan program promosi kesehatan.

Ada berbagai Cara membina partisipasi dimasyarakat adalah : bersikap terbuka terhadap berbagai kebijakan dan rencana, merencanakan kegiatan masyarakat, perencanaan secara desentralisasi, membina forum bersama, membuat jaringan, memberikan dukungan, sasaran dan pelatihan bagi kelompok masyarakat, menyediakan informasi, memberikan bantuan dalam pendanaan dan sumber daya, mendukung proyek advokasi,(Menurut ewles & sinet 1994). Partisipasi bisa dilakukan dengan cara pengembangan situasi. Pengembangan sistuasi ini berarti bekerja dengan masyarakat aagar mereka mengenali masalah agar masyarakat bisa mengeanli masalah sehingga mendorong dan membantu masyarakat dalam gerakan bersama. Dalam melakukan meningkatkan partisipasi dimasyarakat yg sering muncul yaitu : Perbedaan kepentingan, Ancaman bagi pekerja kesehatan daerah, tidak ada hasil langsung, Pencetakan lambang atau pilihan mudah, Konflik pengevaluasian.Menurut WHO 2008 bentuk dari partisippasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat yaitu pemberdayaan masyarakat, Kemm & close 1995,model

partisipasi masyarakat yaitu empowerment model, Community action Model. Sedangkan Menurut Glenn Dalam melakukan pergerakan dimasyarakat yang terpenting adalah partisipasi masyarakat itu sendiri.

Partisipasi dari masyarakat dapat meningkatkan motivasi masyarakat dalam melaksanakan program promosi kesehatan untuk melakukan Health Literacy bagi masyarakat sehingga program tersebut sustain sifatnya. Sehingga prinsip menumbuhkan partisipasi masyarakat yaitu menumbuh kembangkan kemampuan masyarakat secara bertahan.

D. RANGKUMAN

1. Pengelolaan SDM promkes meliputi : *Hiring Considerations* (perekrutan), *Inteview leading candidates* (wawancara dengan kandidat terpilih), *Training, coaching, Managing* dan *evaluating staff*. Kebutuhan sumber daya manusia (Staff) untuk kegiatan promosi kesehatan hendaknya memiliki kualifikasi : a) memiliki ketrampilan dan pengalaman yang sesuai dengan tujuan (goal), b)memiliki interpersonal qualities yang dapat bekerja dengan tim, c) memiliki pemahaman culture/ budaya setempat, d)memiliki ketertarikan terhadap misi organisasi.
2. Dalam perencanaan, pengelolaan anggaran bertanggungjawab memperkirakan pada fase implementasi, dokument, perubahan sumber keuangan dan pengeluaran. Statt keuangan perlu memperoleh *training finance, accounting, funding dan resources development* tergantung dari tingkat dan luasnya program promosi kesehatan. Secara umum ada empat kategori pengeluaran yaitu :a). *personnel*

(staff of the program), b). *Supplies* : item yang diperlukan dalam program implementasi, c). *Services* : untuk meningkatkan skill, bakat dan pengalaman staff_biasanya untuk program jangka pendek, d). *Travel, training and disseminations of result.*

3. **Strategi promosi kesehatan menurut Depkes ada 3** : Advokasi, Bina Suasana, gerakan Masyarakat. Sementara Menurut WHO : Ada 5 yaitu : *Build health public policy, reorient health services, create supportive environment, development personal skill, strengthen community action.*
4. **Pemasaran sosial adalah penggunaan prinsip-prinsip dan teknik marketing untuk meningkatkan efektivitas design program dan untuk menciptakan perubahan sosial.** Secara spesifik sosial marketing adalah perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan terhadap program untuk meningkatkan penerimaan ide sosial pada target grup (sasaran). Tujuan program adalah untuk meningkatkan gaya hidup sehat atau adanya perubahan perilaku sehat. Proses marketing terdiri dari 4 P yaitu Produk, Promosi, Place dan Price.
5. Media advokasi adalah alat atau metode, cara yang digunakan menyampaikan pesan di media masss untuk mempengaruhi kebijakan publik. Efektivitas dan efisiensi penggunaan media adalah cara kita memilih media yang sesuai dengan tujuan promosi kesehatan, kondisi target promosi kesehatan, sumber dana yang dimiliki dan dukungan dari pihak pemerintah serta masyarakat.
6. **Monitoring adalah suatu proses menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana.** Monitoring melibatkan pemberian umpan

balik secara teratur tentang kemajuan pelaksanaan program, dan permasalahan yang dihadapi selama pelaksanaan. Tujuan monitoring adalah menyediakan sambungan informasi secara sistematis sehingga dapat menjawab pertanyaan siapa yang telah melakukan, untuk siapa dan dimana.

7. Program evaluasi secara khas mencakup monitoring dan metode penentuan secara spesifik dan lebih pasti bahwa pelaksanaan program dan aktivitas di dalamnya menghasilkan keluaran yang dapat diobservasi. Secara singkat program evaluasi ingin mengetahui apakah program sudah terlaksana dan apakah program efektif serta mengapa? Evaluasi dipandang sebagai hal yang sudah dilakukan pada program . Evaluator akan memeriksa program dan partisipan untuk melihat kegagalan dan keberhasilan dari policymaker atau penyandang dana, untuk memperkirakan apakah ada kelanjutan pendanaan terhadap program.
8. Cara mengukur efektifitas pelaksanaan program promosi kesehatan dapat dilihat dari berbagai aspek pelaksanaan, mulai dari partisipasi, pemberdayaan, dana, media yang digunakan, metode ataupun strategi pendekatan pembelajaran secara keseluruhan.
9. Partisipasi merupakan suatu ikatan seseorang terhadap satu atau lebih dari satu atau lebih aktivitas promosi kesehatan. Begitu jug berarti, Partisipasi merupakan bentuk dari suatu pelaksana. Sehingga partisipasi merupakan bentuk action keikutsertaan masyarakat target /sasaran dalam melakukan proses kegiatan program promosi kesehatan dari *need*

assesment, targeted assesment , perencanaan program , implementasi serta evaluasi program.

E. PERTANYAAN PENUNTUN

1. Hal-hal apa saja yang perlu dipertimbangkan dalam mengelola program promosi kesehatan?
2. Jelaskan strategi dan metode promosi kesehatan yang meliputi pemasaran, kemitraan, komunikasi, belajar mengajar? 3.
3. Bagaimana mengenali berbagai masalah dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan bagaimana upaya pemecahannya?
4. Bagaimana cara mengukur efektifitas program promosi kesehatan?

F. DAFTAR PUSTAKA

Anna Close, Kemm John (1995) *Health Promotion Theory & Practice*, Macmillan Press, 1995

Bartholomew, L.Kay et.al. 2006. *Planning Health Promotion Program. An Intervention Mapping Approach*. HB Printing. USA.

Bamberger Michael, Valades Joseph 1992, *Monitoring and evaluating Sosila program in developing countries*.The world bank Washington

Dignan dan Carr. 1992. *Program Planning for Health Education and Promotion. 2nd Ed*. Lea & Febiger. Philadelphia. USA.

Egger G, Donovan RJ, Spark R, 1993, *Health and The Media, Principle and practice for Health Promotion*, McGraw-Hill Book Company Australia Pty Limited

- 18 Ewles L & Simnett I ,1994, *Promosi Kesehatan, Petunjuk Praktis*, Gadjah Mada University Press
- Fertman dan Allenswort. 2010. *Health Promotion Programs. From Theory to Practise*. PB Printing, USA.
- 18 Green, Lawrence W. and Kreuter Marshall W. 1991. *Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach. 2nd Ed.* Mayfield Publishing Company, USA
- Planning for Effective Health Promotion Evaluation, 2008, <http://www.health.nsw.gov.au>
- 39 Simon-Morton, Bruce G. et.al. 1995. *Introduction in Health Education and Health Promotion*. Waveland Press.inc. USA.
- 188 Sanjaya, Wina. 2006. *Strategi Pembelajaran*. Jakarta: Media Prenada.
- 195 Yolande Cumber, Thoroguod Margaret, (2010) *Evaluating Health Promotion , Practice and Methode program work*, Oxford Univerty press 2010

BAB 5

EVALUASI DAN KEBERLANGSUNGAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

16

Evaluasi program merupakan aktivitas akhir dalam promosi kesehatan walaupun program promosi kesehatan tidak harus berhenti di tahap evaluasi. Tahapan evaluasi dapat menjadi awal untuk kegiatan promosi kesehatan berikutnya karena informasi yang yang diperoleh melalui evaluasi baik data kuantitatif maupun kualitatif dapat digunakan sebagai evaluasi formatif suatu program promosi kesehatan. Idealnya, kegiatan evaluasi program dirancang sejak tahapan perencanaan promosi kesehatan agar indikator keberhasilan program dapat ditentukan dan diukur pada saat yang tepat selanjutnya kemajuan program dapat diamati secara teratur dan bertahap. Rancangan program, instrumen yang digunakan untuk mengukur kemajuan dan keberhasilan program termasuk rancangan waktu sebaiknya disusun pada tahapan perencanaan. Namun demikian, ada kalanya pelaku promosi kesehatan hanya dapat melakukan kegiatan evaluasi program di akhir tahapan promosi kesehatan. Melalui pemahaman terhadap rancangan program ditambah dengan penguasaan metode kuantitatif dan kualitatif hal tersebut dapat teratasi karena beragamnya rancangan program dan strategi promosi kesehatan.

16

Pada Bab V ini, pembaca akan mempelajari tentang filosofi dan tahapan evaluasi program, rancangan evaluasi program dan analisis hasil pengukuran evaluasi program promosi kesehatan.

Tujuan Pembelajaran

Pada Akhir Bab IV, Pembaca diharapkan mampu :

1. Memahami filosofi dasar evaluasi dan tahapan evaluasi program promosi kesehatan.
2. Menjelaskan rancangan evaluasi program promosi kesehatan yang didasarkan metode ilmiah
3. Meningkatkan pemahaman tentang instrumen evaluasi yang sesuai dengan rancangan evaluasi program promosi kesehatan
4. Memahami indikator pengukuran dalam evaluasi proses dan keberhasilan program promosi kesehatan dalam evaluasi hasil dan dampak

A. FILOSOFI DAN TAHAPAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Program evaluasi adalah pengumpulan informasi yang sistematis tentang program promosi kesehatan yang diarahkan untuk menjawab pertanyaan dan merumuskan keputusan tentang sebuah program. Menurut Ewless&Simnet, (1994), evaluasi adalah penilaian yang dibuat tentang arti dari sesuatu, proses menilai apa yang telah dicapai dan bagaimana proses tersebut telah dicapai. Sementara menurut Hawe, Degeling&Hall, (1990) jenis-jenis evaluasi adalah 1) evaluasi proses (berfokus pada kegiatan penilaian pada program, kualitas program dan seperti apa pencapaiannya); 2) evaluasi impact yaitu penilaian langsung efek dari kegiatan program, apakah sudah objektif?; 3) evaluasi hasil yaitu penilaian efek jangka panjang dari program, apakah sudah mencapai tujuan?. Menurut Rootman et al, 2001 dalam Green&Tones, 2008, evaluasi terdiri dari evaluasi struktur (kerangka kerja, peralatan yg akan

digunakan dll), evaluasi proses (berisi tentang bagaimana pengorganisasian yg dilakukan dan apa yang sudah dilakukan) dan evaluasi hasil (hasil nya apa secara keseluruhan). Menurut Dignan&Carr, (1992) bentuk-bentuk evaluasi ada tiga :1) evaluasi proses untuk mengukur tujuan strategi atau jangka pendek berhubungan dengan hal-hal yang berkontribusi terhadap faktor resiko, 2) evaluasi impact (dampak) mengukur tujuan jangka menengah berhubungan dengan faktor resiko, 3) evaluasi hasil (*outcome*) mengukur tujuan jangka panjang berhubungan dengan masalah kesehatan.

Urgensi melakukan evaluasi adalah sebagai dasar pertimbangan evaluasi yang lain yaitu bertujuan untuk mengetahui untuk apakah program mencapai kelompok target, jika mencapai apakah keseluruhan atau hanya sebagian, apakah partisipan merasa puas dengan hasil program, apakah semua rencana kegiatan sudah dilakukan, apakah semua media dan komponen program sudah tepat dan baik kualitasnya, dan untuk mengetahui apa perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan program. Jika hasil evaluasi baik, maka akan dapat digunakan untuk dasar program selanjutnya.

1. Filosofi Dasar Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Menurut Fertman & Allensworth, (2010), Filosofi evaluasi promosi kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan secara terus-menerus selama proses berjalannya program promosi kesehatan dan menyatu pada sistem operasional dan manajemen. Program evaluasi ingin mengetahui pelaksanaan program dan efektifitas program promosi kesehatan. Sementara menurut (Thorogood & Combes, 2003) evaluasi promosi kesehatan dilakukan karena dipicu oleh

perkembangan ilmu kedokteran ke arah *Evidence Based Medicine*. Promosi kesehatan sebagai bagian dari upaya kesehatan secara keseluruhan juga diharapkan memiliki tujuan yang sama. Perkembangan dan harapan inilah yang melatarbelakangi *Evidence Based Health Promotion*. Paradigma baru ini mengharapkan agar promosi kesehatan berkembang menjadi sebuah ilmu pengetahuan yang melalui tahapan ilmiah. Setiap langkah, upaya, strategi yang dilakukan betul-betul teruji efektifitas, efesiensi, dan humanitasnya.

Menurut Bartholomew, et.al. (2009), Evaluasi merupakan proses yang paralel, proses yang terhubung dan merupakan bagian dari perencanaan program yang dimulai dari *need assessment*. Jadi, memahami program secara utuh adalah tahap awal dari evaluasi. Dengan memahami hal tersebut maka diketahui terdapat evaluasi outcome, evaluasi proses, evaluasi efisiensi program, dan dikenal pula formatif dan sumatif evaluasi.

Evaluasi outcome bertujuan guna menggambarkan faktor perubahan. Yaitu mengetahui apakah perubahan yang terjadi sebagai hasil dari intervensi. Jadi dalam evaluasi ini biasanya dengan membandingkan antara kelompok yang tidak diintervensi dan kelompok yang diintervensi. Evaluator tidak harus mengukur semua outcome program yang dikerjakan, tetapi tergantung pada model logika intervensi, sumberdaya, ketertarikan stakeholder, dan tujuan. Jadi tujuan evaluasi ini yaitu mengetahui efficacy dan efisiensi program.

Evaluasi proses, yaitu secara umum bertujuan mengetahui gambaran dari pelaksanaan program dan status dari

pelaksanaan tersebut. Ada empat poin yang dilihat setidaknya dari pelaksanaan evaluasi ini. Pertama, yaitu apakah program dilaksanakan kepada target yang telah ditentukan. Kedua, yaitu apakah cara penyampaian atau materi dan media yang digunakan sesuai dengan tujuan yang dirancang sejak semula. Ketiga, yaitu apakah metode yang dipilih sesuai dengan masalah yang dihadapi, apakah metode mampu berkerja pada set, seting dan situasi tersebut. Dan keempat, yaitu menjelaskan alasan pemilihan suatu strategi terkait dengan faktor pada program, organisasi dan implementasi. Diharapkan dari evaluasi tersebut implementasi terhindar dari implementasi yang tidak baik akibat salah justifikasi kebutuhan kelompok resiko, terhindar dari implementasi yang miskin akibat skill yang kurang mumpuni.

Evaluasi efisiensi program terkait pada biaya dan dampak. Terdapat dua cara untuk melakukan evaluasi ini yaitu mengukur dengan cost-benefit analisis atau mengukur dengan cost-effectiveness analisis. Jenis evaluasi berikutnya yaitu formatif dan sumatif evaluasi. Kedua istilah tersebut digunakan untuk menggambarkan tujuan dari evaluasi. Formatif evaluasi dilakukan guna mendapatkan informasi guna menuntun upaya perkembangan dan pengembangan program. Sedangkan sumatif analisis guna membuat kesimpulan apakah program terlaksana sesuai tujuan dan sasaran yang ditentukan.

Kemudian komponen yang dievaluasi dalam program promosi kesehatan adalah : Kesadaran, pengetahuan, sikap, perilaku, ketrampilan, perubahan kebijakan, perubahan organisasi, perubahan lingkungan, status kesehatan dan

kualitas hidup (Fertman & Allensworth, 2010). Selanjutnya menurut Davis dan Macdowall (2006) secara umum komponen evaluasi adalah *effectiveness*, *effeciency*, *humanity*. *Effectiveness* berbicara seberapa meyakinkan intervensi yang dilakukan berdampak pada perubahan yang terjadi pada sasaran, secara ilmiah. *Efficiency* berbicara seberapa sesuai dampak yang dihasilkan dengan biaya yang dikeluarkan, jadi terkait ukuran ekonomi. Sedangkan *humanity* berbicara tentang seberapa sesuai program yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan sasaran, need dari sasaran. Disisi lain Hawe, et.al. (1990) menjelaskan ada empat komponen dalam evaluasi proses yaitu (1) apakah program mencapai **kelompok target?** Dan **apakah semua bagian program** mencapai semua **bagian kelompok target?** (2) apakah **partisipan** puas dengan **program** (interpersonal, pelayanan dan konten)? (3) apakah semua aktivitas (kegiatan) terlaksana (*record session content*)? (4) apakah semua materi dan komponen dari program berkualitas (*Attraction, comperhension, acceptability, personal, involvement, persuasion*). Yang dimaksud *Attraction* (daya tarik) adalah media menarik dan mendapat perhatian. *Comprehension*, (pemahaman) yaitu pesan mudah dipahami. *Acceptability*, (penerimaan): apakah media menyerang atau mengesalkan misalnya adanya konflik dengan norma sosial. *Personal Involvement*, : keterlibatan personal secara langsung pada program; *Persuasion* : apakah media mampu mempengaruhi atau mengajak untuk melakukan sesuatu.

2. Hubungan **Perencanaan dan Evaluasi Program Promosi Kesehatan**

Upaya **promosi kesehatan** merupakan proses yang berkesinambungan, setiap tahapan adalah satu kesatuan yang saling berhubungan. Perencanaan dimulai dari need assessment dan evaluasi bagian dari perencanaan program promkes. Pada tahap evaluasi kita harus memahami program promkes secara menyeluruh, karena harus memahami tujuan yang ingin dicapai yang telah disusun di awal. Pada setiap tahapan perlu untuk dilakukan evaluasi yaitu monitoring atau evaluasi proses. Evaluasi merupakan komponen dari manajemen program untuk mengetahui keberhasilan program (Bartholomew et.al., 2009)

3. Tahapan Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Langkah-langkah evaluasi, tergantung dari metode mana yang akan kita pakai, apakah evaluasi tersebut bersifat jangka pendek, proses atau evaluasi jangka panjang maka akan berbeda masing-masing langkahnya. Menurut Bartholomew (2006), langkah melakukan evaluasi adalah meliputi: 1) membuat indikator pencapaian sesuai dengan hasil yang ingin dicapai; 2) kriteria apa yang ingin dicapai; 3) menyusun metode yang akan digunakan dan dikembangkan serta disesuaikan dengan sasaran dan tujuan; 4) melakukan pelaksanaan kegiatan; 5) Evaluasi. Menurut Hawe&Degeling, 1990, tahapan evaluasi : 1) Menentukan Kriteria evaluasi, 2) menentukan desain yang tepat, 3) merencanakan pengumpulan data, 4) merencanakan analisis dan, 5) pelaporan.

4. Tahapan Evaluasi Program Promosi Kesehatan Menurut CDC

Framework atau kerangka Evaluasi dari CDC (Centers of Disease Control and prevention (1999) terdiri dari 6 tahapan yaitu

- a. **Melibatkan stakeholder** terutama yang terlibat dalam operasional program misalnya : collabolorator, penyandang dana, staff. Atau orang yang menerima program : institusi pendidikan, kantor terpilih, klien, organisasi; Serta orang yang menggunakan hasil evaluasi, menindaklanjuti evaluasi ; apa yang akan dilakukan selanjutnya dari hasil evaluasi tersebut. Artinya pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menyamakan persepsi antar stakeholder terutama administrator dan pendana mengenai apa yang ingin dipelajari dan apa yang dilakukan atas informasi tersebut. Yang harus disepakati pertama yaitu outcome yang realistis dan mungkin ditambah dengan pemahaman mengenai konteks dimana program ini akan diimplementasi
- b. **Menggambarkan secara utuh program promosi kesehatan** yang telah direncanakan diawal, mulai dari misi, objektif, kebutuhan yang menjadi dasar, dampak program, strategi,sampai dengan kontek ekonomi politik dari program. Yang meliputi Visi dan misi, objective, siapa sasaran program, dampak yang diharapkan dari program, strategi dan aktivitas intervensi, sdm, material, waktu; tahapan pengembangan program; kontek sosial, politik dan ekonomi; logic model `yang mendeskripsikan kejadian dan apa yang akan dirubah dari program.

- c. **Fokus pada design evaluasi** : dengan cara untuk mengkaji isue terbesar yang menjadi perhatian stakeholders akan menggunakan waktu dan sumber-sumber secara efisien, akurat, dan etis. Secara khusus, desain evaluasi terfokus mempertimbangkan tujuan dari evaluasi, penggunaan yang akan menerima hasil, dan bagaimana evaluasi akan di gunakan. Desain evaluasi juga harus berfokus pada pengembangan pertanyaan evaluasi, mengembangkan metode evaluasi yang wajar, dan memiliki kesepakatan tentang peran dan tanggung jawab mereka yang melakukan evaluasi. Ada empat pertanyaan dalam evaluasi yaitu : (1) apa tujuan utama dari evaluasi (mengembangkan pengetahuan baru, modify practise, pengaruhi policy, dll) (2) berikan batas waktu, sumber daya, prosedur untuk info reliabel dan akurat (3) kepada siapa hasil diberikan dan apa manfaatnya (4) bagaimana kelanjutan dari evaluasi. Evaluasi diharapkan dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut dan mengembangkan metode yang dapat dipertanggungjawabkan.
- d. **Mengumpulkan bukti/data secara kredibel**, yaitu dengan memperhatikan kaidah ilmiah tanpa melupakan kepentingan dari stakeholder yang terlibat. Dengan kesamaan persepsi diawal, maka memudahkan upaya pengumpulan dan analisis sehingga betul-betul sesuai dengan keinginan stake holder. Dalam melaksanakan pengumpulan dan analisis data perlu memperhatikan indikator evidence (bukti informasi) dan sumber evidence dari program yang dilaksanakan agar data yang dipersepsikan stakeholder dapat dipercaya dan relevan

untuk menjawab pertanyaan program, implementasi dan dampaknya.

- e. **Menyusun kesimpulan yang dapat dipertanggungjawabkan** termasuk membuat rekomendasi-rekomendasi, dengan cara memastikan apakah mereka (stakeholder) terhubung pada bukti yang di dapatkan dan untuk mengeksplisitkan nilai-nilai atau standar-standar yang telah di susun oleh stekholders. Artinya, evaluator memastikan bagaimana program berjalan dan bagaimana tujuan jangka panjang dan pendek yang bagus meliputi rekomendasi, memastikan data yang dikumpulan relevan dengan standar stakeholder. Mengikuti strategi ini akan memungkinkan para stakeholders untuk menggunakan hasil evaluasi dengan percaya diri.
- f. **Pastikan Penggunaan hasil dan gunakan sebagai bahan pembelajaran.** Memastikan hasil dari evaluasi dapat diakses dan dipahami secara utuh oleh pemangku kebijakan yang menjadi sasaran program. Mempromosikan dan mencatat semua komentar dari stake holder yang terlibat, dengan serta secara rutin mendiskusikan hasil temuan. Menyebarluaskan dan menyusun laporan secara obyektif, tidak berpihak tanpa melupakan tujuan, kelemahan, kekuatan dari program yang telah dilaksanakandengan design evaluasi yang kuat dan melibatkan stakeholder; menyiapkan stakeholder untuk menggunakan hasil evaluasi, feedback dari stakeholder, serta penyebarluasan informasi dari hasil pembelajaran evaluasi (Fertman & Allensworth, 2010)

5. Tahapan Evaluasi Program Promosi Kesehatan Berdasarkan Kerangka REAIM

Menurut Fretman dan Allensworth (2009) dan Glanz et.al. (2010), RE-AIM adalah kepanjangan dari *reach*, *effectiveness*, *adoption*, *implementation*, dan *maintenance*. Merupakan kerangka evaluasi yang berguna untuk memperkirakan dampak dari sebuah upaya kesehatan masyarakat, untuk membandingkan perbedaan dari beberapa kebijakan kesehatan, untuk membantu upaya merancang sebuah kebijakan kesehatan yang efektif, dan menilai kemungkinan upaya integrasi antara strategi kebijakan dan strategi promosi kesehatan yang lain. Konsep Evaluasi RE-AIM mengakui tentang pentingnya antara validitas eksternal dan internal di dalam mengevaluasi intervensi program (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). Adapun dimensi RE-AIM meliputi :

Reach merupakan komponen pada level individu. Pada bagian ini dijelaskan mengenai cakupan proses kegiatan. Berapa persentase peserta yang terlibat dan yang memenuhi syarat. Serta berapa jumlah sasaran yang tidak dilibatkan. Kemudian Bagaimanapula keterwakilan mereka.

Efficacy dan **effectiveness** merupakan juga komponen pada level individu. Artinya perlu upaya membuktikan bahwa metode yang telah dipilih betul-betul sesuai. Memastikan bahwa perubahan yang terjadi adalah dampak dari kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan. Juga memastikan bahwa kegiatan-kegiatan yang dilakukan berdampak pada strategi yang telah ditetapkan. Atau secara sederhana mengukur

dampak intervensi, dampak jangka pendek, jangka menengah, termasuk pula dampak kesehatan dan kualitas hidup.

Adoption merupakan komponen pada level populasi. Mirip dengan komponen reach namun berbicara pada level populasi. Seberapa jauh staf terlibat. Dan seberapa representatifnya staf yang digunakan terkait dengan kegiatan yang disusun. Juga mengukur seberapa sesuainya saluran atau setting lokasi yang dipilih untuk mencapai sasaran yang telah ditentukan.

Implementation merupakan komponen pada level populasi. Sejauh mana kegiatan yang telah disusun dilaksanakan. Atau apakah semua kegiatan telah dilaksanakan. Dan apakah kegiatan yang dilaksanakan, konten dan sesinya dilaksanakan sesuai dengan protokol atau prosedur yang telah disusun.

Maintenance merupakan komponen untuk level individu maupun populasi untuk melihat keberlangsungan program. Untuk level individu yaitu seberapa lama perubahan terjadi, pada umumnya diukur dalam 6 sampai 12 bulan kedepan. Dan berapa persen tingkat ketertarikan populasi terhadap program, selanjutnya kesimpulan akan efektivitas intervensi. Pada level populasi yaitu sustainabilitas dari kegiatan intervensi dan seberapa jauh program asli melenceng.

B. RANCANGAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Merancang evaluasi adalah merancang pertanyaan evaluasi, desain, indikator, pengukuran, dan waktu pengukuran. Dalam merancang evaluasi juga membahas bagaimana evaluator akan menganalisis dan menyajikan laporan kepada para

stakeholder. Dan juga terkait dengan dana yang dialokasikan (Bartholomew, et.al, 2006). Jadi, yang perlu dipertimbangkan dalam merancang evaluasi yaitu apa tujuan evaluasi yaitu terkait dengan pertanyaan evaluasi. Kedua, apa saja data yang diperlukan yaitu terkait dengan desain evaluasi yang digunakan. Ketiga, sumber daya yang dibutuhkan. Pertimbangan ini terkait dengan alokasi dana yang dianggarkan sesuai dengan rincian kegiatan dan sarana yang digunakan selama evaluasi. Keempat yaitu bagaimana data dianalisis dan dilaporkan. Pertimbangan keempat terkait dengan kebutuhan dari stakeholder. Setiap stakeholder biasanya hanya memerlukan laporan tertentu saja. Sedangkan menurut Dignan dan Carr (1992), terdapat delapan pertanyaan untuk menentukan desain evaluasi. Pertama, berapa banyak waktu yang diperlukan evaluasi. Kedua, kapan waktu terbaik untuk melakukan evaluasi. Ketiga, berapa banyak individu yang diperlukan untuk melakukan evaluasi. Keempat, apakah memiliki kemampuan untuk menganalisis data atau akses terhadap konsultan statistik. Kelima, seberapa diperlukannya upaya menggeneralisir hasil temuan ke populasi. Keenam, apakah stakeholder memerlukan validiti dan reliabiliti. Ketujuh, apakah memiliki kemampuan untuk melakukan randomisasi partisipan ke dalam kelompok intervensi dan kontrol. Kedelapan, apakah kita memiliki akses untuk kepada kelompok pembanding.

Perlunya pencanaan evaluasi dilakukan untuk merinci kegiatan-kegiatan yang dilakukan selama evaluasi dilaksanakan, serta terkait sumber daya yang diperlukan. Dengan adanya rancangan evaluasi, administrator mengetahui standar yang harus dicapai. Dengan merancang administrator juga tahu langkah-langkah yang harus dijalankan pada saat evaluasi,

mengetahui data dan sumber data yang diperlukan, mengetahui pula sasaran evaluasi tersebut akan dilaksanakan. Namun yang paling penting adalah memastikan sumber daya teralokasikan sesuai kebutuhan pelaksanaan evaluasi tersebut. (Bartholomew, et.al., 2006)

1. Rancangan **Evaluasi Program Promosi Kesehatan Berdasarkan Strategi Promosi Kesehatan**

Strategi promosi kesehatan yang kita lakukan akan menentukan rancangan evaluasi yang kita gunakan. Menurut Ewles dan Simnett, (1994), dalam menentukan indikator evaluasi dalam strategi yang berbeda maka kita perlu kembali lagi pada tujuan awal yang sudah kita tetapkan, serta melihat sasaran berdasarkan level ekologi mana yang akan dirubah (intrapersonal, interpersonal, organisasi atau populasi hingga kebijakan). Kemudian rencanakan cara atau metode mencari jawaban terhadap pertanyaan "apakah tujuan kita tercapai?" dimana tujuan adalah : perubahan yang hendak kita upayakan perubahannya seperti: perubahan pengetahuan, perubahan tingkah laku, perubahan dalam kebijakan atau cara-cara orang bekerja. Selanjutnya, perubahan angka mortalitas dan morbiditas juga dapat digunakan sebagai indikator dalam mengevaluasi program promosi kesehatan yang telah kita lakukan baik pada evaluasi proses, dan menilai evaluasi outcomes (Thorogood&Coombes, 2003). Dalam merancang evaluasi program maka kita perlu mengkombinasikan metode kuantitatif dan kualitatif.

Menurut Ewles & Simnet, (1994) berikut strategi promosi kesehatan dan evaluasi yang dapat digunakan : a)

strategi pendidikan untuk Pengetahuan Sikap Perilaku (PSP) evaluasinya dengan kuesioner, wawancara, diskusi, observasi, b)Strategi Kebijakan evaluasinya dengan indep interview, menilai pernyataan atau implementasi kebijakan, c)Strategi Lingkungan Fisik evaluasinya dengan mengukur perubahan tingkat polusi udara. Sedangkan menurut (Fermant & Allensworth, 2010 memberikan contoh evaluasi untuk program Nutrisi di Sekolah. Dalam melakukan evaluasi terdapat kesamaan metode dengan apa yang di tuliskan oleh Ewles & Simnet. Tetapi Fertman & Allensworth sudah membedakan antara metode Kuantitatif dan Kualitatif misalnya strategi pendidikan untuk mengukur PSP dievaluasi dengan survai telepon, kuesioner, pre & pos tes, *self report* (Metode kuantitatif),evaluasinya dengan interview, FGD (metode kualitatif). Dalam kasus program nutrisi evaluasi yang kita lakukan dapat mengukur sasaran (anak-anak), ibu-ibu, pembuat program, kebijakan institusi misalnya sekolah, yang memproduksi makanan (petani), pedagang di pasar.

Manurut Bartholomew, et.al. (2009), untuk mengetahui apa saja yang diukur dalam evaluasi terlebih dahulu memahami definisi dan jenis evaluasi. . **Evaluasi merupakan proses yang paralel, proses yang terhubung dan merupakan bagian dari perencanaan program yang dimulai dari *need assessment*. Jadi, memahami program secara utuh adalah tahap awal dari evaluasi.** Dengan memahami hal tersebut maka diketahui terdapat evaluasi outcome, evaluasi proses, evaluasi efisiensi program, dan dikenal pula formatif dan sumatif evaluasi. Setiap tahap evaluasi tersebut mengukur hal-hal yang berbeda.



Evaluasi proses, yaitu secara umum bertujuan mengetahui gambaran dari pelaksanaan program dan status dari pelaksanaan tersebut. Ada empat poin yang dilihat setidaknya dari pelaksanaan evaluasi ini. Pertama, yaitu apakah program dilaksanakan kepada target yang telah ditentukan. Kedua, yaitu apakah cara penyampaian atau materi dan media yang digunakan sesuai dengan tujuan yang dirancang sejak semula. Ketiga, yaitu apakah metode yang dipilih sesuai dengan masalah yang dihadapi, apakah metode mampu berkerja pada set, seting dan situasi tersebut. Dan keempat, yaitu menjelaskan alasan pemilihan suatu strategi terkait dengan faktor pada program, organisasi dan implementasi. Diharapkan dari evaluasi tersebut implementasi terhindar dari implementasi yang tidak baik akibat salah justifikasi kebutuhan kelompok resiko, terhindar dari implementasi yang miskin akibat skil yang kurang mumpuni. Tahap evaluasi ini sejalan pula dengan Hawe et.al. (1990). Evaluasi outcome bertujuan guna menggambarkan faktor perubahan. Yaitu mengetahui apakah perubahan yang terjadi sebagai hasil dari intervensi. Jadi dalam evaluasi ini biasanya dengan membandingkan antara kelompok yang tidak diintervensi dan kelompok yang diintervensi. Evaluator tidak harus mengukur semua outcome program yang dikerjakan, tetapi tergantung pada model logika intervensi, sumberdaya, ketertarikan stakeholder, dan tujuan. Jadi tujuan evaluasi ini yaitu mengetahui efficacy dan efisiensi program.

Evaluasi efisiensi program terkait pada biaya dan dampak. Terdapat dua cara untuk melakukan evaluasi ini yaitu mengukur dengan cost-benefit analisis atau mengukur

dengan cost-effectiveness analisis. Jenis evaluasi berikutnya yaitu formatif dan sumatif evaluasi. Kedua istilah tersebut digunakan untuk menggambarkan tujuan dari evaluasi. Formatif evaluasi dilakukan guna mendapatkan informasi guna menuntun upaya perkembangan dan pengembangan program. Sedangkan sumatif analisis guna membuat kesimpulan apakah program terlaksana sesuai tujuan dan sasaran yang ditentukan.

Sedikit berbeda, Dignan dan Carr (1992) mengemukakan bahwa evaluasi dilakukan berdasarkan tingkatan kesukaran dan kedalaman penilaian program. Atas dasar tersebut terdapat enam tingkatan evaluasi. Pertama evaluasi yaitu evaluasi aktifitas. Pada evaluasi ini guna menilai apakah program dilaksanakan sesuai dengan jadwal dan apakah pelaksanaan berjalan sesuai dengan rencana (personel dan target). Kedua yaitu evaluasi meeting standar (standar kecukupan). Tahap ini guna mengetahui apakah program berfungsi sesuai dengan standar yang direncanakan. Standar ditentukan atas pertimbangan aksesibilitas, biaya dan kriteria lain terkait dengan media atau upaya penyampaian. Ketiga yaitu evaluasi program efisiensi. Tahap ini hampir sama dengan evaluasi efisiensi program pada Bartholomew et.al. (2009). Keempat yaitu evaluasi efektifitas program. Tahap ini dilakukan ketika program telah berakhir. Pada tahap ini mengukur seberapa kuat program yang disusun berdampak pada perubahan target populasi. Kelima yaitu evaluasi validitas dampak (outcome). Pada tahap ini mengukur seberapa jauh program yang dilakukan merubah masalah yang telah ditemukan diawal. Tahap keenam yaitu evaluasi keseluruhan. Pada

tahap ini guna mengukur seberapa baik kesesuaian program dibandingkan dengan program serupa, kemudian seberapa sesuai program dengan program sistem kesehatan yang telah ada di komunitas, dan seberapa luas (kuat) tujuan dari program berdampak baik pada masyarakat.

2. Rancangan Evaluasi Kebijakan

Dalam melakukan analisis kebijakan perlu dipertimbangkan beberapa hal ini yaitu terkait isi (content), konteks, dan juga proses advokasi yang termasuk dalam segitiga kebijakan kesehatan (Buse, K., 2007). Dalam menilai proses kebijakan maka perlu alat untuk mengevaluasi hasil intervensi advokasi yang telah dilakukan. Menurut Sharma, Ritu R (2004) alat ukur atau indicator untuk menilai evaluasi kebijakan terdiri dari 6 area yang dinilai untuk melihat sudah sejauh mana proses advokasi telah berhasil, penggunaan kuesioner ini dilakukan setiap 6 -12 bulan dalam melihat kemajuan dan meningkatkan aktifitas, yaitu diantaranya adalah 1) tujuan advokasi, (kelancaran, hambatan, hal-hal yg dapat dikerjakan untuk mencapai tujuan, evaluasi ketercapaian tujuan apakah ada yang akan dirubah, seberapa jauh perubahan kebijakan mencerminkan tujuan, apakah pengaruh perubahan kebijakan tersebut sudah sesuai yang kita harapkan atau yg kita maksudkan); 2) penyampaian/komunikasi pesan (pesan apakah sudah sampai pada sasaran kunci, apakah ada tanggapan positif dari sasaran advokasi, apakah ada yang tidak berhasil, kenapa, apakah ada bantuan media dalam penyampaian pesan tersebut, apakah membantu dalam tersampainya pesan); 3) penggunaan data dan penelitian (dalam mendukung

keberhasilan proses advokasi), 4) pembentukan koalisi (bagaimana koalisi kita dalam mendapatkan perhatian dalam membangun dukungan untuk mencapai tujuan advokasi), 5) pengaruh pada proses pembuatan keputusan, 6) keseluruhan persoalan manajemen/organisasi (apakah usaha advokasi kita secara financial dapat berjalan, bagaimana mengumpulkan sumber dana tambahan, system pembukuan apakah sudah layak, sumber dana dapat digunakan secara efisien, logistic bagaimana?, pengelolaan waktu dalam mencapai tujuan)

3. Indikator Keberhasilan Program Promosi Kesehatan

Menurut Linnan & Steckler (2002) Citty Bartholomew (2006) kunci proses Evaluasi meliputi : a) *Context* : seberapa luas efek dari pelaksanaan program terhadap lingkungan sosial b) *Reach* : proporsi masyarakat yang datang pada saat pelaksanaan kegiatan, c) *Dose delivered* : sejumlah materi yang disampaikan d) *Dose received* : besarnya partisipasi masyarakat terhadap program, e) *Fidelity* : seberapa besar program diadopsi masyarakat, f) *Implementation* : skor untuk seluruh pelaksanaan program dan diterima, g) *Recruitment* : mendeskripsikan pendekatan yang biasa digunakan untuk menarik partisipan. Dalam membuat indikator keberhasilan program promosi kesehatan harus disesuaikan dengan tujuan dan sasaran program.

Lebih jauh lagi, Green dan Kreuter (1991) menjelaskan cara menyusun indikator keberhasilan program promosi kesehatan yang terdiri dari lima cara yaitu : *Arbitrary Standards, Scientific Standards, Historical Standards, Normative Standards dan Compromise Standards*. Berikut ini penjelasan dari masing-masing cara tersebut.

a. *Arbitrary standard*

Standard merupakan keputusan oleh policy makers atau stakeholder atau bahkan ditetapkan sendiri oleh administrator sendiri. Namun kelemahannya standard yang telah ditetapkan tidak memiliki dasar yang jelas.

b. *Scientific standard*

Untuk cara ini standard ditetapkan memiliki dasar yang kuat bahkan ilmiah. Standard yang telah ditetapkan merujuk kepada hasil evaluasi atau riset ilmiah pada publikasi terakhir. Tentunya publikasi yang dipilih memiliki topik dan konteks yang sesuai. Namun cara ini juga tidak luput dari kelemahan. Standard ini tidak mampu diaplikasikan pada setiap program karena teori yang dihasilkan tentu tidak akan bebas dari nilai. Efficacy (kemanjuran) belum tentu efektif dilapangan.

c. *Historical standard*

Cara ini dalam menentukan standard atau indikator melihat ketercapaian atau performance dari program bersangkutan pada periode sebelumnya. Atau bahkan melihat tren performance program bersangkutan jika telah berlangsung dalam periode yang lama. Namun indikator yang ditetapkan dengan cara ini hanya diperuntukkan pada variabel yang mudah diukur atau secara rutin diukur, seperti kecepatan keahiran, kecepatan kematian atau angka kunjungan puskesmas.

d. *Normative standard*

Cara ini hampir sama dengan cara penetapan historical standards. Namun standard tidak ditetapkan dari program sebelumnya, tetapi standard ditetapkan dari

program serupa yang memiliki objective pada setting komunitas, organisasi atau populasi yang sama.

e. *Compromise standard*

Penetapan standard melalui cara ini memperkuat cara pertama yaitu arbitrary standard. Cara ini menetapkan standard atau indikator berdasarkan konsensus dari administrator, praktisi, atau peneliti berpengalaman. Atau standar berasal dari standard yang telah ditetapkan oleh organisasi profesional, seperti WHO, CDC.

4. Instrumen dalam Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Instrumen yang digunakan dalam evaluasi program promosi kesehatan tergantung pada metode yang digunakan dalam melakukan evaluasi. Menurut Thorogood&Coombes (2000) Instrumen untuk metode kuantitatif berupa kuesioner terstruktur, ceklis dan metode kualitatif instrumennya adalah peneliti sendiri dengan pendukung panduan interview, panduan FGD. Misalnya pada kasus evaluasi promosi di sekolah dengan mix method evaluation, instrumen pengumpulan data berupa kuesioner untuk siswa, kuesioner untuk guru, kuesioner untuk keluarga siswa, kuesioner untuk komunitas sekolah, Form data untuk konteks sekolah, semi directed interview (Pommier, Guevei, Jourdan, 2010)

Sementara itu, menurut Dignan dan Carr (1992) terdapat tiga metode untuk mengumpulkan data, yaitu observasi langsung, *self-report*, dan *role playing*. Menurut Heynes (1978); Cone dan Hawkins (1977); Hersen dan Bellack (1976); Nelson dan Hayes (1979), cit. Dignan dan Carr (1992) bahwa terdapat metode lain yang mungkin,

yaitu *record* atau *data base information*, seperti rekam medis; *statements of intended behavior*; dan perbandingan dengan kelompok sebaya, kelompok sosial dan anggota keluarga. Kurang lebih dengan apa yang ditulis oleh Bartholomew et.al (2006), terdapat beragam metode pengumpulan data seperti interview dan observasi etnografik, teknik *critical incident*, key informan interview atau survey baik melalui surat, telpon, internet, dan lainnya. Data kelompok juga dapat dilakukan dengan beragam metode seperti teknik delpi, *community forum*, NGT, dan lainnya.

Hal serupa juga disampaikan oleh Simon-Morton et.al (1995), bahwa ada setidaknya enam metode pengumpulan data yaitu wawancara perorangan, wawancara telpon, kuesioner melalui surat, data statistik yang ada (sekunder), metode khusus dan pertemuan. Metode khusus meliputi observasi dan investigasi lapangan yang sistematis, penelitian aksi (*research action approach*), dan teknik antropologi.

Semua metode pengukuran memiliki kekurangan dan kelebihan, dan pemilihannya tergantung pada dana, staf, ketersediaan data skunder, populasi dan lainnya. Selain itu sarat valid, reliable, komperhensif, sensitif, kewajaran, (Hawe, 1990), memenuhi sampel, komunikasi (Dignan dan Carr, 1992).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun instrumen agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan antara lain : alat ukur yang kita gunakan dalam rancangan evaluasi tergantung dari desain instrument tersebut dan tehnik yang digunakan untuk menjawab tujuan yang telah

ditentukan di awal program, dan yang terpenting adalah sasaran dari program tersebut apakah telah sesuai dengan apa yang ingin dicapai, sehingga dalam mengukur tingkat keberhasilannya tersebut dapat dengan mudah menjawab hasil akhirnya dikarenakan tujuan dan juga sasarannya telah tercapai (Oppenheim 1992). Kemudian, menurut Hawe, (1990) menyatakan bahwa karakteristik **instrumen yang baik adalah harus valid dan reliabel**, serta memiliki sensitivitas, reliabilitas, memiliki skoring serta lengkap. Sedangkan menurut Dignan&Carr, (1992), menyatakan bahwa dalam instrument itu memiliki karakteristik ada samplingnya, harus valid dan juga reliabilitas, serta komunikasi dengan masyarakat.

Selanjutnya, Frazer&Lawley.,(2000) mengemukakan pertimbangan yang harus diperhatikan dalam pemilihan instrument, selain melihat tujuan dan sasaran yang paling penting dilihat adalah : biaya, kecepatan dalam proses koleksi data, kemungkinan dalam pencapaian segmentasi yg dituju, berapa halaman kuesioner yg kita buat (tergantung sasaran dan metode), kompleksitas kuesioner, dan apakah kuesioner memerlukan viewer dari ahlinya).

5. Integrasi Penelitian **Epidemiologi dan Penelitian Sosial dalam Evaluasi Program Promosi Kesehatan**

Dalam **program** promosi kesehatan **rancangan evaluasi** sangat penting dilakukan karena dengan rancangan evaluasi yang baik maka ahli promosi kesehatan dapat melakukan pengukuran yang bersifat spesifik dan sistematis dalam mencapai *outcome* sesuai tujuan program. Dalam melakukan proses evaluasi tersebut pengintegrasian

penelitian epidemiologi dan sosial sangat berpengaruh terhadap hasil dari evaluasi yang akan kita lakukan. Menurut Clayton, David and Michel Hills (1993) evaluasi promosi kesehatan berdasarkan epidemiologi adalah bagaimana mengukur perilaku kesehatan yang berfokus untuk menilai perilaku kesehatan yang ada dimasyarakat, dengan alat ukur atau instrument yang dipakai sebagai alat untuk mengevaluasi intervensi yang sudah dilakukan maka perlu dilakukan uji secara validitas dan reliabilitas yg bertujuan menentukan apakah data dari instrument tersebut valid dan juga reliabel.

Sementara, penelitian Epidemiologi membahas distribusi dan determinan suatu penyakit. Yang hal ini digunakan sebagai dasar dalam kegiatan promosi kesehatan. Sedangkan Penelitian sosial adalah **penyelidikan-penyeldikan yang diancang untuk menambah khazanah ilmu pengetahuan sosial, gejala sosial, atau praktik-praktik sosial. Istilah sosial ini menunjuk pada hubungan-hubungan antara, dan di antara, orang-orang, kelompok-kelompok seperti keluarga, institusi (sekolah, komunitas, organisasi, dan sebagainya), dan lingkungan yang lebih besar.**

Lebih jauh lagi, penelitian Epidemiologi membahas distribusi dan determinan suatu penyakit. Yang hal ini digunakan sebagai dasar dalam kegiatan promosi kesehatan. Sedangkan Penelitian sosial adalah **penyelidikan-penyeldikan yang diancang untuk menambah khazanah ilmu pengetahuan sosial, gejala sosial, atau praktik-praktik sosial. Istilah sosial ini menunjuk pada hubungan-hubungan antara, dan di antara, orang-orang, kelompok-**

kelompok seperti keluarga, institusi (sekolah, komunitas, organisasi, dan sebagainya), dan lingkungan yang lebih besar. Dalam kegiatan promosi kesehatan juga melibatkan masyarakat sebagai sasaran dan perlu diketahui bagaimana karakteristik masyarakat. Jadi dalam evaluasi promosi kesehatan, rancangan penelitian epidemiologi membantu dalam penyiapan data awal untuk kegiatan promosi kesehatan misalnya determinan penyakit CVD kemudian penelitian sosial membantu dalam hal pengkajian masyarakat misalnya memahami budaya masyarakat. Sehingga kedua rancangan tersebut sangat berperan dalam kegiatan promosi kesehatan.

Rancangan evaluasi berdasarkan epidemiologi dan penelitian sosial diperkenalkan oleh Green dan Kreuter (1991) dalam konsep Precede dan Procede Model. Kedua rancangan evaluasi tersebut merupakan bentuk evaluasi outcome. Rancangan penelitian epidemiologi adalah rancangan evaluasi yang mengukur dan menggambarkan indikator epidemiologi yang menggambarkan perubahan pada kondisi kesehatan sasaran. Indikator yang biasanya diukur yaitu kematian, kesakitan, kecacaran, ketidaknyamanan.

Selanjutnya, menurut M. Nasir (1999), evaluasi program promosi kesehatan berdasarkan penelitian sosial adalah sebagai suatu proses yang terus menerus, kritis, terorganisasi untuk mengadakan analisis dan memberikan interpretasi terhadap fenomena sosial yang memiliki hubungan yang saling terkait. Dalam kegiatan promosi kesehatan juga melibatkan masyarakat sebagai sasaran dan perlu diketahui bagaimana karakteristik masyarakat.

Sedangkan rancangan penelitian sosial yaitu rancangan evaluasi yang mengukur faktor-faktor yang menggambarkan secara keseluruhan kualitas hidup sasaran (*quality of life*). Indikator yang biasa diukur seperti kelaparan, tingkat pengangguran, angka tunawisma, angka ketergantungan usia non-produktif.

Jadi dalam evaluasi promosi kesehatan, rancangan penelitian epidemiologi membantu dalam penyiapan data awal untuk kegiatan promosi kesehatan misalnya determinan penyakit CVD kemudian penelitian sosial membantu dalam hal pengkajian masyarakat misalnya memahami budaya masyarakat. Sehingga kedua rancangan tersebut sangat berperan dalam kegiatan promosi kesehatan. Metode antara pengintegrasian penelitian epidemiologi dan sosial hampir sama yaitu dapat menggunakan metode kuantitatif maupun kualitatif atau *mix method* (kuantitatif dan kualitatif secara bersamaan), perbedaannya untuk penelitian sosial terletak pada proses evaluasinya yang dilakukan kontinyu dan lebih melihat fenomena sosial yang terjadi.

Ada 4 hal mendasar dalam mengintegrasikan kombinasi metode evaluasi dalam program promosi kesehatan oleh steckler *et al.* (1992) *cit* Thorogood&Coombes (2003), yaitu : 1) metode kualitatif digunakan untuk pengembangan alat ukur kuantitatif : contoh FGD digunakan dalam rangka pengembangan pembuatan item kuesioner; 2) metode kualitatif digunakan untuk membantu memperjelas hasil akhir dari data kuantitatif, misalnya : interview dilakukan untuk memperjelas mengapa pengetahuan disuatu populasi rendah

tentang manfaat ASI eksklusif (hasil data kuantitatif); 3) metode kuantitatif dapat digunakan untuk membantu menjelaskan hasil akhir dari data kualitatif; 4) Metode kuantitatif dan kualitatif dapat digunakan bersama-sama untuk cross- validasi dan triangulasi data, contoh : sebelum dan sesudah percobaan pada intervensi berhenti merokok dibandingkan dengan *recording of advice given*, dan wawancara mendalam dengan klien pre dan post intervensi.

C. ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL PENGUKURAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

1. Analisa Data Kuantitatif

Dalam program promosi kesehatan proses evaluasi sangat penting dilakukan guna mengetahui dan mengukur tingkat keberhasilan proses implementasi yang telah dilakukan, adapun proses evaluasi dapat dilakukan menggunakan analisa kuantitatif. Data kuantitatif merupakan informasi yang dapat dihitung, atau diukur secara numeric, berkisar pada pengukuran, untuk mendapatkan informasi perlu dilakukan analisis secara statistic, dan interpretasi datanya dapat dapat dipresentasikan secara visual baik lewat table, grafik, dan gambar (creswell, 2003).

Langkah-langkah analisa dalam analisis data kuantitatif adalah coding, enterung, cleaning, dan analiyzing. Analisis data bersumber dari jenis skala data dan ini akan menentukan uji apa yang akan dipakai untuk menganalisis data kuantitatif tersebut yaitu apakah skala pengukurannya bersifat nominal, ordinal, interval ataupun rasio. Untuk penyajian data kuantitatif dapat bersifat deskriptif atau

analisis inferensi (korelasi) : membuktikan hipotesa. Sedangkan analisa deskriptif : menggambarkan saja atau analisis data pada suatu kelompok untuk menjelaskan atau menarik kesimpulan mengenai kelompok itu saja.

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan untuk memilih analisa penelitian kuantitatif adalah, menurut Dignan& Carr (1995) pemilihan desain evaluasi kuantitatif pada proses evaluasi program promosi kesehatan memerlukan seseorang yang benar-benar ahli dan memahami bagaimana desain evaluasi tersebut akan digunakan dan hasilnya dapat menjawab tujuan awal yang akan dicapai. Ada 2 perspektif dasar dalam menentukan evaluasi kuantitatif : 1) evaluasi untuk melihat perubahan sasaran dari waktu ke waktu 2) evaluasi untuk melihat perubahan sasaran setelah diberikan intervensi.

Analisa data kuantitatif digunakan ketika hasil evaluasi akan dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan mengenai alokasi sumber daya dan pendanaan, tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada organisasi atau pada klien dari waktu ke waktu atau yang lebih cepat adalah perubahan yang terjadi pada organisasi atau klien yang terlihat setelah paparan program.

a) Design evaluasi untuk mengetahui perubahan sebelum dan setelah paparan program

- Nonequivalent Control Group, Pretest-Post-test (Quasi Experimental research design)

Langkah-langkahnya : a)mengidentifikasi sasaran yang akan menerima program untuk dievaluasi, b)mengidentifikasi sasaran yang tidak diberi program tetapi memiliki karakteristik sama,

c)mengumpulkan informasi dari 2 grup sebanyak mungkin tentang perbedaan keduanya, d)melakukan pretest pengetahuan, sikap dan perilaku pada kedua grup, e)melakukan intervensi pada satu grup dan yang lain tidak diberi intervensi, f)melakukan post-test pada kedua grup.

Pada metode kuasi eksperimen kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak dilakukan randomisasi sedangkan pada true eksperimen ada randomisasi pada kedua grup.Dengan mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya pada kedua kelompok (langkah 3) maka masalah randomisasi dapat terjawab.

- Pretest-Post –test Only
Pada metode Pretest-post- test only tidak menggunakan kelompok kontrol, kelompok intervensi diberikan pretest sebelum ada paparan program dan dilakukan post-test setelah paparan program. Pendekatan evaluasi ini lemah, sebaiknya tidak digunakan kecuali tidak ada alternative lain. Tanpa adanya kelompok kontrol, tidak ada standar untuk mengukur perubahan yang terjadi.
- Post-test Only
Pada metode Post-test Only, kondisi kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianggap sama. Kekurangan pada metode ini adalah tidak adanya informasi perbedaan dari kedua kelompok sebelum paparan program. Jika dilakukan randomisasi (pemilihan acak) maka design akan powerful.

b) Design evaluasi untuk mengetahui perubahan melalui waktu

Perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu dapat dinilai dengan time series design. Design ini mengevaluasi program dengan mengukur perubahan kriteria dari waktu ke waktu. Terdapat 5 langkah yaitu :a)Memilih kriteria evaluasi yang dapat digunakan berulang, b)memutuskan kepada siapa kriteria evaluasi akan dilakukan, c)mengumpulkan minimal 3 pengukuran dari 3 kriteria evaluasi sebelum program diinisiasi. Memastikan data yang terkumpul dalam bentuk interval dan avalabel pada masa mendatang, d)memastikan program terlaksana, e) mengumpulkan pengukuran kriteria evaluasi pada interval normal setelah program terlaksana. Fokus pengumpulan data pada design ini adalah a)apakah pelaksanaan program sesuai dengan rencana, b) perubahan pada kriteria evaluasi serta bagaimana data dikumpulkan (Dignan & Carr, 1992). Sementara pertimbangan dalam memilih analisa kuantitatif bergantung dari tujuan penelitian, skala data, normalitas data dan jumlah sampel. Hal ini diperjelas lebih jauh oleh Budiarto (2002) dimana analisa data kuantitaif dapat dilakukan melalui uji statistik. Uji ini dibagi menjadi 2 yaitu :

- a) Statistkc parametrik adalah suatu metode uji statistik yang berhubungan dengan data : data yang bersifat kontinyu, selain itu datanya terdistribusi normal, dan juga sampelnya besar ($n \geq 30$). Dalam menentukan uji apa yang digunakan dalam uji parametrik dapat digunakan beberapa uji yaitu bisa

melakukan *uji t independent, uji t berpasangan, uji Chi square / Yate's correction, uji Mc Nemar, uji ANOVA (analysis of Variance), uji Korelasi Pearson, dan uji Regresi linear.*

- b) Statistik Nonparametrik : Suatu metode uji statistik yang berhubungan dengan : data yang bersifat nominal dan juga ordinal, selain itu datanya tidak terdistribusi normal, dan juga sampelnya kecil ($n \leq 30$). Uji non parametrik dapat menggunakan beberapa uji yaitu bisa melakukan : uji Mann Whitney U, uji Wilcoxon, uji Fisher Exact, uji Korelasi Spearman, dan juga uji Kruskal-Wallis. Kemudian data disajikan dalam bentuk Tekstular, Semi tabular, Tabular, Grafik (keseluruhannya disajikan dalam angka-angka yang telah dianalisis).

2. Analisis Data Kualitatif

Analisa kualitatif dilakukan berdasarkan kebutuhan untuk menggali dampak dari program. Tujuannya adalah mengembangkan pemahaman proses ketika program diterima oleh sasaran, dampaknya dan perubahan yang terjadi setelah paparan program.

Analisa ini ditujukan untuk mengetahui tanggapan sasaran terhadap program. Metode yang dapat digunakan tergantung situasi. Misalnya a)interview dengan individu yang telah terpapar program, b)observasi aktivitas program, c)observasi partisipan: untuk mengetahui pandangan peserta terhadap program.

Pertanyaan yang terkait dengan goal dan objektif adalah mencoba menggali bagaimana dan mengapa (Dignan & Carr, 1992)

Menurut Patton (1990), Polit & Hunger (1997) Citt Utarini, Rancangan penelitian kualitatif dikenal dengan istilah tradisi penelitian. Tradisi penelitian terkait dengan asal disiplin ilmu tempat berkembangnya tradisi tersebut.

Tabel 5.1. Tradisi (Rancangan Penelitian) Penelitian Kualitatif

Disiplin	Tradisi	Fokus
Antropologi	Etnografi	Budaya. Studi etnografi berusaha mengungkap “apa budaya dari kelompok masyarakat? Cara pengumpulan data : observasi partisipasi dengan konsekuensi kerja lapangan yang intensif. Interpretasi dan analisa budaya disajikan menurut perspektif budaya
Psikologi/Filosofi	Fenomenologi	Fokus : pengalaman nyata. Pertanyaan yang ingin dijawab : bagaimana pengalaman orang lain dan apa maknanya bagi mereka. Fenomena yang diamati berupa emosi, hubungan, perkawinan, pekerjaan
Sosiologi	Grounded theory	Merupakan strategi induktif untuk menyusun dan mengkonfirmasi teori

		yang berasal dari data empirik
	Symbolic interactionism	Kata kunci : interaksi. Bagaimana cara orang menterjemahkandan menginterpretasi interaksi sosial? Asumsi yang mendasarinya adalah seseorang menciptaka nmakna melalui interaksi mereka dengan orang lain. Makna tersebut menjadi fakta dan realitas

Selanjutnya dibahas sedikit tentang Rapid Assessment Procedures (RAP). RAP merupakan bentuk penelitian kualitatif terapan yang dikembangkan oleh para antropolog kesehatan untuk memperoleh informasi yang terfokus, tepat waktu dan dapat dipercaya hasilnya. Ciri utama RAP (Utarini at al, 1999) : a)fokus masalah kesehatan atau sosial yang terarah (terbatas), b)Sampel informan kunci dan responden jumlahnya relatif kecil, c) periode pengumpulan data relatif singkat, d)pedoman pengumpulan data yang mengarahkan penelitian pada fokus yang terbatas, d)pengumpulan data dengan berbagai metode.

Adapun jenis-jenis analisis kualitatif yaitu : 1) **Biografi** adalah studi tentang individu dan pengalamannya yang dituliskan kembali dengan mengumpulkan dokumen dan arsip-arsip; 2) **Fenomenologi** mencoba menjelaskan atau

mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada beberapa individu; 3) **Grounded Theory** adalah suatu studi pendekatan menekankan arti dari suatu pengalaman untuk sejumlah individu untuk menghasilkan atau menemukan suatu teori yang berhubungan dengan situasi tertentu; 4) **Etnografi** adalah uraian dan penafsiran suatu budaya atau sistem kelompok sosial. Peneliti menguji kelompok tersebut dan mempelajari pola perilaku, kebiasaan, dan cara hidup; 5) **Studi Kasus** adalah studi yang mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam, dan menyertakan berbagai sumber informasi (Miles dan Huberman (1994) .

Menurut Creswell (2003), ada 6 langkah dalam melakukan analisa data kualitatif yaitu : 1) : Menyiapkan dan mengorganisasi data; 2) membaca seluruh data; 3) : mulai analisis secara detail dengan proses koding; 4) menggunakan data hasil koding untuk mendeskripsikan secara umum lokasi penelitian dan informan yang terlibat begitu juga hasil kategori dan tema; 5) menyajikan deskripsi secara komprehensif dari tema-tema yang ada sehingga dapat mewakili narasi kualitatif; 6) : langkah terakhir analisis data yaitu membuat interpretasi dan memaknai setiap data yang ada.

Kemudian terkait dengan penyajian data, menurut Utarini (2010) ada 4 kriteria penyajian data kualitatif yaitu : 1) penyajian kuotasi, yaitu untuk menjelaskan tema/temuan? apakah dapat diidentifikasi kuotasi berasal dari informan mana (dengan no. responden) ; 2) konsistensi data temuan, apakah penyajian data konsisten dengan temuan?;

3) Kejelasan tema utama, apakah tema utama dideskripsikan dengan jelas; 4) Kejelasan tema tambahan, apakah dijelaskan kasus-kasus khusus atau dibahas tema lainnya. Penyajian data kualitatif dapat berbentuk kuotasi langsung, diagram pohon, bentuk table, skema coding, flow-chart, matriks, narasi, dan metafora

- a. *Kuotasi* atau menyajikan data sesuai dengan pernyataan asli responden (paling banyak digunakan)
- b. *Metafora* merupakan salah satu alternative yg berguna untuk memikirkan, menganalisis dan menginterpretasi data kualitatif, yg disusun melalui proses perbandingan atau analogi.
- c. *Tabel* : sama persis seperti di kuantitatif perbedaannya terletak pada isi tabel, kualitatif tidak menyajikan angka-angka seperti di kuantitatif.
- d. *Grafik* : Seperti halnya dalam penyajian data kuantitatif, grafik dapat pula digunakan untuk menyajikan data kualitatif. Berbagai jenis grafik yang dapat digunakan antara lain diagram alur (flow-chart), denah hasil observasi, grafik yang menunjukkan model kerangka konsep, diagram Venn, grafik yang menunjukkan kode dan kategorinya.

Struktur penyajian hasil sebaiknya memisahkan bab hasil dengan pembahasan (terutama bila digunakan mix method), apakah dapat dilacak hasil tersebut diperoleh dari cara pengumpulan data yang mana?, apakah penyajian hasil diorganisir menurut responden atau cara pengumpulan data?apabila iya, kemungkinan proses analisis belum selesai (Utarini, 2010). Menurut Rossman and Rallis (1998) cit creswell (2003), hal. 181, hal-hal yang perlu dipertimbangkan

dalam memilih analisa penelitian kualitatif pada evaluasi program promosi kesehatan karena :

- 1) Analisa kualitatif berfokus pada penggalian informasi yang sedalam-dalamnya pada individu sehingga memungkinkan untuk peneliti untuk dapat mengembangkan setiap detail dari sasaran baik itu individu maupun tempat yg diteliti sehingga keterlibatan dari sasaran menjadi lebih tinggi dalam hal ini menggali informasi tentang pengalaman nyata para sasarannya.
- 2) Penelitian kualitatif menggunakan multiple metode yang interaktif dan humanistic. Metode dalam mengumpulkan data lebih berkembang, dan meningkatkan keterlibatan partisipan dalam penelitian selain itu peneliti juga dapat melibatkan partisipan pada saat koleksi data melalui observasi terbuka (open-ended), interview dan dokumen, dapat juga lewat rekaman, email, buku catatan, dapat juga lewat gambar-gambar dan tulisan-tulisan.
- 3) Kualitatif dapat menggambarkan phenomena social secara holistic
- 4) Dapat digunakan pada kasus2 sensitif dimana tidak dapat ditemukan pada penelitian kualitatif
- 5) Penelitian kualitatif menggunakan satu atau lebih strategi sebagai panduan dalam melakukan prosedur penelitian kualitatif.

Menurut Utarini (2010), ada 5 kriteria dalam melakukan analisa kualitatif yaitu : 1) jumlah pengkoding (berapa orang yang mengkoding); 2) deskripsi koding tree (apakah penulis mendeskripsikan koding tree) ; 3) Tema,

apakah tema telah ditetapkan sebelumnya atukah dihasilkan dari data; 4) Software , apakah digunakan software untuk mengelola data ; 5) Cek oleh informan, apakah infoman memberikan umpan balik terhadap temuan ini.

3. Interpretasi Hasil Analisa Qualitative dan Quantitative

Hal penting yang dipertimbangan dalam mengevaluasi sebuah program promosi kesehatan adalah kepentingan stakeholder. Bahkan sebuah laporan hasil evaluasi juga disusun dengan kepentingan stakeholder. Begitupula yang dilakukan dengan Interpretasi hasil evaluasi. Interpretasi dilakukan sebagai upaya menunjang penyusunan laporan hasil evaluasi. Sehingga harapan utama adalah stakeholder betul-betul memahami sejauh mana program yang telah dilakukan berhasil dilakukan. Karena evaluasi dilakukan secara ilmiah dengan bahasa ilmiah yang belum tentu dipahami oleh semua orang. Pendek kata, interpretasi dilakukan untuk mengekspresikan hasil temuan evaluasi dengan bahasa yang standar digunakan.

Interpretasi data kualitatif bergantung dari peneliti. Artinya dalam penelitian kualitatif subyektivitas menjadi sumber kekuatan untuk meningkatkan validitas data yang dikumpulkan. Kualitas data kualitatif tergantung pada kualitas peneliti (manusia) sebagai instrumen penelitian. Kemudian ketrampilan metodologis, sensitivitas dan integritas peneliti. Peneliti harus bersifat netral. Sementara itu, Interpretasi data kuantitatif dilakukan berdasarkan perhitungan menggunakan statistik dimana Sifatnya rigid atau tidak bisa diubah.

4. Menyusun Laporan Hasil Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Laporan evaluasi pada umumnya digunakan untuk melaporkan hasil evaluasi program promosi kesehatan. Gaya laporan atau bentuk laporan evaluasi bisa berbeda-beda sesuai dengan pengguna laporan tersebut. Yang terpenting adalah laporan itu mudah dipahami stakeholder atau pengguna laporan sesuai dengan waktunya. Evaluasi proses atau formatif sangat penting untuk memberikan feedback berupa informasi yang dibutuhkan oleh stakeholder karena staf sedang melaksanakan program. Selanjutnya, secara khusus evaluasi sumatif atau outcome ditulis dan dipresentasikan pada akhir program. Dalam beberapa kasus, laporan program pada pertengahan tahun atau periode yang lain kadang diperlukan. Namun, pada umumnya evaluator atau manager program ikut melakukan evaluasi agar laporan sesuai dengan kebutuhan stakeholder. Berikut ini merupakan format dasar laporan evaluasi yang terdiri dari : a) Cover : minimal terdapat judul evaluasi, tanggal laporan selesai dibuat, dan penulis. Idealnya pembaca akan mengetahui fokus evaluasi dan mengenali waktu evaluasi pada sampul halaman. Evaluasi foto atau logo organisasi sering digunakan pada sampul halaman untuk menyampaikan topik evaluasi dan meningkatkan daya tarik. Kontak informasi juga perlu dicantumkan pada cover halaman; b) Eksekutif Summary berisi tentang tujuan, pendekatan, temuan atau rekomendasi. Eksekutif summary diperlukan untuk pembaca yang memiliki keterbatasan waktu tetapi perlu mengetahui secara cepat point utama; c) Pendahuluan & pertanyaan evaluasi : menyediakan informasi & latar belakang yang penting dari keseluruhan laporan. Pendahuluan menjelaskan alasan evaluasi dilakukan oleh siapa dan untuk siapa. Selanjutnya

pertanyaan spesifik dibuat dengan pernyataan yang jelas. Metode dan pendekatan evaluasi yang efektif berasal dari pertanyaan yang ingin dijawab dengan pertanyaan yang lengkap agar menghasilkan laporan evaluasi yang baik. Pada bagian ini juga dideskripsikan program intervensi yang sedang dievaluasi; d) Metodologi & Hasil,: pada bagian ini menjelaskan bagaimana evaluasi dilaksanakan. Secara khusus menjelaskan design evaluasi, sumber informasi yang digunakan, bagaimana mengumpulkan informasi dan menganalisis. Sebagai contoh pada bagian ini dideskripsikan bagaimana alat pengumpul data seperti survei atau pedoman indept interview, bagaimana responden dipilih dan teknik analisis data yang digunakan. Hasil evaluasi terdiri dari rangkuman dan presentasi dari hasil analisis informasi; e) Hasil penemuan & rekomendasi : bagian ini menjelaskan apa yang telah dipelajari selama evaluasi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah dibuat selama evaluasi. Selain itu, secara khusus pada bagian ini mendeskripsikan keterbatasan yang mungkin mempengaruhi hasil evaluasi serta rekomendasi aksi kedepan sesuai dengan temuan-temuan saat evaluasi. (Fertman & Allenswort, 2006)

5. Kaitan Evaluasi Dengan Perbaikan & Keberlangsungan Program Promosi Kesehatan

Tujuan dari evaluasi adalah mengetahui keberhasilan dari program promosi kesehatan yang telah dilaksanakan. Dalam kerangka evaluasi, seperti kerangka CDC dan RE-AIM, biasanya pada akhir evaluasi disarankan untuk menyusun rekomendasi. Rekomendasi inilah yang terkait dengan upaya menjaga keberlangsungan dampak intervensi. Rekomendasi bertujuan memperbaiki mutu dari program

selanjutnya, dengan saran-saran perbaikan dan saran-saran untuk tidak mengulang kesalahan. Evaluasi juga digunakan sebagai bahan untuk perbaikan program bila dalam hasil masih ada perbedaan dengan goal, evaluasi digunakan untuk mendapatkan umpan balik terhadap program, bahan pertimbangan untuk kelanjutan program.

Agar program sustainabel maka dalam evaluasi perlu dikaji :a) Apakah program promosi kesehatan secara jelas dan jujur dapat dimengerti oleh sasaran, b)Apakah pemahaman sasaran disebarluaskan ke yang lain, c)apakah pengetahuan diaplikasikan dalam aksi yang efektif untuk meningkatkan program (Fertman & allensworth, 2010).

Menurut Bartholomew, et.al (2006), sustainability atau keberlanjutan sebuah dampak dapat dilakukan dengan strategi institutionalization (melembagakan). Ada tiga cara yang dapat ditempuh. Pertama, menjaga dampak atau manfaat kesehatan dari sebuah program. Contohnya adalah keberhasilan eradikasi polio tidak perlu dijaga dengan terus melaksanakan program imunisasi. Keberlanjutan manfaat yang telah dicapai dapat dijaga dengan upaya surveilans yang ketat serta upaya follow up kasus suspect polio yang agresif dan cepat pula. Kedua, melembagakan program menjadi rutinitas organisasi. Upaya ini dapat dilakukan dengan memasukkan program sustainability ke dalam protokol dinas kesehatan. Atau bahkan membentuk struktur dan fungsi khusus penanganan polio dalam organisasi dinas kesehatan. Ketiga, memperkuat Capacity building dari komunitas sasaran. Upaya ini dapat dilakukan dengan memberdayakan agen masyarakat. Seperti melatih dan mendampingi kader kesehatan yang telah ada di masyarakat. Selanjutnya, untuk

menjaga sustainabilitas program promosi kesehatan yang perlu dilakukan pada tahap evaluasi adalah mencari atau menemukan aktifitas atau metode apa yang lebih efektif yang dapat digunakan guna keberhasilan dan keberlangsungan suatu program promosi kesehatan, kaitannya ada pada menemukan aktifitas yang lebih efektif sehingga dapat menjadi pembelajaran dan aktifitas/kegiatan tersebut dapat terus berlangsung walaupun program promosi kesehatan telah berakhir. Selain itu dalam mendukung sustainabilitas program maka keterlibatan stakeholder/Policy Maker harus dilibatkan dari awal program promosi kesehatan hingga proses evaluasi (Kemmm&Close, 1995). Contohnya dalam jurnal penelitian di Bandung dalam hal pengintegrasian Program pencegahan HIV/AIDS di sekolah menengah pertama, dengan pengintegrasian program promosi kesehatan disekolah pada kurikulum di Bandung adalah salah satu contoh keberlangsungan suatu program serta melibatkan seluruh lini yang dapat menciptakan keberhasilan program tersebut (Pohan MN, Dkk, 2011)

D. RANGKUMAN

1. Filosofi evaluasi promosi kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan secara terus-menerus selama proses berjalannya program promosi kesehatan dan menyatu pada sistem operasional dan manajemen Program evaluasi ingin mengetahui apakah program sudah terlaksana dan apakah program efektif.
2. Kerangka evaluasi program promosi kesehatan versi CDC (Center for Diseases Control and Prevention, 1999) terdiri dari 6 langkah yaitu *Engage stakeholder* (melibatkan)

stakeholder, mendeskripsikan program promosi kesehatan, fokus pada design evaluasi, mengumpulkan data yang kredibel, membuat kesimpulan dan memastikan kegunaan hasil evaluasi serta menyebarkan hasil evaluasi.

3. Kerangka evaluasi program promosi kesehatan versi REAIM adalah cara yang dilakukan dalam mengevaluasi intervensi promosi kesehatan yang meliputi 5 dimensi : *Reach* (capaian), *Effectiveness* (efektivitas), *Adoption*, *Implementation*, dan *Maintenance* (pemeliharaan). REAIM berfungsi untuk memperkirakan dampak kesehatan, membandingkan perbedaan kebijakan kesehatan, merancang kebijakan yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat, mengidentifikasi area kebijakan dengan strategi promosi kesehatan.
4. Rancangan evaluasi program promosi kesehatan dibuat berdasarkan strategi promosi kesehatan yang dipilih. Misalnya : a) strategi pendidikan untuk Pengetahuan Sikap Perilaku (PSP) evaluasinya dengan kuesioner, wawancara, diskusi, observasi, b)Strategi Kebijakan evaluasinya dengan indep interview, menilai pernyataan atau implementasi kebijakan, c)Strategi Lingkungan Fisik evaluasinya dengan mengukur perubahan tingkat polusi udara.
5. Indikator keberhasilan program promosi kesehatan harus disesuaikan dengan tujuan dan sasaran program. Indikator keberhasilan program promosi kesehatan yaitu a) *Context* : seberapa luas efek dari pelaksanaan program terhadap lingkungan sosial b) *Reach* : proporsi masyarakat yang datang pada saat pelaksanaan kegiatan, c) *Dose delivered* : sejumlah materi yang disampaikan d) *Dose received* : besarnya partisipasi masyarakat terhadap

program, e) *Fidelity* : seberapa besar program diadopsi masyarakat, f) *Implementation* : skor untuk seluruh pelaksanaan program dan diterima, g) *Recruitment* : mendeskripsikan pendekatan yang biasa digunakan untuk menarik partisipan.

6. Instrument yang digunakan dalam evaluasi program promosi kesehatan tergantung pada metode yang digunakan dalam melakukan evaluasi. Instrumen untuk metode kuantitatif berupa kuesioner terstruktur, ceklis dan metode kualitatif instrumennya adalah peneliti sendiri dengan pendukung panduan interview, panduan FGD
7. Mengintegrasikan rancangan penelitian sosial dan epidemiologi diperlukan dalam evaluasi program promosi kesehatan karena rancangan penelitian epidemiologi membantu dalam penyiapan data awal untuk kegiatan promosi kesehatan misalnya determinan suatu penyakit kemudian penelitian sosial membantu dalam hal pengkajian masyarakat misalnya memahami budaya masyarakat.
8. Analisa data kuantitatif dalam evaluasi program promosi kesehatan digunakan ketika hasil evaluasi akan dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan mengenai alokasi sumber daya dan pendanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada organisasi atau pada klien dari waktu ke waktu setelah paparan program. Design evaluasi antara lain : *Non equivalent Control Group, Pretest-Post-test (Quasi Experimental research design), Pretest-Post –test Only, Post-test Only dan time series design.*
9. Analisa kualitatif dalam evaluasi program promosi kesehatan dilakukan untuk menggali dampak dari program.

Analisa ini ditujukan untuk mengetahui tanggapan sasaran terhadap program. Metode yang dapat digunakan tergantung situasi. Misalnya a)interview dengan individu yang telah terpapar program, b)observasi aktivitas program, c)observasi partisipan untuk mengetahui pandangan peserta terhadap program.

10. Kaitan antara hasil evaluasi dengan perbaikan program promosi kesehatan adalah Evaluasi digunakan sebagai bahan untuk perbaikan progam bila dalam hasil masih ada perbedaan dengan goal, evaluasi digunakan untuk mendapatkan umpan balik terhadap program serta bahan pertimbangan untuk kelanjutan program.
11. Kaitan antara evaluasi program dengan keberlangsungan program promosi kesehatan adalah hasil evaluasi kita dapat mempertimbangkan apakah program layak untuk dilanjutkan lagi atau bahkan tidak perlu. Agar program sustainabel maka dalam evaluasi perlu dikaji : a) apakah program promosi kesehatan secara jelas dan jujur dapat dimengerti oleh sasaran; b) apakah pemahaman sasaran disebarluaskan ke yang lain; c) apakah pengetahuan diaplikasikan dalam aksi yang efektif untuk meningkatkan program.

E. PERTANYAAN PENUNTUN

1. Jelaskan filosofi dasar evaluasi dan tahapan evaluasi program promosi kesehatan?
2. Bagaimana merancang evaluasi program promosi kesehatan yang didasarkan metode ilmiah?
3. Jelaskan rancangan evaluasi program promosi kesehatan dan instrumennya?

4. Jelaskan beberapa indikator pengukuran dalam evaluasi proses program promosi kesehatan?
5. Jelaskan indikator keberhasilan program promosi kesehatan ?
6. Bagaimana hubungan antara evaluasi program promosi kesehatan dengan keberlangsungan program promosi kesehatan?

F. DAFTAR PUSTAKA

- Bartholomew, L.Kay et.al. 2006. *Planning Health Promotion Program. An Intervention Mapping Approach*. HB Printing, USA.
- Budiarto., Eko (2002). *Biostatistika*. Jakarta, Penerbit EGC
- Creswell., J.W. & Clark.,V.L.P.(2007). *Designning and Conducting Mixed Methods Research*, SAGE Publications, University Of Nebraska, Lincoln
- Creswell., J.W. (2003). *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Second Edition, University Of Nebraska, Lincoln
- Davies, Maggie and MacDowall, Wendy. 2006. *Health Promotion Theory. Understanding Public Health*. Open University Press. New York.
- Davies.,M & Macdowall., W.,(2006). *Health Promotion Theory*. Open University Press, USA
- Dignan, M.B.,& Carr, P.A.,(1992). *Program Planing For Health Education and Promotion*. USA
- Fertman dan Allenswort. 2010. *Health Promotion Programs. From Theory to Practise*. PB Printing. USA.
- Glanz et. al., 2008. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. United State of America. John Wiley & Sons.

- Kemm, J., & Close, A. (1995) *Health Promotion – theory and practice*. London: Macmillan
- Miles MB&Huberman AM (1994). *Qualitative data analysis, an expanded soircebook* (2nd) London, Sage Publication
- Pohan MN (2011). *Hiv-Aids prevention through a life-skills school based program in Bandung, west java, Indonesia: evidence of empowerment and partnership in education*, Available on line at www.sciencedirect.com
- Pommier, Guevel, Jourdan, 2010, **Evaluation of Health Promotion in Schools: A Realistic Evaluation ApproachUsing Mixed Methods**, BMC Public Health 10:43
- Pommier, Guevel, Jourdan, 2010, **Evaluation of Health Promotion in Schools: A Realistic Evaluation ApproachUsing Mixed Methods**, BMC Public Health 10:43
- Thorogood, Margaret, dan Combes, Yolande. 2003. *Evaluating Health Promotion. Practice and Methods*. Oxford University Press. New York.
- Utarini A. (2010). *Modul Penelitian Kualitatif*, Yogyakarta

BAB 6

PROGRAM PROMOSI KESEHATAN PADA BEBERAPA AREA

Tujuan Pembelajaran

Pada Akhir Bab VI, Pembaca diharapkan mampu :

1. Mendeskripsikan peran promosi kesehatan pada area sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat
2. Mengidentifikasi sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat.
3. Mengeksplorasi tantangan dan peluang promosi kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat.
4. Mendeskripsikan peluang karir promotor kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat.

A. PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH DAN PERGURUAN TINGGI

Sekolah dan Perguruan Tinggi merupakan tempat yang tepat dan efisien untuk menerapkan program promosi kesehatan. Promosi kesehatan dibutuhkan di sekolah dan perguruan tinggi bukan hanya karena besarnya jumlah pemuda pada area tersebut tetapi karena anak-anak, remaja dan pemuda menghadapi ancaman kesehatan yang serius. Ancaman itu meliputi asma, kelebihan berat badan, diabetes, kecelakaan, kekerasan,

kehamilan tidak diinginkan, penularan penyakit seksual, termasuk infeksi HIV. Promosi kesehatan pada area ini juga penting karena status kesehatan anak-anak, remaja dan pemuda berhubungan dengan sikap dan perilaku yang mereka bentuk pada masa peralihan dari anak-anak menuju remaja. Selanjutnya, promosi kesehatan di sekolah dan perguruan tinggi penting karena para remaja akhir atau pemuda ini membuat pilihan yang mempengaruhi keadaan kesehatan saat ini dan yang akan datang. Center for Disease Control and Prevention, 2009 mengidentifikasi enam perilaku berisiko yang menyebabkan kesakitan dan kematian pada remaja dan pemuda di Amerika yaitu :

- 1) penggunaan alkohol dan obat terlarang;
- 2) perilaku seksual yang menyebabkan HIV; penularan penyakit seksual dan kehamilan tidak diinginkan;
- 3) perilaku yang menyebabkan kecelakaan;
- 4) penggunaan tembakau;
- 5) kurang aktifitas fisik;
- 6) perilaku diet kurang serat.

Lebih jauh lagi, pelaksanaan program promosi kesehatan di sekolah sangat penting karena terdapat hubungan antara kualitas program kesehatan sekolah dengan peningkatan akademik.

Kesehatan dan peningkatan akademik merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Peningkatan akademik berhubungan dengan pengurangan kesenjangan kesehatan dan perilaku kesehatan yang berisiko. Kesuksesan akademik merupakan salah satu indikator terbesar yang ditentukan oleh status kesehatan pemuda. Secara nyata, masalah kesehatan seperti penyakit kronis, kekerasan fisik dan emosi atau kelaparan dapat meningkatkan angka absensi, ketidakmampuan dalam konsentrasi di kelas, rendahnya nilai tes, dan kegagalan akademik.

1) Peran Promosi Kesehatan di Sekolah dan Perguruan Tinggi

Pendekatan promosi kesehatan di sekolah dan Perguruan Tinggi secara jelas merefleksikan tanggung jawab lembaga tersebut. Saat ini, promosi kesehatan di sekolah terdiri dari 8 komponen yang terintegrasi pada program kesehatan sekolah (Center for Diseases Control and Prevention, 2008 cit Fertman & Allenswoth 2010). Berikut ini dieskripsi singkat setiap komponen :

- a. Pendidikan kesehatan : aturan kelas yang membahas tentang dimensi kesehatan fisik, mental, emosi dan sosial; peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan; dan disampaikan sesuai dengan perkembangan usia serta dirancang untuk memotivasi dan membantu siswa dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan dan mengurangi perilaku yang berisiko. Contoh : program pencegahan diabetes melitus, program advokasi kesehatan siswa/mahasiswa, program spesial week seperti gizi, asma, kesehatan gigi, dll.
- b. Pendidikan olahraga : program pendidikan olahraga yang telah dirancang untuk meningkatkan keberlangsungan aktivitas fisik dan dirancang untuk mengembangkan ketrampilan fisik dasar, olahraga dan fitnes sebagai usaha meningkatkan kesehatan mental, sosial dan emosi. Contoh : program senam bersama, klub zoging, klup sepeda, fitnes, dll.
- c. Pelayanan kesehatan : pelayanan untuk meningkatkan kesehatan siswa; mengidentifikasi dan mencegah masalah kesehatan dan kecelakaan; serta memastikan kesesuaian pelayanan preventif, penanganan kedaruratan atau penanganan kondisi akut atau kronis. Contoh : pelayanan

- kesehatan gigi, program imunisasi, usaha kesehatan sekolah bekerja sama dengan puskesmas setempat, dll
- d. Pelayanan gizi/nutrisi : pelayanan gizi yang terintegrasi, terjangkau, dan makanan yang menarik dan pendidikan gizi pada lingkungan yang mendukung kebiasaan makan sehat. Contoh : Program sarapan dan makan siang, program kantin sehat yang menyediakan menu sehat, mengurangi menu gorengan di dapur sekolah, pendekatan individu dan keluarga untuk program gizi, dll.
 - e. Pelayanan konseling, Psikologis, dan sosial : pelayanan yang mencegah dan mengatasi masalah, memfasilitasi pembelajaran yang positif dan perilaku sehat, meningkatkan pengembangan kesehatan melalui penyediaan tenaga asisten yang fokus pada kebutuhan kognitif, emosi, perilaku dan sosial pada siswa. Contoh : program konseling dengan siswa atau orangtua siswa, bekerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat untuk penanganan kasus khusus seperti kesehatan mental, kesehatan reproduksi, narkoba, HIV AIDS, meningkatkan perilaku positif di dalam kelas, dll.
 - f. Lingkungan sekolah yang sehat : sekolah yang dirancang dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan fisik serta adanya dukungan lingkungan yang dapat meningkatkan pembelajaran dan menciptakan iklim yang sehat (fisik, emosi dan sosial) di sekolah. Contoh : kebijakan sekolah yang mendukung perilaku sehat, seperti kewajiban olahraga bersama setiap seminggu sekali; bangunan yang aman, pelatihan P3K, perencanaan aksi yang mendukung suasana sekolah atau kampus yang sehat.

- g. Promosi kesehatan untuk staf : Evaluasi/penilaian, pendidikan, dan aktivitas olahraga untuk pegawai karena mereka juga berperan sebagai role model bagi siswa. Contoh : skrining kesehatan pada pelayanan kesehatan setempat, penilaian risiko kesehatan, buletin kesehatan, tempat kerja yang menerapkan program promosi kesehatan seperti konseling berhenti merokok, dll.
- h. Pelibatan keluarga dan masyarakat : Kerjasama antara sekolah, keluarga, kelompok masyarakat dan individu untuk memaksimalkan sumberdaya dan keahlian dalam peningkatan kesehatan anak, remaja dan anggota keluarga mereka. Contoh : program jalan sehat bersama masyarakat, senam bersama, pembuatan kesepakatan dengan organisasi kesehatan masyarakat untuk program olahraga, pelayanan kesehatan mental, dll.

Program kesehatan sekolah yang terintegrasi menekankan pada perlunya interaksi antara kedelapan aspek diatas karena hal ini dapat memaksimalkan kontribusi masing-masing komponen dalam kesehatan dan pembelajaran siswa. Program ini melibatkan keluarga dan dipengaruhi oleh kebutuhan masyarakat setempat. Selain itu program ini juga memerlukan team yang multidipliner dan akuntabel.

Tujuan program kesehatan sekolah terintegrasi adalah meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan kesehatan siswa (misalnya dalam pengambilan keputusan); meningkatkan perilaku sehat siswa (misalnya menggunakan perlengkapan keselamatan seperti sabuk pengaman); meningkatkan dampak kesehatan siswa (seperti menurunkan kecelakaan kendaraan motor); meningkatkan dampak

pendidikan (seperti jumlah kelulusan siswa atau mahasiswa); meningkatkan dampak sosial (seperti adanya lapangan pekerjaan)

Prinsip dasar dan komponen program promosi kesehatan sekolah juga dapat diaplikasikan untuk promosi kesehatan di kampus atau universitas atau perguruan tinggi. Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization) telah merekomendasikan program promosi kesehatan sekolah dan program promosi kesehatan universitas dengan tujuan jangka panjang yang hampir sama yaitu untuk meningkatkan kesehatan siswa atau mahasiswa, personil dan masyarakat yang lebih luas seperti integrasi kesehatan dalam budaya, struktur dan proses universitas. Sementara itu tujuan jangka pendek program ini adalah untuk meningkatkan kesehatan dan perencanaan keberlangsungan program serta pembuatan kebijakan melalui universitas; memastikan lingkungan kerja yang sehat; penyediaan lingkungan sosial yang sehat dan mendukung mahasiswa, staf dan masyarakat lokal; membangun dan meningkatkan pelayanan kesehatan primer, memfasilitasi pengembangan personal dan sosial diantara mahasiswa dan staf; memastikan keberlangsungan lingkungan fisik yang sehat; mendorong ketertarikan akademik pada promosi kesehatan (seperti promosi kesehatan di kelas) dan penelitian; menciptakan kerjasama dengan masyarakat untuk kesehatan. Elemen penting untuk memulai inisiasi promosi kesehatan di universitas meliputi : advokad/inisiator yang memulai dan mencari dana, memfasilitasi pembentukan dan pelaksanaan inisiasi, mengamankan pendanaan jangka panjang untuk inisiasi, pembentukan kepanitiaan dan melanjutkan jejaring melalui

koordinator dan panitia untuk membangun legitimasi, kepemilikan dan akuntabilitas untuk inisiasi dan inisiasi tersebut direspon secara dinamis sesuai konteks program tersebut dibangun.

2) Sumber Daya dan Alat

Beberapa sumber daya yang dibutuhkan untuk membantu perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan di sekolah atau di perguruan tinggi antara lain : adanya data hasil survei perilaku berisiko pada remaja dan pemuda misalnya tentang perilaku merokok, adanya data tentang profile kesehatan sekolah yang dapat dilakukan melalui survei; adanya profile tentang kebijakan sekolah atau perguruan tinggi terkait program kesehatan, adanya data indek kesehatan sekolah yang dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan insiatif dalam mengembangkan program kesehatan sekolah yang terintegrasi, adanya bukti ilmiah untuk membuat kurikulum sekolah atau kurikulum di perguruan tinggi terkait dengan program pendidikan kesehatan yang efektif, adanya standar nasional untuk pendidikan kesehatan yang menyediakan kurikulum pendidikan kesehatan, aturan dan evaluasi atau penilaian. Berikut ini contoh standar pendidikan kesehatan (Fertman & Allenswoth, 2010) : a) Siswa/mahasiswa akan memahami konsep promosi kesehatan dan pencegahan penyakit untuk meningkatkan kesehatan; b) siswa/mahasiswa akan menganalisa pengaruh keluarga, kelompok sebaya, budaya, media, teknologi dan faktor lain untuk meningkatkan kesehatan; c) Siswa/mahasiswa akan mendemonstrasikan kemampuan mengakses informasi yang valid, produk dan pelayanan yang dapat meningkatkan kesehatan; d)

Siswa/mahasiswa akan mendemonstrasikan ketrampilan komunikasi interpersonal untuk meningkatkan kesehatan dan menghindari atau mengurangi perilaku berisiko; e) Siswa/mahasiswa akan mempraktekkan kemampuan dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kesehatan; f) Siswa/mahasiswa akan mempraktekkan kemampuan menggunakan tujuan untuk meningkatkan kesehatan; g) Siswa/mahasiswa akan mendemonstrasikan praktek kesehatan-peningkatan perilaku untuk menghindari atau mengurangi risiko kesehatan; h) Siswa/mahasiswa akan mendemonstrasikan kemampuan mengadvokasi orang, keluarga dan masyarakat sehat.

3) Tantangan

Walaupun Keadaan ekonomi suatu negara atau wilayah akan memberikan iklim positif bagi pelaksanaan promosi kesehatan baik di sekolah ataupun di universitas. Namun demikian, ada beberapa tantangan bagi pelaku promosi yang perlu diperhatikan yaitu pemahaman budaya dan tujuan institusi sekolah atau perguruan tinggi/ universitas, memperoleh akses terhadap siswa atau mahasiswa, melakukan komunikasi dengan guru dan dan fakultas untuk memperoleh dukungan. Perlu dipahami oleh public health atau pemegang program promosi kesehatan bahwa tujuan jangka pimpinan sekolah atau universitas adalah pendidikan dan pembelajaran bukan kesehatan. Bahkan, pada sekolah atau perguruan tinggi saat ini, lebih menekankan pada peningkatan jumlah lulusan ujian nasional atau lulus dari perguruan tinggi. Dengan kata lain, institusi pendidikan lebih mengedepankan keberhasilan siswa atau mahasiswa dalam bidang akademik oleh karena sangat kecil

waktu yang dapat disisihkan untuk kurikulum baru atau program baru. Sehingga, pelaksana program promosi kesehatan yang bekerja di luar sekolah atau universitas dan ingin memperoleh dukungan institusi tersebut maka perlu merancang program intervensi promosi kesehatan yang berefek pada pendidikan dan sejalan dengan visi dan misi lembaga pendidikan tersebut.

Seorang pelaksana program promosi kesehatan di sekolah perlu memahami struktur organisasi sekolah sehingga dapat mempermudah kerjasama antara siswa dan guru, tentunya hal ini harus ada persetujuan dari kepala sekolah. Selanjutnya dapat melakukan komunikasi dengan koordinator usaha kesehatan sekolah atau bagian bimbingan konseling siswa. Disisi lain untuk dapat melakukan kegiatan promosi kesehatan di perguruan tinggi, perlu mendapat persetujuan dari kepala departemen atau dekan atau pengelola program studi. Kemudian, staf program promosi kesehatan perlu melakukan komunikasi dengan kepala asrama atau koordinator asrama untuk memperoleh ijin.

Komunikasi dengan staf kependidikan sebaiknya tidak menggunakan jargon promosi kesehatan karena pada umumnya ada perbedaan penggunaan bahasa. Sebagai contoh istilah *surveillance* yang berarti menilai kesakitan dan kematian, bila di sekolah atau perguruan tinggi berarti menggunakan camera untuk memonitor perilaku siswa atau mahasiswa. Selain itu, staf promosi kesehatan perlu menyiapkan indikator performance yang dapat dihubungkan dengan kurikulum sekolah atau universitas sehingga program promosi kesehatan dapat dimasukkan ke dalam kurikulum atau proses pembelajaran di sekolah atau perguruan tinggi.

Lebih jauh lagi, pelaksana program promosi kesehatan seharusnya dapat mengidentifikasi penelitian yang berbasis bukti dengan harapan menghasilkan outcome yang sangat baik.

Pada kenyataannya, pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi memiliki beberapa keterbatasan. Promosi kesehatan di kampus pada umumnya sangat minim sumber daya, selanjutnya strategi yang digunakan seringkali terbatas pada aktivitas penyadaran, penulisan informasi dan presentasi didaktif. Masih banyak diperlukan penelitian berbasis bukti dan pemahaman lebih mendalam tentang strategi yang efektif untuk peningkatan perubahan individu dan komunitas yang hal ini dibutuhkan untuk meningkatkan promosi kesehatan di sekolaha tau universitas. Selanjutnya, promosi kesehatan di intitusi tersebut seharusnya di komandoi oleh orang yang profesional artinya memiliki ketrampilan untuk menggali kebutuhan kesehatan, membuat perencanaan, implementasi dan mengevaluasi intervensi, bukan klinisi profesional yang bekerja di klinik perguruan tinggi.

4) Peluang Karir

Beberapa organisasi profesional yang dapat mendukung profesional kesehatan di sekolah antara lain pendidik kesehatan, perawat sekolah, dokter, guru olahraga, kenselor, psikolog, pekerja sosial, ahli gizi, dan profesi lain yang tertarik dalam promosi kesehatan dan pembelajaran pada anak-anak dan remaja. Para profesional kesehatan ini pada umumnya memiliki hubungan yang kuat dengan organisasi masyarakat dan mereka bekerja di departemen kesehatan atau dinas kesehatan atau lembaga masyarakat

lainnya. Namun bidang kerjanya bertujuan untuk meningkatkan kesehatan siswa atau mahasiswa di sekolah atau perguruan tinggi.

Ada kesempatan karir yang luas bagi profesional yang tertarik pada dalam meningkatkan kesehatan dan pembelajaran siswa di sekolah dan universitas. Individu yang tertarik menjadi pendidik harus memenuhi standar pemerintah dalam sertifikasi guru yaitu dengan menyelesaikan program pendidikan guru sekolah dasar, pendidik kesehatan atau guru olahraga. Kemudian profesi lain yang mempengaruhi kesehatan dan pembelajaran siswa dalam setting kurikulum sekolah meliputi : kepala sekolah, pengawas, direktur akademik/kurikulum, perawat sekolah, dokter sekolah, pelatih atlit, direktur pelayanan makanan sekolah/bagian gizi sekolah, ahli gizi, konselor sekolah, psikolog sekolah, pekerja sosial sekolah, dan pendidik kesehatan termasuk staf promosi kesehatan di sekolah. Komunitas pendidik kesehatan di Indonesia seperti perkumpulan profesi yaitu Perkumpulan Pendidik dan Promotor Kesehatan (PPPCKMI) yang kantor pusatnya di Jakarta. Sementara kalau di Amerika ada *American Cancer Society*. Organisasi masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan berbagai kegiatan seperti penelitian, pelatihan, workshop, dll.

Individu yang tertarik pada karir promotor kesehatan di universitas atau perguruan tinggi, mereka perlu memiliki gelar master atau doktoral. Seseorang yang tertarik mengajar pendidikan kesehatan pada umumnya bekerja di bagian akademik pada bagian pelayanan mahasiswa dan staf (seperti bagian sumber daya manusia). Selanjutnya, pendidik

kesehatan dapat bekerja di bagian pelayanan kesehatan siswa, departemen rekreasi kampus, fakultas pelayanan promosi kesehatan. Intinya, perguruan tinggi atau universitas menyediakan berbagai kesempatan karir yang berhubungan langsung dengan peningkatan kesehatan dan pembelajaran siswa.

B. PROMOSI KESEHATAN DI ORGANISASI PELAYANAN KESEHATAN

Organisasi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan yang berorientasi keuntungan ataupun tidak, pelayanan kesehatan milik pemerintah, pelayanan kesehatan masyarakat dan rumah sakit pendidikan serta klinik kesehatan swasta menyediakan layanan rutin dan darurat; agen pelayanan kesehatan dirumah (*home care*) didesign untuk mengurangi mahalnnya biaya pelayanan di rumah sakit; seperti organisasi pemeliharaan kesehatan oleh organisasi dokter dan layanan kesehatan yang disediakan oleh pihak-pihak tertentu misalnya dari lembaga swadaya masyarakat. Serta tempat pelayanan kesehatan primer, yang menjadi rujukan pertama ketika masyarakat mengalami gangguan dengan kesehatannya seperti puskesmas dan klinik kesehatan primer.

Menurut tradisi, organisasi pelayanan kesehatan telah berusaha memberikan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kasus akut, pelayanan/perawatan jangka panjang, rehabilitasi, pelayanan psikiatrik, dan rumah sakit telah menjadi sebuah sistem pusat pelayanan kesehatan (Johnson, 2000 cit Fertman & Alenswort, 2010). Namun demikian, untuk memberikan perubahan yang signifikan pada sistem pelayanan kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan lebih memberikan perhatian pada

program promosi kesehatan. Program ini merefleksikan kerjasama antara praktisi kedokteran dan kesehatan masyarakat. Kedua bidang ini bekerjasama dalam mengatasi masalah kesehatan yang telah terjadi dan mencari solusi kedepan sehingga menjadi suatu kebutuhan akan adanya dorongan dan dukungan struktur organisasi untuk meningkatkan rancangan, pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan di organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.

1. Peran Promosi Kesehatan pada Organisasi Pelayanan Kesehatan

Pada zaman dahulu, institusi pelayanan kesehatan berfokus pada pelayanan kuratif dan menyerahkan tanggung jawab promosi kesehatan pada sistem kesehatan masyarakat. Namun demikian, pada era tahun 1980-an dan 1990-an sistem pelayanan kesehatan menjadi lebih kompleks dan biaya pelayanan kesehatan meningkat tajam sehingga menuntut adanya perubahan dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit mulai berbenah dalam pelayanan kesehatan dan membuat terobosan program yang bersifat mandiri di masyarakat dan di rumah. Fokus pada Bagian keuangan untuk pelayanan kesehatan yang dapat mendorong pelaksanaan manajemen pelayanan kesehatan, dengan prinsip menekan pengeluaran dan efisiensi pelayanan. Banyak manfaat yang dapat dirasakan setelah itu namun masih ada perdebatan sampai sekarang dan satu hal yang perlu terus dilakukan adalah menyediakan pendidikan dan pelatihan ketrampilan, informasi untuk pasien dan keluarga, informasi untuk pegawai rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan dan masyarakat.

Sebagai contoh pada tahun 1980-an dan 1990-an advokasi secara individu dari pasien telah mempengaruhi

sistem pelayanan kesehatan. Mereka sangat menginginkan perubahan pada sistem pelayanan kesehatan dan menghimbau para petugas kesehatan/pemberi pelayanan mau mendengar pasien, menghargai gaya hidup mereka dan lebih banyak berkomunikasi dengan pasien, dan keluarga pasien. Pada banyak kasus, mereka telah berpengalaman sebagai pasien atau dari keluarga atau teman pasien. Advokasi juga dapat dilakukan melalui grup seperti kelompok pasien untuk memperoleh informasi dan pendidikan di area lobi rumah sakit yang menjadi pusat informasi untuk pasien.

Pada era ini, operasional rumah sakit sudah berfokus pada efisiensi pelayanan kesehatan dan susunan pegawai. Program keselamatan pasien menjadi sebuah kebutuhan untuk sedapat mungkin mencegah kondisi yang membahayakan pasien seperti kematian. Sehingga diperlukan peningkatan keselamatan dan kualitas pelayanan kesehatan, peningkatan kondisi lingkungan kerja di pelayanan kesehatan menjadi prioritas dan sebagai kompetisi dalam memberikan pelayanan terbaik dan kedepan dapat diprediksi kebutuhan pegawai. Organisasi pelayanan kesehatan menjadi tempat program promosi kesehatan pada area kerja dengan pertimbangan karakteristik unik di rumah sakit (seperti ketentuan pelayanan 24 jam dalam sehari, 7 hari dalam seminggu, pengangkatan pasien dengan kasus nyeri punggung).

Inisiasi *public health* yang telah dipadukan antara ilmu dan teknologi melahirkan intervensi baru untuk mencegah dan menghilangkan masalah kesehatan dengan penanganan lebih dini. Pertumbuhan intervensi ini terjadi pada pelayanan kesehatan primer yang berbasis sistem pelayanan di rumah sakit dan klinik mandiri.

Berikut ini gambaran program promosi kesehatan yang dilaksanakan di RS Anderson Cancer Center di Houston, Texas (Fertmen & Allenswort,2010) :

- a. Pendidikan, kebutuhan informasi, pengambilan keputusan, hak dan privasi pasien. Contoh : pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga (kampanye kesehatan, manajemen kanker, program makanan organik), promosi kesehatan masyarakat dan pendidikan kesehatan masyarakat (pertunjukan wayang, tour institusi), promosi kesehatan perilaku (menyediakan penelitian yang mendorong pelayanan klinis, peningkatan kepatuhan untuk perawatan kanker), pencegahan kanker (program mengidentifikasi faktor gaya hidup, penelitian multidisiplin, pendidikan).
- b. Keselamatan pasien (seperti pengurangan kesalahan medis) dan hasil kesehatan yang positif.
- c. Kebutuhan kesehatan pada pegawai termasuk staf medis, adminitrasi, pendukung dan staf pemeliharaan (bagian dapur, bagian gizi, aktivitas olahraga, dan manajemen stres)
- d. Keselamatan lingkungan kerja (seperti pembuangan limbah berbahaya dan darah, pengurangan penggunaan jarum suntik, mencegah infeksi penyakit)
- e. Pendekatan masyarakat melalui program promosi kesehatan dan program pendidikan terutama pada masalah kesehatan masyarakat

Selain di rumah sakit, promosi kesehatan juga sangat potensial dilakukan di tempat pelayanan kesehatan primer seperti puskesmas, klinik swasta yang menjadi tujuan pertama ketika masyarakat merasa khawatir atau bingung dengan kondisi

kesehatannya. Promosi kesehatan pada area ini tidak terbatas menangani masalah gaya hidup tetapi mencakup kemudahan akses petugas kesehatan dengan pasiennya dan para petugas kesehatan dapat melakukan advokasi yang terkait dengan masalah rumah dan keselamatan jalan. Peran promosi kesehatan mencakup seluruh masa kehidupan mulai prakonsepsi sampai kematian. Aktivitas promosi kesehatan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan primer meliputi : konsultasi pra kehamilan, perawatan selama kehamilan, konsultasi makanan bayi dan keselamatan, imunisasi, konseling pencegahan kecelakaan pada bayi, konseling sex yang aman dan keluarga berencana, skrining servik, konseling prenatalaksanaan pasien diabetes, asthma,; konsultasi keamanan minuman, konseling manajemen stres, konsultasi berhenti merokok, deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular , dan pencegahan kecelakaan pada kelompok usia lanjut (Kemm & Close, 1995)

Program promosi kesehatan yang efektif di pelayanan kesehatan seperti rumah sakit pada umumnya berfokus pada pasien dan pendidikan keluarga pasien. Hal ini telah menjadi komponen integral dalam pelayanan kesehatan dan telah ditransformasikan melalui penguatan yang berbasis bukti dan diaplikasikan pada pelayanan kesehatan dan keuangan dalam masyarakat yang multikultur dengan melibatkan sumber daya baru dan teknologi. Bertahun-tahun pasien dan keluarga mengandalkan dokter dan perawat sebagai sumber utama pendidikan kesehatan; profesional ini memberikan informasi tentang penyakit, mendiskusikan kemungkinan perawatan dan efek potensial dari perawatan, serta menyiapkan pasien & keluarga ketika kembali ke rumah.

Pada waktu yang sama, terjadi peningkatan kesadaran pada konsumen pelayanan kesehatan (pasien dan keluarga) yang berefek pada peningkatan dampak positif kesehatan; pasien dan keluarga pasien perlu secara aktif terlibat dalam penagmbilan keputusan tentang kesehatan mereka. Pendidik kesehatan dapat membantu pasien dan keluarga pasien dalam membangun kerjasama dengan tim rumah sakit (pelayanan kesehatan), memberi nasihat dan konseling pasien dan keluarga pasien cara mengakses informasi kesehatan dan menggunakan pengetahuan dan nasihat dari tim pelayanan kesehatan untuk mengedepankan pasien dan keluarga dalam memilih upaya kesehatan.

Pada bagian perencanaan, implementasi dan evaluasi efektivitas program promosi kesehatan yang berorientasi pasien di rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan terdapat empat kualitas yang perhatikan yaitu : a) fokus pada kebutuhan pasien dan keluarga dan peran partnership; Empat konsep program promosi kesehatan yang berorientasi pasien dan keluarga yaitu : menghargai pasien dan keluarga, berbagi informasi kepada pasien dan keluarga agar dapat berpartisipasi dalam pengambilan dan evaluasi, pasien dan keluarganya didorong untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan bekerjasama dalam pengembangan program dan kebijakan, implementasi dan evaluasi dalam rancangan fasilitas pelayanan kesehatan; dalam pendidikan profesional juga dalam pemberian pelayanan kesehatan; b) penggabungan bukti dengan praktek; Para ahli mengaplikasikan penelitian dan pengalaman nyata dalam standar praktek sehingga menghasilkan kualitas yang bagus dan hasil program pendidikan yang berorientasi pasien dan keluarga misalnya

standar akreditasi pelayanan kesehatan yang dikembangkan oleh *Joint Commission* (2000); c) pendekatan interdisiplin dan kerjasama; Contoh : Program kerjasama dengan tim profesional klinis (dokter, perawat, pekerja sosial, ahli gizi, fisioterapis, farmasi) dan pasien serta keluarganya dalam mengembangkan intervensi yang memungkinkan pasien dapat mengelola dan hidup dengan penyakitnya, mengadaptasi perilaku sehat baru dan mempelajari ketrampilan baru; d) komitmen pada kualitas pelayanan, peningkatan kualitas dan evaluasi secara terus menerus. Misalnya : penguatan pembelajaran, petunjuk secara individu untuk memperoleh feedback dari pasien dan progres klinis, menggunakan berbagai media komunikasi. Untuk keberlangsungan evaluasi melakukan kerjasama dengan departemen kesehatan setempat dan agen agen khusus.

2. Sumber Daya untuk Program Promosi Kesehatan di Organisasi Pelayanan Kesehatan

Pertumbuhan dan perkembangan promosi kesehatan yang berorientasi pasien di pelayanan kesehatan terus mengalami peningkatan sehingga kebutuhan sumberdaya juga semakin meningkat. Hal ini tidak terbatas pada individu yang langsung berhubungan dengan pasien; tetapi juga sumber daya yang dibutuhkan oleh staf promosi kesehatan, keselamatan pasien, pengurangan kesalahan medis, keselamatan staf, hak konsumen atau jangkauan terhadap masyarakat. Sebagai contoh adanya sebuah lembaga pemerintah di Amerika (*Institute of Medicine*) yang membantu merumuskan kebijakan negaranya untuk meningkatkan kehidupan rakyat amerika dengan mengidentifikasi peluang dan tantangan pada promosi kesehatan berorientasi pasien. Kemudian ada organisasi nasional untuk keselamatan pasein, asosiasi rumah

sakit, institusi pendidikan yang berorientasi pada perawatan keluarga, dan institut peningkatan pelayanan kesehatan. Selanjutnya sumber daya staf meliputi fisioterapis, terapis kesehatan kerja, perawat kaki, terapis wicara dan bahasa, perawat, dokter, bidan, public health, dll. Dan kerjasam diantara para profesional tersebut sangat diperlukan dalam promosi kesehatan.

3. Tantangan untuk Program Promosi Kesehatan di Organisasi Pelayanan Kesehatan

Bekerja pada organisasi pelayanan kesehatan harus memahami bahwa area ini memiliki banyak aturan, larangan dan panduan yang tidak ditemukan pada setting lain dan hal ini menjadi suatu kebijakan serta prosedur yang diimplementasikan setiap hari. Misalnya ada sistem informasi kesehatan untuk pasien, ada rekam medis pasien yang fungsinya untuk melidungi pasien dan mencatat histori pasien. Selain itu tempat layanan kesehatan memiliki risiko terpapar penyakit seperti hepatitis B, hepatitis C dan HIV sehingga program keselamatan pegawai dan kesehatan lingkungan menjadi fokus perhatian misalnya ada instalasi pengolahan limbah di rumah sakit dan sistem keselamatan pegawai atau staf.

Tantangan utama bekerja di organisasi pelayanan kesehatan yang perlu diperhatikan promotor kesehatan adalah kemampuan melakukan kerjasama dengan banyak stakeholder, pasien dan keluarga, profesional kesehatan, admisnitor institusi, perusahaan asuransi, besarnya pegawai, lembaga penelitian pemerintah, pembuat aturan dan kebijakan, serta perbedaan dalam membuat prioritas dan rekomendasi dalam pelayanan kesehatan. Adanya konflik kepentingan dan

prioritas antara profesional kesehatan dapat mengalihkan perhatian prioritas pasien serta keluarga pasien yang menggunakan sistem pelayanan kesehatan. Kemudian banyak profesional kesehatan yang tidak dilatih untuk menyampaikan program promosi kesehatan. Keahlian mereka lebih banyak fokus pada diagnosa dan pengobatan penyakit. Oleh karena itu dibutuhkan promotor kesehatan yang tanggungjawabnya berbeda dengan dokter klinis. Selain itu kerjasama antar profesi kesehatan yang mendukung pasien, keluarga dan staf medis terbukti efektif dalam pelayanan program promosi kesehatan dan program pelayanan kesehatan.

Ketika program promosi kesehatan fokus pada staf pelayanan kesehatan maka logistik menjadi sebuah tantangan. Banyak layanan kesehatan yang buka dua puluh empat jam sehari, tujuh hari dalam seminggu. Kebijakan keselamatan dan kesehatan dapat diimplementasikan tanpa memperhatikan waktu dalam sehari, inovasi dibutuhkan untuk melibatkan staf promosi kesehatan yang bekerja pada jadwal yang bervariasi dan lingkungan yang berbeda.

Promotor kesehatan yang gigih diperlukan untuk mendukung program promosi kesehatan di organisasi pelayanan kesehatan. Inisiator diantara peran yang ada, memberikan pelayanan pada kepanitiaan, merancang dan mendukung program; mereka itu bisa dari manager, dokter atau staf pendukung yang sudah tertarik dan memahami program promosi kesehatan. Pelibatan staf dalam proses perubahan dan peningkatan, juga dalam struktur perencanaan untuk menyebarluaskan informasi dan memperluas inovasi, akan mendorong partisipasi dan dukungan untuk program promosi kesehatan.

Tantangan lain dalam organisasi pelayanan kesehatan adalah membangun dan menjaga keberlangsungan program promosi kesehatan. Program kesehatan untuk staf dapat memperkuat dan mendukung lingkungan sehat pada pelayanan kesehatan dan dapat menolong setiap individu dan tim menjadi lebih sehat. Program juga dapat berupa penyediaan dukungan bagi staf dan keluarganya untuk terus menjaga budaya pencegahan. Akhirnya, untuk kredibilitas program diperlukan evaluasi dan dilaporkan kepada stakeholder. Banyaknya program komunikasi yang bervariasi dan program material pada pegawai organisasi pelayanan kesehatan baik partisipan maupun staf program kesehatan dibutuhkan dalam operasional program.

4. Peluang Karir

Meningkatnya jumlah organisasi kesehatan membuka kesempatan luas karir dalam bidang promosi kesehatan. Kesempatan berkarir dan jaringan di sejumlah organisasi pelayanan kesehatan semakin banyak. Pekerja di bidang promosi kesehatan (promotor kesehatan) meliputi dokter, public health, perawat, pendidik kesehatan, konselor, psikolog, dan juga individu yang terlatih (memiliki keahlian, pengalaman dan ketertarikan) dalam bidang promosi kesehatan. Sementara posisi yang ditawarkan antara lain pendidik kesehatan, pendidik pasien, atau promosi kesehatan spesialis, ahli gizi, *tobacco education*, pendidik keluarga, koordinator hubungan pasien, program spesialis, public health officer, dll.

Beberapa organisasi yang memberikan kesempatan berkarir bagi promotor kesehatan antara lain : 1) rumah sakit, klinik, agen perawatan kesehatan di rumah; 2) pemerintah

sebagai pegawai negeri sipil di kementerian kesehatan, dinas kesehatan propinsi atau kota, dan puskesmas; 3) unit teknologi kesehatan atau perusahaan : aplikasi ilmu dan teknologi untuk diagnosa atau terapi meningkatkan kesehatan; 4) Asosiasi profesional kedokteran dan kesehatan : merupakan asosiasi organisasi yang pada umumnya bersifat non profit untuk melindungi profesi; 5) penerbit materi pendidikan untuk pasien dan keluarga; 6) asuransi kesehatan atau organisasi pengelolaan perawatan kesehatan; 7) program pendidikan karir kesehatan : kampus, universitas dan penyiapan program pelatihan dan melatih masyarakat agar dapat bekerja pada pelayanan kesehatan.

C. PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA

Lebih dari dari 50 persen penduduk Indonesia merupakan angkatan kerja dan pada umumnya mereka menghabiskan waktu kerja rata-rata 8 jam perhari ditempat kerja (BPS, 2016). Sehingga tempat kerja menjadi penting bagi para pekerja untuk mendapatkan informasi kesehatan dan pelayanan. Pelaksanaan promosi kesehatan di tempat kerja ada yang sudah mandiri atau menyatu dengan program kerja bagian lain dan sebagai pelaksana bisa dari pemerintah setempat atau perusahaan/intitusi tempat kerja. Organisasi pelayanan kesehatan dan organisasi kesehatan masyarakat seperti dinas tenaga kerja, kementerian kesehatan menyelenggarakan program promosi kesehatan di tempat kerja untuk karyawan atau pegawai sementara organisasi pelayanan kesehatan tersebut tetap menyampaikan program promosi kesehatan pada pasien seperti rumah sakit fokus pada pelayanan pasien naum juga melakukan program promosi kesehatan pada karyawan atau pegawai.

Lingkungan tempat kerja mempengaruhi kesehatan pekerja. Terutama kondisi lingkungan fisik dan sosial di tempat kerja; kecepatan kerja; paparan kebisingan, bahan kimia, pengulangan gerakan, kondisi yang membahayakan, gangguan atau pengalaman menjumpai kekerasan dalam pekerjaan yang mempengaruhi kesehatan pekerja. Promosi kesehatan di tempat kerja mendorong terbukanya lingkungan kerja yang mendukung terwujudnya kesehatan termasuk kesempatan untuk mengakses informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan, tes skrining sehingga sumberdaya dan pekerja menjadi lebih produktif, sehat, dan kualitas hidup yang tinggi. Itulah yang menjadi alasan, promosi kesehatan di tempat kerja menjadi prioritas kesehatan masyarakat.

1. Peran Promosi Kesehatan pada Tempat Kerja

Promosi kesehatan di tempat kerja tidak hanya meningkatkan kesehatan kerja karyawan tetapi juga kondisi kesehatan secara luas. Berikut ini beberapa contoh program promosi kesehatan diperusahaan yang telah diterapkan di Amerika :

- a. Program fitnes untuk menjaga stamina tim manajemen tingkat atas telah dilakukan pada beberapa perusahaan di Amerika pada era tahun 1970; program ini terbukti dapat meningkatkan status kesehatan para eksekutif diperusahaan;
- b. Pada era 1980-an, terdapat program olahraga fisik untuk mendeteksi adanya risiko penyakit kardivaskuler yang menjadi penyebab kematian dini pada karyawan dan pimpinan perusahaan kemudian mereka di referensikan untuk mengikuti program diet dan aktivitas fisik. Adanya klinik perusahaan yang berorientasi terhadap program pemantauan tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol

- darah, program berhenti merokok, program penurunan berat badan pada karyawan secara intensif. Sebagai contoh program berhenti merokok melalui web atau dengan bantuan diri sendiri, kampanye udara bersih dari paparan asap rokok, dan adanya kontes yang memotivasi individu untuk berhenti merokok dengan minimal pertolongan.
- c. Kemudian di era 1990-an perusahaan telah menciptakan lingkungan tempat kerja sebagai area bebas asap rokok melalui perubahan kebijakan telah meningkatkan jumlah orang yang berusaha berhenti merokok dan menghemat pembiayaan asuransi. Menyediakan makanan sehat dan rendah lemak di kantin, mengembangkan program edukasi nutrisi dan menciptakan lingkungan kerja yang membuat karyawan lebih peduli dan menyukai pilihan makanan sehat.
 - d. Selanjutnya pada abad ke-21, fokus promosi kesehatan di tempat kerja pada organisasi sehat yang mengintegrasikan perlindungan kesehatan pekerja dengan usaha promosi kesehatan. Organisasi buruh telah membantu menciptakan lingkungan kerja yang aman dan pemerataan jaminan kesehatan untuk para pekerja serta keselamatan pekerja dan promosi kesehatan dalam lingkungan perusahaan. Ahli promosi kesehatan fokus pada pekerja lanjut usia untuk perubahan gaya hidup atau perubahan perilaku sementara ahli perlindungan kesehatan menangani kesehatan dengan menciptakan lingkungan kerja yang aman dan pembatasan paparan bahaya. Hal ini disponsori oleh National Institute for Occupational Safety and Health.

- e. Untuk meningkatkan produktivitas, menurunkan angka absensi dan meningkatkan performance kerja maka diadakan program promosi kesehatan di tempat kerja. Sebagai contoh sebuah perusahaan di Lincoln, Nebraska dengan jenis usaha manufacturing, jumlah pekerja 450 orang. Perusahaan memiliki keyakinan "Kesehatan dan gaya hidup sehat mempunyai peran penting dalam kesuksesan". Program promosi kesehatan yang diterapkan di perusahaan antara lain : 1) Intervensi kesehatan seperti program berhenti merokok, manajemen berat badan pada pekerja dan keluarga; 2) menciptakan lingkungan sosial dan fisik yang mendukung seperti kampus bebas asap rokok, mentor kesehatan; 3) mengintegrasikan program kesehatan pada struktur organisasi organisasi misalnya tujuan kesehatan telah dikenalkan pada semua pekerja menyatu dengan semua performance dan gaji, adanya perlombaan departemen sehat, perusahaan mensponsori program atau kegiatan kesehatan dan kesehatan menyatu pada rencana strategi, inisiasi bisnis dan pengembangan pekerja; 4) program skrining tempat kerja melalui skrining kesehatan dan pendekatan individu. Hasil dari program ini perusahaan memperoleh penghargaan platinum sebagai top perusahaan nasional sehat pada tahun 2003 dan 2006, pembiayaan untuk perawatan kesehatan turun 50 persen dari rata-rata nasional, dan kompensasi untuk pekerja di bawah 1 persen dari gaji.

2. Sumber Daya dan Alat

Ketersediaan sumber daya berperan dalam memperlancar perencanaan, implementasi dan evaluasi program promosi kesehatan ditempat kerja. Sumber daya dan

alat dapat berupa organisasi yang dapat mensupport kegiatan promosi kesehatan di perusahaan, adanya kerjasama antar institusi untuk pencegahan seperti organisasi non profit, agen pemerintah dengan kebijakannya yang pro kesehatan, adanya panduan untuk pengembangan program pencegahan penyakit dan kecelakaan di tempat kerja dengan ceklis; panduan ini meliputi manajemen komitmen dan pemberian tanggung jawab, sistem komunikasi pekerja tentang keselamatan, adanya sistem yang memastikan keselamatan pekerja ketika bekerja, jadwal inspeksi dan sistem evaluasi, investigasi kecelakaan, prosedur yang dapat mendeteksi kondisi yang tidak aman dan tidak sehat, training keselamatan dan kesehatan kerja, adanya catatan pelaporan dan dokumentasi. Selanjutnya perlu ada suatu panduan atau strategi yang dapat menciptakan tempat kerja yang bebas dari penggunaan alkohol dan obat terlarang misalnya ada kebijakan atau aturan dari kementerian kesehatan.

Kemudian perlu ada support dari pemerintah berupa buku-buku yang berisi tentang panduan bagi manajer dan program administrasi dalam mengembangkan pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi pekerja. Selanjutnya adanya organisasi kesehatan ditempat kerja yang akan melakukan advokasi secara nasional maupun lokal untuk kesehatan tempat kerja melalui pidato dan penulisan artikel, bergabung dalam jaringan kesehatan tempat kerja; dan memberikan pelayanan dalam kapasitas sebagai penasihat pada organisasi-organisasi tempat kerja.

3. Tantangan

Tantangan atau hambatan yang umum terjadi pada pelaksanaan program promosi kesehatan ditempat kerja menurut para pengusaha pada semua jenis usaha dan besarnya perusahaan adalah kurangnya ketertarikan para pekerja, kurangnya sumber daya staf, kurangnya pendanaan dan kurangnya dukungan dari manajemen. Pada perusahaan besar bahkan melaporkan kurangnya partisipasi pada pekerja yang berisiko.

Kurangnya partisipasi pekerja dalam program promosi kesehatan disebabkan mereka tidak memiliki akses yang sama terhadap program. Kemudian hambatan berupa kurangnya privasi kerja, tekanan negatif dari kelompok sebaya, kompetitif dalam bekerja dan tuntutan waktu, kurangnya dukungan dari supervisor, merupakan beberapa penyebab pekerja tidak berpartisipasi pada program promosi kesehatan di tempat kerja. Hal ini dapat diantisipasi bila program promosi kesehatan di dukung oleh seluruh level manajemen dan ketika program dikembangkan ke dalam sistem perencanaan ayng sistematik.

Pada saat merencanakan pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan di tempat kerja perlu dipastikan bahwa program mempunya bukti ilimah telah diterapkan pada tempat kerja lain. Integrasi program promosi kesehatan dalam organisasi tempat kerja seperti struktur dan budaya organisasi tempat kerja akan membuat adopsi program berkelanjutan dalam jangka panjang sehingga program tersebut berkontribusi terhadap tempat kerja yang lebih sehat dan lebih produktif.

Usaha promosi kesehatan di tempat kerja juga perlu mempertimbangkan kelompok usia yang dominan disuatu

populasi, misalnya kelompok lanjut usia tinggi maka program promosi kesehatan untuk mencegah dan merawat penyakit artritis atau penyakit kronis lainnya yang banyak prevalensinya pada usia lanjut. Kemudian usaha promosi kesehatan di tempat kerja juga perlu memperhatikan adanya tren perubahan natural pada jenis pekerjaan, yang awalnya fokus pada pertanian, manufacturing atau produksi berubah menjadi berorientasi pada pelayanan jasa. Dalam kondisi seperti ini program promosi kesehatan harus menysasar pekerja bukan lagi pada pada situasi tatap muka langsung tetapi menggunakan media berbasis web, via telepon atau melalui personal data atau media komunikasi. Kemudian pada kelompok grup pekerja ada yang kurang memiliki akses terhadap asuransi kesehatan program kesehatan merupakan tantangan bagi publik health yang harus dicari solusinya.

Kondisi ekonomi, lingkungan sosial dan politik memberikan tantangan bagi promotor kesehatan untuk menciptakan program promosi kesehatan yang sesuai. Ada beberapa peluang penting untuk menggali dan memperluas program promosi di tempat kerja berikut aktivitasnya. Pertama, melanjutkan program survei nasional pada pekerja untuk memonitor status program **promosi kesehatan yang dilaksanakan di tempat kerja**. Kedua, perlu melakukan survei pada pekerja pada tingkat nasional untuk menginvestigasi hambatan para bekerja dalam akses program promosi kesehatan. Ketiga, menginvestigasi para pengusaha yang telah sukses melaksanakan program secara menyeluruh untuk memberikan peluang pertemuan antara pengusaha dan pekerja. Selajutnya juga perlu dilakukan monitoring pada sistem pelayanan kesehatan karena semakin mahalnya biaya

perawatan kesehatan, pengusaha harus membayar mahal untuk asuransi kesehatan oleh karena itu perlu ada kerjasama provider asuransi kesehatan terutama provider yang memberikan insentive untuk program pencegahan.

Lebih jauh lagi, bila terjadi ketidakpercayaan pekerja terhadap program promosi kesehatan yang diinisiasi oleh pengusaha maka sebagai seorang pendidik kesehatan yang bertanggung jawab terhadap perencanaan dan pelaksana program promosi kesehatan di tempat kerja seharusnya meminimalisir hal tersebut dengan terus memberikan motivasi dan semangat kerjasama dan membangun kepercayaan. Seperti membuat kebijakan dan lingkungan perusahaan yang mendukung kegiatan promosi kesehatan (misalnya penyediaan alat-alat fitnes untuk pekerja, penyediaan salad di cafetaria, dll) dan ini untuk membuktikan bahwa perusahaan mereka sedang berusaha menciptakan budaya yang mendukung kesehatan pekerja.

Untuk mengatasi berbagai tantangan diatas ada banyak peluang bagi pendidik kesehatan untuk menggunakan ketrampilan dalam hal perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi secara komprehensif program promosi kesehatan di tempat kerja. Memahami pendekatan ekologi dengan intervensi yang disampaikan melalui beberapa level sasaran sangat membantu. Program kelas tradisional dan upaya bantuan diri sendiri perlu dilengkapi dengan perubahan kebijakan, dan dukungan organisasi serta lingkungan. Program promosi kesehatan dan upaya keselamatan kerja yang dilaksanakan secara seimbang dan kolaboratif dengan dukungan budaya organisasi di tempat kerja akan memberikan peluang terbaik pada efektivitas dan keberlanjutan program. Contohnya : penawaran voucher dan

insentif bagi pekerja yang menggunakan sepeda ke tempat kerja karena ini juga meningkatkan aktivitas fisik; petani lokal menyediakan produk makanan yang ditanam sendiri dan tentunya sehat yang disediakan kantin perusahaan. Lebih jauh lagi mengadakan training tentang ketrampilan dalam perencanaan, pengembangan, pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan di tempat kerja dari berbagai jenis perusahaan, termasuk latihan psikologi, pendidikan kesehatan, public health, promotor kesehatan, nutrisionist dan pengembangan organisasi.

4. Peluang Karir

Berbagai peluang karir yang tersedia bagi seseorang yang tertarik dalam bidang promosi kesehatan di perusahaan. Perusahaan potensial yang mempertimbangkan karir promotor kesehatan antara lain perusahaan yang memiliki program kesehatan, perusahaan asuransi, perusahaan yang fokus pada program promosi kesehatan, agen-agen pemerintah, agen kesehatan sukarela, atau institusi penelitian.

Perusahaan yang dalam proses menerapkan program promosi kesehatan ditempat kerja akan tertarik untuk merekrut individu dengan basic kompetensi di perencanaan dan evaluasi program. Organisasi pelayanan kesehatan atau perusahaan asuransi akan merekrut individu untuk bekerja pada program pengembangan dan evaluasi asuransi klien atau pekerjaannya sendiri.

Sebagian besar perusahaan yang bergerak dalam bidang kesehatan adalah vendor yang mencari profit dari program promosi kesehatan. Program manajemen penyakit, atau pelayanan seperti pemantau berat badan. Profesional kesehatan mencakup bidang pengembangan program, relasi klien, atau

evaluasi. Kemudian promotor kesehatan dapat bekerja pada agen kesehatan sukarela seperti American Cancer Society, Perhimpunan Onkologi Indonesia, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, Quit Tobacco Indonesia, dll.

Beberapa profesional promosi kesehatan mungkin tertarik bergabung pada tim peneliti yang mengatur dan menyampaikan program promosi kesehatan di tempat kerja. Saat ini pendanaan untuk kegiatan promosi kesehatan meningkat pesat. Pada tahun 2004 Center for Diseases Control and Prevention mendanai 20 proyek penelitian berbasis tempat kerja untuk mengembangkan program yang efektif dan disebarluaskan.

Persiapan untuk memasuki karir promotor kesehatan di etmpat kerja dapat dilakukan melalui berbagai cara antara lain mengikuti training. Profesional kesehatan yang ingin bekerja dalam bidang ini perlu memiliki ijazah sarjana atau lulus dari training berbagai bidang meliputi nutrisi, pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, punlic health, pekerja sosial psikologi dan ilmu terapan.

D. PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKAT

Program promosi kesehatan di masyarakat pada banyak situasi berarti bekerja dengan dinas kesehatan setempat dan organsasi kesehatan atau non kesehatan yang ada di masyarakat. Program-programnya antara lain menyediakan akses untuk taman, program posyandu balita, program posyandu usia lanjut usia, program setelah sekolah, program kesehatan di mall, di jalan dan lokasi-lokasi spesifik lainnya. Program promosi kesehatan di masyarakat lebih flesibel dan dinamis serta menggambarkan situasi ekonomi, sosial dan budaya masyarakat. Program promosi

kesehatan di masyarakat dapat dimulai dengan bekerja dengan satu individu, atau grup individu yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan. Grup-grup ini dapat berkembang menjadi suatu organisasi di masyarakat, membentuk koalisi dan bekerja sama dengan organisasi kesehatan setempat seperti puskesmas, dinas kesehatan dan organisasi masyarakat lainnya.

1. Peran Promosi Kesehatan di Masyarakat

Pada abad ke 19, penyakit infeksi dan menular seperti infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), tuberkulosis, diare, dll menjadi penyebab kematian yang paling sering dialami oleh masyarakat Indonesia. Namun pada abad ke- 21, terjadi pergeseran pola penyakit dimana penyakit jantung, kanker, stroke merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia (Kemenkes, 2015) Sejumlah inovasi dibidang kesehatan masyarakat telah dilakukan untuk menanggulangi penyakit-penyakit tersebut. Seperti Program imunisasi untuk mengontrol penyakit infeksi dan menular, mengontrol penyakit infeksi dengan sanitasi dan terapi antimikrobal, program keselamatan dalam berkendara (peningkatan mesin dan penggunaan sabuk pengaman), keselamatan tempat kerja, pengenalan tembakau sebagai bahaya kesehatan, menurunnya angka kematian akibat penyakit jantung sebagai hasil program berhenti merokok, pengontrolan tekanan darah untuk perawatan yang lebih baik pada kasus tekanan darah tinggi, program makanan sehat dan aman yang telah mengurangi defisiensi gizi, program keluarga berencana telah mewujudkan ibu dan bayi yang lebih sehat (Center for Diseases Control and Prevention, 1999)

Program promosi kesehatan yang dilakukan oleh dinas kesehatan lokal di negara Clolorado antara lain : 1)

skrining penyakit jantung, melalui pengukuran tekanan darah gratis, tes kolesterol dengan biaya murah pada beberapa lokasi di masyarakat; 2) pelayanan gizi, ahli gizi yang teregistrasi memberikan konseling gizi, kelas pemantauan berat badan, kelas masak yang diadakan tiap tahun; 3) pelayanan berhenti merokok, konselor berhenti merokok membantu masyarakat untuk berhenti merokok dengan pendekatan tanpa tekanan dan teknik pencegahan, konseling juga dapat dilakukan dalam grup, kemudian ada program nikotine replacement secara gratis, permen karet pada masyarakat yang mengikuti program; 4) imunisasi pada kelompok dewasa yaitu penyediaan vaksin imunisasi influenza dengan biaya murah pada musim gugur dan imunisasi tetanus serta penumonia yang tersedia sepanjang tahun.

Selanjutnya, dipaparkan program promosi kesehatan dari Essential Public Health Service (EPHS) Departement of Health and Human Service di negara Amerika tahun 2008, yaitu : 1) monitoring status kesehatan masyarakat untuk mengidentifikasi dan mencari solusi masalah kesehatan masyarakat; 2) Diagnosa dan investigasi masalah kesehatan dan bahaya kesehatan di masyarakat; 3) Informasi, pendidikan dan pemberdayaan masyarakat tentang isu kesehatan; 4) Kerjasama memobilisasi masyarakat dan aksi untuk mengidentifikasi dan mencari solusi masalah kesehatan; 5) Mengembangkan kebijakan dan perencanaan yang dapat mendukung individu dan masyarakat dalam usaha kesehatan; 6) Memperkuat undang-undang dan peraturan yang dapat melindungi kesehatan dan memastikan keselamatan; 7) Menghubungkan masyarakat terhadap

kebutuhan pelayanan kesehatan individu dan memastikan ketentuan pelayanan kesehatan ketika yang lain tidak tersedia; 8) Memastikan kompetensi public health dan pelayanan kesehatan individu di tempat kerja; 9) Evaluasi efektifitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan kesehatan berbasis individu maupun masyarakat dan ; 10) Melakukan penelitian untuk menemukan pandangan baru dan solusi inovatif untuk masalah kesehatan.

Kemudian, diberikan contoh kasus kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan oleh organisasi kesehatan masyarakat di Amerika yaitu program promosi kesehatan untuk kelompok usia lanjut. Programnya sebagai berikut : 1) Assesmen masalah kesehatan : penilaian untuk mengevaluasi status kesehatan usia lanjut; 2) Skrining kesehatan secara rutin yaitu skrining untuk penyakit tertentu antara lain darah tinggi, galukoma, kolesterol tinggi, kanker, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan ingatan, diabetes dan nutrisi yang tidak memadai; 3) Kegiatan fitness yaitu kegiatan yang teratur yang dapat meningkatkan kesehatan fisik usia lanjut. Kegiatan ini menggabungkan latihan kardiovaskuler, kelenturan otot dan kelincahan gerakan; 4) Konseling gizi : konsultasi secara individu dengan panduan dan metode yang sudah ditetapkan untuk meningkatkan status gizi pada lansia yang berisiko. Yang meliputi riwayat kesehatan gizi, asupan makanan, penggunaan obat dan penyakit kronis. Pelayanan diberikan oleh profesional kesehatan yang sesuai dengan undang-undang dan kebijakan; 5) Pendidikan kesehatan untuk individu dan kelompok : program untuk meningkatkan kesehatan fisik atau kesehatan mental dengan penyediaan

informasi kesehatan yang akurat dan instruktur bagi peserta baik setting individu atau kelompok dari ahli kesehatan yang berpengalaman; 6) Program promosi kesehatan seperti manajemen penyakit kronis termasuk osteoporosis, dan penyakit kardiovaskuler, penyalahgunaan obat, program berhenti merokok, monitoring berat badan dan manajemen stres; 7) Pelayanan monitoring cedera dirumah : skrining lingkungan rumah yang beresiko dan penyediaan program pendidikan untuk pencegahan cedera termasuk mencegah jatuh dan patah tulang di lingkungan rumah; 8) Komunitas lansia : menyediakan tempat yang menarik untuk berkumpulnya lansia dengan berbagai kegiatan seperti kesenian, kerajinan, olahraga dan keterlibatan sosial; 9) tempat penitipan lansia : program ini untuk memenuhi kebutuhan terhadap perawatan lansia dari keluarga, selain itu juga menyediakan asisten untuk lansia yang masih tinggal dengan keluarga dirumahnya masing-masing.

Promosi kesehatan juga dapat dilakukan pada lokasi jalan yang tinggi. Hal ini dapat dikaitkan dengan banyaknya perusahaan yang menghubungkan produk mereka dengan kesehatan sebagai strategi marketing sehingga mereka menyediakan informasi kesehatan seperti : supermarket mempromosikan produk rendah lemak dan memberi leaflet tentang makanan yang rendah lemak, iklan televisi yang menekankan pentingnya makan serat tinggi untuk diet sehari-hari, iklan perlengkapan olahraga yang menonjolkan aspek kesenangan dan manfaat olahraga. Kemudian cerita dan tampilan di surat kabar, majalah, TV dan radio adalah sumber informasi yang lebih lengkap. Contohnya : program pencegahan HIV dan Sex yang aman di televisi, laporan

kecelakaan di jalan yang menekankan pentingnya penggunaan sabuk pengaman, muatan artikel di surat kabar tentang beberapa orang yang memiliki masalah dengan alkohol dan berhasil mengatasinya.

Beberapa isu kesehatan yang mungkin terjadi di masyarakat dan kemungkinan solusi promosi **kesehatan yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.**

Tabel 6.1. Masalah kesehatan masyarakat dan solusinya

Masalah kesehatan	Solusi aksi masyarakat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatnya masalah kesehatan fisik dan mental pengangguran ▪ Kebut-kebutan dijalan meningkatkan kecelakaan ▪ Penyalahgunaan obat ▪ Pencemaran aliran sungai tempat bermain anak-anak ▪ Kurangnya fasilitas perawatan anak pra sekolah ▪ Panjangnya antrian dirumah sakit ▪ Jalan setapak yang rusak dan tidak rata 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membangun pabrik dan pusat bisnis untuk menciptakan lapangan pekerjaan ▪ Pengurangan kecepatan dalam mengendarai kendaraan ▪ Polisi menangkap dan menghukum pengedar ▪ Memaksa industri lokal untuk menghentikan pembuangan limbah ke sungai ▪ Menyediakan ruang perawatan anak ▪ Meningkatkan pelayanan kesehatan ▪ Meminta dewan untuk memperbaiki jalan

<p>mengakibatkan jatuhnya benda-benda</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Meningkatnya perilaku merokok pada remaja	<ul style="list-style-type: none">▪ Memperbanyak pendidikan kesehatan di sekolah
---	--

2. Sumber Daya dan Alat

Sejumlah sumberdaya unik dapat membantu promotor kesehatan dalam merancang perencanaan, implementasi dan evaluasi program promosi kesehatan di masyarakat. Sumber daya itu meliputi lembaga pemerintah dan swasta yang konsern dibidang kesehatan secara umum dan secara khusus dalam kegiatan promosi kesehatan. Di Indonesia ada Pusat Promosi Kesehatan yang berada dibawah Kementerian Kesehatan,ada dinas kesehatan disetiap provinsi dan kabupaten atau kota di Inonesia dan yang apling dekat masyarakat ada kader kesehatan yang siap membantu promotor kesehatan melakukan kegiatan di masyarakat. Selain itu ada lembaga swadaya masyarakat seperti Cita Sehat Foundation, Jogja Sehat Tanpa Tembakau, Quit Tobacco Indonesia, dll. Kemudian ada perkumpulan profesi Pendidik dan Promotor Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Persatuan Sarjana Kesejatan Masyarakat Indonesia (Persakmi) yang kegiatannya dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan kesehatan masyarakat seperti penelitian, pelatihan dan pendampingan di masyarakat.

Lebih jauh lagi, bila belajar dari negara lain seperti di Amerika terdapat kantor kebijakan untuk daerah pedesaan yang berfungsi antara lain: membantu terbentuknya kebijakan kesehatan di daerah pedesaan, bekerjasama dengan

kantor kesehatan pemerintah desa, meningkatkan penelitian kesehatan di pedesaan, program pendanaan kesehatan yang inovatif, penyediaan sumber daya yang mendukung, sebagai corong kesehatan pada organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, di daerah pedesaan, bekerja dengan kelompok minoritas di pedesaan, dan melakukan evaluasi program promosi kesehatan di daerah pedesaan. Ditambah lagi, ada *Center for Health Preparedness* yang bertujuan memperkuat area kerja public health melalui pembelajaran sepanjang hidup, memperkuat pemerintah dalam kesiapsiagaan bencana dan peningkatan kapasitas masyarakat dalam menghadapi bencana, mengembangkan jaringan kerja untuk mendukung secara nasional kesiapsiagaan terhadap bencana. Terkait dengan hal ini, di Indonesia ada **Badan Penanggulangan Bencana Nasional dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah** yang berperan dalam masalah pencegahan dan penanggulangan bencana di Indonesia. Seperti bencana banjir, gunung merapi, tanah longsor, dll.

Kemudian ada jaringan keselamatan anak-anak (Children's Safety Network) yang berperan dalam pengembangan kapasitas yang meliputi : implementasi aktivitas untuk memperkuat pelaksanaan pengukuran kesehatan ibu dan anak yang berhubungan dengan cedera dan kekerasan, mengintegrasikan pencegahan cedera kedalam aktivitas kesehatan ibu dan anak, membangun kerjasama antara pemegang program KIA dan pemegang program pencegahan cedera, pelaksanaan strategi yang telah terbukti dapat mencegah cedera termasuk cedera karena kendaraan motor, kekerasan, aktivitas rekreasi, cedera di

rumah, disekolah dan di tempat kerja, mengembangkan kompetensi program yang efektif untuk pencegahan cedera meliputi : data, intervensi, infrastruktur, dukungan teknis, pelatihan dan kebijakan publik; menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan secara profesional untuk pencegahan cedera; meningkatkan pengenalan nilai –nilai pencegahan cedera pada lembaga pemerintah dan pembuat kebijakan nasional; menyediakan asisten teknis melalui telepon, surat, email dan kunjungan langsung.

3. Tantangan

Promosi kesehatan di masyarakat tergantung pada ada atau tidak keterlibatan masyarakat. Melibatkan anggota masyarakat dan organisasi dalam promosi kesehatan di masyarakat merupakan tantangan bagi promotor kesehatan. Kurangnya kepercayaan dan penghargaan sering terjadi pada dinas kesehatan lokal dan organisasi kesehatan di masyarakat yang dapat berpengaruh terhadap partisipasi masyarakat. Pemerataan penyebaran informasi baik informasi formal, pendapatan dan kekuatan di masyarakat yang menggambarkan ketidaksetaraan sosial ekonomi, ras, etnis, usia dan gender. Hal ini dapat mempengaruhi anggota masyarakat dalam berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat dan keterlibatan mereka dalam pengambilan keputusan di masyarakat. Perbedaan perspektif, prioritas, asumsi, nilai-nilai, keyakinan dan bahasa pada organisasi masyarakat juga dapat mempengaruhi sulitnya keterlibatan masyarakat dan adanya konflik. Pada akhirnya, partisipasi masyarakat dipengaruhi keyakinan masyarakat akan manfaat yang diperoleh dari berpartisipasi lebih tinggi dibandingkan biaya yang dikeluarkan. Untuk dapat memberikan perubahan,

usaha pelibatan masyarakat sebaiknya menggunakan pendekatan lingkungan sosial dan determinan sosial secara multilevel.

Pada saat perencanaan dapat diidentifikasi ciri-ciri masyarakat dan perubahan sistem yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku dan peningkatan kesehatan masyarakat yang lebih mungkin. Perubahan perilaku dipengaruhi budaya. Untuk memastikan usaha pelibatan sesuai dengan budaya dan bahasa, hal itu daruus dikembangkan dari pemahaman dan penghargaan budaya masyarakat yang dilayani.

Isue gender seperti kemampuan melaksanakan, mempengaruhi dan membuat keputusan merupakan isu penting kesuksesan dalam pelibatan masyarakat. Adanya koalisi dan kemitraan yang mendukung akan sangat bermanfaat sebagai kendaraan dalam memobilisasi aset masyarakat untuk membuat keputusan dan aksi pada isu kesehatan tersebut. Untuk itu organisasi masyarakat perlu memperoleh pelatihan pengembangan pengetahuan tambahan, ketrampilan kepemimpinan, dan sumber daya untuk membuktikan kekuatannya.

Profesional kesehatan dan pemimpin masyarakat dapat menggunakan pemahaman tentang biaya yang berhubungan dengan isu kesehatan untuk mengembangkan keuntungan yang sesuai pada partisipasi. Seperti mempercepat rasa kemasyarakatan, memilih isu yang relevan, membuat proses organisasi mempunyai iklim yang terbuka dan mendukung anggota masyarakat dalam menyuarakan pendapatnya. Berikut ini ditampilkan beberapa

hambatan dalam memunculkan partisipasi masyarakat dan beberapa saran untuk mengatasinya pada tabel dibawah ini.

Tabel. 6.2. Hambatan dalam Pelibatan Masyarakat dan Solusi Potensial

Masalah	Solusi
Organisasi menginginkan adanya partisipasi	Perjelas peluang dan manfaat bagi peserta/masyarakat
Organisasi menghadapi tantangan administrasi (misalnya staf tidak bisa menjawab telepon atau bekerja tidak teratur)	Konsisten dan sabar dalam komunikasi dengan organisasi Flesibel ; temui staf dimanapun dan kapanpun bisa dilakukan
Organisasi membutuhkan <i>capacity buliding</i>	Menyarankan organisasi memaksimalkan kekuatan dan bekerja menghadapi tantangan Menawarkan praktek yang efektif yang pernah digunakan oleh pemegang program atau organisasi Mengikuti prosedur organisasi setahap demi setahap untuk menemukan bagain yang tiidak efisien
Organisasi kekurangan akses informas	Mengundang organisasi pada kemitraan masyarakat dan peluang networking Mengenalkan staf organisasi pada informasi baru dan berbeda
Organisasi mempunyai hambatan bahasa	Menyediakan layanan penterjemah

	Meminta pertanyaan penjas dan mendefinisikan makna secara hati-hati
Organisasi melindungi programnya dan adanya persepsi program lain seperti potensi penggunaan dana, sukarelawan, sumber lain dari kapasitas yang terbatas	Mendiskusikan, bagaimana aktivitas baru atau kemitraan akan mendukung misi organisasi dan menggunakan sumberdaya tersebut untuk manfaat masyarakat Memastikan organisasi memberikan manfaat dan tanggungjawab dari kemitraan

4. Peluang Karir

Dinas kesehatan lokal, departemen kesehatan dan organisasi kesehatan masyarakat merupakan tempat mengembangkan karir dan tempat bekerjanya pemegang program promosi kesehatan di masyarakat. Agen-agen pemerintah dan organisasi masyarakat memiliki aturan bekerja yang berbeda-beda sehingga para promotor kesehatan harus menyiapkan diri untuk dapat bekerja pada tempat-tempat tersebut. Beberapa pekerjaan membutuhkan staf yang bekerja dalam kantor, klinik atau bagian etalase (customer service) sementara bidang pekerjaan lain mengharuskan staf untuk mengunjungi klien di rumah atau tempat kerja. Perjalanan lokal atau luar kota kadang dilakukan untuk beberapa pekerjaan. Publik speaking, menyiapkan materi komunikasi kesehatan, menjaga komunikasi secara elektronik, bekerja bersama orang dalam kelompok kecil dan besar dan pada area penting untuk kegiatan promosi kesehatan di masyarakat.

Ada banyak tempat kerja ditingkat lokal dan memberikan peluang karir yang menjanjikan. Untuk menahan dan mengembangkan staf, direktur dan supervisor organisasi masyarakat dan agen kesehatan memberikan supervisi yang informatif, mendidik dan mendukung. Mereka memberikan jadwal yang fleksibel, pengembangan staf dan kegiatan pelatihan sebagai contoh berpartisipasi dalam konferensi, asosiasi profesional, dan belajar secara online) dan peluang dalam kepemimpinan.

Faktor lain yang dapat membantu orang untuk dapat mengisi peluang karir pada departemen kesehatan atau dinas kesehatan dan organisasi masyarakat adalah mempunyai kompetensi budaya atau memahami budaya masyarakat setempat, memiliki nilai-nilai individu yang sesuai dengan misi pemberi pekerjaan, dan memiliki ketrampilan networking. Individu yang bekerja pada bidang promosi kesehatan di masyarakat berinteraksi dan melayani masyarakat dari berbagai budaya dan latar belakang etnik. Dalam interaksi tersebut membutuhkan pengetahuan, ketrampilan dan apresiasi dari pemilik modal, kekuatan dan perbedaan diantara masyarakat dari perbedaan budaya dan etnis. Anggota staf organisasi sering menjadi pemimpin masyarakat yang melayani dan mengadvokasi di masyarakat. Promotor kesehatan dituntut mempunyai passion dalam melayani masyarakat dan empati terhadap anggota masyarakat yang membutuhkan dukungan untuk program promosi kesehatan. Begitu juga ketrampilan dalam networking yaitu membangun hubungan baik dengan stakeholder dan penyandang dana sehingga dapat membuat peluang yang berkontribusi pada efektifitas program dan

kesuksesan promotor kesehatan. Ada tiga atribut untuk promotor kesehatan yaitu dikenal, dihargai dan direkrut kemampuan kerjanya.

E. RANGKUMAN

1. Sekolah dan perguruan tinggi memberikan peluang yang menjanjikan untuk promosi kesehatan. Lembaga ini berperan dalam meningkatkan dan melindungi kesehatan pada kelompok anak-anak, remaja awal, dan remaja akhir (pemuda). Saat ini telah banyak dilakukan inisiatif untuk mendukung pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi/universitas. Profesional kesehatan dapat saling menjalin kemitraan untuk meningkatkan kesehatan anak-anak dan remaja.
2. Peluang promosi kesehatan pada organisasi pelayanan kesehatan merefleksikan perpaduan antara ilmu pengobatan, kesehatan masyarakat dan peran penting organisasi pelayanan kesehatan serta fasilitas kesehatan dalam menentukan kesehatan individu. Program promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan berfokus pada pasien, keselamatan pasien, kesehatan pegawai, keselamatan tempat kerja dan masyarakat sekitarnya. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk membantu orang memahami informasi kesehatan dan pembuatan keputusan dalam kesehatan serta mengembangkan ketrampilan yang dibutuhkan untuk berpartisipasi pada pelayanan kesehatan. Meningkatnya keterlibatan pasien dalam hal ini merefleksikan pentingnya promosi kesehatan di pelayanan kesehatan.
3. Tempat kerja merupakan area yang penting untuk promosi kesehatan dengan tujuan kesehatan dan keselamatan pekerja.

Intervensi promosi kesehatan berfokus pada pekerja secara individu, interaksi antara pekerja dan supervisor, lingkungan fisik dan sosial di tempat kerja, kebijakan di tempat kerja, dan konteks sosial yang lebih luas di tempat kerja. Kegiatan ini memberikan peluang promotor kesehatan dan keselamatan di tempat kerja pada masa mendatang.

4. Promosi kesehatan di masyarakat berfokus pada individu, keluarga dan populasi di masyarakat untuk memastikan kondisi yang aman dan sehat. Kunci efektivitas program promosi kesehatan di masyarakat adalah partisipasi masyarakat dan pemberdayaan masyarakat. Peluang karir promotor kesehatan di masyarakat sangat menjanjikan namun dibutuhkan promotor kesehatan yang profesional. Artinya promotor kesehatan harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kondisi masyarakatnya.

F. PERTANYAAN PENUNTUN

1. Bagaimana peran promosi kesehatan pada area sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat
2. Jelaskan sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat.
3. Bagaimana tantangan dan peluang promosi kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat.
4. Bagaimana peluang karir promotor kesehatan di sekolah atau perguruan tinggi, di pelayanan kesehatan, di tempat kerja dan di masyarakat.

G. DAFTAR PUSTAKA

18 Fertman Carl I, Allensworth Daniel D, 2010, **Health Promotion Program, From Theory and Practice**, Jossey Bass, SanFrancisco

18 Kemm, John and Close, Ann. 1995. **Health Promotion. Theory and Practice**. Mackays of Chatham PLC, Chatham, Kent. Great Britain.

93 Center for Diseases Control and Prevention (2008, September) **Healthy Youth!** Coordinated School Health Program, <http://www.cdc.gov/healthyyouth/CSHP>

72 Institute for Family Center Care (2008a) FAQ, [http :// www.familycentercare.org/faq.html](http://www.familycentercare.org/faq.html)

Institute for Family Center Care (2008b) **Partnering with patients and family to design a patients and family- centered health care system: Recommendation and promosing practice**, [http:// www.familycentercare.org/tools/downloads.html](http://www.familycentercare.org/tools/downloads.html)

Center Diseases Control and Prevention (2008) Worksite Health Promotion, www.thecommunityguide.org/worksite

26 Sorensen, G & Barbeau, E.M (2006) **Integrating Occupational health, Safety and worksite health promotion : opportunity for research and practice**. La Medicia del Lavaro 97(2), 240-257

26 Center for Diseases Control and Prevention (1999). **Ten Great Public Health Achievement**, United Stated, 1900-1999. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 48 (12), 1-3

Health District of Northern Larimer County, **Health Promotion Services** (2009), <http://www.healthdistrict.org/services/healthpromotion.htm>

 105

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health
Function Steering Committee (2008) **Public Health in
Amerika**, <http://www.health.gov/phfunction/public.htm>

BAB 7

STUDI KASUS IMPLEMENTASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

A. PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKAT

- Program **promosi kesehatan** : Pengembangan **Rumah Bebas Asap Rokok Sebagai Upaya Perlindungan Perokok Pasif** (Studi **di Kutu Dukuh Sleman, Yogyakarta**)
- Tim Peneliti : Heni Trisnowati, Riskal Muslim, Asih Setyani

1. Latar Belakang

Perilaku merokok akan meningkatkan risiko timbulnya penyakit degeneratif seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, gangguan kehamilan dan penyakit paru. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh para ahli membuktikan adanya bahaya merokok bago kesehatan si perokok dan pada orang di sekitarnya (perokok pasif) (Aditama, 1997).

Yang dimaksud perokok pasif adalah orang-orang yang berada di sekitar perokok dan terpaksa menghirup asap rokok orang-orang tersebut. Seperti perokok aktif, perokok pasif dapat menderita berbagai penyakit, kecacatan, dan bahkan kematian. Hak untuk menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok telah menjadi perhatian dunia, namun kenyataanya pemaparan asap rokok semakin hari semakin bertambah akibat meningkatnya jumlah perokok. Menurut WHO diperkirakan tahun 2030 tingkat kematian dunia

akibat konsumsi rokok akan mencapai 10 juta orang setiap tahunnya dan sekitar 70% terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia.

Pengendalian para perokok yang menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif merupakan hal yang perlu dilakukan diantaranya melalui rumah bebas asap rokok. Sementara untuk melindungi perokok pasif Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta mengeluarkan Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) No. 42 Oktober 2009 tentang Kawasan Dilarang Merokok.

Hasil pengumpulan data awal (*need assessment*) kepada ibu-ibu di 3 RW pedukuhan Kutu Dukuh (sebanyak 37 responden) didapatkan sebanyak 84 % suami/anggota keluarga responden masih merokok di rumah, frekuensi merokok dalam rumah dalam kategori sering sebesar 48 %, perasaan responden terhadap suami/anggota keluarga yang lain bila merokok 43 % keberatan dan tidak bisa berbuat apa-apa 38 % keberatan dan menegur. Sebagian besar responden (70 %) minta suami untuk berhenti merokok. Perasaan responden jika anggota rumah tangga lain merokok adalah tidak bisa apa-apa (59 %), menegur (38 %). Mayoritas responden mendukung jika dibuat rumah bebas asap rokok (70 %). Berdasarkan latar belakang tersebut di atas bagaimana mengembangkan rumah bebas asap rokok sebagai upaya perlindungan perokok pasif?

2. Tujuan

1) Tujuan Umum

Mengembangkan rumah bebas asap rokok sebagai upaya perlindungan terhadap perokok pasif pada warga RW 28 di Kutu Dukuh Kabupaten Sleman Yogyakarta

2) Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan komitmen warga RW 28 Kutu Dukuh untuk membuat kesepakatan rumah bebas asap rokok setelah mengikuti studi banding ke Gemawang
- b. Meningkatkan pengetahuan warga RW 28 Kutu Dukuh tentang dampak rokok terhadap kesehatan perokok pasif dan ekonomi.
- c. Meningkatkan pengetahuan Ibu-ibu RW 28 Kutu Dukuh tentang perilaku asertif
- d. Meningkatkan komitmen warga RW 28 Kutu Dukuh untuk membuat kesepakatan rumah bebas asap rokok.

3) Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada kegiatan promosi kesehatan di RW 28 Kutu Dukuh Kabupaten Sleman adalah *Mixed Methods* dan rancangannya adalah *concurrent embedded study*. Pengumpulan data dilakukan secara terpisah dan waktunya tidak bersamaan. Tetapi data kualitatif yang dikumpulkan merupakan bagian dari data kuantitatif (Creswell & Clark, 2007).

Untuk mengetahui perubahan pengetahuan pada sasaran (Bapak-bapak dan Ibu-ibu RW 28) menggunakan metode kuantitatif, jenis penelitian quasi eksperimen dengan rancangan pre post tes design. Kemudian untuk mengetahui tanggapan sasaran terhadap kegiatan penyuluhan dan media

189 stiker serta poster Perlindungan Bebas Asap Rokok yaitu menggunakan metode kualitatif dengan indep interview.

Lokasi Penelitian dilakukan di wilayah Kutu Dukuh khususnya RW 28 dengan pertimbangan bahwa warga RW 28 sebagian besar masih merokok, dan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat di RW 28 Kutu Dukuh. Penelitian pendahuluan dilakukan pada bulan Februari – Maret 2011.

134 Sampel penelitian diambil secara purposive sampling, di mana pengambilan sampel berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan berdasarkan tujuan penelitian. Kriteria Sampel adalah Bapak-Bapak dan Ibu-ibu yang berada di wilayah RW 28 dan aktif dalam pertemuan RW 28. Jumlah Ibu-ibu yang mengikuti kegiatan penyuluhan dampak rokok terhadap kesehatan perokok pasif dan ekonomi serta penyuluhan perilaku asertif sejumlah 24 orang. Jumlah ini sesuai dengan jumlah ibu-ibu yang hadir pada pertemuan RW 28 pada tanggal 25 Februari 2011. Sedangkan jumlah Bapak-bapak yang mengikuti kegiatan penyuluhan dampak rokok terhadap kesehatan perokok pasif dan ekonomi sejumlah 16 orang. Jumlah ini juga sesuai dengan jumlah bapak-bapak yang hadir pada pertemuan RW 28 pada tanggal 28 Maret 2011.

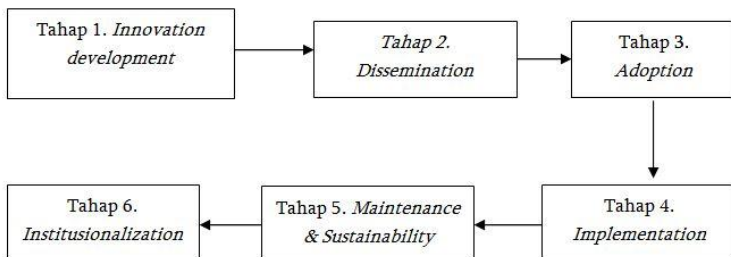
4) Kerangka Teori & Kerangka Konsep

1 Pengembangan rumah bebas asap rokok adalah salah satu program untuk melindungi perokok pasif di RW 28, Kutu Dukuh Kabupaten Sleman Yogyakarta. Intervensi yang dilakukan untuk mengembangkan rumah bebas asap rokok adalah penyuluhan tentang dampak rokok terhadap kesehatan dan ekonomi serta Perilaku asertif. Kemudian program studi banding ke Lokasi yang sudah berhasil

menerapkan rumah bebas asap rokok dan pemasangan media poster bahaya rokok bagi perokok pasif dan stiker rumah bebas asap rokok.

Selanjutnya program pengembangan rumah bebas asap rokok di RW 28 Kutu Dukuh mencoba mengaplikasikan teori difusi dan inovasi, Difusi adalah proses dimana inovasi dikomunikasikan melalui saluran dalam suatu sistem sosial. Penyebarluasan dilakukan secara terencana dengan usaha yang sistematis untuk memaksimalkan pencapaian dan adopsi program baru serta menggunakan strategi dan kebijakan (Roger, 2003 dan Oldenburn & Parcel 2002, Citt Gland, at al 2008). Tahapan proses difusi adalah *innovation development, dissemination, adoption, implemetation, maintenance, sustainability dan institutionalization* (Glanz, at al, 2008).

Gambar Berikut ini menjelaskan kerangka teori difusi inovasi:

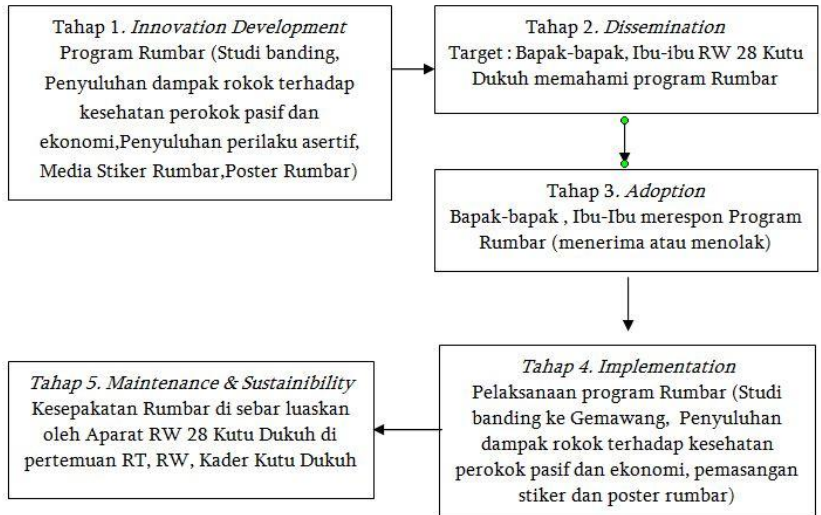


Gambar 7.1. Kerangka Teori Difusi & Inovasi

Selama proses *innovation development*, sosial marketing digunakan untuk menentukan target, menentukan intervensi promosi kesehatan. Pada tahap *innovation development* kelompok melakukan *need assessment* di Kutu

Dukuh sehingga tercetus untuk mengembangkan rumah bebas asap rokok (Rumbar) sebagai upaya perlindungan terhadap perokok pasif di RW 28 Kutu Dukuh. Untuk mengembangkan program tersebut terdapat 3 intervensi promosi kesehatan yaitu studi banding ke Gemawang, penyuluhan tentang dampak rokok terhadap kesehatan perokok pasif dan ekonomi keluarga. Yang terakhir penggunaan media stiker tentang rumah bebas asap rokok dan poster tentang perlindungan perokok pasif. Tahap *dissemination* menentukan kelompok target yang akan mengadopsi program. Pada tahap ini kelompok target sudah memahami program. Kemudian tahap **adopsi** adalah kelompok target berusaha untuk merespon program. Keputusan mengadopsi dipengaruhi oleh (a) kesadaran bahwa inovasi (program) ada, (b) pengetahuan tentang prosedur melaksanakan program, (c) pemahaman tentang bagaimana pelaksanaan program. Adopsi program tidak hanya pada perubahan pengetahuan tetapi juga perubahan sikap lalu mencoba program yang akhirnya memilih mengadopsi atau menolak.

Pada bagian proses **implementasi** program, masalah yang perlu dipikirkan adalah sumber daya dan dukungan terhadap pelaksanaan program. Studi penelitian sering menfokuskan pada self-efficacy dan ketrampilan sasaran, mendorong untuk mencoba program. Kemudian pada fase *maintenance* dan *sustainability* berusaha untuk menjaga keberlangsungan program. Dan fase yang terakhir adalah **institusionalisasi** pada masyarakat (Glanz, et al, 2008). Gambar di bawah ini menjelaskan kerangka konsep program rumah bebas asap rokok



Gambar 7.2. Kerangka Konsep Program Rumah Bebas Asap Rokok

5) Faktor Pendukung & Faktor Penghambat

Faktor Pendukung

Faktor pendukung dalam kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan di Kutu Dukuh adalah:

- Sikap kooperatif dari Ibu Dukuh terhadap kegiatan promosi kesehatan. Hal ini terbukti dengan kerelaan Ibu dukuh dalam meluangkan waktu dan membantu kelancaran kegiatan tersebut.
- Antusiasme Ibu-ibu warga RW 28 dalam mengikuti kegiatan penyuluhan sangat mendukung terwujudnya kesepakatan rumah bebas asap rokok
- Sikap kooperatif Bapak RW 28 dalam kegiatan penyuluhan dampak rokok terhadap kesehatan dan

1

ekonomi. Beliau membantu menentukan hari pertemuan kegiatan penyuluhan kesehatan sekaligus mengundang warga RW 28 untuk datang pada acara penyuluhan tersebut.

3

d. Dukungan dari tokoh masyarakat di Kutu Dukuh misalnya Bapak Dukuh dan Masyarakat. Dukuh Gemawang juga sangat mendukung terhadap rencana kegiatan studi banding ke wilayahnya. Hal ini terbukti dengan kesediaan Ibu dan Bapak Dukuh menyebarkan undangan kepada warga RW 28 untuk berpartisipasi dalam studi banding ke Gemawang.

3

e. Dukungan positif berupa waktu dan pikiran dari Ibu Dukuh Gemawang terhadap program rumah bebas asap rokok.

f. Dukungan biaya dari warga RW 28 Kutu Dukuh, karena pelaksanaan penyuluhan baik pada ibu-ibu maupun bapak-bapak bertepatan dengan pertemuan warga, sehingga konsumsi ditanggung warga.

g. Dukungan dari warga RW 28 Kutu Dukuh pada waktu studi banding ke Gemawang, di mana warga yang menyediakan sarana transportasi.

6) Faktor Penghambat

Faktor penghambat kegiatan promosi kesehatan di Kutu Dukuh antara lain:

3

a. Luas wilayah cakupan Kutu Dukuh yang terdiri dari 3 RW dan 19 RT sehingga kami kesulitan untuk mengcover seluruh RW pada saat Kegiatan. Pada saat kegiatan promosi kesehatan kami memilih satu RW yaitu RW 28. Pemilihan RW 28

dengan pertimbangan bahwa warga RW 28 sebagian besar masih merokok, pertimbangan lain mendapat dukungan tokoh warga RW 28 Kutu Dukuh.

- b. Terbatasnya durasi waktu pelaksanaan juga menyebabkan kegiatan tidak dapat terlaksana secara maksimal.

7. Pelaksanaan Program Promosi Kesehatan

Penyuluhan kesehatan kepada Ibu-ibu warga RW 28, Kutu Dukuh terdiri dari dua tema. Tema pertama tentang dampak rokok terhadap kesehatan dan ekonomi. Sedangkan tema yang kedua tentang bagaimana berperilaku asertif dalam menghadapi suami atau anggota rumah tangga yang merokok di dalam rumah. Sebelum pelaksanaan kegiatan penyuluhan ada beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain:

a. Silaturahmi dengan Ibu Dukuh

Silaturahmi dilakukan untuk menyambung kembali hubungan dengan pihak Kutu Dukuh terutama dengan Ibu Dukuh yang sempat terputus karena Bencana Merapi dan kegiatan libur dari pihak karyasiswa. Silaturahmi dilakukan melalui telepon. Pada saat telepon dengan Ibu dukuh kami menyampaikan permohonan maaf karena kevakuman kami beberapa waktu yang lalu dan kami menanyakan tentang kabar Ibu Dukuh dan keluarga serta meyampaikan rencana kelanjutan kegiatan promosi kesehatan di Kutu Dukuh.

b. Sosialisasi hasil survai awal di Kutu Dukuh

Kegiatan sosialisasi dilakukan pada tanggal 7 Februari 2011. Kegiatan ini diawali dengan pemaparan hasil need assessment yang telah dilakukan di Kutu Dukuh pada Bulan Oktober 2010. Kemudian kami mengajak ibu-ibu untuk mencari solusi terhadap masalah kesehatan yang terjadi di Kutu Dukuh. Masalah yang menjadi prioritas adalah masih banyaknya perilaku merokok yang dilakukan oleh suami dan anggota keluarga di dalam rumah (84%). Pada saat sosialisasi disepakati kegiatan penyuluhan tentang dampak rokok terhadap kesehatan dan ekonomi, penyuluhan tentang perilaku asertif dan studi banding ke Gemawang. Media yang digunakan untuk kegiatan penyuluhan adalah leaflet. Kemudian Poster dan stiker yang berfungsi sebagai warning sign bagi warga agar tidak merokok di dalam rumah.

c. Koordinasi Kegiatan Penyuluhan Ibu-Ibu warga RW 28, Kutu Dukuh

Koordinasi dilakukan pada tanggal 21 Februari 2011. Sebelum pertemuan dengan ibu Kutu Dukuh dilakukan komunikasi melalui telepon. Pertama, Koordinasi dilakukan dengan Ibu dukuh. Dalam pertemuan dengan Ibu dukuh disepakati tanggal pelaksanaan penyuluhan yaitu tanggal 25 Februari 2011 sasaran kegiatan penyuluhan. Yang menjadi sasaran kegiatan adalah RW 28 dimana warganya banyak yang merokok. Kemudian Ibu Dukuh akan menginformasikan kepada warga tentang rencana

kegiatan penyuluhan tersebut. Lalu Ibu Dukuh juga akan membantu untuk menentukan lokasi penyuluhan yang kebetulan waktunya sama dengan kegiatan arisan Ibu- bu RW 28.

d. Pelaksanaan Penyuluhan kepada Ibu-Ibu RW 28, Kutu Dukuh

Penyuluhan dilaksanakan tanggal 25 Februari 2011. Lokasi penyuluhan di rumah ibu Toro. Waktu pelaksanaan bersamaan dengan waktu Arisan Ibu-ibu RW 28 yang dimulai pukul 16.00 WIB dan berakhir pada pukul 18.00 WIB. Alokasi waktu penyuluhan 30 menit. Dalam penyuluhan ini terdapat dua tema yaitu dampak rokok terhadap kesehatan dan ekonomi serta perilaku asertif. Media yang digunakan dalam penyuluhan ini adalah leaflet. Jumlah peserta yang hadir sebanyak 24 orang. Dengan susunan acara sebagai berikut :

- 1) Pembukaan
- 2) Menyanyikan Mars PKK dan Mars Sleman
- 3) Sambutan ibu Dukuh
- 4) Pengantar dari Tim Peneliti
- 5) Pre Test
- 6) Penyuluhan : “bahaya merokok terhadap kesehatan dan ekonomi oleh Tim peneliti
- 7) Pelatihan : Tindakan Asertif oleh Tim Peneliti
- 8) Tanya jawab
- 9) Pos tes
- 10) Rencana tindak lanjut
- 11) Penutup

e. Penyuluhan Bapak-bapak warga RW 28 , Kutu Dukuh

Sebelum penyuluhan dilakukan peneliti melakukan pertemuan dengan Bapak RW untuk mensosialisasikan rencana kegiatan penyuluhan kesehatan. Bapak RW menyambut dengan baik rencana kegiatan penyuluhan kesehatan dan akan menentukan pertemuan dengan warga RW 28. Sehari sebelum acara penyuluhan, Bapak RW menghubungi salah satu dari kami. Beliau menyampaikan tentang hari pelaksanaan kegiatan perkumpulan warga RW 28.

Selanjutnya Pelaksanaan **Kegiatan Penyuluhan Dampak Rokok terhadap Kesehatan dan Ekonomi**, kegiatan Penyuluhan ini adalah ditujukan kepada bapak-bapak warga RW 28 dan pelaksanaannya pada tanggal 28 Februari 2011 **jam 20.00 WIB sampai jam 22.00 WIB**. Sasaran untuk kegiatan ini adalah bapak-bapak. Karena mereka mayoritas pelaku merokok dan terbukti pada saat kegiatan masih ada beberapa orang yang merokok di dalam ruangan atau dalam rumah. Penyuluhan ini menggunakan media leaflet. Peserta penyuluhan sebanyak 16 orang.

Susunan acaranya adalah **sebagai berikut :**

- 1) **Pembukaan**
- 2) **Sambutan Tuan rumah**
- 3) **Sambutan Ketua RW**
- 4) **Pre tes**
- 5) **Penyuluhan Dampak merokok terhadap Kesehatan dan Ekonomi**
- 6) **Penyuluhan Dampak Merokok dibawakan oleh Riskal Muslim**

- 7) Tanya awab
- 8) Pos tes
- 9) Kesepakatan warga tentang rumah bebas asap rokok

f. **Studi Banding Ke Gemawang**

a. Koordinasi Kegiatan Studi Banding

Koordinasi dilakukan dengan Ibu Dukuh Kutu dan Ibu Dukuh Gemawang pada tanggal 2 Maret 2011. Hasil koordinasi menyepakati kegiatan studi banding dilakukan pada tanggal Maret 2011. Selanjutnya tim peneliti membuat undangan studi banding yang disetujui oleh Bapak Dukuh Kutu.

b. Pertemuan dengan Ibu Dukuh

Pertemuan dengan Ibu Dukuh Gemawang dilakukan pada tanggal 8 Maret 2011 jam 16.00 WIB. Tim peneliti memastikan siapa saja yang dapat hadir untuk studi banding ke Gemawang dan memastikan transportasi yang akan digunakan. Setelah mendapatkan informasi tersebut diadakan pertemuan dengan Ibu Dukuh Gemawang. Dan Pihak Gemawang sudah menyiapkan segala sesuatunya untuk acara studi banding tersebut.

c. Pelaksanaan Studi Banding ke Gemawang

Kegiatan studi banding dilaksanakan pada tanggal 9 Maret 2011. Kegiatan dimulai pukul 16.00 -18.00 WIB. Pusat pertemuan di PAUD Gemawang. Yang hadir studi banding 15 orang. Dengan susunan acara sebagai berikut :

- 1) Pembukaan dari Tim peneliti
- 2) Sambutan (Tokoh masyarakat Gemawang) sebagai penerima Tamu
- 3) Sambutan dari Bapak Kepala Kutu Dukuh

- 4) Sharing dari Ibu T (Toma Gemawang)
- 5) Sambutan dari (Ibu Dukuh Kutu)
- 6) Sharing dari Bapak Kepala Dukuh Gemawang
- 7) Sharing pengalaman Mantan perokok berat (Bapak S, Gemawang)

g. Pemasangan Stiker dan Poster

Pemasangan media stiker dan poster secara simbolik dilaksanakan pada tanggal 18 dan 19 Maret 2011. Sebelum pemasangan media dilaksanakan beberapa kegiatan yaitu :

- a. Uji coba stiker, leaflet dan poster dilakukan di Gemawang. Gemawang merupakan wilayah yang karakteristik masyarakatnya hampir sama dengan wilayah Kutu Dukuh. Kedua wilayah tersebut sama-sama terletak di Kabupaten Sleman dan satu kecamatan Sinduadi. Dari beberapa contoh leaflet dan stiker serta poster yang kami tawarkan terpilih satu yang akan menjadi media untuk kegiatan promosi kesehatan di Kutu Dukuh
- b. Pemesanan Leaflet, Poster dan Stiker
- c. Pemesanan leaflet, poster dan stiker dilakukan setelah dilakukan sosialisasi kegiatan pada Ibu-ibu RW 28 dan bapak RW 28. Leaflet di cetak sebanyak 70 lembar, Poster 3 lembar dan stiker 30 lembar. Pembuatan leaflet, poster dan stiker disesuaikan dengan kebutuhan dan sumber dana kelompok.
- d. Pemasangan Stiker dan Poster
- e. Pemasangan stiker dan poster tentang rumah bebas asap rokok dilakukan pada tanggal 18 Maret 2011 jam 15.30 pertama kali dilakukan oleh bu Dukuh Kutu, wilayah RT 3. Sedangkan pemasangan poster di RT 4

oleh pak RT. Pemasangan poster pada RT 5 dan RT 2 dilakukan oleh Ibu RT dan masing-masing pada tanggal 19 Maret 2011. Pemasangan stiker pada warga RW 28 meliputi RT 1, RT 2, RT 3, RT 4, RT 5 Kutu dukuh dilakukan pada tanggal 19 Maret 2011 jam 15.00 sampai selesai.

8. Evaluasi Program Promosi Kesehatan

a) Evaluasi Penyuluhan pada Ibu-Ibu

12 Evaluasi penyuluhan dilakukan melalui 2 tahap yaitu evaluasi proses dan evaluasi outcome. Evaluasi proses sudah mulai dilaksanakan pada saat pelaksanaan program penyuluhan dengan metode observasi. Pada saat penyuluhan dimulai situasi nampak hening dan perhatian ibu-ibu terfokus pada slide presentasi dan pembawa presentasi. Ibu-ibu nampak serius mendengarkan materi yang disampaikan oleh karyasiswa.

126 Setelah penyampaian materi selesai dilanjutkan dengan diskusi dan tanya jawab dengan peserta penyuluhan. Pada saat sesi diskusi, ibu-ibu terlihat sangat antusias terhadap materi yang baru saja disampaikan. Waktu yang disediakan selama 30 menit masih kurang karena diskusi berjalan sangat menarik. Ini terbukti dengan banyaknya pertanyaan yang disampaikan oleh peserta. Pertanyaan-pertanyaannya adalah :

- 175
- 1) Bagaimana dampak *e-cigarette* (rokok elektrik) terhadap kesehatan dan perokok pasif,

- 2) Apakah abu rokok berbahaya tidak? Berapa kadar nikotinnya?
- 3) Lidah mertua apakah bisa sebagai obat?
- 4) Bagaimana mensikapi suami yang masih bau rokok menggendong dan mencium cucu?
- 5) Bagaimana cara agar suami berhenti merokok?

Acara penyuluhan berlangsung lebih lama dari yang dijadwalkan. Yang awalnya 30 menit menjadi 60 menit. Sebetulnya ibu-ibu masih antusias tetapi karena waktu magrib sudah tiba akhirnya acara diakhiri oleh pembawa acara.

Selanjutnya evaluasi outcome meliputi penilaian tentang pengetahuan ibu-ibu yang mengikuti penyuluhan tentang dampak merokok bagi perokok aktif dan perokok pasif, dampak rokok dan kerugian ekonomi keluarga dan perilaku asertif. Hasil wawancara kepada 3 informan menunjukkan bahwa penyuluhan tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi dan tindakan asertif bisa meningkatkan pengetahuan ibu-ibu tentang bahaya merokok terhadap kesehatan dan dampaknya terhadap ekonomi keluarga dan bisa meningkatkan upaya ibu-ibu untuk menanggulangi bahaya merokok dan cara menegur kalau ada yang merokok. Seperti beberapa kuotasi di bawah ini :

“Kalau untuk manfaatnya...kalau bagi saya sangat senang sekali terutama untuk kesehatan kalau ekonomi jelas to menunjang karena itu untuk mengurangi pengeluaran ya kira-kira seperti itu lah, kemudian setelah saya juga menyampaikan pada kader ibu-ibu juga

kemarin...mereka semua juga senang sekali seandainya itu di dalam rumah itu tidak ada yang merokok itu memang senang sekali” (INFORMAN 1)

“Yang jelas kami, saya terutama ya...lebih tahu yaa. Eee..apa namanya ini looo dampaknya dari asap rokok tersebut, jadi tahu gitu...sampe ya...gak banyak sih Cuma ya sebatas njenengan” (INFORMAN 2)

“Penyuluhannya itu saya merasa senang, bagus dapat tambahan ilmu,... itu senang sekali karena dulu gak tahu bagaimana cara menanggulangi, cara untuk apa ya menghindari, untuk memberangkatkan keluarga supaya b jangan merokok itu bagaimana, terus karena biasanya kalo cuman kita sendiri sebelum dapat penyuluhan itukan, menegurnya kan kadang-kadang agak kasar gitu ya..” (INFORMAN 3)

3
41
21
1
3
3

Kemudian Penilaian pengetahuan ibu-ibu warga RW 28 Kutu Dukuh tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi serta tindakan asertif juga dilakukan secara kuantitatif dengan melihat hasil pre test dan post test. Instrumen berupa kuesioner pengetahuan yang berjumlah 5 item dengan nilai tertinggi 5 dan terendah 0. Setelah dilakukan penyuluhan tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi dan pelatihan tindakan asertif, terlihat adanya peningkatan nilai rerata pengetahuan ibu-ibu tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi serta tindakan asertif. Peningkatan rerata pengetahuan ibu-ibu tentang dampak merokok

terhadap kesehatan dan ekonomi serta tindakan asertif dapat dilihat pada Tabel 1 di bawah ini :

Tabel 7.1. Perbedaan rerata dan Standar Deviasi Pengetahuan Ibu-Ibu pada saat pre tes dan pos tes

	Pengetahuan Ibu-Ibu	
	Mean	Standar Deviasi
Pre Tes	3.55	0.522
Pos Tes	4.18	0.60

Hasil analisis statistik menggunakan uji paired t test menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada pengetahuan ibu-ibu sebelum perlakuan dibandingkan dengan pengetahuan ibu-ibu sesudah perlakuan ($p < 0.05$).

b) **Kesepakatan Melindungi Perokok Pasif pada kelompok ibu-ibu**

Upaya untuk membuat melindungi perokok pasif dituangkan dalam bentuk kesepakatan warga (ibu-ibu). Pelaksanaan kesepakatan



dilakukan pada pertemuan ibu-ibu tingkat RW 28 di rumah salah satu warga RT 1, Proses pelaksanaan diawali dengan cerita dari warga yang mengikuti studi banding ke Gemawang yang telah berhasil dalam menerapkan perlindungan perokok pasif sampai terbentuknya kesepakatan. Kemudian ditawarkan oleh tim peneliti “Bagaimana kalau antusiasme ibu-ibu terhadap upaya perlindungan ke perokok pasif dituangkan ke dalam bentuk

3 kesepakatan. Usulan dari ibu-ibu tentang kesepakatan untuk perlindungan perokok pasif adalah : a) Tidak merokok di rumah; b) Memasang stiker rumahku bebas asap rokok; c) Tidak menyediakan asbak.

Kesepakatan tersebut ditulis pada sebuah karton, kemudian ditandatangani ibu-ibu. Dari seluruh ibu yang hadir pada pertemuan tersebut, sebanyak 83,3 % menandatangani. Selanjutnya evaluasi outcome dilakukan dengan indepth interviu kepada 1 orang ibu yang ikut menandatangani kesepakatan. Hasil wawancara mendalam dari informan 1 :

“... kalau gak ada asbak ya nanti ya udah ngerokoknya di luar dulu, ah gitu kan tingkatan, biasanya suami saya seperti itu lah”

2 Hasil wawancara menunjukkan bahwa hasil kesepakatan ibu-ibu warga RW 28 bisa mendukung ibu untuk membuat rumah bebas asap rokok sebagai upaya perlindungan perokok pasif.

1 c) **Evaluasi Penyuluhan pada Bapak-Bapak**

115 Sasaran yang kedua dari penelitian ini adalah Bapak-Bapak baik yang perokok maupun bukan perokok di lingkungan RW 28 Kutu Duku. Perbedaan materi yang diberikan dengan ibu-ibu adalah materi yang diberikan pada bapak-bapak tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi, tanpa materi tindakan asertif. Jenis evaluasi yang dilakukan ada dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi outcome. Evaluasi proses dilakukan dengan observasi pada saat penyuluhan berlangsung sementara evaluasi outcome dilakukan

sebulan setelah penyuluhan dengan design pre tes dan postes.

Hasil evaluasi proses adalah sebagai berikut : pada saat tim peneliti datang ke pertemuan warga RW 28, terlihat masih disediakan asbak dan beberapa orang (30 %) dari yang hadir merokok. Pada waktu kelompok menyampaikan penyuluhan, terlihat warga masih belum menunjukkan ketertarikannya, namun warga yang merokok sudah mulai mematikan rokoknya. Saat diadakan tanya jawab dan dengan penjelasan ke mereka bahwa tujuan melakukan penyuluhan ini adalah bukan untuk melarang warga merokok, tetapi tujuannya adalah untuk perlindungan ke perokok pasif, baru terlihat antusiasme warga, walaupun **di antara mereka ada yang pro dan kontra** tentang merokok. Para perokok bahkan menyampaikan niatnya untuk berhenti merokok tetapi masih kesulitan caranya.

Pada sesi sharing ada tips berhenti merokok dari salah satu warga yang sudah berhasil berhenti merokok antara lain : 1) Saya bekerja di ruang AC, sehingga tidak diperkenankan untuk merokok, ini sudah mengurangi waktu saya merokok; 2) Setiap pulang rumah, istri selalu bertanya : katanya sudah tidak merokok pak tetapi kok bajunya masih bau rokok (ini membuat saya lama-lama berhenti merokok); 3) Setelah menikah, janji dengan istri kalau punya anak laki-laki tidak merokok. Akhirnya punya anak laki-laki, pada awalnya berat untuk berhenti tetapi teringat dengan janji akhirnya berhenti; 4) Uang yang seharusnya untuk merokok, setiap hari ditabungkan sehingga bisa naik haji.

Selanjutnya untuk melindungi hak azasi perokok maupun bukan perokok Beberapa warga menyampaikan : 1) Sebaiknya merokok tidak dilakukan di rumah (mempersempit ruang gerak perokok); 2) Menyadari bahwa tubuh kita pemberian Tuhan, maka harus dijaga dengan tidak merokok; 3) Tidak membeli rokok, tetapi kalau diberi tidak menolak; 4) Tidak melarang warga merokok (dikembalikan ke masing-masing) tetapi untuk meminimalisir maka merokok dilakukan di luar rumah. Kemudian warga membuat kesepakatan bahwa **“Aktivitas merokok tidak dilakukan di rumah”** dengan difasilitasi tim peneliti dimana warga menandatangani kesepakatan tersebut.

Hasil evaluasi outcome secara kuantitatif adalah sebagai berikut : penilaian pengetahuan tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi **dilakukan dengan melihat hasil pre test dan post test dengan menggunakan kuesioner** yang berjumlah 4 item pertanyaan, dengan nilai tertinggi 4 dan nilai terendah 0. Uji perbandingan pengetahuan bapak-bapak **tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi** dapat dilihat **pada** Tabel 2.

Tabel 7.2. Perbedaan Rerata dan Standar Deviasi Pengetahuan Bapak-Bapak pada saat pre dan post tes

	Pengetahuan Bapak-Bapak	
	Mean	Standar Deviasi
Pre Tes	2.00	1.41
Pos Tes	3.00	0.78

102

136

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai rerata pengetahuan bapak-bapak tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi. Berdasarkan hasil analisis statistik (paired t-test) diperoleh hasil bahwa pengetahuan bapak-bapak sebelum perlakuan tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi berbeda secara bermakna dibandingkan dengan pengetahuan bapak-bapak setelah perlakuan ($p < 0.05$).

Sementara evaluasi outcome dengan metode kualitatif yaitu melalui wawancara mendalam pada seorang bapak yang pernah mengikuti penyuluhan diperoleh informasi bahwa dampak penyuluhan bagus, masyarakat jadi tahu dampak negatif dari rokok, dan tidak bimbang lagi. Seperti kutasi berikut ini :

“Ya saya rasa bagus..., jadi mereka memang merespon, memang dalam hal ini mengenai bahaya rokok itu kadang-kadang tidak di tingkat masyarakat secara umum, masyarakat awam itu kadangkadang belum anu ya belum sadar sepenuhnya tentang bahaya merokok, jadi mereka masih mungkin istilahnya dalam kebimbangan apa iya apa gak gitu”

“Tapi dengan adanya semacam itu mereka juga sudah mulai ee paling tidak sudah ada kebimbangan itu sudah ee mengarah ke mengurangi paling tidak”
(INFORMAN 1).

Dari kutipan wawancara di atas, menunjukkan bahwa penyuluhan dampak merokok terhadap kesehatan

membuat masyarakat mulai ada kebimbangan, paling tidak mengarah ke mengurangi kegiatan merokok.

d) **Pengetahuan responden tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi**

Hasil penelitian tentang dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi baik pada bapak-bapak maupun ibu-ibu menunjukkan bahwa pengetahuan mereka sebelum diberikan perlakuan berbeda secara bermakna dibandingkan dengan pengetahuan mereka setelah perlakuan. Hal ini sesuai dengan penelitian Iswahyudi (2006) bahwa proses belajar dapat mengubah pengetahuan. Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dengan bertambahnya pengetahuan akan merangsang perubahan sikap bahkan perilaku seseorang. Hal ini menunjukkan bahwa melalui metode pendidikan dalam hal ini penyuluhan, dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Faktor pemilihan metode dalam pendidikan kesehatan harus mempertimbangkan banyak faktor agar proses penyampaian materi lebih mudah diterima sasaran. Berbagai faktor yang mendukung tercapainya peningkatan pengetahuan dalam penelitian ini adalah : faktor pertama adalah jumlah sasaran yang tidak terlalu banyak sehingga pesan lebih mudah diterima sasaran, faktor kedua adalah waktu antara pemberian penyuluhan dengan post test sangat singkat sehingga ibu-ibu masih mengingat dampak merokok terhadap kesehatan dan ekonomi serta tindakan asertif. Faktor lain yang juga sangat mendukung adalah ketrampilan dari penyampai pesan, hal ini terlihat dari antusiasme seluruh responden pada waktu diberikan

198

3

1

penyuluhan. Perubahan pengetahuan juga dipengaruhi oleh kombinasi penggunaan metode lain yaitu berupa tayangan video, tayangan gambar-gambar dan materi yang dibuat sangat menarik sehingga sasaran lebih mudah menerima. Metode lain juga diberikan yaitu leaflet tentang dampak merokok terhadap kesehatan.

e) **Studi Banding ke Gemawang**

Untuk memperkuat komitmen tentang Rumah Bebas Asap Rokok, maka tim peneliti mengajak beberapa tokoh masyarakat untuk melakukan studi banding ke Dukuh Gemawang Kelurahan Sinduadi yang telah berhasil menerapkan “Rumah Bebas asap Rokok”. Gemawang merupakan daerah yang telah berhasil menerapkan program rumah bebas asap rokok yang lokasinya di Kabupaten Sleman.

Sharing pengalaman dari Bapak dukuh Gemawang. Dulu beliau perokok berat (sehari 4 bungkus) sekarang tinggal 1 bungkus. Kesadaran mengurangi rokok karena memahami bahaya rokok terhadap kesehatan dan orang lain yang tidak merokok. Beliau menyampaikan cara menyadarkan warga tentang perlindungan terhadap perokok pasif. Caranya adalah sebagai berikut :

- 1) Memberi contoh tidak merokok di pertemuan warga. Pak dukuh tetap merokok sebelum pertemuan di luar ruangan.
- 2) Niat dari hati untuk tidak merokok
- 3) Tidak menyediakan asbak pada pertemuan dan di dalam rumah. Asbak ada tetapi di luar

- 4) Mengumpulkan semua warga, disaksikan pak Lurah dan Pak Camat untuk membuat komitmen rumah bebas asap rokok
- 5) Membuat peringatan tentang bahaya rokok terhadap anak dengan stiker atau poster
- 6) Selalu mengingatkan untuk merokok di luar rumah bukan menyuruh untuk berhenti
- 7) Tidak merokok bila dekat dengan mantan perokok, untuk menghormati
- 8) Tidak boleh merokok di dalam kamar mandi
- 9) Menyediakan snack (camilan) sebagai pengganti rokok
- 10) Menyediakan taman khusus untuk merokok yang ada kolam ikan sehingga bila merokok, rokoknya jatuh kedalam kolam dan akhirnya tidak merokok (sambil tertawa)

Harapan beliau adalah program perlindungan perokok pasif dapat tersebar ke wilayah yang lebih luas termasuk Gemawang. Dan beliau bersedia membantu bila Kutu Dukuh ingin membuat **kesepakatan rumah bebas asap rokok sebagai upaya perlindungan perokok pasif.**

Kemudian sharing dari mantan perokok berat, Bapak S. Dulunya Bapak S menyampaikan lebih baik tidak makan 3 hari daripada tidak merokok. Penyebab berhenti merokok adalah kesadaran akan dosa terhadap orang lain yang tidak merokok dan peran dari anak yang terus minta uang untuk beli buku sekolah. Beliau tidak percaya bila rokok dikaitkan dengan ekonomi, buktinya beliau memilih beli rokok daripada untuk makan. Pak S menyampaikan sharing dengan antusias dan sambil

tertawa. Beliau terlihat sehat walaupun usianya sudah lanjut.

Hasil Studi banding warga RW 28 Kutu Dukuh ke Dukuh Gemawang, menunjukkan bahwa terdapat peningkatan motivasi dari warga Kutu Dukuh untuk membuat kesepakatan dalam rangka perlindungan perokok pasif di wilayahnya yaitu dengan membuat rumah bebas asap rokok. Perubahan motivasi untuk berubah dipengaruhi keteladanan dari orang lain. Ini sesuai dengan hasil penelitian Syah (2002) bahwa faktor keteladanan dari orang lain member kontribusi positif untuk meningkatkan sikap dan perilaku dalam hal ini motivasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas kesehatan mereka dengan memberikan perlindungan ke perokok pasif. Kemampuan orang lain untuk mempengaruhi masyarakat untuk berbuat kebaikan merupakan kunci utama terhadap keberhasilan pesan yang disampaikan.

f) **Pemasangan Stiker dan Poster**

Pemasangan stiker rumah bebas asap rokok (rumbar) dan poster tentang rumbar serta poster tubuh seorang perokok dilakukan bersama masyarakat. Dari 5 RT yang terletak di RW 28, RT 3 jumlah yang memasang stiker paling banyak yaitu sebanyak 17 (36.17%) karena di RW 3 yang menyebarkan stiker Ibu Dukuh. Ibu Dukuh memiliki kekuatan membujuk dan mempengaruhi warganya khususnya di RW 3. Sedangkan RT 4 Bapak RT tidak menyetujui untuk dipasang stiker karena merasa berat. Tetapi ketika pertemuan Ibu-ibu RW 28 pada tanggal 25 Maret warga RT 3 yang berminat dengan stiker

meminta langsung dari tim karyasiswa. Sehingga semua stiker (65 buah) sudah diterima oleh warga RW 28. Kemudian pemasangan poster juga melibatkan Bapak dan Ibu RT. Jumlah poster yang berhasil dipasang ada 4 buah, tersebar pada keempat RT.

Keterlibatan tokoh masyarakat seperti ibu dukuh, bapak RT dan ibu RT dalam kegiatan pemasangan stiker dan poster rumber bertujuan agar keberlangsungan program rumber dapat dipertahankan di RW 28 Kutu Dukuh. Selain itu media stiker, leaflet dan poster dipilih karena karakteristik masyarakat RW 28 dengan tingkat pendidikan paling rendah SD. Dengan adanya stiker dan poster sangat membantu warga dalam upaya melindungi perokok pasif. Yaitu dengan pesan yang terdapat pada stiker dan poster memperingatkan untuk tidak merokok di dalam rumah (Eager & Donovan, 1993)

Pesan yang terdapat pada stiker sudah cukup bagus dan dapat menjadi media pengingat agar tamu yang merokok tidak dilakukan di dalam rumah. Hal ini berdasarkan indept interview dengan empat warga RW 28. Kemudian Berdasarkan evaluasi dengan indep interview diperoleh informasi bahwa ada warga RW 28 yang bersedia memasang stiker di depan pintu dan ada yang tidak bersedia memasang stiker. Alasan memasang stiker adalah stiker dapat membantu untuk mengingatkan orang yang merokok untuk berhenti merokok atau mematikan rokok bila ingin masuk ke rumah. Lalu warga yang tidak memasang stiker karena suami atau anggota keluarga lain masih merokok. Keputusan tidak memasang stiker seorang isteri yang dilakukan warga RW 28 Kutu

Dukuh mencerminkan budaya Jawa bahwa seorang perempuan memiliki kewajiban menghormati suaminya dan ada rasa takut dari pihak isteri. Ada dua informan yang menyampaikan bahwa menurut budaya Jawa istilah “bangga” menunjukkan kesombongan dan termasuk istilah yang kurang halus sehingga disarankan untuk diganti istilah lain yang lebih halus. Tetapi informan tidak dapat memberi masukan istilah untuk menggantikan kata “bangga”. Kalimat yang terdapat pada stiker juga bersifat abstrak, tidak langsung mengajak orang. Sehingga perbedaan persepsi dari informan perlu dipahami oleh para pembuat program agar solusi terhadap permasalahan dapat dicari jalan keluarnya.

Saran untuk stiker adalah dibuat lebih besar agar mudah terbaca oleh orang yang melihat. Stiker dapat bermanfaat untuk *warning sign*. Sedangkan Informan 1 pada kelompok yang tidak memasang stiker berpendapat poster lebih mengena karena ukuran besar dan mudah dilihat orang. Sehingga penggunaan media stiker dan poster saling melengkapi sebagai sarana untuk meningkatkan kemauan warga RW 28 untuk terus melindungi perokok pasif.

Penggunaan media stiker dan poster sangat mendukung program rumah bebas asap rokok. Karena dengan melihat stiker orang yang merokok jadi berpikir untuk mematikan rokoknya bila ingin masuk ke rumah warga terpasang stiker rumber. Bila perokok aktif tidak merokok di dalam rumah maka perokok pasif seperti isteri, anak-anak dapat terhindar dari asap rokok. Dengan adanya program pemasangan stiker rumber dan poster

rumbar serta poster “tubuh seorang perokok” dapat meningkatkan upaya warga RW 28 untuk membuat kesepakatan rumah bebas asap rokok. Kesepakatan rumbar pada kelompok Ibu-ibu RW 28 terbentuk pada tanggal 25 Maret 2011. Isi kesepakatannya adalah (a) tidak merokok di dalam rumah, (b) memasang stiker rumbar di depan pintu dan (c) tidak menyediakan asbak. Berikut ini gambar stiker (Aku Bangga Rumahku Sehat Tanpa Asap Rokok) dan poster (Tubuh Seorang Perokok) yang ditempel dirumah warga.



Gambar Stiker



Gambar Poster

9. Kesimpulan

- a) Terdapat peningkatan pengetahuan tentang bahaya rokok bagi kesehatan dan kerugian ekonomi keluarga pada ibu-ibu dan bapak-bapak di Kutu Duku, Sleman setelah diberikan penyuluhan dengan media leaflet dan poster.
- b) Terdapat peningkatan pengetahuan tentang tindakan asertif pada ibu-ibu di Kutu Duku Sleman setelah dilakukan pelatihan tindakan asertif.

- c) Terdapat peningkatan komitmen warga Kutu Duku Sleman untuk melindungi perokok pasif melalui kesepakatan rumah bebas asap rokok (Rumbar) yang isinya adalah tidak merokok di dalam rumah, tidak merokok dekat anak-anak, memasang stiker rumah bebas asap rokok di depan pintu masuk dan tidak menyediakan asbak

Daftar Pustaka

Aditama, 1992, **Rokok dan Kesehatan**, Universitas Indonesia Jakarta

Aditama, YT, 1997, **Rokok dan Kesehatan**, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, hal 556-559

Creswell JW and Clark VLP. 2007. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. London: Sage Publications

Dignan MB., Carr PA., 1992. **Program Planning for Health education and promotion**. Second Edition. USA: Lea & Febiner

Egger G.,Donowan, R,Spark, 1993. **Health and The Media**

Glanz, Rimer, Viswanath, 2008, **Health Behavior & Health Education**, Jossey Bass, San Fransisco

Morton Bruce G,S, Greene Walter H, Gotlieb Nell H, 1995, **Introduction Health Education and Health Promotion**, Waveland Press, illinois

Survei Kesehatan Nasional 2001 dalam S. Kosen: **Health and Economic Impact of Tobacco Use in Indonesia**, 2004.

WHO Framework Convention on Tobacco Control', Fifty-Sixth World Health Assembly, 21 May 2003

B. PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

- Program Promosi Kesehatan : Program Persiapan Anak Menuju Masa Remaja (Studi pada Sekolah Dasar di Yogyakarta)
- Tim Peneliti : Ferawaty Ginting, Fitriana M. Kusumaningrum, Nur Khamidah, Ratna Zakiyah, Wa Ode Fatmawati Fuad, Zahratul Hayati, Heni Trisnowati

1) Latar Belakang

Remaja merupakan bagian yang cukup penting dalam masyarakat. Sebagai kaum muda, remaja merupakan pemegang tongkat estafet pembangunan. Namun begitu, dalam masa remaja, seseorang juga mengalami masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Masa peralihan ini kadang membingungkan dan menyebabkan beberapa remaja mengalami berbagai kesulitan dalam beradaptasi. Kesulitan remaja untuk beradaptasi dengan kondisi perkembangannya tersebut diperparah dengan tingginya tekanan teman sebaya serta mudahnya akses informasi yang menyebabkan remaja semakin rentan untuk melakukan perilaku beresiko (Santrock, 2007).

Salah satu perilaku beresiko yang dampaknya cukup mengkhawatirkan akhir-akhir ini ialah masalah seksualitas remaja. Data dari Riskesdas tahun 2010 misalnya, menunjukkan bahwa 4% remaja perempuan dan 2,2% remaja laki-laki usia 14 tahun telah melakukan hubungan seksual sebelum menikah (Riskesdas, 2010). Hal ini diperkuat dengan

data Survey Kesehatan Reproduksi Republik Indonesia (SKRRI) pada tahun 2007 yang menunjukkan bahwa 22,6% remaja perempuan dan 18,6% remaja laki-laki berpacaran pertama kali pada usia 12 hingga 14 tahun (SKRRI, 2007).

71 Kurangnya pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi serta keterampilan dalam menghadapi berbagai tekanan saat masa remaja ditengarai menjadi salah satu penyebab munculnya masalah seksualitas remaja. Data SKRRI tahun 2007 menyatakan bahwa sebanyak 69,3% remaja perempuan dan 56,7% remaja laki-laki mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari teman (SKRRI, 2007).

68 Pengetahuan remaja mengenai keterampilan hidup juga cukup rendah. Hasil survey yang dilakukan oleh BPS dan Kementerian Kesehatan pada tahun 2008 di Yogyakarta menunjukkan hanya 45% remaja yang menyatakan pernah mengikuti pengajaran keterampilan hidup (*Life skill education*) (BPS, 2008).

Data di atas cukup mengkhawatirkan karena penyampaian informasi mengenai kesehatan reproduksi dan keterampilan menghadapi tekanan masa remaja perlu disampaikan sedini mungkin. Namun begitu, informasi tersebut akan menjadi kurang bermanfaat apabila diberikan pada saat remaja telah terpapar berbagai informasi yang tidak benar dan tidak bertanggung jawab mengenai seksualitas. Pemberian informasi sejak awal masa perkembangan yaitu pada usia 10 hingga 12 tahun merupakan sebuah langkah pencegahan sehingga remaja dapat terhindar dari perilaku beresiko seperti masalah seksualitas remaja (PKBI, 2003).

Sekolah sebagai salah satu lingkungan pendidikan di mana anak menghabiskan sebagian besar waktunya menjadi

tempat yang penting dalam memberikan informasi ini. Namun, hingga saat ini, materi kesehatan reproduksi belum dimasukkan ke dalam kurikulum secara luas. Di beberapa sekolah, penyampaian informasi mengenai materi kesehatan reproduksi ini sangat bergantung pada guru dan kebijakan sekolah sendiri (Bappenas, 2009). Penyampaian informasi maupun materi kesehatan reproduksi pada siswa sangat bergantung pada pengalaman, perilaku dan pandangan guru terhadap masalah kesehatan reproduksi tersebut (Timmerman, 2008).

Hasil penelitian awal dilokasi **penelitian ditemukan bahwa guru dan kepala sekolah masih belum menganggap permasalahan kesehatan reproduksi anak ini menjadi sebuah masalah penting. Terjadi saling lempar tanggung jawab tentang masalah ini dari sekolah kepada orang tua.** Latar belakang di tersebut membuat tim peneliti memutuskan untuk mengangkat masalah kesehatan reproduksi menjadi masalah utama. Pertimbangan ini didapatkan dari keparahan (*magnitude*) dari permasalahan yang cukup besar apabila masalah ini tidak di atasi sejak dini. Dengan adanya program yang menysasar masalah kesehatan reproduksi anak di Sekolah Dasar diharapkan sekolah dapat mengambil langkah pencegahan untuk melindungi anak dari masalah seksualitas.

Selanjutnya tujuan dari program promosi kesehatan yang dikembangkan adalah a) **meningkatkan kesadaran guru akan pentingnya peran sekolah dalam mempersiapkan siswa menghadapi masa remaja;** b) **meningkatkan pengetahuan siswa mengenai kesehatan reproduksi dan keterampilan hidup sebagai persiapan menghadapi masa remaja;** dan c) meningkatkan kesadaran orang tua akan pentingnya peran

9

orang tua dalam mempersiapkan anak menghadapi masa remaja.

2) Tujuan

9

- a. Meningkatkan kesadaran guru akan pentingnya peran sekolah dalam mempersiapkan siswa menghadapi masa remaja
- b. Meningkatkan pengetahuan siswa mengenai kesehatan reproduksi dan keterampilan hidup sebagai persiapan menghadapi masa remaja.
- c. Meningkatkan kesadaran orang tua akan pentingnya peran orang tua dalam mempersiapkan anak menghadapi masa remaja.

9

3) Rancangan Penelitian

145

Program promosi kesehatan ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif dalam program merupakan penelitian kuasi eksperimental. Metode yang digunakan dalam penelitian ini ialah dengan cara menyebarkan angket pada satu kelompok eksperimen. Angket yang disebarkan berupa pertanyaan mengenai materi kesehatan reproduksi anak sebelum dan sesudah program. Penelitian kuantitatif pada program ini dilakukan dengan melakukan pengambilan data sebanyak empat kali, yaitu : 1) sebelum program dilaksanakan; 2) Sebelum kegiatan Capacity Building dilaksanakan; 3) Setelah kegiatan Capacity Building dilaksanakan; 4) Setelah program selesai

183

Pengambilan data kuantitatif sebelum dan sesudah program dilakukan untuk membandingkan pengetahuan siswa tentang materi kesehatan reproduksi sebelum dan sesudah program pendidikan kesehatan yang terdiri dari kegiatan Capacity Building dan pemasangan media poster.

102

96

Selain untuk membandingkan pengetahuan siswa tentang materi kesehatan reproduksi sebelum dan sesudah program, pengambilan data ini juga dimaksudkan untuk melihat retensi pengetahuan siswa setelah program selesai.

96

Pengambilan data kuantitatif sebelum dan sesudah kegiatan Capacity Building dilakukan untuk membandingkan pengetahuan siswa tentang materi kesehatan reproduksi sebelum dan sesudah kegiatan pendidikan kesehatan/capacity building melalui teknik games. Pengambilan data kuantitatif yang kedua ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan siswa tentang kesehatan reproduksi.

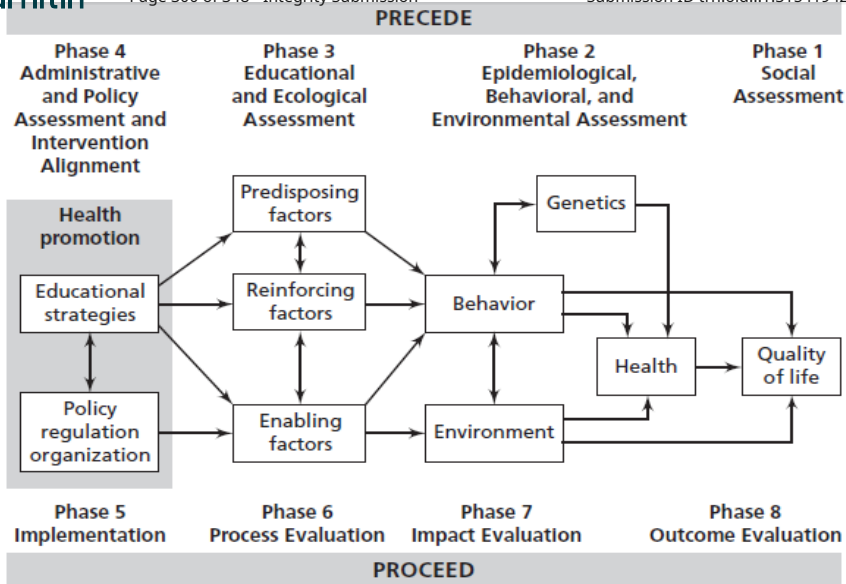
29

Sementara itu, penelitian kualitatif dalam program ini menggunakan pendekatan fenomenologi untuk menggambarkan kondisi lingkungan sekolah terhadap isu kesehatan reproduksi setelah proses advokasi yang dilakukan tim. Pengumpulan data menggunakan Wawancara Mendalam (WM) dengan guru dan kepala sekolah untuk mencari tahu pandangan mereka tentang masalah kesehatan reproduksi anak. Selain itu, diskusi juga dilakukan pada siswa untuk mendukung data kuantitatif yang telah dikumpulkan sebelumnya tentang pengetahuan dan sikap siswa terhadap masalah kesehatan reproduksi anak.

199

4) Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

Dalam program promosi kesehatan sekolah sebagai acuan menggunakan model PRECEED PROCEDE. Kerangka model tersebut adalah sebagai berikut :



Gambar 7.3. Kerangka Teori PRECEDE PROCEED

Model PRECEDE PROCEED merupakan sebuah model untuk program promosi kesehatan yang terdiri dari fase-fase atau tahap-tahap kegiatan mulai dari perencanaan, intervensi hingga evaluasi. Adapun tahapan-tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

Fase 1: Analisis Sosial

Dalam fase ini adalah melakukan analisis situasi dan kondisi yang ada dilapangan. Faktor-faktor apa saja yang dibutuhkan dilapangan serta untuk menilai kesiapan untuk perubahan. Dalam implementasi program kesehatan yang dilakukan di sekolah, kegiatan yang dilakukan yakni melakukan analisis permasalahan dengan wawancara pada guru, siswa dan kepala sekolah. Metode lain yang digunakan adalah dengan observasi dan diskusi kelompok.

Fase 2: Analisis Epidemiologi, Perilaku dan Lingkungan

Berdasarkan hasil analisis sosial, ditentukan yang menjadi fokus program promosi kesehatan. Hasil fokus program tersebut dianalisis lebih lanjut. Dalam program promosi kesehatan ini yang menjadi fokus program adalah kesehatan reproduksi. Analisis epidemiologi lebih ditekankan untuk mengetahui besaran masalah. Cara yang dilakukan adalah dengan melakukan wawancara untuk mengetahui sejauh mana permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, bagaimana perbedaan masalah tersebut dari waktu ke waktu bila dibandingkan dengan kondisi saat ini. Analisis perilaku untuk mengetahui bagaimana perilaku terhadap permasalahan yang menjadi fokus program. Cara yang dilakukan dengan observasi, diskusi kelompok serta wawancara dengan beberapa siswa. Analisis lingkungan untuk mengetahui bagaimana lingkungan diwilayah yang menjadi daerah intervensi. Cara yang dilakukan adalah observasi lingkungan sekolah dan sekitarnya, serta melakukan wawancara dengan guru dan murid untuk mengetahui bagaimana lingkungan mereka di rumah.

Fase 3: Analisis Pendidikan dan Ekologikal

Dalam fase ini terdiri dari faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enableling*. Peridispoding adalah faktor predoposisi atau yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan, sikap, kesadaran dan faktor lain yang berasal dari faktor dari dalam individu. Reinforce atau penguat adalah faktor yang berhubungan dengan kebijakan. Enabling atau faktor pemungkin, berhubungan dengan fasilitas yang menunjang program. Dalam penelitian ini untuk melihat faktor predoposisi adalah dengan bertanya

pada siswa dengan menyebarkan kuesioner yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Selain itu juga dilakukan wawancara dengan beberapa siswa yang sudah mengalami menstruasi serta diskusi kelompok. Faktor penguat dilakukan dengan bertanya pada guru dan observasi, sedangkan faktor pemungkin dengan wawancara dan observasi.

Fase 4: Analisis Kebijakan dan Administrasi serta Perencanaan Intervensi

Tahap ini merupakan tahap perencanaan sebelum intervensi dilakukan. Dalam pelaksanaan program perlu memperhatikan kondisi makro dan mikro. Kondisi makro yakni kondisi yang lebih luas, yakni dengan memperhatikan lingkungan makro seperti kebijakan, lingkungan yang mendukung. Kondisi mikro difokuskan lebih ke arah individu seperti pengetahuan, sikap dan kesadaran. Dalam program mikro lebih difokuskan pengetahuan siswa seputar masalah kesehatan reproduksi serta kesadaran guru. Untuk lingkungan makro, dengan melakukan kerjasama dengan puskesmas setempat agar program bisa berkesinambungan.

Fase 5: Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada siswa, guru dan orang tua. Bentuk implementasi tiap sasaran berbeda. Pada siswa dilakukan *capacity building* untuk meningkatkan pengetahuan tentang tumbuh kembang, organ reproduksi serta perlindungan diri. Pada guru dilakukan advokasi dalam bentuk sarasehan dengan mengundang psikolog dari puskesmas setempat serta pemerhati anak dari UGM. Orang tua dengan memberikan media berupa fakcsheet.

Fase 6: Proses Evaluasi

Proses evaluasi dilakukan dari proses perencanaan, implementasi atau pelaksanaan program serta beberapa saat setelah program berjalan. Untuk melakukan evaluasi, pada tahap perencanaan telah ditetapkan indikator keberhasilan yang digunakan sebagai acuan implementasi program. Ketika implementasi semua proses ditulis dan dicatat untuk diketahui sebesar apa keberhasilan program. Untuk mengetahui proses keberhasilan kegiatan yang telah dilakukan, evaluasi adalah dengan memberikan kertas untuk melihat tanggapan serta saran dari peserta. Sedangkan untuk siswa, proses evaluasi kegiatan adalah dengan mood meter, untuk mengetahui bagaimana antusiasme siswa terhadap kegiatan yang sudah direncanakan.

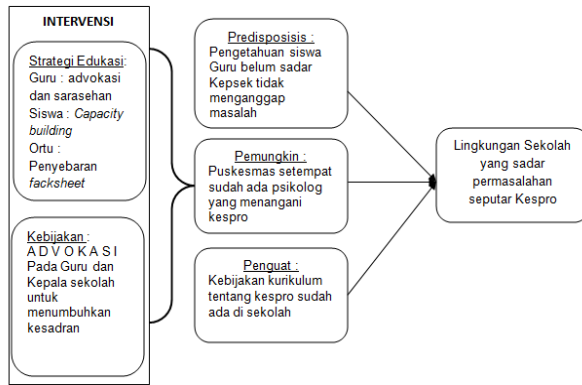
Fase 7 Evaluasi Dampak

Evaluasi dampak dengan menggunakan pre dan post pada siswa setelah dilakukan *capacity building*. Evaluasi tersebut untuk melihat peningkatan pengetahuan siswa. sedangkan untuk guru evaluasi dampak dengan observasi, antusias guru ketika dilakukan proses sarasehan. Semua pertanyaan serta komentar ketika proses implementasi akan ditulis, kemudian dilakukan analisis.

Fase 8: Evaluasi Hasil

Evaluasi hasil adalah untuk melihat proses secara keseluruhan, yakni dengan menyebarkan kuesioner serta observasi apakah indikator yang telah ditetapkan sudah terlaksana atau tidak.

Secara detail kerangka konsep adalah sebagai berikut :



Gambar 7.4 Kerangka Konsep Program

5) Pelaksanaan Program

a. Capacity Building pada Siswa “Aku Generasi HEBAT (Hidup Sehat Bertanggungjawab)”

Kegiatan kedua yang diinisiasi oleh tim untuk mempersiapkan siswa dalam menghadapi masa remaja ialah dengan melakukan pendidikan kesehatan pada siswa tentang materi kesehatan reproduksi anak. Pendidikan kesehatan reproduksi yang diinisiasi ialah pendidikan kesehatan reproduksi dengan pendekatan games. Materi yang diberikan disesuaikan dengan hasil *targetted assessment* yang dilakukan sebelumnya. Dalam menentukan hal-hal yang harus disampaikan pada siswa tim menyesuaikan dengan usia dan kebutuhan siswa.

Tim melaksanakan kegiatan pendidikan kesehatan pada siswa kelas 4, 5 dan 6. Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada siswa kelas 5 & 6 dilakukan pada tanggal 11 Mei 2013 dan pada kelas 4 dilakukan pada 18 Mei 2013.

Pendidikan kesehatan dengan pendekatan games yang dilakukan selama 3 jam ini terdiri dari 4 materi, yaitu:

1. Pengenalan Organ Reproduksi (30 menit)
2. Tumbuh Kembang Remaja (45 menit)
3. Konsep Diri (45 menit)
4. Perlindungan Diri (45 menit)

Secara garis besar pelaksanaan kegiatan pendidikan kesehatan reproduksi pada siswa disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 7.3. Tabel Proses Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Reproduksi

	Sasaran	Siswa Kelas 4, 5 dan 6 (Putri dan Putra)
	Tanggal Pelaksanaan	11 Mei 2013 (Kelas 5 & 6) dan 18 Mei 2013 (Kelas 4)
	Peserta	17 orang (kelas 4) dan 25 orang (kelas 5 & 6)
	Tempat	Sekolah
	Tujuan	Meningkatkan pengetahuan siswa tentang topik persiapan anak dalam menghadapi masa remaja
a.	Materi 1	Tumbuh Kembang Remaja
	Waktu	08.40-09.25
	Durasi	45 menit
	Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Games dan diskusi interaktif - Peserta laki-laki dan perempuan dipisah untk materi 1 karena sesitifitas isu dan perbedaan kebutuhan akan materi yang disampaikan penyampaian materi disesuaikan dengan

	materi yang akan disampaikan
Alasan pemilihan metode	Karena target adalah siswa SD maka belajar sambil bermain adalah metode yang cukup efektif untuk menyampaikan sebuah informasi
Proses Jalannya kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitator utama memperkenalkan tim fasilitasi dan maksud tujuan fasilitasi diadakan. - Fasilitator utama membagi kelas menjadi dua kelompok laki-laki dan perempuan. - Fasilitator kelompok bertanggungjawab pada kelompok masing-masing (laki-laki dan perempuan). - Acara dibuka dengan perkenalan dari tim pemateri dan menyampaikan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan - Fasilitator kelompok menggali ide dari kelompok tentang kontrak yang harus dipatuhi selama fasilitasi berlangsung, ide yang tergalil dituliskan dalam kertas plano dan di tempel di tempat yang mudah dibaca selama fasilitasi berlangsung. - <i>Ice Breaking "Watermelon"</i>. Siswa diajak menari dan menyanyikan lagu "<i>watermelon</i>" dengan gerakannya. Setelah menyanyikan dan menarikan lagu/senam tersebut, siswa diajak



		<p>merefleksikan arti lagu/senam "Watermelon" yang merupakan representasi dari alat dan fungsi reproduksi manusia.</p> <ul style="list-style-type: none">- Sebelum dilakukan penyampaian materi dilakukan <i>pre test</i> terlebih dahulu kepada siswa.- Materi pertama yang disampaikan adalah tumbuh kembang remaja:<ul style="list-style-type: none">• Co-Fasilitator membagikan kertas metaplan kepada tiap siswa• Fasilitator menginstruksikan pada siswa untuk menuliskan perubahan apa yang mereka rasakan saat ini dibandingkan masa kecil dulu. Satu perubahan dituliskan dalam satu kertas metaplan, siswa dapat meminta metaplan lagi apabila merasa kurang.• Siswa diminta menempelkan metaplan pada kertas plano.• Fasilitator membantu siswa untuk mengelompokkan perubahan tersebut menjadi tiga kelompok, perubahan fisik, psikis dan emosional• Setelah mengelompokkan fasilitator membantu siswa untuk memahami dan membahas perubahan
--	--	---

		tersebut dihubungkan dengan proses pubertas.
b.	Materi 2	Pengenalan Organ Reproduksi
	Waktu	30 menit
	Durasi	09.25-09.55
	Metode	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Games</i> dan diskusi interaktif - Peserta laki-laki dan perempuan dipisah untk materi 2 karena sensitifitas isu dan perbedaan kebutuhan akan materi yang disampaikan penyampaian materi disesuaikan dengan materi yang akan disampaikan
	Alasan pemilihan metode	Karena target adalah siswa SD maka belajar sambil bermain adalah metode yang cukup efektif untuk menyampaikan sebuah informasi
Proses jalannya Kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> - Co-Fasilitator membagikan <i>puzzle</i> bergambar organ reproduksi pada siswa. - Fasilitator meminta siswa untuk menyusun <i>puzzle</i> tersebut dalam 10 menit. - Setelah <i>puzzle</i> tersusun, fasilitator membantu siswa memahami nama-nama organ reproduksi dan fungsinya. Pada kelas 4 tidak dilakukan penyusunan <i>puzzle</i> dikarenakan suasana kelas yang tidak kondusif dan posisi duduk yang klasikal sehingga ada beberapa siswa yang tidak fokus. - 	





c.	Materi 3	Konsep Diri
	Waktu	10.05-10.50
	Durasi	45 menit
	Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Games dan diskusi interaktif - Peserta laki-laki dan perempuan dipisah untuk materi 3 karena kesetifitas isu dan perbedaan kebutuhan akan materi yang disampaikan. Penyampaian materi disesuaikan dengan materi yang akan disampaikan
Alasan pemilihan metode	<p>Karena target adalah siswa SD maka belajar sambil bermain adalah metode yang cukup efektif untuk menyampaikan sebuah informasi</p>	
Proses jalannya kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitator meminta siswa untuk duduk melingkar dan menyiapkan metaplan dengan 4 warna sebanyak jumlah siswa. - Fasilitator meminta masing-masing siswa untuk mengambil 2 kertas dengan warna yang berbeda. - Fasilitator kemudian meminta siswa untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan warna kertas metaplan yang dimilikinya - Daftar pertanyaan telah dituliskan sebelumnya dalam kertas plano sesuai dengan warna kertas metaplan, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Warna 1: Siswa diminta menyebutkan hal yang dapat 	

		<p>dilakukan dengan baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warna 2: siswa diminta menyebutkan satu hal yang ingin diperbaiki • Warna 3: siswa diminta menyebutkan satu hal penting yang pernah dilakukan dalam hidup • Warna 4: siswa diminta menyebutkan hal yang dirasa disukai teman darinya. <p>- Setelah masing-masing siswa menjawab pertanyaan tersebut, fasilitator mengajak siswa untuk merefleksikan games yang telah dilakukan.</p>
d.	Materi 4	Perlindungan Diri
	Waktu	11.00-11.45
	Durasi	45 menit
	Metode	Role Play dan Ceramah
	Alasan pemilihan metode	Karena melalui beberapa skenario yang ditampilkan diharapkan siswa bisa mendapat gambaran langsung tentang kasus yang mungkin akan terjadi pada diri mereka dan bagaimana cara mengatasinya.
	Proses jalannya kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitator utama meminta meminta siswa laki-laki dan perempuan kembali bergabung dan disatukan dalam satu ruangan untuk mendapatkan materi perlindungan diri. - Fasilitator menyiapkan skenario <i>role play</i> dan meminta 2-3 siswa



		<p>(laki-laki dan perempuan) untuk memeragakan skenario yang telah dipersiapkan fasilitator.</p> <ul style="list-style-type: none">- Siswa melakukan <i>role play</i> selama 15 menit.- Setelah melakukan <i>role play</i>, fasilitator membantu siswa memahami apa yang perlu dilakukan untuk melindungi diri (bertindak asertif) Lalu siswa diajarkan bagaimana cara melindungi dirinya dari beberapa situasi yang disampaikan.- Co-Fasilitator menyebarkan lembar post-test dan siswa diberikan waktu 5 menit untuk menjawab post-test ini- Siswa mengisi <i>moodmeter</i> (senang, kurang senang, tidak senang) terhadap materi/isi, suasana belajar, dan fasilitator dengan membagikan 3 buah metaplan yang telah diberi <i>double tip</i> di belakangnya pada masing-masing siswa untuk ditempelkan pada <i>mood meter</i> sebagai evaluasi kegiatan hari itu bagi panitia sebagai evaluasi pelaksanaan kegiatan dari awal hingga akhir sesi.
--	--	--

Selama kegiatan berlangsung, siswa cukup antusias terlihat dari keaktifan siswa selama proses. Selain itu muncul beberapa pertanyaan terkait dengan masalah pubertas. Pada kelas 5 dan 6 ada satu siswa putri yang menolak mengikuti permainan puzzle, fasilitator mencoba menanyakan masalah yang dihadapi, namun setelah permainan puzzle siswa kembali aktif dalam proses.

b. Penyebaran Fact Sheet pada Orang Tua

Untuk melengkapi program “Persiapan Anak Menghadapi Masa Remaja”, maka intervensi pada orang tua perlu dilakukan. Intervensi pada orang tua dilakukan untuk meningkatkan kesadaran orang tua terhadap masalah kesehatan reproduksi anak. Dengan begitu anak mendapatkan pengawasan dan bimbingan dari guru dan orang tua. Intervensi yang dilakukan ialah dengan menyebarkan fact sheet yang berisi:

1. Data dan Fakta Kesehatan Reproduksi Anak
2. Hal yang dapat dilakukan Guru sebagai pencegahan
3. Hal yang dapat dilakukan Orang Tua sebagai pencegahan

Dengan disebarkannya Fact Sheet tersebut, diharapkan baik guru maupun orang tua memiliki pemahaman akan peran mereka dalam masalah kesehatan reproduksi anak.

Penyebaran *Fact Sheet* pada orang tua dilakukan pada tanggal 26 Oktober 2013. Fact sheet diberikan oleh tim melalui siswa. Untuk mencegah *fact sheet* dibaca oleh siswa, tim menggulung *fact sheet* dan mengikatnya serta menginstruksikan pada siswa untuk tidak membukanya sebelum diberikan pada orang tua. Untuk mengawasi, tim

meminta tolong guru dan sesama teman untuk melihat apakah *fact sheet* masih tersegel hingga siswa pulang. Detail pelaksanaan penyebaran fact sheet dijabarkan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 7.4. Tabel Proses Penyebaran *Fact Sheet* pada Orang Tua dan Guru

Sasaran	Guru dan Orang Tua
Tanggal Pelaksanaan	26 Oktober 2013
Tujuan	Meningkatkan kesadaran orang tua akan pentingnya peran orang tua dalam mempersiapkan anak menghadapi masa remaja melalui penyebaran <i>fact sheet</i> .
Tempat	SD Muhammadiyah Kolombo
Metode	Penyebaran <i>Fact Sheet</i>
Isi Fact Sheet	Tema dari <i>Fact Sheet</i> ini tentang “Mari Awasi dan Dengarkan Mereka” berisi diagram usia remaja pertama kali pacaran, diagram persentase kasus Aids di Indonesia dan diagram prevalensi hubungan seksual pra nikah (berdasarkan umur) dilengkapi pula dengan data dan fakta berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan data-data penyebaran HIV, narkoba, hubungan seksual pra nikah sampai dengan kekerasan seksual pada anak. Untuk menghindari berbagai permasalahan tersebut guru dan orang tua dalam <i>fact sheet</i> ini

187

161

21

	<p>dibekali dengan hal-hal yang bisa dilakukan oleh guru dan orang tua sebagai pencegahan agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.</p>
<p>Alasan pemilihan metode</p>	<p>Karena keterbatasan waktu dan orang tua bukan merupakan target utama dalam program maka intervensi diarahkan pada pemberian informasi pada orang tua melalui <i>fact sheet</i> dan bagi guru untuk menambah pengetahuan serta meningkatkan kesadaran kepada guru dan orang tua bahwa pembekalan kesehatan reproduksi pada anak sejak dini merupakan hal yang sangat penting.</p>
<p>Proses jalannya kegiatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tim memberitahukan bahwa tim ingin meminta tolong kepada siswa - Sebagai pembuka tim meminta siswa menyebutkan sifat Nabi, yang didalamnya terdapat sifat <i>amanah</i> (dapat dipercaya) - Tim mencoba merefleksikan sifat tersebut dan menanyakan apakah siswa ingin memiliki sifat Nabi tersebut - Tim mengajak siswa untuk belajar menerapkan sifat amanah dengan memberikan kepercayaan pada mereka dengan memberikan <i>fact sheet</i> untuk diserahkan pada orang tua

	<ul style="list-style-type: none">- Tim menekankan bahwa sebelum sampai ke orang tua, fact sheet tidak boleh dibuka oleh siswa- Tim meminta tolong pada teman-teman sekelas siswa untuk saling mengawasi- Tim menekankan bahwa tim mempercayai semua siswa dan yakin bahwa siswa dapat dipercaya
--	--

Selama proses berlangsung siswa cukup antusias dan berpartisipasi aktif dengan menjawab sifat-sifat Nabi dan menyatakan *bahwa* mereka dapat dipercaya. Pada kelas 5, terdapat satu siswa yang dinyatakan tidak dapat dipercaya oleh teman-teman sekelas. Tim berusaha untuk meningkatkan kepercayaan diri siswa tersebut dengan menyatakan bahwa tim sangat percaya bahwa ia dapat menerima tanggung jawab.

c. Penyebaran dan Penempelan Poster di Ruang Kelas dan Ruang Guru

Penyebaran dan penempelan poster di ruang kelas dan ruang guru diharapkan dapat menekankan masalah kesehatan reproduksi dan langkah pencegahan masalah *tersebut*. Poster disebar dan ditempel pada tanggal 11 Oktober 2013. Terdapat dua poster yang ditempel di ruang guru, keduanya bertemakan ajakan dan himbauan agar guru lebih memerhatikan dan mendengarkan siswa. Proses penempelan poster dibantu oleh bapak penjaga sekolah dan salah satu guru olah raga. Poster ditempel di tempat yang

diinginkan oleh guru di mana guru dapat dengan mudah melihat.

Poster yang ditempel di ruang kelas terdiri dari 2 tema yaitu tema kebersihan dan ajakan untuk menceritakan masalah yang dihadapi pada guru. Poster dengan tema kebersihan diproduksi dan ditempel semata mata untuk mengakomodasi kebutuhan kepala sekolah. Proses penempelan poster dilakukan saat jam pelajaran dengan ijin kepala sekolah dan guru. Tempat penempelan poster disesuaikan dengan keinginan siswa di mana siswa mudah melihat.

6) Evaluasi Program

Setelah proses implementasi dilakukan maka dilakukanlah proses evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan. Evaluasi tidak hanya ditujukan untuk melihat bagaimana hasil akhir dari program yang dilaksanakan, tetapi juga melihat bagaimana proses ketika kegiatan dilaksanakan. Evaluasi dilakukan dengan dua metode yaitu secara kualitatif dan kuantitatif. Menggabungkan dua metode evaluasi ini akan memberikan data yang lebih kaya. Karena kelemahan data pada satu metode akan diimbangi oleh kelebihan pada data dari metode yang lainnya.

Evaluasi secara kualitatif akan memberikan data evaluasi yang dapat membuat tim memahami cara pandang dan kebutuhan partisipan terhadap program. Selain itu evaluasi kualitatif akan dapat memahami bagaimana pola dari sebuah perilaku. Sedangkan evaluasi kuantitatif akan memberikan gambaran seberapa besar tingkat ketercapaian program secara statistik.

Berdasarkan perencanaan yang telah dibuat di awal pelaksanaan program, maka kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan di SD Muhammadiyah Kolombo dilakukan dengan tujuan :

- a) Meningkatkan kesadaran guru akan pentingnya peran sekolah dalam mempersiapkan siswa menghadapi masa remaja
- b) Meningkatkan pengetahuan siswa mengenai kesehatan reproduksi dan keterampilan hidup sebagai persiapan menghadapi masa remaja
- c) Meningkatkan kesadaran orang tua akan pentingnya peran orang tua dalam mempersiapkan anak menghadapi masa remaja

Untuk mencapai tujuan di atas, maka dilakukan beberapa program promosi kesehatan. Kegiatan yang dilakukan disesuaikan dengan tujuan dan sasarannya. Lalu dilakukan evaluasi baik secara kualitatif maupun kuantitatif untuk melihat sejauh mana program tersebut mampu mencapai tujuannya.

a. Evaluasi Kuantitatif

Evaluasi secara kuantitatif untuk mengukur peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi. Pengukuran secara kuantitatif dilakukan hanya pada siswa, baik kelas 4 maupun kelas 5 dan 6 dengan menggunakan pre dan post test. Pengukuran pada siswa dilakukan sebanyak dua kali. Pengukuran yang pertama untuk melihat hasil dari program, pengukuran kedua untuk melihat dampak intervensi.

Dari hasil intervensi pre dan post, tingkat pengetahuan kelas 4 tidak terdapat perbedaan secara signifikan. Data berdistribusi normal, uji yang dilakukan adalah *t test*. Nilai *p* secara keseluruhan baik laki-laki dan perempuan sebesar

15

21

21

59

0,1503 artinya tidak ada perbedaan secara bermakna sebelum dan setelah intervensi. Berdasarkan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan, nilai p untuk laki-laki sebesar 0,0015 artinya terdapat perbedaan secara bermakna antara hasil pre dan post, artinya terdapat peningkatan pengetahuan setelah dilakukan intervensi. Sedangkan siswa perempuan, nilai p sebesar 0,6761, lebih besar dari alfa 0,05 artinya tidak ada perbedaan secara bermakna setelah dilakukan intervensi.

14

15

152

204

Hasil analisis untuk kelas 5 dan 6, terdapat perbedaan hasil *pre* dan *post test*. Sebelum dilakukan uji statistik, dilakukan uji normalitas untuk melihat distribusi data. Dengan menggunakan *kdensity*, diketahui bahwa distribusi normal sehingga uji statistik yang dilakukan adalah uji *t test*. Berdasarkan hasil pengujian, nilai p untuk pre dan post sebesar 0,002. Alfa yang digunakan sebesar 0.05 sehingga lebih kecil dari alfa, artinya terdapat perbedaan yang bermakna. Secara statistik terdapat peningkatan pengetahuan setelah dilakukan intervensi. Jika dibandingkan hasil antara siswa laki-laki dan perempuan, nilai p untuk siswa laki-laki sebesar 0,0472. Secara statistik terdapat perbedaan secara bermakna, namun perbedaan sangat kecil jika dibandingkan dengan nilai alfa. Bila diintegrasikan, terdapat peningkatan namun sangat kecil. Nilai p untuk siswa laki-laki sebesar 0,0024, artinya terdapat perbedaan bermakna secara statistik. Artinya intervensi yang diberikan dapat meningkatkan pengetahuan siswa.

Uji hasil atau outcome dilakukan pada siswa kelas 4 dan 5 (saat ini kelas 5 dan 6). Evaluasi ini digunakan untuk mengetahui hasil dari intervensi yang telah dilakukan. Data *pre test* diambil ketika *need assesment* awal, sebelum

dilakukan intervensi. Pengambilan data *post test* dilakukan 4 bulan setelah intervensi. Setelah dilakukan uji kdensity, distribusi data ternyata tidak normal sehingga uji statistik yang digunakan adalah *Wilcoxon signed-rank test*. Variabel yang diteliti adalah lain perlindungan diri, tumbuh kembang, pengetahuan tentang pacaran dan kesehatan reproduksi (pertanyaan khusus siswa perempuan). Perbandingan nilai Z adalah sebagai berikut :

Tabel 7.5. Data Statistik Hasil (Outcome)

No	Variabel	Nilai z	probabilitas	makna
1	Perlindungan diri	0,734	0,4628	Tidak signifikan
2	Tumbuh Kembang	-2,132	0,0330	Tidak signifikan
3	Pengetahuan pacaran	1,117	0,2640	Tidak signifikan
4	Kesehatan reproduksi (perempuan)	0,260	0,7948	Tidak signifikan

Berdasarkan tabel diatas, secara statistik tidak ada perubahan secara bermakna, bahkan untuk kategori pengetahuan tentang tumbuh kembang mengalami penurunan, artinya nilai mean setelah dilakukan intervensi menurun. Setelah dilakukan wawancara dengan beberapa siswa yang telah diintervensi, siswa menganggap pertanyaan yang diberikan “saru” atau terlalu vulgar. Siswa kelas 5 kurang antusias untuk menjawab kuesioner. Kondisi siswa ketika dilakukan pengambilan data dalam kondisi gaduh.

Kemungkinan hal tersebut ikut berpengaruh terhadap hasil evaluasi.

b. Evaluasi Kualitatif

Evaluasi kualitatif dilakukan untuk melihat gambaran kesadaran guru terhadap pentingnya mempersiapkan siswa dalam menghadapi masa remaja. Telah dilakukan advokasi untuk meningkatkan kesadaran guru akan peran sekolah dalam mempersiapkan siswa menghadapi masa remajanya. Kegiatan yang dilakukan adalah advokasi baik kepada guru maupun kepala sekolah. Advokasi dilakukan melalui tiga cara yaitu hubungan interpersonal, pemberian dan pemasangan poster di ruang guru dan kepala sekolah, pemberian mug yang berisi pesan kesehatan, dan pemberian *fact sheet*.

Maka hasil evaluasi untuk kegiatan di atas adalah :

a. Tanggapan guru terhadap kegiatan yang telah dilakukan

Hampir semua guru memberikan tanggapan yang baik terhadap program yang dilaksanakan di SD Muhammdiyah Kolombo. Menurut mereka perkembangan zaman yang semakin mengkhawatirkan harus membuat para siswa mengetahui tentang pendidikan kesehatan reproduksi. Namun hal itu tidak hanya bisa didapat dari guru dan orang tua. Adanya perhatian dari pihak luar untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi ini direspon dengan sangat baik oleh para guru.

“pokoknya program yang mbak bawakan itu sangat positif. Sangat penting diberikan edukasi kepada siswa atau anak selain dari orang tua maupun guru.. karena anak sekarang itu terkadang lebih mendengarkan nasehat dari orang lain ketimbang orang tua...” (AM,Lk)

Selain itu, guru juga berharap adanya kerja sama dengan pihak lain terutama Puskesmas. Karena anak-anak saat ini lebih suka mendengarkan informasi dari pihak luar daripada dari guru dan orang tuanya. Guru juga berharap agar kegiatan ini tidak hanya berakhir sampai disini saja, namun ada tindak lanjutnya.

Adanya poster yang di pasang di ruang guru yang berisikan pesan agar guru berperan terus dalam melindungi para siswanya juga direspon positif oleh guru. Poster itu membuat mereka selalu merasa diingatkan agar melindungi para siswanya dan menjadi sahabat bagi siswa.

“poster itu..(sambil menunjuk ke arah poster)..ya bagus sekali ya..dengan adanya program ini terlebih ada poster kita sebagai guru akan senantiasa diingatkan untuk lebih dekat dengan anak namun tetap menjaga jarak antara anak dan guru” (AM,Lk)

b. Adanya kekhawatiran guru terhadap pengaruh media

Semua guru menunjukkan kekhawatiran yang sama terhadap pengaruh media terhadap para siswa. Media yang ada saat ini baik cetak maupun elektronik membuat para siswa terpapar berbagai macam masalah termasuk tentang seksualitas. Adanya telepon genggam, internet, televisi, dan sebagainya, membuat siswa mendapatkan informasi yang tidak dapat dipertanggung jawabkan.

Siswa pernah kedapatan membuka video porno melalui telepon genggam yang dibawa kesekolah. Semenjak peristiwa tersebut semua siswa dilarang untuk membawa telepon genggam ke sekolah. Selain itu pengaruh game online juga sangat mengkhawatirkan.

Pakaian minim yang dikenakan oleh tokoh yang terdapat digame online bisa berdampak tidak baik bagi siswa.

“Dari game online saja udah banyak hal yang mengerikan. Bukan permainannya saja yang salah, namun juga pakaian pemainnya yang kadang menggunakan wanita dengan pakaian yang sangat minim yang seharusnya tidak dilihat oleh anak-anak seusia mereka” (V,Pr)

Para siswa kebanyakan hanya mencontoh apa yang mereka lihat, tanpa *memahami* maksudnya. Adanya video *youtube* juga memberi pengaruh buruk bagi siswa. Seperti ditemukannya kasus penyimpangan seksual yang dilakukan oleh siswa kelas 2 SD merupakan pengaruh dari *youtube*. Siswa kedatangan oleh guru tengah berdiri berdempetan lalu saling memegang alat kelamin masing-masing. Lalu guru pun menginvestigasi bagaimana bisa mereka melakukan hal tersebut. Dan ternyata mereka mengetahuinya dari video *youtube* yang mereka tonton.

“saya panggil trus tak tanya...kok melakukan seperti itu tau darimana? Trus anak (kelas 2) bilang “kami hanya ngikut yang di youtube pak...” (Y,Lk)

Banyaknya warnet yang tersebar hampir disetiap ruas jalan membuat kekhawatiran bagi para guru. Para siswa banyak menggunakan uang jajannya untuk mendatangi warnet dan mencari berbagai informasi tanpa didampingi oleh orang tua. Pengaruh sinetron dan lagu-lagu yang muncul di televisi dan radio pun juga harus diwaspadai. Guru berpendapat bahwa sinetron yang ada saat ini banyak bertemakan pacaran. Belum lagi anak-

anak sekarang lebih banyak hafal lagu-lagu dari artis ditelevisi daripada hafal lagu kebangsaan nasional. Semua hal di atas menunjukkan bahwa munculnya kesadaran terhadap masalah kesehatan reproduksi yang banyak dipengaruhi oleh media saat ini.

Dari hasil advokasi dengan guru, para guru pada dasarnya menyambut baik kegiatan sarasehan ini. Dan menurut mereka untuk waktu pelaksanaannya pada dasarnya bisa saja dijadwalkan. Namun memang menurut mereka, Kepala Sekolah masih belum memiliki kepedulian yang baik terhadap masalah kesehatan reproduksi pada anak. Ini dapat dilihat juga dari tanggapan Kepala Sekolah terhadap kasus penyimpangan seksual yang terjadi pada siswa kelas 2 SD beberapa minggu yang lalu hanya ditanggapi biasa saja.

“saya sudah sampaikan mbak, tapi ibunya hanya menyuruh untuk mengawasi anak-anak itu, gitu aja mbak..”(Y,Lk)

c. Pendapat guru tentang peran orang tua yang juga besar dalam melindungi anaknya

Melalui advokasi hubungan interpersonal dapat dilihat bahwa semua guru berpendapat peran orang tua juga sangat besar dalam upaya perlindungan siswa. Orang tua tidak dapat menumpukan semua beban pendidikan hanya kepada sekolah saja, namun juga harus memberi **bimbingan dan pendampingan kepada anak-anaknya di rumah**. Guru pun berpendapat bahwa justru keluarganya yang paling berperan besar dalam melindungi anak dari paparan informasi yang tidak dapat dipertanggungjawabkan.

“ohh..iya mbak. Tapi memang pengaruh pendidikan dari rumah sangat besar. Karena semuanya berangkat dari rumah.”(V,Pr)

d. Meningkatkan kesadaran orang tua akan pentingnya peran orang tua dalam mempersiapkan anak menghadapi masa remaja

Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan ini adalah dengan memberikan *fact sheet* kepada orang tua siswa kelas 4-6 SD. *Fact sheet* mendapatkan tanggapan beragam dari orang tua. Berdasarkan informasi dari Kepala Sekolah, terdapat bagian dari *fact sheet* yang direspon oleh orang tua baik melalui sms maupun telepon kepada Kepala Sekolah. Menurut mereka dalam salah satu bagian *fact sheet* terdapat bait lagu yang cukup mengkhawatirkan. Karena bait lagu tersebut dianggap kurang santun dan terlalu vulgar. Kepala Sekolah memberikan masukan agar bait lagu tersebut sebaiknya tidak ditampilkan karena justru akan mengajarkan siswa kepada hal yang kurang baik.

“menurut saya..ini yang masalah tentang mengawasi anak terlalu vulgar kata-katanya. Seperti tidak menghormati seorang ibu. Trus bahasanya itu kurang santun mbak..agak kurang sopan..”(BE,Pr)

Pada kenyataannya, bait lagu tersebut merupakan hasil temuan tim pada saat tahap analisa kebutuhan di SD tersebut. Lagu tersebut dinyanyikan oleh siswa kelas 4 SD secara bersama-sama.

Tujuan utama dari program “Persiapan Anak Menghadapi Masa Remaja” ialah untuk membentuk

lingkungan sekitar anak yang dapat mempersiapkan anak menghadapi masa remaja. Program yang ditawarkan ialah dengan meningkatkan kesadaran guru terhadap isu kesehatan reproduksi sehingga mereka dapat lebih memerhatikan anak didik. Dengan begitu diharapkan dapat tercipta lingkungan sekolah yang aman dan sadar akan resiko kesehatan reproduksi anak.

Program yang dilaksanakan selama 8 bulan ini mencoba menysasar tiga sasaran utama dalam lingkungan interpersonal seorang anak yaitu anak, guru dan orang tua. Dengan mengintervensi ketiga sasaran tersebut diharapkan terbentuk lingkungan yang kondusif bagi anak untuk mempersiapkan masa remaja mereka. Hal ini didasarkan karena perubahan lingkungan dengan lebih bewawasan kesehatan dapat membantu merubah dan mempertahankan perilaku seseorang (Glanz et. al., 2008).

Dalam meningkatkan pengetahuan siswa, tim melakukan pendidikan kesehatan melalui metode games. Evaluasi pendidikan kesehatan pada siswa melalui games menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan secara signifikan pada siswa kelas 5 & 6. Siswa yang masih berusia 10-12 tahun cukup terbantu dengan metode ini. Hal ini dikarenakan usia 6-11 tahun merupakan usia di mana seorang anak dapat berpikir konkret dan logis namun belum abstrak (Piaget cit. Santrock, 1998). Games membantu siswa untuk berpikir konkret, misalnya dengan games menyusun puzzle dan diskusi, siswa dapat melihat dan memahami alat reproduksi serta pubertas tanpa harus mengira-ngira. Selain itu, bermain peran dalam materi perlindungan diri juga membantu siswa berpikir secara

logis dan konkret saat-saat di mana seorang siswa membutuhkan teknik perlindungan diri. Dengan bermain peran siswa juga dapat mengingat dan mempraktekkan teknik perlindungan diri.

Namun begitu, hasil yang tidak signifikan muncul pada siswa kelas 4. Hal ini dapat dipahami karena materi yang disampaikan seharusnya disampaikan pada anak usia 10-12 tahun (PKBI, 2004). Dalam prakteknya, tim kesulitan dalam memisahkan siswa kelas 4 yang berusia 9 tahun dari teman-temannya sehingga mereka ikut dalam proses pendidikan kesehatan. Hal ini yang menyebabkan tidak signifikannya hasil pendidikan kesehatan. Hasil evaluasi proses menunjukkan siswa masih cukup bingung terutama dalam materi tumbuh kembang remaja. Hal ini dikarenakan sebagian besar siswa belum mengalami pubertas sehingga siswa sulit untuk berpikir abstrak tentang kejadian yang belum pernah dialaminya. Kemampuan berpikir abstrak baru didapatkan seseorang ketika ia beranjak dewasa yaitu sekitar usia 13 tahun (Piaget cit. Santrock, 1998).

Selain melakukan evaluasi secara kuantitatif atas pengetahuan siswa sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan, tim juga melakukan evaluasi kuantitatif peningkatan pengetahuan siswa sebelum dan sesudah program. Hasil evaluasi dampak menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada pengetahuan siswa sebelum dan sesudah program. Hal ini dapat dipahami karena pendidikan kesehatan hanya dilakukan satu kali. Langkah repetisi pesan yang dilakukan oleh tim hanya berupa pemasangan poster. Repetisi dan isi dari pesan

akan menentukan pemikiran seseorang terhadap sebuah pesan yang nantinya dapat mempengaruhi sikap terhadap pesan (Cacioppo & Petty, 1979). Kurangnya langkah pengulangan pesan yang hanya melalui poster mempengaruhi retensi pesan pada siswa. Selain itu jumlah dan isi pesan yang cukup kompleks membuat siswa kurang dapat mengingat isi pesan dan hanya mengingat hal-hal yang menarik dan memiliki esensi bagi mereka. Hal ini tampak dari evaluasi pengetahuan siswa secara kualitatif di mana ketika diminta menyebutkan apa saja yang telah siswa pelajari dari tim, beberapa siswa menyebutkan “ngajarin perubahan” dan “pelajaran saru”. Disinilah diperlukan peran guru dalam mengulang pesan sehingga siswa paham dan memahami isi pesan kesehatan reproduksi anak.

Pendekatan pendidikan kesehatan melalui games layak dicoba. Dari hasil evaluasi proses pendidikan kesehatan yang dilakukan tim, siswa pada awalnya merasa tidak nyaman membicarakan kesehatan reproduksi, namun setelah bermain, siswa cukup antusias berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan. Namun begitu, pandangan dan kesadaran guru perlu diubah sebelum menyampaikan informasi mengenai kesehatan reproduksi pada siswa. Guru perlu merasa rentan akan bahaya kesehatan reproduksi anak terhadap diri dan sekolah mereka untuk dapat memberikan informasi kesehatan reproduksi pada siswa. Dengan begitu, informasi yang disampaikan dapat komprehensif dan benar (PKBI, 2004).

Pembentukan lingkungan sekolah yang peduli akan masalah kesehatan reproduksi ini tidak hanya tanggung jawab guru. Orang tua dan organisasi di luar sekolah yang memiliki daya ungkit yang besar bagi sekolah juga merupakan kunci perubahan lingkungan organisasi (Belza et. al., 2012). Hal ini nampak dari reaksi kepala sekolah menanggapi *fact sheet* yang disebarakan oleh tim kepada orang tua. Ketika orang tua telah memberikan umpan balik kepada sekolah, kepala sekolah mulai merasa bahwa hal ini menjadi masalah. Namun, proses advokasi tidak hanya dapat dilakukan pada satu waktu. Dibutuhkan sebuah proses advokasi yang berkesinambungan dan menysasar berbagai pihak yang memiliki kekuasaan untuk menjamin keberhasilan proses advokasi. Selain itu, penggunaan media juga cukup penting untuk membantu proses advokasi. Media dapat memperkuat proses advokasi yang dilakukan (Fertman & Allensworth, 2010). Hal ini terbukti dalam proses advokasi yang dilakukan oleh tim. Poster yang telah ditempelkan tim seminggu sebelum advokasi dapat sedikit mengungkit isu di kalangan guru. Selain itu *Fact Sheet* yang disampaikan pada guru dan orang tua dirasa membantu tim selama proses advokasi interpersonal.

7) Kesimpulan

- a. Pendidikan kesehatan reproduksi pada anak usia 10-12 tahun melalui games cukup efektif dalam meningkatkan pengetahuan siswa. Namun diperlukan pengulangan dan penyederhanaan pesan untuk meningkatkan retensi siswa terhadap materi yang disampaikan

- b. Guru memiliki peranan penting dalam penyampaian dan keberlangsungan program kesehatan reproduksi anak di sekolah namun, pandangan dan sikap guru akan pendidikan kesehatan reproduksi mempengaruhi perilakunya dalam penyampaian informasi pada siswa.
- c. Pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah tidak akan dapat berjalan dengan baik tanpa adanya kerja sama yang baik antara guru, siswa, orang tua dan yayasan atau komite sekolah yang mempengaruhi keputusan sekolah.
- d. Pemberian materi kesehatan reproduksi tidak harus dengan kurikulum tersendiri, tetapi dengan menyisipkannya pada pelajaran-pelajaran yang sudah adapun juga bisa dilakukan asal dilakukan secara konsisten dan terus menerus

DAFTAR PUSTAKA

- Belza B., Toobert D. and Glasgow R. (2012). *RE-AIM for Program Planning: Overview and Applications*. Washington DC: National Council on Aging.
- Buse K., Mays N. And Walt G. (2005). *Making Health Policy*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Cacioppo J and Petty R. (1979). *Effects of Message Repetition and Position on Cognitive Response, Recall and Persuasion*. Journal of Personality and Social Psychology vol. 37 no. 1 (p: 97-109).
- Dignan M. and Carr P. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion: Second Edition*. Pennsylvania: Lea & Febiger.
- Fertman C. and Allensworth D. (2010). *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*. San Francisco: John Willey & Sons, Inc.

- 40 Hurlock E. (1980). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan* Edisi Kelima. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- 104 Miller G.E. (1990). *The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance*. Acad Med 65 (9) (p: 63-67).
- 18 PKBI. (2004). *Proses Belajar Aktif Kesehatan Orang Tua dan Remaja*. Jakarta: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI).
- 141 Pokharel S., Kulczycki A. and Shakya S. (2006). *School-Based Sex Education in Western Nepal: Uncomfortable for Both Teachers and Students*. Reproductive Health Matters 14 (28) (p: 156-161).
- 65 Santrock J. (1998). *Child Development: 8th edition*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- 131 Santrock J. (2007). *Remaja Edisi Kesebelas Jilid 1*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- 60 Timmerman G. (2009). *Teaching Skills and Personal Characteristics of Sex Education Teachers*. Teaching and Teacher Education 25 (p: 500-506).

C. PROMOSI KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN

- Program Promosi Kesehatan : Pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) di DIY Melalui Optimalisasi Kerja Sama Lintas Program
- Tim Peneliti : Cahya Prihantama, Eka Mulyanti, Febriani Sanditiyasasih, Muhammad Yamani, Ni Nyoman Pusparini, Almaidah, Heni Trisnowati

1) Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat secara global, nasional, regional dan lokal. *Global status report on NCD World Health Organization* (WHO) tahun 2014 melaporkan bahwa 68% penyebab kematian semua umur di dunia adalah karena PTM. Kematian tersebut terjadi pada orang-orang berusia kurang dari 70 tahun. Di negara dengan tingkat ekonomi rendah dan menengah kejadian kematian akibat PTM sebesar 48% sedangkan di negara maju menyebabkan 28 % kematian (WHO, 2014).

Sesuai dengan data Riskesdas tahun 2013, di Indonesia terjadi peningkatan prevalensi PTM dibandingkan tahun 2007. Prevalensi Diabetes Mellitus tahun 2013 adalah 2,1% meningkat dibanding tahun 2007 sebesar 1,1%. Prevalensi hipertensi tahun 2007 1,9% meningkat menjadi 9,5% pada tahun 2013. Peningkatan kasus PTM juga terjadi di D.I. Yogyakarta kembali menunjukkan data bahwa prevalensi kasus PTM di D.I. Yogyakarta melebihi rata-rata nasional Riskesdas (2013). Prevalensi *stroke* mencapai 10,3%

sedangkan **rerata nasional 7,0%**. Prevalensi diabetes mellitus sebesar **2,6%** di atas **rerata nasional sebesar 1,5%**. Prevalensi hipertensi **mencapai 12,9%** sedangkan **rerata nasional sebesar 9,5%**. Prevalensi kanker menduduki peringkat pertama nasional yakni **sebesar 4,1%** sedangkan **rerata nasional hanya 1,4%** (Kemenkes, 2013).

Terjadinya berbagai peningkatan tersebut erat kaitannya dengan berbagai faktor risiko yang menjadi pemicu PTM. Faktor risiko PTM terkait dengan perubahan pola gaya hidup seperti **(kurang aktivitas fisik, diet yang tidak sehat, tidak seimbang, merokok dan konsumsi alkohol)**. **Perubahan gaya hidup memerlukan pendekatan komprehensif dan multidimensi**. Oleh karena itu program pengendalian PTM perlu difokuskan pada faktor risiko secara **terintegrasi komprehensif (promotif-preventif, kuratif-rehabilitatif)**. Mencakup **dimensi kebijakan, lingkungan, perilaku masyarakat dan dimensi pelayanan kesehatan, melalui pemberdayaan masyarakat dengan dukungan lintas program dan lintas sektor**. Faktor risiko PTM dapat dicegah dan dikendalikan lebih dini. Untuk itu diperlukan **pengetahuan dan informasi keberadaan faktor risiko serta besarnya masalah PTM utama, sebelum dilakukan intervensi perubahan terhadap faktor risiko** (Kemenkes, 2010).

Strategi penanggulangan PTM yang diluncurkan oleh Kemenkes (2014) meliputi surveilans, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan. Dalam strategi pelayanan kesehatan, dikembangkan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) berupa Posbindu PTM. Posbindu PTM merupakan bentuk riil penanggulangan PTM di masyarakat. Dinas Kesehatan D.I. Yogyakarta melalui

Seksi Pencegahan Penyakit telah mensosialisasikan program tersebut kepada seluruh kabupaten/kota. Upaya penanggulangan PTM di Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta ada 2 seksi yang berperan yaitu seksi Pencegahan Penyakit (untuk kegiatan surveilans) dan seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan (untuk kegiatan promotif dan preventif dalam upaya penanggulangan penyakit). Sejak diluncurkan program posbindu PTM, upaya penanggulangan PTM menjadi lebih komprehensif. Kegiatan posbindu PTM menyediakan layanan untuk deteksi dini faktor resiko dan konseling pencegahan PTM.

Untuk mengetahui upaya penanggulangan PTM di D.I. Yogyakarta, peneliti melakukan need assessment dengan pelaksanaan wawancara dengan pejabat/pengelola yang menangani upaya penanggulangan PTM di Dinas Kesehatan D.I. Yogyakarta. Berdasarkan hasil wawancara dapat diperoleh pernyataan/informasi meliputi ; 1) Kepala bidang kesehatan masyarakat ; kegiatan penanggulangan PTM lebih diarahkan ke pemberdayaan masyarakat yaitu lebih ke arah preventif dan promotif 2) Staf Promosi Kesehatan ; kegiatan koordinasi sudah dilakukan namun kendalanya terkait SDM. Promosi kesehatan dapat mendukung semua program kesehatan yang ada seperti program gizi, program kesehatan lingkungan, program pencegahan penyakit, pengendalian penyakit 3) Kepala Bidang P2MK; posbindu dibentuk di masing-masing desa/kelurahan. Masyarakat masih perlu mendapat sentuhan-sentuhan khusus agar terjadinya perubahan sikap dan perilaku terkait deteksi dini faktor risiko PTM 4) Kepala Seksi Pencegahan Penyakit ; kegiatan

upaya penanggulangan PTM lebih diarahkan pada kegiatan inovatif.

Studi pendahuluan terkait pelaksanaan kegiatan Posbindu juga dilakukan di desa Bangunkerto kecamatan Turi, kabupaten Sleman. Hasil telaahan lapangan menunjukkan desa siaga aktif di desa ini sudah dikembangkan dan berjalan dengan baik. Peneliti melakukan observasi dan wawancara tentang pelaksana posbindu dengan pihak pelaksana posbindu di masyarakat. Adapun hasil wawancara dengan Bidan selaku penanggungjawab kegiatan posbindu di desa yaitu bidan desa sangat mendukung pelaksanaan posbindu, namun terkendala waktu pelaksanaan karena ada beban ganda tugas. Wawancara juga dilakukan dengan petugas penyuluh kesehatan masyarakat dan kader di wilayah tersebut. Petugas PKM menyatakan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk deteksi dini faktor resiko PTM serta kegiatan pelaksanaan posbindu hanya dilaksanakan oleh petugas PKM dan bidan. Kader juga mengungkapkan masih ada kekurangan dalam pelaksanaan posbindu seperti pemahaman informasi terkait posbindu, kurangnya ketrampilan kader, kurang kepercayaan diri dan belum adanya buku panduan terkait pelaksanaan Posbindu. Berdasarkan hasil observasi, peneliti juga menemukan fakta bahwa pelaksanaan posbindu sudah berjalan dengan baik namun belum terstruktur dan terlembaga di desa. Pelaksanaan kegiatan posbindu di masyarakat hanya sampai pada deteksi dini faktor resiko PTM dan hasil deteksi dini tidak berlanjut pada konseling dan penanganan lebih lanjut.

Hasil *need assessment* di atas menunjukkan kegiatan posbindu PTM di masyarakat perlu upaya perbaikan

manajemen operasional kegiatan dengan memperhatikan sumber daya yang ada, sehingga tujuan pelaksanaan kegiatan posbindu sesuai dengan harapan. Untuk menangani masalah PTM dalam kegiatan posbindu tidak dapat dilakukan dari satu program saja, semestinya ada integrasi program lain serta adanya dukungan kerjasama lintas program, sehingga upaya penanggulangan PTM dapat lebih optimal. Bentuk kegiatan kerjasama ini diupayakan dapat diterapkan secara berjenjang sampai di tingkat desa. Perlu adanya upaya penanggulangan PTM melalui optimalisasi kegiatan Posbindu wadah kegiatan desa siaga aktif.

Adapun rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana mengoptimalkan upaya penanggulangan PTM melalui integrasi posbindu dalam desa siaga aktif?

2) Tujuan

a. Tujuan Umum

Untuk menginisiasi integrasi posbindu dalam desa siaga aktif, dengan optimalisasi kerja sama lintas program di Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta.

b. Tujuan Khusus

- a) Untuk mengadvokasi pejabat struktural yang menangani PTM di Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta melalui upaya pelaksanaan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif.
- b) Membuat usulan bentuk kegiatan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif.

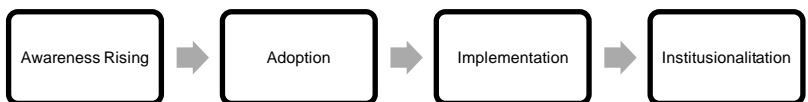
3) Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

Menurut Davies dan Macdowall (2006), model perubahan organisasi penting digunakan untuk melakukan intervensi terhadap suatu organisasi. Orang yang bekerja

dapat menjamin bahwa organisasi tersebut mampu mendukung pekerja di dalamnya. Masyarakat tertarik untuk mempengaruhi aktivitas atau kebijakan organisasi yang nantinya dapat berdampak pada kesehatan populasi. Perlu ditemukan cara agar organisasi mampu bekerja sama untuk mempromosikan kesehatan pada populasi. Glanz (2008) menyatakan bahwa perubahan organisasi dapat dilakukan dengan pendekatan *Stage Theory*. Teori ini menjelaskan bagaimana suatu organisasi dapat mengembangkan tujuan, program dan ide-ide baru. Perubahan dipengaruhi oleh strata-strata yang ada dalam suatu organisasi, sehingga program promosi kesehatan lebih diarahkan pada beberapa strata secara simultan untuk mencapai hasil yang lebih baik.

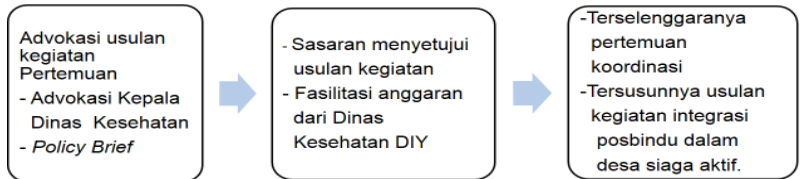
Menurut Davies dan Macdowall (2006) ada 4 tahap perubahan model organisasi yaitu: 1) meningkatkan kesadaran atau pengetahuan tentang masalah kesehatan dan pentingnya perubahan; 2) adopsi dan tahap pengembangan perencanaan adopsi inovasi baik berupa kebijakan maupun program sesuai dengan identifikasi masalah 3) tahap implementasi 4) tahap melembagakan atau pemeliharaan jangka panjang terhadap inovasi.

Adapun kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Stage theory*. Untuk bagan kerangka teori dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 7.5. *Stage Theory*

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini adalah :



Gambar 7.6. Kerangka Konsep Program

4) Rancangan Penelitian

Participatory Action Research (PAR) merupakan salah satu jenis penelitian terapan dimana sasaran baik itu organisasi maupun masyarakat berpartisipasi secara aktif dengan peneliti sepanjang proses penelitian mulai dari perencanaan hingga pelaporan hasil serta diskusi mengenai implikasi dari tindakan yang telah dilakukan. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk berlaku sebagai ahli dalam merancang proyek, pengumpulan data, menginterpretasikan temuan, dan memberikan rekomendasi kepada sasaran (Whyte,1989). Pendekatan ini diharapkan sasaran yakni Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta dapat melanjutkan upaya integrasi, karena sasaran turut dilibatkan dalam proses penelitian mulai dari awal hingga akhir sehingga memahami secara menyeluruh rancangan kegiatan. Menurut Utarini (2012), penelitian kualitatif akan memungkinkan untuk mengungkap fenomena yang terjadi serta dapat menggambarkan situasi yang ada dalam konteks sesungguhnya.

Kegiatan implementasi ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta khususnya bidang terkait yang menangani upaya penanggulangan PTM yaitu **bidang Kesehatan Masyarakat dan Pencegahan dan Penanggulangan Masalah Kesehatan**. Adapun informan dalam penelitian ini yaitu : a) Pejabat struktural terkait yang menangani penanggulangan PTM di Dinas **Kesehatan D.I Yogyakarta** yaitu : Kepala **Dinas D.I Yogyakarta**, Kepala Bidang **Kesehatan Masyarakat**, Kepala Bidang **P2MK**, **Kepala Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraandan** **Kepala Seksi Pencegahan Penyakit**; b) Pelaksana program Posbindu dan Desa Siaga Aktif di Kabupaten/Kota : Kepala Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan **Kabupaten/kota se D.I Yogyakarta**, Kepala Seksi Pencegahan Penyakit Dinas Kesehatan **Kabupaten/kota se D.I Yogyakarta**; c) Puskesmas di Kabupaten/kota : Bidan Desa dan Kader Posbindu.

5) Pelaksanaan Program

Implementasi kegiatan optimalisasi upaya penanggulangan penyakit tidak menular (PTM) di D.I.Y melalui integrasi posbindu dalam desa siaga aktif dilaksanakan pada bulan September – November 2015. Implementasi program terdiri dari dua kegiatan yaitu 1) advokasi kepada pejabat struktural di dinas kesehatan DIY yang bertanggung jawab terhadap upaya penanggulangan PTM, dan 2) pertemuan koordinasi yang membahas usulan bentuk kegiatan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif. Uraian pelaksanaan kegiatan implementasi sebagai berikut :

a. Advokasi

Advokasi dilakukan kepada 5 pejabat struktural di Dinas Kesehatan DIY yang bertanggung jawab terhadap upaya penanggulangan PTM, meliputi (1) Kepala Dinas Kesehatan DIY, (2) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, (3) Kepala Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Masalah Kesehatan, (4) Kepala Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan dan (5) Kepala Seksi Pencegahan Penyakit. Advokasi dilakukan dengan menyerahkan media *policy brief* kepada masing-masing sasaran yang dilakukan secara serentak pada tanggal 6 Oktober 2015. Pada saat penyerahan *policy brief* tidak semua sasaran berada di tempat sehingga *policy brief* tidak diterima secara langsung oleh sasaran. Adapun sasaran yang menerima langsung *policy brief* hanya Kepala Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan, sedangkan untuk 4 sasaran lainnya peneliti menitipkan *policy brief* kepada staf masing-masing. Kegiatan advokasi kepada Kepala Dinas Kesehatan DIY tidak hanya dilakukan dengan penyerahan media *policy brief*, namun juga dilakukan dengan kegiatan audiensi, yang dijadwalkan tanggal 16 Oktober 2015 oleh sekretaris Kepala Dinas Kesehatan DIY.

Kegiatan penyerahan *policy brief* diikuti dengan kegiatan *lobbying* yang dilakukan oleh peneliti kepada semua sasaran. Peneliti membuat janji untuk dapat bertemu langsung dengan masing-masing sasaran. Peneliti melobi sasaran agar dapat mengalokasikan waktu untuk hadir pada pertemuan koordinasi. Sasaran yang paling mudah ditemui yaitu Kepala Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan sehingga koordinasi lebih banyak dilakukan dengan seksi

tersebut. Selain mendukung pertemuan, Kepala Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan juga memberikan dukungan anggaran untuk pertemuan koordinasi. Setelah menetapkan tanggal pertemuan koordinasi, peneliti juga melakukan lobi kepada : 1) Kepala Dinas Kesehatan untuk bersedia membuka acara 2) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat dan Kepala bidang P2MK untuk bersedia menjadi narasumber dalam pertemuan koordinasi.

b. Pertemuan koordinasi

Pertemuan koordinasi ini bertujuan untuk membahas usulan bentuk kegiatan integrasi posbindu dalam wadah desa siaga aktif. Pada kegiatan ini peneliti berperan sebagai fasilitator yang mempertemukan kedua seksi yaitu Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan serta Seksi Pencegahan Penyakit, Dinas Kesehatan se-DIY. Untuk pelaksanaan pertemuan koordinasi dibagi dalam 2 tahap kegiatan yaitu :

a) Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan, peneliti menyiapkan sarana prasarana pertemuan meliputi : 1) penyiapan media bina suasana pertemuan (*backdrop*, *jingle* PTM, video testimoni, *photo story* kegiatan); 2) penyiapan dan pengiriman surat menyurat pertemuan yaitu : surat untuk undangan peserta, narasumber dan membuka pertemuan koordinasi serta surat peminjaman tempat; 3) Penyiapan kelengkapan administrasi pertemuan meliputi : jadwal, kerangka acuan, sambutan, daftar hadir dan spj; 4) pembuatan draft usulan kegiatan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif.

b) Tahap Pelaksanaan

Peserta pertemuan yang diundang sebanyak 17 orang yang terdiri dari

1. Dinas Kesehatan DI Yogyakarta
 - Kepala Dinas Kesehatan
 - Kepala Bidang P2MK
 - Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat
 - Kepala Seksi Pencegahan Penyakit
 - Kepala Seksi Promosi Kesehatan
2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se DIY
 - Kepala Seksi Pencegahan Penyakit
 - Kepala Seksi Promosi Kesehatan
3. Kepala Puskesmas di Kabupaten/kota (5 puskesmas terpilih yaitu Puskesmas Turi, Pakualaman, Wonosari I, Kasihan II, Temon).

Pertemuan koordinasi dilaksanakan di Aula Direktorat Kemahasiswaan, Sekip, UGM Yogyakarta namun dalam pelaksanaannya tidak semua peserta datang tepat pada waktunya. Jumlah peserta yang hadir sebanyak 14 orang dari 17 peserta yang diundang. Adapun peserta yang tidak hadir dalam pertemuan tersebut adalah perwakilan seksi promosi kesehatan Dinas Kesehatan DIY, Puskesmas Turi, Dan Puskemas Temon

Pertemuan dibuka oleh Kepala Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta kemudian dilanjutkan dengan pemaparan materi secara panel oleh: (1) Kepala Bidang P2MK dengan materi : Peran Posbindu Dalam Upaya Penanggulangan PTM di DIY ; (2) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat yang diwakili oleh Kepala Seksi Promosi Kesehatan dengan materi : Peran Desa Siaga Aktif Dalam Upaya

Penanggulangan PTM di DIY; (3) Karyasiswa dengan materi Optimalisasi Upaya Penanggulangan PTM di DIY melalui Integrasi Posbindu Dalam Desa Siaga Aktif.

Setelah pemaparan materi secara panel kemudian dilanjutkan dengan diskusi untuk membahas bentuk kegiatan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif. Untuk diskusi, setiap kabupaten/kota menyampaikan kegiatan yang sudah dilakukan dalam upaya penanganan PTM di seksi promosi kesehatan dan seksi pencegahan penyakit. Selain itu setiap kabupaten/kota juga mengusulkan bentuk kegiatan untuk integrasi posbindu dalam desa siaga aktif.

Setelah pemaparan dan diskusi, peneliti menyebarkan kuesioner kepada peserta, terkait media yang digunakan untuk bina suasana pertemuan. Tujuan evaluasi media adalah untuk memberikan penilaian/masukan terhadap media yang paling sesuai dalam upaya pengembangan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif di setiap jenjang pemerintahan.

6) Evaluasi Program

Menurut Fertman & Allensworth (2010), ada 4 kriteria evaluasi yaitu evaluasi formatif, proses, impact dan outcome. Model evaluasi yang akan dipakai untuk mengevaluasi program secara keseluruhan adalah *Framework RE-AIM*. Menurut Jilcott (2007) model ini berguna untuk mengestimasi dampak kesehatan masyarakat, membandingkan kebijakan kesehatan yang berbeda, perencanaan kebijakan yang dirancang untuk meningkatkan keberhasilan, dan mengidentifikasi area integrasi kebijakan dengan strategi promosi kesehatan yang lain. Ditambahkan pula menurut McGoey (2015), dikembangkan

132

beberapa kriteria untuk mengetahui baik validitas internal maupun eksternal dari intervensi dengan menysasar lima dimensi yakni mencakup: 1) *Reach* 2). *Efficacy/effectiveness* 3). *Adoption* 4). *Implementation* 5) *Maintenance*. *Reach* merupakan ukuran tingkat partisipasi individu termasuk karakteristiknya atau proporsi dari target populasi yang berpartisipasi dalam intervensi. *Efficacy* merupakan *rate* keberhasilan jika diimplementasikan sesuai dengan pedoman atau hasil positif dikurangi hasil negatif. *Adoption* merupakan proporsi tatanan, praktek dan rencana yang akan diadopsi. *Implementation* bermakna tingkatan dimana intervensi dilaksanakan sesuai harapan secara nyata. *Maintenance* adalah tingkatan dimana program telah berjalan secara berkelanjutan dari waktu ke waktu.

Peneliti memilih evaluasi proses dan evaluasi *impact*. Evaluasi outcome tidak dapat dilakukan karena keterbatasan waktu untuk dapat melihat perubahan yang terjadi. Adapun desain evaluasi untuk evaluasi proses maupun *impact* menggunakan pendekatan kualitatif. Rancangan evaluasi berdasarkan perencanaan evaluasi yang telah disusun sebelumnya secara lengkap dapat dilihat pada tabel 1.

40

a. **Evaluasi Penyerahan *Policy Brief***

Peneliti menentukan keberhasilan distribusi *policy brief* kepada sasaran dengan menggunakan formulir tanda penerimaan media *policy brief*. Penerima *policy brief* tidak harus langsung diberikan kepada sasaran namun dapat diwakilkan. Namun demikian, tim peneliti berupaya untuk dapat bertemu langsung dengan sasaran sekaligus memberikan penjelasan terkait tujuan media *policy brief*. Walaupun dalam pelaksanaannya, hanya dua sasaran yang

dapat ditemui secara langsung. Akan tetapi secara keseluruhan proses distribusi *policy brief* dapat terlaksana secara lengkap.

b. **Evaluasi terhadap *policy brief* (*feed back*)**

Dalam menjalankan proses advokasi memakai *policy brief*, peneliti tidak sekedar menilai dari segi distribusi semata. Tim kembali menjadwalkan dengan sasaran untuk dapat dilakukan wawancara terkait dengan pemahaman dan sikap sasaran pasca menerima *policy brief*. Tim terbagi menjadi dua kelompok untuk melakukan wawancara sesuai dengan jadwal yang disepakati sasaran. Evaluasi dilakukan dengan metode kualitatif yakni dengan mengajukan beberapa pertanyaan terkait dengan konten *policy brief* yang telah diajukan.

Adapun panduan wawancara mencakup empat pertanyaan meliputi: 1) bagaimana tanggapan Bapak/Ibu tentang integrasi program posbindu dalam desa siaga aktif ? 2) adakah usulan bentuk integrasi program posbindu dalam desa siaga aktif ? 3) Bagaimana pendapat Bapak/Ibu jika diadakan pertemuan untuk membahas bentuk integrasi program posbindu dalam desa siaga aktif ? 4) bagaimana harapan Bapak/Ibu terkait penanggulangan PTM di Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta ini?

Hasil evaluasi disimpulkan dalam beberapa point tanggapan sasaran sebagai berikut: 1) Sasaran memberikan tanggapan positif melalui dukungan rencana integrasi posbindu dalam desa siaga aktif; 2) Mendukung pelaksanaan kegiatan pertemuan koordinasi lintas program dalam upaya penanggulangan PTM melalui integrasi posbindu dalam desa siaga aktif; 3) Evaluasi pertemuan optimalisasi

kerja sama lintas program dalam penanggulangan PTM di D.I Yogyakarta.

Setelah diperoleh dukungan dari seluruh pejabat struktural terkait program Posbindu PTM dan Desa Siaga Aktif, maka peneliti bersama dengan sasaran menjadwalkan pertemuan. Point yang dapat dievaluasi mencakup kehadiran/presensi dan notulen rapat. Terselenggaranya pertemuan dianggap sebagai langkah awal yang baik, mengingat padatnya kegiatan baik di Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta maupun Dinas Kesehatan di Kabupaten/kota se D.I Yogyakarta.

7) Kesimpulan

- a. UKBM merupakan salah satu wadah kegiatan pemberdayaan dan menjadi milik masyarakat itu sendiri. Untuk di tingkat desa, puskesmas harus melakukan kerjasama dan koordinasi dengan pemerintah desa/perangkat desa melalui penyampaian pelaporan dan diskusi kegiatan terkait program tersebut.
- b. Pejabat Struktural Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta sangat mendukung inisiasi peneliti untuk inovasi upaya penanggulangan PTM melalui integrasi posbindu dalam desa siaga aktif.
- c. Integrasi posbindu dalam desa siaga aktif berpeluang besar terhadap optimalisasi penanggulangan PTM di D.I Yogyakarta.
- d. Kabupaten/kota sangat mendukung usulan bentuk kegiatan integrasi posbindu dalam desa siaga aktif. Sebagian Kabupaten/kota sudah ada yang melaksanakan beberapa point usulan bentuk kegiatan seperti ; adanya Peraturan

Walikota terkait integrasi program posbindu dalam desa siaga aktif, pembentukan model integrasi posbindu dalam desa siaga aktif, pembentukan posbindu di wilayahnya, pemberian reward terhadap desa siaga aktif yang telah melaksanakan integrasi program

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan D.I.Yogyakarta (2012) **Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012**, Dinas Kesehatan D.I. Yogyakarta.
- Jilcott, (2007) **Applying the RE-AIM Framework to Assess the Public Health Impact of Policy Change**. *Ann Behav Med* 2007, 34(2):105–114.
- Kementerian Kesehatan RI (2010) **Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular**, Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI (2011) **Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) **Riset Kesehatan Dasar 2013**, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI (2015) **Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019**. Jakarta: Sekretariat Jenderal Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2011) **Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI.
- McGoey (2015) **Evaluation of physical activity interventions in youth via the Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM) framework: A**

systematic review of randomised and non-randomised trials. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.04.006>.

Seksi Promosi Kesehatan dan Kemitraan. 2013. **Profil Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013.** Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta.

Suharjo, J., B., & Cahyono, B. (2008) **Gaya Hidup dan Penyakit Modern.** Yogyakarta : Kanisius

Utarini A (2012) **Metode Penelitian Kualitatif** : Minat Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Whyte, W.F., Greenwood, D.J., Lazes, P. (1989) **Participatory Action Research. The American Behavioral Scientist (1986-1994);** May/Jun 1989; 32, 5; Proquest Central pg. 513.
<http://stakeholder.blogs.bucknell.edu/files/2015/02/PAR-Whyte-Greenwood-Lazes-1989.pdf>. diakses pada 12 November 2015

